



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**LAS TÉCNICAS DE RESTRICCIÓN FÍSICA
EN ODONTOPEDIATRÍA**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

MARÍA DE LOS ANGELES CRUZ ORDAZ

DIRECTOR: Dr. ANTONIO SIMBRÓN LEVY
ASESORES: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
C.D. VÍCTOR GARCÍA BAZÁN



Ciudad Universitaria, México D. F.

Junio de 2002

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.

DEDICATORIA

A DIOS

Por darme la vida, por todo lo que tengo y lo que amo.

A FAMILIA

Por ser tan importante e indispensable en mi vida, por quererme, por tratar de entenderme y dejar experimentar mis propios fracasos y triunfos.
Es bueno saber que cuento con ustedes para todo, por eso quiero decirles "GRACIAS".

A MI HIJO

Que es la persona más importante en mi vida.

A MIS ASESORES

Gracias por el tiempo que me dedicaron y su gran ayuda para la elaboración de esta tesina.

ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

Gracias por su ayuda y paciencia.

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN.....	1
1. ANTECEDENTES.....	2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
3. JUSTIFICACIÓN.....	4
4. OBJETIVO GENERAL.....	5
4.1 Objetivos específicos.....	5
5. HIPÓTESIS.....	6
6. METODOLOGÍA.....	6
6.1 Material y método.....	6
6.2 Tipo de estudio.....	7
6.3 Población de estudio.....	7
6.4 Muestra.....	7
6.5 Criterios de inclusión.....	7
6.6 Criterios de exclusión.....	8
7. PATRONES DE CONDUCTA DEL NIÑO POR EDADES.....	9
7.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO....	16
7.2 ANSIEDAD Y TEMOR.....	20
7.3 CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS.....	23
7.4 EL NIÑO EN LA CONSULTA DENTAL.....	31
8. TÉCNICAS DE RESTRICCIÓN.....	36

8.1 CONTROL FÍSICO MEDIANTE DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS...	45
8.2 CONTROL FÍSICO POR PARTE DEL PROFESIONAL.....	48
8.3 MANO SOBRE BOCA.....	50
RESULTADOS.....	53
CONCLUSIONES.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	80

INTRODUCCIÓN

El manejo de la conducta del paciente pediátrico exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y psicológico del niño. La sociedad, las actitudes de los padres, los aspectos éticos han llevado a reevaluar algunas técnicas restrictivas utilizadas actualmente.

El conocimiento de las etapas del crecimiento de los niños, ayudan a comprender la conducta que se puede esperar de él, sin embargo no permite establecer parámetros exactos que se deben realizar en diversas situaciones clínicas.

En la atención odontológica de niños, el odontólogo tiene en sus manos el gran compromiso de conducir a los pacientes a la salud bucal, además de evitar que la experiencia de ese paciente, deje secuelas psicológicas o emocionales negativas, es él quien debe lograr la colaboración del niño para conseguir el éxito necesario en el entrenamiento odontológico. En la mayoría de los casos esto puede lograrse a través de un abordaje psicológico aplicado con conciencia, honestidad y criterio, sobre todo basado en una relación afectiva y armónica con el niño y sus padres.

El resultado será el establecimiento de una adecuada relación odontólogo-paciente-padres, le permite, la madurez emocional del niño, enfrentar la situación odontológica, así como manejar otras situaciones similares de la vida para que en un futuro sea paciente adulto, sin miedos ni fobias.

Todas aquellas personas que trabajan con niños tienen la obligación de reconocerle sus derechos de protección, físicos, intelectuales y morales.

1. ANTECEDENTES.

El niño no es un adulto en miniatura, sino un ser humano inmaduro, en pleno desarrollo, sumamente emocional y de pronta reacción. Los trabajos del filósofo suizo Jean Jacques Rousseau (1712-1778) y de otros pensadores hicieron especial hincapié en que los niños atraviesan una serie de etapas físicas y mentales en su desarrollo con reacciones y patrones de conducta que los distinguen de los adultos.⁹

Las teorías sobre el desarrollo intelectual infantil y la psicología del niño han evolucionado según las distintas escuelas. No existe una teoría única que explique el desarrollo humano, ya que la conducta tiene muchas facetas que interaccionan unas con otras. Cada teoría se puede englobar en dos grandes grupos:

- Teorías psicodinámicas explicación del desarrollo emocional y su influencia en la conducta del niño.
- Teorías conductivistas-aprendizaje explicación del aprendizaje y de la conducta social.

Generalmente existen tres factores que rigen la conducta del niño, su madurez, sus rasgos de personalidad y su ambiente. Los dos primeros apenas están sometidos a interferencias y demandas externas en las que intervenga el adulto, mientras que el ambiente es variable y esta hasta cierto punto, a nuestro control.¹

El comportamiento de los pacientes "niños" no es predecible por lo tanto, se requiere de la utilización de técnicas apropiadas, que permitan brindar un tratamiento seguro y de alta calidad. Cualquier técnica utilizada se debe aplicar bajo parámetros establecidos, de acuerdo a la edad del paciente, tipo de tratamiento, estado mental y físico.

El manejo del comportamiento es una interacción continua entre el niño y el odontólogo, dirigida hacia la comunicación y educación, con el fin de calmar la ansiedad y el miedo. Para así lograr una buena atención dental y convertir al paciente, en un paciente cooperador a futuro con salud oral.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se ha reconocido ampliamente el valor que tienen las técnicas de restricción física, varios autores señalan la importancia que tienen éstas en el control del paciente pediátrico, sin embargo al revisar la literatura muchos profesionales las desconocen y otros no las emplean correctamente, lo que significa un problema para lograr optimizar el tratamiento.

Se considera que en algunos pacientes sobre todo muy pequeños, es de gran utilidad la aplicación de estas técnicas.

Una interrogante que nos plantearíamos sería ¿Cuál será el conocimiento que tienen los estudiantes de odontología del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Ibarregui y los alumnos de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, en las técnicas de restricción física?.

3. JUSTIFICACIÓN.

Debido a la gran diversidad de opiniones entre los odontopediatras, en relación a la aplicación de cualquier tipo de fuerza, esto ha sido motivo de controversia en odontología.

Algunos autores mencionan que la aplicación de las técnicas de restricción física no se utilizan como castigo, sino como procedimientos que se llevan a cabo en ciertos tratamientos dentales y en situaciones específicas.

Otros mencionan que cualquier forma de restricción física es una forma de castigo, por lo tanto, es necesario conocer las técnicas, sus ventajas y desventajas para así poder seleccionar la más adecuada y tener éxito en el tratamiento dental.

4. OBJETIVO GENERAL

- Determinar si los estudiantes del último año de la carrera de odontología del turno matutino de la clínica periférica Dr. "José Salazar Iñarregui" conocen y saben cuando están indicadas las técnicas de restricción física.
- Determinar si los estudiantes del último año de la carrera de odontología del turno matutino de la clínica periférica Dr. "Victor Díaz Pliego" conocen y saben cuando están indicadas las técnicas de restricción física.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las diferentes técnicas de restricción física que se utilizan en odontopediatría.
- Determinar en la clínica de odontopediatría en que casos se utilizan las técnicas de restricción física.
- Determinar por edad y sexo las técnicas que más se emplean en la clínica de odontopediatría.

5. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

Los estudiantes del último año de la carrera de odontología conocen y saben cuando están indicadas las técnicas de restricción física.

HIPÓTEIS NULA

Los estudiantes del último año de la carrera de odontología no conocen las indicaciones de las técnicas de restricción física por lo tanto no saben en que condiciones aplicarlas.

6. METODOLOGÍA

6.1 Material y método

Se solicitaron las autorizaciones de manera verbal, en las clínicas periféricas Dr. José Salazar Ilarregui y Dr. Víctor Díaz Pliego, para realizar la investigación. Una vez obtenida se aplicaron las encuestas a los alumnos del turno matutino de ambas clínicas.

6.2 Tipo de estudio.

Este estudio es observacional, descriptivo y transversal.

6.3 Población de estudio.

Estudiantes de la carrera de odontología del turno matutino matriculados en la clínica periférica Dr. José Salazar Iñarregui ubicada en Av. de los Cien Metros Esq. con Fortuna y los estudiantes del turno matutino matriculados en la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego ubicada en Av. Parque Vía 1060, Azcapotzalco.

6.4 Muestra

15 alumnos del turno matutino de la Clínica periférica "Dr. José Salazar Iñarregui " y 34 alumnos del turno matutino de la clínica periférica "Dr. Víctor Díaz Pliego" .

6.5 Criterios de inclusión

- Estudiantes del último año de la carrera de odontología del turno matutino de la clínica Dr." José Salazar Iñarregui ".
- Estudiantes del último año de la carrera de odontología del turno matutino de la clínica Dr." Víctor Díaz Pliego ".

6.6 Criterios de exclusión

- Estudiantes de odontología que no se hayan presentado el día de la encuesta.
- Estudiantes de odontología que no deseen participar.

7. PATRONES DE CONDUCTA DEL NIÑO POR EDADES

La conducta en el sentido general, se define como cualquier cambio en la actuación del organismo. Para detectar los cambios, debe haber un medio para hacerlo, ya sea a través de nuestro sentido o por la vía tecnológica.

La conducta es una acción que puede ser observada y medida. Observar la conducta de un niño es a menudo mucho más fácil que observar la de un adulto, debido a que las acciones del primero son en general más honestas. Las reacciones de un niño son con frecuencia el producto directo de sus sentimientos y no están disfrazadas por mecanismos de defensa y de experiencias previas. El foco de la conducta es también importante, debido a que es más fácil trabajar con problemas observables que con algo vago como la inmadurez o el malhumor. Por último y más importante, el dentista debe ser capaz de definir la conducta apropiada o inapropiada antes de que pueda reforzarla o cambiarla. La modificación de la conducta asume que el ambiente actual (consultorio dental) tiene mayor relevancia para afectar la conducta del niño que las experiencias más tempranas en la vida, los conflictos o la estructura de la personalidad.

Un evento que antecede, a menudo reconocido como un estímulo, provoca una conducta particular o una combinación de conductas que a su vez pueden conducir a una consecuencia o consecuencias particulares. Las conductas resultantes pueden ser motoras (físicas), afectivas (emocional) o cognoscitivas (intelectual). La consecuencia es un evento o respuesta que el niño comprende que es para reforzar o para castigar. Las consecuencias es un evento o respuesta que el niño comprende que es para reforzar o para castigar.⁸ El conocimiento de las etapas del crecimiento general de los

niños ayudará mucho a comprender al niño, así como a darse una idea de qué conducta se puede esperar de él.

Durante el primer año de vida el niño es esencialmente el centro de la atención. Éste es el primer encuentro con el mundo y durante esta etapa del 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. No se puede esperar una respuesta racional de un bebé al que se ha de ver en el consultorio odontológico; de hecho, las reacciones variarán dramáticamente.⁹

A los 2 años, es un periodo de gran transición, el niño se mueve de la etapa de total dependencia hacia el desarrollo de un grado de responsabilidad personal y control de sí. Realiza actividades motoras generales, por ejemplo correr y saltar.^{10,7} Se plantean muchas exigencias a este grupo etáreo, a las cuales deben reaccionar. La educación de los esfínteres es un acontecimiento mayor que contribuye a los sentimientos de logro y éxito. Por primera vez, el niño aprende a controlar cómo se siente y es capaz de influir sobre las actitudes adultas y paternas hacia él.⁴ Muestra una considerable dependencia de su madre y tiene dificultades para establecer relaciones interpersonales. Todavía prefiere el juego en solitario. Como aún es demasiado pequeño para relacionarse con su entorno únicamente con palabras, debe organizar sus experiencias mediante el tacto. La manipulación y el movimiento de las manos. Sus habilidades motoras son aún toscas y un tanto incoordinadas. El niño de 2 años necesita mucho tiempo para adaptarse a las situaciones nuevas y no puede esperarse de él que responda a preguntas u órdenes directas; su interés cambia de una cosa a otra en pocos minutos. Puede conseguirse su cooperación siempre que se tenga en cuenta su falta de concentración. A la edad de 2 años y medio el

desarrollo es muy rápido. El niño ejercita sus habilidades recién adquiridas, pero las controla tan mal que sus padres suelen considerarle inquieto y difícil de tratar.⁹

El niño de 3 años de edad tiene una mayor estabilidad emocional y es más razonable, trata de agradar y adaptarse, coopera más y muestra curiosidad sobre el mundo que le rodea.⁹ Época de semi-independencia en la cual existe un grado sorprendente 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. El niño de 3 años recibe bien los elogios. El lapso de atención es mayor, siempre que el niño esté ocupado con algo de interés.⁴ A esta edad está bien desarrollado del deseo de imitación. Para estos niños puede ser de buen resultado darles un paseo inicial por las unidades dentales vecinas para ver cómo se comportan otros niños.^{9,7,10}

La edad de 4 años es otra fase de desarrollo rápido, ésta puede ser una edad muy compleja. Hay capacidad para responder a las indicaciones verbales, pero se han de establecer límites inteligentes que requieren firmeza repetida para establecer los lineamientos apropiados. Se ha de tener presente que esta edad muestra los picos de temores del niño y que tiene tendencia a ser muy dramático. De modo que el profesional de salud debe ser muy cuidadoso, comprenderá las emociones del niño y manejará al niño con gran precaución.⁴ A esta edad el niño es muy activo tanto física como mentalmente. Corre más que anda, intenta imponerse, participa en pequeños grupos sociales.¹⁰ en accesos de ira puede pegar, patear y romper cosas, es capaz de un lenguaje ofensivo.⁷ El permanecer sentado durante un periodo de tiempo largo en la sala de espera de la consulta dental es para él un tormento físico, necesita canalizar su actividad motora y satisfacer su capacidad inquisitiva. También es un gran hablador, durante la llamada edad del "porqué y cómo" el niño tiene tanto que decir que se le

agolpan unas palabras sobre otras. Por otra parte, tiene una gran confianza en sí mismo, lo que es muy aprovechable si el dentista logra estimular su voluntad de cooperación y crear en él el sentimiento de que "nosotros estamos tratando juntos sus dientes".⁹

El niño de 5 años de edad tiende a mostrar una mayor seguridad en sí mismo y da una impresión de mayor madurez que el de 4 años. A esta edad comienza a estructurarse el pensamiento en secuencias lógicas. Los argumentos habituales de los padres, tales como "si tú haces esto, eso significa que" comienzan a adquirir un sentido a esta edad y pueden utilizarse para motivar al niño.⁹ Los temores han disminuido usualmente y poseen la capacidad para evaluar la situación atemorizaste. En esta edad los niños se comunican bien, comprenden la mayoría de las instrucciones y se adaptan bien en cuanto a pautas de conducta.¹⁰ El niño de 5 años es muy sensible a las alabanzas y los reproches, está orgulloso de lo que posee, es confiado, estable y bien equilibrado⁷ y es muy importante también para él su aceptación por parte de las personas que le rodean.⁹

El niño de 6 años de edad entra en una fase de maduración rápida. Psicológicamente se caracteriza por una gran biopolaridad o alternancia entre el afecto y el rechazo. Su interés por el orden y la limpieza alcanzan el nivel mínimo a esta edad. En relación con sus propios problemas, el niño de 6 años suele caracterizarse por sentimientos de aprensión y una leve hipocondría. A partir de esta edad la sociedad empieza a imponer exigencias al niño.⁹ Además, la asistencia al colegio trae como resultado, un apartamiento de la familia. Es una época de considerable ansiedad, con frecuente temor al daño corporal, en el pico de las tensiones, puede haber desahogos de violentas rabietas.⁴

Las observaciones de Gesell sobre niños de más edad presentan mayores desviaciones. Los factores de maduración se hacen menos

distinguibles de las influencias ambientales y son menos significativos con respecto al tratamiento dental. Sin embargo, hay que reseñar que quizá la sociedad moderna intenta imprimir en el niño a una edad demasiado temprana la conducta externa que cabe esperar del adulto. La mayoría de los niños escolares mantienen con los adultos una actitud serena, segura y positiva. ⁷

Los primeros años de escolarización se caracterizan por una integración social del niño, que es paralela a las primeras tendencias hacia su independencia personal. El niño se va liberando gradualmente de sus padres y busca modelos entre sus compañeros de escuela, maestros y otros adultos. El egocentrismo del niño desaparece y aumenta su capacidad de cooperar en equipo. Su pensamiento sigue siendo muy concreto, pero se hace reversible; un niño en edad escolar es capaz de identificar varios puntos de vista. Va adquiriendo nuevos conocimientos, pero todavía no comprende bien sus relaciones lógicas. El lenguaje se modifica desde la expresividad a la comunicación. Sin embargo, el niño sigue teniendo dificultades para seleccionar la información y su sentido de futuro es escaso. ⁹

El niño de 7 años en algunas situaciones es caprichoso, exige mucho de sí mismo, cree que la gente está en su contra, que los padres son injustos, desea aprobación y trata de cooperar con el odontólogo, en esta etapa necesita mucha comprensión.

El niño de 8 años edad: algunos son muy creativos, expansivo y rápidos, gusta de dramatizar las cosas, en algunos casos se presenta, resentido de la autoridad paterna, es más generoso con los demás, pero también espera más a cambio.

El niño de 9 años de edad es muy independiente y confiado en sí mismo, más interesado en los amigos que en la familia. Se toma las cosas a pecho y se puede derrumbar por que antes no le habían preocupado. Puede ser rebelde contra la autoridad. Tolerante en general.

El niño de 10 años de edad puede ser más amistoso, flexible, obedece ordenes del odontólogo, algunos autores opinan que es una edad de equilibrio predecible.

El niño de 11 años de edad se preocupa por ideales y moral, le gusta trabajar en equipo e individual. Se interesa por su higiene personal.⁷

Raymond L. Braham opina que los niños 7 a 12 años, son esencialmente parte de una etapa de "intermedio". Estos niños prefieren la compañía de otros de edad y sexo similares. Están muy involucrados en su aprendizaje y en el desarrollo del mundo de la realidad mediante el juego. Existe la necesidad de identificación con otros adultos que no sean los padres. Se pueden plantear cuestiones de importancia considerable bastante casualmente y se hará todo lo posible en esta etapa para disimular la inseguridad y la incertidumbre. La consideración más importante es tratar a cada niño de acuerdo con su edad.⁴

Desde los 12 a los 14 años., el pensamiento se hace más abstracto, y va adquiriendo la capacidad de razonar y resolver problemas sin enfrentarse a la situación concreta. Probando su capacidad para la comunicación social, el niño organiza su forma de mirar las cosas y adquiere habilidades lógicas. Durante el comienzo de la pubertad existe tendencia a la aparición de reacciones o emociones desequilibradas, y es frecuente que el niño demuestre un escaso interés por la higiene y el orden. Al irse estableciendo la identidad personal durante la pubertad, a la vez que se van conociendo

mejor las relaciones humanas, el joven se motiva cada vez más por su propia salud y es también capaz de aceptar una responsabilidad sobre su futuro.⁹

7.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO

La odontología se ha encontrado con dificultades al intentar identificar los estímulos que ocasionan la aparición de un comportamiento anormal en la consulta; sin embargo, se han detectado diversas variables infantiles que podrían relacionarse con el mismo.

ANSIEDAD MATERNA.

La estructura de los padres moldea, conforma y dirige la conducta del niño, de allí que ésta refleja la actitud predominante en el hogar.

Son tan importantes los padres durante la adaptación, que se dice que en Odontopediatría la relación odontólogo-paciente deja de ser un binomio, para convertirse en un triángulo, en cuyos vértices se encuentran: el odontólogo, el niño y sus padres.

De especial interés es la relación entre la madre y el niño, el patrón de la relación madre-niño durante la niñez ejerce una profunda influencia sobre el desarrollo a una nueva situación, o situaciones exigentes.

Numerosos estudios han demostrado que las madres que permiten autonomía y expresan afecto, tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos. Contrariamente, los hijos de madres punitivas y que son ignorados, no presentan estas características positivas de la conducta.

Aunque existen diversas clasificaciones entre las actitudes maternas, se van a describir las más frecuentes:¹³

- **SOBREPROTECCIÓN:** Caracterizada por el cuidado del niño, el ambiente sobre protector es el que se encuentra con mayor

frecuencia en torno a hijos únicos, largamente deseados, enfermos o con padres o tutores de edad avanzada.⁹ esta actitud retrasa su maduración psicológica. Si se acompaña de dominio, el niño será un paciente colaborador, aunque puede ser difícil establecer comunicación con él.

- **SOBREINDULGENCIA:** Esta actitud se caracteriza por las pocas restricciones sobre la conducta del niño. Son los conocidos como niños "sin límite", y en el consultorio odontológico pueden ser pacientes muy difíciles, que muestren berrinches y/o conductas agresivas cuando no logran dominar la situación.
- **CARENCIA AFECTIVA:** Esta actitud demuestra una falta de afecto hacia el niño, que varía desde una despreocupación o indiferencia, hasta un descuido total. En la consulta odontológica se muestran tímidos, lloran fácilmente y pueden mostrarse reacios a colaborar. Requieren tolerancia y afecto por parte del odontólogo tratante.
- **RECHAZO:** Esta actitud se manifiesta por el descuido del niño, quien es sometido a frecuentes castigos y regaños. Los casos de maltrato deben ser denunciados lo antes posible, ante las autoridades competentes. Suelen ser pacientes difíciles, que requieren afecto y comprensión por parte del odontólogo.
- **AUTORITARISMO:** En esta actitud predomina la imposición de la autoridad mediante el castigo o el ridículo verbal. Acostumbrados a obedecer órdenes, estos niños se comportan adecuadamente en el consultorio, aunque pueden retardar indirectamente el tratamiento mediante conductas evasivas (piden ir al baño, hacen muchas preguntas, etc.).

Las actitudes maternas señaladas anteriormente pueden afectar adversamente la personalidad en el desarrollo del niño y esto, a su vez puede conducirlo a mostrar una conducta inapropiada en la situación odontológica.¹³

- **INFRAESTIMULACIÓN:** Los niños que viven en estas circunstancias tienden a encontrarse aislados y se muestran recelosos hacia los adultos. También pueden reaccionar desesperadamente para atraer la atención ya que, para ellos, la atracción de un adulto aburrido es mejor que la falta absoluta de atención.⁹

La conducta del niño en el consultorio odontológico no solamente dependerá como se dijo anteriormente de las actitudes maternas, el odontólogo debe obtener datos acerca del niño, que le van a permitir conocer y percibir al niño en su totalidad.

ANTECEDENTES MÉDICOS

Se ha debatido durante muchos años la importancia de los antecedentes médicos, que constituyen una variable extraordinariamente compleja al estudiar este fenómeno, mientras algunos odontólogos infantiles consideran que tienen poca importancia en lo referente al comportamiento del niño en la consulta, otros creen que es un factor importante que afecta la colaboración del paciente. Sin embargo, existe consenso general en que los niños con una perspectiva positiva en anteriores experiencias médicas tienden a colaborar más con el odontólogo. En este sentido, lo importante no es el número, sino la calidad emocional de las anteriores consultas médicas.

El dolor puede ser moderado o intenso, real o imaginario. Sea cual fuera, se ha comprobado que la opinión de los padres sobre el dolor que experimentó su hijo en otra visita, influye en el comportamiento actual del niño en la consulta odontológica. También se ha demostrado que las

experiencias quirúrgicas previas influyen negativamente sobre el comportamiento del niño en la primera visita odontológica, pero no en las visitas posteriores.¹⁰

CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA.

Algunos niños acuden a la cita con el odontólogo sabiendo que presentan ya algún problema en los dientes. Este puede ser crónico y grave, como un absceso dental, o simple (un control de placa). Cuando el niño sabe que padece un problema dental tiende a presentar un comportamiento negativo durante la primera visita. En ocasiones es el resultado de un temor transmitido por uno de los padres. Ante la importancia de este factor el odontólogo debe explicar a los padres la importancia de realizar una primera visita odontológica antes de que aparezcan problemas dentales en el niño.¹⁰

7.2 ANSIEDAD Y TEMOR

Psicológicamente, el temor y la ansiedad son dos entidades distintas. *El temor* es la reacción frente a una amenaza real y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física al dolor. Sin embargo, aunque tanto el temor como la respuesta física al dolor son desagradables, sirven como medios de alarma, sin esas reacciones, la raza humana desaparecería muy pronto. Por el contrario, la *ansiedad* es un estado emocional que se origina en fuentes internas, tales como fantasías y expectativas no reales. Es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad, ya que aquél nunca se expresa sin un cierto matiz de ansiedad.⁹

La *ansiedad* es definible como aprensión de origen substancialmente o no reconocido. *Temor*, por otra parte, es una reacción de ansiedad que brota de una fuente reconocida.⁴

Finn reconoce dos tipos de miedos o temores: Temor objetivo y temor subjetivo.

- Temor objetivo: Es aquel producido por estimulación directa de los órganos sensoriales que están en contacto físico con la experiencia.
- Temor subjetivo: Es el que se basa en sentimientos y actitudes que hayan sido sugeridas por quienes lo rodean, sin necesidad de que él mismo haya padecido el incidente en lo personal.

Los tipos de miedos de un individuo no son los mismos a través de las diversas edades, sino que se modifican con el desarrollo físico y

mental, por lo tanto, la edad es la delimitadora de aquello que producirá temor en la persona.

Los primeros temores asociados con la odontología son los derivados de lo desconocido e inesperado. Así cualquier estimulación intensa o súbita de sus órganos sensoriales provoca temores en el niño, por ser inesperada.

Jersil y Holmes afirman que el promedio de temor desciende notablemente entre las edades de tres y seis años.

La disminución de los temores se puede atribuir a:

- La comprensión de que no hay por qué temer.
- La presión social para ocultar el temor.
- La imitación social.
- La orientación de los adultos.
- El grado de maduración psicoanalítica.

El organismo humano lucha por canalizar su ansiedad y su angustia en otras direcciones, y puede manifestarlas hacia afuera en forma de agresión o adentro en forma de obsesiones y aislamientos de todo contacto humano, incluso, regresión, es decir, retorno a un estado más infantil. El resultado puede ser también la imaginación o la depresión.

La ansiedad puede influir por cierto sobre la receptividad del niño al abordaje normal y puede resultar afectada la capacidad para concentrarse en las técnicas de orientación. El establecimiento de una confianza puede requerir un largo período en el paciente sumamente ansioso. La seguridad de parte del profesional y del personal reducirá los

niveles de ansiedad. Un niño puede reaccionar de manera claramente distinta en una visita inicial normal que en una visita de emergencia. Por ejemplo, los niveles de ansiedad en una visita de emergencia que exija cirugía bucal estarán con frecuencia elevados en padres e hijos y puede haber una mala influencia sobre las pautas. ⁴

El resultado común del temor y la ansiedad es un cierto aislamiento del mundo y su entorno, así como una preocupación con fantasías que dominan la mente constantemente. En los casos graves puede parecer difícil establecer contacto con el paciente, lo que imposibilita su primer contacto con la odontología. En esas ocasiones puede resultar útil la premeditación con un sedante, ya que disminuye el aislamiento del paciente y le ayuda a expresar sus problemas y de esa forma superarlos.

El profesional puede sentir comúnmente un nivel de ansiedad cuando espera la visita de un niño pequeño. Los niños pequeños, sin saberlo, pueden intimidar a los adultos. La ansiedad de parte del odontólogo influirá sobre el grado de seguridad de sí mismo que sea capaz de demostrar, y ésta a su vez influirá sobre quienes lo rodean. ⁴

La ansiedad puede influir sobre todos los participantes en la experiencia odontológica para que actúen y reaccionen de una manera por debajo de la ideal. Por lo tanto, pertenece al odontólogo establecer la atmósfera y características del consultorio odontológico para que los niveles de ansiedad se reduzcan para todos. De esta manera, la probabilidad de lograr los objetivos primarios en la atención del niño resultará reforzada. ⁴

7.3 CLASIFICACIÓN DE CONDUCTA DE LOS NIÑOS

Existen numerosos sistemas para clasificar el comportamiento del niño en el ambiente odontológico. Su conocimiento es de gran utilidad para el odontólogo ya que le orienta sobre el método más adecuado para tratar al paciente, proporcionándole un medio para registrar de modo sistemático el comportamiento de sus pacientes ²

Niño cooperativo

La mayoría de los niños vistos en la consulta odontológica son cooperadores, reaccionan de modo conveniente a los "momentos críticos" de la cita dental ² están bastante relajados, tienen poco miedo y, a veces, incluso muestran entusiasmo, lo que permite tratarles de una forma franca y conforme a su comportamiento. ¹⁰

Niño no cooperador

En esta categoría se incluyen los niños muy pequeños con los que no es posible establecer comunicación ni esperar que nos entiendan. Otro grupo de niños no colaboradores son aquellos que presentan alguna enfermedad específica que les incapacita o debilita y que les impide colaborar de modo acostumbrado. ^{10, 4}

El primer grupo lo conforman los pacientes con una afección emocional, y no es numeroso. El tratamiento odontológico, al igual que muchas otras situaciones difíciles de la vida, se complica para estas personas, a causa de problemas psíco-emocionales. Es importante tener en cuenta que el problema pudiera no haberse diagnosticado.

El siguiente grupo es el de los "tímidos", y es el más grande, conformándolo los niños introvertidos, con socialización precaria, que temen a los retos sociales que implica la visita dental. En estos casos, la mejor técnica de control consiste en romper la barrera al crear una relación de amistad.

El tercer grupo comprende a los niños que tienen fobia al tratamiento odontológico.

Un grupo más es de los que se niegan a cooperar porque no soportan la autoridad, este tipo de pacientes detesta las conductas dentales y su desagrado representa una aversión a obedecer las órdenes de los adultos.²

Categoría 1: El niño con alteraciones emocionales

La ansiedad es un dato confiable de alteración emocional, cuando la angustia que provoca la cita dental se complica con la de un padecimiento emocional, frecuentemente se produce una crisis conductual. En términos generales, los niños con trastornos emocionales son pacientes dentales muy difíciles, lo cual requiere de una capacitación especial por parte del odontólogo.²

Categoría II: El niño tímido o introvertido

La introversión o la timidez son un problema común, incluso en los niños, y en particular en los muy pequeños. Dado que la experiencia odontopediátrica representa un encuentro humano bastante intenso, y exige empatía y comunicación entre el odontólogo y el paciente, es obvio que para un niño muy tímido la experiencia odontológica le causará una gran tensión emocional. Esta tensión quizá provoque conductas evasivas, como el llanto, el cual suele adoptar la forma de un tímido sollozo. Rara vez el introvertido muestra un comportamiento de evasión agresivo, como un berrinche.

Desde hace tiempo, la profesión odontológica reconoce que a los niños tímidos les es muy difícil someterse a las expectativas de una cita dental. Como en todos los niños, el primer objetivo del odontólogo es establecer contacto, confianza y comunicación, con los tímidos, esto exige paciencia, por su escasa capacidad para "sondear a la gente", de modo que materialmente se paralizan ante el reto de la comunicación.

Con todo, por grande que parezca el reto, las técnicas de platicar con ellos en un lenguaje adecuado, el elogio y el método de decir, mostrar y hacer vence con seguridad la barrera tras la cual esos pequeños protegen su auténtica personalidad y con el tiempo, se sinceran. Cuando lo hacen, por lo regular se convierten en pacientes muy buenos.^{2,3}

Categoría III: El niño atemorizado

Un niño con miedo representa un reto enorme para el dentista, así como para maestros, médicos, padres y cualquier otro que lo trate. Al

atender a este tipo de paciente el dentista enfrenta un problema particularmente, pues a pesar de que el encuentro dental no es muy largo, sí es intenso y requiere de manera ideal mucha cooperación del niño. Asimismo, la magnitud del temor con que ha de lidiar el odontólogo, es quizá mayor que el que enfrenta cualquier adulto que interactúe con un niño. En esta experiencia destacan el miedo a las agujas y al daño corporal, y el temor general a lo desconocido. Una lista completa y específica de todas las escenas, ruidos, olores y expectativas que razonablemente podían vincularse con la experiencia dental, bien podría llenar toda una libreta.

La respuesta a la pregunta de si el mal comportamiento del niño en el consultorio dental puede atribuirse al temor, es afirmativa, como es de esperar, resulta difícil saber cuando la falta de cooperación es motivada por el miedo o por otra causa. Aún así, la información, la experiencia y el sentido común permiten al odontólogo establecer de modo confiable las razones que lo motivan.

Algunas de las conductas que un padre y el clínico pueden utilizar para reconocer al niño muy angustiado por la cita odontológica son:

- El niño no logra vencer su temor ante la cita dental, pese a las explicaciones del dentista o sus padres, ya sea por su edad cronológica (en los niños normales, de los 36 a 40 meses de edad la mayoría ha adquirido la capacidad intelectual para reducir el miedo, cuando recibe información acerca de lo que va a suceder), o por desarrollo lento (tal vez retraso mental).
- El niño reacciona en exceso al temor, por otras alteraciones emocionales en su vida. Caen en esta categoría aquellos provenientes de familias que sufren crisis agudas a causa de divorcio o separación inminente, los que sufren maltrato, y los

que pierden a un familiar o amigo, además de los que enfrentan otros problemas de salud. Estas circunstancias generan a menudo alteraciones emocionales que más tarde se resuelven; sin embargo, cuando se presentan, en particular en algunas de las citas más conflictivas (como para extracción dental), hacen muy difícil de tolerar para el paciente la actividad odontológica.

- El niño "incorpora" temores de sus compañeros, hermanos o padres, lo que se llama temores adquiridos.
- El paciente sufrió una experiencia difícil o dolorosa en un consultorio médico o dental, o en un hospital, son los miedos aprendidos.
- El niño sufre alguna enfermedad emocional.

Todos estos prototipos, excepto tal vez el que presenta algún trastorno emocional, son difíciles de reconocer y definir. Como se señaló, los problemas emocionales a menudo pasan inadvertidos para los padres en el hogar, y sus signos inequívocos permanecen ocultos hasta que el paciente ingresa en el sistema educativo formal, donde sus maestros pueden observarlo a diario.

Resulta pertinente hacer otro señalamiento; si el mal comportamiento se debe a temor intenso o miedo al dentista, es importante que éste y el padre o madre establezcan el hecho en términos bien claros. Cuando el niño se atemoriza tanto que resulta imposible obtener de él un comportamiento favorable, ambos adultos tienen la obligación de hacer todo lo posible por no agravar la angustia que le causan los procedimientos. Esto puede requerir la postergación del tratamiento, el uso de medicamentos, e incluso la administración de anestesia general para realizar el trabajo dental. A toda

costa, resulta indispensable emprender las acciones más convenientes, sin reparar en los gastos, la comodidad o la eficacia.

Como se indicó, por lo general es posible identificar a los niños muy atemorizados antes de iniciar las labores odontológicas. La única dificultad se refiere al paciente con alteraciones emocionales. Cuando se sospechan éstas (porque no hay razón que explique tal error), la sugerencia más profesional continúa siendo que el odontólogo remita al niño para un examen psiquiátrico, psicológico o de otro tipo. Los padres han de aceptar la derivación del caso, porque en ese momento representa la mejor medida para establecer si la salud emocional del paciente es suficiente para evitar conductas anómalas durante la cita dental y sus secuelas.^{2,3}

Categoría IV: El niño reacio a la autoridad

Existen en las publicaciones odontológicas las referencias a niños que resultan difíciles de tratar porque no saben obedecer las instrucciones de los adultos. Algunos adjetivos que se aplican a tales pacientes son: consentidos, incorregibles, sobreprotegidos y rebeldes, aun el observador más informal constata la presencia de una variedad de comportamientos indeseables.

¿Cual es la naturaleza de ese mal comportamiento? ¿Que lo produce? Hay niños en quienes la mala conducta en el consultorio dental no se debe a alteraciones emocionales, introversión o temor, sino más bien, a la aversión que les causa la autoridad. Un breve análisis pone en claro que el odontólogo es una figura de autoridad muy fuerte en su consultorio y, en

consecuencia tiene una especial "facilidad" para estimular este tipo de conducta inadecuada.

¿De donde proviene la aversión por la autoridad? Las ideas y los escritos del doctor Alfred Adler, contemporáneo de Freud y Jung, y los del doctor Rudolph Dreikurs, discípulo de Adler, indican que en la vida del niño hay cuatro objetivos que pueden estar mal enfocados (Adler, 1958; Dreikurs, 1964). Estas metas se filtran en el repertorio de la personalidad infantil, donde se satisface de manera sutil el fuerte deseo del ser humano de buscar la superioridad, lo cual Adler consideró como la fuerza principal que motiva toda conducta humana. Al señalar que una manera probable de sentirse superior proviene de la manipulación de la gente, ambos autores advierten que el niño adopta una conducta para con los padres, que luego pasa a otras figuras de autoridad que el niño va encontrando en la vida (en este caso el odontólogo). Los objetivos mal dirigidos, y su significado en cada caso son:

- **Atención indebida:** "A fin de satisfacer mi intenso apetito por sentirme superior, he de lograr, mediante una conducta manipulativa, que mis padres me presten atención en el momento que yo quiera. Dado que esa atención alivia pronto mis inseguridades, y genera en mí un sentimiento de superioridad, quizá necesitaré mucho más atención que lo que es razonable".²

Características conductuales: Fastidioso, irritante, molesto, quebrantador del orden.

- **Lucha por el poder:** "Para sentirme superior, estoy preparado para sostener con mis padres una lucha por el poder, a fin de ganar su atención. Ese es mi cometido y pretendo lograrlo. O me prestan atención o a ver qué pasa".²

Características conductuales: Discute y contradice, hace lo contrario de lo que se le pide, causa enojo en la gente, hace berrinche.

- **Revancha y venganza:** "Si no obtengo lo que quiero, lo cual en resumen es atención. voy a enfrentarme a mis padres y a castigarlos. No voy a dejar que me hagan esto sin desquitarme".²

Características conductuales: Tiene carácter violento, dice cosas que lastiman a los demás, busca venganza, es retador.

- **Insuficiencia:** "Estoy convencido de que soy especial en el peor sentido posible. Soy totalmente incapaz de madurar, alcanzar logro alguno, y en realidad, no pienso hacer nada por mí, por mis padres ni por nadie que esté en la faz de la tierra".

-Características conductuales: Se da por vencido con facilidad, rara vez participa, actúa de manera incapaz, muestra insuficiencia.^{2,3}

7.4 EL NIÑO EN LA CONSULTA DENTAL.



La primera visita odontológica debe ser tan agradable, positiva y sencilla como sea posible, debe hacerse todo el esfuerzo por mantener al niño relajado y evitarle la más mínima molestia, ya que el comportamiento a futuro del niño va a depender en gran parte de ella. Si no hay necesidad de realizar ningún tratamiento de emergencia, en cuyo caso se requiere tratamiento inmediato, se debe realizar procedimientos sencillos como examen clínico, toma de radiografías, profilaxis y flúor, entre otros.¹³



La visita odontológica provocará un cierto grado de ansiedad en la mayoría de los niños, esto es especialmente en el niño preescolar, quien puede experimentar no sólo temor de posible dolor y miedo a lo desconocido, sino también un temor a la separación de la madre.

El niño puede haber adquirido miedo al odontólogo por la sugerencia de otros, pudiendo haber sido transmitido por los padres inadvertidamente, o al haber escuchado experiencias desagradables de amigos. Estos son los llamados miedos subjetivos, ya que son causados por la imaginación del niño.

Los miedos objetivos son los resultantes de una experiencia real, como por ejemplo, una experiencia odontológica desagradable en donde no se manejó adecuadamente al paciente.

Igualmente el niño pudo haber sufrido una experiencia médica traumática, como una terapia en la cual se aplicaron inyecciones, intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones y al asistir a la consulta odontológica "asocia" su experiencia con la actual.

Un niño que va al odontólogo y en la consulta reacciona con tensión y temor, puede deberse a la mala información obtenida en su entorno. Para algunos niños el ambiente odontológico puede contener una gama de eventos, tales como gente desconocida, procedimientos extraños y máquinas que pueden ser atemorizantes.

Las investigaciones al respecto, han comprobado que los niños que se encuentran en ambientes odontológicos agradables, exhiben los más bajos niveles de ansiedad, de allí la necesidad de atenuar los posibles elementos generadores de ansiedad, de manera de convertir el ambiente odontológico en un escenario agradable, donde el niño se sienta seguro. El medio visual del consultorio odontológico puede afectar a los padres positiva o negativamente, incluyendo el aspecto y la vestimenta del odontólogo, así como la limpieza y decoración del consultorio. También los estímulos olfatorios y auditivos contribuyen a la impresión de los padres.

La sala de espera debe ser iluminada, alegre y cálida, en ella el niño debe sentirse relajado y contento, al niño le agrada encontrar cuentos, crayones y libros para pintar, juguetes, etc. Una mesa con sillas pequeñas resulta una buena ayuda, así como una pecera, una televisión, o cualquier otro objeto o juego recreativo. Un ambiente musical tranquilizante puede ser de mucha ayuda para cubrir ruidos inevitables del consultorio. La sala de espera debe utilizarse lo menos posible. Cuando se produzca un retraso inesperado, casi siempre es mejor decir al niño y a sus padres que den un paseo o cambiarles la cita, antes que permitir un periodo de espera inactivo, en el que la aprensión y ansiedad del niño aumenta.⁹

Accesorios como cuadros, adornos, una cartelera con dibujos infantiles, etc, pueden ser de gran utilidad, al distraer la atención del niños hacia estos objetos.¹³

Dentro del consultorio debe evitarse tener a la vista del niño instrumental, aparatos y jeringas, entre otros.

El odontólogo y el personal auxiliar.

Los métodos que utiliza el odontólogo para abordar y tratar a un niño son determinantes de las reacciones y actitudes del niño en odontología, de allí la gran responsabilidad que tiene en sus manos el profesional que los trata. El odontólogo que atiende niños, debe hacerlo con gusto, de manera tolerante, paciente y cariñosa, mostrar una gran empatía por su paciente, y debe ser capaz de ganarse la confianza del niño y la de los padres.



Es importante mostrar seguridad en sí mismo y en las actividades que realiza, ya que el niño es capaz de percibir la más mínima muestra de inseguridad, lo que podría afectar su confianza.

El odontólogo necesita poseer una buena capacidad de expresión, tono de voz, gestos y expresiones faciales. Así como el uso de lenguaje que el niño pueda comprender.

La selección de palabras, tanto del odontólogo como del personal y la forma en que éstas son pronunciadas, influyen en el estado emocional del niño, algunos odontólogos tienden a utilizar diminutivos en exceso (vasito, cariecita, boquita, etc.) y esto puede molestar al niño. Deben evitarse también palabras o expresiones aterradoras, como aguja, taladro, dolor, pinchazo; en estos casos deberá sustituir estas palabras por otras más suaves, a fin de mantener niveles bajos de ansiedad.

El odontólogo que se dedica a tratar a niños, es de vital importancia que conozca y maneje las técnicas de abordaje psicológico, que pueden ser aplicadas en cualquier caso que se le presente.

El personal auxiliar debe seguir los mismos lineamientos que el odontólogo, por lo que un entrenamiento al respecto es importante para la efectividad del trabajo en equipo. Tanto la recepcionista, como la secretaria y cualquier empleado del consultorio deben dar un trato amable y cálido al paciente y a sus padres. Por lo tanto La comunicación con el niño, verbal y no verbal, es el principal objetivo para asegurar una adaptación ideal.¹³

En 1985, Rud y Kilsing crearon la siguiente escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente dental y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental:

Grado 3. Aceptación positiva: Voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en él, los ojos brillantes, tranquilos y móviles.

Grado 2. Aceptación indiferente: Conversaciones o preguntas demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indecisos, falta de atención. La expresión ocular es indiferente, pero la posición en el sillón dental sigue siendo relajada.

Grado 1. Aceptación de desgana: Falta de conversación, si da una respuesta quizá sea vaga. Posición poco relajada. en el sillón dental, el niño parpadea y frunce el ceño.

Grado 0. No aceptación: Protestas verbales o físicas asociadas con llanto.⁹

8. LAS TÉCNICAS DE RESTRICCIÓN FÍSICA

TÉCNICAS DE ENFOQUE FÍSICO

En sentido literal, es la acción y efecto de restringir a nivel físico los movimientos inconvenientes del niño durante el tratamiento dental. Puede efectuarse por el odontólogo y o asistente dental,⁵ con las manos, cinturones, cintas sábanas o algunos aparatos especiales.^{2,3}

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 clínicas perfectamente tipificadas y específicas; Sin embargo, es necesario conocer y saber aplicarlas adecuadamente.^{7,1}

La manipulación física del paciente nunca debe hacerse de forma arbitraria.

Se definen como aquellas técnicas que controlan o limitan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales.

Los objetivos básicos son:

- Ganarse la atención del niño.
- Enseñarle la conducta apropiada que se espera de él.

- Darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlar sus movimientos.
- Proteger la integridad física del paciente.
- Proteger la integridad física del odontólogo y el personal auxiliar. ⁶
- Hacer más fácil la técnica dental, tanto para el niño como para el odontólogo. ^{1,7}

El método físico de control de la conducta debe practicarse en estrecha relación con el enfoque psicológico^{1,7} la mayoría de las indicaciones para su utilización son los niños muy pequeños con el cuál la madre también colaborará para ayudar a controlar los movimientos del paciente. El niño es sentado en el regazo de la madre, una de cuyas manos es colocada sobre la frente de éste, mientras que con la otra cubre ambas muñecas. Con esta colocación de las manos, la madre puede inmovilizar satisfactoriamente la cabeza, los brazos y el cuerpo del niño, los niños con retrasos mentales o físicamente impedido que no puede dominar sus propios movimientos.



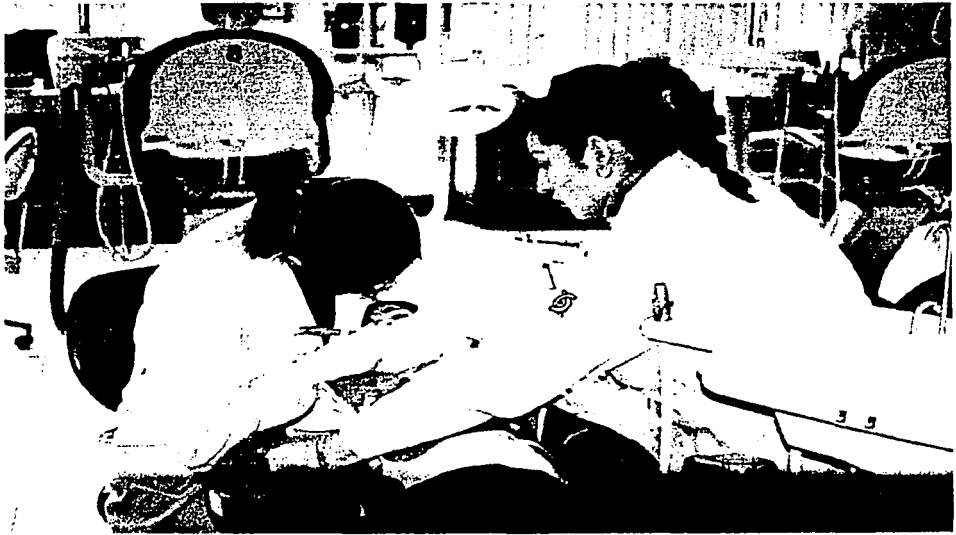
El controlar los movimientos del paciente evita que se lastime y que sus movimientos puedan interferir con el procedimiento odontológico ⁵ y problemas neurológicos graves. Su aplicación levanta ciertos sentimientos controvertidos y discrepancias entre los profesionales de la odontología en general, aunque no tanto entre los especialistas de la odontología infantil. Generalmente su rechazo es motivado por la falta de documentación y conocimiento del modo de aplicación.

CONSIDERACIONES

- Estas técnicas sólo deben utilizarse después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con técnicas convencionales.^{7, 1}
- Siempre deben ser consideradas antes de planificar el tratamiento bajo anestesia general.

- Se emplean como parte de un tratamiento, no como un castigo.
- La primera finalidad es la protección del paciente, después la protección del profesional y ayudantes y la última llevar a cabo el tratamiento necesario.
- Debe explicarse de forma cariñosa los motivos y la manera en que se llevarán a cabo estas técnicas, en función de la capacidad de cada niño se variará el modo de explicación con el lenguaje pediátrico adecuado.
- -Se empleara todo el tiempo necesario para explicar a los padres porque y como se utiliza.
- -Debe obtenerse el consentimiento de los padres.

Las técnicas deben aplicarse en una atmósfera relajada, con tranquilidad, siempre como parte de un tratamiento y jamás como una forma de castigo. Hay que concientes de la técnica que se pretende aplicarl y tratar de que el niño tenga sentimientos positivos respecto así mismo. Se le debe de explicar que el puede y debe cooperar con nosotros, pero que al parecer va a necesitar un poco de ayuda para que podamos trabajar, estando él protegido, y no sufrir lesiones por movimientos que él no puede controlar. Es muy importante observar la sensación de seguridad que experimentan muchos niños al utilizar estas técnicas, si se aplican estos métodos correctamente en los casos indicados y de una forma profesional no se producen lesiones psicológicas en los pacientes.



INDICACIONES

- Niños con limitaciones físicas, como pacientes afectados de parálisis cerebral, que no pueden controlar sus movimientos.
- Niños con limitaciones mentales, como retrasos mentales intensos que les incapacita para cooperar y actuar normalmente, y que generalmente producen conductas incontrolables.
- Niños muy pequeños sin capacidad para comprender explicaciones e instrucciones del profesional.

- Algunos niños premedicados, que al no disponer de un nivel completo de conciencia, pueden reaccionar bruscamente ante algunos procedimientos, como la aplicación de anestesia local o dique de goma, por lo tanto deben ser protegidos.

- Los niños que experimentan rabietas muy violentas normalmente se trata de niños normales, potencialmente cooperativos, muy mimados por los padres, que exhiben estas conductas descontroladas y que pueden poner bruscamente en peligro su integridad física. En estos casos la aplicación de técnicas físicas tiene carácter temporal.

- En casos de emergencia. Se trata de situaciones como traumatismos que requieren atención inmediata y que no se pueden aplicar por razones de tiempo otras técnicas de control de conducta o sedación.

Pedi-Wrap (Clark Associates, Mass)

El pedi-Wrap es una sábana de punto de nilón reforzado con cierres de Velcro. Se hacen en tamaño pequeño, mediano y grande. Se debe colocar el Pedi-Wrap en el sillón previamente colocado en la posición adecuada. El dentista y su ayudante se mantienen en lados opuestos del sillón, el niño se coloca en la sábana de forma que el odontólogo y su asistente puedan asegurar los brazos a uno y otro lado y también los cierres de Velcro sobre su pecho.



Manta de sujeción (Olympic Medial Corp., Seattle, Wash).

La manta de sujeción asegura al niño sobre una base rígida con tres pares de cintas de lona. La manta de sujeción, igual que el Pedi-Wrap, utiliza el sistema Velcro de cierre por presión y de separación fácil de cerrar y ajustar. Este dispositivo puede sujetar al paciente menos colaborador.⁷



Sábana y cintas para las piernas.

Una sábana doblada en las esquinas formando un triángulo facilita un método efectivo para dominar los movimientos indeseables de brazos.

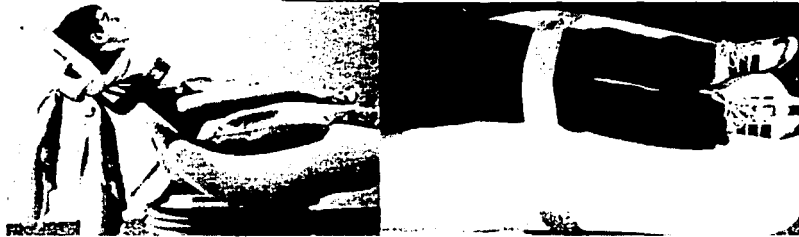


El vértice de triángulo se pone por debajo de los brazos cruzados del paciente y se ata fuertemente alrededor de ellos.



Se dobla entonces la base del triángulo sobre los brazos y a través de los hombros sin impedir la respiración. Las puntas restantes de la sábana. Para controlar el resto del cuerpo, asegure las piernas por encima de las rodillas con una cinta de sujeción u otra sábana doblada a lo largo. La cinta impedirá que el niño mueva las piernas. Las cintas de

sujeción de vinilo con cierres Velcro se consiguen en tiendas del ramo. Se puede usar también una tira de algodón de 50,8 mm de ancho y Velcro disponible en la mayoría de las tiendas del ramo.



Estos métodos de control corporal, representan sólo algunos de los muchos métodos aceptables para dominar los movimientos indeseables del niño durante el tratamiento dental.⁷

8.1 CONTROL FÍSICO MEDIANTE DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS.

Cuando el odontólogo y el auxiliar ya no pueden controlar los movimientos de los niños, hay que recurrir a dispositivos de limitación física específica, para el control de todo el cuerpo. Se incluyen toallas, sábanas, cinturones y dispositivos comerciales como el Pedi-Wrap (Dispositivo de nylon con cierres de velcro) o Papoose Board (tabla rígida con envoltorio de tela).

Las técnicas de enfoque físico, a pesar de sus fundamentos científicos y su conocimiento por parte de los odontólogos, pueden crear cierta confusión en los padres de los pacientes debido a su desconocimiento. Los padres pueden demostrar desconfianza, especialmente en aquellas familias cuyos hijos ya hayan tenido experiencias odontológicas previas.

Hay técnicas que los padres prefieren más que otras. Algunas de éstas pueden ser la aplicación de técnicas de distracción, de imitación y de relajación. Entre las que producen mayor desagrado está la limitación física.

Las actitudes sociales han cambiado en los últimos años, a una mayor participación de los padres durante el tratamiento dental, es necesario informarlos de las técnicas de control de conducta, ya que con más información que se da a los padres, sobre las técnicas necesarias a emplear, aumenta la aceptación por parte de éstos a las mismas.

Es evidente que ante la aplicación de técnicas de enfoque físico hay que obtener consentimiento por parte de los padres, existe el consentimiento implícito que conlleva la autorización para realizar todas aquellas técnicas necesarias para el bien del paciente y para realizar los tratamientos, este tipo de consentimiento estaría justificado en casos de emergencias en que debiera limitar a un paciente en estado de agitación, pero ante técnicas de enfoque físico hay que obtener siempre, salvo en la excepción expuesta, un consentimiento escrito. Las leyes no son del todo claras al respecto, pero el profesional debe cubrirse ante problemas legales que puedan derivar de malos entendidos y por ello debe llevarse a cabo el consentimiento escrito.

Se debe emplear todo el tiempo necesario para exponer a los padres el porqué de la necesidad de utilizar estas técnicas y el modo de empleo de éstas. Hay que poner énfasis en describir que las técnicas se utilizan para seguridad del niño y como necesidad del tratamiento, y no para herir su imagen ni su autoestima. ¹

Bloques de mordida, abre bocas.

Es una cuña de goma semidura que se inserta entre las superficies oclusales del lado de la boca donde no se efectúa el tratamiento. El bloque de mordida existe en tamaño pequeño, mediano y grande.⁷

Se emplean para el tratamiento de los maxilares y el control de la abertura de la boca, en el momento de la inyección, para evitar que los niños cierren la boca y se lastimen; así como también en el caso de provocar fatiga debido a una sesión larga, también se utiliza para el niño revoltoso o desafiante que cierra constantemente la boca a fin de interrumpir el tratamiento. Los abre bocas siempre deberán ser usados en

el niño mental o físicamente impedido y en el muy pequeño. Algunos niños necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta durante los tratamientos, mientras que otros presentan más problemas, ya que se niegan a abrir la boca. Para el control de la cavidad oral se pueden utilizar depresores lineales o bien dispositivos comercializados. Existen distintos tamaños que se seleccionan en función de la edad del niño y en caso de utilizar bloques de mordida se les atará hilo de seda como dispositivo de seguridad por si se ha de retirar súbitamente de la boca.¹

Abridor de boca extraoral Molt con acción de tijera.

Es de metal, en forma de tijera, existe en diferentes tamaños, algunos autores recomiendan el más grande por su mayor consistencia y por sus descansos oclusales más anchos. Puesto que los descansos interoclusales del abridor de boca son ajustables, el tamaño más grande se puede utilizar en la posición parcialmente cerrada en niños más pequeños. El mango de tijera extraoral facilita la manera de dominar simultáneamente los movimientos laterales de la cabeza y mantener la boca abierta durante tratamiento.⁷



8.2 CONTROL FÍSICO POR PARTE DEL PROFESIONAL

Consiste en que el odontólogo mantenga el control para interceptar los movimientos inapropiados del niño durante un tratamiento dental. Hay ciertos procedimientos, que requieren que el profesional posicione su brazo al rededor de la cabeza del niño mientras trabaja para evitar movimientos de ésta y mientras tanto las asistentes controlan los brazos, por si el niño quiere dirigirlos hacia la jeringa de anestesia para evitar el procedimiento.

Evidentemente en función de cada niño existe un grado cualitativo y cuantitativo en cuanto a la aplicación de estas técnicas. Para muchos niños, el hecho de que un asistente apoye su mano sobre la de ellos es suficiente para frenar sus reacciones bruscas y además se sienten protegidos si se les trata con cariño. Sin embargo otros niños presentan conductas más descontroladas que requieren que el personal tenga que actuar de una forma más activa. No obstante, a menudo estas técnicas solo deben aplicarse temporalmente puesto que el niño se vuelve colaborador y entonces pueden eliminarse.¹

Control de la cabeza

Una vez que se ha asegurado el cuerpo y las extremidades, el odontólogo y su equipo deben mantener un control absoluto de la cabeza del niño. Los movimientos inesperados durante la administración de anestesia local o durante las técnicas restauradoras pueden lesionar al paciente.

El dentista debe mantener firmemente la cabeza entre su pecho y su brazo de manera que su mano quede libre para sujetar el espejo y retraer la mejilla. Si no puede dominar adecuadamente la cabeza del niño, un ayudante se colocará a la cabecera del sillón dental para

sujetarla. Al tener al ayudante manteniendo quieta la cabeza del niño con una mano a cada lado, se procede al tratamiento.⁷

Control de la cavidad oral

Una vez dominados los movimientos laterales de cabeza, se recomienda usar un abre boca para mantenerla abierta si es necesario durante el tratamiento. El abre boca ideal ha de ser completamente adaptable y cómodo para el paciente, pero no ha de interferir en la administración de la anestesia local o en el dique de goma. El abre boca no sólo protege al niño de cerrarla involuntariamente sobre la pieza de mano y otros instrumentos, sino que también protegen al dentista. Muy pocos niños morderán intencionalmente, pero el niño aprensivo o incapaz de entender las órdenes verbales puede lesionar al dentista al cerrar la boca innadvertidamente. El abre boca, al igual que cualquier otro instrumento, debe mostrarse y demostrar su funcionamiento antes de usarse. Se puede utilizar un término sustituto; por ejemplo, un niño muy pequeño entiende que "el hombre de goma" es algo que sirve para colocar en sus dientes durante la cita. El abre boca se debe colocar en la parte posterior para impedir que se lesionen los dientes anteriores..⁷

8.3 MANO SOBRE BOCA

Técnica conocida clásicamente en la literatura anglosajona como hand over mouth, nosotros la denominamos técnica de mano sobre boca. La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse. ¹

Para que un odontólogo maneje apropiadamente y trate a un paciente- niño, debe ser capaz de comunicarse con él. Si el niño tiene un berrinche en el sillón dental consigue demorar o impedir el tratamiento. Además la conducta interruptora está evitando también la comunicación.

INDICACIONES

La técnica esta indicada en:

- niños normales sanos que tengan desarrollada la comunicación verbal y tengan potencial de cooperación pero que momentáneamente tengan un comportamiento desafiante,
- histéricos, beligerantes, en pleno ataque de histeria rabieta con gritos.^{5,6,11}

Esta técnica consiste en colocar firmemente la mano sobre la boca del niño, la asistente controla las manos y las piernas para frenar la agitación de brazos y evitar puntapiés, en voz baja y suave se le dice al oído que esta actuando de una forma inadecuada y que retiraremos la mano en el momento en que este dispuesto a cooperar. Generalmente mediante la comunicación paraverbal (gestos, miradas expresiones faciales) el niño indica que esta dispuesto a cooperar, entonces el clínico retira la mano y elogia inmediatamente su conducta. Si el paciente se descontrola de nuevo y grita, se volverá a aplicar la técnica. La técnica no busca asustar al niño, el objetivo es lograr el control del paciente, intenta obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al odontólogo. Hace años se utilizaba una variedad de esta técnica que era la técnica de

la mano sobre la boca con restricción de la vía nasal, se considera totalmente inaceptable su utilización.^{1,5,7,4,2,3,11,12}



CONTRAINDICACIONES

Está prohibida su utilización en niños pequeños que no cooperan debido a su corta edad, el niño atemorizado, medicado, el niño con un serio impedimento físico, mental o emocional, cuando existe el peligro de que el niño no respire y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos porque no tienen dicha capacidad.^{1,2,3,5,6,7}

La American Academy of Pediatric Dentistry reconoce que el uso de la técnica de mano sobre boca es válido, siempre y cuando se aplique con precaución y consideración racional.

La técnica de mano sobre boca es aún motivo de polémica, por razones obvias. Los críticos consideran que prevalece para el control de la

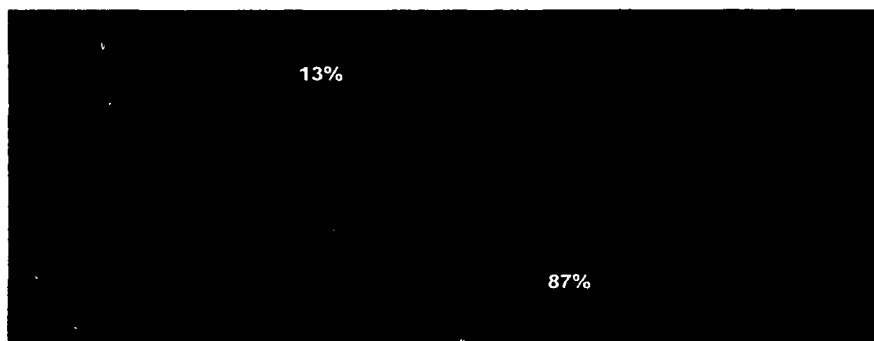
conducta, cuando desea evitarse su uso en pacientes que lo necesitan, a menudo se requiere control farmacológico, hospitalización, o esperar a que haya una mayor madurez social y emocional.^{2,3}

**RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS
DEL TURNO MATUTINO DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA Dr. JOSÉ
SALAZAR ILARREGUI Y A LOS ALUMNOS DEL TURNO
MATUTINO DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA Dr. VÍCTOR DÍAZ
PLIEGO.**

El 87% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Ilarregui, contestaron que sí conocen las técnicas de restricción física y el 13% contestó que no las conocen.

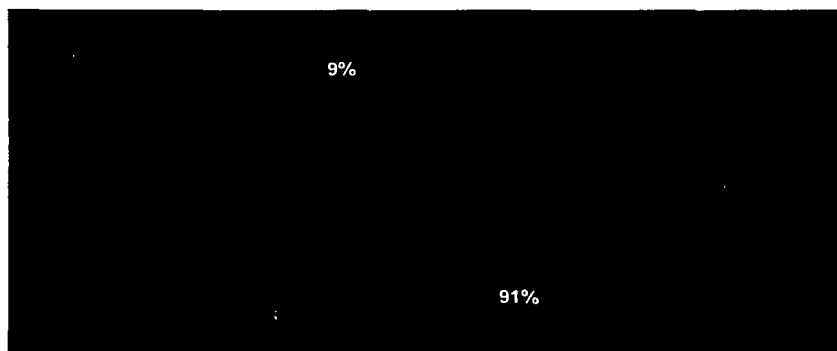
DATOS	SI las conocen	NO las conocen
Dr. José S. I.	87%	13%

FUENTE DIRECTA



El 91% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, contestaron que sí conocen las técnicas de restricción física y el 9% contestó que no las conocen.

DATOS	SI las conocen	NO las conocen
Dr. Víctor D. P.	91%	9%



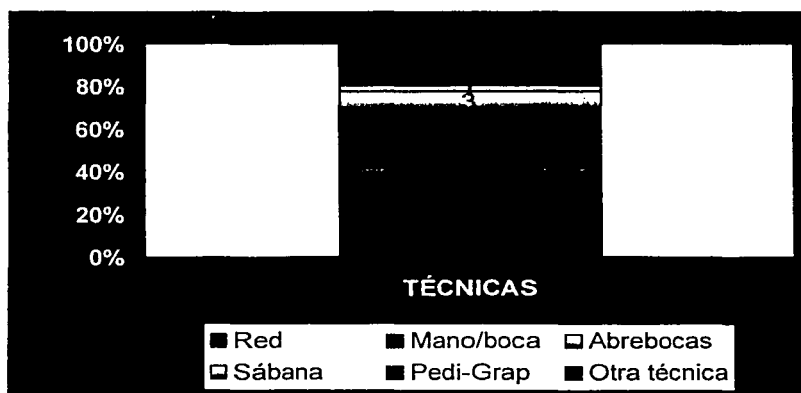
PREGUNTA # 2

¿Cuáles conoce?

13 alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Ibarregui, conocen la técnica de inmovilización con red, 8 conocen la técnica de mano sobre boca, 3 conocen el abrebocas como medio de inmovilización, 1 conoce la sábana otro medio de inmovilización, 2 conocen el Pedi-Grap, 4 refieren una técnica que consiste en que el auxiliar dental, la mamá del niño u otras personas ayuden al odontólogo a sujetar al niño.

DATOS	Clínica Dr. JOSÉ SALAZAR I.
Red	13
Mano sobre boca	8
Abrebocas	3
Sábana	1
Pedi-Grap	2
Otra técnica	4

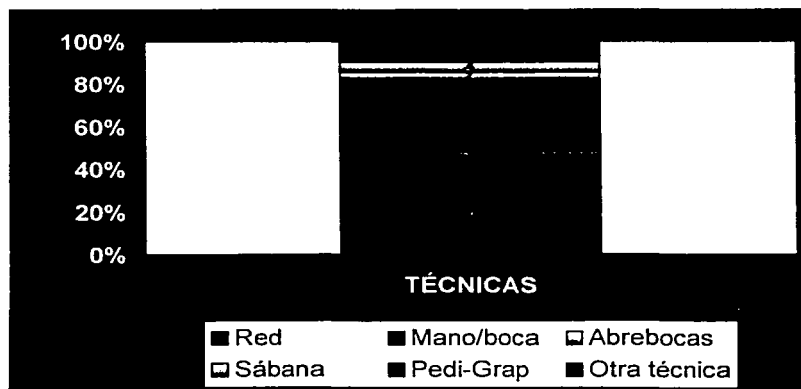
FUENTE DIRECTA



30 alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, conocen la técnica de inmovilización con red, 21 conocen la técnica de mano sobre boca, 2 conocen el abrebocas como medio de inmovilización, 3 conocen la sábana otro medio de inmovilización, 1 conoce el Pedi-Grap, 5 refieren una técnica que consiste en que el auxiliar dental, la mamá del niño u otras personas ayuden al odontólogo a sujetar al niño.

DATOS	Clínica Dr. VÍCTOR DÍAZ P..
Red	30
Mano sobre boca	21
Abrebocas	2
Sábana	3
Pedi-Grap	1
Otra técnica	5

FUENTE DIRECTA



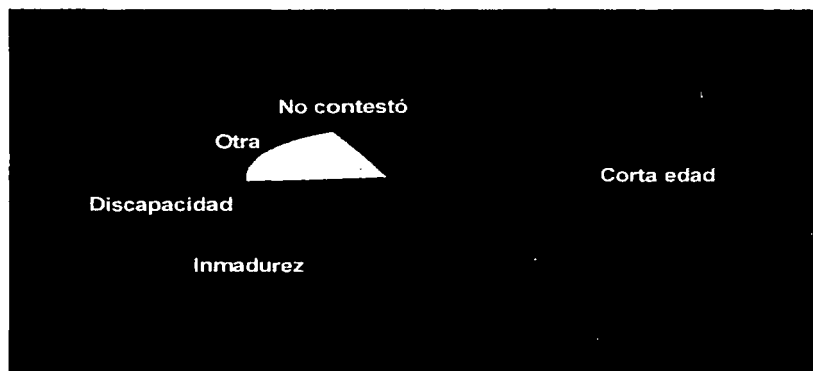
PREGUNTA # 3

¿Cuándo está indicada la técnica de mano sobre boca?

El 47% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Ibarregui, refirieron que la técnica de mano sobre boca, está indicada en pacientes de corta edad, el 27% contestó que está indicada en inmadurez emocional, el 20% contestó otra opción y el 6% no contestó.

DATOS	Corta edad	Inmadurez emocional	Discapacidad física-mental	Otra	No contestó
Dr. José S. I.	47%	27%	0%	20%	6%

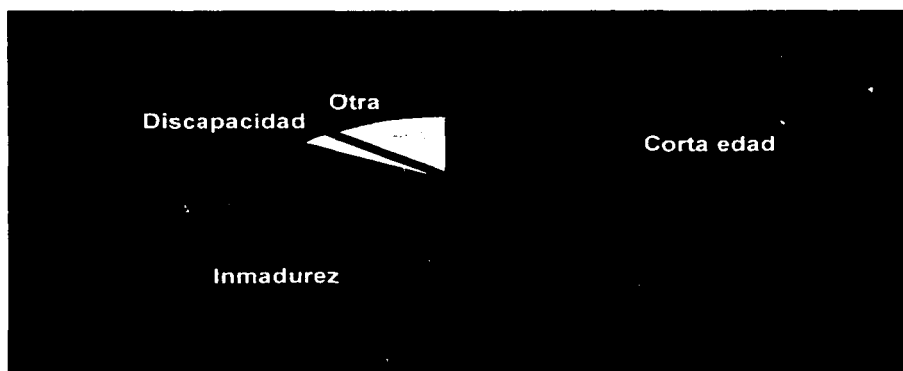
FUENTE DIRECTA



El 35% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, refirieron que la técnica de mano sobre boca, está indicada en pacientes de corta edad, el 50% contestó que está indicada en inmadurez emocional, el 3% refirió que está indicada en pacientes con alguna discapacidad física o mental y el 12% contestó otra opción.

DATOS	Corta edad	Inmadurez emocional	Discapacidad física-mental	Otra
Dr. Víctor D. P	35%	50%	3%	12%

FUENTE DIRECTA



PREGUNTA # 4

¿A Partir de que edad se puede utilizar?.

El 47% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Ilarregui, refirieron que se puede utilizar en pacientes de 1 a 3 años de edad y el 53 % restante contestó que se puede utilizar en pacientes de 3 a 6 años de edad.

DATOS	1-3años	3-6años	6-9años	9-12años
Dr. José S. I.	47%	53%	0	0

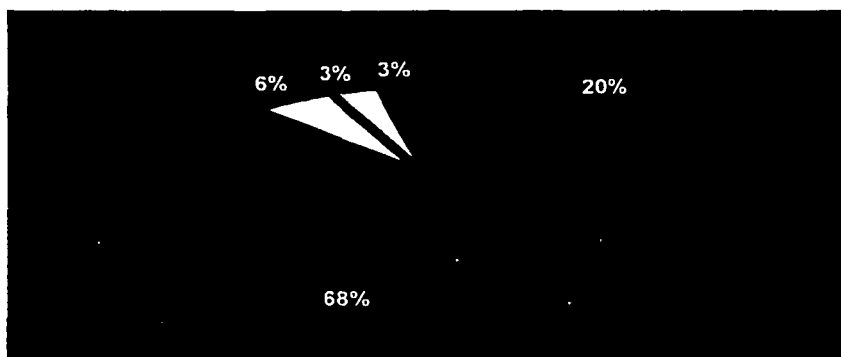
FUENTE DIRECTA.



El 20% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, refirieron que se puede utilizar en pacientes de 1 a 3 años de edad, el 68 % contestó que se puede aplicar en pacientes de 3 a 6 años de edad, el 6% reportó que se puede utilizar en pacientes de 6 a 9 años de edad, el 3% refirió que se puede aplicar en pacientes de 9 a 12 años de edad y el 3% restante no contestó

DATOS	1-3años	3-6años	6-9años	9-12años	No contestó
Dr. Víctor D. P.	20%	68%	6%	3%	3%

FUENTE DIRECTA.



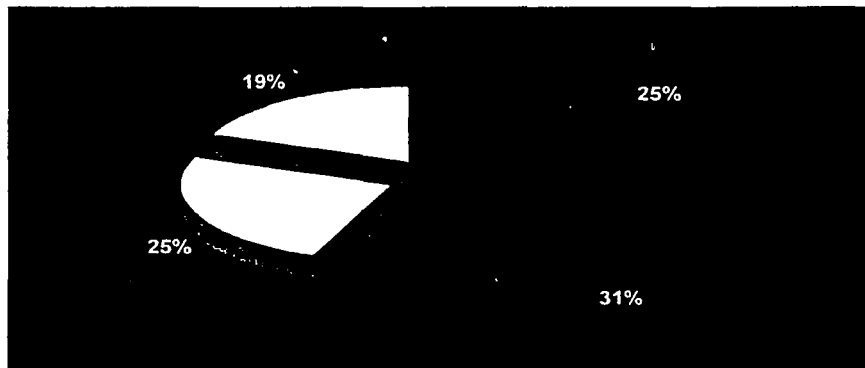
PREGUNTA # 5

¿ Cuándo está indicada la técnica de inmovilización (red)?

El 25% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Ilarregui, reportaron que la técnica de inmovilización (red) se aplica a pacientes de corta edad, el 31% refirió que dicha técnica se aplica en niños con inmadurez emocional, el 25% dijo que la técnica se aplica a pacientes con alguna discapacidad física o mental y el 19% restante contestó otra opción.

DATOS	Corta edad	Inmadurez	Discapacidad	Otra
Dr. José S. I.	25%	31%	25%	19%

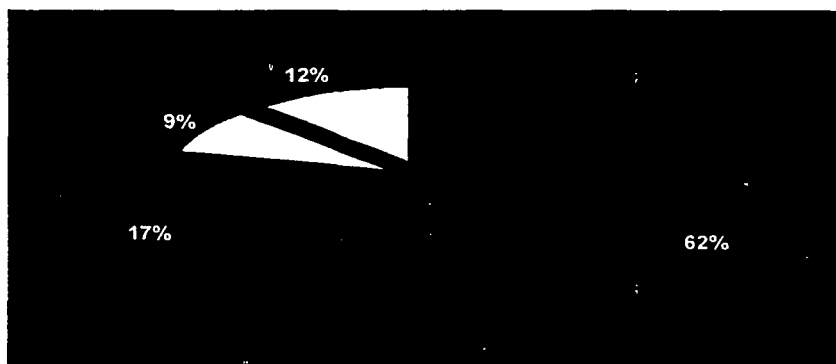
FUENTE DIRECTA



El 62% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, reportaron que la técnica de inmovilización (red) se aplica a pacientes de corta edad, el 17% refirió que dicha técnica se aplica en niños con inmadurez emocional, el 9% dijo que la técnica se aplica a pacientes con alguna discapacidad física o mental y el 12% restante contestó otra opción.

DATOS	Corta edad	Inmadurez	Discapacidad	Otra
Dr. Víctor D.	25%	31%	25%	19%

FUENTE DIRECTA



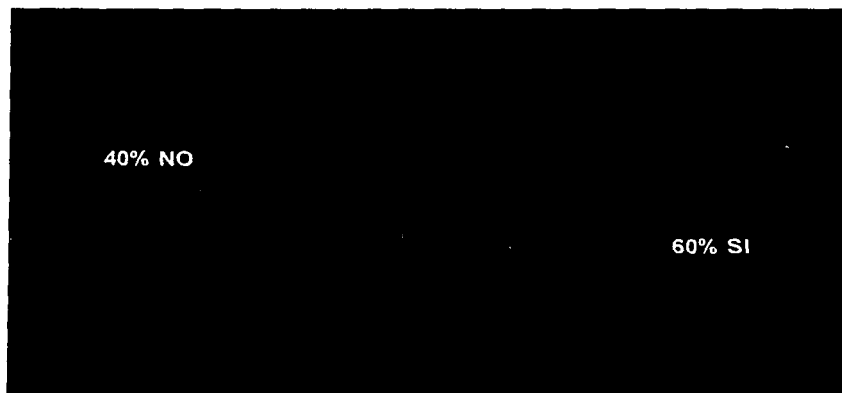
PREGUNTA # 6

¿El abrebocas es un dispositivo de restricción física?

El 60% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Iarregui, refirieron que el abrebocas es un dispositivo de restricción física y el 40% restante reportó que no es un dispositivo de restricción física.

DATOS	SI	NO
Dr. José S. I.	60%	40%

FUENTE DIRECTA



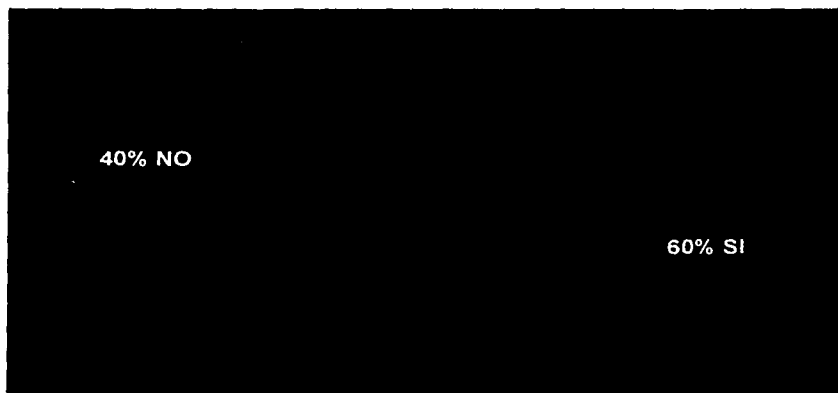
PREGUNTA # 6

¿El abrebocas es un dispositivo de restricción física?

El 60% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Iarregui, refirieron que el abrebocas es un dispositivo de restricción física y el 40% restante reportó que no es un dispositivo de restricción física.

DATOS	SI	NO
Dr. José S. I.	60%	40%

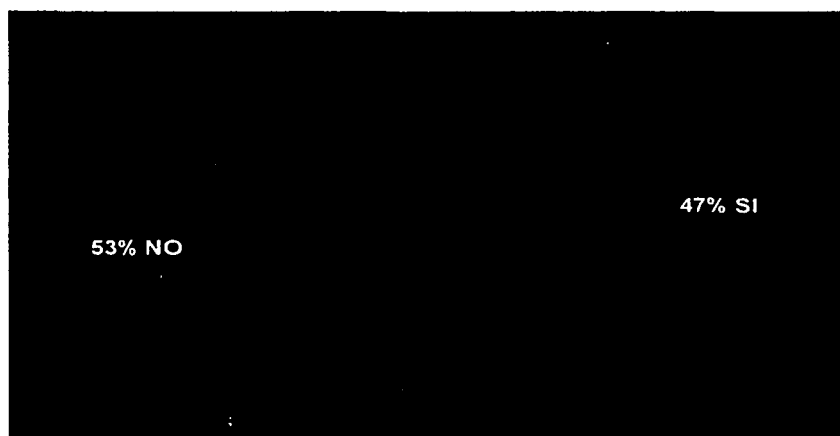
FUENTE DIRECTA



El 47% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, refirieron que el abre bocas es un dispositivo de restricción física y el 53% restante reportó que no es un dispositivo de restricción física.

DATOS	SI	NO
Dr. Víctor D.	47%	53%

FUENTE DIRECTA



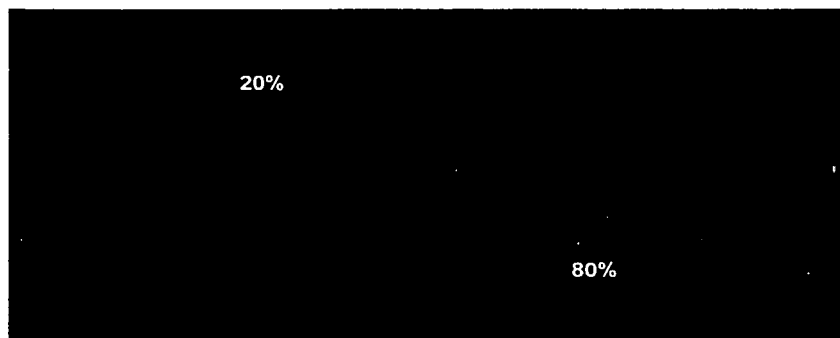
PREGUNTA # 7

¿Emplea alguna forma de restricción física?

El 80% de los alumnos de la clínica periférica Dr. José Salazar Ilarregui, refirieron que sí emplean alguna forma de restricción física y el 20% contestó que no utilizan ninguna forma de restricción física.

DATOS	Si emplea restricción física	No emplea restricción física
Dr. José S. I.	80%	20%

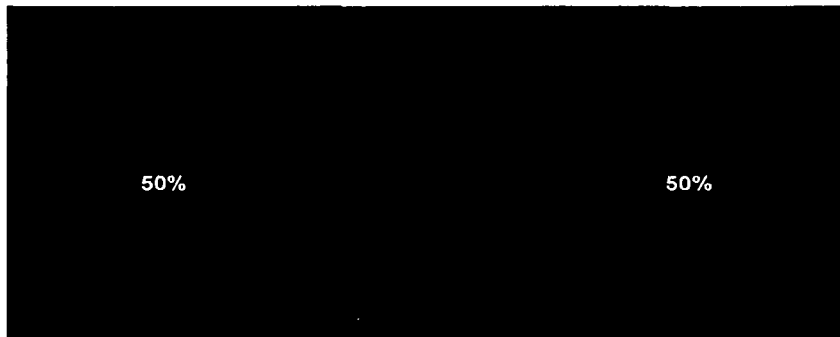
FUENTE DIRECTA



El 50% de los alumnos de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, refirieron que sí emplean alguna forma de restricción física y el 50% contestó que no utilizan ninguna forma de restricción física.

DATOS	Si emplea restricción física	No emplea restricción física
Dr. Víctor D. P.	50%	50%

FUENTE DIRECTA



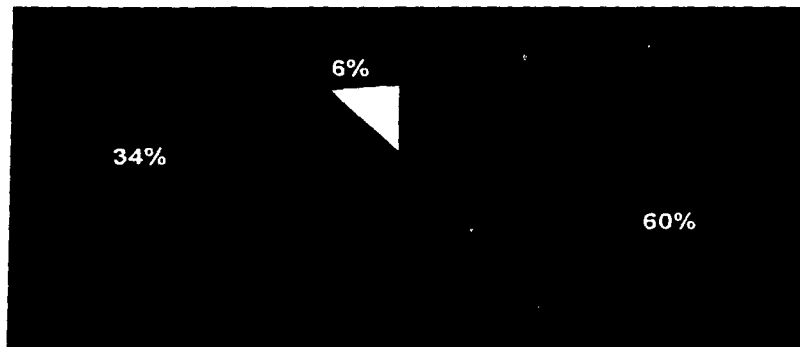
PREGUNTA # 8

¿Cree que las técnicas de restricción física son extremas y sólo se deben usar como último recurso?

El 60% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Ibarregui, refirieron que las técnicas de restricción física son extremas y no deben emplearse, el 34% de los alumnos refirió que no son extremas y se pueden emplear cuando sean necesarias, el 6% restante no contestó.

DATOS	SI EXTREMAS	NO EXTREMAS	No contestó
Dr. José S. I.	60%	34%	6%

FUENTE DIRECTA.



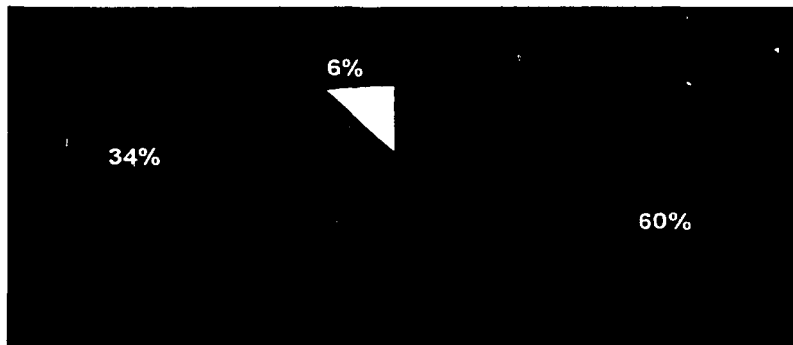
PREGUNTA # 8

¿Cree que las técnicas de restricción física son extremas y sólo se deben usar como último recurso?

El 60% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Iarregui, refirieron que las técnicas de restricción física son extremas y no deben emplearse, el 34% de los alumnos refirió que no son extremas y se pueden emplear cuando sean necesarias, el 6% restante no contestó.

DATOS	SI EXTREMAS	NO EXTREMAS	No contestó
Dr. José S. I.	60%	34%	6%

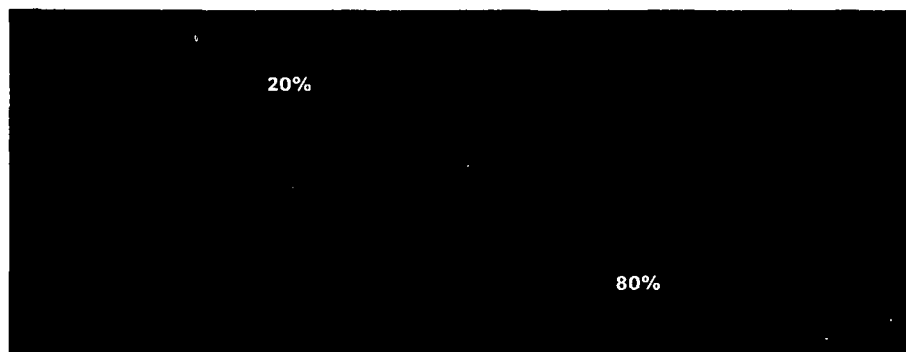
FUENTE DIRECTA.



El 80% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, refirieron que las técnicas de restricción física son extremas y no deben emplearse, el 20% de los alumnos restantes reportaron que no son extremas y se pueden emplear cuando sean necesarias.

DATOS	SI EXTREMAS	NO EXTREMAS
Dr. Víctor S. P	80%	20%

FUENTE DIRECTA.



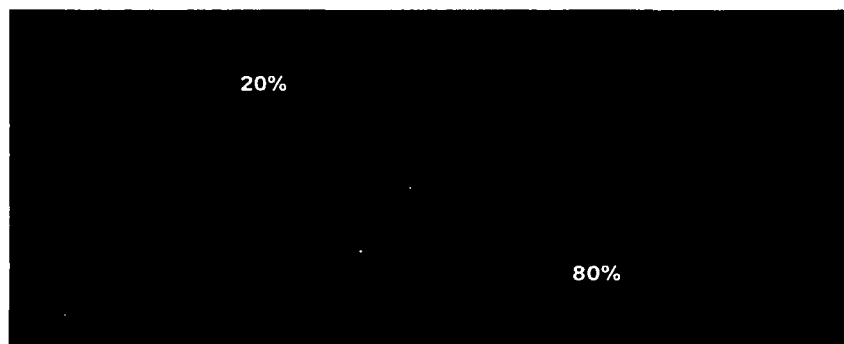
PREGUNTA # 9

¿Se informa a los padres de la técnica que va utilizar?

El 80% de los alumnos de la clínica periférica Dr. José Salazar Iñarregui, reportaron que sí informan a los padres sobre las técnicas que podrían utilizar para el manejo de la conducta del niño, el 20% restante no informan de la técnica a utilizar en la atención odontológica de su hijo.

DATOS	Si informa a padres	No informa a padres
Dr. José S. I.	80%	20%

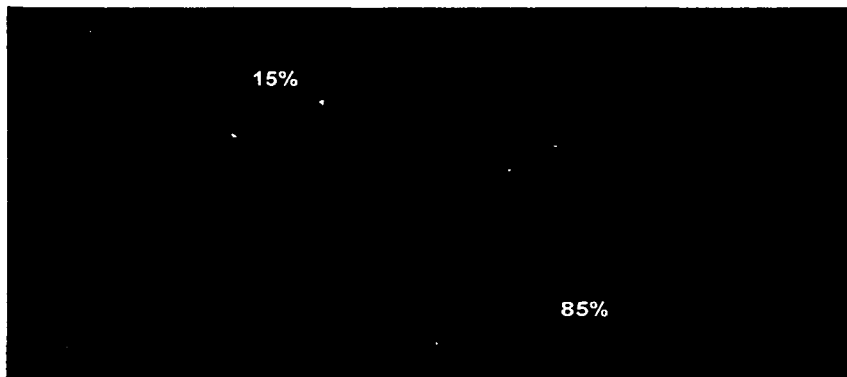
FUENTE DIRECTA



El 85% de los alumnos de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, reportaron que sí informan a los padres sobre las técnicas que podrían utilizar para el manejo de la conducta del niño y el 15% restante no informan de la técnica a utilizar en la atención odontológica de su hijo.

DATOS	Si informa a padres	No informa a padres
Dr. Víctor D. P.	85%	15%

FUENTE DIRECTA



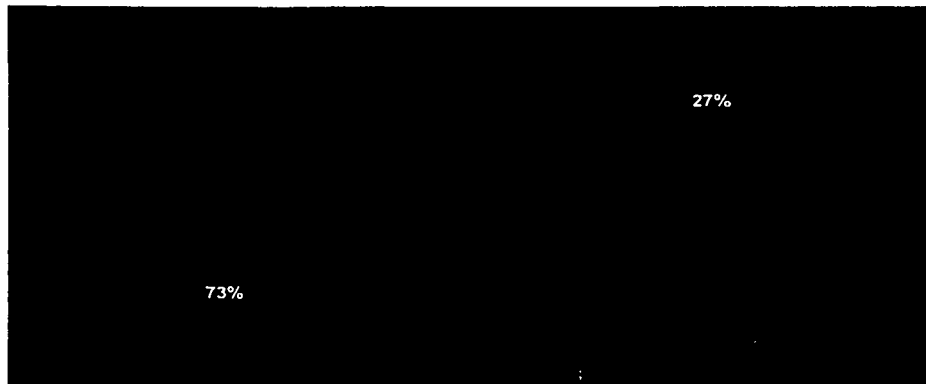
PREGUNTA # 10

¿Piensa que en la actualidad alguna técnica ya no debe ser empleada?

El 27% de los alumnos de la clínica periférica Dr. José Salazar Iñarregui, reportaron que deben emplearse las técnicas de restricción física y un 73% refirió que ya no se deben emplear dichas técnicas.

DATOS	Si deben emplearse	No deben emplearse
Dr. José S. I.	27%	73%

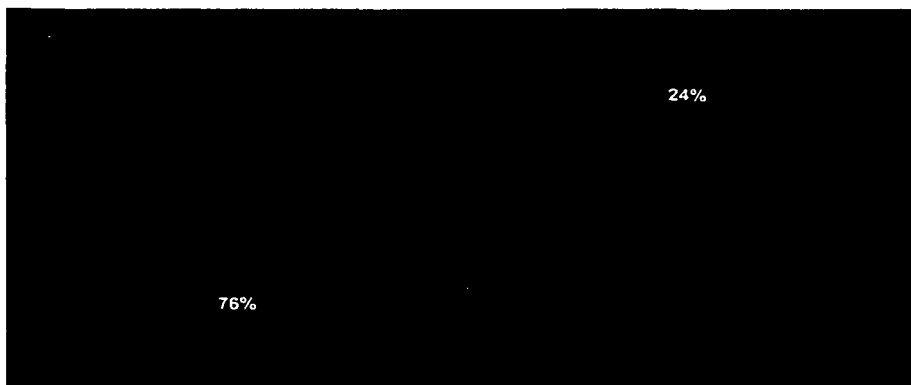
FUENTE DIRECTA



El 24% de los alumnos de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, reportaron que deben emplearse las técnicas de restricción física y un 76% de los alumnos refirió que ya no se deben emplear dichas técnicas.

DATOS	Si deben emplearse	No deben emplearse
Dr. Víctor D. P.	24%	76%

FUENTE DIRECTA



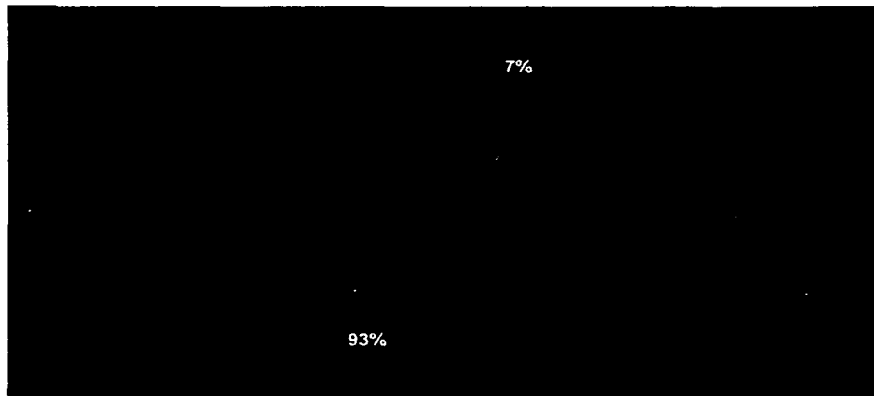
PREGUNTA # 11

¿Cree que las técnicas de restricción física son usadas como castigo?

El 7% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Iñarregui, opinan que las técnicas de restricción física son usadas como castigo y el 93% reportó que no son usadas como castigo.

DATOS	Si se usan como castigo	No se usan como castigo
Dr. José S. I.	7%	93%

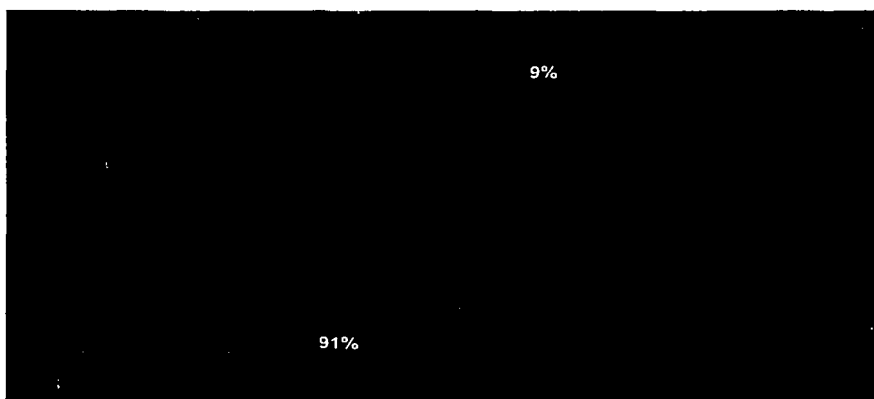
FUENTE DIRECTA



El 9% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, opinan que las técnicas de restricción física son usadas como castigo y el 91% reportó que no son usadas como castigo.

DATOS	Si se usan como castigo	No se usan como castigo
Dr. Víctor D. P.	9%	91%

FUENTE DIRECTA



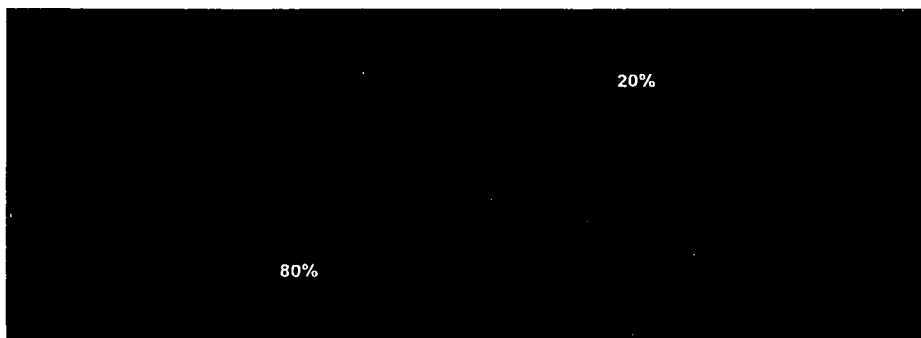
PREGUNTA # 12

¿Utilizaría la premedicación y la anestesia general antes que aplicar las técnicas de restricción física?

El 20% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Ilarregui, refirieron que utilizarían la premedicación y la anestesia general antes que las técnicas de restricción física y el 80% refirió que haría uso de las técnicas de restricción física antes que usar la premedicación y la anestesia general.

DATOS	Usaría la premedicación y la anestesia general	No usaría la premedicación ni la anestesia general
Dr. José S. I.	20%	80%

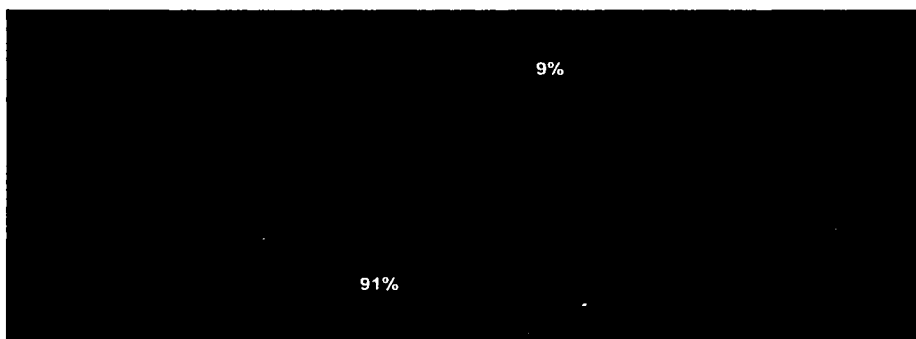
FUENTE DIRECTA



El 9% de los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. Víctor Díaz Pliego, refirieron que utilizarían la premedicación y la anestesia general antes que las técnicas de restricción física y el 91% refirió que haría uso de las técnicas de restricción física antes que usar la premedicación y la anestesia general.

DATOS	Usaría la premedicación y la anestesia general	No usaría la premedicación ni la anestesia general
Dr. Víctor D. P.	9%	91%

FUENTE DIRECTA



CONCLUSIONES

Los niños de hoy son distintos a los de hace 20 o 30 años. Comienzan a ir a la escuela antes, algunos son más despiertos, los padres también han cambiado, antes cuando el padre acudía a la cita con el niño significaba generalmente que el niño presentaba un problema de conducta y era él quien lo reprendía. Actualmente, en muchos casos trabaja el padre y la madre, en dado caso alguno de los dos lleva a consulta al niño. Antes los padres permanecían en la sala de espera, ahora reclaman el derecho de estar con su hijo, anteriormente el odontólogo podía aplicar alguna técnica de restricción física para calmar al niño y pudiera hacer la exploración bucal, ahora es preciso que el odontólogo disponga de un consentimiento de los padres para su aplicación.

Las técnicas de restricción física siguen vigentes ya que al preguntarles a los alumnos, si conocían las técnicas de restricción física la mayoría contestó que sí, comprobando de esta manera que tanto los alumnos del turno matutino de la clínica periférica Dr. José Salazar Ilarregui, como los alumnos del turno matutino de la clínica Dr. Víctor Díaz Pliego, conocen las técnicas de restricción física, la mayoría de los alumnos las emplean y piensan que deben seguirse empleando, sin embargo no deben utilizarse de manera general, sino cuando el caso lo requiera.

Las técnicas de restricción física son una alternativa para evitar la premedicación y la anestesia general, ya que no siempre son los métodos más seguros o los medios más apropiados para manejar la conducta de un niño pequeño, histérico, desafiante o discapacitado.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
SEMINARIO DE TITILACIÓN
Odontología Comunitaria

1.-¿Conoce las técnicas de restricción física?

SI

NO

2.-¿Cuáles conoce?

a) _____

d) _____

b) _____

c) _____

3.-¿Cuándo está indicada la técnica de mano sobre boca?

a) Corta edad c) Inmadurez emocional c) Discapacidad física o mental

d) Otra especifique _____

4.- ¿A partir de que edad se puede utilizar?

a) De 1 a 3 años b) De 3 a 6 años c) De 6 a 9 años d) De 9 a 12 años

5.-¿Cuándo está indicada la técnica de inmovilización (Red)?.

a) Corta edad b) Inmadurez emocional c) Discapacidad física o mental

d) Otra especifique _____

6.-¿El abre boca es un dispositivo de restricción física.?

SI

NO

7.-¿Emplea alguna forma de restricción física

SI

NO

8.- ¿Cree que las técnicas de restricción física son extremas y sólo se deben usar como último recurso?

SI NO

9.- ¿Se informa a los padres de la técnica que va a utilizar?

SI NO

10.-¿Piensa que en la actualidad alguna técnica ya no se emplea?

SI NO

11.- ¿Cree que las técnicas de restricción física son usadas como castigo?

SI NO

12.- ¿Utilizaría la premedicación y la anestesia general antes que aplicar las técnicas de restricción física?

SI NO

**ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- E. Barbería Leache
Odontopediatría
Edit. MASSON
Segunda edición, Barcelona España 2001, pp.133-137
- 2.- J. R. Pinkham, B.S.,D.D.S.,M.S.
Odontología pediátrica.
Edit. Interamericana
Segunda edición. México 1996 pp. 349-361
- 3.-J.R.Pinkham,B.S.,D.D.S.,M.S.
Odontología Pediátrica
Edit. Interamericana
Primera edición, México 1991, pp.277-287
- 4.- Raymond L. Braham, Merle E. Morris
Odontología Pediátrica
Edit. Panamericana
Argentina 1984, pp. 451-471
- 5.- Louis W. Ripa, James T. Berenie
Manejo de la conducta odontológica del niño.
Edit. Mundi
Argentina 1984, pp. 77-92
- 6.- Artículo <http://www.encolombia.com/ortopedivol197.guiademanejo9-2.htm>
- 7.-Kenneth D. Snawder, D.M.D.
Manual de Odontopediatría
Edit. Labor S.A.
Segunda edición, España 1984, pp. 44-61
- 8.-Thomas K. Barber. Larry S. Luke
Odontología Pediátrica.
Edit. Manual Moderno.
México. DF 1985, pp. 42-59

- 9.-Bengt O. Magnusson
Odontopediatría. Enfoque Sistemático.
Edit. Salvat
Barcelona España 1985, pp. 33-47
- 10.-Ralp E. Mc Donal D,DDS,MS David R. Avery
Odontología Pediátrica y del adolescente.
Edit. Harcourt
Madrid España, 6^{ta} edición 1998, pp. 33-51
- 11.-Finn B Sydney.
Odontología pediátrica.
Edit. Interamericana.
4ta edición. México, D.F. pp. 29-39
- 12.-William Craig, D.D.S.
Hand over mouth Technique.
Journal of Dentistry for Children 38: 387-389 . 1971
- 13.-Teodore C. Levitas, D.D.S.,M.S.D.
Hand over mouth exercise.
Journal of Dentistry for Children 41: 23-25. 1974
- 14.-Cátedra de Odontología Pediátrica
Facultad e Odontología
Universidad Central de Venezuela.
Conceptos Básicos en Odontopediatría.
Editorial Disinlimed C.A.
Caracas, 1996 pp. 19-35.
- 15.- L Thomas Bowers
The legality of using hand-over-mouth exercise for management of child behavior.
Journal of Dentistry for Children July- August 1982, pp. 257-264
- 16.- Howard M. Rombom, Ph. D.
Behavioral techniques in pedodontics: the hand-over-mouth technique.
Journal of dentistry for children, May- June 1981, pp. 208-210

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN