



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ABORDAJE CONDUCTUAL EN PACIENTES INFANTILES
CON DISCAPACIDAD.

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL PROGRAMA DE
TITULACIÓN POR ALTO PROMEDIO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

NANCY FABIOLA SILVA LAZCANO

TUTORA: Esp. PATRICIA MARCELA LÓPEZ MORALES



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.



AGRADECIMIENTOS

Estoy a nada de titularme y en lo único que pienso es en todas esas personas que me apoyaron para llegar hasta este momento.

A mi mamá

Quien me enseñó que puedo lograr todo lo que me proponga, siempre con dedicación y amor, quien siempre me dejó presente que debo poner todo de mí en cada paciente, le agradezco por ser mi primer paciente y apoyarme en cada clínica que podía, a conseguir pacientes, a no dejarme rendir nunca en todo este camino que he recorrido, a todos esos consejos que me daba y esas noches de desvelo, es un ejemplo a seguir, como madre, amiga, compañera de vida y como ser humano, la amo.

A mi papá

Que puso todo su esfuerzo por comprarme todo el material e instrumental para que pudiera realizar los procedimientos en las clínicas, tengo presente que no fue fácil y que la carrera no es barata pero aún si nunca me faltó nada, le agradezco por ser mi paciente en las clínicas, por las risas, por nunca abandonarme y por enseñarme a tener carácter y fortaleza cuando se necesita, lo amo. Me gustó mucho tenerlos a mis padres en las clínicas, atenderlos con todo el amor y cariño.

A mi hermano Francisco

Que siempre me dio un ejemplo de lucha y logros, por siempre apoyarme en mis estudios y por sus grandes consejos, me inspiraste a luchar por tener una carrera y pertenecer a la UNAM.

A mi hermano David

Mi compañero de juegos y travesuras, aunque con algo de miedo le agradezco que permitiera atenderlo, les agradezco a mis dos hermanos, por las risas, momentos y por confiar en que lograría titularme y tener una licenciatura, los amo.

A mi hermana Karen

Quien ya no se encuentra con nosotros, sin embargo, fue un excelente ejemplo, lleno de amor y esfuerzo por siempre salir adelante, que, aunque su enfermedad a veces le jugaba malas bromas, ella siempre quiso seguir estudiando y aprendiendo. Ojalá estuviera en este momento conmigo, la extraño cada día que pasa y siempre deseo que el final hubiera sido diferente, la amo.





A mi hija Emily

La persona más importante de mi vida, esa pequeña niña que siempre amanece con una sonrisa para mí, quien me enseñó que cada día se aprende algo nuevo y aunque no siempre es fácil, pondré todo de mí para lograrlo, quiero ser el mejor ejemplo para ella, la amo con todo mi ser, le agradezco a Dios por unirnos en esta vida.

A mi abuelita Catalina

Quien siempre confió en que lo lograría, por su amor y compañía en las clínicas, la amo.

A Alam

A quien conocí en la clínica y se ha convertido en una persona muy importante en mi vida, le agradezco por acompañarme en los momentos difíciles, por motivarme cada que quiero rendirme, a enseñarme que cada uno va a su ritmo y que todos nos enfrentamos a diferentes cosas en la vida, le agradezco por su paciencia y amor, lo amo.

A mi tutora Patricia Marcela López Morales

Quien me enseñó que existen muchos pacientes con discapacidad que también tienen el derecho de ser atendidos con un trato digno, la necesidad de que existan más profesionales de la salud interesados en aprender acerca de cómo atender a estos pacientes pues no muchos tienen la paciencia y dedicación que se necesita hoy en día. Es un ejemplo a seguir como docente y profesional.

A la Dra. Marisa Cuevas Alba

Quien me motivo para terminar mis estudios y llegar a titularme, por tener la paciencia de explicarme todas esas cosas que en la facultad no te enseñan, por ejemplo, a cómo llevar un consultorio dental. Le agradezco por apoyarme y aconsejarme.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por abrirme las puertas de la máxima casa de estudios, le agradezco por ofrecerme todas las herramientas y oportunidades para lograr este sueño, por todas esas personas que conocí en ella y los momentos maravillosos que pasé.

¡México, pumas, universidad!

Orgullosamente UNAM.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. DISCAPACIDAD

1.1 Definición

1.2 Modelos

1.2.1 Médico

1.2.2 Social

1.3 Clasificación

1.3.1 Física

1.3.2 Sensorial

1.3.2.1 Auditiva

1.3.2.2 Visual

1.3.3 Cognitiva

1.3.4 Psicosocial

1.3.5 Múltiple

1.4 Infancia y discapacidad

2. ABORDAJE CONDUCTUAL

2.1 Concepto

2.2 Técnicas

2.2.1 Básicas (comunicación, modificación)

2.2.2 Avanzadas (estabilización protectora)

2.2.3 Complementarias (ludoterapia, musicoterapia, aromaterapia)

2.3 Adaptaciones para el paciente infantil con discapacidad

2.3.1 Básicas (comunicación, modificación)

2.3.2 Avanzadas (estabilización protectora)

2.3.3 Complementarias (ludoterapia, musicoterapia, aromaterapia)

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



INTRODUCCIÓN

En los últimos años la población con discapacidad ha reportado una frecuencia del 15% según el informe de la OMS, lo que significa más de mil millones de personas en el mundo. Muchas de estas personas presentan mala higiene y enfermedades bucales debido a las características individuales de cada discapacidad y a la poca o nula atención odontológica por parte de los profesionales debido al temor o falta de conocimientos y experiencia en este tema.

Las personas con discapacidad tienen mayor riesgo a adquirir enfermedades orales las cuales pueden tener un impacto directo en su salud general, por lo que demandan al odontólogo y a su equipo de trabajo una considerable dedicación, conocimiento, entrenamiento y habilidad para adaptar las diferentes técnicas de manejo de conducta para cada tipo de discapacidad y así lograr establecer confianza y comunicación entre el paciente pediátrico y el clínico, ya que de esto dependerá el éxito en los procedimientos dentales.

Las técnicas para el manejo de conducta implementadas en pacientes pediátricos con discapacidad en general son las mismas que se aplican en los niños regulares, con ciertas modificaciones dependiendo del tipo de limitación que presente el paciente en la consulta dental, por lo tanto, es importante realizar una historia clínica detallada para brindar una atención adecuada.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las diferentes adaptaciones de las técnicas para el manejo de conducta no farmacológicas en pacientes pediátricos con discapacidad con el fin de ofrecer más alternativas para logra cierto grado de relajación del paciente que permita realizar el tratamiento odontológico.



1. DISCAPACIDAD

1.1 Definición

Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.¹ Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan la vida de una persona; algunos ejemplos de discapacidades son las dificultades para ver, oír o hablar normalmente.

Por otro lado, otra definición muy utilizada según Linden² es la publicada por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), de la Organización Mundial de la Salud que menciona que la discapacidad se puede definir como “limitaciones en las capacidades necesarias para participar en la vida diaria”. Dado que la discapacidad es un término relacionado con la salud, debe demostrarse que la “limitación de capacidad” se debe a un problema médico, es decir, un deterioro de las estructuras o funciones corporales. La discapacidad es un concepto multidimensional que implica “deterioro de las estructuras o funciones corporales, “limitaciones de capacidad, “entorno” y “participación”. Es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, según la OMS.³

1.2 Modelos

Las maneras que se han empleado para comprender y clasificar a la discapacidad han sido diversos. Los más utilizados son: el modelo médico-biológico, modelo social, modelo de las minorías colonizadas, modelo universal de la discapacidad y el modelo biopsicosocial según Padilla⁴. No obstante, el mismo autor menciona que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) explica que “Se han propuesto diversos modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento [de] esta variedad puede ser explicada en una dialéctica de 'modelo médico' versus 'modelo social'.



1.2.1 Modelo Médico

Se considera la premisa de que el modelo médico transformó la noción de discapacidad, llevándola desde una visión moral, eugenésica, excluyente, hacia una noción médica y científica.⁵

Dell⁶ refiere que el modelo médico se conceptualiza como un modelo lineal que comienza con la etiológica de la enfermedad, seguida de su patología y las manifestaciones resultantes. El modelo médico se centra en el proceso de la enfermedad en sí, con el objetivo de curar la enfermedad y devolver al paciente a su funcionamiento normal.

El modelo médico fue útil para la investigación y la práctica en el diagnóstico y las etapas iniciales del tratamiento de la enfermedad, sin embargo, los profesionales reconocieron que había otros factores a considerar al estudiar el efecto de una discapacidad en la capacidad a largo plazo de una persona para funcionar en la sociedad.⁶

1.2.2 Modelo Social

Al observar las limitaciones que tiene el modelo médico para entender la discapacidad, el modelo social postula que la discapacidad no es solamente lo derivado de la enfermedad de la persona, sino el resultado de condiciones, estructuras, actividades y relaciones interpersonales en un medio ambiente.⁴

Padilla explica que “la discapacidad nace de la interacción de una persona con un medio ambiente en particular, en el cual se evidencian las limitaciones o desventajas que tiene una persona en ese medio ambiente y que definen su estatus de persona con discapacidad”.

A su vez Palacios⁷ refiere que las limitaciones individuales no son el problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para brindar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tomadas en cuenta dentro de la organización social.



Además de entender que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de personas sin discapacidad.⁷

1.3 Clasificación

Existen diversos y numerosos tipos de discapacidad distintas que podemos clasificar en 5 grandes grupos.⁸

1.3.1 Física

Es la deficiencia, limitación severa o la pérdida de la capacidad de movimiento en piernas, brazos o manos que imposibilita el desplazamiento o equilibrio de una persona, obligándola a utilizar silla de ruedas, muletas o andadera.⁹

1.3.2 Sensorial

Corresponde a las personas que han perdido su capacidad visual o auditiva y quienes presentan problemas al momento de comunicarse o utilizar el lenguaje.⁸

1.3.2.1 Auditiva

Se refiere a la restricción en la función de la percepción de los sonidos externos, cuando la pérdida es de superficial a moderada, se necesita el uso de auxiliares auditivos, pero pueden adquirir la lengua oral a través de la retroalimentación de información que reciben por la vía auditiva.⁸

Cuando la pérdida auditiva no es funcional para la vida diaria, la adquisición de la lengua oral no se da de manera natural es por ello que utilizan la visión como principal vía de entrada de la información para aprender y para comunicarse, por lo que la lengua natural de las personas con esta condición es la Lengua de Señas Mexicana (LSM).⁸



1.3.2.2 Visual

Es la deficiencia del sistema de la visión, las estructuras y funciones asociadas con él. Es una alteración de la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores, o profundidad, que determinan una deficiencia de la agudeza visual, y se clasifica según a su grado.⁸

1.3.3 Cognitiva

Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual (razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia) como en conducta adaptativa (conceptuales, sociales y prácticas), que se han aprendido y se practican por las personas en su vida cotidiana. Restringiendo la participación comunitaria y en estrecha relación con las condiciones de los diferentes contextos en que se desenvuelven la persona.⁸

1.3.4 Psicosocial

La discapacidad psicosocial es aquella que está directamente relacionada con trastornos en el comportamiento adaptativo del individuo. Comúnmente las causas relacionadas son: depresión mayor, esquizofrenia bipolaridad, autismo, trastorno de pánico, síndrome orgánico, trastorno esquizomorfo y síndrome de Asperger.¹⁰

1.3.5 Múltiple

Es la presencia de dos o más discapacidades física, sensorial, cognitiva y/o psicosocial (por ejemplo: personas con sordo-ceguera, personas con discapacidad cognitiva y física, entre otros).⁸



1.4 Infancia y discapacidad

El tema de discapacidad.¹¹ afecta a un número creciente de niños y niñas. Tobar¹² refiere que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que un 15% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad. De esta población, se calcula que 93 millones de personas que se encuentran entre los cero a catorce años de edad tienen discapacidad moderada o severa.¹³

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)¹⁴ indica que uno de los grupos más marginados y excluidos, además de sufrir violaciones generalizadas de sus derechos son los niños con discapacidad. La discriminación surge no solo de la naturaleza intrínseca de la discapacidad del niño, sino también de la falta de conocimiento y comprensión sobre sus causas y consecuencias, del temor al contagio o la contaminación, del miedo a lo diferente, y de puntos de vista religiosos o culturales negativos sobre la discapacidad.

La discriminación de este grupo se agrava con la pobreza, el aislamiento social, las emergencias humanitarias, la carencia de servicios y apoyos, y un entorno hostil e inaccesible. Su exclusión e invisibilidad los hace especialmente vulnerables y les niega el respeto a su dignidad e individualidad, e incluso el derecho a la vida misma.¹⁴

Además, a pesar de la obligación establecida en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de asegurar que los niños con discapacidad tengan igual acceso a una atención de la salud de la misma calidad que los demás, en muchos casos su acceso a los servicios sanitarios es limitado, lo que ocasiona desigualdades en temas de salud que no tienen relación con sus discapacidades.¹⁴



Es así como la falta de atención básica de la salud contribuye a que la mortalidad de los niños con discapacidad sea de hasta el 80% en países donde la mortalidad en niños menores de cinco años ha caído a menos del 20 por ciento.¹⁴

Es por esta razón, que la atención al desarrollo en la infancia debe ser para todos los niños, pero en particular para los niños con discapacidad. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) exige justamente que los gobiernos brinden información oportuna y completa, servicios y apoyos a las familias de los niños con discapacidad.¹⁴

En definitiva, lo que les permitirá a los padres, profesionales de la salud y a los maestros comprender de una mejor manera las necesidades del niño con discapacidad y, por lo tanto, diseñar un plan, es la detección temprana y la evaluación de la discapacidad del niño para determinar las causas y proporcionar un diagnóstico apropiado.¹⁴



2. ABORDAJE CONDUCTUAL

2.1 Concepto

La especialidad odontológica que exige más comprensión y habilidad por parte del profesional para manejar la conducta del paciente infantil es la Odontopediatría. Los miedos y temores en el ámbito odontológico tienen mayor incidencia en la población infantil, limitando en ocasiones, si no en su totalidad, la aplicación de los tratamientos dentales.¹⁵

Teixeira¹⁵ refiere que Klingberg y Broberg consideraron que el origen del miedo y de la ansiedad del niño frente al tratamiento odontológico se explica según diferentes factores; tales como el estado emocional general del niño, miedos adquiridos (transmitidos por los padres, algunos familiares o amigos) y expectativas previas negativas y/o dolorosas.

En la actualidad existen diversas técnicas de manejo del comportamiento que ayudan a los niños a cooperar en los procedimientos dentales. Todas ellas tienen como objetivo establecer una comunicación efectiva para aliviar el miedo y la ansiedad del paciente, construir una relación de confianza con el niño para, de este modo, permitir al odontólogo realizar los tratamientos dentales de alta calidad y promover en el niño una actitud positiva hacia la salud, el cuidado dental y una buena disponibilidad ante futuros tratamientos.¹⁶

2.2 Técnicas

Bartolomé¹⁶ menciona que según la Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) “la técnica elegida debe ser efectiva, socialmente válida, debiendo evaluarse el riesgo asociado a la técnica y el coste (tiempo empleado)”



En su guía sobre las técnicas de manejo de la conducta se establecen tres grupos diferenciados:

1. Técnicas de manejo de conducta básicas
2. Técnicas de manejo de conducta avanzadas
3. Técnicas de manejo de conducta complementarias

2.2.1 Básicas (comunicación, modificación)

- **Comunicación**

Establecer una comunicación con el paciente pediátrico es el primer objetivo para dirigir su conducta, puesto que es la base para establecer la relación con él y esto permitirá la realización de los procedimientos clínicos. El clínico debe tener la habilidad para establecer una buena comunicación con el paciente a nivel verbal y no verbal.¹⁷

- **Lenguaje Pediátrico**

Es importante elegir un lenguaje apropiado cuando establecemos una comunicación con el paciente pediátrico, el clínico se debe poner al nivel del niño en palabras e ideas con la finalidad de que pueda entender. (Figura 1) El odontólogo debe ser lo más claro, sincero y breve posible para no crear confusión, ansiedad o miedo en el niño. El lenguaje se debe adaptar dependiendo la edad del niño, el cual no debe ser ofensivo o causar miedo.¹⁷

Algunos ejemplos son los siguientes:

1. Radiografía: fotografía
2. Equipo radiográfico: cámara fotográfica
3. Amalgama: gorro de plata



Figura 1. Lenguaje Pediátrico¹⁸

- Decir-mostrar-hacer

Este método tiene como finalidad familiarizar al niño con el ambiente, los instrumentos y las personas del consultorio. La técnica consiste en: 1) decir y explicar al niño lo que se le va a hacer antes de comenzar cualquier procedimiento, con la finalidad de disminuir la ansiedad y el miedo; 2) mostrar al niño exactamente cómo se va a realizar el procedimiento clínico y 3) efectuar el procedimiento tal como se le ha explicado y demostrado (Figura 2).¹⁷

Objetivos:

- Enseñar al paciente los aspectos importantes de la visita al dentista y familiarizarlo con el entorno dental y el instrumental.
- Moldear la respuesta del paciente hacia los procedimientos dentales con ayuda de la desensibilización y expectativas bien descritas.

Indicaciones:

- Uso con cualquier paciente.

Contraindicaciones

- Ninguna.¹⁹



Figura 2. A) Explicación del tipo de instrumental a utilizar. B y C) Uso del instrumental, donde se muestra al paciente su uso a través de un espejo.²⁰

- Control de voz

El clínico adopta una actitud autoritaria al implementar esta técnica que consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, elevándolo con el fin de conseguir la atención del paciente y de dar a entender que el odontólogo es quien toma las decisiones.¹⁷ (Figura 3) Barbería¹⁷ menciona que “es más importante el tono de voz en sí que lo que se dice en concreto”.



Figura 3. A) Establecer contacto visual con el niño. B) Mostrar autoridad mediante el aumento d tono de voz y lenguaje corporal. C) Susurrar cerca del oído del niño para calmar la ansiedad.²¹



Objetivos:

- Obtener la atención y el cumplimiento del paciente.
- Evitar comportamientos negativos o de evitación.
- Establecer roles adulto-niño apropiados.

Indicaciones:

- Uso con cualquier paciente.

Contraindicaciones

- Pacientes con discapacidad auditiva.¹⁹
- **Modificación**

Estas técnicas tienen como objetivo alterar el comportamiento no deseado del paciente pediátrico hacia uno ideal de forma gradual, el clínico debe tener paciencia ya que se requiere tiempo para lograr este cambio en la conducta.¹⁷

- Refuerzo

Barbería¹⁷ explica las leyes del refuerzo donde mencionan que “la conducta que es premiada tiende a aparecer más frecuentemente y la conducta que es castigada y continúa sin premiarse tiende a exigirse o desaparecer”.

Por ello lo que se busca es reforzar un comportamiento positivo para aumentar la recurrencia de los mismos debido a que los niños reaccionan de manera favorable a los refuerzos positivos ya que demuestran que los logros son valorados.¹⁷

Estos refuerzos pueden ser de tipo social como elogios, sonrisas o expresiones faciales de agradecimiento, y en forma de premio activo, por ejemplo, pegatinas, cepillo de dientes, entre otros (Figura 4).¹⁷

Para que estos refuerzos positivos funcionen se deben dar después de que se presente la buena colaboración por parte del niño y nunca antes ni tampoco al final de la consulta si no se observó una buena conducta.¹⁷

Objetivos:

- Reforzar el comportamiento deseado del paciente pediátrico.

Indicaciones:

- Uso con cualquier paciente.

Contraindicaciones

- Ninguna.¹⁹



Figura 4. La entrega de un reforzador positivo por el buen comportamiento.²²

▪ Desensibilización

La desensibilización es utilizada para reducir la ansiedad del paciente, es un método que disminuye la respuesta emocional a un estímulo negativo, aversivo o positivo después de una exposición progresiva a él. Los pacientes son expuestos gradualmente mediante una serie de sesiones a los elementos de la cita dental que le causan ansiedad.¹⁹

Esta técnica consiste en generar confianza en el niño a través de modelos amigables que le permitan visualizar la forma en la que se llevara a cabo el procedimiento. Esto puede lograrse mediante la utilización de juguetes en los cuales se pueda simular una revisión bucodental u otro procedimiento a realizar (Figura 5).¹⁹

Objetivos:

- Continuar con el cuidado dental después de la habituación y la progresión exitosa de la exposición al medio dental.
- Identificar sus miedos.
- Desarrollar técnicas de relajación para estos miedos.
- Exponerse gradualmente con técnicas desarrolladas a situaciones que evoquen sus miedos y disminuya las respuestas emocionales.

Indicaciones:

- Uso con paciente que han experimentado estímulos que provoquen miedo o ansiedad.

Contraindicaciones

- Ninguna.¹⁹



Figura 5. Simulación de una revisión bucodental con ayuda de un peluche.²³

- Imitación o Modelamiento

La utilización de esta técnica nos ayuda a que el paciente pediátrico aprenda sobre los procedimientos dentales mediante la observación de estos realizados en otros niños los cuales demuestran una conducta apropiada en una situación particular; esto es muy útil ya que el paciente puede llegar a comprender lo que esperamos de ellos cuando se les deba dar determinadas instrucciones. El modelamiento se puede presentar en vivo, a través de imágenes o videos. (Figura 6).¹⁷



Figura 6. Importancia de que el niño observe la atención dental del modelo utilizado.²⁴

2.2.2 Avanzadas (estabilización protectora)

- Estabilización protectora

La estabilización protectora consiste en la restricción de la libertad de movimiento de un paciente, con o sin el permiso del paciente, para disminuir el riesgo de lesión y permitir la finalización segura del tratamiento. La Academia Americana de Odontología Pediátrica¹⁹ define la restricción como “cualquier método manual, dispositivo físico o mecánico, material o equipo que inmoviliza o reduce la capacidad de un paciente para mover libremente sus brazos, piernas, cuerpo o cabeza; o una droga o medicamento cuando se usa como una restricción para manejar el comportamiento del paciente o restringir la libertad de movimiento del paciente y no es tratamiento o dosificación estándar para la condición del paciente”.



Esta técnica puede ser realizada por el dentista, el personal o los padres con o sin ayuda de un dispositivo de estabilización. Se considera restricción activa cuando se involucra a otra(s) persona(s) y restricción pasiva en caso de utilizar un dispositivo de estabilización del paciente (Papoose Board, Pedi Wrap, la Red, el BabyFix). La restricción activa y pasiva pueden utilizarse en combinación (Figura 7).¹⁹

Para este método es necesario explicarles a los padres o tutores qué método de estabilización se va a emplear en el paciente pediátrico para obtener así el Consentimiento Informado de ellos y así comenzar con el procedimiento clínico.¹⁹

La decisión de utilizar la estabilización protectora debe tener en cuenta:

- Necesidades dentales del paciente.
- El efecto sobre la calidad de la atención dental.
- El desarrollo emocional del paciente.
- Modalidades alterativas de orientación del comportamiento.
- Consideraciones médicas y físicas del paciente.

Objetivos:

- Reducir o eliminar el movimiento adverso.
- Proteger al paciente, al personal, al dentista o a los padres de lesiones.
- Facilitar la realización de un tratamiento dental de calidad.

Indicaciones:

- Niños con limitaciones físicas.
- Niños con limitaciones mentales.
- Niños muy pequeños sin capacidad para comprender las explicaciones e instrucciones del clínico.

- Algunos niños premedicados.
- Los niños que experimentan rabieta muy violentas.
- En caso de emergencia.¹⁷

Contraindicaciones

- Paciente cooperativo no sedado.
- Paciente que no coopera cuando no hay necesidad.
- Paciente que no puede ser inmovilizado de manera segura debido a condiciones médicas, psicológicas o físicas asociadas.
- Paciente con antecedentes de trauma físico o psicológico.¹⁹

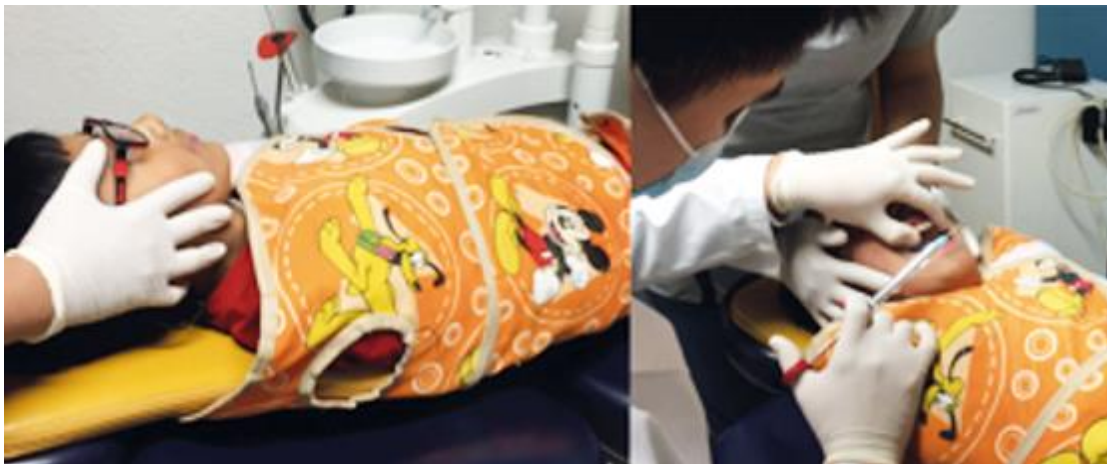


Figura 7. Técnica de estabilización protectora usando el Papoose Board.²⁵

2.2.3 Complementarias (ludoterapia, musicoterapia, aromaterapia)

Los métodos convencionales han sido utilizados con la finalidad de reducir el miedo y la ansiedad dental del paciente pediátrico, sin embargo, ante el rechazo de los padres hacia algunas técnicas más agresivas, ciertas consideraciones éticas y legales, así como cambios socio-culturales en la educación y el avance de la tecnología, hace que el odontólogo busque técnicas alternativas menos invasivas y traumáticas incorporándolas en su práctica clínica, con el fin de mejorar la comunicación con el paciente.²⁶



- **Ludoterapia**

La ludoterapia se define como la utilización del juego para ayudar al niño a comprender mejor su propio comportamiento, teniendo en cuenta su grado de madurez con el objetivo de hacer que desaparezca el miedo o la ansiedad. Esta técnica puede abarcar diferentes modalidades desde juegos con materiales físicos a preguntas sobre experiencias agradables o empleo de la imaginación mediante historias.^{26, 27}

- **Musicoterapia**

Quiroz²⁸ cita a la Asociación Internacional de Musicoterapia que define a la musicoterapia como “la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un profesional calificado (músico-terapeuta), con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar o y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas.

- **Aromaterapia**

Quiroz²⁸ refiere la definición publicada por la National Association for Holistic Aromatherapy (NAHA): “es el arte y la ciencia de la utilización de esencias aromáticas naturales extraídas d plantas para equilibrar, armonizar y promover la salud de cuerpo, mente y espíritu; es el arte y la ciencia que trata d explorar el ámbito fisiológico, psicológico y espiritual d la respuesta del individuo a los extractos aromáticos, así como para observar y mejorar el proceso de curación innato de la persona”.

2.3 Adaptaciones para el paciente infantil con discapacidad

La mayoría de los pacientes con discapacidad pueden tratarse de manera ambulatoria en la consulta odontológica, sin embargo, en muchas ocasiones las técnicas de manejo de conducta son insuficientes o no son adecuadas para el tipo de discapacidad que tiene el paciente pediátrico, por lo que se recurre a la anestesia general para realizar un tratamiento odontológico de calidad, ofreciendo los menores inconvenientes para el paciente. Cabe mencionar que estas técnicas de sedación y anestesia solo pueden ser llevados a cabo por profesionales capacitados en los campos de anestesia y Odontopediatría, así como en un medio hospitalario equipado para tal fin.²⁹

Los pacientes con discapacidad tienen una alta incidencia en patología bucal debido a una serie de factores como: alteraciones motoras que impiden una correcta masticación y deglución, alimentación de textura blanda y con alto contenido de azúcares fermentables que propician la aparición de caries; alteraciones neurológicas que dificultan la cooperación al momento del cepillado dental, entre otras. Por esta razón los pacientes con discapacidad son un grupo de riesgo con gran necesidad de atención odontológica, por lo que el clínico debe buscar alternativas o adaptaciones de las técnicas de abordaje conductual para cada tipo de discapacidad y así brindar una atención odontológica digna y de calidad (Figura 8).²⁹



Figura 8. Atención odontológica en pacientes con discapacidad. ³⁰



2.3.1. Básicas (comunicación, modificación)

- **Comunicación**

El clínico debe identificar qué tipo de discapacidad presenta el paciente pediátrico ya que si existe algún problema con la comunicación se podrán ajustar las técnicas de comunicación a sus necesidades, debido a que en ocasiones los mensajes verbales no producen los efectos deseados y deberán emplearse técnicas no verbales.¹⁷

- Lengua de señas

Morales define la lengua de señas como “un sistema arbitrario de señas por medio del cual las personas con discapacidad auditiva realizan sus actividades comunicativas dentro de una determinada cultura; es decir, una manifestación de lenguaje humano que, debido a la imposibilidad de utilización de la vía oral-auditiva por parte de los hablantes, es transmitida a través de la vía viso-gestual”.³¹

La lengua de señas como primera lengua puede ser adquirida por dos vías, la primera es que el niño con discapacidad auditiva nazca en una familia con la misma discapacidad y, por consiguiente, se garantice su desarrollo en condiciones óptimas como aprendería cualquier niño oyente su primera lengua. La segunda es a través de la escuela, cuando el niño con discapacidad auditiva nace en una familia oyente que no puede proporcionar el ambiente adecuado para el aprendizaje de la única lengua que puede aprender a través del canal viso-gestual como lo es la lengua de señas (Figura 9).³¹

Figura 9. Lengua de Señas Mexicana.³²

Es importante que el odontólogo utilice la lengua de señas durante la consulta dental con pacientes con discapacidad auditiva como apoyo para el manejo de conducta ya que favorece la comunicación (Figura 10).³¹

Figura 10. Lengua de señas en Odontología ³³

- Lectura labial

La lectura labial consiste en colocarse frente al paciente hablando claramente en ritmo normal, las instrucciones deben ser cortas y precisas, se recomienda el uso de caretas para permitir la lectura labial y que el niño observe las expresiones faciales, de ser necesario se puede pedir la colaboración de los padres o cuidadores con quien el paciente pueda establecer una comunicación eficaz (Figura 11).³⁴



Figura 11. Lectura labial. ³⁵

- Sistema Braille

El Instituto Nacional para Ciegos (INCI) define al sistema braille como “un código alfabético que se compone de seis puntos el alto relieve, ordenados en una matriz de dos columnas por tres filas. Los puntos se enumeran del 1 al 6, de manera que la fila superior corresponde a los puntos 1 y 4, la fila del medio corresponde a los puntos 2 y 5 y la fila inferior corresponde a los puntos 3 y 6”.³⁶

Mediante la combinación de estos seis puntos se forman las letras, signos de expresión, signos de puntuación y demás códigos. Cada letra y cada signo tiene ya su combinación de puntos preestablecida. El signo que se forma al marcar todos los puntos se conoce con el nombre de signo generador, pues, de éste se originan todas las posibles combinaciones de puntos, que, en total, incluyendo el espacio en blanco son 64 combinaciones (Figura 12).³⁶

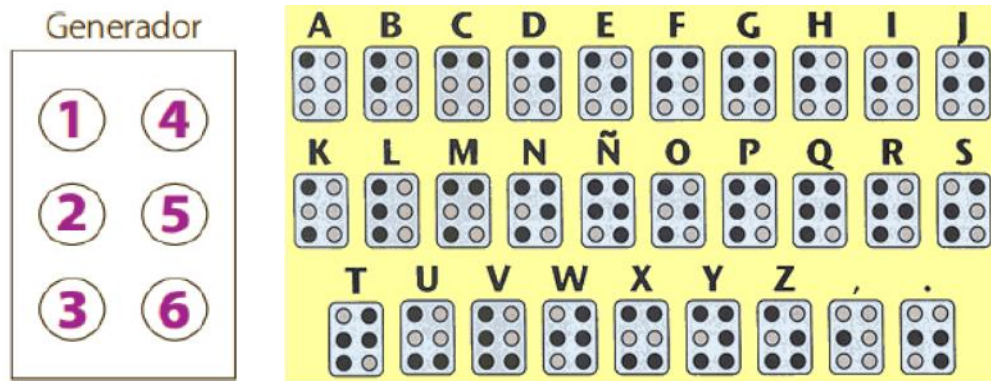


Figura 12. Signo Generador y abecedario en braille.³⁷

En la consulta odontológica el clínico se puede apoyar del uso de maquetas con macromodelos que estén sobre una superficie de plastilina con barniz para simular la consistencia de la encía, donde ejemplifique el estado dental en el que se encuentra el paciente pediátrico o el tratamiento a realizar, todo lo anterior acompañado de acotaciones en braille (Figura 13).³⁸



Figura 13. Macromodelos con escritura braille.³⁸



▪ Pictogramas

Los pictogramas se pueden entender como un signo el cual tiene carácter de elementalidad visual que puede transmitir significados claros y simples, suele tener significados universales entendidos por todos y también tiene en cuenta los significados culturales y sociales, en resumen, es un signo de la escritura de figuras o símbolos.³⁹

Regis explica que “los sistemas pictográficos de comunicación representan todo tipo de conceptos, acciones (individuales o grupales) u objetos en forma de dibujos utilizando un lenguaje visual que se ve reflejado a través de imágenes muy simples para un mejor entendimiento de lo que se expone ante ellos”.⁴⁰

Objetivos:

- Aprender la realización de una determinada actividad a través de las diversas conductas que se exponen en los pictogramas.
- Potenciar las habilidades comunicativas con el fin de expresar sus opiniones ante cualquier hecho que se produzca en sus rutinas sociales, educativas y profesionales.
- Comprender todos aquellos aspectos de la vida diaria que les rodea, no solo objetos, sino también personas (y qué tipo de persona), acciones, sonidos, olores, etc.
- Aprender a expresar sus opiniones, preferencias y deseos.
- Facilitar una mejor comprensión de los sentimientos y deseos de los demás para un mejor reconocimiento de los motivos de sus acciones.

Los pictogramas pueden ser utilizados por el odontólogo en pacientes con Asperger y Autismo (Figura 14).³⁹

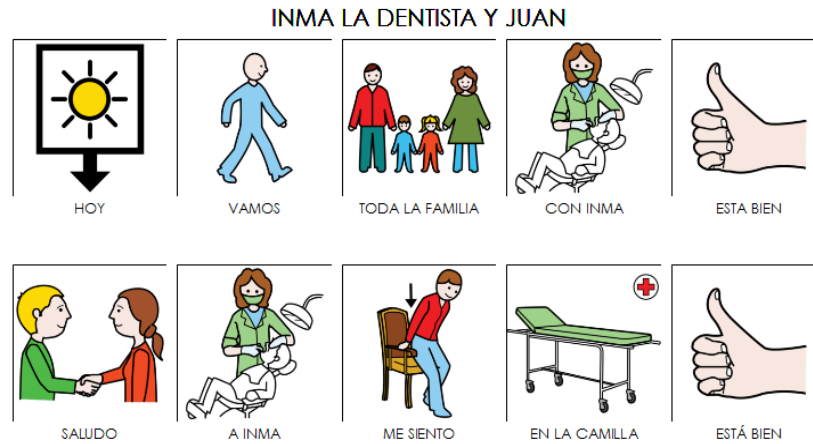


Figura 14. Pictograma de visita al dentista.⁴¹

- Decir-tocar-probar-oler-hacer

La vista es un sentido que nos aporta una gran parte de la información que requerimos en nuestra vida diaria. Gran parte de las habilidades y conocimientos que adquirimos y las actividades que realizamos están relacionados con ella, sin embargo, existen personas que presentan deficiencia en la visión por lo que limita su desarrollo en diferentes entornos vitales; por esto, la técnica decir-mostrar-hacer es modificada para mejorar la comunicación con el niño utilizando otros de sus sentidos como el tacto, olfato o gusto.⁴²

Esta técnica consiste en permitir que el paciente palpe diferentes instrumentos seleccionados mientras se describe y se da una breve explicación, también existen diferentes olores que pueden ser desagradables para unos y agradables para otros, por esto, es importante que el niño los reconozca como paso previo a su utilización. La voz representa un factor necesario en el manejo de conducta, especialmente en estos pacientes, por lo que el manejo correcto del control de voz se hace imprescindible; por último, se pueden dar a probar los materiales a utilizar cuidando que no sean dañinos para la salud (Figura 15).⁴²



Figura 15. Cepillado dental en paciente con discapacidad visual.⁴³

- PECS

Suchowierska menciona que “el Sistema de Comunicación por intercambio de Imágenes (PECS) fue desarrollado por el Dr. Andy Bondy y Lori Frost como un método para enseñar a personas con Autismo y otros trastornos del desarrollo a comunicarse de forma funcional. Suele ser, aunque no necesariamente, un sistema basado en imágenes que puede servir como comunicación alternativa o aumentativa. PECS se basa en principios básicos de conducta, especialmente en el refuerzo positivo y la conformación de nuevas respuestas, y tiene su origen en el análisis de B. F. Skinner sobre la conducta verbal. El enfoque principal de PECS es enseñar habilidades de comunicación social espontáneas y funcionales” (Figura 16).⁴⁴



Figura 16. Ejemplo de PECS.⁴⁵

- **Modificación**

Las técnicas de modificación de conducta son métodos que en la mayoría de casos no necesitan de un ajuste ya que se puede emplear en diferentes tipos de discapacidad.

- **Desensibilización sistemática**

Esa técnica es implementada en pacientes con autismo ya que con ellos no se puede permitir la improvisación, por lo que, se recurre a un protocolo de desensibilización sistemática el cual comienza antes de que el niño acuda a consulta, para esto el clínico debe reunirse con los padres, educadores o psicólogos si fuera necesario, sin la presencia del niño, para recolectar toda la información relevante acerca de las características individuales del paciente con autismo. Se debe prestar atención al estado general de salud, medicación experiencias previas en consultas dentales, cepillado dental, entre otros.⁴⁶

Una vez obtenida la información sobre los antecedentes médicos generales y odontológicos del paciente se procede a poner en marcha el protocolo, se debe confeccionar imágenes, videos o una combinación de ambas que este enfocado a una visita a la consulta dental, con exploración oral en situación real desde la entrada a la clínica, la sala de espera, el gabinete, los aseos, el equipo y personal de trabajo, con la finalidad de que el niño reconozca a todo el personal que lo asistirá en un futuro (Figura 17).⁴⁶



Figura 17. Explicación de técnica de cepillado.⁴⁷

- Presencia de los padres

La presencia de los padres puede ayudar al clínico a mejorar la cooperación del paciente con discapacidad durante el tratamiento, para esto debe existir una buena comunicación entre el clínico y los padres (Figura 18).⁴⁸

Objetivos:

- Ganar la atención del paciente y mejorar la colaboración.
- Evitar comportamiento negativo o rechazo.
- Establecer roles adecuados en la relación dentista-niño.
- Mejorar la comunicación eficaz entre dentista, niño y los padres.
- Minimizar la ansiedad y conseguir una experiencia dental positiva.

. Indicaciones:

- Puede ser usado en todos los pacientes con discapacidad.

Contraindicaciones

- Padres que no tienen deseo o capacidad de dar apoyo afectivo (cuando sea necesario) o que eventualmente no acceden a retirarse del consultorio.⁴⁸



Figura 18. Presencia de la madre en consulta dental.⁴⁹

2.3.2 Avanzadas (estabilización protectora)

- **Estabilización protectora**

Los pacientes con limitaciones físicas y/o psíquicas demandan de una ayuda extra para conseguir y conservar una buena salud bucodental. En ciertas ocasiones se necesita la ayuda de varios profesionales para mantener la seguridad del paciente y del procedimiento dental. Estabilizar al paciente como medida de protección es muy útil cuando no se logra controlar de manera adecuada su comportamiento (Figura 19).⁵⁰

La estabilización protectora está indicada en pacientes con inmadurez emocional y discapacidad física o mental, por ejemplo, pacientes con autismo, síndrome de Down, discapacidad intelectual, entre otros; y contraindicada en pacientes cooperadores o aquellos donde no exista la forma de establecer una estabilización segura debido a sus condiciones médicas, psicológicas o de desarrollo físico. Para realizar este método el clínico utiliza dispositivos de limitación física que son considerados como estabilización pasiva (Tabla 1).⁵¹



Figura 19. Estabilización protectora.⁵²



TIPO DE DISPOSITIVO	MÉTODO	PRODUCTOS DE EJEMPLO	METODOLOGÍA
Estabilización de todo el cuerpo	Pasivo	Papoose Board®, Rainbow Wrap® (PB, Olympic Medical Corporation, Seattle, WA) Joey Board® (Joey Board, Queen Creek, AZ)	Asegurar las extremidades, así como el cuerpo completo para la inmovilización en los procedimientos.
Estabilización de extremidades	Pasivo o activo	Correas de Velcro®, Cinturones de seguridad, Posey Secure Straps® (Velcro® Companies, Manchester, NH)	Asegura las extremidades individualmente para disminuir los movimientos desfavorables.
Estabilización Oral	Pasivo	Apoyo bucal Molt® (Hu-Friedy Mfg Co, LLC, Chicago, IL) Open Wide Mouth Rest® (Specialized Care Co, Hampton, NH)	Ayuda a mantener la boca del paciente abierta para los procedimientos dentales.
Posicionamiento del paciente	Pasivo o activo	Elevador de pacientes hidráulico Inclinación de silla de ruedas.	Ayuda con la transferencia de un paciente a la silla dental, o ayuda en la posición inclinada hacia atrás de un paciente dentro de una silla de ruedas no reclinable.

Tabla 1. Dispositivos de estabilización.⁵³



2.3.3 Complementarias (ludoterapia, musicoterapia, aromaterapia)

Existen otros métodos que cada día adquieren mayor aceptación y pueden ser empleados en pacientes con discapacidad para facilitar su manejo de conducta y atención odontológica como la ludoterapia, musicoterapia y aromaterapia.⁵⁴

- **Ludoterapia**

La ludoterapia debe ser considerada como una parte fundamental de la actividad preclínica en Odontopediatría ya que tiene como finalidad llevar a cabo a través del juego específicamente diseñados para ayudar al paciente infantil con discapacidad en su proceso de adaptación e integración a los procedimientos propios de la atención odontológica, tanto preventivos como restaurativos o quirúrgicos que se realizan en la clínica, de una manera tranquila, relajada, confiada y segura (Figura 20).⁵⁵

Las actividades lúdicas (Tabla 2) deben ser de acuerdo al desarrollo físico e intelectual del paciente, estas actividades se clasifican en juegos de inteligencia (sensorio-motrices) y juegos de afectividad (de estimulación).⁵⁵

Juguetes sugeridos:

- Barney se cepilla, peluches, títeres (para niños).
- Barbie dentista.
- Muñecos que abran la boca.
- Espejos bucales y otros instrumentos seguros.
- Cuentos e historietas.
- Juguetes para construir.
- Material para dibujar.
- Plastilina.⁵⁶

¿Qué se evalúa con la ludoterapia?

- Sus fantasías y emociones.
- Sus inquietudes y temores.
- Sus habilidades y dificultades.
- Niveles de dependencia e independencia.
- Niveles de agresividad.
- Capacidad para tolerar la frustración.
- Niveles de ansiedad.⁵⁶



Figura 20. Dentista bromista. ⁵⁷



ACTIVIDAD	OBJETIVO
Bucal	Educar sobre los dientes, la boca y la caries dental.
Tacto	Definir las diferentes texturas de juguetes y otros objetos, incluso instrumentos dentales.
Olfato	Oler diversas sustancias y algunos materiales empleados en la práctica dental.
Vista	Observar atentamente, establecer formas, colores y tamaños. Se muestran imágenes de objetos dentales.
Oído	Interacción con juguetes sonoros y musicales. También algunos sonidos grabados, propios de la actividad dental.
Movimiento	Jugar con algunas partes de su propio cuerpo.
Desplazamiento o ejercicio	Desplazar su cuerpo en un espacio definido y manipular juguetes u objetos diversos.
Experiencia existencial	Interactuar y participar en acontecimientos externos.
Experiencias con elementos naturales	Manipular y crear con tierra, arena, agua, polvo, etcétera.
Juego simbólico	Representar la realidad, a través de escenificaciones, disfraces o imitaciones.
Lenguaje oral y escrito	Trabajar con libros de imágenes, juegos digitales, rimas, etc. Promover la conciencia fonética.
Expresión grafico-plástica	Dibujar, colorear y diseñar.
Atención y concentración	Realizar actividades para promover la atención, memoria y curiosidad.
Juegos enciclopédicos o económicos	Favorecer las experiencias técnicas y científicas, realizar tareas inicialmente sencillas y secuencialmente más complejas.

Tabla 2. Actividades lúdicas utilizadas en odontología.⁵⁵



- **Musicoterapia**

La musicoterapia es empleada como una alternativa no farmacológica en el área de odontología para disminuir la ansiedad en los pacientes pediátricos. La ansiedad es una respuesta multisistémica ante la creencia de un peligro o amenaza que depende de la experiencia individual. Este es el caso de los pacientes con discapacidad como el síndrome de Down, Trastorno del Espectro Autista (TEA) y déficit cognitivo, quienes la atención odontológica les genera ansiedad, temor y rechazo hacia el profesional. Además, su poca capacidad de atención, inquietud e hiperactividad ocasionan que el profesional opte por métodos farmacológicos para realizar los procedimientos dentales, aun cuando existen otros métodos no farmacológicos para su manejo.⁵⁸

Los niños con discapacidad presentan problemas en el desarrollo cognitivo, comportamiento, movimientos corporales no controlados, movilidad neuro-muscular, reflujo gastroesofágico y/o convulsiones.⁵⁸

En relación a las dificultades en el abordaje de conducta, los niños con déficit cognitivo debido al grado de desarrollo cognitivo y trastornos psicomotores ofrecen resistencia a las maniobras para llevar una adecuada higiene bucodental, los niños con TEA no manifiestan sus emociones, sensaciones, dolor ya que presentan problemas en el desarrollo de lenguaje lo que complica la comunicación y colaboración en la consulta dental. En el caso de los niños con Síndrome de Down se caracteriza por realizar movimientos involuntarios, por lo cual el clínico debe evaluar las implicaciones individuales de los diversos métodos de manejo.⁵⁸

La musicoterapia ayuda al desarrollo emocional y afectivo del niño, ya que el ritmo provoca la liberación de ansiedad, impulsa el sentido del tacto y del oído, reduce la presión arterial y frecuencia cardiaca (Figura 21).⁵⁸

Beneficios:

- Permite el reconocimiento y la expresión de los sentimientos.
- Consigue relajación a través del manejo de la escucha, los sonidos y el canto.
- Afianza la relación con el odontólogo para que se torne más colaborador.
- Permite conocer una influencia clara de géneros musicales de los padres.
- Mejora la expresión corporal.
- Desarrolla el lenguaje.⁵⁶

A través de la musicoterapia logramos:

- Que el niño no abandone la atención odontológica.
- Satisfacer a los padres, quienes se muestran más participativos.
- Afianzar la relación odontólogo-paciente.
- Reducir el nivel de ansiedad del paciente y el odontólogo.⁵⁶

La música que se recomienda para aplicar esta técnica es música instrumental barroca tales como Bach, Corelli y Vivaldi, los cuales permiten llegar a un equilibrio emocional en donde los niveles de estrés se reducen. El rock y el heavy metal no debe usarse pues puede alterar el ritmo cerebral y más bien se recomienda la música instrumental como el chelo, arpa, piano y violín, o elementos sonoros de la naturaleza (lluvia, pájaros, mar).⁵⁶



Figura 21. Paciente escuchando música mientras se realiza tratamiento dental.⁵⁶



- **Aromaterapia**

Otra de las técnicas utilizadas es la aromaterapia la cual consiste en el uso de esencias aromáticas naturales para reducir el miedo y la ansiedad en pacientes infantiles con discapacidad. Es una modalidad natural, no invasiva diseñada para ayudar al cuerpo a equilibrar, regular, sanar y mantenerse por el uso correcto de los aceites esenciales.⁵⁹

Estos aceites esenciales se pueden utilizar de 4 formas:

- Ingestión oral

En gotas, generalmente 4^a 7 gotas por toma, directamente en la boca, bajo la lengua o con un vaso de agua en infusiones.

- Aplicación externa

En masaje o aplicación directa sobre ciertos centros energéticos del cuerpo.

- Baños

El agua es un excelente conductor, se realiza por mínimo 20 minutos.

- Vaporización

La esencia puede ser utilizada en vaporizaciones o spray en ciertos casos y siempre diluida en agua, o por medio de difusores del medio ambiente; esta forma es la empleada en odontología.⁵⁹

Los aromas deben despertar sentimientos positivos como felicidad, motivación, bienestar y relajación. La aromaterapia ayuda a incrementar la confianza y la lealtad del paciente además de calmar a los pacientes con miedo y ansiedad (Figura 22).⁵⁹

Los aceites utilizados en la práctica odontológica deben ser aquellos cuyas propiedades químicas ayuden a aliviar problemas específicos (Tabla 3).⁵⁹



Figura 22. Uso de la aromaterapia en consulta dental.⁶⁰

ANSIEDAD	DOLOR DE CABEZA	DOLOR MUSCULAR
Lavanda	Bergamota	Orégano
Salvia	Orégano	Hierba de limón
Geranio	Naranja	Menta
Orégano	Romero	Romero
Neroli		
Rosas		
Ylang		

Tabla 2. Esencias en Aromaterapia.⁵⁹



CONCLUSIONES

La atención odontológica en pacientes con discapacidad es igual de importante que en los pacientes regulares, sin embargo, debido a la gran discriminación a este grupo de la población, la atención es limitada en el sector de salud debido a sus limitaciones físicas y psicológicas que dificultan su abordaje conductual.

Debido a esto, se necesitan profesionales con vocación para conocer el aspecto biopsicosocial de la persona con discapacidad y su entorno, a fin de tener un rol más inclusivo. Visibilizar y concientizar sobre esta temática desde acciones educativas, de capacitación e investigación para desensibilizar a la sociedad y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Es necesario aplicar nuevas técnicas para el manejo de conducta del paciente pediátrico con discapacidad que sean acordes a los avances tecnológicos de nuestra era, por esto, existen diferentes modificaciones a las técnicas convencionales no farmacológicas que tienen como finalidad ayudar al odontólogo a estar más capacitado para el manejo de conducta de los diferentes tipos de discapacidad que puedan presentar los pacientes en la consulta dental.

Por último, es imprescindible el compromiso del odontólogo en instruir a los padres o cuidadores del paciente pediátrico con discapacidad acerca de la importancia de la prevención a nivel oral para evitar los procedimientos dentales largos o complejos capacitándolos como promotores de salud bucal.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud.
<https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
2. Linden M. Definition and Assessment of Disability in Mental Disorders under the Perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF): Behav Sci Law [Internet]. Marzo 2017 [citado 9 Sep 2021]; 35(2) [aprox. 11 p.]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539370009>
3. ITPCD. Qué es discapacidad. Instituto Tlaxcalteca para personas con discapacidad [Internet]. Diciembre 2019 [citado 17 Sep 2021]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://n9.cl/50zaa>
4. Padilla A. Discapacidad: contexto, concepto y modelos: International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional [Internet]. Junio 2010 [citado 17 Sep 2021]; [aprox. 34 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-81562010000100012
5. Barbosa S, Villegas F, Beltrán J. El modelo médico como generador de discapacidad: Revista latinoamericana de Bioética [Internet]. Jul-Dic 2019 [citado 17 Sep 2021]; 19(37-2) [aprox. 12 p.]. Disponible en:
<https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/4303/3830>
6. Dell A, Power P. The Psychological and Social Impact of Illness and Disability. [Internet]. Estados Unidos: Springer Publishing Company; 2007 [citado 21 Sep 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/j1zfq>
7. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. [Internet]. Madrid: CERMI; 2008 [citado 28 Sep 2021]. Disponible en:
http://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/portal_social/index/assoc/cermi000/7.dir/cermi0007.pdf



8. Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos. Glosario de términos sobre discapacidad. [Internet]. CPGMDH [citado 4 Oct 2021]. Disponible en:
http://www.semar.gob.mx/derechos_humanos/glosario_terminos_discapacidad.pdf
9. INEGI. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. [Internet]. México: INEGI; 2010 [citado 13 Oct 2021]. Disponible en:
<https://n9.cl/4i21i>
10. Disiswork. Tipos de discapacidad que existen y clasificación. Disiswork: Disiswork; 2017 [citado 17 Oct 2021]. Disponible en:
<https://disiswork.com/blog/tipos-de-discapacidad/>
11. Berridi R. Children and disabilities: what we call them, think and feel about them: Archivos Argentinos de Pediatría. [Internet]. Octubre 2016 [citado 24 Oct 2021]; 114(5) [aprox. 4 p.]. Disponible en:
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n5a16e.pdf>
12. Tobar C. La realidad de los niños con discapacidad: Revista para el Aula [Internet]. 2015 [citado 5 Nov 2021]; (14) [aprox. 3 p.]. Disponible en:
https://www.usfq.edu.ec/sites/default/files/2020-06/pea_014_0004.pdf
13. Parra E, Eliana I, Peñas F, Olga L. El niño con discapacidad: elementos orientadores para su inclusión social: Salud Uninorte [Internet]. May-Ago 2015 [citado 5 Nov 2021]; 31(2) [aprox. 19 p.]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81742138012>
14. UNICEF. Niños, niñas y jóvenes con discapacidad. [Internet]. Nueva York: UNICEF; Mayo 2013 [citado 12 Nov 2021]. Disponible en:
https://sites.unicef.org/disabilities/files/Factsheet_A5-o_spanish-r4.pdf



15. Teixeira V, Guinot F, Bellet L. Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría: Revisión bibliográfica. *Odontología Pediátrica*. [Internet]. 2008 [citado 17 Ene 2022]; 16(2) [aprox. 13 p.]. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/84_teixeira.pdf
16. Bartolomé B, Vilar C, Cañizares V, Torres L. Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. *Cient. Dent.* [Internet]. 2020 [citado 17 Ene 2022]; 17(1) [aprox. 8 p.]. Disponible en: https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol17num1/conducta_odontopediatrico.pdf
17. Barbería E. *Odontopediatría*. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
18. Técnicas de manejo de la conducta en Odontopediatría [Internet]. 2021 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <http://ceodont.com/wp-content/uploads/2021/11/como-tratar-pacientes-infantiles-odontologia-scaled.jpg>
19. Dentistry American Academy of Pediatric. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry. [Internet]. 2021 [citado 17 Feb 2022]; [aprox. 19 p.]. Disponible en: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf
20. Manejo de conducta en odontología pediátrica [Internet]. 2018 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://dentistaypaciente.com/assets/img/articulos/investigacion-clinica-115-3.jpg>
21. Manejo de conducta en odontología pediátrica [Internet]. 2018 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://dentistaypaciente.com/assets/img/articulos/investigacion-clinica-115-3.jpg>



22. Manejo de conducta en odontología pediátrica [Internet]. 2018 [citado 28 Feb 2022]. Disponible en:
<https://dentistaypaciente.com/assets/img/articulos/investigacion-clinica-115-4.jpg>
23. Manejo de conducta en odontología pediátrica [Internet]. 2018 [citado 28 Feb 2022]. Disponible en: <https://dentistaypaciente.com/investigacion-clinica-115.html>
24. Excelencia Dental [Internet]. 2013 [citado 1 Mar 2022]. Disponible en:
http://www.dentalexcellence.es/wp-content/uploads/2015/02/excelencia_dental-2013-04-11.pdf
25. Manejo de conducta en odontología pediátrica [Internet]. 2018 [citado 2 Mar 2022]. Disponible en:
<https://dentistaypaciente.com/assets/img/articulos/investigacion-clinica-115-8.jpg>
26. Bartolomé B, Méndez M, Vilar C, Arrieta JJ. Técnicas alternativas del manejo de la conducta en Odontopediatría. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. [Internet]. 2021 [citado 16 Mar 2022]; 11(1) [aprox. 10 p.]. Disponible en:
<https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/217/229>
27. Reunión anual de la Sociedad Española de Odontopediatría. Comunicaciones Orales y Posters. Odontología Pediátrica [Internet]. 2006 [citado 16 Mar 2022]; 14(1) [aprox. 18 p.]. Disponible en:
https://www.odontologiapediatria.com/wp-content/uploads/2018/05/120_07.-COMUNICAC.-ORALES.pdf
28. Quiroz J, Melgar R. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2012 [citado 16 Mar 2022]; 22(2) [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://n9.cl/m7h6y>



29. Morales C. Abordaje conductual del paciente autista en la consulta estomatopediátrica. Revista Europea de Odonto-estomatología [Internet]. 2006 [citado 16 Mar 2022]; [aprox. 12 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/271325151_Abordaje_Conductual_del_Paciente_Autista_en_la_Consulta_Estomatopediatrica
30. Dentista con sedación. Odontología Inclusiva. [Internet]. [citado 17 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.dentistaconsedacion.cl/wp-content/uploads/2017/10/Odontologia-para-pacientes-especiales.jpg>
31. Morales A. Programa de estudios de Lengua de Señas venezolana para sordos. Revista Educere [Internet]. 2008 [citado 16 Mar 2022]; (41) [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://xdoc.mx/documents/programas-de-estudio-de-lengua-de-seas-venezolana-para-sordos-5e5433b86e7b3>
32. Kekén. Abecedario de Lenguas de Señas Mexicana. [Internet]. [citado 17 Mar 2022]. Disponible en: <https://kekentalento.com/wp-content/uploads/2021/05/sen%CC%83as-791x1024.png>
33. Sonríe Dental Care. Hablemos con las manos. [Internet]. 2014 [citado 17 Mar 2022]. Disponible en: https://sonriedentalcare.files.wordpress.com/2014/09/971509_624234924_268024_603560594_n.jpg
34. Muñoz K. Lectura de labios, vocabulario y habilidad lectora en sujetos sordos: Artículo de revisión de literatura. [Internet]. 2017 [citado 17 Mar 2022]; [aprox. 17 p.]. Disponible en: <https://cutt.ly/RJkuAHT>



35. Pla Detal Odontología Integral [Internet]. 2022 [citado 17 Mar 2022]. Disponible en:
<https://www.clinicarafaelpa.com/wp-content/uploads/2020/02/odontopediatria-primer-visita-clinica-rafael-pla.jpg>
36. Instituto Nacional para Ciegos. Interactuando con el Braille. Imprenta Nacional para Ciegos Pediátrica [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2022]; [aprox. 39 p.]. Disponible en:
<https://www.inci.gov.co/sites/default/files/cartillas1/InteractuandoconelBraille.pdf>
37. Propuesta Didáctica Braille Infantil. [Internet]. 2010 [citado 17 Mar 2022]. Disponible en:
<http://www.educa.jcyl.es/educacyl/cm/gallery/Proyectos%20Innovaci%C3%B3n/Nova%202010/quierohablarcontigo/PROPUESTA%20DID%C3%81CTICA%20BRAILLE%20INFANTIL.pdf>
38. Mendoza R. López P. Propuestas didácticas en el manejo odontológico de pacientes pediátricos con discapacidad visual. Revista ADM [Internet]. 2006 [citado 17 Mar 2022]; 63(5) [aprox. 5 p.]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od065h.pdf>
39. Acosta O. El uso del pictograma en el proceso de enseñanza-aprendizaje del niño con autismo. Universidad de las Palmas de gran Canaria [Internet]. 2017 [citado 17 Mar 2022]; [aprox. 475 p.]. Disponible en:
https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/54026/2/0750462_00000_0000.pdf
40. Regis P, Callejón D. Del pictograma a la imagen: herramientas de comunicación y lenguaje en personas con síndrome de Asperger a través de recursos visuales para la inclusión social. Revista Arteterapia [Internet]. 2015 [citado 17 Mar 2022]; (10) [aprox. 13 p.]. Disponible en:
<https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/51700>



41. Ir al dentista. [Internet]. 2010 [citado 17 Mar 2022]. Disponible en: <https://nitosito.blogspot.com/2013/10/ir-al-dentista.html>
42. Rodríguez L, Pérez P, Pérez L, Rey E, Reyes E, Rodrigo N. Manejo odontopediátrico del paciente con discapacidad visual. Revista Odontología Pediátrica [Internet]. 2013 [citado 17 Mar 2022]; 21(2) [aprox. 9 p.]. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/08/237_2013.2rev1.pdf
43. López C. Guía para la atención odontológica a pacientes pediátricos con discapacidad visual-ceguera total. Revista Tamé [Internet]. 2017 [citado 17 Mar 2022]; 5(15) [aprox. 4 p.]. Disponible en: https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_15/Tam1715-05i.pdf
44. Suchowierska M, Rupinska M, Bondy A. Sistema Comunicación Intercambio Imagen (PECS): Un corto “tutorial” para profesionales de la salud. [Internet]. 2013 [citado 17 Mar 2022]; 26(1) [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://pecs-spain.com/download/PolishPECSpub.pdf>
45. Sistema PECS de comunicación. [Internet]. [citado 17 Mar 2022]. Disponible en: <https://atenciontemprana.net/pecs/>
46. Gómez L, Badillo V, Martínez E, Planells P. Intervención odontológica actual en niños con autismo: La desensibilización sistemática. Científica Dental [Internet]. 2009 [citado 17 Mar 2022]; 6(3) [aprox. 9 p.]. Disponible en: https://www.mydental4kids.com/descargas/pdfs/articulos_dra_martinez/autismo.pdf
47. Pérez I, Pedraza M, Robles L. Manejo estomatológico en paciente con trastorno espectro autismo: Reporte de caso. Acta Odontológica Venezolana 2016 [citado 17 Mar 2022]; 54(1) Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/1/art-11/>



48. Noronha J, Ayrton O. Adaptación del comportamiento del paciente pediátrico. Manual de referencia para procedimientos clínicos en Odontopediatría [Internet]. 2010 [citado 17 Mar 2022]; [aprox. 19 p.]. Disponible en:
<http://backup.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria-Capitulo-6.pdf>
49. Circulo Odontológico de Córdoba. [Internet]. 2022 [citado 17 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.coc-cordoba.org.ar/solidaridad/0100-se-n-dis-y-f-l-a-p/>
50. Martínez H, Rivera G, Treviño M. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidades de cuidados especiales de salud en México. Revista ADM [Internet]. 2011 [citado 17 Mar 2022]; 68(5) [aprox. 7 p.]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od115d.pdf>
51. Lozada M, Guerra M. Alternativas de atención odontológica en niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Revista de Odontopediatría Latinoamericana [Internet]. 2012 [citado 17 Mar 2022]; 2(2) [aprox. 12 p.]. Disponible en:
<https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/63/175>
52. Seminario Integral. Restricción física o estabilización protectora. [Internet]. 2015 [citado 17 Mar 2022]. Disponible en:
<http://seminariodxintegral.blogspot.com/2015/11/>
53. Chavis S, Wu E, Munz S. Considerations for Protective Stabilization in Community General Dental Practice for Adult Patients with Special Healthcare Needs. Compend Contin Educ Dent. [Internet]. 2021 [citado 17 Mar 2022]; 42(3) [aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://n9.cl/voaqq>



54. Salvador N. Técnicas no farmacológicas para el control de la conducta en pacientes pediátricos con discapacidad auditiva en la unidad de odontología del hospital Rodolfo Robles Valverde durante los meses de febrero a junio de 2015. Tesis. [Internet]. 2015 [citado 17 Mar 2022]; [aprox. 129 p.]. Disponible en:
http://www.repositorio.usac.edu.gt/3447/1/T_2644.pdf
55. Briones M, Esquivel R, Ruiz M, Moncada M, Pozos A, Garrocho J. La salud lúdica: Un complemento de la Clínica Dental Pediátrica Universitaria. Revista ADM [Internet]. 2016 [citado 17 Abr 2022]; 73(1) [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od161j.pdf>
56. Aimé A, Figueroa M, Sogbe R. Estrategias Psicoconductuales en la Consulta Odontopediátrica. Revista de Odontopediatría Latinoamericana [Internet]. 2021 [citado 17 Abr 2022]; [aprox. 450p.]. Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/pdfs/estrategias-psicoconductuales-en-la-consulta-odonto.pdf>
57. Dentista bromista. [Internet]. [citado 17 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.coppel.com/dentista-bromista-play-doh-pr-7312672>
58. Otero M, Ramos L, Casas L, Cuadros C. Eficacia de la musicoterapia para reducir la ansiedad dental en niños con discapacidad. Revista de Odontopediatría Latinoamericana [Internet]. 2021 [citado 17 Abr 2022]; [aprox. 12p.]. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/207/10>
59. Quiroz J, Melgar R. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia. Revisión sistemática. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2012 [citado 17 Abr 2022]; 22(2) [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/137>



60. Aromaterapia en la consulta dental: La salud como un todo [Internet].

[citado 17 May 2022]. Disponible en:

<https://clinicadentalsonrie.cl/aromaterapia-en-la-consulta-dental-la-salud-como-un-todo/>