



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LAS  
TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL NO  
FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS EN  
ODONTOPEDIATRÍA.**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

**P R E S E N T A:**

**MARÍA DE JESÚS MORALES SANTIAGO.**

**TUTOR: C.D. ALICIA MONTES DE OCA BASILIO.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **Agradecimientos**

Redactar estas palabras es complicado, ya que siempre se corren riesgos de omitir a personas que de alguna u otra manera, han colaborado al desarrollo de este trabajo y a la culminación de esta etapa de mi vida. Por lo tanto, el orden de aparición es lo de menos, a cada una de las personas que mencionaré les tengo un cariño especial.

Agradezco infinitamente a mis padres, por todo el apoyo y amor brindado a lo largo de toda mi vida, gracias por darme la oportunidad de lograr mi sueño profesional a pesar de lo difícil que fue para ustedes, jamás podré pagarles todo lo que han hecho por mis hermanos y por mí, los amo: Héctor y Soledad.

A mi abuela María de Jesús que esta cuidandome desde el cielo.

A mis hermanos Karla y Héctor, por estar conmigo en las buenas y en las malas y apoyarme cuando lo necesito.

A Cuauhtémoc Nava, que me ha brindado su amistad, amor y su paciencia.

A Cecilia López Coronado, que siempre me ofreció una linda amistad y siempre confió en mi, siendo una guía en mi etapa de estudiante.

A mis amigos, que aunque son pocos, se que son suficientes para estar conmigo en las buenas y en las malas.

A mi tutora, la C. D. Alicia Montes de Oca Basilio, por su orientación, paciencia y tiempo dedicado para que este trabajo sea adecuado.

Con profundo agradecimiento a mi Alma Máter por todos los conocimientos que me brindo así como darme la oportunidad de formar parte de la máxima casa de estudios.

*Existen derrotas, pero nadie está a salvo de ellas.*

*Por eso es mejor perder algunos combates*

*en la lucha por nuestros sueños, que*

*ser derrotados sin siquiera saber*

*por qué se está luchando.*

Paulo Coelho

# ÍNDICE.

## INTRODUCCIÓN

<b>1. TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA INFANTIL.....</b>	<b>2</b>
1.1. Técnicas de Comunicación.....	2
1.1.1. Lenguaje pediátrico.....	3
1.1.2. Decir, mostrar y hacer.....	3
1.1.3. Control de voz.....	4
1.2. Técnicas de modificación de la conducta.....	4
1.2.1. Refuerzo.....	5
1.2.2. Desensibilización .....	7
1.2.3. Imitación.....	7
1.3. Técnicas de control físico.....	8
1.3.1 Restricción física.....	8
1.3.2. Mano sobre boca.....	11
<b>2. ACEPTACIÓN DE LOS PADRES.....</b>	<b>12</b>
2.1. Influencia y ansiedad ante la consulta dental.....	16
2.2. Aceptación, percepción y autorización.....	27
<b>3. MEDIOS DE INFORMACIÓN PARA EXPLICAR TÉCNICAS DE CONTROL DE CONDUCTA .....</b>	<b>33</b>
3.1. Consentimiento informado .....	34
3.1.1. Información oral.....	36
3.1.2. Información por escrito .....	37
3.1. 3. Información por video.....	38
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>41</b>

## INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas se han presentado numerosos cambios sociales, éticos y legales que han transformado de manera significativa la comunicación del padre o educador con el niño dentro de su proceso formativo.

El manejo del comportamiento representa una interacción continua con el niño y el educador dirigida hacia la comunicación y la educación. Los programas de Odontopediatría enseñan las mismas técnicas tradicionales, algunas de estas se consideran inaceptables y no cumplen con la aprobación de los padres, lo que es evidente cuando rechazan técnicas especialmente de carácter autoritario o de restricción física, por lo tanto, es de suma importancia la explicación e información previa del porqué de su uso para tratar de conseguir de esta manera su consentimiento y aceptación.

Actualmente, existe mayor énfasis en los derechos del niño, por lo cual no se puede asumir que los padres aceptarán automáticamente las diferentes opciones, ya que con frecuencia demandan el consentimiento informado y mayor participación en las decisiones del tratamiento que puedan afectar a sus hijos.

El presente trabajo tiene la finalidad de dar a conocer la aceptación, percepción y autorización ante las técnicas de manejo conductual utilizadas en Odontopediatría, que tienen el objetivo de conseguir una actitud positiva disminuyendo el miedo y la ansiedad en los niños y en los padres la preocupación que sienten principalmente ante las técnicas de enfoque físico, lo cual constituye uno de los principales retos, que es fundamental para mejorar el servicio, calidad y eficacia en la atención.

## 1. TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA INFANTIL

Las técnicas de manejo de conducta tienen por objetivo establecer una buena comunicación con el paciente, que le ayude a superar conductas relacionadas con el miedo y la ansiedad. La información clara de las mismas para el padre o tutor busca lograr la aceptación de su uso durante el tratamiento dental. Estas se clasifican en: técnicas de comunicación, modificación de la conducta y control o enfoque físico.<sup>1, 2, 3</sup>

### 1.1. TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

El profesional debe tener una comprensión básica del desarrollo cognitivo de los niños para lograr una comunicación adecuada; la cuál consiste en impartir o intercambiar pensamientos, opiniones o información a través del diálogo, el tono de voz, expresión facial y lenguaje corporal. Esto permite además de establecer una relación de confianza efectiva con el niño la culminación exitosa de procedimientos dentales, éstas técnicas pueden ayudar al niño a desarrollar una actitud positiva hacia la salud bucodental.<sup>4, 5</sup>

---

<sup>1</sup> Cárdenas D. Fundamentos de Odontología. Odontología Pediátrica. 3ª edición. Colombia. Corporación para Investigaciones Biológicas. 2003. pág 28

[http://books.google.com.mx/books?id=\\_Y42IyXT\\_YcC&pg=PA22&lpg=PA22&dq=manejo+de](http://books.google.com.mx/books?id=_Y42IyXT_YcC&pg=PA22&lpg=PA22&dq=manejo+de)

<sup>2</sup> Barbería E, Boj R, et al. Odontopediatria. Segunda edición. Barcelona: Masson 2002. pp127-128

<sup>3</sup> García MY, Ríos FR, et al. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatria. Revista Odontológica Mexicana. 2006; 10:3: pág. 126

<sup>4</sup> Nash D. Engaging children's cooperation in the dental environment through effective communication. Pediatric dentistry. 2006;28:5:455-456

<sup>5</sup> Committee on Behavior Guidance. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. American Academy of Pediatric Dentistry. 2007; 29:7: 118-119

### 1.1.1. Lenguaje pediátrico

Consiste en hablarle al niño con un lenguaje creativo y comprensible para él en todo momento, adaptando las palabras utilizadas y nunca mentirle. (Fig. 1) Es importante no extenderse ni preparar excesivamente, ya que esto incrementa la ansiedad.

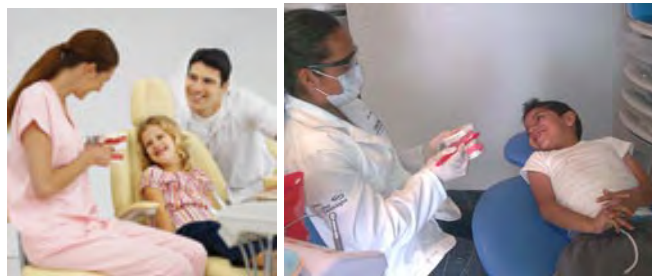


Figura 1 Lenguaje pediátrico <sup>67</sup>

### 1.1.2. Decir, mostrar y hacer

Consiste en familiarizar al niño con el ambiente, los instrumentos y las personas del consultorio. De manera secuencial, primero se explica con un lenguaje adecuado el procedimiento que se va aplicar (decir), luego se hace una demostración (mostrar) y por último se realiza el procedimiento (hacer), se recomienda utilizar esta técnica a lo largo de toda la cita (Fig. 2), para lo cual es de utilidad un espejo facial, esto se hace con el objetivo de disminuir la ansiedad mediante la explicación acerca de una situación que es desconocida.

Puede usarse en todos los pacientes ya que no esta contraindicada, sin embargo, es poco eficaz en niños menores de tres años, donde aún no se ha desarrollado bien la comunicación verbal.

---

<sup>6</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría

<sup>7</sup> [www.fotosearch.es/stockbyte/odontologia/SDC162/](http://www.fotosearch.es/stockbyte/odontologia/SDC162/) - 55k





Figura 2. Decir mostrar y hacer. Fuente directa <sup>8</sup>

### 1.1.3. Control de voz

Se adopta una actitud autoritaria con un cambio repentino y súbito en el tono de voz, la cual está destinada a restablecer la comunicación y autoridad pérdida con el paciente, esta técnica puede usarse en niños mayores de tres años y especialmente cuando se trata de un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad. <sup>9, 10, 11, 12, 13, 14</sup>

## 1.2. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Consisten en alterar un comportamiento no deseado hacia uno ideal de forma gradual.

<sup>8</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatria

<sup>9</sup> Barbería E, Boj R, et al. Op.Cit. pp 128-129

<sup>10</sup> Boj J, Catalá M, et al. Odontopediatria. Barcelona, Masson: 2004. pág. 264

<sup>11</sup> García MY, Ríos FR, et al. Art. Cit. pp 126-127

<sup>12</sup> Cárdenas D. Op. Cit. pág. 29

<sup>13</sup> Medina JP. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta odontológica venezolana. 1998; 36:2:1-5.

[http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion\\_nino\\_consulta\\_odontologica.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp)

<sup>14</sup> Committee on Behavior Guidance. Art Cit. pp 118-119

### 1.2.1. Refuerzo

Se conoce como manejo de contingencias y consiste en refuerzos que pueden ser materiales como juguetes o regalos (Fig. 3a), sociales verbales como elogios y no verbales por ejemplo expresiones faciales positivas y de contacto físico (Fig. 3b), así como refuerzos de actividad como jugar o participar en una actividad agradable; estos tienen por objeto actuar sobre la respuesta motora del niño y no existe ninguna contraindicación para ser utilizados. En la técnica de refuerzo positivo se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado, es importante hacer el refuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente la conducta, sin embargo, si esta es castigada o no es premiada tiende a extinguirse o desaparecer.<sup>15, 16, 17, 18</sup>

Otra técnica es el refuerzo negativo que pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la eliminación de la causa, como retirar a los padres de la sala de trabajo condicionando su regreso a una mejoría de este; debe hacerse inmediatamente y de manera repetida, generalmente se utiliza en combinación con control de voz para expresar desaprobación y no debe confundirse con castigos que están contraindicados y que generan actitudes negativas; el objetivo es modificar el comportamiento mediante el condicionamiento de su respuesta motora, esta contraindicado en pacientes menores de tres años.<sup>19, 20</sup>

---

<sup>15</sup> Barbería E, Boj R, et al. Op Cit. pp 130-131

<sup>16</sup> Ferro MJ. Técnicas de modificación conductual aplicables en la clínica odontológica. Acta odontológica venezolana. 2005; 43:2:205-209.

[http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/tecnicas\\_modificacion\\_conductual\\_clinica.p](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/tecnicas_modificacion_conductual_clinica.p)

<sup>17</sup> Committee on Behavior Guidance. Op. Cit. pág. 119

<sup>18</sup> Medina JP. Art. Cit. pp 1-5.

<sup>19</sup> Cárdenas D. Op Cit. pág. 31

<sup>20</sup> Castillo R. Manual de odontología Pediátrica. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. C.V 1996 pág. 58



Figura 3a. Reforzamiento positivo material. Fuente directa

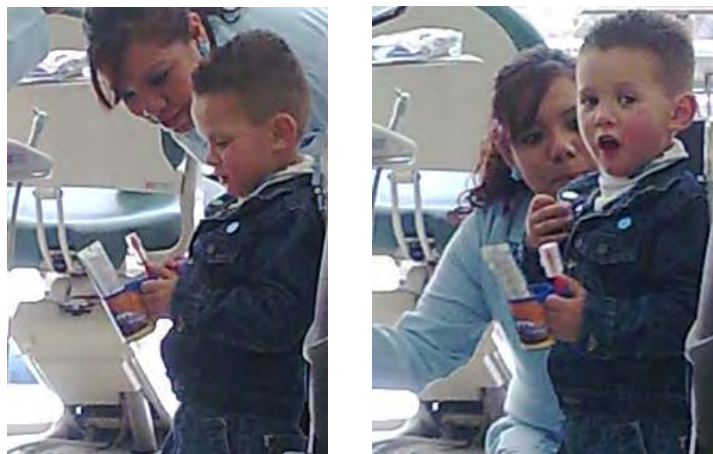


Figura 3b. Refuerzo positivo social. Fuente directa.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatria.

### 1.2.2. Desensibilización

Se enfoca a lograr la relajación muscular del niño, describiéndole escenas que guarden relación con sus miedos e introduciendo progresivamente mayores estímulos, se debe iniciar con procedimientos sencillos dejando los difíciles para más adelante a medida que el paciente se desensibiliza. Debemos presentar primero el espejo, pinza, luego el explorador, turbina, etc., (Fig. 4) esto con el fin de que el niño sustituya una conducta inapropiada de ansiedad por una adecuada.<sup>22, 23</sup>



Figura 4. Desensibilización.<sup>24</sup>

### 1.2.3. Imitación

El niño aprende la situación dental viendo a otros recibir el tratamiento, es de gran utilidad para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental, tiene como objetivo disminuir la ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo, se utiliza en pacientes que tengan un desarrollo emocional y comunicación verbal suficientes para entender el objetivo de la técnica, no se contraindica en ningún paciente, sin embargo, es de poca utilidad en pacientes menores de tres años. (Fig. 5)<sup>25, 26, 27, 28</sup>

---

<sup>22</sup> Medina JP. Art. Cit. pp 1-5.

<sup>23</sup> Castillo R. Op. Cit. pág. 57

<sup>24</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría



Figura 5. <sup>29, 30</sup>

### 1.3. TÉCNICAS DE CONTROL FÍSICO

Se definen como aquellas técnicas que controlan los movimientos de los niños para su protección; la manipulación física del paciente nunca debe ser utilizada de forma agresiva o como castigo, sino como procedimientos clínicos aceptados con base científica para llevar a cabo ciertos tratamientos dentales, en situaciones específicas.<sup>31</sup>

#### 1.3.1. Restricción Física

Se utiliza cuando el profesional no puede controlar los movimientos del paciente y debe recurrir a dispositivos de limitación física específicos considerados como restricción pasiva (Papoose Board, Pedi Wrap, la Red, el

---

<sup>25</sup> García MY, Ríos FR, et al. Art. Cit. pág. 127

<sup>26</sup> Ferro MJ. Art Cit. pp 205-209.

<sup>27</sup> Cárdenas D. Op Cit. pp 31-32

<sup>28</sup> Brett R, Keith D. Expanding child behaviour management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. *Pediatric Dentistry* 1994; 16:1. pág14

<sup>29</sup> Boj J, Catalá M, et al. Op Cit. pág 267

<sup>30</sup> [www.yellowbook.com/profile/childrens-dentistry-of-wichitasmile-junction\\_1821205079.html?](http://www.yellowbook.com/profile/childrens-dentistry-of-wichitasmile-junction_1821205079.html?)

<sup>31</sup> Committee on Behavior Guidance. Op Cit. pág 120

BabyFix), para restringir firmemente las articulaciones, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo (Fig. 6) o puede hacerse por medio de restricción activa que se realiza directamente por el odontólogo, el personal auxiliar o los mismos padres (Fig. 7), se puede inmovilizar la boca, mediante distintos tipos de abre bocas por ejemplo bloques de mordida, abre bocas de MOLT o K.K. (Fig. 8 ) El objetivo principal es proteger la integridad física del paciente, realizando el tratamiento de una forma segura con parámetros clínicos ideales de calidad.<sup>32</sup>



Figura 6. Restricción física pasiva.<sup>33</sup>

Esta indicado en niños menores de tres años y contraindicado en pacientes cooperadores, o en aquellos donde no exista la posibilidad de hacer una inmovilización segura, debido a sus condiciones médicas, psicológicas o de desarrollo físico.<sup>34, 35, 36, 37</sup>

<sup>32</sup> García MY, Ríos FR, et al. Art. Cit. pág. 127

<sup>33</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría

<sup>34</sup> Cárdenas D. Op Cit. pág. 32

<sup>35</sup> Barbería E, Boj R, et al. Op. Cit. pp 132- 136

<sup>36</sup> Boj J, Catalá M, et al. Op Cit. pág. 268

<sup>37</sup> Keith D, Allen PhD, et al. comparing four methods to inform parents about child behavior management: how to inform for consent. *Pediatric Dentistry*; 1995; 17: 3. pp 182



Figura 7. Restricción Física activa. Fuente directa <sup>38</sup>

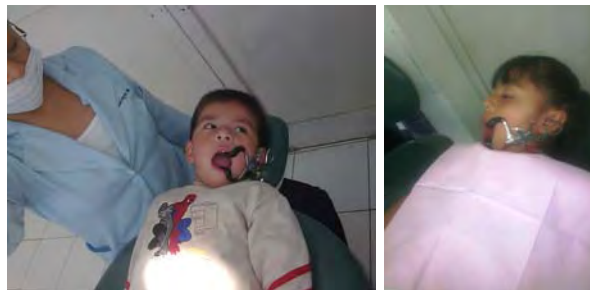


Figura 8. Abrebocas de MOLT. Fuente directa. <sup>39</sup>

<sup>38</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatria

<sup>39</sup> [ ]

### 1.3.2. Mano sobre boca

Consiste en colocar la mano, suave pero firmemente, sobre la boca del niño, con el objetivo de restablecer la comunicación, ejerciendo autoridad y aislar el sonido, se utiliza en conjunto con el control de voz y el retiro de la mano se condiciona a la colaboración del niño, no debe utilizarse colocando la mano simultáneamente sobre la boca y la nariz obstruyendo la respiración. Se utiliza en pacientes sanos con una comunicación verbal desarrollada y un potencial de cooperación, que sin embargo, exhiben un comportamiento desafiante y rebelde, no debe aplicarse en pacientes menores de tres años o discapacitados física e intelectualmente.<sup>40, 41, 42, 43, 44, 45, 46</sup>



Figura 9. Mano sobre boca<sup>47</sup>

<sup>40</sup> Barbería E, Boj R, et al. Op. Cit. pp 133- 136

<sup>41</sup> Boj J, Catalá M, et al. Op Cit. pág 268

<sup>42</sup> Rombom HM. Behavioral techniques in pedodontics: the hand-over mouth technique. *Journal of Dentistry for Children*. 1981; 48:3: 208-209

<sup>43</sup> Newton JT, Patel H, Shah S, Sturmey P. Attitudes towards the use of hand over mouth (HOM) and physical restraint amongst paediatric specialist practitioners in the UK. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2004; 14: 111

<sup>44</sup> Keith D, Allen PhD, et al. Art. Cit. pág 182

<sup>45</sup> Hartmann C, Prushs RJ, Taft TB. Hand-over-mouth behavior management technique in a solo pedodontic practice: A study. *Journal of D. for Ch*. 1985; 52:4: 293

<sup>46</sup> Barton DH, Hatcher E, Potter R, Henderson HZ. Dental attitudes and memories: a study of the effects of hand over mouth/restraint. *Pediatric Dent*. 1993;15:1: pág 13

<sup>47</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría



## 2. ACEPTACIÓN DE LOS PADRES HACIA LAS TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA

En los últimos 30 años la estructura familiar ha cambiado considerablemente en relación al estilo de crianza de los hijos y las prácticas disciplinarias que modulan y encauzan las conductas, esto se debe a múltiples razones entre ellas el aumento de madres y padres solteros o bien hogares dónde ambos padres trabajan, ya sea por factores culturales, sociales y principalmente económicos; ellos se enfrentan a una vida acelerada con mayor cantidad de estrés y fatiga, por lo que pasan poco tiempo con sus hijos, de igual manera los grandes cambios sociales y culturales marcados por el proceso de la globalización, tienen un gran impacto sobre el tipo de educación y relación que existente entre padres e hijos, (Fig.10) además de una tendencia a sobornarlos con dinero o regalos en lugar de imponer medidas disciplinarias e incluso aceptar el comportamiento irrespetuoso de los mismos, lo que conlleva a indisciplina por falta de establecimiento de límites y respeto a la autoridad, contrario a los preceptos aplicados en décadas anteriores que se fundamentaban en una disciplina estricta con una marcada autoridad de padres o educadores.<sup>48, 49, 50, 51</sup>

---

<sup>48</sup> Ramírez MA. Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. Estudios Pedagógicos. 2005; 31:2: pp 167-177

<sup>49</sup> Benson G, Al Amri M, et al. Attitudes of a sample Saudi parents towards behavior management in a pediatric dental clinic. Saudi Dental Journal. 2005; 17:1: pp3-9

<sup>50</sup> Enciso PA, Posada MC, et al. Aceptabilidad, percepción y permisividad de los padres a las diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en los pacientes pediátricos de la Clínica CES Sabaneta. Rev. CES Odont. 2001; 14:1 pág 32

<sup>51</sup> Grewal N. Implementation of behaviour management techniques- How well accepted they are today. J. Indian Soc. Pedo. Prev. Dent. 2003; 21: 2 pp 70-74



Figura 10.<sup>52</sup>

Se ha demostrado que los padres que permiten autonomía y expresan afectos tienen hijos amistosos, cooperativos y atentos; a diferencia de padres punitivos e indiferentes, que generan hijos intolerantes, agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos. (Fig. 11)<sup>53, 54</sup>



Figura 11. Diferentes tipos de comportamientos.<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> [gibranshipnosis.com/images/padres.jpg](http://gibranshipnosis.com/images/padres.jpg)

<sup>53</sup> Medina JP. Art. Cit. pp 1-5.

<sup>54</sup> Albuquerque WC, Correa MS, et al. Evaluación de la ansiedad maternal en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. Revista Estomatol Herediana. 2007; 17:1: pág 23

<sup>55</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatria

Por lo tanto, la personalidad de los padres se refleja en el niño y su comportamiento en el consultorio refleja la relación entre ellos. (Fig. 12)<sup>56, 57, 58, 59, 60</sup>

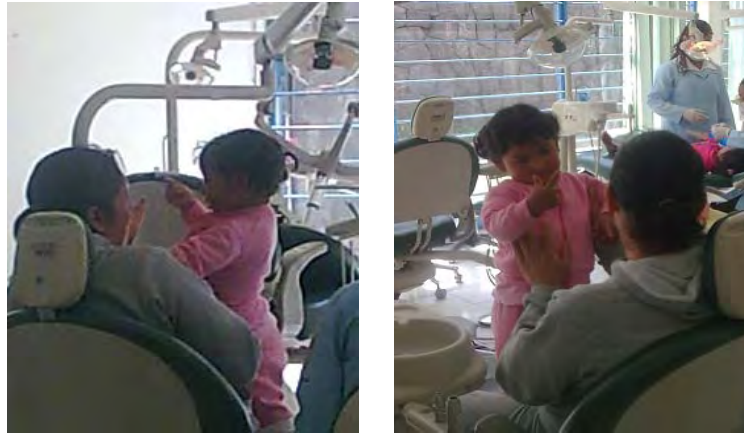


Figura 12. Participación activa de la madre<sup>61</sup>

La tendencia cada vez mayor a nivel social y educativo de buscar una mejor comunicación con el niño dentro de su proceso formativo da como resultado que los padres tengan altas expectativas y son más escépticos sobre el uso de determinadas técnicas para el control de conducta junto con un mayor deseo de dictar la planificación del tratamiento, estar presentes en la operatoria y tener una participación activa, esto hace que los profesionales se enfrenten con desafíos y nuevos retos en el manejo, ya que vivimos en

---

<sup>56</sup> García IA, Paredes VGE, et al. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante las diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. *Revista Odontológica Mexicana*. 2007; 11:3: pp 136-138

<sup>57</sup> Albuquerque WC, Correa MS, et al. Art. Cit. pág 23

<sup>58</sup> Cardoso CL, Loureiro SR, et al. Pediatric dental treatment: manifestations of stress in patients, mothers and dental school students. *Pediatric Dentistry*. 2004; 18:2 : 151 -154

<sup>59</sup> Medina JP. Art. Cit. pp 1-5.

<sup>60</sup> Enciso PA, Posada MC, et al. Art. Cit. pág 32

<sup>61</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría

una sociedad multicultural, tenemos que comprender mejor las prácticas de educación de los hijos, por lo que es importante evaluar la ansiedad que les genera el uso de estas técnicas de manejo a los padres, como es la restricción física en sus hijos que se traduce en evidente rechazo. (Fig. 13)<sup>62</sup>

63 64, 65, 66 67 68



Figura 13. Participación de los padres<sup>69</sup>

---

<sup>62</sup> Benson G, Al Amri M, et al. Art Cit. pp 3-9

<sup>63</sup> Committee on Behavior Guidance. Art Cit. pág. 119

<sup>64</sup> Dummett CO. Behavior management in pediatric dentistry. The Journal of Practical Hygiene. 2002: pág 28

<sup>65</sup> Crossley ML, Joshi G. An investigation of paediatric dentists' attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK. British D. J. 2002; 192:9 :pp 517

<sup>66</sup> Committee on Behavior Guidance. Op. Cit. pág. 120

<sup>67</sup> Peretz B, Zadik D. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. American A. of P. D. 1999; 21:3: pág 201

<sup>68</sup> Yamada C. New challengens in management of the anxious pediatric dental patient. Hawaii Dental Journal. 2006; 37: 5: pág 14

<sup>69</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría

## 2.1. INFLUENCIA Y ANSIEDAD ANTE LA CONSULTA DENTAL

Los niños en su desarrollo emocional, están sujetos a una serie de influencias que actúan directamente sobre los patrones de conducta, es decir los padres moldean, conforman y dirigen la conducta del niño, aunque son ambos quienes juegan un papel importante en el desarrollo psicológico de sus hijos, es la madre quien ejerce mayor influencia sobre su personalidad, principalmente con sus hijos menores de 5 años, ya que, de acuerdo a las teorías psicológicas de desarrollo a esta edad los niños son más dependientes de ellas, (Fig. 14 y 15) por lo que entre las actitudes maternas podemos encontrar sobreprotección, sobreindulgencia, carencia afectiva, rechazo y autoritarismo, lo que va a repercutir en el comportamiento del niño. (Tabla 1)<sup>70, 71</sup>

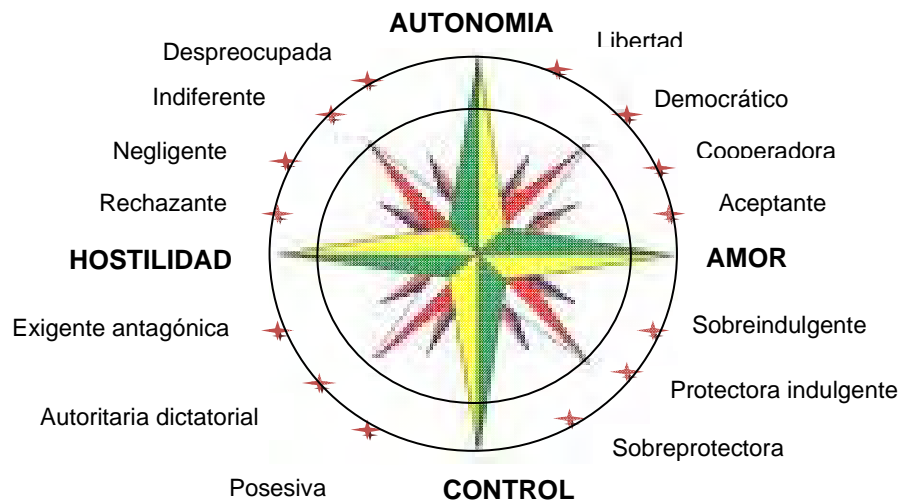


Figura 14. Actitudes maternas que influyen en el desarrollo de las personalidades de los niños<sup>72</sup>

<sup>70</sup> Medina JP. Art. Cit. pág 1

<sup>71</sup> Coplan RJ, Reichel M, Rowan K. Exploring the associations between maternal personality, child temperament, and parenting: A focus on emotions. Personality and individual difference. 2009; 46: pp 241-246

<sup>72</sup> Castillo R. Op Cit. pág. 32

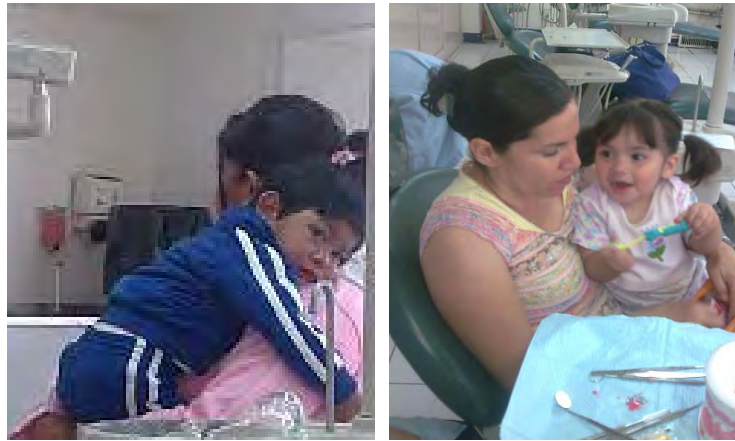


Figura 15. Apego a la madre.<sup>73</sup>

Conducta de la madre	Conducta del niño.
<b>Sobreprotectora</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominante.</li> <li>• Sobreindulgente</li> </ul>	Sumiso, tímido, ansioso. Agresivo, exigente, demostraciones de cólera.
<b>Sobreindulgente</b>	Agresivo, "malcriado", exigentes, demostraciones de cólera.
<b>Carencia afectiva</b>	Comúnmente de buen comportamiento, pero puede ser incapaz de cooperar, tímido, puede llorar fácilmente.
<b>Rechazante</b>	Agresivo, hiperactivo, desobediente.
<b>Autoritaria</b>	Evasivo y haragán

Tabla 1. Interacciones de la conducta madre- niño.<sup>74</sup>

En relación a la tríada odontólogo-paciente- madre, (Fig. 16) durante el tratamiento dental es natural que ella se sienta ansiosa al ver a su hijo "impotente", afectando la manera de responder de ellos a nuevas experiencias que ocasionan inseguridad, ya que hay necesidad de

<sup>73</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría

<sup>74</sup> Castillo R. Op Cit. pág. 32

adaptarse a una situación desconocida y eso no es agradable para el ser humano, además existe una mayor incidencia de ansiedad dental en mujeres, por lo que, el odontólogo debe conocer la dinámica de la relación emocional madre/hijo en las diferentes fases de desarrollo por que esta situación repercute en su grado de cooperación, algunas veces puede ser positiva por la comprensión de ella con el profesional, lo cuál sirve de gran apoyo y otras veces su posición es negativa lo que obstaculiza el buen manejo de su hijo en el consultorio. Se ha demostrado que los hijos de madres con ansiedad, irritación, hipersensibilidad emocional, falta de confianza en sí mismas y poca capacidad para hacer frente a las dificultades, se requiere frecuentemente de restricción física en sus hijos.<sup>75, 76, 77, 78, 79, 80,</sup>

81

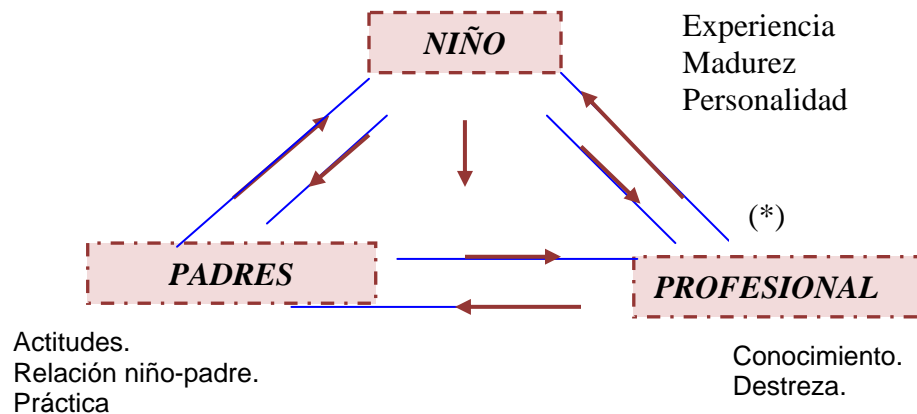


Figura 16. Factores que influyen el comportamiento del niño<sup>82</sup>

(\*) Flechas: indican la interacción psicológica entre niño, padres y profesional.

<sup>75</sup> Medina JP. Art. Cit. pp 1-5.

<sup>76</sup> González LJ. El ratón de los dientes. Relación paciente-ambiente (segunda parte). El siglo de Durango. 2005. <http://www.elsiglodedurango.com.mx/hemeroteca/pdf;2005-02-27>

<sup>77</sup> Castillo R. Op Cit. pp 30-33

<sup>78</sup> Peretz B, Gluck GM. The use of restraint in the treatment of paediatric dental patients: old and new insights. International Journal of Paediatric Dentistry. 2002; 12: pág. 392

<sup>79</sup> García IA, Paredes VGE, et al. Art. Cit. pág135

<sup>80</sup> Albuquerque WC, Correa MS. Art. Cit pp 22-24

<sup>81</sup> Pérez N, González C, Guedes A.C, Saleté M. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. Rev Cubana Estomatol. 2002;39: 3. pág. 7

Además, el entorno familiar tiene importancia en la transmisión de miedos, los cuales pueden ser adquiridos por imitación, ya que la sociedad parece tener una imagen negativa del dentista, casi siempre desagradable y si la madre tuvo alguna experiencia dolorosa, juzgará el tratamiento de su hijo como amenazador y agresivo, por esta razón nunca debe ser utilizado como una amenaza o castigo. *Tostes y cols.*, encontraron que la separación de los padres puede provocar desajustes emocionales en el niño, que a la hora de llevarlo ante un tratamiento odontológico va a resultar más complejo, por lo que la tolerancia al estrés y la habilidad de enfrentar situaciones determinadas pueden facilitarse cuando el ambiente familiar es estructurado, si las madres son seguras y determinadas en sus respuestas y los padres establecen límites en los niños. (Fig.17) <sup>83, 84, 85</sup>



Figura 17. <sup>86</sup>

---

<sup>83</sup> Pérez N, González C, et. al. Art Cit. pp.2- 7

<sup>84</sup> Albuquerque WC, Correa MS, et al. Art Cit. pp. 22-23

<sup>85</sup> Caydedo C. Cortés OM, et al. Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma Psicológica*; 2008;15:1. pp. 265-266

<sup>86</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría



Otra variable se relaciona al grado de escolaridad de los padres con sus manifestaciones de miedo dental, mostrando que con mayor educación evidencian menor respuesta de ansiedad; el nivel socioeconómico podría relacionarse debido a que no existe un adecuado acceso a los servicios odontológicos, de forma adicional, se menciona un incremento en la ansiedad, cuando los pacientes consultan esporádicamente debido a la presencia de dolor y en consecuencia, el tratamiento involucra la extracción dental. <sup>87, 88, 89</sup>

Para predecir el comportamiento de la madre en la consulta odontológica, se sugiere utilizar escalas de ansiedad que permitan identificar el comportamiento y sentimiento de ella durante el tratamiento, para ello se utiliza frecuentemente la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS - Dental Anxiety Scale) (Tabla 2), la cuál se caracteriza por presentar resultados fidedignos, ser de fácil y rápida aplicación, con diagnóstico y descripción precisos, ya que la madre no conoce el puntaje para cada pregunta.

Esta escala se compone por cuatro preguntas o ítems, con cinco alternativas para cada una, siendo atribuidos puntajes: 0 = sin ansiedad (puntuación igual a 4); 1 = baja ansiedad (puntuación entre 5 y 9); 2 = ansiedad moderada (puntuación entre 10 y 14); 3 = alta ansiedad (puntuación entre 15 y 20).

---

<sup>87</sup> García MY, Ríos FR, et al. Art. Cit. pp. 129-130

<sup>88</sup> Satu L, Heikki T, et al. The relationship of parental dental anxiety and childs' caries status. Journal of Dentistry for Children. 1989; 56: pág 191

<sup>89</sup> Núñez SIV, Parés VG, et al. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. Revista Odontológica Mexicana. 2006; 10:1: pp. 31-32

Otro factor importante es valorar el comportamiento y ansiedad del niño durante el tratamiento dental, para lo cuál se modificó la escala de Ansiedad Dental de Corah, la cuál puede ser aplicada días antes de la cita y en caso que el niño sea muy pequeño o no la entienda puede ser contestada por los padres.

El resultado de los puntos totales de la escala, son: menor de 13 = sin ansiedad, entre 12 y 15 puntos = ansioso, de 16 a 19 puntos = muy ansioso y por arriba de 19 como fóbico al tratamiento. (Tabla 3)<sup>90, 91, 92</sup>

---

<sup>90</sup> Albuquerque WC, Correa MS, et al. Art Cit. pp. 22-23

<sup>91</sup> Caydedo C. Cortés OM, et al. Art Cit. pp. 266-267

<sup>92</sup> Pizano M.I, Bermúdez L.F. Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología: evaluación del paciente e indicación de la técnica. Revista ADM, 2004; LXI: 5. pp. 165-170

<p><b>1</b> ¿Si su hijo(a) tuviera que ir al dentista mañana como se sentiría?</p> <p>a) Estaría esperando una experiencia razonablemente agradable.</p> <p>b) No me importaría.</p> <p>c) Me sentiría un poco preocupada.</p> <p>d) Estaría con miedo que sea desagradable si él (ella) sintiera dolor.</p> <p>e) Estaría con mucho miedo de lo que el dentista podría hacer.</p>	<p><b>3.</b> Si su hijo(a) esta en el sillón del dentista esperando mientras esté coge el “motorcito” para comenzar a trabajar en el diente ¿Cómo se siente?</p> <p>a) Relajada</p> <p>b) Preocupada.</p> <p>c) Tensa.</p> <p>d) Ansiosa</p> <p>e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal.</p>
<p><b>2.</b> Cuando esta esperando al dentista en la sala de espera, ¿Cómo se siente?</p> <p>a) Relajada</p> <p>b) Preocupada.</p> <p>c) Tensa.</p> <p>d) Ansiosa</p> <p>e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal.</p>	<p><b>4.</b> Si su hijo(a) está en el sillón del dentista para una limpieza dental. Mientras usted esta esperando que el dentista coja los instrumentos que usará para raspar los dientes alrededor de la encía. ¿Cómo se siente?</p> <p>a) Relajada</p> <p>b) Preocupada.</p> <p>c) Tensa.</p> <p>d) Ansiosa</p> <p>e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal.</p>
<p>Las siguientes notaciones fueron atribuidas para cada respuesta a=1, b=2, c=3, d=4, e=5.<sup>93</sup></p>	

Tabla 2. Escala de Ansiedad dental de CORAH- (DAS).

<sup>93</sup> Albuquerque WC, Correa MS, et al. Art Cit. pág. 23

1. Si tuvieras que ir al dentista mañana, ¿cómo te sentirías? Sin ansiedad/1    Ansiedad ligera/2    Ansiedad moderada/3 Muy ansioso/4    Extrema ansiedad/5
2. En la sala de espera del consultorio dental, ¿cómo te sientes? Sin ansiedad/1    Ansiedad ligera/2    Ansiedad moderada/3 Muy ansioso/4    Extrema ansiedad/5
3. Si van a utilizar el “taladro” en tu boca, ¿cómo te sentirías? Sin ansiedad/1    Ansiedad ligera/2    Ansiedad moderada/3 Muy ansioso/4    Extrema ansiedad/5
4. Si van a utilizar todo el instrumental para tu tratamiento dental, ¿cómo te sentirías? Sin ansiedad/1    Ansiedad ligera/2    Ansiedad moderada/3 Muy ansioso/4    Extrema ansiedad/5
5. Si te van a inyectar anestésico local para tu tratamiento dental, ¿cómo te sentirías? Sin ansiedad/1    Ansiedad ligera/2    Ansiedad moderada/3 Muy ansioso/4    Extrema ansiedad/5

Tabla 3 .Escala de valoración de ansiedad de Corah.

La escala más utilizada por su sencillez y alto grado de confiabilidad es la de Frankl, la cuál sitúa al paciente en alguna de las cuatro categorías para determinar así si el paciente es apto para ser atendido bajo la forma convencional o si requiere alguna técnica especial.<sup>94</sup> (Tabla 4 y Fig.18)

<sup>94</sup> Pizano M.I, Bermúdez L.F. Art. Cit. pp. 167-168

<b>I.-Definitivamente negativo</b>	Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera.
<b>II.-Negativo</b>	Acepta con dificultad el tratamiento, arisco, lejano, ausente.
<b>III.-Positivo</b>	Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece y se muestra ansioso.
<b>IV.- Definitivamente positivo</b>	Ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento

**Tabla 4. Escala de valoración de la conducta de Frankl**

Venham propone una escala fácil de aplicar en niños, se utilizan 8 pares de figuras, en las cuales cada uno de los pares representa un estado de ansiedad con una calificación numérica; el paciente escoge la(s) figura(s) que le parecen más cercanas a su estado de ansiedad y la calificación obtenida representa el número de veces que se siente ansioso de acuerdo al par que eligió.<sup>95</sup> (Fig. 19)

---

<sup>95</sup> Pizano M.I, Bermúdez L.F. Art. Cit. pp. 167-168



Figura 18. Paciente con conducta positiva.<sup>96</sup>

Lo anterior comprueba la necesidad de invertir en la psicología del comportamiento y en las orientaciones previas a la consulta con la forma de atención que se va a llevar a cabo; de esta manera, se podrá establecer una relación de confianza y seguridad con el profesional haciendo posible que él adopte una postura favorable, disminuyendo la ansiedad de la madre desde el inicio de la atención odontológica de su hijo.<sup>97</sup> (Fig.20)

---

<sup>96</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría

<sup>97</sup> Albuquerque WC, Correa MS, et al. Art Cit. pp 23-24

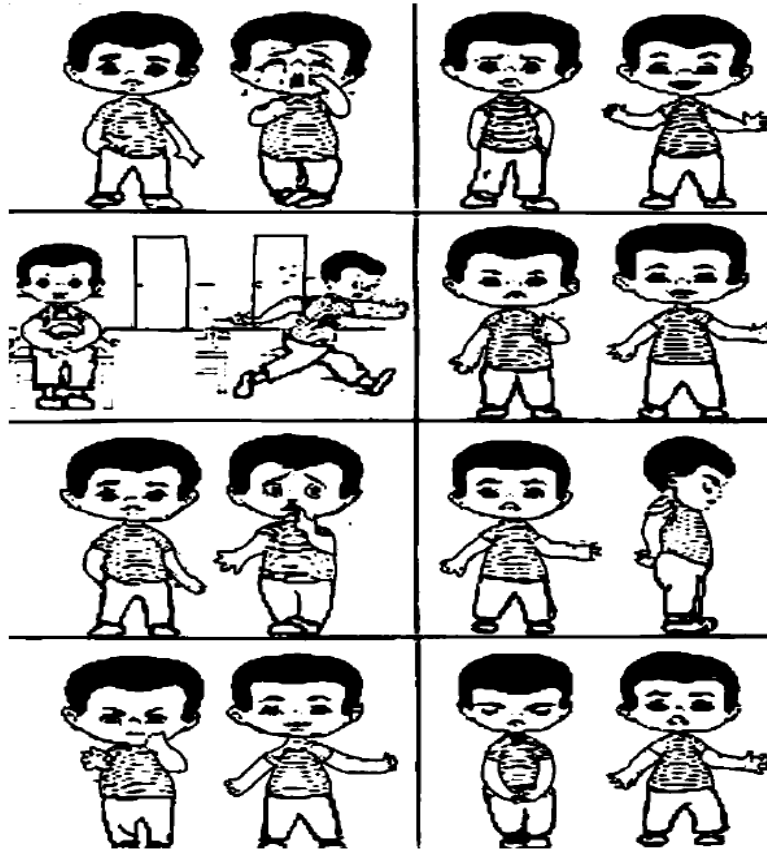


Figura 19. Prueba de imágenes de Venham<sup>98</sup>



Figura 20.<sup>99</sup>

<sup>98</sup> Pizano M.I, Bermúdez L.F. Art. Cit. pp. 167-168

<sup>99</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría

### 2.3. ACEPTACIÓN, PERCEPCIÓN Y AUTORIZACIÓN

La permanencia de los padres en el consultorio dental durante el tratamiento resulta útil siempre y cuando no le transmitan ansiedad al niño, muchas veces los padres sienten que él puede comportarse mejor con su presencia, o bien tienen la necesidad de proteger a sus hijos por su vínculo emocional. (Fig. 21)



Figura 21. Una actitud positiva materna.<sup>100</sup>

En cuanto a la aceptación de las diferentes técnicas de manejo aplicadas en su hijo depende de varios factores, entre ellos la experiencia dental previa y el uso de éstas, el apego del niño a sus padres y la urgencia del tratamiento en ese momento.<sup>101, 102, 103, 104, 105, 106, 107</sup>

---

<sup>100</sup> Castillo R. Op. Cit. pág 53

<sup>101</sup> Crossley ML, Joshi G. Art. Cit. pp. 520-521

<sup>102</sup> Núñez SIV, Parés VG, et al. Art. Cit. pág. 32

<sup>103</sup> Marcum BK, Turner C, Courts FJ. Pediatric dentists' attitudes regarding parental presence during dental procedures. American Academy of Pediatric Dentistry. 1995; 17:7: pp 432-435

<sup>104</sup> Benson G, Al Amri M, et al. Art. Cit. pp 3-9

<sup>105</sup> Eaton JJ, McTigue DJ, et al. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. Pediatric Dent. 2005; 27:2: pág 112

<sup>106</sup> Enciso PA, Posada MC, et al. Art. Cit. pág 33



La evaluación de las actitudes de los padres hacia las de las técnicas de manejo conductual es necesaria, ya que, al analizar el grado de percepción es notoria su aceptación a las técnicas de manejo comunicativas como decir, mostrar y hacer en comparación con las restrictivas, (Fig. 22 y 23) ya que las acciones por sí mismas implican una actitud autoritaria, que pocos padres utilizan en la disciplina de sus hijos y en el momento en que el profesional intenta aplicarlas no obtiene la conducta deseada y si una carga de estrés que obstaculiza el tratamiento.<sup>108, 109, 110</sup>

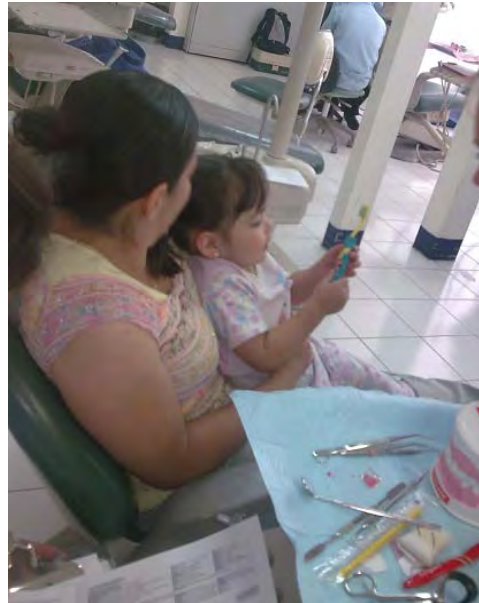


Figura 22. Los padres prefieren técnicas de comunicación.<sup>111</sup>

---

<sup>107</sup> Pinkham JR. An analysis of the phenomenon of increased parental participation during the child's dental experience. *Journal of Dentistry for Children*. 1991; 58:6: 458-463.

<sup>108</sup> Peretz B, Zadik D. Art. Cit. pág. 204

<sup>109</sup> Benson G, Al Amri M, et al. Art. Cit. pp 3-9

<sup>110</sup> Scott S, Garcia-Godoy F. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. *Journal of Dentistry for Children*. 1998; 65:2: 131

<sup>111</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría



Figura 23. Técnica decir mostrar y hacer<sup>112</sup>

Sin embargo, se ha observado que el grado de permisividad podría ser mayor para las técnicas restrictivas en casos que su uso se justificara, así como en muchas situaciones puede presentarse que la técnica no se acepte y la percepción sea negativa, pero que el padre permita la utilización de la misma. (Fig. 24)<sup>113, 114, 115, 116, 117, 118, 119</sup>

---

<sup>112</sup> Castillo R. Op. Cit. pp 47-48

<sup>113</sup> Eaton JJ, McTigue DJ, et al. Art Cit. pp 107-111

<sup>114</sup> Brill WA. Parents' assessment and children's reactions to a passive restraint device used for behavior control in a private pediatric dental practice. *Journal of Dentistry for Children*. 2002; 69:3: pág 310

<sup>115</sup> Enciso PA, Posada MC, et al. Art. Cit. pp 32- 33

<sup>116</sup> Newton JT, Patel H, et al. Art Cit. pág. 112

<sup>117</sup> García MY, Ríos FR, et al. Art. Cit. pp 129-130

<sup>118</sup> García IA, Paredes VGE. Et al. Art. Cit. pág 137

<sup>119</sup> Peretz B, Zadik D. Art. Cit. pág 201



Figura 24. Autorización de restricción física en paciente no cooperador.<sup>120</sup>

La actitud que tienen los padres ante la utilización de las técnicas de restricción física es de mayor aceptación cuando reciben una amplia explicación, previa a la aplicación en su hijo, (Fig. 25) sin embargo, la técnica más controvertida es mano sobre boca, básicamente por los cambios sociales, otro factor es la condición económica de los padres, ya que los de baja condición aceptan más el uso de estas técnicas.<sup>121</sup>

---

<sup>120</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría

<sup>121</sup> Eaton JJ, McTigue DJ, et al. Art Cit. pág 112



Figura 25.<sup>122</sup>

Frankel y cols., demostraron que el uso de restricción física puede ser aprobado si las madres están presentes durante el tratamiento en el 90%, 66% piensa que provoca estrés en sus hijos, 78% que no tiene ningún efecto y el 10% que existe un efecto negativo, aun que los padres opinan que es necesario en un 96%.<sup>123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133</sup> (Fig. 26)

<sup>122</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría

<sup>123</sup> Hartmann C, Prushs RJ, et al. Art. Cit. pág 296

<sup>124</sup> Brill WA. Art. Cit. pp 310-312

<sup>125</sup> Eaton JJ, McTigue DJ, et al. Art Cit. pp 108-112

<sup>126</sup> Enciso PA, Posada MC, et al. Art. Cit. pág 33

<sup>127</sup> García MY, Ríos FR, et al. Art. Cit. pp 129-130

<sup>128</sup> Núñez SIV, Parés VG, et al. pág 32

<sup>129</sup> Rombom HM. Art. Cit. pp 209-210

<sup>130</sup> Acs G, Hersch G, Testen RD, Wai M. A 20-year perspective on the changing use of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. American A. of P. Dents. 2001; 23:4: 305

<sup>131</sup> Roberts JF. How important are techniques? The empathic approach to working with children. Journal of Dentistry for Children. 1995; 62:1: pp 38-40

<sup>132</sup> Newton JT, Patel H, et al. Art Cit. pág. 112

<sup>133</sup> Peretz B, Gluck GM. Art. Cit. pp 392-394



Figura 26. Aceptación por parte de las madres sobre el uso de la tabla restrictiva.<sup>134</sup>

La posibilidad de que los padres acepten el uso de las técnicas están influidas también por el método de presentación, además de la información que reciben a través de medios como el Internet, la mercadotecnia o las experiencias previas adversas de otros padres, lo que distorsiona su percepción hacia el tratamiento dental.<sup>135, 136</sup>

<sup>134</sup> Fuente propia.

<sup>135</sup> Eaton JJ, McTigue DJ, et al. Art Cit. pp 108-112

<sup>136</sup> García MY, Ríos FR, et al. Art. Cit. pág 135

### 3. MEDIOS DE INFORMACIÓN PARA EXPLICAR TÉCNICAS DE CONTROL DE CONDUCTA.

Es esencial informar a los padres con un lenguaje claro y accesible sobre las técnicas y procedimientos que van a aplicarse en su hijo, por lo cual todas las decisiones deben involucrarlos y de esta manera ganarse su confianza y aprobación, pues son ellos quienes deciden su aplicación en el niño. (Fig. 27)

Es importante eliminar cualquier mal entendido que pueda poner en riesgo el tratamiento, o dar lugar a una acción de controversia, ya que la ansiedad en los padres se asocia frecuentemente a la falta de información respecto a los procedimientos dentales y técnicas de manejo conductual.<sup>137,</sup>  
138 ,139 ,140 ,141, 142 ,143, 144



Figura 27. Información a los padres.<sup>145</sup>

---

<sup>137</sup> Peretz B, Gluck GM. Art. Cit. pág 394

<sup>138</sup> Castillo R. Op. Cit. pág 30

<sup>139</sup> Enciso PA, Art. Cit. pp 33-34

<sup>140</sup> Caydedo C, Cortés OM, et al. Art. Cit. pp 265-266

<sup>141</sup> García IA, Paredes VGE et al. Art Cit. pág. 138

<sup>142</sup> García MY, Ríos FR, et al. Art. Cit. pág 127

<sup>143</sup> Yamada C. Art Cit. pág 16

<sup>144</sup> Sturmey P. The effects of method of behaviour management, client characteristics, and outcome on public perception of intervention acceptability in a paediatric dentistry. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2003; 31:169-176.

<sup>145</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría

### 3.1. Consentimiento informado

Se compone por la información completa, comprensión adecuada y ausencia de coacción (voluntariedad) lo que permite favorecer y promover la comunicación respetuosa, brindando seguridad, ya que mantiene al paciente a salvo de los tratamientos no deseados o autorizados y al clínico lo protege de acusaciones de la ejecución de tales tratamientos, por lo tanto, tiene un objetivo clínico y legal .

La Norma Oficial Mexicana en relación al expediente clínico, define al consentimiento bajo información escrita, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida explicación de los riesgos y beneficios esperados, de un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, en cuanto a la prevención y control de enfermedades bucales, incorpora este consentimiento como una obligatoriedad en la atención odontológica. (Fig. 28) <sup>146, 147, 148 ,149</sup>



Figura 28. Consentimiento informado por escrito. <sup>150</sup>

---

<sup>146</sup> Mercedes A. El consentimiento informado en Pediatría. Rev Cubana Pediatr . 2006; 78 :1. pp 1-2  
[http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol78\\_1\\_06/pedsu106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol78_1_06/pedsu106.htm)

<sup>147</sup> Nunn J, Foster M, Master S, Greening S. British Society of Paediatric: a policy document on consent and the use of physical intervention in the dental care of children. International Journal of Paediatric Dentistry. 2008; 18: Suppl. 1: pág. 40

<sup>148</sup> González S, Rivera A, et al. Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. Revista ADM. Mayo- Junio. 2004 Vol. LXI, No. 3 pág 115

<sup>149</sup> Gómez R. Consentimiento informado en odontología, Revista ADM. Septiembre-October 2007 Vol. LXIV, No. 5 pp 205-206

<sup>150</sup> [www.rhino3dchile.com](http://www.rhino3dchile.com)

Por su parte, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) considera al consentimiento como un proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual el sujeto competente recibe del médico información en términos comprensibles, que le capacita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.<sup>151</sup>

La Asociación Americana de Odontología Pediátrica reconoce que el consentimiento con información comprensible y relevante, calidad y cantidad suficiente para el paciente y sus familiares, es esencial en la prestación de servicios de salud, permite que el padre o tutor (en el caso de menores de edad) participe y mantenga la autonomía en la atención que reciben, además de proteger el derecho de libre determinación y elección, evita fraude o coacción, alentando a los odontólogos a examinar cuidadosamente sus decisiones, fomentar la adopción de decisiones racionales por parte del paciente y establecer una comunicación clara, accesible y explícita enterando de las posibilidades de éxito o fracaso de cualquier procedimiento estomatológico, así como de sus riesgos y beneficios, sin crear falsas expectativas y de esta manera ganar la atención y confianza del paciente, familiares o representantes legales, demostrando interés por su padecimiento.<sup>152,153, 154</sup>

---

<sup>151</sup> [ ]

<sup>152</sup> Council on Clinical Affairs. Guideline on Informed Consent. 2005; 27:7.182-183

<sup>153</sup> González S, Rivera A, et al. pág 115

<sup>154</sup> Clair TSt. Art. Cit. pp 90- 94



En México de acuerdo a los reportes de la CONAMED el número de odontólogos que han recibido demandas ha ido en aumento, la mayoría de las denuncias se presentan por la falta de información y comunicación, por lo tanto, el odontólogo debe estar plenamente seguro de que los padres están conscientes de los factores relacionados con el tratamiento.

### 3.1.1. Información oral.

La mayoría de los padres prefieren explicaciones detalladas durante el tratamiento dental, por lo que, el profesional debe poner énfasis en la explicación que proporciona, de manera efectiva para generar una buena percepción y disminuir la ansiedad, con lo cual, se puede lograr tolerancia hacia algunas técnicas de restricción, con la finalidad de reducir factores que compliquen el manejo de conducta y brindar una mejor atención en el niño. (Fig.29)<sup>155 156 157, 158, 159</sup>



Figura 29.<sup>160</sup>

---

<sup>155</sup> Peretz B, Zadik D. Art. Cit pág 204

<sup>156</sup> García IA, Paredes VGE, Art. Cit. pág 135

<sup>157</sup> Eaton JJ, McTigue. Art. Cit. pág 112

<sup>158</sup> García IA, Paredes VGE, Art. Cit pág. 138

<sup>159</sup> Keith D, Allen PhD, Art. Cit. pág 180

<sup>160</sup> Facultad de Odontología UNAM, Clínica Seminario de Titulación Odontopediatría

### 3.1. 2. Información por escrito

Los profesionales no deben hacer suposiciones sobre la comprensión o actitudes de los padres, de esta manera se evitan expectativas poco realistas, además los documentos debidamente fundamentados y bien presentados impiden que prosigan reclamaciones infundadas basadas en malentendidos, por ello deben estar seguros de que son plenamente conscientes de los factores relacionados con el tratamiento, solucionando todas las preguntas planteadas por ellos.

Las causas más frecuentes asociadas a problemas legales, son el suministro insuficiente de información, lo que hace, aun más importante la explicación de los procedimientos y la incorporación en la práctica clínica del consentimiento verbal y escrito para la utilización de todo tipo de técnicas de manejo de conducta.(Fig. 30)<sup>161, 162, 163, 164, 165, 166</sup>



Figura 30.<sup>167</sup>

---

<sup>161</sup> Keith D, Allen PhD, et al. comparing four methods to inform parents about child behavior management: how to inform for consent. *Pediatric Dentistry*; 1995;17: 3. 180

<sup>162</sup> Clair TSt. Informed consent in pediatric dentistry: a comprehensive overview. *American Academy of Pediatric Dentistry*. 1995; 17:2: pp 90-95

<sup>163</sup> Peretz B, Gluck GM. Art. Cit. pág 394

<sup>164</sup> Committee on Behavior Guidance. Art. Cit. pág 118

<sup>165</sup> Enciso PA, Posada MC, et al. Art. Cit. pág 34

<sup>166</sup> Peretz B, Zadik D. Art. Cit. pág 201

<sup>167</sup> usuarios.lycos.es

### 3.1.3. Información por video.

La percepción de los padres esta influenciada por el tipo de información recibida que puede modificar su reacción, ésta por lo general es de tipo oral, aunque el profesional puede reforzarla en una situación neutra, para ello es de gran utilidad el video, sin embargo, tiene como desventaja que la información transmitida pueda generar mayor ansiedad en casos dónde se apliquen técnicas de restricción física como mano sobre boca o restricción pasiva. (Fig 31) <sup>168, 169, 170, 171, 172</sup>



Figura 31. <sup>173</sup>

---

<sup>168</sup> Peretz B, Gluck GM. Art. Cit. pp 394-395

<sup>169</sup> Pérez G. M, Cantoral K. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO GARANTÍA CONSTITUCIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL DERECHO MEXICANO. Revista de Derecho Privado, nueva época, septiembre -diciembre 2006, año V, nun15,pp 62- 64

<sup>170</sup> Alcántara SV, Méndez ME, Calva C, López SMa.C. Azcona G. Utilización del consentimiento informado por odontopediatras en la ciudad de México. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2004; 61:1: pág 38

<sup>171</sup> Clair TSt. Art. Cit. pág 95

<sup>172</sup> Committee on Behavior Guidance. Art Cit. pág. 118

<sup>173</sup> [www.lajornadajalisco.com.mx](http://www.lajornadajalisco.com.mx)

## CONCLUSIONES.

A pesar de que las técnicas de manejo de conducta se han empleado con éxito por décadas, varias de ellas han llegado a ser criticadas severamente, por que es difícil para los padres aceptar las técnicas de restricción física, principalmente mano sobre boca, lo que refleja los cambios en el estilo de crianza y prácticas disciplinarias, por la incertidumbre respecto a los efectos psicológicos que pueden provocar, sin embargo, a pesar de ello debe incluirse en los programas de educación en Odontología y aun que es incierta su utilización, es importante destacar que la técnica de mano sobre boca permite establecer una línea de comunicación clara con el niño y de esta manera poder llevar a cabo el tratamiento dental, no produce consecuencias negativas a partir de su aplicación, ya que finalmente permite una comunicación agradable, por estas razones se espera que la técnica siga aplicándose, aun que, existe una disminución significativa en la promoción de su uso.

Al realizar este tipo de técnicas se pueden encontrar ciertos problemas y desafíos legales, aunque no se han reportado demandas por utilizarlas, las quejas por los padres ante la CONAMED son por no haberlos consultado antes su aplicación en el niño.

El consentimiento de los padres es relevante independientemente si las técnicas son de comunicación, modificación de la conducta o restricción, aun que algunos reconocen la necesidad de la aplicación de las técnicas en sus hijos, otros pueden aprobarlas sólo para "los hijos de otras personas", por lo que, la aprobación o aceptación no son un buen sustituto de consentimiento, es por ello su importancia tanto verbal como escrita explicando el objetivo de ellas previamente, para que no existan malos entendidos.

Por otro lado, la aceptación de los padres hacia las técnicas de manejo sobretodo de tipo restrictivas, depende de la explicación suficiente y clara proporcionada por parte del profesional, se considera que en más del 60% de los padres su decisión de consentimiento depende del método o material con el que reciben la información.

El mejor método para garantizar que los padres se sientan bien informados es la explicación verbal, la escrita es útil, pero el principal problema es la comprensión de la lectura. En cuanto al video comparado con la exposición oral tiene menos éxito, ya que los padres sólo se sienten bien informados al ver técnicas comunicativas, pero para las técnicas de restricción física, llegan a sentir mayor ansiedad, además del coste de los mismos.

Otro punto importante es conocer los fundamentos éticos, ya que el manejo de la conducta del niño requiere un alto nivel de competencia, comprensión, conocimiento científico y técnico, así como cultural, por lo que deben emplearse cuidadosamente teniendo sensibilidad, compasión, preocupación por la seguridad del niño y su bienestar para poder llevarlas acabo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Acs G, Hersch G, Testen RD, Wai M. A 20-year perspective on the changing use of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. *American A. of Pediatric Dentistry*. 2001; 23:4: 301-306
- Albuquerque WC, Correa MS, et al. Evaluación de la ansiedad maternal en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Revista Estomatol Herediana*. 2007; 17:1: 22-24
- Alcántara SV, Méndez ME, Calva C, López S Ma.C. Azcona G. Utilización del consentimiento informado por odontopediatras en la ciudad de México. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2004; 61:1: 35-38
- Barbería E, Boj R, Catalá M, García C. *Odontopediatría*. Segunda edición. Barcelona: Masson. 2002. pp 127-137
- Barton DH, Hatcher E, Potter R, Henderson HZ. Dental attitudes and memories: a study of the effects of hand over mouth/restraint. *Pediatric Dent*. 1993; 15:1: 13-17
- Benson G, Al Amri M, Dufresne K, Stewart B, Sabbah W. Attitudes of a sample Saudi parents towards behavior management in a pediatric dental clinic. *Saudi Dental Journal*. 2005; 17:1: 3-9

- Brett R, Keith D, Expanding child behaviour management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. *Pediatric Dentistry* 1994; 16: 1: 13-16
- Boj J, Catalá M, García- Ballesta C, Mendoza A. *Odontopediatría*. Barcelona, Masson: 2004. pp 255-268  
<http://www.sdsjournal.org/2005/volume-17-number-1/2005-17-1-3-9-full.html>
- Brill WA. Parents' assessment and children's reactions to a passive restraint device used for behavior control in a private pediatric dental practice. *J. of Dent. for Ch.* 2002; 69:3: 310-313
- Cárdenas D. *Fundamentos de Odontología. Odontología Pediátrica*. 3ª edición. Colombia. Corporación para Investigaciones Biológicas. 2003. pp 26-33
- Cardoso CL, Loureiro SR, Nelson- Filho P. Pediatric dental treatment: manifestations of stress in patients, mothers and dental school students.. *Pediatric Dentistry*. 2004; 18: 2: 150- 155
- Castillo R. *Manual de odontología Pediátrica. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica*. C.V 1996. pp 30-59
- Caydedo C. Cortés OM, et al. Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma Psicológica*. 2008; 15: 1. 259-278

Clair TSt. Informed consent in pediatric dentistry: a comprehensive overview.  
American Academy of Pediatric Dentistry. 1995; 17:2: 90-96

Council on Clinical Affairs. Guideline on Informed Consent. 2005; 27:7.182-  
183

Committee on Behavior Guidance. Guideline on behavior guidance for the  
pediatric dental patient. American Academy of Pediatric Dentistry. 2007;  
29:7: 115-124

Coplan RJ, Reichel M, Rowan K. Exploring the associations between  
maternal personality, child temperament, and parenting: A focus on  
emotions. Personality and individual difference. 2009; 46: 241-246

Crossley ML, Joshi G. An investigation of paediatric dentists' attitudes  
towards parental accompaniment and behavioural management  
techniques in the UK. British D. J. 2002; 192: 9: 517-521.

Dummett CO. Behavior management in pediatric dentistry. The Journal of  
Practical Hygiene. 2002; 28-29

Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW, Beck BE. Attitudes of contemporary  
parents toward behavior management techniques used in pediatric  
dentistry. Pediatric Dent. 2005; 27: 2: 107-113



Enciso PA, Posada MC, Quintero AM, Valencia C, Vásquez J, Ríos S, Cárdenas JM, Jaramillo A. Aceptabilidad, percepción y permisividad de los padres a las diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en los pacientes pediátricos de la Clínica CES Sabaneta. Rev. CES Odont. 2001; 14: 1. 28-34

Ferro MJ. Técnicas de modificación conductual aplicables en la clínica odontológica. Acta odontológica venezolana. 2005; 43:2:205-209.  
[http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/tecnicas\\_modificacion\\_conductual\\_clinica\\_odontologica.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/tecnicas_modificacion_conductual_clinica_odontologica.asp)

García IA, Paredes VGE, Hinojosa AA. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante las diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. Revista Odontológica mexicana. 2007; 11:3: 135-139

García MY, Ríos FR, Cuairán RV, Gaitán CLA. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Revista Odontológica Mexicana. 2006; 10:3: 126-130

Gómez R. Consentimiento informado en odontología, Revista ADM Septiembre-Octubre 2007; Vol. LXIV, No. 5. pp 205-207

González LJ. El ratón de los dientes. Relación paciente-ambiente (segunda parte). El siglo de Durango. 2005.  
<http://www.elsiglodedurango.com.mx/hemeroteca/pdf;2005-02-27>

Grewal N. Implementation of behaviour management techniques- How well accepted they are today. J. Indian Soc. Pedo. Prev. Dent. 2003; 21: 2: 70-74

Keith D, Allen PhD, et al. comparing four methods to inform parents about child behavior management: how to inform for consent. Pediatric Dentistry; 1995; 17: 3. 180-185

Kupietzky A, Ram D. Effects of a positive verbal presentation on parental acceptance of passive medical stabilization for the dental treatment of young children. Pediatric Dentistry. 2005; 27:5: 380-384.

Marcum BK, Turner C, Courts FJ. Pediatric dentists' attitudes regarding parental presence during dental procedures. American Academy of Pediatric Dentistry. 1995; 17:7: 432-436

Medina JP. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta odontológica venezolana.1998;36:2:1-5.

[http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion\\_nino\\_consulta\\_odontologica.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp)

Mercedes A. El consentimiento informado en Pediatría. Rev Cubana Pediatr 2006; 78 (1) 207[http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol78\\_1\\_06/pedsu106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol78_1_06/pedsu106.htm)

Nash D. Engaging children's cooperation in the dental environment through effective communication. Pediatric dentistry. 2006; 28: 5: 455-459

Newton JT, Patel H, Shah S, Sturmey P. Attitudes towards the use of hand over mouth (HOM) and physical restraint amongst paediatric specialist practitioners in the UK. *Inter. Journal of Paediatric Dentistry*. 2004; 14: 111-117.

Nunn J, Foster M, Master S, Greening S. British Society of Paediatric: a policy document on consent and the use of physical intervention in the dental care of children. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2008; 18: Suppl. 1: 39-46.

Núñez SIV, Parés VG, et al. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. *Revista Odontológica Mexicana*. 2006; 10:1: 30-35

Peretz B, Gluck GM. The use of restraint in the treatment of paediatric dental patients: old and new insights. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2002; 12: 392-397

Peretz B, Zadik D. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *American Academy of Pediatric Dentistry*. 1999; 21:3: 201-204

Pérez N, González C, Guedes A.C, Salette M, Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Rev Cubana Estomatol*. 2002; 39(3) pp. 1-9

Pérez G. M, Cantoral K. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO GARANTÍA CONSTITUCIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL

DERECHO MEXICANO. Revista de Derecho Privado, nueva época, septiembre -diciembre 2006, año V, nun15, pp 59-87

Pinkham JR. An analysis of the phenomenon of increased parental participation during the childs' dental experience. Journal of Dentistry. for Children. 1991; 58:6: 458-463.

Pinkham J.R. Odontología Pediátrica. 3ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001 pp 277-282

Pizano M.I, Bermúdez L.F. Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología: evaluación del paciente e indicación de la técnica. Revista ADM, 2004; LXI: 5. 165-170

Ramírez MA. Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. Estudios Pedagógicos. 2005; 31:2: 167-177

Roberts JF. How important are techniques? The empathic approach to working with children. Journal of Dentistry. for Children.1995; 62:1: 38-43

Rombom HM. Behavioral techniques in pedodontics: the hand-over mouth technique. Journal of Dentistry for Children. 1981; 48:3: 208-210

Satu L, Heikki T, et al. The relationship of parental dental anxiety and childs' caries status. Journal of Dentistry for Children. 1989; 56: 191-195



Scott S, García-Godoy F. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. *Journal of Dentistry for Children*. 1998; 65:2: 128-131

Yamada C. New challengens in management of the anxious pediatric dental patient. *Hawai Dental Journal*. 2006; 37: 5: 14-17