

318322

**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA** 8  
20

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

---

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO.



**“MANEJO DE LOS DIFERENTES PATRONES DE  
CONDUCTA INFANTIL”**

**T E S I S**

Que para obtener el Título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

P r e s e n t a:

**GISELA MARGARITA CHICHITZ CALDERON**

Director de Tesis:

C. D. M. O. CARLOS GONZALEZ LUCASCEWICZ

MEXICO, D. F.

1996.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

\* A Dios por dejarme existir.

\* A mi Madre simplemente eres la mejor gracias por darme la vida y porque confiaste en mi por tu cariño, apoyo y consejos.

\* A mi Padre por tus desvelos, protección y tu compañía, sin ti nada sería igual.

\* Al Dr. Javier Giovenille A. Te agradezco muchísimo por brindarme tus conocimientos por tu paciencia y tu amistad incondicional.

\* Al Dr. Ignacio Villanueva y Janila Siempre tendré presente todo su apoyo y ayuda.

\* A la Dra. Carmen Velazquez C. Gracias por todo.

\* Al CDMO Carlos Gonzalez I. por transmitirme el gusto por la Odontopediatria y por su colaboración en la realización de este trabajo.

\* Al Dr. Jorge Romero mi más sincero agradecimiento por su orientación paciencia y apoyo a la realización de esta tesis.

\* Al respetable Jurado.

## INDICE

	PAG.
<b>INTRODUCCION</b> .....	1
<b>CAPITULO 1. Conceptos en el manejo de la conducta</b> .....	1
a) Naturaleza del miedo y tipos: Objetivos y subjetivos.....	1
b) Descripción de dolor y causas.....	3
c) Ansiedad (influencias sobre el odontologo el niño y sus padres).....	5
Desarrollo psicologico del niño y su implicación en odontología.....	7
- Clasificación de la conducta infantil.....	17
- Aspectos psicologicos que afectan a la odontopediatría por las actitudes paternas.....	22
- Modelado de la conducta del paciente.....	24
- Influencias socioeconomicas y culturales.....	33
<b>CAPITULO 2. Manejo del niño en su visita al consultorio dental</b> .....	35
a) Preparación psicologica del niño.....	36
b) Consideraciones practicas para el manejo conductual..	39

	PAG.
- Aspecto del consultorio dental.....	40
- Duración de la visita.....	42
- Personalidad del odontopediatra y personal auxiliar....	44
Separación padre niño.....	46
- Conservación dentista- niño paciente.....	48
- Conocimiento del paciente.....	51
- Uso de admiración y recompensas.....	52

<b>CAPITULO 3. Guías para el manejo del comportamiento.....</b>	<b>54</b>
a) Control de voz: descripción, objetivos, y contraindicaciones.....	54
b) Mano sobre boca: descripción, objetivos, y contraindicaciones.....	57
c) Reforzamiento positivo: descripción, objetivos, y contraindicaciones.....	63
d) Decir, mostrar y hacer: descripción, objetivos, y contraindicaciones.....	65
e) Distracción: descripción, objetivos, y contraindicaciones.....	66
f) Comunicación no verbal: descripción, objetivos, y contraindicaciones.....	67
g) Retención física: descripción, objetivos, y contraindicaciones.....	68

	PAG.
<b>CAPITULO 4. Sedación consciente.</b>	
Descripción y objetivos.....	73
a) Agentes Farmacologicos que modifican la ansiedad y el miedo.....	75
b) Sedantes e hipnoticos.....	78
c) Drogas tranquilizantes.....	82
• Técnicas clínicas para producir la sedación consciente.....	84
- Sedación consciente por inhalación.....	84
- Sedación consciente intravenosa.....	89
• Técnicas bucales, subcutáneas, intramusculares y por la vía rectal.....	91
• Combinación de métodos.....	96
<b>Conclusiones.....</b>	<b>98</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>99</b>



## INTRODUCCION

El C.D. de práctica integral que este interesado en realizar tratamientos en pacientes infantiles y obtener éxito, debe preocuparse por conocer los distintos patrones de conducta de un niño, ya que se debe tener presente la aceptación del tratamiento con agrado del niño y con esto ya tendra un gran avance.

"Todos los medios por los cuales el equipo de salud dental realizan tratamientos efectivos y al mismo tiempo instauran una positiva actitud dental". Se estudian dentro de el manejo de la conducta para que el odontólogo pueda ampliar sus conocimientos sobre conducta infantil, debe recurrir a información calificada de psicólogos y pedagogos; y así comprender las causas por las cuales un niño no coopera y estudiar los diferentes tipos de conducta, para de esta forma realizar un buen manejo del comportamiento infantil.

Los métodos de manejo conductual tienen como meta principal la comunicación y la educación y esto se basa en una relación de confianza que aleja los temores y las angustias a través del diálogo, la expresión facial, el tono de la voz y todo aquello que conlleva un mensaje individual para cada niño.

No se debe olvidar que los padres juegan un papel de suma importancia en el manejo de la conducta, ya que si mantenemos una

buena comunicación con ellos obtendremos su colaboración dentro y fuera del consultorio así como la aceptación a las técnicas de manejo del comportamiento.

Este trabajo pretende revizar todos los aspectos referentes al manejo de la conducta infantil.

# CAPITULO 1

CONCEPTOS EN EL MANEJO DE  
LA CONDUCTA.

.....

## CAPITULO 1

### CONCEPTOS EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA .

#### NATURALEZA DEL MIEDO

Definición de miedo: inquietud, angustia causada por la idea de un peligro, real o imaginario.

El miedo representa para el dentista el principal problema de manejo, y es una de las razones por las que el paciente descuida el tratamiento dental. Por lo tanto es importante conocer como actúan las influencias de los padres y el medio para dar origen a pacientes infantiles conductualmente buenos o malos.

Una de las primeras emociones que se perciben después del nacimiento es el miedo, pero no es, hasta la niñez que se toma conciencia de los estímulos que producen miedo y se pueden identificar.

En el hombre las descargas del hipotálamo pueden ser modificadas por interferencias corticales, de manera que con su corte altamente desarrollado, puede hasta cierto grado controlar sus emociones, através de racionalización y determinación. En los niños de corta edad, demasiado pequeños para racionalizar mucho, se produce un

comportamiento que es difícil de controlar.

En muchos aspectos, el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella. Cuando no puede llevar a cabo esta, aumenta su miedo, y entonces la comunicación del dentista con el niño puede ser muy compleja. A medida que aumenta la edad mental del niño, estas respuestas pueden ser cada vez más controladas por la corteza a través de funciones psíquicas más elevadas.

## **TIPOS DE MIEDO**

Hay dos tipos de miedo en el niño estos son:

- Objetivos
- Subjetivos.

### **TEMORES OBJETIVOS.**

Son los que se producen por estimulación física directa por medio de los sentidos; se sienten, ven, oyen, huelen o saborean y son desagradables para el niño. Las experiencias pasadas de un niño con un dentista que le dió un mal manejo conductual o le provocó dolor innecesario es un niño que desarrollara miedo a tratamientos futuros.

### **TEMORES SUBJETIVOS.**

El origen de los temores subjetivos es debido a sentimientos y actitudes sugeridas al niño por personas que lo rodean, sin que el niño tenga una experiencia propia.

Los niños pequeños son muy sugestionables, debido a esto al escuchar de experiencias desagradables o dolorosas sufridas por los padres, hermanos u otras personas.

### **DESCRIPCION DEL DOLOR.**

El dolor es una sensación localizada de displacer de naturaleza altamente subjetiva. Las sensaciones del paciente sobre el dolor deben aceptarse como una percepción válida.

Varía de moderado a intenso no sólo según las causas sino también según las personas, ya que unas son más sensibles al mismo que otras. Puede adoptar diferentes formas: Terebrante; Lancilante; Punjitivo; Hurente; Pulsátil.

La descripción del tipo de dolor ayuda a veces a determinar su causa. El dolor Pulsátil por ejemplo, aparece asociado a la Supuración. Su situación o punto de origen constituye un indicio todavía mejor de su causa.

Sin embargo, su localización puede ser engañosa como en el caso

del dolor transferido a las sienes como resultado de un diente enfermo.

El dolor de origen sicogénico a menudo es vago e irregular y el paciente exagera su descripción.

El dolor neurogénico se puede persivir a lo largo de un tronco nervioso. El dolor proyectado es un dolor heterotópico que se siente a lo largo de la distribución anatómica periférica del mismo nervio que origina el dolor primario.

El dolor también se puede clasificar en agudo y crónico.

El dolor agudo es aquella sensación dolorosa de iniciación relativamente abrupta y duración limitada. El dolor crónico es la sensación dolorosa apagada y constante de duración indefinida.

El dolor y el miedo al dolor producen efectos en el sistema nervioso autónomo y también en el comportamiento. Lewis y Law mostraron que la frecuencia cardíaca, la temperatura de la cara y las manos, junto con la respuesta galvánica de la piel, son importantes respuestas psicomotoras a la tensión, son modificadas por varios elementos del tratamiento dental.

Ship y White demostraron que diferentes grados de tensión eran producidos por varios procedimientos dentales como se indica por la disminución de los eosinófilos sanguíneos circulantes a medida

que aumentaba la tensión.

#### **CAUSAS DEL DOLOR EN PACIENTES INFANTILES.**

Los dolores dentales más comunes presentados por los pacientes niños son causados por abscesos pulpares y dentoalveolares. Pueden ser dolores muy intensos y ocurrir en cualquier momento.

Surgen espontáneos, y van acompañados de inflamación e infecciones adyacentes a piezas cariadas traumatizadas y restauradas.

#### **ANSIEDAD**

Se puede definir como el estado de agitación, inquietud o zozobra.

#### **INFLUENCIA SOBRE EL ODONTÓLOGO.**

Un odontólogo puede presentar ansiedad cuando espera la visita de un niño muy pequeño o con problemas importantes de conducta.

Esta preocupación puede estar basada a un alto potencial de fracaso. La ansiedad de parte del odontólogo influirá sobre el grado de seguridad de sí mismo que sea capaz de demostrar, y está a su vez influirá sobre quienes lo rodean.

#### **INFLUENCIA SOBRE EL NIÑO.**

La ansiedad puede ser determinante sobre la receptividad del niño.



al abordaje normal y puede resultar afectada la capacidad para concentrarse en las técnicas de conducta.

La confianza del niño ansioso hacia el odontólogo puede llevarse un largo período.

Un niño puede reaccionar de manera muy diferente en una visita inicial normal que en una visita de emergencia y puede ocurrir debido a esto una mala influencia sobre las pautas de conducta.

#### **INFLUENCIA SOBRE LOS PADRES.**

La ansiedad paterna puede tener diferentes orígenes, como pueden ser las experiencias odontológicas personales previas.

La aprensión paterna influye sobre las respuestas del niño en el consultorio odontológico. Además el padre presenta ansiedad por el bienestar de su hijo, las consideraciones financieras potenciales y los sentimientos de culpa por haber demorado demasiado tiempo el tratamiento de su hijo.

Un padre ansioso puede mostrarse distraído, sin poder absorber la información que se les presenta. Dando esto como consecuencia no poder ser receptivos para las recomendaciones formuladas en el momento.

## DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO Y SU IMPLICACION EN ODONTOLOGIA

El amplio campo del desarrollo físico abarca cambios que ocurren en el tamaño del niño, su fuerza, coordinación motora, funcionamiento de los sistemas orgánicos, etc. Por eso el crecimiento físico total y la eficiencia del niño desde el momento de la concepción hasta la adultez se denomina "desarrollo físico". Debido a que el desarrollo físico de un niño es relativamente independiente de las otras áreas principales del desarrollo, las subáreas del desarrollo físico también serán relativamente independientes. La coordinación de un niño no puede juzgarse por su tamaño físico, ni su fortaleza física podrá referirse a su desarrollo dental.

Al relacionar cambios físicos con edades cronológicas específicas se llega a diferentes patrones de desarrollo que se convierten en medios para evaluar en forma individual a los niños.

Durante la maduración, la conducta del niño es sistemáticamente afectada por el desdoblamiento gradual de una secuencia inherente programada genéticamente.

A causa de la dificultad para la herencia la mayoría de los psicólogos está de acuerdo en que la herencia actúa directamente sobre las características biológicas del individuo y establece la etapa para el proceso de desarrollo.

Con la exposición al ambiente, el niño aprende a comportarse en concordancia con su madurez. Con cada experiencia nueva, se desarrolla una nueva conducta dictada por el sistema interno del niño, que procede de su motivación y de las consecuencias de su conducta.

Los modos del niño para percibir y reaccionar al ambiente son innatos y cambian con la edad. Además el niño desarrollará nuevas habilidades, usando los modos básicos de experiencia del ambiente.

Hay cinco puntos principales de desarrollo que son:

1. Desarrollo Motor: Aumento en el control y la coordinación musculares.
2. Desarrollo Cognoscitivo: Pensamiento, conceptualización, razonamiento.
3. Desarrollo de la Percepción: Integración de las impresiones de los sentidos como el oído y la vista.

4. Desarrollo Social y de la Personalidad: Vías habituales del comportamiento con otros.

5. Desarrollo del Lenguaje: Progreso de las destrezas del lenguaje.

Cada área es importante para comprender al niño, pero la menos atendida abarca el conocimiento de la forma en que el niño piensa y en consecuencia de la forma en que reacciona a una situación a menudo llena de tensiones.

Piaget propuso un modelo de desarrollo infantil que describe el área de percepción y el conocimiento y la forma en que un niño piensa.

Piaget identifica tres etapas principales que trazan el desarrollo cognoscitivo del niño desde la etapa refleja, hasta la etapa en que resuelve problemas complejos.

Los períodos de desarrollo se dividen en tres y son:

- 1 Período Motosensorial.
- 2 Período Operacional Concreto.
- 3 Período Operacional Formal.

De acuerdo con Piaget, el niño debe actuar a un nivel apropiado a cada etapa antes de que proceda el desarrollo intelectual.

El niño no actúa sólo bajo el principio de aprendizaje por prueba y error. Los niños demasiado pequeños no pueden resolver ciertos problemas sin importar cuantas veces les sean mostrados o se les fuerce a dar la respuesta correcta. En consecuencia, cada etapa es un período en el cual el niño mira al mundo de manera diferente y codifica la información también de formas distintas.

## **PERIODO MOTOSENSORIAL**

### **INFANCIA 0 - 2 AÑOS**

El niño durante el primer año de vida es esencialmente el centro de atención. Se encuentra con el mundo y sin duda es muy pequeño y no definido; durante la etapa de desarrollo, se inicia el establecimiento de una confianza básica. Las experiencias del bebé son sustancialmente bucales y la experimentación se produce con todo cuanto sea introducido en la cavidad bucal.

Durante este período las actividades motosensoriales del niño están aumentando, caracterizadas por su necesidad de actuar físicamente en el ambiente. Codifica la información primordialmente en término de acciones; aprende a caminar, a correr y a subir y bajar escaleras. Maneja bastante bien el ambiente pero sólo utiliza medios extremos de compresión.

Para este momento su esquema interno rudimentario de manejar las cosas, está justamente comenzando; realiza combinaciones mentales por prueba y error para desarrollar representaciones mentales. Sin representación mental, el neonato no tiene el concepto de la permanencia del objeto. Los padres que dejan a su hijo de 3 meses de edad pueden provocar una reacción de llanto o, parecerá que el niño no se olvida de ellos. Esta desaparición significa que dejan de existir, si la acción es repetida con un niño de 18 meses de edad, el niño intentará encontrar a sus padres. El recién nacido aprende a codificar los objetos y los eventos en término de acciones y, finalmente, en imágenes visuales.

El clínico debe estar consciente de que el niño no está pensando en la forma de manejar las situaciones tensas, sino que simplemente reacciona usando sus ojos, sus manos, su voz y sus oídos. Es decir no se puede esperar una respuesta racional. El niño se enfrenta mejor con las realidades concretas externas, con objetos tangibles, con "cosas que estén enfrente de él cosas que puede asir; el niño no puede diferenciar entre su madre alejándose del consultorio en que lo atienden para traer su bolso, y su madre dejándolo en las manos capaces del clínico y su personal."

## PERIODO CONCRETO.

### PERIODO PREOPERACIONAL 2 - 6 AÑOS.

El período concreto puede dividirse en dos secciones de los 2 a los 7 años de edad, se describe como período preoperatorio. El niño de dos años presenta problemas más difíciles de manejo para el clínico. Durante este período el niño desarrolla la capacidad para codificar información en términos de acciones así como visual y simbólicamente. Las imágenes y los símbolos visuales representan objetos y eventos reales, concretos y permiten la fantasía del niño.

El niño aprende a controlar cómo se siente y es capaz de influir sobre las actitudes adultas y paternas hacia él. El niño de dos años puede ser extremadamente posesivo y ante todo debe aprender qué es de ellos antes de aprender a compartir.

Es prudente no quitarle sus posesiones a un niño de esta edad durante el curso de la sesión odontológica. El vocabulario varía muchísimo y a menudo la expresión y la voz son más importantes que las palabras. Se deben mantener comentarios breves y simples. El niño gusta de mirar y querrá manipular los objetos, para captar su significado. La atención prestada y todos los procedimientos van a ser muy limitada, de tal forma que debe realizarlos, de manera más eficiente.

El llanto durante el examen dental no sera raro y por tanto este no debe obstaculizar el establecimiento de una relación positiva. El niño reaccionará negativamente a los ruidos súbitos y positivamente a los colores brillantes.

El papel del padre es muy útil a esta edad y es aconsejable no separar al niño del padre durante el curso de la visita.

#### **EL NIÑO DE TRES AÑOS.**

El niño se encuentra en un período de semi - independencia en la cual existe un grado importante de control de sí mismo y es capaz de razonar en mayor grado. El vocabulario mejora mucho y la comunicación es fácil en la situación odontológica.

La forma más exitosa de abordar al niño es complaciendolo y elogiandolo. La atención del niño va a ser mayor, siempre que el niño está ocupado con algo de su interés. Hay un menor grado de temor y se puede lograr más fácilmente la separación de los padres, el niño busca agradar y gusta de los cuentos.

#### **EL NIÑO DE CUATRO AÑOS.**

El niño escucha a otro expresar sus pensamientos pero los comprende en su forma ideosincrástica y cree que tiene un cuadro claro de una situación. Esta edad se considera compleja. El niño puede estar centrado en sí mismo y persiste en el intento de hacer su propia manera.



Hay capacidad para responder a las indiciones verbales, pero se han de establecer límites inteligentes que requieren firmeza repetida para establecer los lineamientos apropiados. Con frecuencia, el niño en esta etapa se le llama "mal criado" debido a que los padres no se adaptaron aún al cambio del niño complaciente de 3 años al dogmático de 4 años. Se ha de tener presente que esta edad muestra los picos de temores del niño y que tiene tendencia a ser muy dramático.

Participa en pequeños grupos sociales, posee muchas habilidades independientes de autoayuda, comprende y reconoce el "gracias" y "por favor".

El profesional tiene que ser cuidadoso al tratar al niño de cuatro años deberá comprender las emociones del niño y manejará al niño con gran precaución; ya que un manejo equivocado puede provocar efectos nocivos a largo plazo.

#### EL NIÑO DE CINCO AÑOS.

El preescolar de cinco años abandona objetos de placer como son mantas, succión; se precia de sus posesiones y reflexiona.

A esta etapa se le conoce también como los "super 3 años".

Los temores que usualmente presentaba disminuyen y tienen la capacidad para evaluar la situación atemorizante. Se enorgullece de sus logros y responde muy bien a los elogios.

La comunicación es muy buena, ya que comprenden la mayoría de las instrucciones y se adaptan bien al manejo de conducta. El niño de cinco años es complaciente y responde bien a los comentarios sobre su aspecto personal.

#### **EL NIÑO DE SEIS AÑOS.**

El niño que se encuentra en el periodo de los seis años generalmente comienza la escuela, por lo tanto adquiere cierta independencia de la familia. Presenta ansiedad, y frecuente temor al daño físico y en el extremo de la ansiedad, puede presentar desahogos de violentas rabietas o golpes a los padres u odontólogo. Se pueden mostrar muy ansiosos por la posibilidad de llorar.

#### **EL NIÑO DE 7 A 12 AÑOS.**

A este período se le conoce como período operacional concreto el niño se muestra ansioso por aprender mucho acerca del mundo. Puede clasificar los objetos y discriminar las relaciones entre ellos, como, más grande - más pequeño, abajo - arriba. Con medida comprende que otros tienen ideas y comprensión diferentes y que él no está entendiendo mucho, por lo tanto está dispuesto a escuchar. Estos niños prefieren la compañía de otros de edad y sexo similares.

Aún cuando estos niños pueden resolver problemas más complejos que sus equivalentes del período preoperatorio, todavía tienen más confianza en las imágenes visuales que los símbolos. Este período requiere el uso de ejemplos concretos de ideas y de explicaciones abstractas de procedimientos.

## PERIODO OPERACIONAL FORMAL.

### ADOLESCENTES DE 13 - 17 AÑOS.

Este es un período complejo debido a que el niño experimenta una revolución fisiológica y social, y las personalidades varían ampliamente con ánimos diversos.

El individuo puede enfrentarse con lo abstracto así como también con la realidad. El adolescente tiene necesidad de explicaciones reales detalladas, incluyendo razonamientos por los cuales él debe cooperar y comportarse, principalmente cuando los adultos no les exigen que lo hagan.

Hay varias razones por las cuales el adolescente no coopera y son:

1. Buscar cualquier problema oculto subyacente a la cuestión verbalizada e intentar contestarlo.
2. Valorar si el adolescente se siente desafiado por una respuesta y la anula de modo que no aparezca como estúpido o tonto.

3. Ofrecer entonces, criticar una de nuestras propias respuestas para actuar como toma voz mas que como un servicio de respuestas para el adolescente.

4. Asegurarse de que aún en el caso de que las respuesta no satisfaga al adolescente, sepa que su cooperación con ciertas reglas es necesaria.

### **CLASIFICACION DE LA CONDUCTA INFANTIL**

La conducta se puede definir como, parte, conducción o modo de proceder.

La conducta infantil se puede clasificar de varias formas por algunos autores, pero lo importante es la comprensión y el conocimiento de los sistemas de conducta ya que de lograrlo el clínico puede ser capaz de definir la conducta apropiada o inapropiada antes de que pueda reforzarla o cambiarla. El modificar la conducta asume que el consultorio dental tiene mayor relevancia para afectar la conducta del niño que las experiencias más tempranas en la vida, como lo son los problemas intrapsíquicos o la conformación de la personalidad.

## CLASIFICACIÓN DE WRIGTH.

Wright indica que la mayoría de los clínicos, consistentes o no estandarizan las conductas infantiles en diversos grupos:

1. Cooperadores.
2. Falta de capacidad de cooperación.
3. Potencialmente no cooperadores.

1. Los cooperadores se pueden clasificar en:

- a) La mayoría de los niños vistos en los consultorios dentales
- b) Niños que fueron tratados mediante un correcto manejo de digamuestra-haga.

Los niños cooperadores se encuentran razonablemente relajados. Posen un mínimo de aprensión, pueden estar entusiasmados y son tratados mediante un abordaje directo y adaptador de conductas.

2. Los niños con falta de capacidad para cooperar incluye a los niños muy pequeños con los cuales no se puede establecer comunicación y de los cuales no puede esperarse comprensión. A causa de su edad, no tienen la capacidad para cooperar.

Otro grupo de niños que carece de capacidad para cooperar son aquellos que tienen situaciones específicas que los debilitan o discapacitan. Dependiendo de la gravedad de su estado impide la cooperación de la forma habitual.

.....

3. Los niños potencialmente no cooperadores tienen la capacidad de actuar cooperando, es decir su conducta puede ser modificada hasta tornarse cooperador.

A su vez se pueden clasificar en:

**a) Descontrolados.**

- Generalmente se encuentra en los niños muy pequeños de 3-6 años en su primera visita al consultorio dental.
- Rabieta con revuelo de brazos y piernas.
- Presencia de ansiedad aguda o temor.

**b) Desafiantes.**

- Es prevaeciente en el grupo etario de la escuela pública.
- Generalmente reaccionan igual en el hogar.
- Suelen usar la resistencia pasiva; se ve más a menudo en los niños mayores que se acercan a la adolescencia.

**c) Tímidos.**

- El niño puede esconderse detrás del padre, pero suele presentar poca resistencia a la separación.
- Se atascan o vacilan al darles indicaciones.
- Con frecuencia reprimen las lágrimas.
- Su medio hogareño es sobreprotector o escaso contacto con extraños.
- Exageradamente ansiosos.

- Se muestra distraído y no escucha o entiende las instrucciones en ocasiones.

**d) Cooperativa tensa.**

- Accede al tratamiento.
- Su voz puede mostrar algún temblor al hablar.
- Puede temblar su cuerpo.
- Muy frecuentemente transpiran, en forma notable, las palmas de las manos o su frente.
- Pueden controlar sus emociones.

**e) Llorosos.**

- Permiten que el odontólogo proceda, pero lloran todo el tiempo.
- Se quejan frecuentemente de dolor.
- Es frustrante para el clínico tener que tratarlos.
- Constantemente emiten sonidos.

Existe otro sistema de clasificación de conducta conocido como; **Escala calificada conductual de Frankl**, y divide la conducta observada en cuatro categorías que van de la definitivamente positiva a la definitivamente negativa. Este sistema de clasificación de Frankl, logró gran popularidad por tres razones. Es funcional, es cuantificable y es de fiar.

a) Definitivamente negativa.

Los niños van a rechazar el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremado.

b) Son niños que difícilmente aceptan el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano).

c) Estos niños aceptan el tratamiento; a veces es cauteloso; y se muestra con voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.

d) Estos niños presentan buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.



## ASPECTOS PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN A LA ODONTOPEDIATRÍA POR LAS ACTITUDES PATERNAS.

VARIABLES QUE AFECTAN LAS ACTITUDES PATERNAS.

Edad:

El grado de madurez de los padres puede influir en su respuesta y cooperación hacia la odontología.

Unos padres jóvenes que hayan creado un ambiente estable para su hijo pueden mostrarse muy receptivos al ideal odontológico.

Los padres que tienen hijos en edades más avanzadas caen en tres categorías: primero están quienes tienen otros niños, grande experiencia y adaptación por lo tanto tienen buena educación odontológica; en segundo lugar se encuentran los padres que tienen varios hijos y éste es el último, y ahora se encuentra en mejor posición para proveer más al hijo pequeño y están muy dispuestos a aceptar lo mejor.

Por último están los padres que esperaron mucho para iniciar una familia o solo tienen un hijo, suelen ser sobreprotectores y permisivos.

**Salud:**

Los problemas de salud de los padres pueden llegar a influir sobre la capacidad de atención a las necesidades dentales de sus hijos.

**Estabilidad emocional:**

Es de suma importancia que se encuentre en equilibrio la salud mental al igual que la física ya que si alguna de estas se encuentra alterada, afecta las actividades paternas y de los hijos.

**Educación:**

Por lo general sucede que mientras más educada se encuentre una persona mayor conciencia odontológica tiene y por lo tanto exige una buena salud bucal. En tanto la persona menos educada será receptiva al consejo profesional.

Las actividades de los padres se pueden dividir básicamente en dos grupos, los cuales son por medio de su cooperación y conducta.

Sistema de clasificación de la cooperación paterna.

La cooperación paterna en el tratamiento dental de un niño es de suma importancia ya que sin ella poco se puede hacer con los pequeños. Es por esta razón importante establecer un sistema para evaluar la capacidad de cooperación de los padres.

Esta clasificación se divide en:

1. Cooperativos.
2. Potencialmente cooperativos.
3. Capacidad cooperativa limitada.

Los padres cooperativos demuestran un alto nivel de conciencia odontológica. Frecuentemente suelen apreciar los servicios prestados desde un punto de vista clínico y de conducta. Presentan un alto grado de confianza inicial y sólo es necesario reforzarla para establecer una relación duradera con el padre.

Los padres potencialmente cooperativos en algunos casos se muestran agresivos y exigentes, pero si se trazan los lineamientos del tratamiento y se marcan los objetivos a corto y largo plazo, entonces se suele establecer la confianza.

Las personas distantes, no comunicativas, suelen ser frustrantes. Es importante llevar a cabo serias consultas y comunicar los objetivos del tratamiento sin esperar ningún tipo de retroalimentación del padre.

Los padres que tienen capacidad cooperativa limitada muestran albergar muchas hostilidades y es extremadamente difícil la comunicación.

Generalmente es resultado de experiencias negativas previas, algunas tan agresivas como para destruir permanentemente la confianza. La inestabilidad mental de los padres puede interferir seriamente en su capacidad para establecer la comunicación. A veces, pese a los más serios esfuerzos, estos padres no responderán a razones aparentemente lógicas para la salud dental.

#### **SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA PATERNA.**

El comportamiento de los padres influye de manera importante en los niños ya que hay una reacción de comportamiento inversa a las actitudes de los padres.

#### **Padres sobreprotectores.**

Las actitudes de los padres sobreprotectores impiden el progreso natural del niño hacia su independencia. Esta actitud puede ocurrir debido a que:

- a) Una experiencia peligrosa para la salud del niño durante su gestación o después de su nacimiento.
- b) Por que los padres fueron criados en un hogar donde faltaba calor y amor.
- c) Por desajustes en la familia.
- d) Por perturbaciones psíquicas de los padres, que le crean al niño una necesidad anormal de dependencia a sus padres.

El odontólogo tiene que establecer una buena comunicación con los padres sobreprotectores para darles confianza.

**Padres dominantes.**

Van a presentar niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Se muestran humildes, con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas.

Estos niños constituyen pacientes ideales, si no son excesivos ya que son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina, solo hay que vencer la barrera de timidez para lograr su confianza.

**Padres manejadores.**

Son padres demasiado exigentes. Inicialmente, las demandas pueden centrarse en la hora de la consulta pero pueden extenderse hasta pretender dirigir el diagnóstico o el tratamiento. El profesional debe regular la situación y manejar a los padres.

**Padres hostiles.**

Los padres hostiles son aquellos que cuestionan la necesidad del tratamiento, pero solo se trata de simple curiosidad porque las preguntas las hacen de modo receloso; las causas pueden ser por malas experiencias personales con la odontología, un negativismo general hacia los profesionales de la salud o sentimientos de

inseguridad en un ambiente extraño. El odontólogo debe tener paciencia con estos padres, porque puede ser que simplemente no entiendan el tratamiento que se propone.

#### **Padres negligentes.**

Por lo general se descubre en un padre negligente porque no cumple con las citas, faltan a las consultas de seguimiento y no controlan la higiene ni los hábitos de acuerdo con lo programado. El odontólogo debe establecer los objetivos a largo plazo para el paciente y determinar si los objetivos de los padres son similares para con sus hijos. Debe proyectar tolerancia e interés.

#### **Padres demasiado indulgentes.**

Son padres que dan demasiados lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les rodea. Estos niños demandan gran atención, afecto y servicio. Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos.

El niño de padres indulgentes ante un dentista extraño puede tratar de usar encanto y persuasión, e incluso torzarle, para evitar el tratamiento y hacer su voluntad; y si esto falla, hacen alarde de ira extrema y pueden resistirse, e incluso con fuerza física, a los intentos de manejo del dentista.

En un gran porcentaje de los casos estos niños muy mimados y difíciles de manejar hay que usar en ellos disciplina como medio para obtener su cooperación.

#### **Padres que rechazan a sus hijos.**

Hay varios grados de rechazo, que van desde ligera indiferencia a causa de trabajo u otros intereses, hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales.

Un padre indiferente tiene hijos que se sienten olvidados, inferiores, inseguros de sí mismos, agresivos, suspicaces, vengativos, combativos, desobedientes, poco populares, nerviosos y demasiado activos; además son criticados constantemente, tristemente descuidados y severamente castigados. Este niño puede ser difícil de manejar, por lo tanto el odontólogo deberá respetar sus peticiones en lo posible ya que están necesitados de atención y bondad, pero solo debe recibir atención que el desea cuando se porte bien y no cuando se porte mal.

#### **Padres con ansiedad excesiva.**

Este tipo de padres se caracteriza por preocupación excesiva hacia el niño, como respuesta a una tragedia familiar anterior.

Estos niños generalmente tímidos, huraños y temerosos les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos.

El profesional tiene algo de dificultad para vencer los temores. Pero si alienta y asegura al niño, este generalmente reaccionará de manera satisfactoria.

## **MODELADO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE**

Mientras la maduración infantil ocurre pasa por diversas etapas de desarrollo y mientras más pequeño es el niño, menor es el número de experiencias que ha aprendido y mayor la responsabilidad del dentista para enseñarle la forma de comportarse.

La conformación o modelado de la conducta es una técnica no farmacológica habitual, es una forma de modificación de la conducta basada en los principios establecidos del aprendizaje social, este es el procedimiento que desarrolla muy lentamente la conducta por el refuerzo de sucesivas aproximaciones a la conducta deseada, hasta que la conducta deseada se presenta.

La teoría del aprendizaje social, descrita por Miller sugiere que la mayoría de las conductas de las personas son aprendidas de otras personas.

En segundo lugar, la teoría establece que las conductas aprendidas pueden conservarse, lo cual respalda el uso de un enfoque preventivo en el manejo de la conducta.



Por otra parte, ciertos patrones aprendidos de conducta como los berrinches en una situación extraña, pueden cambiarse, este componente de la teoría predice que muchas conductas son capaces de ser "desaprendidas". La modificación de la conducta no es un método de una sola vía que pueda ser modificado o impuesto con éxito en un individuo poco dispuesto, la modificación de la conducta sólo tiene resultados cuando el paciente infantil es receptivo y coopera con el clínico. El clínico que trata niños debe siempre tener en mente que el proceso conducta - influencia es siempre recíproco. El clínico intenta cambiar la conducta del paciente a través de la modificación de las consecuencias, pero al mismo tiempo, el dentista es, a su vez modelado por la respuesta del niño.

#### MODELO DE CONFORMACION DE CONDUCTA.

- a) Establecer desde el principio el objetivo general para ese niño.
- b) Explicar la necesidad del procedimiento.
- c) Dividir la explicación del procedimiento.
- d) Hacer todas las explicaciones al nivel de comprensión del niño.
- e) Usar la técnica de diga - muestre - haga.
- f) Reforzar la conducta apropiada.
- g) Hacer caso omiso de las conductas inapropiadas de menor importancia.

Es necesario acercarse a cada niño en su propio nivel de comprensión, y nada parece actuar mejor que el enfoque directo y honesto además, se requiere también adquirir algún conocimiento del tipo de niño que trata y de los tipos de problemas que pudiera tener.

#### **Reentrenamiento.**

Los niños que requieren de esta técnica demuestran ansiedad, temor o simplemente pautas de conducta negativas. Es necesario superar una historia pasada de refuerzo negativo y reemplazarla con una serie de asociaciones positivas y usando la distracción.

#### **Conducta descontrolada.**

Este tipo de conducta se produce en el área de recepción; se pide al padre que haga pasar al niño al consultorio. Es preferible que sea el padre quien cumpla esta función en vez de alentar mayor hostilidad de parte del niño, una vez en el consultorio, el padre será quien sienta al niño en el sillón dental y haga un intento inicial por establecer la disciplina.

#### **Conducta desafiante.**

Para modelar su conducta se hará un intento por establecer buena comunicación con el niño, ser firme y confiado y establecer lineamientos claros de conducta.

### **Conducta tímida.**

A los niños con conducta tímida hay que acercarseles confiada y a la vez cariñosamente, lo mejor es un abordaje suave y se deben delinear claramente las bases para la sesión.

### **Conducta cooperativa tensa.**

Los niños que presentan esta conducta son difíciles de tratar, se requiere estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente.

### **Conducta llorosa.**

Este tipo de conducta eleva los niveles de ansiedad del clínico y sus asistentes por lo cual requiere gran disciplina para seguir acercándose a estos niños de manera racional y objetiva.

### **Conducta del niño muy activo.**

Su conducta en el consultorio es exploradora, investigadora, siempre expresándose en tono alto y tocándolo todo pero, muy a menudo se resiste a entrar al consultorio y, en especial a cualquier trabajo en la boca.

Una mejor apreciación psicológica de la situación nos dirá que se trata de un niño a quien los padres no pusieron límites definidos y experimenta una intensa angustia.

El niño que no tiene límites no sabe dónde detenerse o qué le está permitido hacer.

Sin límites, se angustia y puede manifestarse una exagerada actividad. Estos niños pueden tener ataques de rabia, gritar, llorar o entregarse a cualquier otra forma de comportamiento pueril. Como recurso expeditivo para evitar que estas respuestas sean aprobadas, es imperioso que los padres no estén con él durante el examen preliminar ni en las visitas siguientes.

### **INFLUENCIAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES.**

La falta de familiaridad con las normas sociales puede crear alguna dificultad entre el odontólogo y los padres. Ambas partes pueden desconocer lo que se acepta como atención odontológica en el medio cultural del otro.

Muchos factores pueden crear un clima de desconfianza y a menudo, contradicen las normas sociales aceptadas.

Hay grupos culturales que no conceden importancia a la atención dental del niño y que preferirán visitar al odontólogo sólo por emergencias, lo cual torna bastante difícil proveerles atención integral.

Debido a la pobreza hay poca información y educación en cuanto a salud dental se refiere; por lo mismo se tiene un mínimo acceso al dentista y sus cuidados.

Los niños que pertenecen a este grupo social, provienen de familias con muchos conflictos psicológicos que los van a afectar de forma notable y que dan como resultado pacientes difíciles de manejar en el consultorio dental.

Un importante desafío de la odontología, en realizar las necesidades dentales de los niños de bajos recursos es disminuir la probabilidad de mala conducta durante la experiencia dental ya que estos niños de más privilegiado estrato social, presentan complicaciones de manejo.

Para lograr éxito en el manejo del niño con bajos recursos es necesario que el clínico se vuelva más sensible ante los problemas de los niños pobres y hacerse responsable de sus necesidades psicológicas, para prepararse y dar un extra de energía, voluntad y tiempo antes y durante el tratamiento dental.

## CAPITULO 2

MANEJO DEL NIÑO EN SU VISITA  
AL CONSULTORIO DENTAL.

.....

## CAPITULO 2

### MANEJO DEL NIÑO EN SU VISITA AL CONSULTORIO DENTAL.

#### Objetivos.

Durante los procedimientos odontológicos un objetivo principal es llevar a los niños paso a paso para que desarrollen una actitud positiva hacia la odontología.

Para lograr éxito en los procedimientos se deben reunir ciertos factores como son: una personalidad confiada del niño, la preparación adecuada del niño por parte de los padres para la visita o bien las excelentes cualidades comunicativas del equipo odontológico.

Se debe establecer una relación con los niños y los padres para desarrollar una base de mutua fe y confianza. Además se requiere una evaluación preliminar de la capacidad de cooperación de niños y padres.

El manejo adecuado de la primera visita de un niño puede generar una buena relación entre los padres y el personal del consultorio y servir de ayuda para el período de consulta.

La relación entre el odontólogo y los padres se basa sobre la confianza que puede ser generada mejor inicialmente por una

repcionista que haya sido informada acerca de los patrones de conducta y preocupaciones posibles en padres e hijos.

#### **a) PREPARACION PSICOLOGICA DEL NIÑO.**

Se han formulado varios métodos de modificación preoperatoria de la conducta con ayuda de audiovisuales, siendo su objetivo que el niño reprodujese la conducta exhibida por el modelo.

La modificación preoperatoria de la conducta según Ghose y Col, proponen que puede efectuarse también con modelos vivientes de pacientes, como hermanos, otros niños o los padres.

Otro método de modificación de la conducta involucra la correspondencia antes de iniciar las visitas al consultorio.

El objetivo de enviarles una carta a los padres, es para enseñarles la forma de como preparar a los nuevos pacientes pediátricos en su primera visita al odontólogo.

Ejemplo de carta utilizada en la practica para ayudar a los padres a preparar a sus hijos para la primera visita al consultorio dental.



**Apreciables padres de familia:**

La Razón por la que me permito escribirles, es para comunicarles que la primera visita al consultorio dental en un niño es fundamental para marcar la pauta de una buena actitud hacia la odontología durante toda su vida.

En esta primera cita al consultorio, se realizara una historia clínica, se revisaran sus dientes y se tomaran moldes y radiografías si fuese necesario. Situaciones que son muy agradables e interesantes para su niño.

El personal con el que contamos se encuentra muy bien capacitado, en el manejo de los niños pero, para que las visita sea un éxito, usted como padre tiene que preparar a sus hijos para que muestren una buena actitud hacia la odontología.

Además ustedes tienen que presentar una actitud natural y relajada al contar a sus hijos que han concertado una visita al odontólogo.

Agradezco de antemano su atención y cooperación, y recuerde que la salud bucal depende de un cepillado correcto, visitas periódicas al odontólogo y una buena dieta.

Quedo a sus ordenes.

También se les puede informar a los padres por escrito de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez.

1. Los padres no deben expresar sus miedos personales al dentista enfrente del niño.

2. Nunca se debe utilizar la odontología como amenaza de un castigo.

3. Los padres deben familiarizar a su hijo con la odontología llevándolo al odontólogo para que se acostumbre al consultorio para que empiece a conocerlo.

4. Un padre nunca debe sobornar a un niño para que asista al dentista.

5. El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer o no el odontólogo.

6. Los padres deberán encomendar el niño a los cuidados del dentista, y no deberán entrar a la sala de tratamiento a menos que así se les especifique.

La importancia de brindar instrucciones a los padres para que preparen a sus hijos para la atención odontológica no puede ser subestimada.

Ya que en ocasiones los intentos de las madres para resolver la ansiedad de sus hijos en ocasiones da como resultado más ansiedad.

Por lo tanto los odontólogos que usan correspondencia previa a la visita inicial deben ser selectivos y además no deben abusar de su uso ya que el exceso de correspondencia podría confundir o provocar ansiedad desmedida.

## **b) CONSIDERACIONES PRACTICAS PARA EL MANEJO CONDUCTUAL.**

Antes de iniciar cualquier tratamiento con un niño, el clínico debe realizar una historia clínica y un interrogatorio funcional desde el punto de vista de la conducta. Los objetivos principales son:

- 1) Conocer el interés del paciente y de sus padres.
- 2) Reunir información que nos permita una estimación segura de la capacidad de cooperación del niño.

El interrogatorio funcional se puede hacer de dos maneras:

- a) Por medio de un cuestionario que completa el padre.
- b) Por una entrevista directa con el niño y sus padres.

Los cuestionarios escritos pueden ser instrumentos importantes para obtener información porque la indagación puede descubrir

hechos críticos en cuanto a la forma de crianza en ese hogar, las experiencias escolares del niño o el estado de desarrollo del paciente.

Las preguntas a los padres pueden ser acerca de el grado de ansiedad de los niños, reacción a procedimientos médicos anteriores, reacción hacia el odontólogo, etc.

El Análisis minucioso de las respuestas a estas preguntas, originadas en la ciencia de la investigación de la conducta, puede alertar al clínico perspicaz acerca de un problema de conducta potencial.

## **ASPECTOS DEL CONSULTORIO DENTAL**

Algunos de los métodos más sencillos para reducir los niveles de ansiedad es crear un medio que atraiga al niño.

Se requiere establecer un área recreativa o de juego aparte en el cual se puedan polarizar los niños. Esto los alentará a dejar el lado de sus padres y facilitará la separación cuando se transfiera al niño a la sala operatoria.

La decoración de la sala de espera debe estar diseñada para crear un ambiente atractivo y cómodo para los niños y los padres.

Las paredes deben tener colores sólidos brillantes para establecer una sensación agradable de pertenencia en el niño y la decoración puede estar compuesta por cuadros y murales con temáticas de viajes con mapas y fotografías de otros países.

Otras temáticas interesantes pueden ser: educación, historia, transporte, ciencia, animales representados en su hábitat natural, las estaciones del año. Tiene que estar bien iluminada el área de recepción de preferencia con luz cenital o apliques fijados a las paredes.

Debe haber asientos cómodos para los padres y se debe disponer de un material bastante amplio de lectura para el padre y los niños.

Ayuda de mucho la utilización de alfombras para reducir efectivamente los niveles de sonido y la música suave en todo el consultorio, agrega una atmósfera sedante.

Se debe evitar el olor del eugenol o del formaldehído que invaden el consultorio y pueden resultar particularmente desagradables.

La limpieza y el cuidado son tan importantes para los niños como para los adultos y afectan sus actitudes, es útil la sensación de espaciosidad, pues el confinamiento alienta la aprensión. Los juguetes y otros objetos de interés para los pacientes más pequeños, contribuirán a crear un ambiente favorable y familiar.

.....

El uso de obsequios es útil para reforzar los sentimientos positivos hacia el consultorio, pero el propósito no es recompensar la buena conducta, sino demostrar amistad. Por lo tanto no se debe negar el obsequio cuando el comportamiento no haya sido el ideal.

Un sistema audiovisual utilizado para el entrenamiento de los niños, así como para la educación dental, puede ser herramienta valiosa para reducir al mínimo la ansiedad en los más pequeños.

La ubicación del equipo dental debe estar diseñada de modo que se reduzca al mínimo los estímulos visuales potencialmente negativos.

Los instrumentos que particularmente pudieran causar temor no debieran estar en lugares visibles por el niño, es preferible ubicar el equipo a los lados o detrás del paciente.

#### **DURACION DE LA VISITA.**

El plan de tratamiento pediátrico deberá ordenarse de modo que la secuencia logre las consideraciones de prioridad para el cuidado indicado y que acorte en forma razonable, los intervalos planeados para cada visita; debido a que los niños se cansan e inquietan cuando deben esperar mucho en el área de recepción.

Esto debe ser tomado en cuenta al combinar los horarios. Una buena regla es que los niños no deben esperar en el área de

recepción y que deben hacerse todos los esfuerzos para ser puntuales.

Siempre que sea posible, los niños no deberán mantenerse en el sillón del dentista por períodos más largos de 30-40 minutos.

Con estancias más largas, muchos niños dejan de cooperar.

La hora del día para la cita del niño es importante, en especial para pacientes muy jóvenes. Para un niño en particular con un problema de conducta o para pacientes demasiado jóvenes las citas temprano en la mañana han probado tener más éxito, ya que los niños están más alertas y el equipo asistencial está más descansado por las mañanas. A menudo es más fácil convencer a los padres para que retiren a sus hijos de la guardería o el jardín de infantes que de la escuela primaria o secundaria para llevarlos a la consulta odontológica por la mañana.

Si los niños están acostumbrados a siestas o comidas a determinadas horas del día, entonces se evitará citarlos a esa hora en que pueden estar irritables.

Los niños muy aprensivos y premedicados deben ser citados por la mañana al igual que a los preescolares ya que los participantes estarán más frescos que por la tarde.

## **PERSONALIDAD DEL ODONTOPEDIA- TRIA Y PERSONAL AUXILIAR.**

Es de suma importancia que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza, ya que los niños de todas las edades responden favorablemente si están recibiendo consideraciones especiales y todo el personal, incluyendo a la recepcionista, al asistente, al higienista y al dentista, deberán saludar al niño utilizando su primer nombre o su apelativo, siempre que sea posible.

Los niños muy sensibles a emociones ocultas, identificarán rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles, y esto les desalentará aún más. Si un odontólogo va a tratar a pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar a niños sin producir traumas.

El dentista ha de tener paciencia y respeto para la personalidad del niño. La asistente dental tiene que ser amable y comprensiva.

El odontólogo siempre tiene que mantenerse objetivo y conservar su capacidad para evaluar a los niños con exactitud.

La firmeza junto con la bondad y una voz suave y clara serán útiles. El clínico debe ser cortés y hablará al niño como de una persona a otra, las indicaciones verbales serán presentadas en forma de



afirmaciones, no de preguntas. El abordaje decidido alentará una mayor sensación de seguridad en el niño.

Es valiosa la sinceridad con los niños, pero es prudente evitar la terminología que potencialmente cause temor.

La vestimenta y aspecto general del odontólogo como de su personal auxiliar crean una impresión significativa en el niño, más de lo imaginado por muchos adultos. Los uniformes no son una necesidad absoluta, pero si se los usa son preferibles los colores alegres o con diseños.

El personal auxiliar en un ambiente pediátrico debe ser cuidadosamente elegido y entrenado con el pensamiento de mantener la odontología pediátrica amena y agradable para todos.

Aquellos miembros del personal auxiliar que continuamente se comunican con el paciente infantil en tanto que le proporcionan algún tratamiento directo, deben ser especialmente capaces de enfrentarse con éxito a un niño temeroso y de aplicar modificaciones a las técnicas de la conducta.

Siempre deben usarse comprensión, sinceridad, tiempo y alabanzas que los niños requieren para que el tratamiento tenga éxito.

La higienista o el asistente tienen el potencial de poder aclimatar al

niño a los procedimientos iniciales y los instrumentos odontológicos. Por lo general, el odontólogo no entra en el gabinete hasta que la asistente ha colocado al niño en la silla.

La asistente no es un hecho nuevo para la mayoría de los niños; por tanto, está más capacitada para conducirlos mejor, introducirlos en el gabinete operatorio y mantener vivo su interés explicándoles, por ejemplo, el maravilloso mecanismo de la unidad dental; haciéndoles experimentar la emoción del ascenso y descenso de la silla de operaciones, que suale ser divertido para los más pequeños. Cuando entra al gabinete el dentista el niño ha perdido ya mucho de su recelo por las cosas nuevas que lo rodean.

Con un plan de tratamiento estudiado cuidadosamente, el asistente es capaz de anticipar el trabajo eficiente del procedimiento planeado para preparar el instrumental necesario antes de la presencia del niño en el consultorio. Reduciendo el tiempo de la consulta y permitiendo que se preste más atención directa al paciente, sin la distracción del ambiente operatorio.

### **SEPARACION PADRE-NIÑO.**

El odontólogo tiene la obligación de explicarles a los padres acerca de los beneficios e inconvenientes de la separación de ellos con sus niños dentro del consultorio dental, una vez realizado esto los

padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar su hijo a su cuidado.

Si es posible, el odontólogo debería establecer relaciones con el paciente antes de separar al niño de sus padres, por que de otra manera el niño puede sentir que lo están forzando a abandonarlos. En un niño de corta edad el miedo al abandono es crítico.

Belcher en 1898 y Starkey en años más recientes han definido la separación padres-niño durante el tratamiento y Starkey sugirió que el sistema de hacer que los padres permanezcan en la sala de espera puede justificarse por varias razones:

- a) El padre con frecuencia repite las órdenes, fastidiando, tanto al odontólogo como al niño.
- b) El padre agrega órdenes, formando una barrera para la relación entre el clínico y el niño.
- c) El odontólogo se ve imposibilitado de usar "control de voz" en presencia del padre porque puede ofenderse.
- d) El niño divide su atención entre el padre y el odontólogo.
- e) El odontólogo divide su atención entre el niño y el padre.

Además el clínico se siente más relajado y cómodo cuando los padres esperan en el área de recepción.

Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de estos ha sido defectuoso. Sin embargo hay casos en que el padre puede ser muy útil para sostener o comunicarse con un niño discapacitado, a menudo brindando información e interpretándolo.

Otra excepción importante se refiere al factor edad. Los niños muy pequeños (menores de cuatro años) aquellos que no han alcanzado la edad de comprender plenamente la comunicación verbal, tienen una estrecha relación simbiótica con los padres; en consecuencia, éstos los acompañan.

Si se invita al padre de un niño mayor para que pase a la sala de tratamiento, deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie o sentarse alejado de la unidad. No deberá hablar al dentista o al niño, a menos que aquel se lo pida, ni deberá tomar al niño de la mano ni mirarle con simpatía y expresión asustada.

### **CONVERSACION DENTISTA-NIÑO PACIENTE.**

Al entablar una conversación con un niño, el odontólogo no sólo conocerá más de su paciente sino que también puede lograr que el

niño se relaje. Hay variadas formas de iniciar la comunicación verbal y la efectividad de estos abordajes difiere según la edad del niño.

El odontólogo deberá ponerse al mismo nivel del niño en posición y conversación, en palabras e ideas y nunca usar palabras demasiado difíciles que el niño no pueda comprender. Hablar demasiado confundirá al niño y le producirá desconfianza y aprensión o en algunos casos hay niños que advierten que controlando la conversación pueden retrasar el tratamiento.

Se deben elegir temas y situaciones que le sean familiares a los niños usando palabras sencillas y cotidianas. Si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. También debe evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que son. Los niños se sienten halagados si los adultos los consideran mayores de lo que son, por lo tanto hay que dirigirse a ellos como si fueran ligeramente mayores.

A la mayoría de los niños les gusta oír hablar al dentista cuando se trabaja en ellos ya que de este modo se sienten menos ignorados y olvidados.

#### **DETERMINACION DEL COMUNICADOR.**

Generalmente la asistente dental habla con el niño al llevarlo desde

la sala de recepción al consultorio y durante la preparación del niño en el sillón odontológico. Pero al llegar el odontólogo, la asistete adquiere un papel pasivo, puesto que el niño sólo puede atender a una persona a la vez; de lo contrario el niño se confunde.

#### **Claridad del mensaje.**

El clínico deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño, por lo tanto tiene que proveerse de su propio vocabulario, sustituyendo palabras como:

#### **Terminología odontológica**

#### **Palabra sustitutiva**

Explorador

Saca gusanos

succión

aspiradora

aguja

pellisco

dique de goma

impermeable

grapa

anillo

jeringa triple

pistola de agua y aire

amalgama

polvo de estrella

rayos X

fotos para dientes

anestesia

jugo o agua dormilona

## CONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y ATENCIONES.

Es importante conocer al paciente infantil antes de tratarlo en el consultorio dental, para saber cómo actuar y guiar su manejo y poder predecir su comportamiento.

La mejor forma de saber del niño es preguntándoles a los padres cuando llamen para concertar una cita si su niño: ¿teme a el dentista? o ¿tuvo experiencias desagradables con un médico o dentista? ¿es nervioso? etc. Las respuestas que den los padres pueden dar una idea del comportamiento futuro del niño.

Otra forma de conocer sobre el comportamiento emocional del niño es observándolo en la sala de espera. Si el niño se encuentra sentado en las faldas de su madre o abrazado a ella, se pueden anticipar dificultades en el primer encuentro. Pero si el niño se sienta solo y lee un libro o juega alejado de su madre se puede suponer que es maduro y puede recibir bien el tratamiento.

### ATENCIONES.

Cada paciente infantil debe recibir una atención especial por parte del dentista, como si el niño fuera el único paciente de ese día por lo tanto hay algunas recomendaciones que son:

- Nunca dejar a un paciente muy pequeño sentado solo en la silla dental, puesto que sus temores pueden aumentar.
- En la primera visita deberán realizarse solo procedimientos menores e indoloros en una sesión breve.
- Si el procedimiento tiene que producir dolores, aunque sean mínimos, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle creer que ha sido engañado. También puede explicársele que si avisa cuándo le duele demasiado, el dentista parará o lo arreglará de manera que no duela tanto o lo hará con más suavidad.

### **USO DE ADMIRACION Y RECOMPENSA.**

El odontólogo puede hacer uso de admiración y recompensas para lograr una conducta más favorable en el paciente-niño pero, se debe evitar caer en el soborno. Por lo tanto se debe diferenciar entre ambas cosas.

- Soborno es cuando se promete una recompensa para inducir una determinada conducta; que raras veces da resultado porque el niño seguirá portandose mal para obtener más sobornos y concesiones.
- Recompensa es, ß en cambio, un reconocimiento de la buena conducta, entregando después de la sesión, sin promesas previas.



Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista y de sus padres. Por lo tanto, que se le reconozca la conducta ejemplar del niño influye para que este se porte bien.

Los niños que se muestran tensos después de la sesión súbitamente se animan y corren a buscar su regalo.

Estos regalos ofrecen un recuerdo agradable de la sesión.

Los regalos pueden ser estampas, cupones para helados, estrellas, cajitas con juguetes hasta un juego de cepillos dentales para refuerzo de la salud bucal.

## CAPITULO 3

GUIAS PARA EL MANEJO DEL  
COMPORTAMIENTO

.....

## CAPITULO 3

### GUIAS PARA EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO

(REVISADAS EN MAYO 1994 POR LA ACADEMIA AMERICANA DE  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA)

#### a) CONTROL DE VOZ.

##### Descripción.

El Dr. John C. Brauer fué uno de los pioneros en los E.U. participando con el movimiento odontológico pediátrico realizando un ensayo llamado Psicología aplicada a la pavidodencia.

El Dr. Brauer pudo percatarse que hace más de dos décadas el control de voz fué usado como técnica en las clínicas dentales para el manejo de la conducta infantil.

Específicamente el Dr. Brauer subraya que:

"La técnica de control de voz realizada por los practicantes en Odontología Pediátrica, es un factor muy importante en el manejo del paciente infantil. El tono y el énfasis empleado al hablar con el niño produce una reacción favorable o desfavorable".

El Dr. Brauer, tenía la esperanza de que se hiciera una investigación adicional sobre la técnica después de la publicación de su ensayo;

pero fué virtualmente descuidada.

Esto es causado probablemente porque la profesión odontológica no se cuestiona de la utilidad de la técnica de control de voz ya que no parece controversial u objetable para los padres y los miembros de la profesión dental como lo son las técnicas de mano sobre la boca ó la restricción física.

Mc Knight-Hanes y col. realizaron una investigación en Febrero de 1995 donde reportaron que el 98% de los dentistas en Estados Unidos usan la técnica de control de voz.

Murphy y col. reportan que la mayoría de los padres aceptan la técnica.

El control de voz es una alteración controlada del volúmen y tono de voz para influenciar y dirigir el comportamiento del paciente. Se usan órdenes súbitas y firmes para llamar la atención del niño o para quel niño suspenda lo que estaba haciendo. La conversación monótona y confortante se supone que funciona como la música con respecto al ánimo. En ambos casos, lo que se oye es más importante porque el odontólogo intenta influir en la conducta directamente y no por medio de la comprensión o el intelecto.

La teoría de Chambers dice que el control de la voz es más efectivo cuando se usa junto con otras comunicaciones.

Una orden súbita de "-deja de gritar y presta atención"- puede ser una medida preeliminar necesaria para la futura comunicación.

Lo más importante de la técnica de voz en la clínica es la expresión facial que sirve como transporte de comunicación/autoridad; siendo un mensaje que el niño puede entender y sentir el mando, por lo sonoro de la voz.

En resumen, las partes implícitas de la comunicación de poderío, dependen del tono y la intensidad de la voz.

• **Objetivos:**

1. Ganar la atención del paciente y su aceptación.
2. Evitar comportamientos negativos o de evitación.
3. Establecer autoridad.

• **Indicaciones:**

El control de voz esta indicado para el niño no cooperador, no atento y para el niño comunicativo.

• **Contraindicaciones:**

En los niños en quienes debido a la edad, incapacidad, medicación, o inmadurez emocional son incapaces para comprender y cooperar.

## b) MANO SOBRE BOCA.

### Descripción:

El método de modificación de la conducta llamado "mano sobre boca" es conocido en inglés por las siglas HOM (Hand-Over-Mouth).

Dicha técnica se utiliza para calmar los gritos del niño por medio de la colocación de la mano del dentista sobre la boca del niño-paciente.

Numerosos autores han escrito mucho acerca de este procedimiento. Pero esta técnica fué descrita por primera vez en 1920 por el Dr. Evangeline Jordan, quién escribió: "Aunque el niño normal se encuentre gradualmente histérico y no quiere escuchar y además continua llorando y forcejeando al mantener doblada una toallita sobre su boca sin ejercer fuerza solo sosteniendola firmemente, mantiene su boca cerrada. Sus gritos aumentan su condición de histeria, pero aunque su boca se mantenga cerrada el niño emite un pequeño sonido que le permitira escuchar y pronto comenzara a razonar." A esto le llamó terapia emocional sorpresa por Lamphire. Ejercicio mano sobre boca por Levitas. Aversión por Kramer y Lechner y Wright lo llamarón acondicionamiento aversivo. Estas teorías fueron mantenidas hasta 1975.

Mientras que los actos de desadaptación (gritos y puntapiés) se relacionan con la restricción y la conducta cooperadora se relaciona con la supresión de la restricción (mano sobre boca) y el uso del refuerzo positivo (elogio).

La técnica de mano sobre boca consiste en colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicando que esto no es un castigo, sino un medio para que el niño oiga lo que el dentista le va a decir.

Mientras que el niño llora, se le debe hablar al oído con voz normal y suave, diciéndole que se quitará la mano de su boca cuando pare de gritar. No debe haber malicia en la voz del clínico. La técnica puede tener éxito, aunque se crea que el paciente no lo oye.

Cuando el niño ha dejado de llorar, se debe quitar la mano y hablarle sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología.

Una modificación de esta técnica es la de tapar simultáneamente las vías aéreas apretando ligeramente las narices por un máximo de 15 segundos: a esta técnica se la conoce en inglés con las siglas de: HOMAR (-Hand-Over-Mouth with air way Restricted-) y en español, mano sobre boca con restricción de vías aéreas. Hay numerosos autores en contra de esta técnica y no la recomiendan bajo ninguna circunstancia.

Por lo anterior el debate de su uso tiene dudoso éxito ya que la molestia que provoca la restricción de las vías aéreas produce respiración entrecortada del niño y la falta de aliento por lo que le puede precipitar al pánico.

Se ha podido comprobar que esta técnica no es muy diferente, ni mejor a la antigua técnica bárbara conocida en inglés como "toweling" en la cual se tapaba simultáneamente la nariz y la boca del niño con una toalla.

En años recientes surgió cierta inquietud debido al uso del condicionamiento por aversión. Algunos odontólogos describieron la técnica como agresiva. Se realizaron encuestas realizadas entre graduados en odontopediatría en 1972 y 1981 demostraron, sin embargo, aceptación de la técnica por un porcentaje sustancial de profesionales.

En ambos casos, más del 80% de los odontopediatras usaban a veces la técnica.

Una encuesta realizada en 1972 por la Asociación de pavidoncia reportaron que el 80% de las respuestas indican que deseaban usar la restricción de vías aéreas en casos seleccionados. En 1981 similares encuestas indican que el 90% de las respuestas de los odontopediatras usan mano sobre boca con vías aéreas abiertas.



mientras que el 54% ocasionalmente usan mano sobre boca con restricción de vías aéreas. Al investigar acerca de la aceptación de la técnica por instructores de programas de entrenamiento avanzado, Davis y Rombom obtuvieron que el 83% la enseñaba en sus cursos.

También algunos padres desaprobaban la técnica: En 1990 se hicieron encuestas en los diplomados de odontopediatría reportando Allen y col. que el 73% usan la técnica de mano sobre boca; y este mismo estudio reveló que más del 70% de los odontopediatras que respondieron han tenido que ocuparse de su seguridad ética y legal por el uso de las técnicas tradicionales de manejo (restricción física, mano sobre boca y sedación).

Y es que la profesión odontológica no brinda una seguridad absoluta sobre la legalidad de la técnica y que hasta que una corte judicial falle sobre su legitimidad habrá cierto grado de incertidumbre. Pero también afirma que el odontólogo que usa las técnicas de manejo conductual, de acuerdo con los estándares de la odontología prudente en cada situación y que obtiene el consentimiento requeridos para el tratamiento (se puede realizar un ensayo de la técnica en presencia de los padres.) no debe temer un juicio por agresión.

El condicionamiento por aversión puede ser un método seguro y efectivo para manejar un problema de conducta extremadamente difícil. Sin embargo, todo apartamiento de la aplicación aceptada de la técnica, puede exponer al odontólogo a un juicio por responsabilidad.

La técnica de mano sobre boca o por aversión no se usa rutinariamente sino como último recurso, por lo general con niños de 3 a 6 años de edad y con buena comunicación. Levitas en 1974 enfatiza que para los niños muy pequeños, los inmaduros, los discapacitados físicos o aquellos que tienen afecciones mentales o emocionales este abordaje de la conducta es inaceptable.

En el momento que se use la técnica de mano sobre boca se debe tener cuidado a las reacciones del niño como reporta Wright: El niño puede arrancar la mano del dentista con fuerza provocando que este lo rasguñe imprudentemente, pudiendo ocasionarle al niño una infección si no se usan guantes de plástico. La técnica nunca debe ser practicada con anillos que podrían cortarle el labio al menor.

Otra posibilidad que se tiene que cuidar es que el niño puede violentarse e intentar girar su cabeza de un lado a otro y causarse un ligero desprendimiento capilar o en la superficie de la piel.

La técnica de mano sobre boca ha sido autorizada por la Academia Americana de Pediatría Dental, la cual pide que se llene el requerimiento legal de informarle al padre o a un testigo legal sobre la técnica y pedirle su autorización para llevarla a cabo proponiendo métodos alternativos con sus pros y sus contras de no recibir el tratamiento.

• **Objetivos:**

1. Ganar la atención de un niño con alta oposición, de modo que se pueda establecer la comunicación y obtener la cooperación para un tratamiento sin alternativas.

• **Indicaciones:**

La técnica de mano sobre boca está indicada en niños normales de 3 a 6 años con una conducta sumamente negativa o muy caprichosos y sólo como último recurso.

• **Contraindicaciones:**

La técnica de mano sobre boca es inaceptable en pacientes demasiado jóvenes, discapacitados físicos, inmaduros o con afecciones mentales o emocionales.

### c) REFORZAMIENTO POSITIVO.

#### Descripción:

Se puede definir el reforzamiento positivo como cualquier evento o consecuencia que sigue a una respuesta dada que incrementa la probabilidad de una recurrencia de esa respuesta o conducta.

En el proceso de establecimiento de un comportamiento deseable es esencial el dar una apropiada retroalimentación. El reforzamiento positivo es un efectivo método para fortalecer la ocurrencia de comportamientos deseados.

Los reforzamientos sociales incluyen elogio verbal, modulación de la voz, expresiones faciales y apropiada demostración física de aprecio por todos los miembros del equipo dental. Los reforzamientos no sociales incluyen juguetes.

Los psicólogos se interesan hace ya mucho tiempo en el estudio de los efectos de las alabanzas y los castigos sobre la conducta.

Los resultados de la mayoría de los experimentos indican que la alabanza conduce mejor al aprendizaje. Sin embargo, ambas técnicas son mejor que nada para originar una reacción.

Los elogios o los premios motivan a una persona para esforzarse por más. A menudo es posible que el odontólogo establezca una serie de premios para sus pacientes más jóvenes.

Muchas veces las palabras de elogio en los más grandes y en los pequeños una pequeña "chuchería" pueden representar la diferencia entre éxito y un fracaso en el tratamiento.

Es necesario premiar inmediatamente y cada vez que se realice una conducta deseada. Una vez que el niño aprende la conducta deseada, el refuerzo intermitente mantendrá la conducta.

Se sabe que una alabanza por cada cinco conductas positivas por lo menos, mantendrá firmemente una conducta establecida.

Además de la consistencia, el clínico puede observar que gran parte del poder de la alabanza por refuerzo positivo, deriva de ingorar simultáneamente otras conductas. Por supuesto, éste es un fenómeno natural que ayuda a dirigir la atención del niño hacia aquellas conductas positivas que debe aprender.

- **Objetivo:**

Reforzar el comportamiento deseado.

- **Indicaciones:**

Puede ser utilizado en cualquier paciente.

- **Contraindicaciones:**

Ninguna.

\*\*\*\*\*

#### **d) DECIR, MOSTRAR Y HACER.**

##### **Descripción:**

Hace más de tres décadas, Addelston formalizó una técnica que comprende varios conceptos de la teoría del aprendizaje. Se denominó técnica diga - muestre - haga y en inglés se conoce como: **Tell, Show, Do**. Desde su introducción, en 1959, ha permanecido vigente en la dirección de la conducta.

Decir - mostrar - hacer es un método de formación del comportamiento usado por muchos profesionales quienes trabajan con niños.

El método involucra explicaciones verbales de los procedimientos en frases apropiadas para el nivel de desarrollo del paciente (decir); la demostración para el paciente de lo visual, auditivo, olfativo y táctil son aspectos del procedimiento en una cuidadosa definición (mostrar); y sin desviarse de las explicaciones y las demostraciones se termina el procedimiento (hacer). El método decir - mostrar - hacer, debe ser usado como rutina por todos los miembros del equipo odontológico que trabaja con niños. Las asistentes dentales, higienistas dentales y odontólogos deben demostrar los diversos instrumentos, paso a paso antes de su aplicación, ya sea diciendo, mostrando o haciendo.

Quando el odontólogo trabaja en la boca, se deberá mostrar al niño todo lo posible del procedimiento.

La técnica decir - mostrar - hacer es utilizada con habilidades de comunicación (verbales y no verbales) y reforzamiento positivo.

• **Objetivos:**

1. Enseñar al paciente los aspectos importantes de la visita dental.
2. Formar la respuesta del paciente a los procedimientos a través de la desensibilización y bien descritas expectativas.

• **Indicaciones:**

A todos los pacientes que puedan comunicarse, apegados a su nivel de comprensión en los métodos de comunicación.

• **Contraindicaciones:**

Ninguna.

e) **DISTRACCION**

**Descripción:**

La distracción es la técnica de manejo conductual que sirve para diversificar la atención del paciente de lo que puede percibir como un procedimiento no placentero.

- **Objetivo:**

Disminuir la percepción de lo no placentero.

- **Indicaciones:**

Puede ser usado en cualquier paciente.

- **Contraindicaciones:**

Ninguna.

#### f) COMUNICACION NO VERBAL.

##### **Descripción:**

En la comunicación verbal, el punto importante está en qué o en cómo decirlo. Sin embargo, también pueden emitirse o recibirse mensajes no verbales, a, o de los pacientes.

El contacto físico puede ser una forma de comunicación no verbal. El simple acto del odontólogo de poner una mano sobre el hombro del niño mientras está a su lado sentado en la sala de espera, transmite una sensación de calidez y de amistad.

La mirada también es importante. El niño que rehúye la mirada con frecuencia no está plenamente preparado para cooperar. La aprensión puede ser comunicada sin decir una palabra.

La detección de rapidez de los latidos cardíacos o advertir transpiración en el rostro, son observaciones que alertan al clínico



perspicaz con respeto al nerviosismo del niño.

La comunicación no verbal es apoyada con el reforzamiento y gafa del comportamiento a través del contacto, la postura y la expresión facial.

• **Objetivos:**

1. Aumentar la efectividad de otras técnicas de manejo de la comunicación.
2. Ganar o mantener la atención del paciente y su aceptación.

• **Indicaciones:**

Se puede usar en cualquier paciente.

• **Contraindicaciones:**

Ninguna.

**g) RETENCIÓN FÍSICA**

**Descripción:**

El uso de cualquier tipo de fuerza ha sido un punto de controversia en odontología durante años. Utilizarla como técnica, exige gran precaución y una consideración racional.

La consideración esencial residirá en la naturaleza de la pauta de conducta del niño, pues cualquier forma de restricción es una forma de castigo.

La aplicación de esta técnica sería para niños en la categoría de "conducta descontrolada". Pero debe quedar muy específicamente esclarecido que el niño no sufre ansiedad o temor como para que al realizar la técnica sólo se compliquen sus emociones.

Por lo tanto la responsabilidad del odontólogo es grande y así debe ser contemplada.

La técnica de restricción física consiste en sujetar las manos y puede ser o no también las piernas durante la inyección o el tratamiento dental requerido por medio de la colaboración de un asistente dental o haciendo uso de un equipo de estabilización.

Existen tres tipos diferentes de restricción física y los cuales son:

**1. Sacudir los hombros del niño.**

Se usa esta técnica para lograr la atención del paciente; pero se requiere del permiso preliminar del padre.

**2. Golpecitos en el esternón con el dedo.**

La razón principal detrás de esta técnica es de alarmar al niño para que deje de llorar en ese mismo instante. Por lo cual se facilita al odontopediatra entablar una comunicación racional con el niño.

El personal con experiencia, que realiza esta técnica considera que es muy efectiva. Solo se debe tener suma precaución de que el golpe no sea fuerte ya que el niño se puede quejar de que el dentista golpeo su pecho; por lo cual generalmente provoca que el padre se moleste con la técnica usada por el dentista y lo demande legalmente. Debido a esta situación, esta técnica se usa poco para el manejo de la conducta infantil y además este método no se encuentra dentro de los estándares en el cuidado del manejo de el paciente de la Academia Americana de Pediatría Dental.

### 3. Tabla con red y Envolvimiento.

Wright denota que hay muchos pacientes demasiado pequeños que no pueden comprender que deben permanecer sentados y tranquilos, manteniendo alejadas sus manos del campo operatorio; Por lo que los repentinos movimientos de sus manos o su cabeza pueden provocar mayores daños con la aguja de la jeringa o por la velocidad de la fresa en la pieza de mano. A causa de esto se puede recurrir a la restricción física pero debe ser bajo la autorización del padre y con la presencia de un testigo y el padre.

Una vez obtenido el consentimiento paterno, es aconsejable que se retire para que el niño no se distraiga.

Hay numerosa literatura en donde se explica la técnica para envolver al niño con una sábana y sujetadores de tela; pero ahora los pediatras prefieren el uso de la tabla con red.

Básicamente la tabla con red o también conocida en inglés como Pappoose Board consiste en una tabla moderadamente flexible en la cual se encuentra atada una red o malla con sujetadores de velcro que puede ajustarse.

Escencialmente la tabla con red se usa para enredar al niño con la malla de red y sujetadores de velcro, de esta forma se inmoviliza al pequeño sujetando los brazos y las piernas impidiendole que pueda sacudirse.

Antes de llevar a cabo esta técnica se debe tomar en consideración. Primero, las implicaciones legales, pues se han instituido muchas leyes para la protección de los niños. Así, pese al consentimiento paterno, en algunas áreas un niño puede tener el privilegio de rehusar la atención.

Sería prudente que el odontopediatra que elija realizar esta técnica tenga conciencia de las implicaciones legales en este terreno.

Como precaución general, se puede obtener el consentimiento de los padres elaborando una hoja de permiso donde se estipule que se ejecutará el tratamiento dental y con un posible uso de restricción

física detallando la técnica y el uso de tabla con red, quedando esto en un registro riguroso en la ficha del paciente.

Un segundo factor en la significación psicológica de este enfoque. Wolking menciona:

"Un componente principal del miedo es la sensación de impotencia frente al peligro. Los procedimientos forzados por quienes son más grandes y más fuertes sólo sirven para intensificar los sentimientos de impotencia". Por tal razón es importante que una decisión racional sea la base para el uso de restricción física.

• **Objetivos:**

1. Lograr el control del paciente.
2. Obtener la atención total del niño.

• **Indicaciones:**

Esta técnica se encuentra indicada en pacientes niños muy pequeños o en niños con una "conducta descontrolada".

• **Contraindicaciones:**

Esta técnica no se debe usar en niños que sufran de ansiedad o temor.

## **CAPITULO 4**

**SEDACION CONSCIENTE**

.....

## SEDACION CONSCIENTE

### Descripción:

Sedación es calmar a un individuo nervioso y aprensivo con el uso de drogas sistémicas sin inducir la pérdida de la consciencia.

Consciente puede definir al estado en el cual el paciente es capaz de una respuesta racional a una orden y poseé todos los reflejos protectores intactos, incluida la capacidad de mantener las vías aéreas despejadas.

Un paciente sedado debería:

1. Estar activo y de ninguna manera tan sedado que no pueda responder a las órdenes y/o llevar una conversación inteligible.
2. Mantener todos los mecanismos protectores, particularmente el reflejo laríngeo.
3. No experimentar más depresión del sistema cardiovascular y pulmonar que un paciente relajado y no aprensivo.

La sedación consciente puede ser utilizada de forma segura y efectiva con pacientes incapaces de recibir atención dental ya sea por la edad o por la condición física, mental o medica.

.....

La sedación consciente es un mínimo depresor del nivel de consciencia que retiene la habilidad del paciente para mantener una vía aérea permeable, independiente y continua y responder apropiadamente a un estímulo u orden verbal por ejemplo "abre tu boca, abre tus ojos..." Para el individuo más pequeño o incapacitado, incapaz de responder a comandos verbales comunes, una mínima depresión del nivel de consciencia en el individuo debe ser mantenida.

La pérdida de la consciencia es poco probable y es una parte importante de la definición de la sedación consciente, y los medicamentos y técnicas usados deben llevar un margen de seguridad suficientemente amplio para evitar la probabilidad de la pérdida de la consciencia.

La necesidad para el diagnóstico y tratamiento así como la seguridad del paciente debe justificar el uso de la sedación consciente. La decisión de su uso debe ser tomada en consideración de:

1. Modalidades alternativas para el manejo de la conducta.
2. Las necesidades dentales del paciente.
3. La calidad del cuidado dental.
4. El desarrollo emocional del paciente.
5. Consideraciones físicas del paciente.



El consentimiento escrito del padre o tutor debe ser obtenido antes del uso de la sedación consciente.

**Objetivos:**

1. Reducir o eliminar la ansiedad con los pacientes dentales para asegurar la mejor calidad de atención y para entrenar al niño para que en el futuro acepte voluntariamente la atención odontológica regular y periódica.
  
2. Realizar un plan de tratamiento largo o complejo en un período más corto.
  
3. El tratamiento puede hacerse más confortable y aceptable para los pacientes impedidos o mentalmente retardados.

**a) AGENTES FARMACOLOGICOS QUE MODIFICAN LA ANSIEDAD Y EL MIEDO.**

La primera visita de un niño pequeño al consultorio dental puede incluir la curiosidad agradable y la mínima aprensión o un exagerado temor o ansiedad. En la mayoría de los casos, son efectivas las técnicas de introducción simple y no amenazantes.

Sin embargo, en algunos casos, existe necesidad de usar una premedicación para que el tratamiento tenga éxito. La necesidad de la medicación puede considerarse también en un niño que ha sufrido una o más experiencias odontológicas negativas.

**Características para seleccionar un agente específico para premedicación:**

1. Aceptación por parte del paciente.
2. Amplio margen de seguridad.
3. Corta duración de la iniciación.
4. Rápida recuperación.
5. Titulabilidad.
6. Reversibilidad.
7. Predecibilidad.
8. Facilidad de administración.
9. Costo razonable.

Los métodos farmacológicos nunca son sustitutos de la comprensión de las necesidades de la ansiedad del paciente. Los aspectos psicológicos de un buen manejo del paciente no deben olvidarse. Al realizar una premedicación y se intenta superar este aspecto del manejo del paciente están contraindicadas. Sin embargo, el manejo psicológico puede ser complementado con medicación.

En 1973, Wright y Mc Auley publicaron que de 409 odontopediatras usaban el 60% premedicación bucal y el 43% preferían sedación por inhalación.

Siendo estos resultados determinantes para las tendencias actuales en la premedicación pediátrica.

Existen 7 factores que determinan la dosis infantil para premedicación en sedación consciente:

1. Edad. A mayor edad es mayor la dosis requerida.
2. Peso. Guía determinante basada en miligramos por kilogramo de peso corporal.
3. Actividad mental del niño. A mayor grado de ansiedad mayor dosis requerida.
4. El nivel de sedación deseado. Determinado por el profesional.
5. Actividad física del niño. El niño hiperactivo requiere dosis incrementadas.
6. Contenido del estómago. La presencia de alimentos en el estómago altera la absorción del medicamento en las vías gastrointestinales.
7. Hora del día. Se requieren dosis mayores en sedación en las horas tempranas del día cuando el niño está alerta y menores dosis por la tarde donde el niño está más fatigado.

## b) SEDANTES E HIPNOTICOS

Existen variados farmacos que producen efectos sedantes. El término hipnótico se da solo a drogas sedantes que favorecen el sueño natural.

La Hidroxizina: Es una droga ataráctica que tendrá un profundo efecto calmante sobre el niño. Va a proveer una tranquilidad espiritual y una indiferencia o estabilidad emocional.

Por lo tanto, el niño va a reaccionar de una manera más equilibrada. La hidroxizina deriva de un grupo de agentes ansiolíticos denominados difeniletanos. Posee propiedades sedantes, antihistamínicas, antieméticas, antiespasmódicas y anticolinérgicas, se utiliza la hidroxizina como agente único en la premedicación pediátrica; en pacientes ansiosos, hiperquinéticos, sin obstruir su estado de alerta.

Los efectos clínicos de la hidroxizina se observan a los 15 - 30 minutos de la administración. El máximo efecto clínico suele desarrollarse a las 2 horas de la administración con una duración de la acción de aproximadamente 3 - 4 horas.

La hidroxizina está contraindicada en pacientes que demostraron una hipersensibilidad previa.

.....

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La reacción adversa más frecuente es una somnolencia pasajera y sequedad de boca que puede estar relacionada con la dosis.

### **Presentación.**

#### **Bucal.**

1. Clorhidrato de hidroxizina (Atarax)

Tabletas: 10, 25, 50, 100mg.

Jarabe: 10mg/5ml (1 cucharadita) con 0.5% de alcohol

2. Pamoato de hidroxizina (Visatril)

Capsulas: 25, 50, 100mg.

Suspensión: 25mg/5ml

Se recomienda 1 dosis 2 horas antes de la consulta.

#### **Parenteral.**

1 Hidroxizina HCl (Visatril)

25mg/ml.

Dosis. La noche anterior, 25mg; 100mg el día del tratamiento, según la ansiedad del niño.

#### **Benzodiazepinas:**

Son un grupo de agentes ansiolíticos que tienen efectos musculorrelajantes y amnésicos, en un 60 a 80% de los pacientes.

El efecto calmante de las benzodiazepinas se le atribuye a su acción sobre el sistema límbico.

Existen seis benzodiazepinas: De éstas, el clordiazepóxido (Librium), el diazepam (Valium), el clorazepato dipotásico (Tranxene), lorazepam (Ativan) y oxazepam (Serax) han sido clasificados como ansiolíticos en tanto que flurazepam (Dalmane) es sedante e hipnótico.

Debido a sus características el Diazepam se usa comunmente en la práctica pavidodónica ya que posee propiedades ansiolíticas, anticonvulsicas y relajantes de la musculatura estriada.

Los niveles máximos en sangre de diazepam se alcanzan a las 2 horas. Se administra por boca 1 hora antes de la sesión odontológica, reduciendo la ansiedad aprox. 3 - 4 horas.

El diazepam en administración intravenosa produce 30 - 45 minutos de sedación clínica.

El diazepam está contraindicado en pacientes hipersensibles y con glaucoma de ángulo cerrado agudo; el diazepam administrado endovenosamente produce propensión a la flebitis. En un sedación excesiva, se manifiesta somnolencia y ataxia, visión borrosa, diplopía, lenguaje trabado e hipo.

**Presentación:**

1 Diazepam (Valium)

Tabletas: 2, 5, 10mg.

Parenteral.

1. Diazepam (Valium)

5 mg/ml

Hargraves sugirió las siguientes dosis, bucales para la sedación previa a la consulta: 1 - 5 años, 4 mg; 6 - 12 años, 8 mg 1 hora antes de la sesión.

Hidrato de Cloral:

El hidrato de cloral es un sedante hipnótico no barbitúrico confiable, relativamente seguro y rápidamente efectivo. Es muy usado entre los odontopediatras para producir hipnosis y sedación por su efecto depresor hemisferios de los cerebrales del sistema nervioso central. El hidrato de cloral no produce efectos analgésicos y pueden aparecer excitación o delirio en presencia de dolor.

El comienzo de la acción del hidrato de cloral es rápido, con hipnosis dentro de los 30 minutos de la administración bucal y que prosigue durante 4 - 8 horas.

El hidrato de cloral es bastante irritante para la piel y las mucosas, así como posee un sabor y olor desagrables.

Sus contraindicaciones son en pacientes con hipersensibilidad

conocida al medicamento, disfunciones hepáticas y renales; pacientes con problemas circulatorios (vasodilatación periférica), hipotensión y depresión miocárdica.

Su uso prolongado puede producir dependencia fisiológica y psicológica.

Las acciones irritantes del hidrato de cloral dan lugar a malestar epigástrico, náuseas, vómitos y flatulencia, ataxia, cabeza liviana y pesadillas así como también pudieran presentarse reacciones cutáneas que comienzan en cara, espalda, cuello, pecho y los brazos.

**Presentación:**

Hidrato de cloral (Noctec) (Aquachloral)

Cápsulas: 225, 250, 450, 500 mg

Jarabe: 250, 500 mg/5 ml

Supositorios: 60, 120, 300, 460, 500, 600, 900 mg

Dosis: 25 mg/kg de peso corporal.

**c) DROGAS TRANQUILIZANTES.**

Pentobarbital: (Nembutal) Es un barbiturato de duración breve su vida media es de 21 - 42 horas. La acción clínica se inicia a los 20 - 45 minutos, con duración clínica de 3 - 4 horas; su presentación es



bucal y/o intravenosa siendo esta preferida en los niños.

Esta contraindicado en pacientes, hipersensibles, porfiria latente, problemas hepáticos y respiratorios.

Los barbituratos pueden producir somnolencia, letargo y sedación residual "hangover" (pos borrachera), erupciones cutáneas (urticaria, angioedema) vértigo, náuseas, vómito y diarrea.

No se debe permitir que el niño juegue sin vigilancia por el resto del día ya que no tiene coordinación física después del tratamiento con barbitúricos.

**Tiopental: (Pentotal)**

Es un barbiturato de acción ultrabreve induce inconsciencia en 60 - 90 segundos. La consciencia retorna rápidamente (3 - 5 minutos) por lo tanto, sólo se pensara en el uso de los barbituratos después de haber probado otras medicaciones y técnicas.

Se ha sugerido el empleo de barbituratos en el manejo del niño muy terco. En tal caso, se utilizan 100 - 150 mg de secobarbital y 25 - 50 mg de hidroxizina para producir sedación.

## TECNICAS CLINICAS PARA PRODUCIR LA SEDACION CONSCIENTE.

Se encuentran muchos métodos para producir sedación consciente en el paciente infantil. Dichos procedimientos sistématicos se basan en la utilización adecuada de diferentes drogas así como el empleo de distintas vías de administración.

Las drogas sedantes pueden ser administradas por inhalación o por las vías oral, rectal, submucosa, intramuscular o intravenosa. La combinación de drogas y la selección específica de vías de administración minimiza los efectos y aumenta la seguridad y la aceptabilidad para el paciente.

La selección de la técnica con frecuencia se determina como una cuestión de juicio clínica. Se trata de seleccionar exitosamente un método para un objetivo específico. La tasa de éxito es directamente proporcional a la experiencia de aplicación de ese juicio.

### SEDACION CONSCIENTE POR INHALACION.

Solo se encuentra un agente que se puede usar en la sedación por inhalación y que cumple con todos los requisitos de la sedación a la vez que mantiene la consciencia. Ese agente es el protóxido de nitrógeno ( $N_2O$ ) y oxígeno ( $O_2$ ).

Desde su primera aplicación por el odontólogo de Connecticut, Horacio Wells, en 1844, el protóxido de nitrógeno ha sido casi constantemente utilizado en odontología; y cada día tiene más aceptación por los odontopediatras actuales para sedación consciente.

El protóxido de nitrógeno es un gas de aroma ligeramente dulzón, incoloro e inerte. Es un poco más liviano que el aire y tiene un coeficiente de partición en sangre de 0.47. No es inflamable pero mantiene la combustión. Esto es importante por que para la seguridad de su uso en sedación consciente siempre debe asociarse con no menos de 20% de oxígeno.

El protóxido de nitrógeno es absorbido rápidamente de los alvéolos pulmonares y se disuelve físicamente en la sangre. No hay combinación química de este gas en ningún lugar del cuerpo. Es transportado en sangre. No sufre biotransformación y es excretado rápidamente por los pulmones cuando el gradiente de concentración se invierte.

El nitrógeno es desplazado a medida que se inhala la óxido nitroso. Como el óxido nitroso es 34 veces más soluble en la sangre que el nitrógeno, puede ocurrir un fenómeno denominado "hipoxia por difusión" esta no producirá problemas clínicos significativos en pacientes con función alveolar normal, puede producir letargo.

jaquecas, náuseas y un efecto de "posborrachera". Por ello se puede evitar manteniendo al paciente con 100% de oxígeno durante 5 o preferentemente 10 minutos después de la sedación.

El protóxido de nitrógeno produce básicamente un estado alterado de la atención con disminución de la función motora. Deprime al sistema nervioso central. Produce analgesia limitada a causa del bajo coeficiente de solubilidad del gas en sangre; la amnesia es posible en concentraciones mayores pero seguras. El óxido nítrico reduce el impulso respiratorio estimulado por el dióxido de carbono y por sí mismo aumenta el ritmo y disminuye el volumen; el rendimiento cardíaco disminuye y la resistencia vascular periférica aumenta.

### EQUIPO

Una de las principales razones por las que ha adquirido mayor interés la técnica de sedación por inhalación es debido al mejoramiento de los equipos de administración del protóxido de nitrógeno. Esta unidad debe cumplir con ciertos lineamientos estrictos establecidos por el Consejo de Materiales y Dispositivos Odontológicos de la Asociación Dental Americana.

Estos incluyen variados sistemas de seguridad, como los del índice del perno y del diámetro, el flujo mínimo de oxígeno, la seguridad del oxígeno y la inundación de oxígeno.

Estos mecanismos de seguridad producen la interrupción automática si el oxígeno cae a menos del 20% y una alarma visual y audible que es activada si falta oxígeno.

Debe tener una palanca para inundar fácilmente y de inmediato el sistema con oxígeno al 100%.

Un sistema depurador eficaz es un componente importante en todo el sistema con tubos y máscara. Las máscaras deben estar diseñadas en tamaños pediátricos para asegurar la buena adaptación reduciendo así filtraciones.

#### **TECNICA:**

Después que se realizó una minuciosa revisión del equipo, se colocará la máscara al paciente con una explicación al nivel de comprensión apropiado. La válvula de dilución debe estar cerrada.

Los tubos de alimentación se ajustarán tras el respaldo del sillón en una posición cómoda. La bolsa se llena con oxígeno al 100%, suministrando ese gas al paciente durante 2 o 3 minutos a razón de 5 litros por minuto. Una vez realizado esto se puede introducir el óxido nitroso aumentando lentamente la concentración o mediante una inducción rápida hasta el nivel de 40% de  $N_2O$  y 60% de  $O_2$ .

Posteriormente cuando comienzan las sensaciones en el paciente de

flotación, vértigo, cosquilleo en los dedos y los ojos tienen una mirada lejana con los párpados entre abiertos, nos indica que la concentración puede reducirse a 30% de  $N_2O$ /70% de  $O_2$  o menos.

Ahora el paciente puede ser mantenido y monitoreado y se podrá hacer el tratamiento planeado.

Se necesita reubicar frecuentemente la cabeza, para hiperextender la mandíbula de manera que la lengua sea llevada hacia adelante. Colocar una toalla enrollada bajo los hombros es de utilidad.

Una vez revertida la sedación, el paciente respirará oxígeno al 100% durante 5 o 10 minutos. Debe permitirse que permanezca en posición sentada parte de ese tiempo, para evitar la hipotensión ortostática y el desmayo al pararse.

#### **Recomendaciones a los padres.**

Antes de la sesión en que se utilizará la sedación consciente con protóxido nitrógeno, se debe informar a los padres y al paciente una breve descripción del efecto de la sedación, se le puede decir al niño que se sentirá como lleno de burbujas. Se informará a los padres sobre lo que ha de comer el niño antes de la sesión (líquidos livianos como caldo, gelatina, jugo) y se deben consumir de 2 a 3 horas antes del tratamiento.

flotación, vértigo, cosquilleo en los dedos y los ojos tienen una mirada lejana con los párpados entre abiertos, nos indica que la concentración puede reducirse a 30% de N<sub>2</sub>O/70% de O<sub>2</sub> o menos.

Ahora el paciente puede ser mantenido y monitoreado y se podrá hacer el tratamiento planeado.

Se necesita reubicar frecuentemente la cabeza, para hiperextender la mandíbula de manera que la lengua sea llevada hacia adelante. Colocar una toalla enrollada bajo los hombros es de utilidad.

Una vez revertida la sedación, el paciente respirará oxígeno al 100% durante 5 o 10 minutos. Debe permitirse que permanezca en posición sentada parte de ese tiempo, para evitar la hipotensión ortostática y el desmayo al pararse.

#### **Recomendaciones a los padres.**

Antes de la sesión en que se utilizará la sedación consciente con protóxido nitrógeno, se debe informar a los padres y al paciente una breve descripción del efecto de la sedación, se le puede decir al niño que se sentirá como lleno de burbujas. Se informará a los padres sobre lo que ha de comer el niño antes de la sesión (líquidos livianos como caldo, gelatina, jugo) y se deben consumir de 2 a 3 horas antes del tratamiento.

### **Contraindicaciones.**

En niños muy pequeños o mentalmente incapacitados. La incapacidad de un paciente para respirar por la nariz constituye contraindicación, los niños con infecciones de las vías respiratorias superiores, nasales o alergias.

### **SEDACIÓN CONSCIENTE INTRAVENOSA.**

Este método puede ser el más fácil, el más eficiente y el más seguro, junto con la sedación por inhalación, pero la falta de potencia del protóxido de nitrógeno se supera con esta vía.

En tanto que el óxido nítrico está indicado sólo para pacientes a los que se juzgue moderadamente aprensivos, la vía endovenosa puede ser usada con los aprensivos moderados o exagerados.

La venipuntura es bastante difícil de realizar en los niños muy pequeños o combativos. Esa dificultad es atribuible al menor tamaño de las venas y a su disponibilidad. En niños menores de 6 años aumenta la incidencia de efectos desfavorables. La variabilidad e impredecibilidad de los efectos de las drogas también hacen cuestionable el uso de este método.

### **Instrumental.**

El instrumental básico consiste en un recipiente de la solución a



infundir y el equipo de administración con aguja, jeringas, catéter intravenoso, torniquete, hisopo antiséptico y cinta adhesiva.

### **Técnicas.**

Existen básicamente dos técnicas para usar la sedación intravenosa. La primera emplea una droga única, generalmente con benzodiazepina, mientras que la segunda requiere una sofisticada combinación de varias drogas que por lo general incluyen un barbiturato o un narcótico. La técnica con droga única es la más adaptable a la práctica pediátrica.

Las drogas más empleadas son: los barbituratos de acción ultracorta, los benzodiazepinas y los narcóticos.

Las venas preferidas para realizar la técnica son las metacárpicas dorsales y basílicas del dorso de la mano, la cefálica accesoria, antebraquial media y cefálica del antebrazo, y la vena cubital media en la fosa antecubital.

Las instrucciones referentes a la ingestión de comidas son idénticas a las de la vía de inhalación, serán suministradas a los padres del niño así como una breve explicación de la experiencia sedante.

Las principales desventajas de la técnica intravenosa son la incidencia de flebitis, formaciones de hematomas en el sitio de la venipuntura y la necesidad creciente de monitoreo del paciente en

forma continua.

Una vez terminado el tratamiento se interrumpe la infusión intravenosa. Se ayuda al paciente a incorporarse, dándole a los padres indicaciones que ayuden al niño en la ambulación hasta que se haya producido la recuperación completa.

• **TECNICAS BUCALES.**

El método más aceptado universalmente para administración de drogas y el más fácil es, la vía oral. Ya que el paciente pediátrico lo acepta con más facilidad aunque los niños muy pequeños no lo aceptan. Este puede superarse mezclando la droga con algún líquido o comida. Se ha sugerido que, para niños que rechazan, la droga puede usarse una jeringa para expulsar la solución en la boca. Sin embargo, se recomienda cautela porque se han dado casos en los que la droga fue aspirada por intentos muy forzados.

La vía oral, aunque es la menos predecible, es la más comunmente empleada para la administración de una droga.

Dentro de sus ventajas está su aceptación, su bajo costo, fácil administración y disminuye la incidencia y severidad de las reacciones alérgicas.

Las desventajas que presenta la vía oral son su período largo de latencia, la dudosa o incompleta absorción de la droga por el tracto gastrointestinal, la incapacidad para regular la intensidad del efecto de la droga (dosificación) y la duración prolongada (3 a 4 horas aprox.)

Muchos profesionales intentan superar los problemas de lentitud de iniciación y de recuperación utilizando a los padres.

Aunque a veces no se puede confiar demasiado en los padres para que administren la droga correctamente y en el momento adecuado. Es probable que sea más prudente hacer que el niño se presente en el consultorio 1 hora antes de la cita, para la administración del sedante por personal entrenado.

#### TECNICA.

Después que el personal odontológico administró el sedante al paciente, se le pide que regrese a la sala de espera o a un lugar tranquilo con sus padres, para esperar el comienzo de los efectos, un período de 30 a 40 minutos. Debe ser controlado con frecuencia durante este período. Cuando se observa el efecto deseado, se lleva al paciente a la sala de atención.

La sedación oral puede lograrse utilizando una combinación de drogas, para su mejor efecto. Al término de la sedación oral se le

deben dar a los padres las instrucciones completas, verbales y escritas, para las siguientes 6 horas.

• **TECNICA SUBCUTANEA.**

Esta técnica de sedación consiste en depositar la droga bajo la mucosa oral.

Como en el caso de los anestésicos locales, debe cuidarse de no inyectar en alguno de los músculos de la cara o los maxilares ya que de lo contrario los efectos de la droga serán irregulares o inesperadamente prolongadas.

Los lugares habituales para la inyección son el vestibulo bucal, en especial en la zona de molares o caninos temporales o bien sobre el triángulo retromolar.

El tiempo de respuesta es considerablemente rápido, no obstante, requiere cuidado la selección de la droga para que los tejidos no sean irritados.

**TECNICA:**

Se requiere una jeringa con el tamaño adecuado para el volumen de la droga, una aguja calibre 27 de 4 cm de longitud.

Se aplica anestésico tópico o en ocasiones se prefiere inyectar una pequeña cantidad de anestesia sin vasoconstrictor ya que su uso

haría más lenta la absorción del sedante; después se coloca al paciente en oclusión y el labio retraído ya que parece que las inyecciones son más toleradas psicológicamente con los dientes apretados. Las drogas administradas con más frecuencia con esta técnica son narcóticos meperidina y fentanilo.

#### • TÉCNICA INTRAMUSCULAR.

La técnica con inyección intramuscular por lo general no se prefiere a la vía oral para pacientes pediátricos, especialmente los más chicos.

Sin embargo, puede haber ocasiones en las que es ventajoso este método como cuando el niño se resiste a tomar medicación oral o por que alguna razón no pueda hacerlo. La situación exige que el paciente pueda ser retenido momentáneamente para la administración.

La sedación intramuscular tiene un tiempo prolongado para alcanzar el efecto pico, y hay variabilidad e impredecibilidad en cuanto al comienzo y al efecto. Otro problema es la total falta de reversibilidad ya que pueden presentarse problemas inesperados durante toda la extensión de sus efectos.

#### TECNICA.

El lugar de inyección es muy importante para la administración de la vía intramuscular de drogas sedantes.

Las principales consideraciones son la disposición de tejidos adecuados para depositar el volumen de la droga y la reducción del riesgo de producir lesiones por la penetración de la aguja.

Para la mayor parte de los pacientes, el cuadrante superior externo de la región glútea es el más seguro, pero en niños muy pequeños se puede usar la cara anterior del muslo, utilizando el músculo vasto externo o bien en el centro de la cara lateral posterior del músculo deltoides.

Se carga una jeringa con una aguja calibre no inferior al 27 y longitud suficiente para penetrar la mitad de la masa muscular.

#### • SEDACION POR VIA RECTAL.

Esta técnica es apropiada para niños muy pequeños o para los que rechazan la vía oral o métodos con inyección. Es probable que la razón principal por la cual no es de uso generalizado sea por la inconveniencia para el operador y el personal de su equipo.

La vía de administración rectal se considera vía entérica aunque a diferencia de la vía oral la droga entra al sistema circulatorio directamente desde la mucosa intestinal, justificando la absorción más rápida de la droga y el comienzo de sus efectos algo más rápido.

Las drogas son excretadas lentamente produciendo duración prolongada del efecto y un período extenso de recuperación; otra desventaja es la falta de posibilidad de graduar la droga para obtener efectos individualizados.

### TECNICA

Las drogas por vía rectal se dan generalmente en el hogar o en el consultorio en forma de supositorio, o bien insetando un catéter de goma suave en el recto; entonces se pasará una suspensión de la droga a través del catéter.

Los fármacos usados para sedación por vía rectal son los barbitúricos fenobarbital y secobarbital, el antihistamínico prometazina, el hidrato de cloral y la benzodizepina-diazepam.

### COMBINACION DE METODOS

Uno de los principales motivos de la combinación de métodos y agentes para la sedación consciente es la sinergia o potenciación de una droga por otra. Esta combinación permite al operador la reducción de la dosis de una droga más potente reduciendo de igual modo la posibilidad de efectos colaterales como depresión respiratoria grave.

Otra razón es tranquilizar la conducta del paciente para la

introducción de una técnica que requiera mayor colaboración de él.

La sedación por inhalación es una de las técnicas combinadas más frecuentes debido al éxito que proporciona en los tratamientos.

El óxido nitroso y el oxígeno pueden combinarse con todos los otros métodos de sedación consciente. Esta combinación no sólo proporciona aumento de la sedación sino que también aumenta la disponibilidad de oxígeno para el paciente.

Los sedantes administrados por boca son los que le siguen en frecuencia de uso combinado. También es posible combinar dos o más agentes al usar los métodos de sedación oral o submucosa. A menos que se conozca definitivamente el resultado de la combinación, no es una buena práctica mezclar los agentes antes de administrarlos, pues es posible que sean incompatibles mezclados en solución y pueden producir otros compuestos con efectos diferentes. También es posible que una droga sea inactivada por la otra.

Un ejemplo que ha dado buen resultado en sedación consciente usando la técnica combinada es: Administración de Clorhidrato de Hidroxicina en dosis de 2 mg/kg la noche anterior a la cita y quince minutos antes de la administración de Hidrato de Cloral (70 mg/kg) combinado con la administración de óxido nitroso al 50%.



## CONCLUSIONES

1. El éxito de un tratamiento dental no solo se basa en un buen diagnóstico y los procedimientos ofrecidos, sino además en una buena relación de sociedad entre el dentista, los padres y el niño.
2. El odontólogo deberá tener una buena comunicación con el niño, para que además de analizar su desarrollo psicomotor elija las técnicas apropiadas a su nivel de comprensión y sopesando el riesgo - beneficio que puede surgir al emplear una técnica que modifique la conducta.
3. Las técnicas del manejo del comportamiento deberán ser usadas para eliminar o reducir la ansiedad y el miedo infantil.
4. El cirujano dentista siempre debe tratar de usar los abordajes psicológicos para manejar las conductas infantiles y sólo utilizar los medios farmacológicos o técnicas menos aceptadas como último recurso.
5. La finalidad de realizar un buen manejo conductual es la de hacer un tratamiento dental más confortable y aceptable para los pacientes infantiles.

## BIBLIOGRAFIA

- Odontología Pediátrica.  
S.B. Finn.  
Editorial Interamericana 1991.  
4ª edición.
- Paidodoncia Atlas  
Davis / Law / Lewis  
Editorial Panamericana 1990.
- Odontología Pediátrica.  
Thomas K. Barber.  
Larry S. Luke.  
Editorial Manual Moderno 1985.
- Odontología Pediátrica y del Adolescente.  
Mc Donald / Avery.  
Editorial Panamericana 1990.  
5ª Edición.
- Odontología Pediátrica  
Braham Marris.  
Editorial Médica Panamericana 1989

- Manual de Psicología para odontólogos.  
Eric Martínez Ross.  
Rafael Longi Rojas.  
Editorial Ciencia y Cultura de México 1989.
- Psicología aplicada en odontología.  
Cinotti / Grieder.  
Editorial Mundi.
- Odontología Infantil y Dentística Sanitaria Pública.  
Floyde Hogeboom.  
Editorial Uteha.
- Pinkham, J. R.: The roles of requests and promises in child patient management. J of Dent Child, 91: 169 - 174, May - June 1993.
- Pinkham, J. R.: An analysis of the phenomenon of increased parental participation during the child's dental experience. J of Dent Child, 82: 458 - 463, Nov - Dec 1991.
- Pinkham, J. R.: Classifying and managing child dental patients' misbehaviors: a three - step Allierian approach. J Dent Child, 50: 437 - 441, Nov - Dec 1983.
- Veer Kamp, J. S. J.: et al: Anxiety reduction with nitrous oxide: A permanent solution? J Dent Child, 101: 44-48, Jan - Feb 1995.

- Boj, J. R. and Davila, J. M.: Differences between normal and developmentally disabled children in a first dental visit. *J Dent Child*, 101: 52 - 56, Jan - Feb 1995.
- Roberts, John F.: How important are techniques? The empathic approach to working with children. *J Dent Child*, 101: 38 - 43, Jan - Feb 1995.
- Pinkham, Jimmy R. et al: Dentistry and the children of poverty. *J Dent Child*, 75: 17 - 23, Jan - Feb 1988.
- Braham, R. L. et al: Physical restraint, child abuse, informed consent: Sociolegal concerns for the nineties. *J Dent Child*, 97: 169 - 174, May - June 1994.
- Pinkham, J. R. : Voice control: an old technique reexamined. *J Dent Child*, 52: 199 - 202, May - June 1985.
- Shapira, J. et al: Evaluation of the effect of nitrous oxide and hydroxyzine in controlling the behavior of the pediatric dental patient. *Ped Dent*, 14: 167 - 170, May - June 1992.
- Davila, J. M. et al: Comparison of the sedative effectiveness of two pharmacological regimens. *J Dent Child*, 98: 276 - 281 July - August 1994.