

129



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

"RESTRICCIÓN FÍSICA COMO TÉCNICA DE CONTROL DE CONDUCTA EN ODONTOPEDIATRÍA"

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A :
GABRIELA LÓPEZ RAMOS

DIRECTOR: C.D. JAIME GARCÍA MARTÍNEZ

ASESOR: C.D.M.O. ANGEL KAMETA TAKIZAWA



MÉXICO, D.F.

2739/14
2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Por darme la vida que me toco vivir, que no podía ser mejor y por darme la oportunidad de ser feliz.

A MI MADRE:

Por estar siempre conmigo, por tener un espíritu de lucha inquebrantable y por fomentar en mí un gran deseo de superación.

A MI PADRE:

Agradezco tu esfuerzo, orientación y apoyo que siempre me has brindado, alentándome a culminar todas mis metas.

A MONY, RAÚL, DANIEL Y DIANE:

Por ser mis mejores amigos, por su cariño y apoyo en todos los momentos de mi vida.

A MIS SOBRINOS:

Porque su presencia llena mi mundo de felicidad.

A LOS DOCTORES:

Jaime García M. y Angel Kameta T. Con admiración y respeto por compartir sus conocimientos y asesoría para la elaboración de este trabajo.

**A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO,
ESPECIALMENTE A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.**

GABY

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	I
OBJETIVOS	III

CAPÍTULO 1 FUNDAMENTOS DE LA CONDUCTA

1.1 DETERMINANTES DE DESARROLLO	2
1.2 ESCALA DE CLASIFICACIÓN	3
1.3 PATRONES DE CONDUCTA EN GENERAL	5
1.4 PATRONES DE CONDUCTA EN CLÍNICA	5

CAPÍTULO 2 TÉCNICAS DEL MANEJO DE CONDUCTA PARA LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA

2.1 MANO SOBRE BOCA.	8
2.2 REFORZAMIENTO POSITIVO	9
2.3 ESCAPE DEPENDIENTE.	9
2.4 CONTROL DE VOZ.	10
2.5 MODELAMIENTO.	10
2.6 DECIR-MOSTRAR-HACER. (TELL-SHOW-DO)	11
2.7 DESENSIBILIZACIÓN.	11
2.8 DISTRACTORES DEPENDIENTES.	12
2.9 RESTRICCIÓN FÍSICA	12

CAPÍTULO 3

RESTRICCIÓN FÍSICA

3.1 OBJETIVOS	16
3.2 INDICACIONES	17
3.3 CONTRAINDICACIONES	17
3.4 MEDIDAS QUE SE RECOMIENDAN PARA DISMINUIR EL RIESGO DE LESIÓN POR LA APLICACION DE MEDIDAS DE RESTRICCIÓN DE LOS PACIENTES.	18

CAPÍTULO 4

TIPOS DE RESTRICTORES FISICOS

4.1 RESTRICTORES PARA TRONCO	21
4.1.1 PAPOOSE BOARD	21
4.1.2 SABANA TRIANGULAR	23
4.1.3 PEDI-WRAP	23
4.1.4 PIEZA DE SUJECIÓN EN SACO PARA EL SILLÓN DENTAL.	24
4.1.5 TABLA Y RED	25
4.2 RESTRICTORES PARA EXTREMIDADES	25
4.2.1 CINTURON DE SEGURIDAD.	26
4.2.2 CORREAS DE POSEY Y VELCRO	26
4.2.3 CINTAS Y TOALLAS.	27
4.3 RESTRICTOR DE CABEZA	27
4.3.1 CABEZAL	28
4.4 ESTABILIZACIÓN DE LA BOCA.	28
4.4.1 SOSTENEDOR DE BOCA OPEN-WIDE	28
4.4.2 ABREBOCAS	29
4.4.3 BLOQUEADORES DE MORDIDA DE GOMA.	29
4.5 UNIDADES PARA BEBES	29

CAPÍTULO 5

CONSIDERACIONES PARA USO DE RESTRICCIÓN FÍSICA.

5.1 PACIENTES PREESCOLARES (0 a 3 años)	33
5.2 PACIENTES ESCOLARES (7 A 12 AÑOS)	34
5.3 TEMORES TRANSMITIDOS DE PADRES A HIJOS	34
5.4 MALAS EXPERIENCIAS DENTALES	35
5.5 SOBRE EL ASISTENTE DENTAL	35
5.6 NIÑOS INCAPACITADOS	35
5.7 RETARDO MENTAL	36
5.8 PARÁLISIS CEREBRAL	36
5.9 AUTISMO	37

CAPÍTULO 6

RESTRICCIÓN FÍSICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

6. RESTRICCIÓN FÍSICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	39
--	----

CAPÍTULO 7

RESTRICCIÓN FÍSICA Y ABUSO INFANTIL

7.1 DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO	43
--	----

CAPÍTULO 8
CONDUCTA DEL ODONTÓLOGO EN RESPUESTA AL MIEDO
DE LOS NIÑOS

8.1 ASPECTOS CONSIDERADOS EN LA ORIENTACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	47
CONCLUSIONES:	48
BIBLIOGRAFÍA	50

INTRODUCCIÓN

Un factor importante para el buen desempeño de la Odontología infantil (tal vez el más importante) es el manejo de conducta del paciente pediátrico. En este proceso influyen básicamente tres elementos: el niño, los padres, el dentista y su equipo.

Por lo tanto, el Odontopediatra además de interesarse por la salud bucodental del paciente pediátrico debe también enfocarse al aspecto psicológico en relación con su atención dental, conocer las diferentes técnicas del control de conducta y aplicarlas de acuerdo con el paciente según se considere adecuado, esta decisión debe basarse en una evaluación de beneficios contra riesgos.

Las técnicas del control de conducta se emplean principalmente para dar un buen tratamiento al paciente pediátrico, teniendo como objetivo mantener el proceso de comunicación con el paciente para obtener una respuesta positiva a los procedimientos dentales.

El Odontopediatra debe ser capaz de entender los niveles de agudeza del niño, actitudes durante el tratamiento dental y decidir el tratamiento a utilizar. Así, también mostrar seguridad respecto al manejo del control de conducta para una interrelación eficaz con niños que pudieran ser incontrolables.

Las decisiones con respecto a utilizar cualquier técnica del control de

conducta del paciente pediátrico es responsabilidad del Odontopediatra, además se debe considerar a los padres ya que pueden no tener conocimiento de las técnicas, es importante que se les informe sobre el uso de la técnica, indicaciones, contraindicaciones, riesgos y tratamientos alternos antes de que la técnica sea empleada.

Dentro de las técnicas empleadas para el manejo de la conducta del paciente pediátrico existen algunas que pueden ser controvertidas, tales como el uso de restrictores físicos, que en ocasiones resultan no agradables en su aplicación, al grado que se podrían considerar como un tipo de abuso infantil.

El Odontólogo puede observar ocasionalmente una reacción negativa en el paciente infantil a la que se le llama periodo de resistencia y se considera normal en el proceso de crecimiento del niño. Es importante que el profesional sepa que esto es normal y no una reacción provocada por él o su personal.

Por lo que analizando de una manera detallada los múltiples puntos de vista no descartemos que en nuestro medio muchos pacientes requieren verdaderamente de apoyo y sus condiciones requieran del uso de la restricción física.

OBJETIVOS

1. Informar sobre las distintas técnicas para el control de conducta que se emplean en Odontopediatría, así como conocer sus características que sin duda serán de gran ayuda.
2. Considerar a la restricción física si las condiciones del paciente así lo requieren antes de ser emplear técnicas más radicales tales como sedación y anestesia general.
3. Conocer los diferentes tipos de restrictores físicos y así poder elegir el que se considere conveniente durante la atención pediátrica.
4. Comunicar el porqué es importante obtener de los padres o tutor el consentimiento para utilizar cualquier técnica o procedimiento durante el tratamiento dental.
5. Concientizar al lector de que la restricción física sobrevivirá como técnica del control de conducta en México, debido a que alternativas como anestesia general son de alto costo.

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTOS DE LA CONDUCTA

CAPÍTULO 1

1. FUNDAMENTOS DE LA CONDUCTA

El buen manejo del niño en el consultorio Odontológico es un medio por el cual se puede completar un tratamiento para un paciente pequeño en el menor tiempo posible.

La principal emoción que un niño puede experimentar al encontrar una situación nueva es el miedo, cuya intensidad variará mucho en diferentes situaciones y en diferentes niños.

El grado más leve puede llamarse ANSIEDAD.

El miedo es una emoción básica de auto-conservación; por lo tanto es una reacción muy natural y es necesario conocerla y comprenderla como tal.

Hay dos tipos de miedo que el niño experimenta cuando enfrenta la situación Odontológica. El primero es el miedo a lo desconocido, que supera familiarizando los procedimientos asociados con la Odontología y el segundo al dolor, que es superado eliminando todos los estímulos dolorosos.

1.1 DETERMINANTES DE DESARROLLO

Un niño es un ser en desenvolvimiento en el que la herencia actúa directamente sobre las características biológicas y establece las etapas 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. El Odontopediatra debe comprender el desarrollo para apreciar la interacción que el niño ofrece a través de su maduración y las experiencias que el mismo dentista ofrece a través de las influencias ambientales.

Las formas que tiene un niño para percibir y reaccionar al medio ambiente son innatos y cambian con la edad.

El niño desarrolla nuevas habilidades utilizando los modos básicos de experiencia del ambiente.

La conducta de un niño en una situación determinada puede modificarse habitualmente por técnicas adecuadamente controladas, antes que estas puedan aplicarse es fundamental conocer bien la naturaleza exacta de la conducta que se requiere del niño en cada momento y un cuadro de los patrones de conducta indeseables.

La conducta es una acción que puede ser observada y medida; observar la conducta de un niño es más fácil ya que sus acciones son más honestas, transparentes y naturales.

1.2 ESCALA DE CLASIFICACIÓN

Se agrupan en 4 categorías que son utilizadas comúnmente para registrar la conducta de los niños en el consultorio Odontológico. Por medio de esta

clasificación es posible llevar un registro de la reacción de un niño a procedimientos Odontológicos específicos.

C LASIFICACIÓN 1: (Definitivamente negativa)

- Rechaza el tratamiento.
- Lloro forzadamente.
- Está asustado o presenta cualquier otra evidencia de negativismo extremo.
- No se interesan por lo objetos presentados.
- Empujan el dedo del operador con la lengua.
- Mantienen los labios cerrados en el momento de la exploración.

CLASIFICACIÓN 2: (Negativa)

- Es renuente a aceptar el tratamiento.
- No coopera.
- Muestra alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada.
- Intenta impedir los procedimientos del operador con las manos.

CLASIFICACIÓN 3: (Positiva)

- Acepta el tratamiento pero a veces es cauteloso.
- Está dispuesto a colaborar con el Odontólogo.
- Sigue las indicaciones con buena voluntad.
- Se interesa por los objetos presentados.

CLASIFICACIÓN 4: (Definitivamente Positiva)

- Presenta una buena relación con el Odontólogo.
- Se muestra interesado en los procedimientos Odontológicos.
- Reacciona favorablemente a las indicaciones.
- Ríe y disfruta de la situación.^(6,24)

1.3 PATRONES DE CONDUCTA EN GENERAL

TÍMIDO. Extremadamente dependiente e inseguro, se siente inferior a los demás niños. Obediente, generalmente bien portado, retraído sin capacidad para tomar decisiones, se ruboriza, transpira mucho, tiene mucha sensibilidad física y emocional, solicita constantemente la atención de los padres.

MIEDOSO. Patrón de conducta semejante a la del niño tímido, con la expectativa de constante peligro. Las reacciones de miedo como fobias y obsesiones son generalmente exageradas.

AGRESIVO. Rebelde, desafiante, resistente contra todo y todos, vengativo, frustrado, se siente incomprendido, está siempre mal humorado.

SUMISO. Apático e indiferente, expresión facial de mal humor (parece que va explotar en cualquier momento), anti-social (se aísla), se siente incomprendido.

1.4 PATRONES DE CONDUCTA EN CLÍNICA

TÍMIDO – MIEDOSO. Se resiste al tratamiento por sentirse amenazado y en peligro. Cuando es forzado y tratado con severidad, puede presentar una reacción violenta, siendo abundante el llanto.

AGRESIVO – NEGLIGENTE. Resiste al tratamiento dental por desconfianza del profesional. Generalmente malcriado (responde con agresividad), cuando se intenta usar la fuerza y mucha severidad, reacciona

con bastante violencia, inclusive puede atacar al profesional. Expresión facial de mal humor.

SUMISO – NEGLIGENTE. Se somete pasivamente al tratamiento mostrando apatía e indiferencia. Puede no entender, mostrar alguna resistencia con una reacción negativa. No demuestra voluntad de tomar parte activa en la conversación y menos de cooperar. Desconfía cuando se procura tratarlo bien, expresión facial de mal humor.⁽²⁴⁾

CAPÍTULO 2

TÉCNICAS DEL MANEJO DE CONDUCTA PARA LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA

CAPÍTULO 2

2. TÉCNICAS DEL MANEJO DE CONDUCTA PARA LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA

Existen muy diversas técnicas del manejo de conducta que se emplean en Odontopediatría para conseguir la cooperación del niño, eliminando sus temores o bien para poder controlarlo al menos durante el tratamiento dental.

De todas ellas las siguientes son las más representativas:

2.1 MANO SOBRE BOCA.

La técnica se describió por primera vez en 1920 por el Dr. Evangeline Jordan; "Si un niño normal no escucha y continua gritando, cubra con una servilleta la boca y sostenga firmemente. Su grito continuará hasta la histeria pero el hecho de sostener la boca casi cerrada, hace el sonido más suave y pronto regresa a la razón".⁽⁵⁾

Con esto se controla el berrinche y otros ataques de ira; debe usarse junto con el control de voz. Este sistema funciona de manera confiable en varios tipos de personalidad infantil. No se busca intimidar al niño sino distraer su atención y obtener silencio para que pueda escuchar al Odontólogo.⁽¹⁹⁾

Está indicada en niños que tienen un grado de desarrollo que permite comprender las instrucciones del Odontólogo y durante el tratamiento dental muestran una conducta desafiante, obstinada o histérica. Las contraindicaciones se refieren a niños discapacitados inmaduros, medicados, que no pueden comprender los deseos del Odontólogo y aún

cuando exista el peligro de impedir que el niño respire. Levitas y Kramer ; llamaban a esta técnica como sorpresa emocional. Lenchner y Wright, la llamaron como condición adversa, sosteniendo la teoría de que este acto en 1975 podía considerarse como restrictor mientras que una conducta cooperativa evitaría su uso.⁽⁵⁾

Mientras que Levy y Domoto sostienen que es una forma de castigo Craig y Davis y Rombom toman la posición contraria por lo que Davis y Rombom indican que es una técnica que ayuda a que el niño acepte el tratamiento. McAuley y McAuley y subsecuentemente Ross describen que elimina en el niño el intento de llegar a situaciones desagradables.⁽⁵⁾

2.2 REFORZAMIENTO POSITIVO

Toda la gente, especialmente los niños, reaccionan de manera favorable al elogio. Después del tratamiento dental es importante felicitar al niño por su conducta de esta manera se obtiene una buena comunicación entre el niño y el odontólogo. La técnica puede ser combinada con otras.

Los refuerzos positivos típicos incluyen juguetes, pines, calcomanías, globos, así como pasatiempos.

2.3 ESCAPE DEPENDIENTE.

Esta técnica aprovecha la poderosa motivación de la fuga. Es una modificación de técnicas, como levantar la mano, que aportan cierto control sobre la terapéutica dental. En la técnica el paciente es elogiado y cuenta con periodos cortos, de 5 segundos, durante los cuales escapa del tratamiento dental permaneciendo recostado muy quieto y en silencio.

El comportamiento renuente demora la fuga hasta que la cooperación reaparece.

La técnica exige poca capacitación y puede emplearse sin alterar el plan de tratamiento típico. ⁽¹⁶⁾

2.4 CONTROL DE VOZ.

Es la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz, para tener el control de la situación y autoridad durante la comunicación con el niño, la expresión facial también debe reflejar seguridad. Esta técnica es básica para el tratamiento de preescolares, esta contraindicada en niños emocionalmente inmaduros, discapacitados, medicados y cooperadores.

Es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas tan pronto empiezan a suceder.

2.5 MODELAMIENTO.

En esta técnica el niño observa a uno o más individuos (modelos) que muestren una conducta apropiada en un momento en particular durante el tratamiento y se pretende que el niño imite la conducta del modelo, el cual será un paciente ideal en el consultorio dental; se pueden utilizar videos, películas de niños cooperadores y enseñar a los próximos pacientes, una ventaja de esta técnica es que no requiere más equipo, personal o alteraciones en tratamiento odontológico.

2.6 DECIR-MOSTRAR-HACER. (TELL-SHOW-DO)

Es una técnica del manejo de conducta utilizada por muchos odontólogos para inducir en el paciente un comportamiento relajado y tolerante. Se explican los procedimientos que se van a llevar a cabo con un lenguaje en el que el niño pueda entender (DECIR), es importante que se hagan demostraciones al paciente, visuales, auditivas, olfatorias y táctiles (MOSTRAR), después de haber realizado la explicación y la demostración se procederá a simular lo que ocurrirá antes de iniciar el tratamiento dental (HACER).

DECIR-MOSTRAR-HACER es una técnica con la cual se logra tener una excelente comunicación y cooperación del paciente.

2.7 DESENSIBILIZACIÓN.

La visita preliminar consiste en llevar al niño al consultorio dental para que lo conozca y obtenga orientación. Se le explica al paciente que ese día no se realizará ningún tratamiento. El niño tiene la oportunidad de conocer a todo el personal. Lo que los niños aprendan durante la primera visita al consultorio dental será determinante para su futuro cuidado bucal.

En la actualidad esta técnica ya no es muy empleada por limitaciones de tiempo tanto del dentista como de los padres. Y sin embargo sería conveniente citar a Troutman quien dice " El cuidado dental contemporáneo en los niños debe incluir empatía en lugar de indiferencia, estructura en vez de dispersión y autoridad flexible en lugar de control rígido ". Esto en una palabra " Desensibilización ".⁽²⁰⁾

2.8 DISTRACTORES DEPENDIENTES.

En esta técnica es posible controlar el comportamiento del niño permitiéndole el acceso a un distractor, como una cinta sonora, dependiente de la conducta cooperadora. Si el niño no coopera durante el tratamiento se detiene inmediatamente la cinta y cuando demuestre una conducta cooperadora se reanudará la operación del aparato. La distracción dependiente es útil y práctico para aliviar la conducta independiente. ⁽¹⁶⁾

2.9 RESTRICCIÓN FÍSICA (Siguiente capítulo)

CAPÍTULO 3

RESTRICCIÓN FÍSICA

CAPÍTULO 3

3. RESTRICCIÓN FÍSICA

Las técnicas de enfoque físico no son técnicas que se utilizan como castigo sino como procedimientos clínicos aceptados con base científica para llevar a cabo ciertos tratamientos dentales en situaciones específicas y tipificadas, por eso la inmovilización parcial o completa del paciente algunas veces puede ser necesaria para proteger al paciente y al equipo dental esto debido a situaciones diversas en las que se pueda incluir problemas como histeria, agresividad, falta de cooperación ya sea por temores fundados en maltrato de los padres y de dentistas inexpertos o temores infundados debido al temor a lo desconocido o a la mala información que muchas veces procede de padres, amigos, familiares así como de mala influencia de medios masivos de comunicación y que conllevan al infante a crear un ambiente adverso y un comportamiento inapropiado mientras se realiza el tratamiento dental. La restricción es una técnica que comprende una serie de métodos que inclusive pueden llevarse a cabo por el dentista, su equipo, con los padres ya que ha sido demostrado de manera fehaciente que los mismos siendo muy bien informados optan de manera extraordinaria por estar presentes e incluso cooperar en las técnicas de envolvimiento, sujeción o simplemente como apoyo de sus niños.

En algunos pacientes como pueden ser aquellos que tienen impedimentos de carácter mental o emocional y que no necesariamente presenten un comportamiento como los ya citados nos hace notar la necesidad de diagnóstico y tratamiento de manera protegida por lo que la seguridad del paciente y el dentista justifican el uso de la restricción.

Para tomar la decisión de usar un restrictor se debe tomar en consideración:

1. Otras alternativas de técnicas de conducta

Es importante intentar lograr la cooperación del paciente mediante otras técnicas para el control de conducta, si estas han fracasado, si no han sido la mejor opción para lograr una atención dental adecuada, se podría emplear entonces la restricción física.

2. Necesidades dentales del paciente

Valorar el empleo de la restricción física en cuanto a las necesidades del paciente, es de vital importancia ya que se puede incurrir en el abuso en los casos de sedaciones, cuando los tratamientos sean escasos o sencillos. Debemos tomar en cuenta los riesgos de las técnicas radicales contra la sencillez de la restricción física para estos casos de poca labor dental .

3. Calidad del cuidado dental

Considerando que un paciente con comportamientos inapropiados no permita desarrollar una buena labor en el cuidado dental, la restricción física nos garantiza ante la inmovilidad el poder brindar una buena calidad en el tratamiento.

4. Desarrollo emocional del paciente

Para optar el uso de un restrictor debemos tomar en cuenta de manera independiente a la problemática fundamental del paciente, el entorno emocional en el que se ha desenvuelto ya que podríamos considerar contraindicado el uso de restricción en niños maltratados o

abandonados, así como aquellos de ambientes familiares o escolares demasiado estrictos o agresivos.

5. Consideraciones físicas del paciente

Existen pacientes portadores de impedimentos físicos o mentales graves en los que podría resultar abusivo y cruel el empleo de restrictores y en los que sería viable el empleo de otras alternativas.

6. Edad del paciente.

3.1 OBJETIVOS

1.- Reduce o elimina el movimiento.

Es bien conocido los peligros que surgen de movimientos bruscos e involuntarios durante el tratamiento dental por lo que cumpliendo este objetivo, los mismos prácticamente se nulifican.

2.- Protege al paciente y al equipo dental.

Sin parecer repetitivo al punto anterior la seguridad del paciente y del personal dental son fundamentales para concretar un buen tratamiento.

3.- Facilita la calidad del tratamiento.

Al sumarse los objetivos, la consecuencia lógica en este tercero resulta en la tranquilidad y eficiencia para la calidad de un buen tratamiento dental.

3.2 INDICACIONES

- 1.-En pacientes que requieran diagnóstico o tratamiento y que no pueden colaborar por falta de madurez debido a su edad.
- 2.-En pacientes que requieran diagnóstico o tratamiento y que no pueden cooperar debido a incapacidad física o mental.
- 3.-En pacientes que requieran diagnóstico o tratamiento y que no pueden cooperar y con quienes las técnicas de conducta existentes han fracasado.
- 4.-Cuando la seguridad del paciente y del dentista están en riesgo de no aplicarse medidas protectoras de restricción.

3.3 CONTRAINDICACIONES

- 1.-En pacientes cooperadores.
- 2.- En pacientes que no pueden utilizar el restrictor por sus condiciones médicas o sistémicas.
- 3.- En pacientes que hayan sufrido de abuso, violencia o abandono.

3.4 MEDIDAS QUE SE RECOMIENDAN PARA DISMINUIR EL RIESGO DE LESIÓN POR LA APLICACION DE MEDIDAS DE RESTRICCIÓN DE LOS PACIENTES.

Los puntos clave son los siguientes:

- 1.- Las personas tienen el derecho a que no se les impongan restricciones físicas.
- 2.- Para que exista una política apropiada a este respecto, son necesarios ciertos tipos de instalaciones.
- 3.- Los familiares tienen el derecho de revisar el tipo de restricción.
- 4.- En la historia clínica del paciente debe constar una orden por escrito acompañada de la documentación necesaria para justificar la restricción física.
- 5.- La restricción se debe de aplicar únicamente durante periodos cortos de tiempo, que deben estar especificados en la orden por escrito.
- 6.- Consentimiento expreso escrito de los padres o responsable legal.

La restricción física puede efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales, esta técnica se emplea durante la cita y se limita a niños inmanejables (lactantes que requieran tratamiento urgente por traumatismo, pacientes con ciertas enfermedades neuromusculares, pacientes agresivos y resistentes).

Un sustituto de la restricción física es el control farmacológico o la anestesia general; estos métodos pueden resultar costosos y algunas veces peligrosos. Sin embargo en los países desarrollados hay reporte de incremento de sedantes orales.⁽²⁾

Es importante mencionar que la restricción física no se debe utilizar como un castigo y tampoco de forma exclusiva por conveniencia personal. A los padres hay que explicar el tipo de restricción que se puede aplicar y la duración estimada de su aplicación. Según Lawrence Mc. Figue, Etal. En una encuesta por ellos practicada el padre que esta mas informado es un padre que acepta mejor.⁽¹⁷⁾

CAPÍTULO 4

TIPOS DE RESTRICTORES FÍSICOS

CAPÍTULO 4

4. TIPOS DE RESTRICTORES FISICOS

La restricción física no es más que una de las distintas formas de control de la conducta que nos permite realizar la asistencia dental adecuada.

El control del cuerpo se consigue a través de diferentes métodos y técnicas. En los niños muy pequeños es necesaria la ayuda de los padres y del personal auxiliar para controlar sus movimientos durante los procedimientos así como niños con retraso mental grave, los medios de restricción física permiten trabajar en mejores condiciones y controlar mejor las respuestas de los pacientes.

Los medios de restricción física que se utilizan con mayor frecuencia son los siguientes:

Restrictores para tronco, extremidades, cabeza, boca y unidades para bebés.

4.1 RESTRICTORES PARA TRONCO

Estos se emplean para la porción de tórax y abdomen.

4.1.1 PAPOOSE BOARD

Es sencillo de almacenar y utilizar, se comercializa en distintos tamaños para niños pequeños y grandes. Incluye estabilizadores de cabeza, no siempre se ajusta a los contornos del sillón dental. Cubre el diafragma del

paciente y por eso hay que colocar un estetoscopio en la zona pretraqueal para el control de la respiración cuando se utilice en pacientes sedados. Un paciente con una resistencia extrema puede presentar hipertermia cuando la restricción se aplica demasiado tiempo, por lo tanto requiere atención y supervisión constante.

El Papoose Board se ve por el dentista como una herramienta valiosa en el manejo del paciente con poca cooperación.

Murphy y Lawrence mostraron su inaceptabilidad. Sin embargo el autor del artículo. Robert's, cuestiona que sino será equivocado el condenar a la técnica solo por estos resultados sin observar su aplicación. ⁽²⁰⁾



Papoose Board

Frankel obtuvo sobresalientes resultados presentado el Papoose Board a los padres de una manera distinta, envolviéndolos activamente en cada paso de

su uso desde la decisión conjunta para usarla hasta la ayuda de los mismos en envolver al niño y sostener su mano mientras tanto, lo que dio por resultado aceptación en su uso y beneficios, así como el consentimiento de los padres para usarlo cuando fuera necesario. ⁽²⁰⁾

4.1.2 SABANA TRIANGULAR

Técnica descrita por Mink, empleada para controlar a los niños que son extremadamente resistentes, ayuda a que el paciente permanezca sentado y erguido durante la exploración. Se dificulta su aplicación en niños muy pequeños y existe la posibilidad de compresión de la vía respiratoria, si el paciente se desliza de forma inadvertida.

Se puede presentar hipertermia durante periodos largos de restricción. Por eso es muy importante la supervisión constante cuando sean empleados este tipo de restrictores. ⁽¹⁶⁾

4.1.3 PEDI-WRAP

No tiene soportes para la cabeza ni para la espalda, hay de diferentes tamaños permitiendo algún movimiento aunque el paciente este sujeto, es de algodón tipo red o malla para que exista ventilación por lo que no hay posibilidad de que el paciente sufra hipertermia. Este tipo de restrictor requiere de unas correas para mantener la posición de tronco en el sillón dental así como de una buena supervisión para evitar que el paciente pueda resbalarse. ⁽¹⁸⁾



Pedi Wrap

4.1.4 PIEZA DE SUJECIÓN EN SACO PARA EL SILLÓN DENTAL.

Se emplea para facilitar la acomodación de los pacientes con hipotonía o espásicidad graves que necesitan estar más seguros en la consulta dental.

Es de tamaño único pero se puede ajustar a la mayoría de los pacientes, es lavable y se puede emplear muchas veces. Es posible que los pacientes se relajen con este dispositivo por lo cual hay menor restricción durante el tratamiento dental. ⁽¹⁸⁾



Pieza de Sujeción en saco para el sillón dental

4.1.5 TABLA Y RED

Se utiliza en niños pre-escolares y escolares, se encuentran en diferentes tamaños, es el restrictor físico más empleado.

4.2 RESTRICTORES PARA EXTREMIDADES

Para inmovilizar manos y piernas.

4.2.1 CINTURÓN DE SEGURIDAD.

Es muy útil durante el tratamiento dental ya que sujeta las extremidades impidiendo que haya movimiento, deben fabricarse de materiales suaves y estar disponibles en diferentes longitudes y anchuras para utilizarse en diversas áreas del cuerpo es importante que no interfiera en las funciones normales del organismo y se puede combinar con otros dispositivos como Pedi Wrap.

4.2.2 CORREAS DE POSEY Y VELCRO

Para inmovilizar los brazos y piernas de los niños se puede necesitar la ayuda de los padres o del equipo dental para utilizar las correas de Posey, estas se ajustan a los brazos del sillón dental y permite el movimiento limitado de los antebrazos y manos del paciente impidiendo la hiperactividad de pacientes muy resistentes o con retraso mental para una sujeción y liberación rápida se pueden emplear tiras de velcro.^(3,18)



Correas de Posey y Velcro

4.2.3 CINTAS Y TOALLAS.

En pacientes que intentan desesperadamente controlar sus movimientos corporales como los que presentan parálisis cerebral de tipo espástico-atetoide, durante el tratamiento es útil cubrir los ante brazos con una toalla y ajustarla con una cinta adhesiva sin interrumpir la circulación, esta forma de restricción puede llegar a relajar y a impedir reflejos no deseados.⁽³⁾



Cintas y Toallas

4.3 RESTRICCIÓN DE CABEZA

Para la inmovilización de la cabeza se utiliza el siguiente dispositivo:

4.3.1 CABEZAL

Es necesario muchas veces la ayuda de un auxiliar que estabilice la cabeza del paciente durante el tratamiento dental sobre todo para pacientes con parálisis cerebral, este se adapta a la porción superior del sillón dental el cual proporciona un apoyo lateral a los pacientes con problemas de los músculos del cuello.

También ayuda a reducir los movimientos de la cabeza en pacientes que tienen trastornos musculares espásticos o atetoides.⁽³⁾

4.4 ESTABILIZACIÓN DE LA BOCA.

Al trabajar con pacientes no cooperadores es importante asegurarse de que la boca permanezca abierta durante el tratamiento dental para no causar algún accidente como laceraciones por eso es importante estabilizar los maxilares mediante diversos dispositivos.

Los separadores de lengua almohadillados son muy fáciles de utilizar, desechables baratos y son de gran ayuda durante la exploración dental.

4.4.1 SOSTENEDOR DE BOCA OPEN-WIDE

Es un sostenedor de boca forrado, el cual esta constituido por un extremo de espuma resistente, es fácil de usar y desechable, existe en dos tamaños.

4.4.2 ABREBOCAS

Es útil para el tratamiento de pacientes difíciles y los que tienen un control muscular deficiente, pacientes con parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson.

Estar disponibles en tamaño infantil y para adulto, permite el acceso al lado opuesto de la boca y se actúa a través de un mecanismo de tijera.

Es necesario tener cuidado al utilizar el abrebocas, debido a la posibilidad de producir laceraciones en labios y paladar, la boca no se debe forzar más allá de una posición aceptable.⁽³⁾

4.4.3 BLOQUEADORES DE MORDIDA DE GOMA.

Se encuentran disponibles en diferentes tamaños; se ajustan a las superficies oclusales de los dientes y hacen que se estabilice la boca en posición abierta.

Es importante que los bloqueadores de mordida estén asegurados mediante hilo dental para recuperarlos en caso de que se desprendan y caigan hacia la boca, es necesario permitir al paciente descansar unos minutos.

4.5 UNIDADES PARA BEBES

Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter y col. Desarrollaron las unidades para bebés la cual se denomina macris (hamaca de niño) destinadas a la

realización de la práctica Odontológica para bebés (recién nacidos y lactantes), cuyas edades van de 0 a 24 meses. Estos porta-bebes (macris) comenzaron a ser desarrollados a partir de 1978, dentro de la siguiente línea evolutiva.

Macri



- a) Pacote pediátrico de Walter. Es la utilización de una mesa convencional y el envolvimiento del niño en un campo, se sujeta con tiras adhesivas como si fuera un cinturón.
- b) Sistema Papoose Board o cama de indio. Usado desde el año de 1980.
- c) Sistema pierna-pierna o Joelho-Joelho. Relatado por Mathewson, et al en 1982, cuyo uso es una alternativa para examinación y procedimientos en situaciones especiales y ocasionales.

d) Soporte para porta-bebes. Se desarrollo en 1985, con el intento de eliminar el sistema primitivo, pierna-pierna, este conjunto a partir de 1986 comenzó a ser denominado "Sistema macri".⁽²⁴⁾

Cada sistema a sufrido modificaciones en tamaño, forma y elementos, conforme al paso del tiempo y a la necesidad de innovación.



Macri

CAPÍTULO 5

CONSIDERACIONES PARA USO DE RESTRICCIÓN FÍSICA.

CAPÍTULO 5

5. CONSIDERACIONES PARA USO DE RESTRICCIÓN FÍSICA.

Para tener éxito en la práctica Odontológica en niños, no depende solo de las habilidades técnicas del Odontólogo, sino también de su capacidad para lograr una conducta apropiada del paciente cuando no se pueda lograr, la conducta debe ser controlada.

Hay muchos factores que influyen sobre la actitud del niño hacia la Odontología, estos pueden ser la edad, madurez emocional y salud física.

5.1 PACIENTES PREESCOLARES (0 a 3 años)

En esta etapa el temor a los extraños es un sentimiento muy común además de que reaccionan negativamente a los ruidos súbitos intensos.

Los pacientes en esta edad son apegados a los padres y en muchos de ellos los berrinches son normales ya que no cuentan con controles internos.

Es difícil que en esta edad los pacientes se muestren cooperadores durante el tratamiento dental ya que no es posible establecer comunicación y esperar que entiendan lo que queremos decirles.

Debido a lo anterior expuesto e el caso de estos paciente el uso de la restricción física conlleva un enfoque físico verdadero, a no poder demandar de ellos extraordinaria cooperación.

5.2 PACIENTES ESCOLARES (DE 3 AÑOS EN ADELANTE)

En pacientes escolares no cooperadores se emplea la restricción física con un enfoque psicológico, se le debe explicar al paciente que él puede y debe cooperar durante el tratamiento dental pero que va a necesitar un poco de ayuda para poder ser atendido de manera especial, estando protegido y no sufrir de lesiones que podrían producirse por movimientos involuntarios y que si él coopera entonces no se requerirá más de la restricción física.

5.3 TEMORES TRANSMITIDOS DE PADRES A HIJOS

Estos Temores transmitidos de los padres a los hijos se les llama adquiridos y también pueden ser de compañeros, hermanos, etc. Son temores por imitación que pueden transmitirse sutilmente. Los padres tienen gran influencia en los niños, es frecuente que proyecten una imagen desagradable del dentista, así como de los padecimientos dentales por medio de comentarios que hablan de experiencias personales previas.

Muchas veces los padres condicionan a los niños, cuando muestran una mala conducta y los amenazan con "llevarlos al dentista" logrando con esto que el niño se atemorice ya que lo relacionan con sufrimiento y dolor.

La comunicación, el cariño y apoyo al niño, podrán ir disminuyendo sus temores.

En el momento que los niños mal influidos requieran tratamiento dental será entonces imposible obtener una conducta favorable, por lo que se requerirá de apoyo.

5.4 MALAS EXPERIENCIAS DENTALES

La experiencia previa desde un inicio determina en gran medida la conducta del niño en el tratamiento dental, por eso es necesario superar los temores existentes. Estos pacientes pueden manifestar miedo y mostrarse no cooperadores, el Odontólogo debe lograr obtener su confianza, tratando de eliminar las malas experiencias y sobre todo prevenirlas con un punto de vista mas humanizado que al final de cuentas será el buen resultado de la percepción del niño en ese momento.

5.5 SOBRE EL ASISTENTE DENTAL

En gran parte del mundo es bien reconocida la valiosa presencia y colaboración del asistente dental en el tratamiento de los niños, ya que con ellos se consigue trabajar rápido y eficientemente, condición conjunta para la experiencia y respuesta de los mismos niños.

Por desgracia en México la mayoría de los Odontopediatras no disponen de un asistente dental y se tienen que enfrentar solos a la atención de niños, la cual es muy difícil por las diferentes conductas que puedan adoptar; entonces el uso de cualquier restrictor físico en estos casos resulta de gran ayuda.

5.6 NIÑOS INCAPACITADOS

La salud física de un niño influirá sobre su conducta, la capacidad de dominar las situaciones puede estar drásticamente reducida y por eso

pacientes cooperadores pueden reaccionar de una manera extraña en tales circunstancias.⁽³⁾

Los niños incapacitados presentan algún trastorno o dificultad de tipo mental, físico, médico o social.

5.7 RETARDO MENTAL

Estos niños a causa de su incapacidad no aceptan los procedimientos Odontológicos ya que es difícil que puedan recibir la información y no es posible convencerlos de que se conviertan en buenos pacientes, aunque hay excepciones la mayoría de las veces suele ser así.

Para el manejo de estos pacientes, se emplea la restricción física durante el tratamiento dental para poder controlarlos durante corto tiempo para procedimientos sencillos y así poder evitar el uso de la anestesia general en la que hay que tomar en cuenta el costo, riesgo y tiempo involucrado.

El tipo de restrictor o manejo de conducta dependerá del grado de retardo mental que presente.

5.8 PARÁLISIS CEREBRAL

Los niños con parálisis cerebral, presentan movimientos involuntarios de los miembros y la cabeza, el Odontólogo debe estar informado para poder ofrecerles una buena atención dental; no deben ser considerados como no cooperadores.

En ellos se puede utilizar prudentemente los medios de restricción física para controlar los movimientos mandibulares y de las extremidades, evitando poder lastimarlos y prevenir accidentes durante el tratamiento. ⁽¹⁸⁾

5.9 AUTISMO

Los niños autistas tienen una capacidad limitada para aprender, relacionarse socialmente y comunicarse.

En ellos el tratamiento dental es difícil de llevarlo a cabo, suelen tener un tono muscular escaso, poca coordinación motora, babeo abundante, reflejos rotulianos hiperactivos y estrabismo.

Puede ser necesaria la utilización de Papoose Board o de Pedi-Wrap, que en algunos casos tienen la virtud de calmar al niño. ⁽¹⁸⁾

CAPÍTULO 6

RESTRICCIÓN FÍSICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

CAPÍTULO 6

6. RESTRICCIÓN FÍSICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La práctica dental en niños ha marcado que es absolutamente necesario contar con un consentimiento para que no haya mala interpretación de técnicas y procedimientos empleados por el Odontólogo, ante la posibilidad de ser considerados como abuso infantil.

El consentimiento expresa aceptación, el cual es necesario para tratar al paciente por lo que el Odontólogo debe preocuparse por obtenerlo antes de emplear un procedimiento que sea extraordinario o controversial como el uso de la restricción física, para protegerse ante una posible demanda.

Cuando los padres se presentan con el niño para tratamiento dental se tiene un consentimiento implícito pero al emplear la restricción física es necesario que el Odontólogo informe o explique el propósito de la restricción, consecuencias y posibilidad de tratamientos alternos así como los riesgos de la abstinencia.

Los padres deben estar conscientes de que la práctica del Odontólogo es diferente para cada niño.

Si se obtiene el consentimiento para la restricción física, es muy importante la firma de aceptación del padre o tutor legal y que una persona del equipo dental sea testigo, debe estar descrito el uso del restrictor físico y puede ser que se incluya una foto del restrictor.⁽¹⁹⁾

Históricamente se conoce que el obtener un consentimiento previo al empleo de técnicas de conducta ha sido omitido por los Odontopediatras. Se sabe también que en aquellos que lo obtienen en un alto porcentaje es solo de manera verbal.

Barrie B. Choate y Cols indican en una encuesta realizada por ellos que el consentimiento verbal en E.U. para el Papoose Board se obtiene por un 79% de los clínicos, para mano sobre boca en un 61% y para otros restrictores físicos 67%. Esto se contrapone con la idea de que el consentimiento deberá ser escrito.⁽⁸⁾

El consentimiento debe elaborarse como defensa legal "Doy permiso al Odontólogo para desarrollar todos los procedimientos necesarios para que el tratamiento de mi hijo sea benéfico. Reconozco que la práctica del dentista es diferente para cada niño y que los procedimientos a utilizarse pueden no serme familiares; el Odontólogo ha explicado la naturaleza de estos procedimientos y estoy de acuerdo en su uso para mi niño".

El propósito del consentimiento es para que los padres no indiquen que no estaban enterados.

Por lo que respecta al consentimiento, problemas legales y éticos en México en el presente trabajo se consultó en el acervo documental de la CONAMED la situación en cuanto a quejas y demandas en relación al otorgamiento del mismo encontrándose para sorpresa propia que no hay antecedentes específicos sobre el caso; siendo los únicos datos obtenidos lo siguiente; Odontología con un (5.9%) se encuentra entre las 10 especialidades médicas de mayores quejas, sin hacer referencia concreta con la Odontopediatría.⁽²³⁾

CAPÍTULO 7

RESTRICCIÓN FÍSICA Y ABUSO INFANTIL

CAPÍTULO 7

7. RESTRICCIÓN FÍSICA Y ABUSO INFANTIL

El abuso y negligencia con los niños es un problema que abarca toda las áreas de la sociedad.

Los Odontopediatras y los dentistas generales que tratan en gran número a niños encuentran frecuentemente que existen antecedentes de malos tratos. Debido a esto hay que enterarse de las manifestaciones impredecibles de conducta de niños maltratados para apoyarlos, ayudarlos, tener responsabilidad para identificar y reportear en caso de sospecha de abuso infantil.

El tratamiento dental de pacientes sin su consentimiento ha sido considerado como un tipo de abuso.

No es posible considerar si los diferentes tipos de restrictores físicos disponibles para el Odontólogo como el uso de Papoose Board o Pedi-wrap se pueda manejar como abuso de infantes. ⁽⁵⁾

Cuando se emplea la restricción física, se debe manejar con precaución, reservas y permiso por los padres en condiciones de estricto control moral durante el tratamiento como se acordó para que no se considere como abuso infantil.

Puede ser que si no se utiliza un restrictor físico durante el tratamiento dental, el Odontólogo pierda el control porque hay posibilidad de que el niño se mueva y pueda forzarlo provocando lesiones y sí ser considerado como

abuso infantil. Otra posibilidad reportada por Wrigh, es que el niño mueva su cabeza de un lado a otro y rompa vasos capilares de su cara y piel.⁽⁶⁾

La restricción física debe evitarse en los niños que se sospecha son víctimas de abuso o maltrato.⁽¹⁴⁾

Si un niño no responde a la cooperación o sedación, la anestesia general será el último recurso para facilitar el tratamiento dental.

Si el abuso o maltrato es severo se debe remitirse al niño a las autoridades o al hospital de emergencia para atención médica.

En estos niños el tratamiento dental requerido es usualmente secundario a sus prioridades emocionales y médicas, para no causarle más ansiedades y conflictos.⁽¹⁴⁾

7.1 DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Basado en la declaración universal de los derechos humanos los artículos 25 y 26 de la resolución 217 A (111) del 10 de Diciembre de 1948, se declara por la Salud General de las Naciones Unidas del 20 de Noviembre de 1959 en la resolución 1386 (XIV). Los siguientes principios:

PRINCIPIO 2: El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensando todo ello por la ley y por otros medios para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal.

PRINCIPIO 4: El niño debe de gozar de los beneficios de seguridad social: Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.⁽²²⁾

Estos principios parecen ser suficientes argumentos para que según el preámbulo de dicho documento "Considerando que el niño por su madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento"; se pueda dar al niño una atención dental adecuada en la que incluso se requiera el empleo de la restricción física.

CAPÍTULO 8

CONDUCTA DEL ODONTÓLOGO EN RESPUESTA AL MIEDO DE LOS NIÑOS

CAPÍTULO 8

8. CONDUCTA DEL ODONTÓLOGO EN RESPUESTA AL MIEDO DE LOS NIÑOS

La conducta del Odontólogo es de alta relevancia en combatir, resolver, provocar o fomentar el miedo de los niños.

El miedo es el mayor problema que se encuentra en el tratamiento dental y que interfiere en este impidiendo o limitando que sea efectivo.

El Odontólogo debe mostrar confianza en sí mismo para que ese sentimiento se transmita al paciente, nunca deberá perder el control ni enojarse ya que el resultado de ello será tan solo asustar y mortificar más al niño.

Una buena relación entre el Odontólogo y el niño se crea por el proceso de diálogo (conversar acerca de temas de interés para el niño como personajes, caricaturas, programas, deportes y música), expresión facial (sembiante tranquilo y amable e inclusive con una ligera sonrisa natural son de gran impacto) y tono de voz (el cual debe ser agradable y relajado).

Algunos estudios indican que los dentistas siempre tienden a reaccionar con indiferencia cuando enfrentan a niños con miedo, otros mostraron que los Odontólogos usan más intervenciones de comunicación durante el tratamiento de pacientes con temor que durante el tratamiento normal.⁽⁴⁾

Para auxiliar al niño a resolver la amenaza de la Odontología necesitamos primero estar preparados para comprender y aceptar como es que el niño ve a la experiencia dental. Esto solo es posible si estamos dispuestos a abandonar nuestra posición egocéntrica y aceptamos los puntos de perspectiva del niño; a este proceso se le llama empatía.⁽²⁰⁾

La vocalización, dirección y empatía han sido apoyos más utilizados por los odontólogos durante el tratamiento de niños temerosos.

Observándose en diferentes fuentes bibliográficas los magníficos resultados y las recomendaciones para ampliar el uso de ellas.

8.1 ASPECTOS CONSIDERADOS EN LA ORIENTACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

- El éxito en el manejo del niño depende del cariño, confianza, sentido del humor y la capacidad del Odontólogo para pasar por alto las demostraciones de falta de cooperación.
- El Odontólogo debe encarar la situación de manera positiva y amistosa pero debe transmitir la idea de que el trabajo es esencial para el bienestar del niño.
- El Odontólogo debe alentar todos los buenos hábitos con elogios y buscar el momento apropiado para felicitar al niño.
- Un niño sin disciplina en su hogar, muchas veces respetará al Odontólogo que la impone.

CONCLUSIONES:

- La restricción física ha de emplearse solo en situaciones específicas, en casos indicados y de manera profesional.
- Nunca debe de emplearse a la restricción física como una forma de carácter punitivo.
- El rechazo a la aplicación de la restricción física es motivado por la falta de conocimiento en su información y aplicación.
- Los padres que están informados sobre las características, implicaciones y procedimientos de la restricción física aceptan su aplicación e inclusive cooperan en el manejo del paciente.
- Los diferentes tipos de restrictores, resultan en su gran mayoría demasiado controvertidos debido a que hay autores que los defienden y otros los rechazan.
- En la revisión bibliográfica no se ha sustentado los posibles daños psicológicos ocasionados por el empleo de la restricción física.
- En revisión y visita a CONAMED, encontré que no hay procesos de demandas ni quejas significativas con respecto al uso de restrictores físicos en la atención Odontológica.
- La mayoría de los Odontopediatras no recurren al consentimiento escrito y en ocasiones ni al verbal, para la aplicación de la restricción física.

- La restricción física en México, dadas las condiciones de no contar con asistentes dentales, garantiza una larga estancia en la práctica Odontológica.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Acsg, Burke M, Musson C; 1990, "An updated survey on the utilization of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education ", Pediatric dentistry, Vol. 12, No. 5, September-October Pág. 298-302.
- 2.-Acsg, Musson C, Burke M; 1990 "Current teaching of restraint and sedation in pediatric dentistry: a survey of program directors" Pediatric Dentistry, Vol. 12 No. 6 November-December Pág. 364-367
- 3.-Barber, T. K.; 1986, "Cuidado del inválido" Odontología Pediátrica México, D.F., Ed. El manual Moderno Pág. 389-395
- 4.-Berge M, Veeykamp J, Hoogstratenj, 1999, "Dentists behavior in response to child dental fear" Journal of Dentistry for Children, Vol. 66, No. 1, January-February Pág. 36-40
- 5.-Braham, etal, 1994, "Physical restraint, child abuse, informed consent: Sociolegal concerns for the nineties" Journal of Dentistry for Children, Vol. 61, No. 3, May-june, Pág. 169-174
- 6.-Braham, R., 1989, "manejo de padres y pacientes en el consultorio odontológico" El paciente discapacitado", Odontología Pediátrica, México, D.F. Ed. Panamericana Pág. 451- 467, 572-575
- 7.-Carr, etal, 1999 "Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States" Pediatric Dentistry, vol. 21 No. 6 September-October pág. 347-353
- 8.-Choate, etal, 1990, "Current trends in behavior management techniques as they relate to new standards concerning informed consent" Pediatric Dentistry, Vol. 12 No. 2, April-May, Pág. 83-86

- 9.- González J., 1996, "El cirujano Dentista y el paciente infantil", Dentista y Paciente, Vol. 4 No. 44, Febrero, Pág 8-9

- 10.-"Guidelines for behavior management", Special Issue: Reference Manual, 1994-1995, Pediatric Dentistry, Vol. 16 No. 7 Pág. 49-53

- 11.-Gutiérrez M, etal; 1997 " La Conducta de los niños en el consultorio dental, Dentista y Paciente, Vol. 6, No. 63, Septiembre, Pág. 8-11

- 12.-Gutiérrez M, etal, 1997, "Presencia de los padres, desensibilización y conducta de los niños en el Consultorio dental", Práctica Odontológica, vol. 18, No. 12, Diciembre, Pág. 35-39

- 13.-Ishikawa T, Kuwahara S, Nagasaka N; 1997, "Effects of training in management of child behavior for dental hygiene atudents," Journal of Dentistry for Children, Vol. 64, No. 6, November December, pág 435-438.

- 14.-Jessees, 1999, "Behavioral indicators of child maltreatment", Journal of Dentistry for Children, Vol. 66, No. 1 January-February Pág. 17-21

- 15.-Klein; 1987, "Physical restrain, informed consent and the child patient", Journal Of Dentistry for children, Vol. 55, No. 2 March-April, pág. 121,122

- 16.-Kuhn BR, 1994, "Expansión de las técnicas de manejo conductual en la odontología pediátrica" en Dental Abstracts Vol. 2 No. 4, November-Diciember, Pág. 145

- 17.-Lawrence, etal, 1991 "Parental attitudes toward behavior management techniques used In pediatric dentistry", Pediatric Dentistry, Vol. 13, May-June, Pág. 151-155

- 18.-Mc Donald, 1995, "Trastornos odontológicos del niño incapacitado", Odontología pediátrica y del adolescente, sexta edición, Madrid España, Edit, Mosby/Doyma libros Pág. 574-587

- 19.-Pinkham, J; 1996, "Control Conductual del paciente" Odontología Pediátrica, Segunda edición; México, D.F. Edit. Interamericana/McGraw-Hill Pág. 348-360
- 20.-Roberts J, 1995 "How important are techniques? The empathic approach to working with children", Journal of Dentistry for Children, Vol. 62, No. 1 January-February Pag. 38-43
- 21.-Scott S; García-Godoy;1998 "Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques", Journal of Dentistry for children, Vol. 65, No. 2, March-April, Pág. 128-131
- 22.-Taméz P.B.; 1997 "Los derechos Del niño" Compendio de instrumentos Internacionales, Comisión Nacional De Derechos Humanos, Diciembre México, D.F., Pág. 9-10
- 23.-"Tercer informe de Actividades" Junio 1998-mayo 1999-12-01 Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), 1ª. Edición: 1999 Mexico,
- 24.-Walter, L.R, etal, 1999 Odontología para o bebê: Odontopediatria Do Nascimento A os 3 ANOS, 1ª. Edición, 2 reimpressão; Sao Paulo Brasil Artes Médicas Pág. 9-20, 187