



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LOS PADRES DE
FAMILIA SOBRE LAS TÉCNICAS DE MANEJO
CONDUCTUAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA
CLÍNICA PERIFÉRICA AZCAPOTZALCO**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

EDGAR YAIR LÓPEZ JIMÉNEZ

**DIRECTORA: C.D. PATRICIA HENONÍN PALACIOS
ASESORA: C.D. ROSA EUGENIA VERA SERNA**

MÉXICO D. F.

ABRIL 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Dios principalmente por darme la oportunidad de existir y guiar todos los momentos de mi vida.

A mis padres Isaías y Marina por darme la vida, por su apoyo incondicional, cariño y comprensión, los amo.

A mis hermanos Isaías y Erik por su compañía a lo largo de estos años que hemos compartido juntos y por todo el cariño que me demuestran, los quiero mucho.

A mis abuelos Pablo y Carmen por cuidarme y quererme desde que nací, son un gran ejemplo para mí, este logro también es de ustedes.

A mis tíos Roque, Antonio, Martín y Mayra por estar al pendiente de mí en todo momento y por todo el apoyo que siempre me dan.

A mis abuelos Justino y Eusebia, a mis tíos Felipe, David, Alfonso, Emma⁺ los quiero.

A Elías López, gracias "Gigio" por todo tu apoyo y por compartir 5 grandes años de experiencias muy especiales conmigo y sobre todo porqué soy muy afortunado de ser tu amigo.

A mis amigos de la Facultad, Ciro G., Abraham V., Brenda Z., Oliva G., Mariana G., José Luis R.

A mis profesores que a lo largo de la carrera me transmitieron sus conocimientos y sobre todo por su calidad humana.

A la Clínica Periférica Azcapotzalco, Dr. René Arau, Dra. Consuelo, Dra. Laura, Dra. Elvia, Dra. Alma, Dra. Josefina, Dr. Carlos, Sr. Rubén, Vicky, Jaime, Sr. Martín, por sus enseñanzas y por hacer de ese año uno de los mejores de mi vida.

Al Centro Escolar Cedros y a la Universidad Panamericana Preparatoria, por haberme inculcado grandes valores y por haber sido pilar en mi formación educativa y humanística.

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, porque es un orgullo el haber estudiado y egresado de ella y sobretodo por formarme como profesionista y como ser humano.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1.- ANTECEDENTES	1
2.- MARCO TEÒRICO	2
2.1 Desarrollo psicológico del niño de 3 a 5 años de edad	2
2.1.1 Niños de 3 años de edad	2
2.1.2 Niños de 4 años de edad	4
2.1.3 Niños de 5 años de edad	5
2.2 Factores que influyen en el comportamiento del niño durante e tratamiento dental	7
2.2.1 Miedo	7
2.2.2 Ansiedad	9
2.2.3 Comportamiento de los padres en el tratamiento dental de sus hijos	11
2.3 Técnicas de manejo de conducta del paciente pediátrico	15
2.3.1 Técnicas de comunicación.	15
2.3.1.1 Control de voz	15
2.3.1.2 Lenguaje pediátrico	16
2.3.1.3 Decir-Mostrar-Hacer	18

2.3.2	Técnicas de modificación de la conducta	20
2.3.2.1	Refuerzo	20
2.3.2.2	Desensibilización	21
2.3.2.3	Imitación o Modelamiento	22
2.3.3	Técnicas de enfoque físico	24
2.3.3.1	Abrebocas	24
2.3.3.2	Técnica de mano sobre boca	25
2.3.3.3	Control físico por parte del profesional	28
2.3.3.4	Control mediante dispositivos específicos	29
2.3.4	Sedación y Anestesia General	30
2.3.4.1	Sedación consciente	30
2.3.4.2	Sedación ligera	31
2.3.4.3	Sedación profunda	32
2.3.4.4	Anestesia General	32
2.4	Consentimiento informado	35
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	40
4.	JUSTIFICACIÓN	40
5.	OBJETIVOS	40
5.1	General	40
5.2	Específico	40
6.	METODOLOGÍA	41
6.1	Material y Método	41

6.2 Tipo de estudio	41
6.3 Población de estudio	41
6.4 Criterios de inclusión	42
6.5 Criterios de exclusión	42
6.6 Variables	42
6.6.1 Dependientes	42
6.6.2 Independientes	42
6.7 Análisis de la información	43
6.8 Recursos	43
6.8.1 Materiales	43
6.8.2 Humanos	43
6.8.3 Financieros	43
7. RESULTADOS	44
8. CONCLUSIONES	51
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
10. ANEXO	56

INTRODUCCIÓN

Es muy común que en la práctica general privada lleguen al consultorio dental pacientes pediátricos que muchas veces son remitidos debido a que el dentista no se siente capaz o desconoce como tratarlos.

El odontólogo de práctica general tiene la obligación de conocer todas las técnicas de manejo de conducta y saberlas emplear, todo esto para brindarle un mejor servicio al paciente.

Cabe señalar que varias técnicas de manejo conductual han creado polémica en los padres de familia principalmente las de restricción física, debido a que piensan que se maltrata a sus hijos, todo esto debido a que no están informados, para ser más preciso el odontólogo no les informa de los procedimientos que se tienen que realizar cuando el paciente no está cooperando para que sea atendido.

La finalidad de éste trabajo es conocer que tanto saben los padres de familia acerca de las técnicas de manejo de conducta que se emplean en la atención dental de sus hijos así como saber si las aceptan o no, por otra parte hacer del conocimiento del Cirujano Dentista del consentimiento informado que es un documento que completa el expediente clínico, además de que ante cualquier queja de los padres de los pacientes pediátricos sirve como documento legal.

Una parte muy importante del empleo de las técnicas de manejo de conducta es la edad del niño, debido a que existen diversas técnicas y cada paciente se comporta de manera diferente antes y durante el tratamiento dental.

Dependiendo de la edad es el comportamiento del niño, conforme va desarrollándose tanto física como mentalmente va cambiando su actitud, amplia su vocabulario, se vuelve más sociable, cabe señalar que existen excepciones.

Se debe conversar con los padres de familia y realizar a conciencia la Historia Clínica para darnos una idea de cómo es nuestro paciente y de cómo lo podemos abordar psicológicamente.

En México muchos odontólogos no tienen conocimiento del consentimiento informado y no acostumbran informar a los padres de familia, en países europeos y en Estados Unidos de Norteamérica es un requisito indispensable este documento para la conformación del expediente clínico.

A la Dra. Patricia Henonin Palacios por estar pendiente de mí en el transcurso de la elaboración de éste trabajo, gracias por todo su apoyo y dedicación.

A la Dra. Rosy Vera por terminar de despertar en mí el gusto por la Odontopediatría, por las enseñanzas que nos transmitió en la Clínica por la dedicación que empleó para que saliera bien este trabajo, soy muy afortunado por haberla conocido la admiro mucho.



1. ANTECEDENTES

Al verificar la literatura relacionada con el tema me enconaré que efectivamente existe mucha información en revistas, libros, tesis y tesinas, pero no están relacionadas o más bien no están enfocadas al conocimiento que tienen los padres de familia acerca de las técnicas de manejo conductual del paciente pediátrico y mucho menos de la aceptación que tienen.

En el año de 1920 la Dr. Evangeline Jordan fue la primera en utilizar la técnica de mano sobre boca utilizando una compresa, con el paso del tiempo se ha ido modificando dicha técnica, y siempre ha causado controversia, pero es aceptada internacionalmente.



2. MARCO TEÒRICO.

2.1 DESARROLLO PSICOLÒGICO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD.

Según Correa los niños hasta los 3 ò 4 años experimentan más miedo debido a que los factores tales como la inmadurez en función del estado de desarrollo cognoscitivo, ansiedad de separación de la madre, ansiedad delante de extraños, etc., que hacen parte del repertorio de miedos específicos o peculiares de los primeros años del niño.

2.1.1 Niños de 3 años de edad.

El niño todavía es a menudo desconfiado con los extraños, pero el proceso de socialización ya ha comenzado y el niño desea satisfacer, con límites razonables. La percepción del tiempo y la paciencia de niño son limitadas, deben ser considerados al planificar el tratamiento¹.



Figura1²¹. Niño de 3 años de edad

En esta etapa el niño empieza a comunicar y razonar, posee las estructuras básicas del lenguaje y es capaz de construir frases de 3 palabras así como tener una comprensión del habla en un 70 u 80 %, su vocabulario abarca aproximadamente 1000 palabras.

Le gusta hacer amigos. Le encantan las nuevas experiencias que pueden influir en su conducta positivamente. Se muestra muy susceptible al elogio. Es capaz de comprender y realizar órdenes verbales².

A esta edad suelen aparecer los miedos con mayor intensidad y será capaz de expresarlos verbalmente.

Planteará repetidamente preguntas por lo que tenemos que intentar responder para así lograr desarrollar su lenguaje y su inteligencia.

Es menos egocéntrico, le gusta agradar, tiene imaginación muy activa y le gustan los cuentos. Sigue muy unido a uno de los padres.

Es muy importante que los padres no lo sobreprotejan, pues con ello no se favorece su autonomía y por el contrario se acentuaría más su inseguridad.

En ciertos niños puede hacer su aparición la no coordinación en varios aspectos como por ejemplo: morderse las uñas, hurgarse la nariz, tartamudear, tics faciales, caídas y succión del pulgar.

Se sugiere que el odontólogo continúe dando órdenes sencillas así como alabar la conducta positiva para obtener buenos resultados en el tratamiento además de que el niño a esta edad necesita comprensión, cariño y afecto.

2.1.2 Niños de 4 años de edad.

Ha adquirido cierto grado de autosuficiencia e independencia y puede estar en la presencia de uno de sus progenitores en el consultorio dental. Ahora el niño es por lo general una persona sociable que desea imitar a los adultos, conversa y tiene voluntad de cooperar¹.

A esta edad se tiene la capacidad de perder el control en todos los aspectos de la conducta. Pega, pateo y rompe cosas en accesos de ira².

Intenta interponerse y realiza actividades con mas independencia, ya es capaz de construir frases de 4 palabras puede llegar a utilizar un lenguaje ofensivo y chocante, su vocabulario es de 2000 palabras por lo que es un gran conversador y realiza muchas preguntas tiene demasiada imaginación su comprensión del lenguaje es del 100 %.

Por lo general le cuesta compartir sus juguetes con otros niños y en ocasiones necesita llevarlos consigo a donde vaya.

Le gustan mucho los aspectos tridimensionales de los objetos y es donde podemos indagar para emplear materiales didácticos que nos ayuden a obtener una buena respuesta de la conducta durante el tratamiento dental.



Fuente directa. Niña de 4 años de edad

En general, la criatura de 4 años que ha tenido una vida familiar feliz con un grado normal de educación y disciplina será un paciente cooperador⁴.

2.1.3 Niños de 5 años de edad.

Está en el período preescolar más armonioso y por el corriente es un paciente dental muy adaptable. El pequeño es muy sensible a los elogios y la adulación. Está en desarrollando movimientos motores finos, aunque no es capaz de aprender como usar en forma correcta una técnica de cepillado¹.

A esta edad las relaciones personales y sociales están mejor definidas y el niño no suele temer dejar al padre en la sala de recepción.

Los niños de este grupo cronológico suelen estar muy orgullosos de sus pertenencias y sus ropas, responden bien a comentarios sobre su aspecto personal.

Los comentarios sobre sus vestidos pueden ser empleados eficazmente para establecer comunicación con un paciente nuevo⁴.

El niño puede armar frases de 5 y 6 palabras debido a que su vocabulario se ha enriquecido.



Figura 2²². Niños de 5 años de edad

La madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella obedecerla y complacerla².

En cuanto a la memoria va a retener con mayor facilidad lo que es de su interés y ahora lo hará claramente.

Se encuentra vinculado a la familia quien lo equilibra debido a que la relación con el entorno le puede llegar a provocar frustraciones.



2.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL.

El miedo y la ansiedad son dos factores que influyen en el tratamiento dental impidiendo que el paciente pediátrico pueda cooperar lo que implica dificultad para realizar el tratamiento y una pérdida de tiempo innecesaria, y será más grave obtener resultados insatisfactorios.

2.2.1 Miedo.

Es la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física al dolor².

La etiología del miedo en el consultorio dental es multifactorial, el miedo hacia los procedimientos dentales, se incrementan con el relato de experiencias dentales dolorosas⁵.

Es por eso que no nos debe sorprender si el niño es aprensivo al visitarnos.

Un niño con miedo representa un reto enorme para el odontólogo así como para maestros, médicos, padres y cualquiera que lo trate.

Estos miedos incluyen temor a las agujas, miedo a la lesión corporal y temor en general a lo desconocido³.



Fuente directa. Niño con miedo

Klatchoian por su parte, plantea que el miedo odontológico como cualquier otro miedo infantil es probablemente determinado por factores situacionales inespecíficos, que tienden a disminuir con el aumento de la edad y madurez.

Para el niño el expresar sus miedos puede ser una forma de pedir ayuda por lo que el sentir miedo es parte de una etapa normal en la infancia.

Una parte muy importante y que puede considerarse como fundamental es la relación entre el odontólogo y el paciente pediátrico debido a que podemos ganarnos su confianza y así poder reducir en mucho el miedo que el niño pueda llegar a mostrar.

En el momento que el niño siente miedo sabe que pateando, gritando o incluso intentando vomitar va a provocar compasión en sus padres lo que para ellos es una justificación para suspender el tratamiento.

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

La motivación para enfrentar el miedo se vincula con las demandas del ambiente, las prácticas de crianza y las impuestas por visitar al dentista¹.

No se debe suponer que todos los niños presentan miedo en el tratamiento dental, los que llegan a tener miedo es que pueden estar imitando a alguien o haberlo adquirido basándose en una experiencia real.

Los niños con miedos adquiridos de sus pares u otras personas deben experimentar el procedimiento dental para aprender que es diferente de los que pensaban.

Forzar al niño temeroso a que acepte un examen bucal u otro procedimiento odontológico a menudo le probará que no hay nada que temer⁴.

2.2.2 Ansiedad.

Es un estado emocional que se origina de fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales².

En cierto modo la ansiedad es temor a lo desconocido.

El niño tiene mas tendencia a sufrir ansiedad que el adulto debido a que la mente del infante se lleva más por fantasías, es un sistema de alerta o motivador que pone al niño al pendiente de determinada situación.

Los niños ansiosos son esencialmente temerosos de toda nueva experiencia y su reacción puede ser violentamente agresiva, con un despliegue de rabietas en el consultorio⁴.

En cualquier situación inclusive en el consultorio dental la ansiedad ayuda al niño a mejorar determinada situación de forma correcta, esto lo debe de aprovechar el odontólogo para ayudar a controlar esa ansiedad adecuadamente y de ese modo que el paciente pediátrico logre manejar su ansiedad en beneficio del tratamiento dental y de consultas futuras.



Figura 3²³.Niña con ansiedad

Se piensa que en los niños una rabieta suele ser una reacción que oculta lo que pasa “entre bambalinas” y va siempre asociada a un estado de ansiedad o inseguridad².

La ansiedad no tiene una respuesta clara del paciente. Simplemente no se siente bien o no esta dispuesto a aceptar ciertas experiencias⁶.

Está presente en los niños que se encuentran emocionalmente afectados, es más común en pacientes de 2 a 5 años de edad y es más frecuente en hombres que en mujeres.

Una forma de aliviar el miedo y la ansiedad es instalar en el niño actitudes de modelos positivos, ganarnos su confianza demostrándole, cariño y afecto.

2.2.3 Comportamiento de los padres en el tratamiento dental de sus hijos.

Cuando los padres acuden al consultorio para la atención dental de sus hijos deben depositar su confianza en el odontólogo puesto que este sabrá como preparar emocionalmente al niño para el tratamiento que necesite.

La influencia de los padres sobre la visión del niño respecto a la odontología es un factor primordial. Si es positiva, el niño se sentirá alentado a responder favorablemente. En contraste, una influencia negativa por cierto desalentará actitudes positivas hacia el medio odontológico⁷.

Los padres moldean la conducta de sus hijos desde el momento en que nacen por medio de un refuerzo y rechazo selectivos ante unos comportamientos específicos, con técnicas basadas en la disciplina y con el grado de libertad que les consienten. Al menos en los primeros años de vida, los niños aprenden de sus padres lo que deben y lo que no deben hacer.

El Dr. Ralph E. Mc Donald menciona que existen 4 tipos de padres que podemos identificar en la consulta dental:

1.- Padres que protegen en exceso al niño: impiden con frecuencia una evolución natural hacia la independencia; es por ejemplo el caso del padre o de la madre que independientemente de la edad del niño, insiste en permanecer junto a él. Este tipo de padres se sienten conformes cuando se les dice que su hijo no tiene miedo y que es básico que el odontólogo establezca una relación unipersonal con el niño.

2.- Padres manipuladores: Las conductas manipuladoras se manifiestan por una actitud de demanda exagerada. Aunque en un principio estas demandas pueden centrarse en la hora de la visita, también pueden ampliarse hasta pretender orientar el diagnóstico y tratamiento del niño. Con los padres manipuladores deberá establecerse un diálogo que les haga entrar en razón.

3.- Padres hostiles: en general, no solo es una cuestión de desconocimiento, sino que se enfrentan al problema con la desconfianza. El motivo de la esta hostilidad suele tener su origen en las siguientes circunstancias: penosas experiencias anteriores en la consulta odontológica, actitud negativa general ante todos los profesionales de la salud, sensación de inseguridad en un ambiente que le es extraño y conceptos equivocados sobre la odontología. El odontólogo tiene que tener paciencia con estos padres, puesto que en ocasiones ocurre sencillamente que no entienden el tratamiento que se les propone.

4.- Padres negligentes: Se descubren ante el incumplimiento repetido de las citas, porque no llaman para pedir hora o porque no cumplen ni supervisan los programas de higiene ni los hábitos de su hijo. A pesar de llevar a sus hijos al odontólogo, algunos padres no están concientes de las ventajas de una adecuada higiene oral. Hay que proyectar sobre ellos una sensación de tolerancia y de preocupación.

El odontólogo debe tener la capacidad de reconocer este tipo de actitudes que puede llegar a presentar ya sea el padre o la madre del niño incluso ambos y establecer un diálogo ameno en el que los padres estén tranquilos y de acuerdo del tratamiento que se va a llevar a cabo.

Es muy importante que los padres preparen a sus hijos antes de la visita dental, deben evitar mencionar palabras como: aguja, inyección, dolor,

etc., al contrario deben motivar al niño para que no llegue con dudas o miedo.

Se debe enseñar al niño que la consulta dental no es un lugar que deba ser temido. La odontología nunca debe ser usada por los padres como una amenaza hacia el niño. Llevarlo al odontólogo jamás debe implicar castigo².

Los padres deben acostumbrar a los niños a llevarlos al consultorio no precisamente cuando tengan dolor, simplemente para que ellos se vayan familiarizando con el ambiente, pero lo más importante es que acudan con el odontólogo como método de prevención, una buena estrategia es darle un recorrido al niño por el consultorio y terminando éste darle un pequeño obsequio.

Tampoco se debe sobornar al niño a que acuda a la consulta dental debido a que a los pequeños les da a entender que están a punto de enfrentarse a un peligro o a algo que les desagrada.

Históricamente los padres han sido excluidos durante la atención operatoria de sus hijos en la visita dental porque pueden incrementar los problemas en el manejo, retrasar el tratamiento e interferir con el dentista para establecer una buena relación y comunicación con el paciente.

Se debe reconocer dentro del consultorio la autoridad del odontólogo y el hecho de que los padres estén presentes dificulta el reconocimiento de dicha autoridad por parte del niño y le crean confusión las indicaciones que dan los padres al intentar colaborar con el dentista.

Wright y colaboradores reportaron la correlación entre la ansiedad materna, la ansiedad del niño, y el comportamiento negativo en el

consultorio dental, indicando la molesta influencia causada por la ansiedad de la madre.

Frank y colaboradores investigaron el efecto de la presencia de los padres en la examinación inicial y en el tratamiento. Ellos concluyeron que en algunos casos la cooperación del niño se incrementa cuando la madre esta presente durante el tratamiento⁸.

El odontólogo es el único que puede decidir si es conveniente que alguno de los padres estén con el niño durante el tratamiento dental.

La madre tiene un papel muy importante en el desarrollo psicológico y en el comportamiento de niño debido a que tienen una relación muy íntima.

La conducta de las madres que participaron el Estudio de Crecimiento de Berkeley arrojó los siguientes resultados: las madres cariñosas tendían a tener niños tranquilos, felices mientras que las hostiles tenían hijos excitables e infelices. En general, las madres que permitían la autonomía y expresaban afecto, tenían hijos amistosos, cooperadores y atentos. Contrariamente, los hijos de las madres punitivas y que eran ignorados, no presentaban éstas características positivas de la conducta⁹.

El odontólogo en la primera cita debe de hacer del conocimiento de los padres las técnicas de manejo de conducta y el porqué de su utilización así como en que casos se utiliza determinada técnica todo esto con el fin de entablar una buena comunicación y relación basada en la confianza además de reducir la ansiedad que se genera por parte de ellos y que se la transmiten a los niños dificultándole al dentista el tratamiento.



2.3 TECNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÀTRICO.

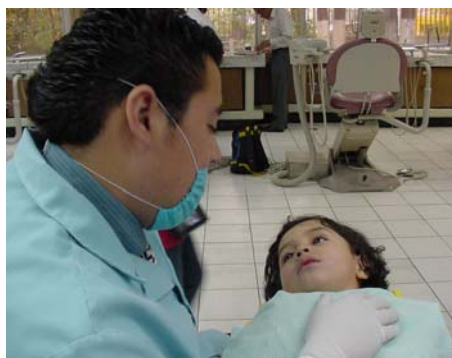
2.3.1 Técnicas de comunicación.

Debemos conocer al niño antes de realizarle cualquier procedimiento, como por ejemplo: experiencias previas, hospitalizaciones, etc. También observándolo desde que está en la sala de espera, toda esta información la obtenemos realizando una buena Historia Clínica.

2.3.1.1 Control de voz.

Está destinada a reestablecer una comunicación perdida con los pacientes debido a una conducta no colaboradora, tratándose generalmente de una rabieta⁴.

La técnica consiste en elevar el tono de voz para conseguir la atención del paciente y va acompañada de la expresión facial. En muchos casos con la simple gesticulación se puede detener la conducta interruptiva que presenta el niño en ese momento.



Fuente directa. Control de voz

Las órdenes súbitas y firmes se utilizan para llamar la atención del niño o para obligarle a que deje de hacer alguna cosa.

Los odontólogos han reconocido siempre las ventajas que tiene el empleo adecuado del control de la voz ante un comportamiento anormal del niño. Greenbaum y colaboradores han aportado una base científica en este hecho. Considerando el empleo de órdenes con voz alta y con voz normal en 40 niños con posibles problemas de comportamiento, demostraron que las primeras conseguían la interrupción de las conductas anormales.

Cuando se logra reestablecer la atención del paciente pediátrico se baja el tono de voz, se le explica y se le dan las instrucciones pertinentes continuando así con el tratamiento, Mc. Donald nombra esta etapa “cambio de ritmo”.

Los objetivos de ésta técnica son:

- 1) Ganar atención y obediencia por parte del paciente pediátrico.
- 2) Evitar el comportamiento negativo del niño.
- 3) Establecer una apropiada comunicación entre el odontólogo y el niño¹⁰.
- 4) Es de gran ayuda esta técnica si se utiliza de forma adecuada.

2.3.1.2 Lenguaje Pediátrico.

El dentista debe tener cuidado en emplear el lenguaje adecuado debido a que debemos adaptarnos al nivel del niño en cuestión de ideas y palabras.

Debe tenerse muy en cuenta la edad del paciente pediátrico para poder emplear las palabras adecuadas que nos permitan dialogar con el niño y

que de esta forma en tienda lo que esperamos de el y del tratamiento a realizar porque no es lo mismo dialogar con un niño de cuatro años que con uno de seis.

El odontólogo puede platicar de otro tipo de situaciones como por ejemplo, de la escuela, cual es su juguete o juego favorito, su deporte predilecto y a que equipo de fútbol le va entre otras cosas, con el objetivo de distraer al niño y no solo esté pensando en los procedimientos dentales.

La distracción es un elemento activo para desviar la atención del niño sobre un determinado procedimiento no agradable. Su objetivo es disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño².

Se debe tener otra connotación diferente de las palabras empleadas para que el niño pueda asimilarlas y no se confunda y evitar que nos éste preguntando cosas lo que retrasaría el tratamiento, con los niños pequeños podemos utilizar la fantasía para explicarle el procedimiento que vamos a realizar o describir el instrumental que vamos a utilizar.

Un ejemplo de la forma en que debemos de emplear el lenguaje pediátrico en un niño puede ser el siguiente: “Voy a ponerte un impermeable (dique de hule) porque voy a utilizar un avioncito que avienta agua (pieza de alta) para poderte quitar los gusanitos (caries) que se están comiendo tu diente”, como ya se había mencionado anteriormente se debe tomar en cuenta la edad del niño.

Nunca se le debe mentir a los niños o engañarlos porque en el momento que ellos descubren que el odontólogo mintió con respecto a algún tema que se comentó porque puede perder completamente la confianza del paciente.

2.3.1.3 Decir-Mostrar-Hacer.

Éste método constituye el fundamento de la fase educacional para inducir en el paciente pediátrico un comportamiento relajado y tolerante³.

Ésta técnica es usada por varios odontopediatras aunque el odontólogo general también la puede emplear. La técnica incluye explicaciones de los procedimientos en frases apropiadas de acuerdo al nivel de comportamiento del niño (decir); demostraciones para el paciente de forma visual, auditiva, olfatoria y tacto del procedimiento que se vaya a realizar (mostrar); y cuando se termina de explicar y demostrar se realiza el tratamiento (hacer)¹⁰.

Tiene como objetivo principal que el odontólogo familiarice al niño con respecto al instrumental, ambiente y personal que ayuda al profesional, se debe llevar a cabo de la siguiente forma:

- Explicarle al niño el procedimiento a seguir antes de comenzar con alguna maniobra o tratamiento, esto para reducir la ansiedad que le produce el simple hecho de estar sentado en el sillón dental.
- Mostrarle al niño como se va a realizar la técnica detalladamente, estando incluidos demostraciones de tipo visual, olfatoria, táctil y auditiva.
- Realizar tal cual la maniobra como se le había mencionado y explicado al niño para evitar cualquier tipo de confusión y por consiguiente despertar desconfianza de él hacia el odontólogo.

Una parte primordial de ésta técnica es que el odontólogo emplee un vocabulario sustituto para el instrumental, aparatos y procedimientos que se van a realizar. Por ejemplo, cuando se le va a realizar al niño una profilaxis, se le dice que vamos a cepillar sus dientes con un cepillo que

da vueltas y una pasta con sabor a chicle, se le muestra el cepillo y para que coopere le decimos que nos preste su dedo y en la uña se hace girar el cepillo para demostrarle que no pasa nada fuera de lo normal.

La técnica de decir-mostrar-hacer debe ser usada para orientar gradualmente la manifestación de estímulos que provocan ansiedad².



Figura 4²³.Técnica decir-mostrar-hacer.

El elogio y la comunicación eficaz combinadas con esta técnica constituyen una combinación inmejorable para el manejo odontopediátrico de la mayor parte de los niños mayores de tres años de edad.

La técnica decir-demostrar- hacer es los acercamientos altamente interactivos que facilitan la comunicación y la simpatía con el paciente. El mismo hecho de que el dentista está tomando tiempo para explicar cosas y para reconocer cualquier sensación de ansiedad o temor del paciente. Quizás lo más importante es el hecho de que se le permite al niño participar activamente y por consiguiente el paciente se entera del funcionamiento del instrumental y aparatos además de los procedimientos que vamos a realizar¹¹.

2.3.2 Técnicas de modificación de la conducta.

2.3.2.1 Refuerzo.

En el proceso por establecer el comportamiento deseado en el paciente es esencial el tener una apropiada reacción para obtener el comportamiento deseado, es una técnica efectiva para reforzar el comportamiento positivo del paciente pediátrico está incluye el modelar el tono de voz, la expresión facial y demostraciones de afecto por parte del odontólogo y sus asistentes¹⁰.

Las leyes de refuerzo dicen que la conducta que es premiada tiende a aparecer más frecuentemente y la conducta que es castigada continúa sin premiarse tiende a extinguirse o desaparecer².

Para aplicar un refuerzo positivo de una manera efectiva es necesario:

- 1) especificar el comportamiento que se espera del niño.
- 2) Aplicar inmediatamente el refuerzo positivo una vez que se ha producido la conducta adecuada¹².

Cuando el paciente coopera con el odontólogo y durante el tratamiento, se comporta de una manera adecuada tenemos que reconocer su esfuerzo con algún incentivo al terminar la consulta (estampas, cepillos dentales, gomas, etc.) o inclusive durante el tratamiento hacerle saber que estamos orgullosos de él por su cooperación a través de gestos, sonrisas o unas palabras de aliento.

Es muy importante que si al final de la sesión el paciente no se comportó de una manera correcta no se le obsequie nada o se le diga que estuvo muy bien porque el odontólogo reforzaría el comportamiento negativo y el

paciente no va a entender que esperamos otro tipo de comportamiento por parte de él, en cambio cuando el dentista no refuerza la actitud positiva demostrada por el niño, ésta se hace débil y se pierde paulatinamente.

2.3.2.2 Desensibilización.

La desensibilización es una técnica utilizada para reducir los temores y tensión del paciente. Se logra enseñando al paciente una respuesta competente como la relajación, y luego se va introduciendo progresivamente estímulos más amenazantes a medida que el paciente se “desensibiliza” frente a los rasgos productores de ansiedad de un procedimiento.

Primero se le mostrará al paciente el instrumental que produce menos miedo (espejo, cepillo de profilaxis, etc.) y después los que generan mas ansiedad (pieza de alta, explorador, etc.).

La técnica implica comúnmente enseñar al paciente cómo inducir un estado de profunda relajación muscular y a describir, mientras está relajado, escenas imaginarias vinculadas con sus temores⁹.

Estas escenas imaginarias deben ser presentadas de forma gradual, de manera que al principio solo se usen escenas que provoquen mínimos miedos².

Con esta técnica el paciente aprovecha y se enseña a canalizar la ansiedad que le invade en determinado momento por una apropiada conducta a través de la relajación.

Es apropiada la maniobra cuando es la primera visita del niño al consultorio, posteriormente cuando se van a realizar procedimientos que el niño no conoce.

2.3.2.3 Imitación o Modelamiento.

Se define como modelamiento o modelaje al cambio de comportamiento que resulta de la observación de otra persona.

También se llama “aprendizaje por imitación” y se ha utilizado mucho en el tratamiento de los temores infantiles¹².

En esta técnica el niño observa a otro niño cuando esta siendo atendido, es mucho mejor cuando observa al hermano más grande o a algún familiar, que si está viendo a un extraño. Si el niño observa que el procedimiento se realizó sin dolor, estará ansioso y dispuesto porque se repita el mismo procedimiento en él¹³.

El odontólogo debe ser cuidadoso de escoger un niño cooperador para obtener buenos resultados y que influya de una manera positiva en el paciente que está observando la sesión. Inclusive se puede utilizar un video en el que de igual modo se observe un comportamiento adecuado en el niño que está siendo atendido.

Las condiciones para que el modelamiento se logre con éxito son:

- 1) El observador esté pendiente y ponga mucha atención.
- 2) El modelo debe tener status.
- 3) Debe haber consecuencias positivas asociadas a la conducta del modelo, que sean apreciadas por el observador¹².

El empleo de un video que muestra la conducta positiva de otro niño durante la visita odontológica ha sido descrito por Relamed y asociados como efectivo para reducir la conducta negativa de niños en su primera experiencia odontológica⁴.

Otra manera de poder emplear esta técnica es diseñar clínicas abiertas en las que el par de niños que se están siendo atendidos se observen mutuamente.

Es de mucha utilidad en niños que aún no han tenido experiencias dentales, puesto que la primera impresión que van a recibir es la que va a ayudar al dentista a abordarlo psicológicamente de una manera adecuada y por consiguiente no tendrá ningún problema para el tratamiento que va a realizarse.

De preferencia el modelamiento debe realizarse en forma gradual (al igual que en la desensibilización) en lo que se refiere a los procedimientos dentales que se tienen pensado realizar con el niño, por ejemplo, primero mostrarle los que producen menor temor y posteriormente las maniobras más complicadas.

Los procedimientos de modelamiento tienen cuatro funciones básicas:

- 1) El estímulo para la adquisición de nuevas conductas;
- 2) Para facilitar conductas que están ya en el repertorio de paciente, en una manera o momento más apropiado;
- 3) Para desinhibir conductas evitadas a causa del miedo;
- 4) Para suprimir temores⁹.

En cualquier ámbito las personas tienen un modelo a seguir y más los niños, esto es lo que debe de aprovechar el dentista para obtener resultados óptimos.

2.3.3 Técnicas de enfoque físico.

Se definen aquellas técnicas que controlan o limitan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales².

A través del tiempo se ha creado mucha controversia por el uso de éstas técnicas debido a que muchos odontólogos por falta de documentación y conocimiento no las aplican, y por supuesto los muchos padres de familia desconocen las técnicas de manejo de conducta.

Tienen como objetivo:

- 1) Recuperar la atención del niño.
- 2) Protegerlo de lesiones.
- 3) Agilizar el tratamiento.
- 4) Hacerle notar la conducta que esperamos de él.

Pueden efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales. Un aspecto de la restricción física se refiere al manejo de los maxilares³.

Las técnicas de restricción física son las siguientes:

2.3.3.1 Abrebocas.

La finalidad del bloque de mordida es mantener abierta la boca del paciente pediátrico durante el tratamiento dental.



Fuente directa. Colocación del abrebocas

Existen distintos tamaños que se seleccionan en función de la edad del niño, al utilizarlos se les atará hilo de seda como dispositivo de seguridad por si lo hemos de sacar súbitamente de la boca ante alguna emergencia².

Otro tipo de abrebocas son los de tijera que tiene la misma finalidad que los bloques de mordida.

2.3.3.2 Técnica de mano sobre boca.

Ha sido utilizada por los odontólogos por mas de cincuenta años, 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 comenzará a razonar”⁹.



Fuente directa. Técnica de mano sobre boca

Es una técnica aceptada para interrumpir una conducta incorrecta por parte del niño que no puede ser modificada con técnicas de manejo de conducta básicas¹⁰.

Los objetivos que se persiguen con esta técnica son los siguientes:

- 1) Reestablecer la atención del paciente entablado comunicación con el dentista explicando el comportamiento que esperamos de él.
- 2) Eliminar el mal comportamiento y ayudar al niño a recobrar el control.
- 3) Evitar la necesidad de utilizar sedación o anestesia general¹⁰.

La técnica puede realizarse de la siguiente forma:

- 1) El odontólogo coloca firmemente la mano sobre la boca del niño.
- 2) El asistente sujeta al niño para que no comience a patear, se mueva o lastime a alguien.
- 3) El odontólogo se comunica con el niño en voz baja y tranquila acercándose al oído dándole las instrucciones adecuadas por ejemplo: “Voy a quitar la mano cuando dejes de gritar y te tranquilices”.
- 4) Cuando el paciente este de acuerdo y acepte escuchar al odontólogo se quita la mano de la boca, se le explica al niño lo que se le va a realizar y se le elogia por la actitud.

- 5) Si al momento de retirar la mano el paciente pediátrico vuelve a gritar ésta se debe colocar inmediatamente y se vuelve a repetir la petición.

Esta técnica se debe de evitar realizar en niños menores de 2 años y en pacientes que presentan alguna capacidad diferente que impida entablar un diálogo y por consiguiente una buena comunicación así como también en pacientes que presenten enfermedad o problemas de obstrucción de vías aéreas.

Hace años se utilizaba esta técnica acompañada de la obstrucción de las vías nasales. Se considera totalmente inaceptable su utilización debido a que el paciente reacciona a causa del miedo físico que experimenta².

En el momento en que el niño comienza a realizar una rabieta es complicado comunicarse con él, debido a que no presta atención y no sigue las instrucciones que el odontólogo le expresó.

Es de mucha utilidad para el odontólogo contar con un formato de consentimiento informado que es un documento legal que debe tener el profesional y hacer del conocimiento de los padres acerca de este pero del cual se hablará con más detenimiento en el siguiente capítulo.

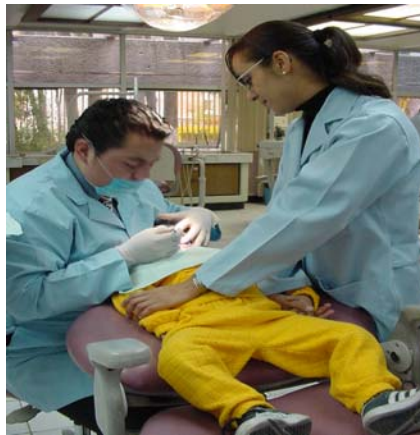
Además de emplear la técnica de mano sobre boca el dentista la puede complementar con la expresión facial obteniendo así buenos resultados.

Acs y colaboradores encontraron que cerca del 80% de los odontólogos encuestados usan esta técnica para el control de la conducta histérica o las rabieta¹⁴.

El escribir y dar a firmar a los padres un consentimiento informado, es de gran ayuda para el odontólogo para tener completo el expediente y evitar problemas futuros¹⁰.

2.3.3.3 Control físico por parte del profesional.

Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos inapropiados de los brazos y de las piernas del niño durante un tratamiento dental por parte del profesional y de los ayudantes².



Fuente directa. Restricción física por parte del odontólogo

En muchas ocasiones y cuando el paciente no es nada cooperador es necesario sujetarlo para poder realizar los procedimientos que tengamos planeados, un ejemplo de esto es cuando el odontólogo se dispone a colocar el anestésico y por lo general el niño tiende a moverse o intentar quitar la mano del dentista en el momento que siente la punción.

2.3.3.4 Control físico mediante dispositivos específicos.

Cuando el paciente se encuentra en plena rabieta y es imposible controlarlo, el odontólogo tiene la facultad de emplear dispositivos físicos específicos, en los que están incluidas las toallas, sábanas, Pedi Wrap, Papoose Board y la Macri.



Fuente directa. Restricción física por medio de sábanas

Ésta técnica es la que causa más confusión entre los padres de familia debido a que muchos la ven como una técnica agresiva, pero la finalidad de ésta es que el niño coopere y más que nada no salga lastimado por el instrumental que utiliza el profesional a causa de sus movimientos bruscos que impiden que se realicen las maniobras adecuadamente.

La restricción física utilizada por el profesional para el manejo conductual del niño puede verse como un acto de barbarie para los padres que desconocen las técnicas.

Esta técnica es un auxiliar para el odontólogo y su grupo de trabajo que consiste en inhabilitar los brazos y las piernas.

Muchos dentistas prefieren el uso de dispositivos comerciales como el Pedi-Wrap o el Papoose Board que son muy efectivos para evitar la posibilidad de que el niño se golpee¹⁵.



Fuente directa. Uso de la red en pacientes no cooperadores

Es muy importante que el Cirujano Dentista informe a los padres sobre el uso de dichos dispositivos y después de hacerles de su conocimiento dichas técnicas firmen el formato de consentimiento informado.

2.3.4 Sedación y Anestesia General.

2.3.4.1 Sedación Conciente.

Es un nivel de conciencia deprimida que refiere la capacidad del paciente para conservar, de modo independiente y continuo, la vía respiratoria y reaccionar de manera apropiada a la estimulación física, a las órdenes verbales o ambas.

Los medicamentos y las técnicas que se emplean deben presentar un margen de seguridad suficientemente amplio para que la pérdida no intencional de la conciencia sea muy probable³.

En la sedación consciente se administran y se produce a base de la combinación de varios fármacos por vía intravenosa, un estado moderado de analgesia que permite la aplicación de anestésicos locoregionales sin que el paciente lo perciba: un estado de relajación psicomotora que abate la tensión emocional y desafrenta, relativamente al paciente del medio externo que lo rodea por lo que su función neurovegetativa se queda satisfactoriamente estable¹⁶.

Las indicaciones para la sedación consciente son las siguientes:

- 1) Niños de preescolar que no entienden y no son nada cooperadores.
- 2) Pacientes que presentan falta de madurez psicológica y emocional.
- 3) Pacientes que requieren tratamiento dental no cooperadores y que presentan una capacidad diferente física o médica.
- 4) Niños que requieren tratamiento dental y que son muy miedosos y ansiosos por lo que no cooperan¹⁷.

Es muy importante que el odontólogo conozca perfectamente al paciente antes de emplear este tipo de técnica, por lo regular el odontólogo de práctica general no utiliza la sedación debido a que esto solo se maneja a nivel hospitalario, en caso de ser requerido el dentista debe remitir al paciente.

2.3.4.2 Sedación ligera.

Es idónea para aquellos niños en los que el miedo y la ansiedad pueden disminuir su capacidad de comunicación.

En estos casos, la vía de administración suele ser oral. Este tipo de administración tiene la ventaja de que es dada por los padres, lo cual no

produce miedo ni temor, con la particularidad de que al ser administrada antes de la cita, alcanza su pico máximo durante el tratamiento².

2.3.4.3 Sedación profunda.

Es bastante inusual en la consulta odontopediátrica, pues afortunadamente es posible tratar la mayoría de los niños a lo sumo con sedación ligera.

Es un estado controlado de conciencia deprimida o inconciencia, a partir del cual no es fácil despertar al paciente; puede acompañarse de pérdida parcial o completa de los reflejos protectores, sumándose la capacidad para conservar en forma independiente una vía respiratoria permeable y reaccionar de modo intencional a la estimulación física o a las órdenes verbales³.

2.3.4.4 Anestesia general.

Es un estado controlado de inconciencia que se acompaña de la pérdida de los reflejos protectores, incluyendo la capacidad para conservar de manera independiente la vía respiratoria, y reaccionar de modo intencional a la estimulación física o a las órdenes verbales³.

El odontólogo tiene que poner mucha atención al implementar este tipo de técnicas por lo general se tienen que realizar por profesionales en la

materia como por ejemplo: un anestesiólogo, y estar monitoreando y supervisando muy de cerca al paciente.



Figura 5²⁴. Inicio de la anestesia general

Las vías de administración es la siguiente:

- 1) Inhalatoria (óxido nitroso)
- 2) Oral.
- 3) Intramuscular.
- 4) Subcutánea.

En este tipo de casos es cuando más toma importancia el consentimiento informado.

Los agentes sedantes más comunes utilizados en sedación son los siguientes:

- Meperidina
- Hidroxicina.
- Prometacina.
- Diacepam.
- Midazolam.
- Hidrato de coral.

A pesar de que el odontólogo de práctica general no va a utilizar éstas técnicas de sedación es muy importante que las conozca.



2.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A últimas fechas el tema del consentimiento informado ha suscitado gran interés entre los odontólogos. Cuando el dentista no se preocupa por obtener consentimiento para realizar un procedimiento, previa información completa al paciente y sus familiares, queda expuesto a una posible demanda civil por daños y perjuicios atribuibles a mal praxis, o a una acusación judicial, seguida de un encarcelamiento y quizá pérdida de su cédula profesional. Lo que cuenta no es si el tratamiento aplicado fue o no adecuado dadas las circunstancias, sino el hecho de si se obtuvo o no el consentimiento. El control de la conducta del niño en el consultorio dental requiere consideraciones adicionales³.

Últimamente en nuestro país el tema de las demandas está a la orden del día por lo que el odontólogo debe de estar prevenido y contar con la documentación necesaria para brindarle al paciente un mejor servicio y evitar problemas legales posteriormente.

La aceptación de las técnicas de manejo conductual del paciente pediátrico depende de muchos factores, del tipo de tratamiento que necesita el niño, el tipo de urgencia, etc. Todo esto influye entre otras cosas en la selección de la técnica y la aceptación de los padres, las cuales no todas son bien vistas por los padres⁵.

Se entiende por consentimiento informado al acto de decisión voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta o rechaza las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar¹⁸.

En general, el odontólogo debe informar al paciente la naturaleza del problema, el tratamiento recomendado y el riesgo que conlleva, cualquier tratamiento equivalente y sus riesgos, así como la alternativa de no dar tratamiento y los peligros inherentes. Todos los riesgos que son “materiales” se deben señalar al paciente; se llama riesgo material a aquél que es importante o que tiene grandes oportunidades de ocurrir. Si el paciente es un menor, se debe obtener el consentimiento de los padres o la persona que tenga la custodia del niño³.



Figura 6²³. Padre de familia firmando consentimiento informado

El consentimiento informado ayuda a clarificar la relación entre el prestador del servicio y el paciente¹⁹.

Es muy importante que el odontólogo haga hincapié en elaborar y hacer del conocimiento de los padres de familia las técnicas de manejo de conducta que se emplean en la atención de los pacientes pediátricos así como darles a firmar el consentimiento informado no sin antes explicarles detenidamente y prácticamente en que consisten las técnicas, para que posteriormente no sea motivo de demandas o quejas.

Los padres de familia tienen la libertad de preguntar todas las dudas que les surjan con respecto a las técnicas de manejo de conducta y el odontólogo tiene la obligación de responderlas claramente para evitar cualquier duda o mal entendido.

En caso de que los padres de familia se nieguen a no colaborar con el odontólogo negando la utilización de las técnicas de manejo conductual en sus hijos y por consiguiente no firmando el documento del consentimiento informado el odontólogo tiene la libertad y facultad de negarle la atención odontológica al niño.

Estudios recientes hacen énfasis en la importancia de informar a los padres con detalle en que consisten las técnicas de manejo de conducta y que son aceptadas, reconocidas y que se pueden emplear para proteger al niño y darle una mejor atención odontológica⁵.

Es de suma importancia que el dentista informe de la naturaleza de las técnicas usadas, así como los riesgos, beneficios y técnicas alternativas. Todas las preguntas deberán ser contestadas. Ésta es la esencia del consentimiento informado¹⁰.

El consentimiento informado puede realizarse también de forma verbal, pero no existe nada mejor que tener físicamente dicho documento para cualquier aclaración en caso de que se requiera.



Figura 7²³. Es importante contar con un expediente clínico completo.

Se le debe de dar a los padres el documento para que firmen de que están enterados de las técnicas de manejo conductual que se van a aplicar al niño que rechaza o no acepta el tratamiento dental. Recientes estudios revelan que padres informados sobre las técnicas de manejo

conductual en un alto nivel las aceptan a comparación de los padres que no son informados¹⁵.

En la ciudad de México se realizó un estudio que indicó que cantidad de odontopediatras utilizaba el consentimiento informado y comunicaba a los padres sobre las técnicas de manejo de conducta de los niños en el consultorio dental, la encuesta dio como resultado que el 80% de los odontopediatras si se respaldaba con el consentimiento de los padres mientras el 20% no tenía conocimiento de dicho documento o no lo aplicaba.

Es importante informar a los padres sobre la utilización de las técnicas de manejo de conducta independientemente de los problemas legales que podría generar, porque los niños pueden tratar de chantajear a los padres diciéndoles que el dentista los amarra o tapa la boca y pueden caer en su juego. También es importante porque; aunque el daño no es físico, algunas veces los niños pueden presentar marcas de los dedos del odontólogo (por hacer presión cuando son de piel blanca) al tratar de librarse. Pero si se obtuvo el consentimiento informado de los padres, no podrá haber ningún problema. Para evitar problemas legales, el consentimiento informado deberá ser algo de rutina dentro de la práctica infantil, puesto que se han incluido muchas leyes para la protección de los niños y apoyo legal para los pacientes. Debe ser por escrito, haber un testigo (asistente dental) y quedar un registro del empleo de la técnica en el expediente del paciente²⁰.

En la primera cita e inmediatamente después de realizarle la Historia Clínica se le debe explicar a los padres de familia y puede ser a través de un video o algo ilustrativo que técnicas son las que se utilizan en odontología para la atención dental de sus hijos haciéndoles hincapié que es por el bien del niño y para que el tratamiento dental sea todo un éxito.

La Historia Clínica incluyendo el documento del consentimiento informado es confidencial y es de uso exclusivo del odontólogo.

Para que el odontólogo esté informado sobre la documentación legal que requiere puede consultar la página de Internet de la CONAMED www.conamed.org.mx o asistir a ella para pedir informes, debido a que muchos dentistas no conocen el documento o no saben en que consiste y mucho menos que es una forma de protegerse legalmente.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El desconocimiento de las técnicas de manejo conductual del paciente pediátrico por parte de los padres de familia, viendo mal estas técnicas a consecuencia de las tradiciones, costumbres además de que el ginecólogo y pediatra no le informan a la madre que debe llevar a su hijo a atención dental a edad temprana.

4. JUSTIFICACIÓN.

La poca importancia que los padres de familia le dan a la dentición primaria, hace que exista un desconocimiento total del cuidado y la atención de la higiene bucal de sus hijos.

5. OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar el conocimiento de los padres de familia sobre las técnicas de manejo conductual del paciente pediátrico.

5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.

Conocer el grado de aceptación de los padres de familia sobre las técnicas de manejo conductual aplicando un cuestionario en la Clínica Periférica Azcapotzalco Turno Matutino y reforzando la información que se les proporcione con un Cd.

Determinar si existe diferencia en el grado de conocimiento en relación al sexo, edad y escolaridad de los padres.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO.

Se pidió autorización al jefe de enseñanza de la Clínica Periférica Azcapotzalco Turno Matutino C.D. René Araù Narvéez para aplicar un cuestionario en el que se supo que tanto conocían los padres de familia acerca de las técnicas de manejo conducta utilizadas durante la consulta dental de sus hijos.

Con los datos recabados se graficaron los resultados.

6.2 TIPO DE ESTUDIO.

- Descriptivo.
- Analítico.
- Transversal

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Padres de familia que llevaron a sus hijos a consulta dental en la Clínica Periférica Azcapotzalco Turno Matutino con fecha del 17 al 18 de marzo de 2005.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Padres de familia que llevaron a sus hijos a consulta dental en la Clínica Periférica Azcapotzalco Turno Matutino.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Padres de familia que no accedieron a responder el cuestionario.

6.6 VARIABLES.

6.6.1 VARIABLES DEPENDIENTES.

- Sexo.
- Edad.
- Escolaridad.

6.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES.

Desconocimiento sobre las técnicas de manejo de conducta en la Clínica Integral Niños.

6.7 ANÀLISIS DE LA INFORMACIÒN.

Cuestionario, base de datos tablas y gráficas en excel.

6.8 RECURSOS

6.8.1 MATERIALES.

- Pluma
- Papel
- Word, Excel, Power Point.
- Computadora personal.
- Cd`s.

6.8.2 HUMANOS.

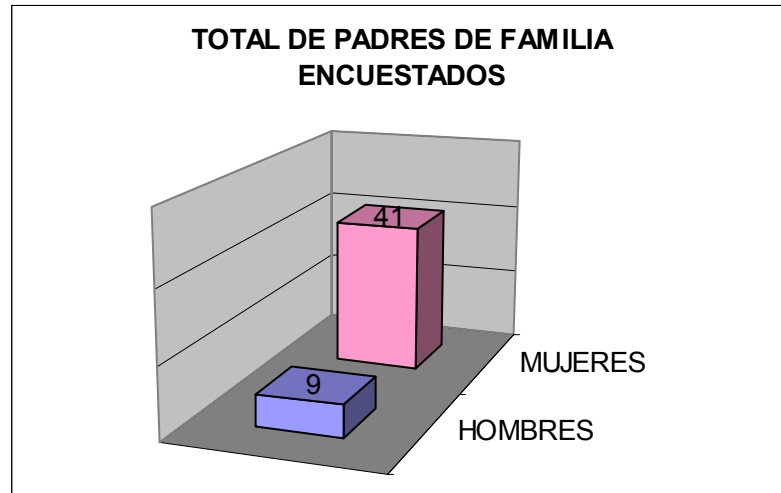
- Director de la Tesina.
- Asesor de la Tesina.
- Pasante de la carrera de Cirujano Dentista.
- Padres de familia

6.8.3 FINANCIEROS.

Propios del tesista.

7. RESULTADOS.

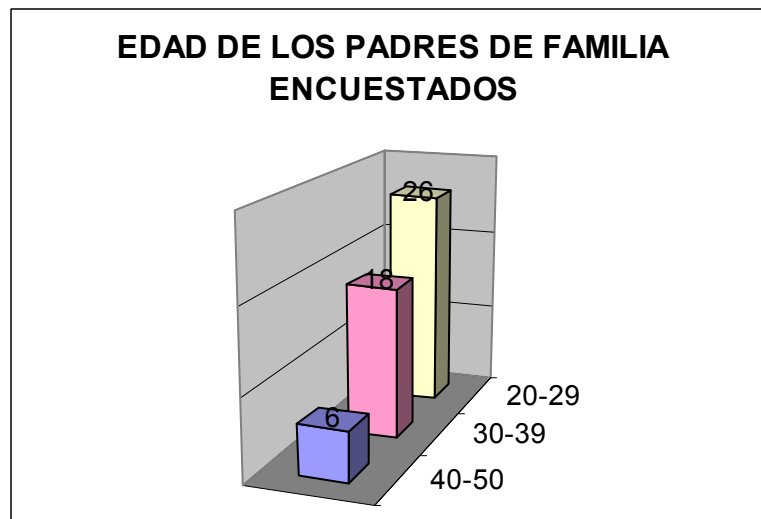
Gráfica 1.



Fuente directa

La gráfica indica que de los 50 padres de familia encuestados 41 eran personas del sexo femenino, y 9 del sexo masculino.

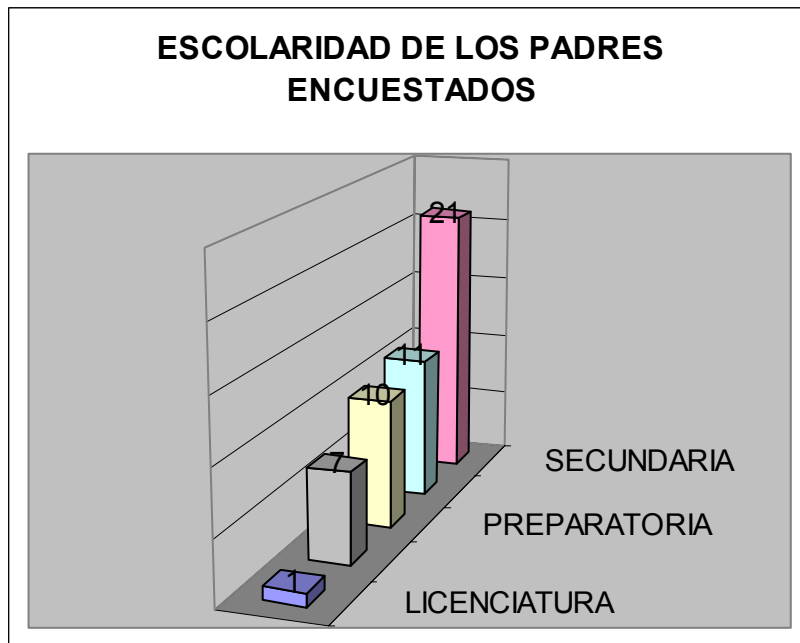
Gráfica 2.



Fuente directa

La gráfica indica que de los 50 padres de familia encuestados 6 de ellos oscilaban entre lo 40-50 años de edad, 18 entraron en el rango de 30-39 y 26 de ellos tenían entre 20-29 años de edad.

Gráfica 3.



Fuente Directa

La gráfica indica que de los 50 padres de familia encuestados 1 persona había estudiado la licenciatura, mientras que 7 cursaron una carrera técnica, 10 estudiaron la preparatoria o bachilleres, 11 la primaria y 21 terminaron la secundaria solamente.

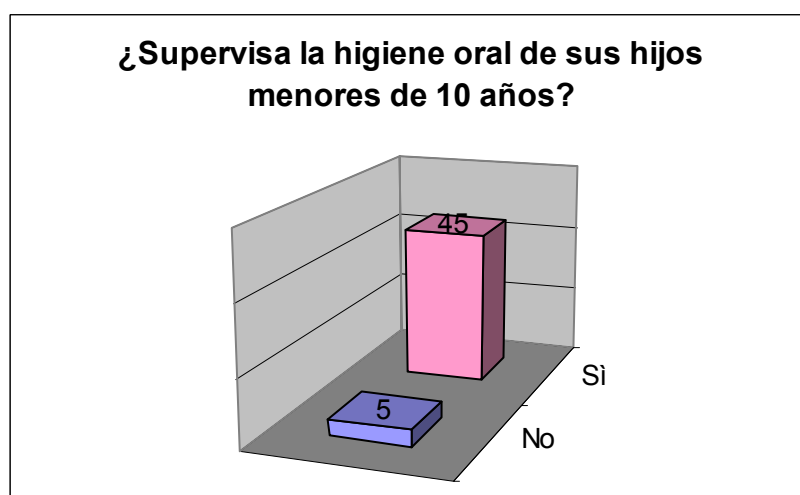
Gráfica 4.



Fuente directa

La edad de los hijos de los padres de familia oscilaba entre 1 año hasta 15, siendo la mayoría niños entre los 3-5 años.

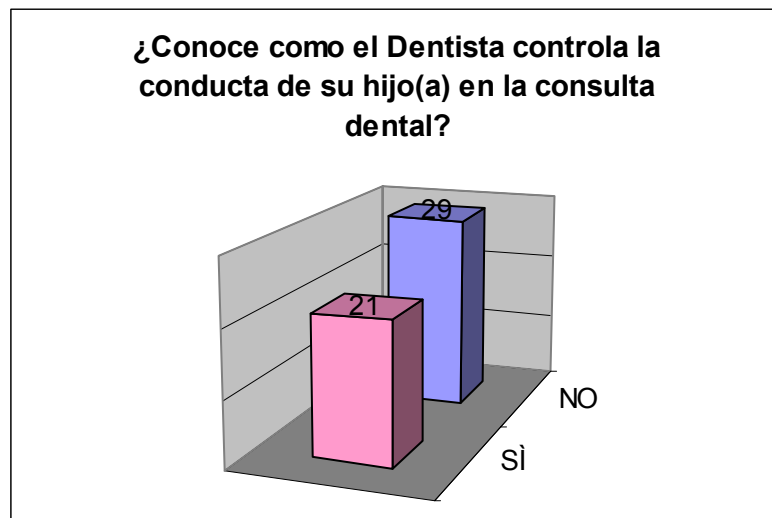
Gráfica 5.



Fuente directa

En cuanto a la primer pregunta del cuestionario, la gráfica arroja los siguientes resultados: de los 50 padres encuestados 5 de ellos no supervisaban la higiene oral de sus hijos mientras que los restantes 45 si lo hacían.

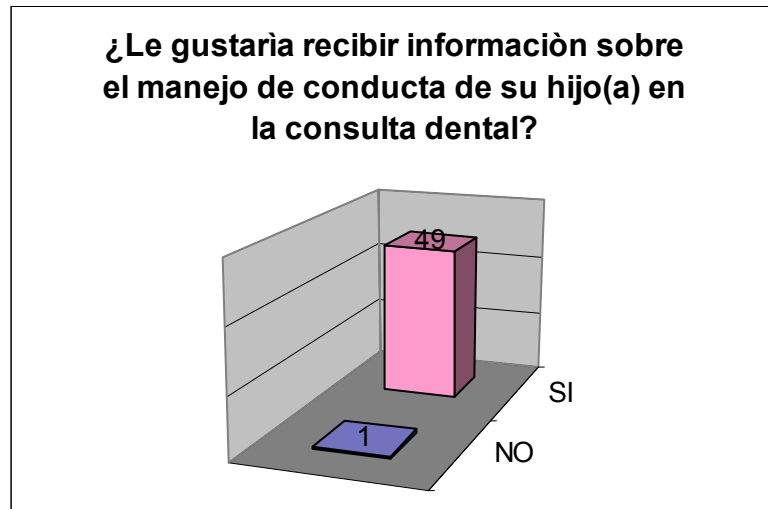
Gráfica 6.



Fuente directa

En cuanto a la segunda pregunta del cuestionario de los 50 padres de familia encuestados 21 de ellos si conocían como el odontólogo controlaba la conducta del niño mientras que 29 personas desconocían por completo.

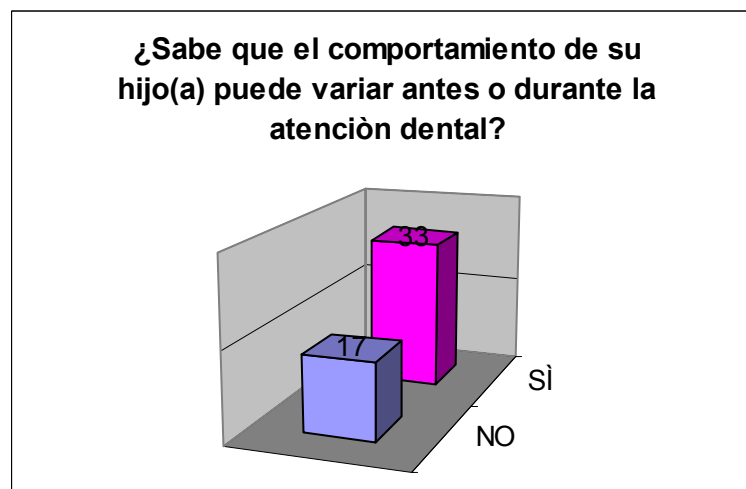
Gráfica 7



Fuente directa

La tercera pregunta del cuestionario desplegó los siguientes resultados: a una persona no le interesaría recibir información sobre las técnicas de manejo de conducta mientras que a las restantes 49 si les interesaría dicha información.

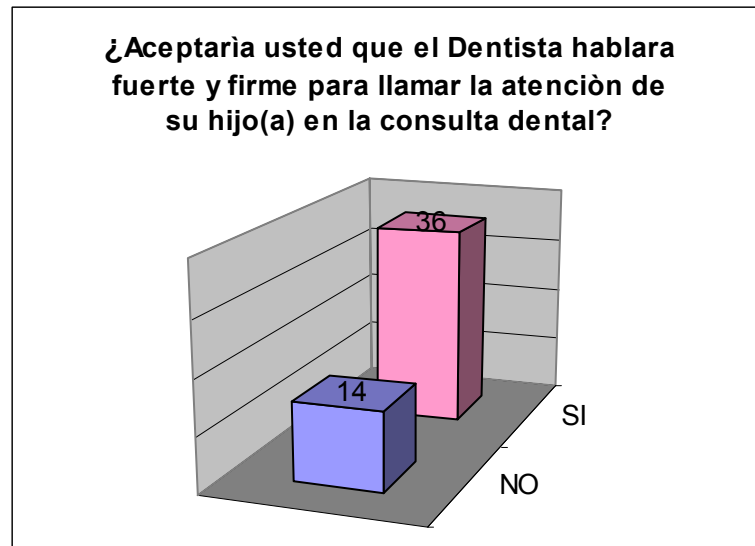
Gráfica 8.



Fuente directa

La gráfica demuestra que de los 50 padres de familia encuestados 17 saben si el comportamiento de su hijo varía, mientras que 33 personas aceptan que si puede variar.

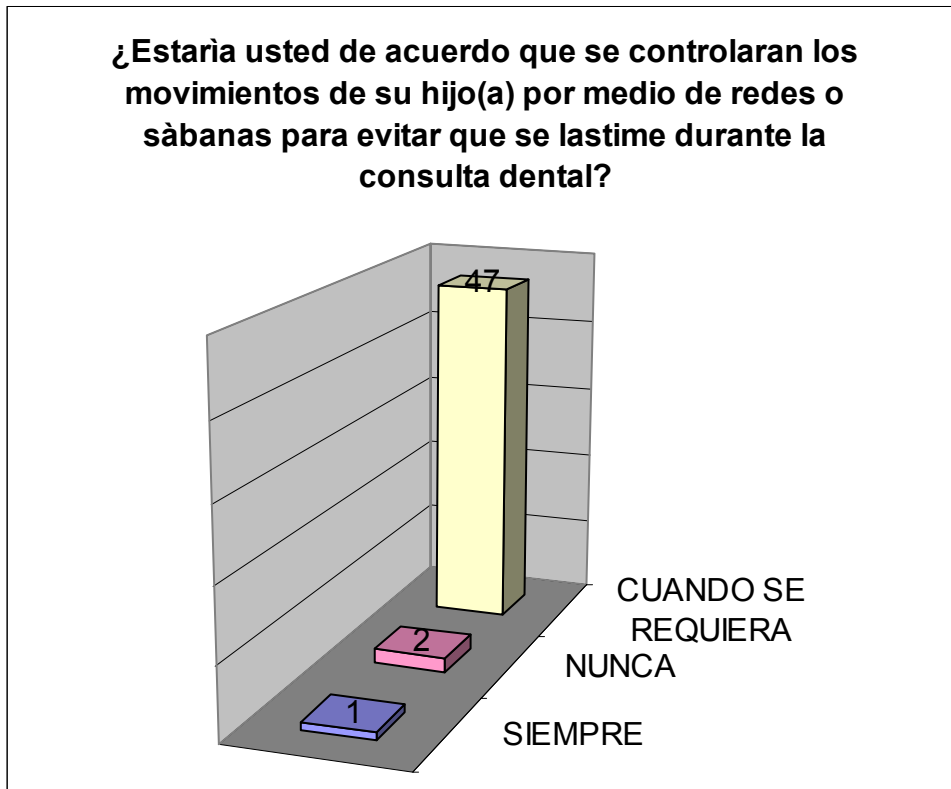
Gráfica 9.



Fuente directa

La gráfica demuestra que de los 50 padres de familia encuestados, a 14 no les gustaría que el odontólogo les hablara fuerte, mientras que a 36 si se les hace necesario que se les hable fuerte y firme.

Gráfica 10.



Fuente directa

De los 50 padres de familia encuestados uno aceptaría que siempre que se atendiera a su hijo se le restringiera físicamente, a 2 personas nunca permitirían que a sus hijos les colocaran sábanas o algún dispositivo especial, mientras que a la gran mayoría 47 personas, están de acuerdo que cuando se requiera.

8. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en la encuesta que se realizó, se puede determinar que en nada influye el grado de escolaridad de los padres de familia, así como el sexo y la edad, debido a que cada persona tiene su forma de pensar interviniendo e influyendo las costumbres.

Las preguntas que más causaron problema en los padres de familia son las referentes al control de voz, en la que la mayoría contestó que sí está de acuerdo en que se le hable fuerte y firme al niño y por otro lado la pregunta que hizo alusión a controlar los movimientos del niño mediante restricción física (a través de redes o sábanas), en la que la mayoría solo aceptaría dicha técnica cuando se requiera.

A pesar de no conocer las técnicas que se utilizan en la atención dental de sus hijos la gran mayoría confía en que el odontólogo está realizando procedimientos correctos.

Por otra parte a la mayoría de padres encuestados sí les agradecería recibir información sobre dichas técnicas, lo cual sería muy sano hacerlo antes de que se comencarán a atender a los pacientes a través de medios didácticos, para que los padres se enteren como puede variar el comportamiento de sus hijos así como las técnicas que se optan por utilizar en determinada situación cuando el paciente no es cooperador.

Otro punto muy importante es que se contemple en el expediente clínico de las Clínicas Periféricas así como de la Clínica de Odontopediatría de la Facultad el consentimiento informado, esto servirá como protección legal en algún momento dado, pero lo más importante es que se le va a inculcar un buen hábito a los alumnos, para que posteriormente lo apliquen en su consulta privada y le brinden un mejor servicio al paciente.

Se obtuvo buena respuesta por parte de los padres de familia, ninguno se negó a contestar el cuestionario.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Koch, Gôran, DDS, Modeer, T. Paulssen, P. "Odontopediatría. Enfoque Clínico", Ed. Panamericana, 1994, Argentina.
- 2.- Barberia, E. Leache, "Odontopediatría"; Ed. Masson, 2ª, 2002, Barcelona.
- 3.- Pinkham, J.R, B.S, "Odontología Pediátrica", Ed. Interamericana, 1991.
- 4.- Mc.Donald A. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Harcourt 6ª edición, Madrid España 1998.
- 5.- Peretz, B. Zadik, D. Parent's attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. Pediatric Dentistry, Vol 21, Nº 3, June, 1999. Pag 201-203.
- 6.- Castillo
- 7.- Braham
- 8.- Marcum K. Barry, C. Courts, J. Frank, Pediatric Dentist's Attitudes Regarding Parental Presence During Dental Procedures. Pediatric Dentistry, Vol 17, Num 7, 1995. Pag 432-436.
- 9.- Ripa Louis.
- 10.- Clinical Affairs Committee, Guideline on Behavior Management. Pediatric Dentistry, Reference Manual 2002-2003. Pag. 68-73.

11.- www.dentalfearcentral.com

12 .- Sogbe, de Agell Rosemary. "Conceptos Básicos en Ontología Pediátrica". Cátedra de Odontología Pediátrica. Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela, Ed. Bisinlimed, C.A., 1996, Caracas Venezuela.

13.- Finn, B. Sidney, "Odontología Pediátrica", Ed. Interamericana, 4ª, 1988, México.

14.- Adair et al. Surgery of Behavior Management Teaching in Pediatric Dentistry Advance Education Programs. Pediatric Dentistry, Vol 26, N° 2, 2004. Pag 151-158.

15.- Adair et al. A Survey of Members of the American Academy of Pediatric Dentistry on Their Use of Behavior Management Techniques. Pediatric Dentistry, Vol 26, N° 2, 2004. Pag 159-166.

16.- Muñoz Ledo, G. Sedación Conciente y Anestesia General en Odontología. Revista ADM, Vol 58, N° , Julio-Agosto, 1991. Pag 241-243.

17.- Council of Clinical Affairs, Guideline on the elective use of Conscious Sedation and General Anesthesia in Pediatric Dental Patients. Pediatric Dentistry, 1998. Pag 74-80.

18.- www.comitedebioetica.org

19.- Donald, C.Bross. Managing Dental Patients: Issues Raised by the Law and Changing Views of Proper Child Care. Pediatric Dentistry, Vol 26, N° 2, 2004. Pag 125-130.

20.- Calva Carlos. L, Gonzàlez Miriam. A, Técnica de manejo de conducta Mano sobre Boca 1era parte, Dentista y Paciente. Vol 7, N° 84, Junio, 1999. Pag 10-16.

21.- www.amdtl.edu.ve

22.- www.dradaidson.com

23.- www.pro.corbis.com

24.- www.medicos.com

