



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TÉCNICAS DE RESTRICCIÓN FÍSICA UTILIZADAS
POR LOS ALUMNOS DE TRES CLÍNICAS
PERIFÉRICAS FO. UNAM. 2005**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

KARIME SALOMA GARCÍA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K. Saloma García', written over a horizontal line.

**DIRECTORA : C. D. MARIA ELENA NIETO CRUZ
ASESORA: MTRA. ARCELIA FELICITAS MELÉNDEZ OCAMPO**

MÉXICO, D.F.

Mayo, 2005

m. 342878

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Tu señor, sabes bien lo que yo guardo en mi interior, todo aquello que me ocurre, lo que no puedo evitar, esas cosas que no me dejan caminar.

Tu señor, hasta hoy me has seguido en cada paso de mi vida, y me has dado grandes cosas que no puedo olvidar, momentos que en mi vida quedaran.

A mi tío Hugo †

Este trabajo es dedicado para ti.

Ahora que eres un angelito, yo sé que en donde estés, te sientes orgulloso de mí. Gracias.

A mis Padres.

Por darme su amor, apoyo, confianza y por enseñarme que todo se obtiene con mucha dedicación, los amo su Coty. Gracias

A mis Abuelitos.

Gracias por que cuando más necesite el apoyo de alguien, nunca me dejaron sola, siempre estuvieron ahí para ayudarme, los quiero mucho.

A mis Hermanos.

Su y Lary, Gracias por darme su cariño, comprensión y también por ser tan buenos hermanos.

A José C. Ríos

Gracias por formar parte de esta historia, por enseñarme a aprender de todos mis errores, y por estar conmigo cuando más necesite de un abrazo y un te quiero. Te amo Chaparrito.

A mis Amigos

Ale y Abraham, gracias por aceptarme como su hermanita, quererme incondicionalmente con todos mis errores.

A mis Amigos

Elena, Laura, Hugo, Miranda, Iris, Mine, Beto y Nancy por formar parte de mi vida y por su agradable compañía, los quiero mucho.

A Landin

Por que en ti encuentro ese amigo en el cual puedo confiar y se que nunca me retiraras tu cariño.

A July †

Gracias Mi Nube Viajera por todos los momentos que me diste y por los que faltaron, siempre te voy a recordar.

A Sebastián

Chetto gracias por traer la alegría otra vez a mi vida.

A la C.D. Maria Elena y a la Mta. Arcelia Meléndez.

Por su valiosa ayuda en la realización de este trabajo el apoyo y el tiempo dedicado. Gracias.

A todos aquellos que fueron participes en esta historia..... **¡Gracias!**

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
1. Adaptación del niño en la consulta	3
2 Conducta del paciente en cuanto a su cooperación	5
2.1 Concepto de conducta	5
2.2 Objetivo del control de conducta	5
2.3 Niños Cooperadores	7
2.4 Niños no cooperadores	7
2.5 Actitud de los padres en el tratamiento odontológico del niño	10
2.6 Aspectos psicológicos y factores que influyen en la conducta del niño.	12
3. Clasificación de la conducta	18
3.1 Decir, mostrar y hacer	19
3.2 Control de voz	23
3.3 Técnicas de restricción física	25
3.3.1 Técnica de enfoque físico	26
3.3.1.1 Consideraciones del enfoque físico	28
3.3.1.2 Indicaciones del enfoque físico	29
3.3.1.3 Control del cuerpo	30
3.3.1.4 Control de la cabeza	32
3.3.1.5 Control de la cavidad oral	32
3.3.2 Mano sobre boca	34
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
3. JUSTIFICACIÓN	38
4. OBJETIVOS	38
4.1 Objetivo General	38
5. METODOLOGÍA	39
5.1 Material y método.	39
5.2 Tipo de estudio	39

	Página
5.3 Población de estudio	39
5.4 Muestra	40
5.5 Criterios de inclusión	40
5.6 Variables de estudio	40
5.7 Operacionalización de las variables	40
5.8 Recursos	41
6. RESULTADOS	42
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXO (CUESTIONARIO DE TÉCNICAS DE RESTRICCIÓN FÍSICA)	

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El éxito en el tratamiento odontológico de los niños, está relacionado directamente con el conocimiento por parte del cirujano dentista en diferentes aspectos, ya que mayores serán las posibilidades de tener buenos resultados.

En este sentido, el cirujano dentista debe conocer las manifestaciones conductuales del niño aún más, deberá estar capacitado para medir la habilidad de su paciente y para manejar situaciones nuevas y su disposición para adaptarse y cooperar a las diversas actividades que representa el tratamiento.

El manejo de la conducta infantil a través del abordaje psicológico exige un esfuerzo educacional amplio. Los estudiantes de odontología y los cirujanos dentistas jóvenes se sientan desalentados por la ansiedad e inseguridad que experimentan cuando algunos niños comienzan a portarse inadecuadamente, razón por la cuál el cirujano dentista debe usar formas que permitan al paciente recibir el tratamiento odontológico acondicionándolo psicológicamente.

Algunas técnicas son agradables y cordiales; otras poseen una validez científica razonable en términos psicológicos, y algunas más pudieran parecer demasiado rigurosas y estrictas. La mayoría de las técnicas específicas para mejorar la conducta del paciente no cooperador involucran la reducción de la actividad física, de tal manera que las técnicas de mano sobre boca y enfoque físico no son utilizadas como un castigo para el paciente pediátrico sino para un mejor tratamiento dental y son necesarias

en ocasiones para impedir que el niño, que no puede controlar sus movimientos corporales, se lesione a si mismo, al cirujano dentista o a los asistentes. Por tanto el objetivo de este trabajo es identificar la técnica de restricción física más utilizada, así como identificar las razones por las cuales se tengan que utilizar dichas técnicas.

El presente estudio consta de varios apartados en los cuales el primero menciona como adaptar a un niño a la consulta odontológica; se expone una perspectiva de los diferentes tipos de conducta, así como la definición de ésta; involucra las diferentes técnicas de control de conducta. En el segundo apartado se describe la metodología y en el ultimo se presentaran los resultados de la investigación así como la discusión y conclusión.

1. ADAPTACIÓN DEL NIÑO EN LA CONSULTA

Adaptar a un niño al tratamiento en la consulta odontológica significa lograr, y mantener, su colaboración mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje por el cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva hacia la odontología.¹

Es fácil comprender que previo al rendimiento eficiente del dentista, es necesario vencer las barreras psicológicas que existen entre él y su paciente. El paciente menor de edad tiene limitaciones en cuanto al desarrollo del lenguaje, su comprensión es limitada, su capacidad de adaptación esta siendo puesta a prueba, de esta manera hay dificultades para la efectiva comunicación.

Es bien sabido que en términos de desarrollo emocional, la primera forma de comunicación del malestar de cualquier orden, puede ser el llanto.

A esta forma de expresión recurren con frecuencia los niños ante el miedo, la ansiedad y el dolor siendo en muchos casos, la primera reacción observable desde el punto de vista del dentista.²



¹ Sogbe de Agell Rosemary. "Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica". Editorial Disinlimed, C.A. Caracas, 1996. Pag 20.

² Escobar Muñoz Fernando. "Odontología Pediátrica". Editorial AMOLCA. Caracas Venezuela, 2004. Pag. 31

El miedo a lo desconocido puede ser tan bien controlado como para resultar insignificante. En otros casos, puede ser tan dominante como para asumir el control completo del niño, y nuestros esfuerzos iniciales deben dirigirse a vencer ese miedo. El grado de miedo y la reacción del niño, dependerán mucho de su experiencia anterior. Esto no es sólo su experiencia pasada, aunque puede ser importante, sino su experiencia de vida total, sobre todo en el hogar. Si ha sido, en su mayor parte agradable y predecible, entonces puede considerar su primera visita al odontólogo como algo grato. Si, por otra parte, su experiencia previa con las cosas nuevas le ha llevado a considerarlas con sospecha, entonces puede estar genuinamente asustado cuando encuentre a un extraño en un ambiente totalmente desconocido.³

Se ha observado que en todos los niveles del desarrollo mental del niño hay una permanente búsqueda de claves e indicios que le permiten adaptarse a las diversas interacciones sociales. El dentista representa un universo diferente y no pocas veces amenazante; como en otras ocasiones, el niño vacilará entre curiosidad y temor, conflicto que puede resolverse favorablemente si el profesional es capaz de facilitar el dominio de la nueva experiencia con un mínimo de consecuencias desfavorables.⁴

³ Holloway P. J. "Salud Dental Infantil". Editorial Mundi S.A.I.C. y F. Argentina, 1ra. Edición. Pag.28.

⁴ Ib...Pag.39

2.CONDUCTA DEL PACIENTE EN CUANTO A SU COOPERACIÓN

2.1 Conducta

Es la forma de conducirse una persona en la relaciones con los demás según una norma moral, social, cultural. Además se refiere a la conducta global de un grupo social en sus relaciones para con otros, a veces se le emplea como sinónimo de comportamiento, lo cual es psicológicamente incorrecto, pues la conducta siempre implica una actividad consciente.⁵



2.2 Objetivos del control de la conducta

1. Establecer una buena comunicación con el niño y sus padres.
2. Ganar la confianza del niño y los padres, y su aceptación del tratamiento dental.
3. Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
4. Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante el trabajo con el niño.
5. Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el joven paciente.⁶

Para lograr con éxito el tratamiento dental de un niño en la consulta debe comprenderse su conducta, la de los padres que los acompañan y la del

⁵ http://www.te.ipn.mx/IIIjornadas/maincom_glosario.htm

⁶ Barberia Leache Op. Cit....Pag.127.

equipo dental. Una evaluación apropiada de la conducta requiere dedicar tiempo al niño y a los padres. Esto no se puede lograr si uno se siente obligado a dar en cada cita con el niño información visual o tangible. A pesar de que la mayoría de los niños aceptan nuevas experiencias sin mayor ansiedad, algunos requieren atención especial. Es importante conseguir toda la información posible en la primera cita para poder determinar las razones de una determinada parte de la conducta.⁷

Según Skinner, aprendemos a ser como somos de la misma manera que aprendemos las demás cosas. La conducta humana, afirma el autor, es la resultante de los diferentes tipos de actividad que realizamos.⁸

La conducta humana entonces es aprendida en el sentido de que sigue unas leyes básicas, o principios, de aprendizaje. Es meramente el resultado del encadenamiento de un número de secuencias de estímulo- respuesta. No importa lo irrelevante que una conducta nos pueda parecer, no se mantendrá a menos que produzca algún tipo de beneficio para el individuo. Un niño puede tener frecuentes rabietas, por ejemplo, porque a menudo de ello consigue buenos resultados, o el objeto que desea o la atención de sus padres. Continuará teniéndolas en tanto consiga algo de ellas.⁹

⁷ Snawder Kenneth D. "Manual de Odontopediatría Clínica". Editorial Labor S.A, España, 1984. Pag 44

⁸ Papalia Diane E. "Psicología". Editorial McGraw-Hill, España, 1994. Pag.520

⁹ Papalia Op. cit....Pag.520

2.3 Niños cooperadores

Niños que permanecen física y emocionalmente relajados y cooperan durante toda la visita, al margen del tratamiento realizado.¹⁰



2.4 Niños no cooperadores

El tratamiento dental incluye varias demandas del paciente una de las cuales es no llorar o gritar y se espera que el niño se comporte. En algunas ocasiones el niño refleja una situación de stress.¹¹

Se define al temperamento como una calidad emocional que varía individualmente pero es relativamente estable. Puede verse como moderador de las percepciones de los niños a eventos de stress.¹²

El miedo y la ansiedad son los componentes principales de la conducta no cooperativa en niños. Las razones se relacionan con el niño, con los padres y con el equipo dental y así se puede resumir: madurez insuficiente, enfermedad, fatiga, crisis de desarrollo, ansiedad general, baja tolerancia al dolor, mala experiencia en tratamientos previos, actitudes negativas de los padres, privaciones básicas por situación social desfavorable, defectos en la

¹⁰ Ripa Louis W. DDS.MS. "Manejo de la Conducta Odontológica del Niño". Editorial MUNDI SAIC y F.Buenos Aires Argentina,1984. Pag 77.

¹¹ Zadik Dan, "Manejament of the crying child during dental treatment". American Society of Dentistry for Children,vol 67, No.1,2000.Pag.55

¹² Arnrup Kristina, "Lack of cooperation in pediatric dentistry-the role of child personality characteristics". Journal of the American Academy of Pediatric Dentistry,vol 24, No. 2, 2002.Pag.119

crianza, necesidades de tratamiento odontológico extensivo y manejo inadecuado por el equipo odontológico.¹³

Los tipos de pacientes de quienes se puede esperar un mal comportamiento en el consultorio dental, son aquellos que no pueden superar o hacer frente a estímulos y exigencias conductuales de la experiencia dental.

El primer grupo lo conforman los pacientes con una **afección emocional**, y no es muy numeroso. En términos generales, los niños con afección emocional, son pacientes dentales muy difíciles, el cirujano dentista debe tener habilidades para su control.

El siguiente grupo es el de los **tímidos** y es el más grande. Lo conforman los niños introvertidos, con socialización precaria, que temen a los retos sociales que implica la visita dental. Es obvio que al niño muy tímido la experiencia le causará una gran tensión emocional. Esta tensión quizá provoque conductas evasivas, y llanto, el cual puede adoptar la forma de un tímido sollozo.

El tercer grupo comprende a los niños que tienen **fobia al tratamiento**. Al atender a este tipo de pacientes el dentista enfrenta un problema particular, pues a pesar de que el tratamiento dental no es muy largo, sí es intenso y requiere de manera ideal mucha cooperación del niño.

Un grupo mas es el de los que **se niega a cooperar** por que no soporta la autoridad, este tipo de pacientes detesta las consultas dentales y su desagrado representa una aversión a obedecer las ordenes de los adultos.

¹³ Goran Koch. "Odontopediatría Enfoque Clínico" Editorial Medica Panamericana.1994.Pag.46

Al señalar que una manera probable de sentirse superior proviene de la manipulación de la gente, Adler y Dreikurs 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. 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 mi un sentido de superioridad, quizá necesitaré mucho más atención que lo que es razonable”.
- ⇒ 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 ver que pasa”.
- ⇒ 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”.
- ⇒ Características conductuales: Tienen carácter violento, dicen cosas que lastiman a los demás, buscan 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.

Es obvio que cada uno de los cuatro objetivos enfocados se agrava de un nivel a otro. Los niños desorientados tienen dificultades ante muchas situaciones sociales, y presentan problemas escolares. Por fortuna la mayoría los supera con el tiempo.¹⁴



2.5 Actitudes de los padres en el tratamiento odontológico del niño

La actitud y el comportamiento de los padres hacia la odontología es muy importante, ya que no sólo se debe ganar la confianza del niño sino también la de la madre, padre o tutor, que es quien transmite esa actitud positiva al niño, ya que aunque es responsabilidad del odontopediatra moldear la conducta del niño en el consultorio dental, el apoyo y la comprensión de los padres son muy necesarios.

¹⁴ Pinkham Op. cit.....357-359

Los niños que llegan por primera vez al consultorio dental lo hacen en ocasiones con exceso de miedo y espíritu no cooperador, por lo que puede suponerse que la falla ésta en el comportamiento paternal, por lo regular las ansiedades que se experimentan en la madurez tienen su origen en la infancia, ya que casi desde el nacimiento la conducta de los niños es moldeada por los padres por medio de técnicas selectivas de disciplina, y por la libertad que se permite, los niños aprenden de sus padres lo que deben o no deben de hacer, por eso los padres desempeñan un papel importante en el tratamiento.

Los padres **sobreprotectores**, son aquellos que impiden el desarrollo de sus hijos hacia la independencia, piensan que algo pueda sucederles a sus hijos y quieren protegerlos. Los padres **manejadores** son aquellos exigentes que tratan de dirigir el tratamiento y diagnóstico de sus hijos. Siempre están en desacuerdo con el odontopediatra o cuestionando si sus decisiones son acertadas o no. Tratan de manipular al odontopediatra, al niño y al equipo dental.

Los padres **hostiles** siempre cuestionan el tratamiento que ha decidido el odontopediatra.

Padres **negligentes** son aquellos que no cumplen con sus citas, no controlan la higiene de sus hijos ni los hábitos. No aprecian los beneficios del tratamiento ni se encuentran motivados, por lo que no motivan a sus hijos.¹⁵



¹⁵ Hernández Victoria "Actitudes de los padres en el tratamiento odontológico de los pacientes pediátricos". Medicina Oral, Vol. VI, No.1, 2004. Pag 28-30.

2.6 Aspectos psicológicos y factores que influyen en la conducta del niño

En ocasiones los procesos odontológicos provocan reacciones negativas y la visita al consultorio se percibe como amenazante o ansiógena para el bienestar físico y mental.¹⁶

La ansiedad, el miedo o temor y la timidez son factores que influyen en relación con la experiencia odontológica.

Ansiedad

Es una reacción muy difusa que se origina en fuentes internas como fantasías y expectativas no reales y se expresa como temor a lo desconocido.¹⁷

Esta puede influir sobre la receptividad del niño al abordaje normal y puede resultar afectada la capacidad para concentrarse en las técnicas de orientación.

El profesional puede sentir 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 si mismo que sea capaz de demostrar, y ésta a su vez influirá sobre quienes lo rodean. La ansiedad puede influir sobre todos los participantes en la experiencia odontológica para que actúen y reaccionen de manera por debajo de la ideal.¹⁸

¹⁶ Leyt Samuel "El Niño en la Odontología". Editorial MUNDI S.A.I.C y F.1ra. edición.Argentina. Pag. 28.

¹⁷ Hernández Victoria Art. cit.

¹⁸ Raymond L. Braham. "Odontología Pediátrica". Editorial panamericana, Argentina, 1984.pag. 451-457.

Temor

Es una 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.¹⁹

Finn señala dos tipos de miedos o temores:

1. Temor objetivo: Es aquel producido por estimulación directa de los órganos sensoriales que están en contacto físico con la experiencia.
2. 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.

Factores que determinan cómo reaccionará el niño ante el temor y ansiedad:

1. El grado de temor que depende de la forma en que el niño percibe la situación, se vincula con la experiencia propia del niño y con el ambiente, sea que el niño este rodeado por personas seguras y de confianza o no.
2. La capacidad de enfrentar el miedo se relaciona con la madurez y la personalidad.

¹⁹ Beng O. "Odontopediatría .Enfoque sistémico" Editorial. Salvat. Barcelona, España, 1985. Pag 33-47.

3. La motivación para enfrentar el miedo se vincula con las demandas del ambiente, las prácticas de crianza y las impuestas por la visita al dentista.

Jersil y Holmes mencionan que el promedio de temor desciende notablemente entre las edades de tres a seis años. La disminución de los temores se puede atribuir a la comprensión del niño de que no hay que temer, la presión social para ocultar el temor, la imitación social, la orientación de los adultos y el grado de maduración psicoanalítica.²⁰

Madurez del niño

El niño mentalmente maduro gana el poder de concentrarse en un propósito definido, soportarlo y automotivarse de acuerdo con las demandas del ambiente. Rud y Kisling mostraron que cuando el niño alcanza el estadio de desarrollo mental correspondiente a los tres años de edad, es capaz de cooperar en la situación odontológica.²¹

Personalidad

Es el conjunto de formas mas relativamente constantes de relacionarnos con los individuos y las situaciones que hacen única a cada persona.²²

Cada niño tiene su propia personalidad, a pesar de que algunas características y rasgos pueden ser menos estables y más bien para obtener información acerca del niño puede ser muy útiles su temperamento, hábitos y conducta en general.²³



²⁰ Raymond L. Op. Cit...Pag. 451-457.

²¹ Goran Koch Op. Cit.Pag. 41-42

²² Papalia Diane Op. Cit.....Pag.702

²³ Goran Koch Op. Cit.....Pag. 42

Timidez

Es otra reacción que se observa sobre todo en los casos del paciente de primera vez, suele estar relacionada con una experiencia social muy limitada por parte del niño.²⁴

Antecedentes médico-dentales

Los niños con una perspectiva positiva en anteriores experiencias medicas tienden a colaborar más con el odontólogo. En este sentido, lo importante no es el número, sino la calidad emocional de las consultas anteriores.²⁵

La influencia de la escuela

Los niños que asisten a escuelas tienen la oportunidad de estar en compañía de otros, adquiriendo experiencias que no obtienen en su hogar hasta la edad escolar. El intercambio de información, hace que, por lo general, sea más fácil para el dentista examinar estos niños. Los compañeros de curso han sido sometidos a tratamientos preventivos o de dificultad y esta experiencia es relatada al grupo, la información suele ser descrita exageradamente y con detalles escalofriantes a un auditorio muy atento.

Si ésta es la primera noticia sobre odontología, es natural que el niño tenga en este caso una imagen negativa del dentista y está en manos de éste presentar la otra cara de la profesión.



²⁴ Hernandez Victoria Art. Cit.

²⁵ Mc Donald Op. Cit....Pag. 54.

La influencia de los padres

El patrón de la relación padres-niño durante la niñez ejerce una profunda influencia sobre el desarrollo de la personalidad del niño, y afecta la manera en la que responderá a una nueva situación, o situaciones exigentes.²⁶

- ⇒ **Sobreafecto.** Son niños con una preparación inadecuada para ocupar su debido lugar en la sociedad, en la escuela o en el hogar. En el consultorio demuestra poco valor, recurriendo a su madre, o al adulto que lo trae y rehusando dejarles, abrazándose o tomándoles de la mano.

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

- ⇒ **Sobreindulgencia.** el niño es exigente, con lo cual es muy difícil intervenir, a menos que acceda a sus demandas, las cuales son reforzadas con llanto y rabietas, exhibiendo igual conducta con el dentista. Esto puede ser consecuencia de los padres que nada niegan a sus hijos.

- ⇒ **Sobreansiedad.** Actitud observable en familias donde han ocurrido muertes, cuando los padres son inexpertos, cuando es hijo único obtenido con dificultad. El niño responde con timidez y cobardía ante situaciones nuevas muy notorio en la consulta odontológica; además, cualquier problema menor de salud, lluvia o frío, es causa suficiente para interrumpir el tratamiento.

²⁶ Sogbe de Agell Rosemary Op. Cit...Pag.22.

- ⇒ **Sobreautoridad.** Los niños son pasivos, inseguros y negativos, lo cual es perfectamente observable en el consultorio. El dentista autoritario podría identificarse con la figura paterna o materna, manteniendo el esquema, pero debería en cambio permitir al niño la expresión del temor, o de sus necesidades y motivaciones para capacitarlo gradualmente a la adaptación de las exigencias del tratamiento.

- ⇒ **Falta de afecto.** El niño que vive esta situación suele ser tímido, retraído, e indeciso, se asusta con facilidad, en un intento de llamar la atención puede desarrollar ciertos hábitos como rehusar la comida, onicofagia, succión digital, etc. En la conducta asume las modalidades típicas del niño tímido, el afecto legítimo del profesional puede conducir gradualmente a este niño a una relación muy satisfactoria para ambos.

- ⇒ **Rechazo.** Suele ser un niño desobediente e imperioso, que puede pretender una capacidad de mano inexistente, propenso a pataletas, puede ser mentiroso o robar. El profesional que reconozca esta circunstancia puede con comprensión y preocupación llegar a ser muy estimado por el niño, en el fondo necesita afecto como cualquiera, sólo que no lo entrega con facilidad, porque el ambiente le ha enseñado a protegerse.²⁷

El comportamiento de los niños en el consultorio odontológico depende de una cantidad de factores, que también interactúan entre sí. La atención de

²⁷ Escobar Muñoz Fernando Op. Cit....Pag. 40-42.

niños es un desafío interminable para el odontólogo, ya que cada uno y cada situación son únicas.²⁸

3. CLASIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE CONTROL DE LA CONDUCTA

No es preciso improvisar métodos para controlar la conducta. Hay una variedad de técnicas y de recursos, los cuales ayudan al odontólogo en el adecuado cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad.²⁹

Las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones. Sin embargo el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas para situaciones específicas. Son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro o aún de una cita a otra. El manejo del comportamiento consiste en una evaluación del paciente y una adaptación constante mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación.³⁰

Una tabla de restricción física como la del papoose, aunque eficaz, ha sido muestra para ser inaceptable entre la mayoría de los padres. Además, muchos padres sienten que los métodos farmacológicos de manejar al niño no son los adecuados debido a los riesgos médicos percibidos.

²⁸ Goran Koch. Op. Cit...Pag.40.

²⁹ Barberia Leache E. "Odopediatría" Editorial Masson.Madrid,2002.Pag.128

³⁰ Instituto de Ciencias de la Salud. Medellin Colombia,
<http://www.encolombia.com/ortopedivo197guiademanejo9-2b.htm>

niños es un desafío interminable para el odontólogo, ya que cada uno y cada situación son únicas.²⁸

3. CLASIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE CONTROL DE LA CONDUCTA

No es preciso improvisar métodos para controlar la conducta. Hay una variedad de técnicas y de recursos, los cuales ayudan al odontólogo en el adecuado cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad.²⁹

Las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones. Sin embargo el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas para situaciones específicas. Son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro o aún de una cita a otra. El manejo del comportamiento consiste en una evaluación del paciente y una adaptación constante mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación.³⁰

Una tabla de restricción física como la del papoose, aunque eficaz, ha sido muestra para ser inaceptable entre la mayoría de los padres. Además, muchos padres sienten que los métodos farmacológicos de manejar al niño no son los adecuados debido a los riesgos médicos percibidos.

²⁸ Goran Koch. Op. Cit...Pag.40.

²⁹ Barberia Leache E. "Odopediatría" Editorial Masson.Madrid,2002.Pag.128

³⁰ Instituto de Ciencias de la Salud. Medellin Colombia,
<http://www.encolombia.com/ortopedivo197guiademanejo9-2b.htm>

Por estas razones, los médicos han desarrollado técnicas de manejo de conducta no aversivas que pueden ser igualmente eficaces y más aceptables para los padres y pacientes.³¹

Murphy evaluó la aceptación paternal de las técnicas de manejo de conducta empleadas en odontopediatría. Los resultados indicaron que la mayoría de los padres favorecía las técnicas de decir-mostrar-hacer, el refuerzo positivo, control de voz, y mano sobre boca.³²

3.1 Decir, mostrar y hacer

Las técnicas de manejo de conducta son dirigidas para conseguir que el niño se relaje, se puede incluir el uso de audio-visuales. Con estos audio-visuales se le exponen, al niño escenas de la primera visita, que dan una explicación para que el niño no pueda ver al dentista y al personal dental como una seria amenaza.

Durante el tratamiento, las técnicas de manejo psicológico son para prevenir el desarrollo de ansiedad. Esto incluye el uso de una de las técnicas mas viejas que todavía son utilizadas. Esto es el decir-mostrar-haga técnica desarrollada por Addelston en 1959.

Autores como Hoist y Ek mencionan que el uso de este método durante el tratamiento dental, producía un aumento en la aceptación positiva de todos los pasos del tratamiento y encontraron que el tiempo de tratamiento fue disminuido.³³

³¹ Aitken Jennifer, "The effects of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients". Journal of the American Academy of Pediatric Dentistry, Vol.24 No. 2. 2002. Pag 114

³² Abushal, Adenubi. "Attitudes of Saudi parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry". Journal of Dentistry for Children. Vol.70, No.2, 2003. Pag.104

³³ Folayan, Ufomata "The effect of psycholoical management on dental anxiety in children". The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. Vol.27, No.4, 2003. Pag.365-366

En la literatura anglosajona se conoce clásicamente por tell-show-do (TSD). Habitualmente se conoce por la técnica del “diga-muestre-haga” o de la triple E (EEE) de “explique-enseñe-ejecute”.

Este método equivale a la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico dental, relajado y tolerante. La base de la técnica triple E es extremadamente simple. La idea es familiarizar al niño con ambientes, instrumentos y gentes nuevas.

Debe llevarse a cabo de la siguiente manera:

- 1) Decir y explicar al niño lo que se le va hacer antes de comenzar cualquier maniobra, con el fin de reducir la ansiedad y el miedo.
- 2) Mostrar al niño exactamente como se va a llevar la técnica.
- 3) Efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.³⁴

Objetivo:

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

Indicaciones:

Puede usarse en todos los pacientes

Contraindicaciones:

No esta contraindicada para ningún paciente. Sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad donde aún no se ha desarrollado bien la comunicación verbal.³⁵

³⁴ Barberia Op. Cit...Pag 129.

³⁵ Instituto de Ciencias de la Salud (CSE). Art cit...

La técnica es sencilla y casi siempre útil. Para tener éxito, este procedimiento se debe efectuar de manera que se pase de un estadio al otro sin interrupción, y ha de ser continuo desde que el niño entra en la consulta dental hasta que sale de ella. A medida que un nuevo instrumento, un nuevo procedimiento o una nueva persona son introducidos, la técnica de la triple E debe ser usada para orientar al niño gradualmente en la manifestación de los estímulos que provocan ansiedad. Evidentemente, al utilizar esta técnica debe cuidarse mucho el tipo de lenguaje que se emplea.³⁶

Es importante seleccionar bien las palabras en la técnica. El éxito estriba en que el odontólogo sepa dar a sus aparatos y procedimientos un nombre que el niño pueda entender. Por lo menos a cuatro de cada cinco niños mayores de tres años de edad, con una historia social y estado emocional normal, se les puede guiar satisfactoriamente.³⁷

La comunicación es un proceso multisensorial complejo. Incluye un emisor, un mensaje y un receptor. El odontólogo o el equipo de salud son los emisores, la palabra hablada es frecuentemente el mensaje y el paciente es el receptor. El mensaje debe ser comprendido en el mismo sentido tanto por el emisor y el receptor, como indica Chambers, debe de haber una adecuación entre el pretendido mensaje y el mensaje comprendido.

Muchas veces, para mejorar la claridad de los mensajes para los pacientes, se usan eufemismos para explicar los procedimientos. Para los odontopediatras los eufemismos o las palabras sustitutivas son como un segundo idioma. Los siguientes son ejemplos de palabras sustitutivas que pueden usarse para explicar los procedimientos a los niños:

³⁶ Barberia Op. Cit...Pag. 130

³⁷ Pinkham J.R. "Odontología Pediátrica" Editorial Interamericana Mc-Graw- Hill.1994.Pag.350

Terminología odontológica	Palabras sustitutivas
Clamp	botón para el diente
Sellador	pintura para el diente
Succión	aspiradora. ³⁸

La técnica de la Triple E es un importante medio auxiliar para debilitar la timidez y facilitar la aproximación.

Por otra parte, el profesional deberá ofrecer medios al paciente para que pueda, de cierta forma, colaborar con el tratamiento.

Conversar bastante con él para desviar su atención.

Mostrarse amigo, vencer la barrera de la timidez y mostrarle que comprende sus reacciones de miedo, pero que el no tiene nada que temer. Transmitirle confianza y seguridad, especialmente evitando expresiones de preocupación durante los actos operatorios.³⁹



³⁸ Mc Donald E. Ralph. "Odontología Pediátrica y del Adolescente" Editorial. Panamericana. Argentina. 1990. Pag. 58

3.2 Control de voz

En la literatura odontológica se hace referencia a la frase “control de voz”. Se usan órdenes súbitas y firmes para llamar la atención del niño ó para que el niño suspenda lo que esta haciendo.⁴⁰

El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la idea de: “ Aquí mando yo”. La expresión facial del odontólogo también debe reflejar esta actitud de seguridad; de hecho, puede ejercer este control con la sola expresión facial.⁴¹

Esta técnica está destinada a restablecer una comunicación perdida con los pacientes debido a una conducta no colaboradora, tratándose generalmente de una rabieta.

Una vez obtenida la atención por parte del niño, se le agradece la interrupción de la mala conducta y se le dan las instrucciones y las explicaciones pertinentes ya de una manera suave y agradable. A esta parte de la técnica se le denomina “cambio de ritmo”. Si la rabieta vuelve a reaparecer, se puede volver a aplicar la técnica del control de voz. Es una técnica muy efectiva para recuperar la atención de los pacientes odontopediátricos.⁴²

Objetivo:

Establecer comunicación y autoridad con el paciente.

⁴⁰ Mc Donald Op. Cit...Pag.58

⁴¹ Pinkham J.R. Op. Cit.....Pag.350

⁴² Barberia Op. Cit...Pag.130

Indicaciones:

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

Contraindicaciones:

Pacientes de muy corta edad que aún no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.⁴³



⁴³ Instituto de Ciencias de la Salud (CES) Art.cit.

3.3 Técnicas de restricción física

En 1972, 162 miembros de la Asociación de Odontopediatras Diplomados fueron analizados mediante un cuestionario postal sobre sus técnicas de manejo de la conducta. De los 120 que enviaron respuestas adecuadas, 101 indicaron que utilizaban alguna forma de restricción física sobre pacientes seleccionados y 19 dijeron que no usaban restricción física. La razón expuesta para una restricción fue la conducta interruptora durante la visita; las razones fueron la edad del niño y una condición de impedimento existente o de enfermedad. El tipo de procedimiento mas frecuente empleado fue la asistencia dental controlando físicamente al paciente. El uso de abrebocas constituyó el segundo tipo de restricción.⁴⁴

La restricción es manejada por el profesional y la asistente para conseguir la cooperación del niño. La restricción puede ser necesaria en caso de niños hipermotoraes o desafiantes. El asistente será entrenado para esto, y estará preparado para controlar la cabeza, cuerpo y brazos del niño. Frecuentemente, puede ser requerida la cooperación de más de una asistente para esta tarea. Debe recalcarse que tal procedimiento no será usado en el niño aprensivo, puesto que, comúnmente, sólo servirá para aumentar sus temores.⁴⁵

⁴⁴ Ripa Louis W. Op. Cit.....Pag. 83

⁴⁵ Ib.....Pag.79

3.3.1 Técnica de enfoque físico

Es la acción y efecto de restringir a nivel físico los movimientos inconvenientes del niño sobre el tratamiento dental. Puede efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales.⁴⁶

Cuando el personal ya no puede controlar los movimientos de los niños, hay que recurrir a dispositivos de limitación física específicas, para el control de todo el cuerpo. Se incluyen dispositivos comerciales como el Pedi-Wrap (dispositivo de nylon con cierres de velcrom)



o el Pappoose Board (tabla rígida con envoltorio de tela).⁴⁷

Las sábanas y envolturas corporales pueden ser utilizadas para restringir los movimientos. Este tipo de envolturas no asegura al niño al sillón, a menos que sea también usada una sábana adicional (atada alrededor del paciente y al sillón). El tipo de restricción con sábana es utilizada frecuentemente para el niño muy pequeño (de menos de dos años de edad).⁴⁸

Las técnicas de enfoque físico, a pesar de sus fundamentos científicos y su conocimiento por parte de los odontopediatras, puede crear cierta confusión en los padres de los pacientes debido a su desconocimiento. Los padres pueden demostrar desconfianza, especialmente en aquellas familias cuyos hijos han tenido experiencias odontológicas negativas.⁴⁹

⁴⁶ Pinkham J.R. Op. Cit.....Pag.351

⁴⁷ Barberia. Op. Cit...Pag.136

⁴⁸ Ripa Louis W. Op. Cit.....Pag.81

⁴⁹ Barberia. Op. Cit.....Pag.136

Los dentistas al realizar este tipo de prácticas pueden encontrar ciertos problemas, por lo tanto se debe informar previamente al paciente, padres o tutores (en caso de ser menores de edad) de que este tipo de técnicas se pueden utilizar dentro del tratamiento.⁵⁰

Se debe emplear el tiempo necesario para exponer a los padres el porqué de las necesidades 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.⁵¹



El método físico del manejo de la conducta debe practicarse en estrecha relación con el enfoque psicológico. La manipulación física del paciente nunca debe hacerse en forma punitiva. Al contrario, sus objetivos deben ser:

1. Ganarse la atención del niño.
2. Enseñarle la conducta adecuada que se espera de él.
3. Darle mas seguridad a través del contacto corporal y controlar sus movimientos.

⁵⁰ Alcantara Suarez V. "Utilización del Consentimiento Informado por Odontopediatras en la Ciudad de México" Vol. LXI, No.1.2004.35-38pp.

⁵¹ Barberia. Op. Cit.....Pag.136

4. Protegerlo de lesiones
5. Hacer más fácil la atención dental, tanto para el niño como el odontopediatra.⁵²

Las técnicas de enfoque físico no son técnicas que se utilizan como castigo, sino como procedimientos clínicos aceptados para llevar a cabo ciertos tratamientos dentales en situaciones específicas; sin embargo, es necesario conocer y saber aplicarlas adecuadamente.

3.3.1.1 Consideraciones del enfoque físico.

1. Estas técnicas solo deben utilizarse después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con técnicas convencionales.
2. Siempre deben ser consideradas antes de planificar el tratamiento bajo anestesia general.
3. Se emplean como parte de tratamiento, no como un castigo.
4. La primera finalidad es la protección del profesional y ayudantes, y la última llevar a cabo el tratamiento necesario.
5. Deben explicarse de forma cariñosa los motivos y la manera en que se llevarán a cabo esta técnica. En función de la capacidad de cada niño se variará el modo de explicación con el lenguaje pediátrico adecuado.
6. Se empleará todo el tiempo necesario para explicar a los padres por qué y cómo se utilizan
7. Debe obtenerse el consentimiento de los padres.

⁵² Snawder Kenneth Op. Cit..Pag.57.

Las técnicas deben aplicarse en una atmósfera relajada, con tranquilidad, siempre como parte de un tratamiento y jamás con connotaciones de castigo. Hay que ser conscientes de lo que se realiza al aplicarlas y tratar de que el niño tenga sentimientos positivos respecto a sí mismo. Se le debe explicar que él puede y debe cooperar con nosotros, pero que al parecer va a necesitar un poco de ayuda para que podamos trabajar, estando el protegido, y no sufrir lesiones que podrían producirse por movimientos que él no pueda controlar. Si se aplican estos métodos correctamente en los casos indicados y de una forma profesional, no se producen lesiones psicológicas en los pacientes.

3.3.1.2 Indicaciones:

1. Niños con limitaciones físicas, como pacientes afectados de parálisis cerebral, que no pueden controlar sus movimientos.
2. Niños con limitaciones mentales, como retraso mental intenso que les incapacita para cooperar y actuar normalmente, y que generalmente producen conductas incontrolables.
3. Niños muy pequeños sin capacidad para comprender las explicaciones e instrucciones del profesional.
4. 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 y deben ser protegidos.
5. Los niños que experimentan rabietas muy violentas. Normalmente se trata de niños normales, muy mimados por los padres, que exhiben estas conductas descontroladas y que pueden poner bruscamente en peligro su integridad física durante los tratamientos. Generalmente, en estos casos la aplicación de técnicas físicas tienen carácter temporal.

6. 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 la conducta o sedación.⁵³

3.3.1.3 CONTROL TOTAL DEL CUERPO.

Pedi-Wrap (Clark Associates, Mass.)

El Pedy-Wrap es una sabana de punto de nylon reforzado con cierres de velcro. Se hacen de tamaño pequeño, mediano y grande. Se coloca el Pedi-Wrap en el sillón previamente colocado en posición. El dentista y ayudante se mantienen en lados opuestos al 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.

Asegurar el tercer cierre de la cabeza para dominar el movimiento excesivo de la mano y luego asegurar también los restantes cierres. Las dos cintas de encima del hombro se han de quitar, pues no se usan en las técnicas dentales.

Manta de sujeción (Olimpic Medical 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 es 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.

⁵³ Barberia Leache Op. Cit....Pag. 133-134.

Sábanas 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 del 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, asegurar 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 50.8mm 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 controlar los movimientos indeseables del niño durante el tratamiento dental.

3.3.1.4 CONTROL DE LA CABEZA.

El dentista debe mantener firmemente la cabeza del niño entre su pecho y su brazo de manera que su mano quede libre para sujetar el espejo. Si No se 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 de cada lado, se puede practicar la odontología sentado, a cuatro manos.⁵⁴

3.3.1.5 CONTROL DE LA CAVIDAD ORAL.

Algunos niños necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta durante los tratamientos, mientras que otros presentan más problemas, ya que incluso se niegan a abrir la boca. Para el control de la cavidad oral se puede utilizar depresores linguales o bien dispositivos comercializados. Existen diferentes tamaños que se seleccionan en función de la edad del niño y en caso de utilizar bloque de mordida se le atará hilo de seda como dispositivo de seguridad por si se ha de sacar súbitamente de la boca.⁵⁵

El abridor de boca ideal ha de ser completamente adaptable y cómodo para el paciente, pero no ha de interferir en el tratamiento dental. El abridor de boca no solo protege al niño de cerrarla involuntariamente sobre la pieza de mano u otros instrumentos, si no que también protege al dentista. Muy pocos niños morderán intencionalmente, pero el niño aprensivo o incapaz de entender las órdenes verbales puede lesionarse o lesionar al dentista al cerrar la boca inadvertidamente.

⁵⁴ Snawder Kenneth Op. Cit....Pag.58

⁵⁵ Barberia Leache Op. Cit...Pag. 134.

Bloque de mordida intraoral.

El bloque de mordida intraoral (McKesson) 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 y se usa con éxito durante técnicas de restauración largas.

Abridor de boca extra oral Molt con acción tijera.

El abridor de boca extraoral Molt con acción tijera es de metal y recubierto con tubo de goma. Aunque el abridor de boca en forma de tijera existe en diferentes tamaños, se recomienda el más grande por la 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 cabeza y mantener la boca abierta durante el tratamiento. Colocando el sujetador de boca en el lado opuesto del lugar de la inyección, se puede utilizar la técnica tradicional para anestesia local. El sujetador de boca extraoral tipo tijera también facilita el uso de aislamiento por medio de dique de goma.

Cuando los niños especiales se hacen mayores también aumentan en tamaño y fuerza y son mucho más difíciles de controlar, a no ser de que hayan comprendido que el odontólogo es un amigo en quien pueden confiar. Cuando el niño no puede ser dirigido correctamente, bien con contenciones psicológicas o físicas, puede ser necesaria la premedicación. Algunas veces un niño puede mostrar una conducta que sólo pueda controlarse con anestesia general. Al facilitar al niño la inconsciencia se le quita la oportunidad de aprender a enfrentarse con la odontología; sin embargo, se

facilita un cuidado dental óptimo a un niño que de otra manera podría no tener acceso a él.⁵⁶



3.3.2 MANO SOBRE BOCA.

La técnica de la mano sobre boca ha sido usada por los odontólogos por mas de 50 años. La técnica fue descrita por primera vez en la década de 1920 por la doctora Evangeline Jordan, quien escribió: " Si un niño normal no escucha, sino que continúa gritando y forcejeando.... sostenga una compresa doblada sobre la boca del niño.... y mantenga su boca cerrada suave pero firmemente. Sus gritos aumentarán su condición de histeria, pero si la boca es mantenida cerrada hay poco ruido, y pronto comienza a razonar."⁵⁷

Al respecto, Craig menciona que la técnica puede ser usada de la manera siguiente: después de determinar que la conducta de un niño indica el uso de esta técnica, el odontólogo coloca suave pero firmemente su mano sobre la boca del paciente, se le dice al niño que cuando coopere, la mano será

⁵⁶ Snawder Kenneth Op. Cit...Pag.58-61.

⁵⁷ Ripa Louis W. Op. Cit.....Pag 84

retirada. Cuando el paciente indica su voluntad de cooperar, comúnmente por señal afirmativa de la cabeza y la cesación de los intentos de gritar, la mano es retirada y el paciente es reevaluado. Si la conducta interruptora continúa, el odontólogo coloca nuevamente su mano sobre la boca del niño y le dice que debe cooperar. Esta rutina puede ser repetida varias veces, hasta que la conducta del niño cambie lo suficiente como para permitir que comience el tratamiento. Una vez que el niño coopera, deberá ser felicitado.⁵⁸

Hace algunos años se utilizaba una variedad de esta técnica, que era la técnica de la mano sobre la boca con restricción de las vías nasales, se consideraba totalmente inaceptable su utilización, a pesar de su efectividad, ya que el paciente reacciona a causa del miedo físico que experimenta.⁵⁹

La técnica de mano sobre boca conocida clásicamente en la literatura anglosajona como hand over mouth, fue denominada MSB.

La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse. En pleno ataque de histeria o rabieta con gritos, el profesional coloca su mano firmemente sobre la boca del niño. La asistente controla las manos y las piernas para frenar la agitación de brazos y evitar patadas. En voz baja y suave se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y que retiraremos la mano en el momento en que esté dispuesto a cooperar. Generalmente mediante la comunicación paraverbal (gestos, miradas o expresiones faciales), el niño indica que está dispuesto a ayudar, 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.⁶⁰

⁵⁸ Ripa Louis W. Op. Cit.....Pag. 85

⁵⁹ Barberia Op. Cit....Pag.135

⁶⁰ Ib.....Pag.134.

Objetivo:

Establecer comunicación y autoridad con el paciente.

Indicaciones:

Un paciente sano que tenga desarrollada la comunicación verbal y tenga potencial de cooperación, pero que exhiba un comportamiento desafiante y rebelde.

Contraindicaciones:

Pacientes que no tengan capacidad para cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental.⁶¹



⁶¹ Instituto de Ciencias de la Salud. Art. Cit...

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sabemos que los niños en su desarrollo emocional, están sujetos a una serie de influencias que actúan directamente sobre sus patrones de conducta, éstas pueden estar dadas por el hogar, la escuela y el estado físico del niño. Es muy importante que el cirujano dentista que atiende pacientes pediátricos reconozca diferentes técnicas para conseguir un control del paciente en la consulta, lo que representa que tome en cuenta principalmente la edad de los niños, para así poder seleccionar la técnica más adecuada.

Por lo anteriormente señalado podemos hacernos las siguientes preguntas:

¿ Difiere el uso de técnicas de restricción física en las clínicas periféricas?

¿Qué criterio utilizan los alumnos para seleccionar cada una de las técnicas de restricción física?

3. JUSTIFICACIÓN

Por mucho tiempo se ha observado que el manejo de la conducta del niño en el consultorio dental ha sido un problema para el cirujano dentista, esto se debe a la falta de conocimiento y comprensión de la conducta del niño por parte del cirujano. Actualmente en la odontopediatría es común el uso de técnicas de restricción física, razón por la cuál es necesario conocer que técnicas aplican una muestra de alumnos de la carrera de Cirujano Dentista de la UNAM ante diferentes tipos de conducta que presentan los niños durante la consulta. Lo anterior servirá para reforzar aspectos metodológicos y prácticos de las diferentes técnicas, que se traduzca en un mejor manejo del paciente pediátrico y lograr la cooperación del niño con una mejor actitud hacia la atención odontológica.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General.

Identificar la técnica de restricción física más utilizada por los alumnos de Facultad de Odontología Clínica Periférica Águilas, Clínica Periférica Vallejo Dr. Salazar Ilarregui y Clínica Periférica Padierna.

Objetivos Específicos.

1. Determinar que técnicas de restricción física se aplican con mayor frecuencia en las distintas clínicas periféricas.

2. Conocer los motivos por los cuales aplican técnicas de restricción física por clínica periférica.
3. Identificar a que edad aplican las técnicas de restricción física.

5. METODOLOGÍA

5.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se realizó en una muestra de alumnos inscritos en las distintas Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología. Se estableció comunicación formal con los Jefes de enseñanza de las clínicas periféricas Águilas, Vallejo Dr. Salazar Ilarregui, y Padierna. Posteriormente, se diseñó el formato de la encuesta que comprende diferentes aspectos sobre el manejo del paciente pediátrico y las técnicas de restricción factibles de utilizar. Las encuestas se aplicaron a los alumnos inscritos en el turno vespertino y se procedió a realizar el análisis estadístico y presentar la información en función a distribuciones porcentuales. La información asentada en los cuestionarios se vació en una base de datos y posteriormente fueron analizados con el paquete estadístico Excel. La información se presentara en función de distribución porcentual de las variables estadísticas descriptiva.

5.2 TIPO DE ESTUDIO.

Transversal descriptivo

5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Alumnos que cursan el quinto año de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología.

2. Conocer los motivos por las cuales aplican técnicas de restricción física por clínica periférica.
3. Identificar a que edad aplican las técnicas de restricción física.

5. METODOLOGÍA

5.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se realizó en una muestra de alumnos inscritos en las distintas Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología. Se estableció comunicación formal con los Jefes de enseñanza de las clínicas periféricas Águilas, Vallejo Dr. Salazar Ilarregui, y Padierna. Posteriormente, se diseñó el formato de la encuesta que comprende diferentes aspectos sobre el manejo del paciente pediátrico y las técnicas de restricción factibles de utilizar. Las encuestas se aplicaron a los alumnos inscritos en el turno vespertino y se procedió a realizar el análisis estadístico y presentar la información en función a distribuciones porcentuales. La información asentada en los cuestionarios se vació en una base de datos y posteriormente fueron analizados con el paquete estadístico Excel. La información se presentara en función de distribución porcentual de las variables estadísticas descriptiva.

5.2 TIPO DE ESTUDIO.

Transversal descriptivo

5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Alumnos que cursan el quinto año de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología.

5.4 MUESTRA

Alumnos inscritos en las clínicas periféricas Águilas, Vallejo Dr. Salazar Illarregui y Padierna del turno vespertino.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Alumnos inscritos en las clínicas periféricas
- Alumnos que pertenezcan al turno vespertino
- Alumnos que cursen la Clínica Integrada Niños.

5.6 VARIABLES DE ESTUDIO.

- Técnica de restricción física utilizada en las clínicas periféricas.
- Edad en que son utilizadas las técnicas de restricción física.
- Motivos por los cuales son aplicadas las técnicas de restricción física.

Variable Dependiente

Técnica de restricción física utilizada.

Variables Independientes

- Edad de los niños
- Conducta de los niños
- Clínica Periférica

5.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Técnicas de restricción: Se define como aquellas técnicas que controlan o limitan los movimientos de los niños para su protección al realizar un tratamiento.⁶²

Edad: Se determinará en años cumplidos.

⁶² Barberia Op. Cit....133

Conducta: Manera de conducirse una persona en la relaciones con los demás según una norma moral, social, cultural.⁶³

5.8 RECURSOS.

Humanos: Tutora: C.D. Maria Elena Nieto Cruz

Asesora: Mtra. Arcelia Meléndez Ocampo

Materiales: 70 Encuestas útiles

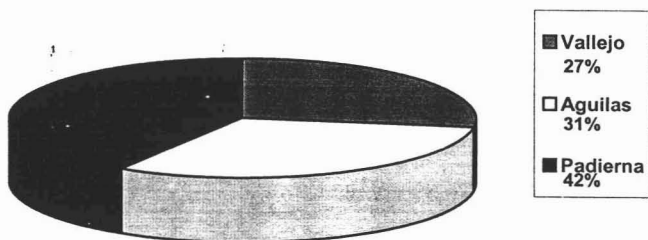
⁶³ http://www.te.ipn.mx/IIIjornadas/maincom_glosario.htm

6. RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y CLÍNICA PERIFÉRICA.-

Se seleccionó una muestra 70 alumnos de ambos sexos de las clínicas periféricas., donde Vallejo representa el 27%, Aguilas el 31% y Padierna el 47% (Grafica 1).

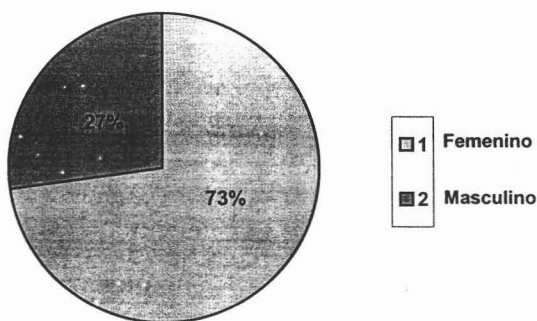
Grafica 1. Alumnos de clínicas periféricas.



Fuente directa.

Respecto a la distribución por sexo en las distintas clínicas el 73% (n=51) correspondió al sexo femenino y 27% al masculino.(n=19). Se observó con base a la distribución de los alumnos por sexo de cada clínica periférica que la mayoría pertenece al sexo femenino.(Gráfica 2).

Gráfica 2. Porcentaje de alumnos por sexo.



Fuente directa.

La presencia femenina es mayor que la masculina en todas las clínicas, sobre todo en la clínica de las Águilas. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución Porcentual por Sexo de Alumnos de la Clínicas Periféricas

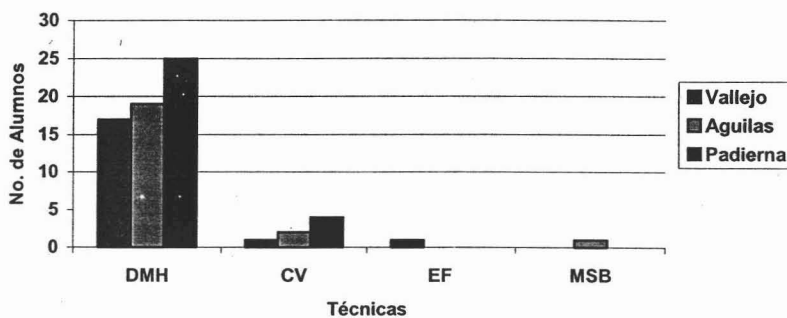
Clínica	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Vallejo	58	42	100%
Águilas	82	18	100%
Padierna	76	24	100%

Fuente directa.

TÉCNICAS DE CONTROL DE CONDUCTA.

Existe variación entre el uso de las diferentes técnicas de control de conducta que utilizan los alumnos en las clínicas. (Gráfica 3)

Gráfica 3. Técnica de control de conducta utilizada con más frecuencia



Fuente directa.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TÉCNICAS DE CONTROL DE CONDUCTA POR CLÍNICA PERIFÉRICA.

La Técnica de control de conducta más utilizada en la Clínica Periférica Vallejo fue la de Decir-mostrar-hacer con un 90%, de las demás técnicas solo el 5% respondió utilizar Control de voz, al igual que para la técnica de enfoque físico.

Los resultados obtenidos en la clínica Águilas donde el 5% respondió utilizar la técnica de Mano sobre boca, el 9% la técnica de control de voz y el 86% manifestó utilizar la técnica de Decir-mostrar-hacer.

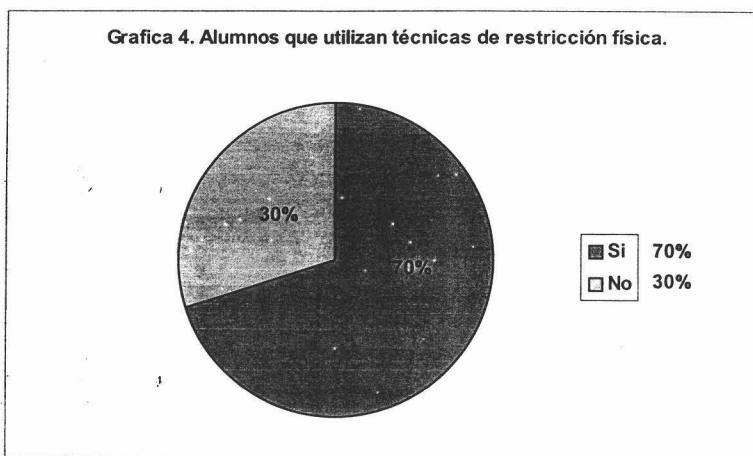
Con respecto a la clínica periférica Padierna se encontró que el 86% de los alumnos utiliza la técnica Decir-mostrar-hacer y el 14% utiliza el Control de voz.

Tabla 2. Distribución Porcentaje de Técnicas de Control de Conducta Utilizadas por los Alumnos de las Clínicas Periféricas

Técnicas	Clínicas		
	Vallejo	Águilas	Padierna
DMH	90	86	86
CV	5	9	14
EF	5	0	0
MSB	0	5	0
Total	100%	100%	100%

Fuente directa.

Ahora bien, en la Grafica 4, se observan los porcentajes para el reactivo 2 **¿Utilizas técnicas de restricción física?**; de acuerdo a estos porcentajes se puede decir que el 70% (n=49) de los alumnos de la muestra, sí utilizan técnicas de restricción física, mientras que el 30% (n=21) contesto no utilizarlas.



Fuente directa.

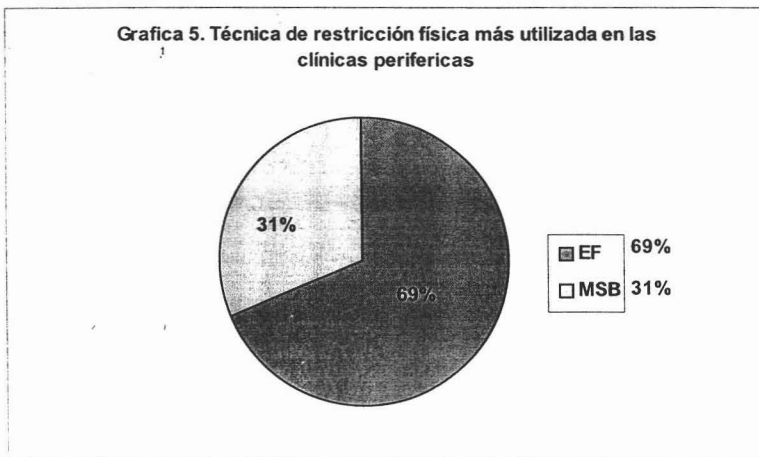
En la tabla 3 se muestra la distribución porcentual de los alumnos que utilizan Técnicas de restricción física por clínica periférica

Tabla 3. Distribución Porcentual de Alumnos de las Clínicas Periféricas que Utilizan Técnicas de Restricción Física

	Vallejo	Águilas	Padierna
Si	68	68	72
No	32	32	28
Total	100%	100%	100%

Fuente directa.

De acuerdo con los resultados anteriores, al 70% de alumnos de las clínicas periféricas que mencionaron utilizar técnicas de restricción física, se les pregunta: **¿Cuál es la técnica de restricción física que utilizas con más frecuencia?**; solo el 31% (n=17) de los alumnos utiliza la técnica de "Manos sobre boca" y el 69% (n=32) manejan técnicas de enfoque físico, como se muestra en la Grafica 5.



Fuente directa.

TIPO DE TÉCNICA DE RESTRICCIÓN FÍSICA

A continuación se muestra por clínica periférica la distribución porcentual de las técnicas de restricción física que son utilizadas por alumnos, donde se observo que en las Clínicas Vallejo y Águilas se utiliza más el enfoque físico y en la Clínica Padierna la técnica de mano sobre boca.

Tabla 4. Distribución Porcentual de Técnicas de Restricción Física Utilizadas en Alumnos de las Clínicas Periféricas.

Técnica	Vallejo	Águilas	Padierna
Enfoque Físico	92	80	38
Mano Sobre Boca	8	20	62
Total	100%	100%	100%

Fuente directa.

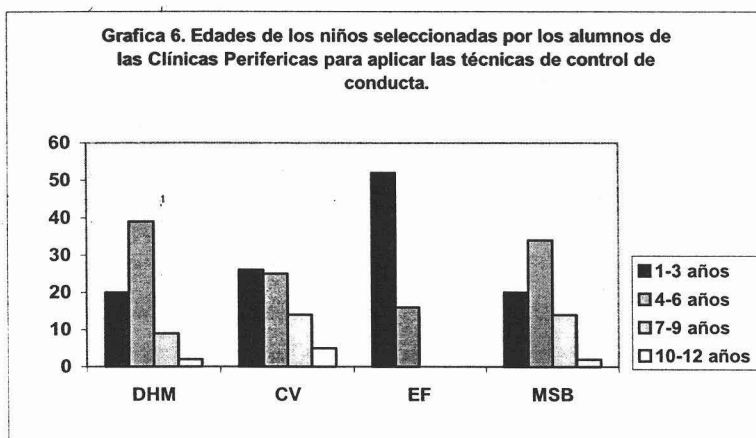
Para aplicar las técnicas de control de conducta que edad de los niños seleccionas para cada una.

En este sentido, los alumnos contestaron para cada una de ellas las diferentes edades en que se deben aplicar dichas técnicas.: para la técnica de Decir-mostrar-hacer, el 56% (n=39) menciono que se utilizaba en la edad de 4-6 años.

Así mismo el 37% (n=26) de los alumnos de las diferentes clínicas utiliza el control de voz a la edad de 1-3 años.

Ahora bien, la respuesta para la técnica de Enfoque físico el 74% (n=52) de los alumnos mencionaron que debe aplicarse a la edad de 1-3años.

Con lo que respecta a la técnica Mano sobre boca el 49% (n=34) respondió que debe aplicarse a la edad de 4-6 años. (Grafica 6)



Fuente directa

PERFIL DE EDAD EN QUE SON APLICADAS LAS TÉCNICAS DE CONTROL DE CONDUCTA POR CLÍNICA

El 63% de los alumnos de la Clínica Periférica Vallejo mencionaron que la **técnica de Decir-mostrar-hacer** se aplica a la edad de 4-6 años, para la **técnica de Control de voz** el 42% mencionó que debe aplicarse a la edad de 4-6 años.

Respecto a **Técnica de enfoque físico** el 74% de los alumnos contestaron que debe utilizarse a la edad de 1-3 años, de esta misma manera, en la **Técnica de Mano sobre boca** el 47% de los alumnos de la Clínica Vallejo respondieron que debe utilizarse a la edad de 4-6 años.

En la Clínica Periférica Águilas, se observó que la **técnica de Decir-mostrar-hacer** debe aplicarse a la edad de 4-6 años (55%), para la **técnica de Control de voz** el 36% menciona que se debe aplicar a la edad de 4-6 años y otro 36% a los 7-9 años, en lo que respecta a la **técnica de enfoque físico** el 77% dijo que se debe ocupar a la edad de 1-3 años, en la **técnica de mano sobre boca** el 59% menciona que debe utilizarse a la edad de 4-6 años.

Así, en la Clínica Periférica Padierna, el 51% respondió que la **técnica de Decir-mostrar-hacer** se debe aplicar de 4-6 años, con lo que respecta al **Control de voz** respondieron que el 55% de los alumnos la aplica en niños de 1-3 años, en la **técnica de Enfoque físico** el 72% de los alumnos respondieron que debe aplicarse en los niños de 1-3 años de edad y el resultado para la **técnica de Mano sobre boca** fue que el 45% aplica la técnica en niños de 1-3 años

Tabla 5. Distribución Porcentual de Edades de los Niños Seleccionadas por los alumnos de las Clínicas Periféricas Para Aplicar las Técnicas de Control de Conducta.

E D A D	Clínicas											
	Vallejo				Águilas				Padierna			
	Técnicas				Técnicas				Técnicas			
	DMH	CV	EF	SB	DMH	CV	EF	MSB	DMH	CV	EF	MSB
1-3	16	21	74	21	23	28	77	13	41	55	72	45
4-6	63	42	26	47	55	36	23	59	52	31	28	41
7-9	21	21	0	26	13	36	0	23	7	7	0	14
10-12	0	16	0	6	9	0	0	5	0	7	0	0
Tot tal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente directa

CRITERIOS POR LOS CUALES LOS ALUMNOS APLICAN LAS TÉCNICAS DE RESTRICCIÓN FÍSICA.

En la Clínica Vallejo el 63% contesto, que el criterio para aplicar las técnicas de restricción era por la edad del niño y en la clínica Águilas el 45% menciona que se aplican por un mal comportamiento del niño.

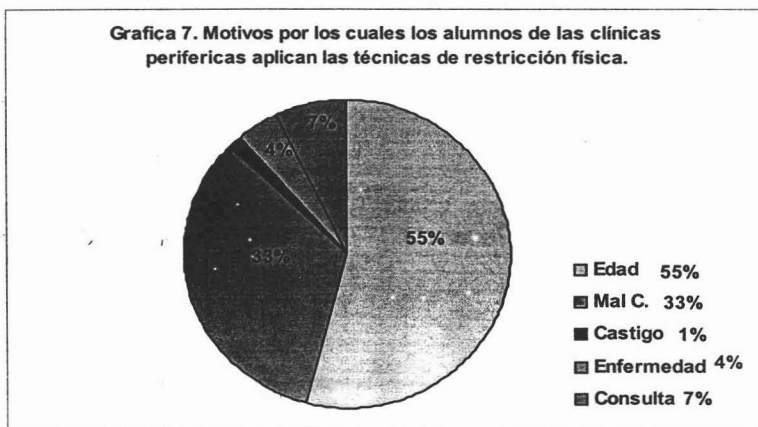
Asimismo, en la clínica Padierna el 59% de los alumnos contesto que el criterio para aplicar técnicas de restricción física se debe a la edad del niño.

Tabla 6. Distribución Porcentual de Criterios por los Cuales los Alumnos de las Clínicas Periféricas Aplican las Técnicas de Restricción de Conducta.

Criterios	Clínicas		
	Vallejo	Águilas	Padierna
Edad	63	41	59
Mal Comportamiento	21	45	31
Castigo	0	0	3
Enfermedad del niño	5	9	0
Parte de la Consulta	11	5	7
Total	100%	100%	100%

Fuente directa

Respecto a los criterios por los cuales se aplican las técnicas de restricción física en las clínicas periféricas, se observó que el 55% (n=38) de los alumnos de dichas periféricas aplican las técnicas dependiendo la edad de los niños, el 33% (n=23) menciona que deben aplicarse por un mal comportamiento, el 7% (n=5) dijo que se aplican como parte de la consulta, el 4% (n=3) por impedimento o enfermedad del niño y finalmente el 1% (n=1) como castigo.



Fuente directa

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El objetivo principal del presente estudio fue aportar información para detectar cual es la técnica de restricción física más utilizada por los alumnos de las diferentes clínicas periféricas, siendo uno de los propósitos particulares, averiguar las edades de los niños que seleccionan para aplicar dichas técnicas y determinar si hay alguna relación entre las clínicas periféricas con respecto a las técnicas, edades y motivos de su aplicación por los alumnos.

Los resultados encontrados nos permitieron confirmar que en las clínicas periféricas, casi el total de los alumnos respondió que dentro de las Técnicas de control de conducta aplicaban más frecuentemente las Técnicas de Decir-mostrar-hacer y control de voz, .

De igual forma se encontró que independientemente de las clínicas, los alumnos aplican técnicas de restricción física, dentro de las cuales se encuentra el Enfoque físico y Mano sobre boca, de estos dos el más utilizado es el Enfoque Físico en las clínicas Vallejo y Águilas, en cambio en la clínica Padierna la más utilizada es la técnica de Mano sobre boca.

En relación con la aplicación de las técnicas de restricción física por edad de los niños, cabe mencionar que la mayoría de los alumnos mencionó que para enfoque físico la edad en la que se aplica es de uno a tres años y para mano sobre boca es de cuatro a seis años.

Finalmente, en relación con los criterios por los cuales aplican las técnicas de restricción física, se observó que los alumnos de las diferentes clínicas mencionaron que el criterio para la aplicación dependía principalmente de la

edad del niño, por otro lado otros alumnos mencionaron que se aplicaban por el mal comportamiento de los niños, y la minoría mencionó que se debía aplicar por impedimento o enfermedad del niño, como parte de la consulta y como castigo.

En conclusión, se puede decir que dentro de las principales funciones del cirujano dentista es el poder afrontar los problemas de conducta que presentan los niños durante la consulta, para que así de esta manera, pueda realizar un mejor tratamiento.

Aunque algunas actitudes en los niños pueden ser modificadas con las distintas técnicas de control de conducta, el cirujano dentista tendrá que tener acceso a información sobre el tema, para que este mejor capacitado para poder afrontar cualquier situación.

BIBLIOGRAFÍA

Abushal, Adenubi. "Attitudes of Saudi parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry". Journal of Dentistry for Children. Vol.70, No.2, 2003. Pag.104 - 110

Aitken Jennifer, "The effects of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients". Journal of the American Academy of Pediatric Dentistry, Vol.24 No. 2. 2002. Pag 114 -118

Alcántara V. "Utilización del Consentimiento Informado por Odontopediatras en la Ciudad de México" Vol. LXI, No.1.2004. Pag.35-38

Arrrup Kristina, "Lack of cooperation in pediatric dentistry-the role of child personality characteristics". Journal of the American Academy of Pediatric Dentistry, vol 24, No. 2, 2002. Pag.119 -128

Barbería Leache E. "Odontopediatría" Editorial Masson. Madrid, 2002. Pag.127 - 138

Beng O. "Odontopediatría .Enfoque sistémico" Editorial. Salvat. Barcelona, España, 1985. Pag. 33-47

De Figueiredo Walter L.R. "Odontología para el Bebé". Editorial. AMOLCA. 2000. Pag.9-23

Escobar Muñoz Fernando. "Odontología Pediátrica". Editorial AMOLCA. Caracas-Venezuela, 2004. Pag.31- 56

Folayan, Ufomata "The effect of psychological management on dental anxiety in children". The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. Vol.27, No.4, 2003. Pag.365-366.

Goran Koch. "Odontopediatría Enfoque Clínico" Editorial Medica Panamericana. 1994. Pag.40-49

Hernández Victoria "Actitudes de los padres en el tratamiento odontológico de los pacientes pediátricos". Medicina Oral, Vol. VI, No.1, 2004. Pag 28-30.

Holloway P. J. "Salud Dental Infantil". Editorial Mundi S.A.I.C. y F. Argentina, 1ra. Edición. Pag.25-42

Leyt Samuel "El Niño en la Odontología". Editorial. MUNDI. S.A.I.C y F. 1ra. Edición. Argentina. Pag. 28-50

Mc Donald E. Ralph. "Odontología Pediátrica y del Adolescente." Editorial. Panamericana. Argentina. 1990. Pag. 45-67

Papalia Diane E. "Psicología". Editorial McGraw-Hill, España, 1994. Pag. 520, 702

Pinkham J.R. "Odontología Pediátrica" Editorial Interamericana Mc-Graw-Hill. 1994. Pag. 348- 361

Raymond L. Braham. "Odontología Pediátrica". Editorial panamericana, Argentina, 1984. pag. 451-457.

Ripa Louis W. DDS.MS. "Manejo de la Conducta Odontológica del Niño". Editorial MUNDI SAIC y F. Buenos Aires Argentina, 1984. Pag. 63-93

Snawder Kenneth D. "Manual de Odontopediatría Clínica". Editorial Labor S.A, España, 1984. Pag 44 -61

Sogbe de Agell Rosemary. "Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica". Editorial Disinlmed, C.A. Caracas, 1996. Pag 19- 57

Zadik Dan, "Manejament of the crying child during dental treatment". American Society of Dentistry for Children, vol 67, No. 1, 2000. Pag. 55- 58

http://www.te.ipn.mx/IIIjornadas/maincom_glosario.htm.

Instituto de Ciencias de la Salud. Medellin Colombia,
<http://www.encolombia.com/ortopedivo197guiademanejo9-2b.htm>.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

No.

Seminario de Titulación de Epidemiología y Salud Pública Bucal

Clinica Periférica: _____ TURNO M V EDAD SEXO M F

1. ¿Cuál es la técnica de control de conducta que utilizas con más frecuencia?

- a) Decir mostrar y hacer
- b) Control de voz
- c) Técnicas de enfoque físico
- d) Mano sobre boca

2. ¿Utilizas técnicas de restricción física? 1. SI 2. NO

En caso afirmativo contestar la pregunta 3

3. ¿Cuál es la técnica de restricción física que utilizas con más frecuencia?

- a) Enfoque físico
- b) Mano sobre boca

4. Para aplicar las técnicas de control de conducta que edad de los niños seleccionas para cada una.

Técnicas	Edad			
	1-3 años	4-6 años	7-9 años	10-12 años
Decir, mostrar y hacer.				
Control de voz				
Enfoque físico				
Mano sobre boca				

5. ¿Cuál crees que sea el criterio para utilizar las técnicas de restricción física?

- a) Edad del niño
- b) Mal comportamiento
- c) Como castigo
- d) Por impedimento o enfermedad del niño
- e) Como parte de la consulta para un mejor tratamiento.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
ASUNTO: Solicitud de participación
OFICIO 18/02/05

CD. Ramón Rodríguez Juárez
Jefe de Enseñanza de la Clínica Vallejo. FO. UNAM
P r e s e n t e

Por este conducto me dirijo a Ud. para solicitar permita que la alumna Karime Saloma García realice un levantamiento epidemiológico sobre diferentes aspectos del manejo del paciente pediátrico por parte de los alumnos en la clínica a su digno cargo.

Lo anterior en virtud a que esta información será el contexto del desarrollo de la Tesina de la citada alumna denominada Técnicas de restricción física utilizadas por los alumnos de tres Clínicas Periféricas, FO. UNAM 2005.

Agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 19 febrero del 2005.

Mtra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Cecilia Pelayo
[Firma]
21/ ABR/05

Ccp. Mtro. Manuel García Luna. Secretario Académico de la Facultad.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
ASUNTO: Solicitud de participación
OFICIO 18/02/05

CD. Eduardo A Ventura Morales
Jefe de Enseñanza de la Clínica Las Águilas. FO. UNAM
Presente

Por este conducto me dirijo a Ud. para solicitar permita que la alumna Karime Saloma García realice un levantamiento epidemiológico sobre diferentes aspectos del manejo del paciente pediátrico por parte de los alumnos en la clínica a su digno cargo.

Lo anterior en virtud a que esta información será el contexto del desarrollo de la Tesina de la citada alumna denominada Técnicas de restricción física utilizadas por los alumnos de tres Clínicas Periféricas, FO. UNAM 2005.

Agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Ciudad Universitaria, DF a 19 febrero del 2005.



Mtra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



Recibi
5/02/05



VERDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
ASUNTO: Solicitud de participación
OFICIO 18/02/05

CD. Javier Alejandro Romero Guízar
Jefe de Enseñanza de la Clínica Padierna. FO. UNAM
P r e s e n t e

Por este conducto me dirijo a Ud. para solicitar permita que la alumna Karime Sóloma García realice un levantamiento epidemiológico sobre diferentes aspectos del manejo del paciente pediátrico por parte de los alumnos en la clínica a su digno cargo.

Lo anterior en virtud a que esta información será el contexto del desarrollo de la Tesina de la citada alumna denominada Técnicas de restricción física utilizadas por los alumnos de tres Clínicas Periféricas, FO. UNAM 2005.

Agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 19 febrero del 2005.

Meléndez

Mtra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura

OCAMPO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA
Y SALUD PÚBLICA

Recibi
04-04-05

Ccp. Mtro. Manuel García Luna. Secretario Académico de la Facultad.