



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DERECHOS Y OBLIGACIONES PARA PREVENIR
DAÑOS Y AGRESIONES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS EN
NIÑOS DURANTE EL MANEJO DE CONDUCTA EN LA
ATENCIÓN DENTAL.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

SANDRA GALEANA HERNÁNDEZ

TUTORA: C.D. MARTHA CONCEPCIÓN CHIMAL SÁNCHEZ



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.



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

En especial a mis padres por su apoyo incondicional en toda mi trayectoria escolar para poder llegar a esta etapa que es tan importante en mi vida. Agradezco sus consejos, y toda su sabiduría, experiencia, y su comprensión me han llevado a ser la persona que soy

A mis hermanas, familiares por sus palabras que en determinado momento me alentaron a ser mejor día con día, por sus críticas muy constructivas, su apoyo, confianza; permitiéndome realizar mis prácticas clínicas en ellos.

A todos mis amigos, amigas, por nunca abandonarme en tiempos difíciles, aconsejarme, brindarme su amistad incondicional, les agradezco los momentos tan especiales buenos, malos o tristes, que pasamos juntos durante este hermoso tiempo que recorrimos en la carrera. Los estimo de tal manera que los considero mi segunda familia.

A mi tutora C.D. Martha Concepción Chimal Sánchez y al C.D. Juan Medrano Morales, por su dedicación, empeño y apoyo con el fin de elaborar esta tesina.



Índice

Introducción.....	4
Antecedentes.....	6
Propósito.....	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17
CAPÍTULO I. ASPECTOS LEGALES RELACIONADOS AL MALTRATO INFANTIL.....	19
1.1 LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	20
1.2 NOM-009-SSA2-1993.PARA EL FOMENTO DE LA SALUD DEL ESCOLAR.....	23
1.3 NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN	27
1.4 LEY GENERAL DE SALUD	34
1.5 LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5º. CONSTITUCIONAL, RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN EL DISTRITO FEDERAL	38
1.6 CÓDIGO PENAL FEDERAL	40
1.7 CÓDIGO CIVIL FEDERAL.....	43
1.8 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.....	44
1.9 CÓDIGO DE BIOÉTICA, RELACIONADO CON LA SALUD BUCAL.....	44
1.10 CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO	46



1.10.1 NOM-013-SSA2-2008. PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES. DOF OCTUBRE 2008.	49
1.10.2 CÓDIGO CIVIL FEDERAL.....	52
1.11 CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES (Dic 2011).....	58
1.12 CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS (Feb. 2006).....	59
CAPÍTULO II CARACTERÍSTICAS DE LAS CAPACIDADES INTELLECTUALES Y MOTORAS DEL NIÑO.....	60
2.1 PRIMERA INFANCIA.....	60
2.2 SEGUNDA INFANCIA	62
2.3 TERCERA INFANCIA.....	64
2.4 ADOLESCENCIA Y VIDA ADULTA	65
2.5 TEORIA COGNITIVO-EVOLUTIVAS.....	67
2.6 TIPOS DE CONDUCTA EN LA ATENCIÓN DENTAL.....	68
CAPÍTULO III DIFERENTES TÉCNICAS DE CONTROL DE CONDUCTA EN LA ATENCIÓN DENTAL	75
3.1 TÉCNICAS COMUNICATIVAS	76
3.1.1 DECIR-MOSTRAR-HACER (DMH)	76
3.1.2 DISTRACCIÓN	77
3.1.3 COMUNICACIÓN NO VERBAL.....	79
3.1.4 CONTROL DE VOZ.....	80
3.2 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.....	82
3.2.1 MODELACIÓN.....	82
3.2.2 REFUERZO POSITIVO	83
3.2.3 INHIBICIÓN LATENTE	85



3.2.4 EXPOSICIÓN GRADUAL	86
3.3 TÉCNICAS AVERSIVAS	87
3.3.1 ESTABILIZACIÓN PROTECTIVA O RESTRICTORES FÍSICOS	87
3.3.2 CONTROL DE CABEZA	91
3.3.3 CONTROL DE BRAZO Y PIERNA	91
3.3.5 MANO SOBRE BOCA	93
3.4 TÉCNICAS DE CONTROL DE CONDUCTA FARMACOLÓGICA	96
3.4.1 SEDACIÓN CONSIENTE	96
3.4.2 SEDACIÓN MÍNIMA, LIGERA O ANSIOLISIS.....	97
3.4.2.1 ÓXIDO NITROSO	98
3.4.3 SEDACIÓN MODERADA, SEDACIÓN/ANALGESIA.....	100
3.4.3.1 ANSIOLÍTICO	101
3.4.4 SEDACIÓN PROFUNDA	103
3.4.5 ANESTESIA GENERAL.....	104
3.5 TÉCNICAS NO CONVENCIONALES.....	110
3.5.1 HIPNOSIS.....	110
3.5.2 MUSICOTERAPIA	112
3.5.3 TÉCNICA DE DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL	114
3.5.4 AROMATERAPIA	117
Conclusiones	118
Referencias Bibliográficas	120
Referencias Bibliográficas de Figuras	124
Anexo.....	126



Introducción.

Es indispensable que el cirujano dentista de práctica general y especialista, adopten medidas de prevención en el manejo de control de conductas con el paciente infantil, basado en su Lex Artis (ciencia, técnica y arte de su profesión), evitando actos de mal praxis durante el tratamiento odontológico, provocando alteraciones de tipo psicológicos, moral, espiritual y físicas interpretadas legalmente como iatrogenias clínicas, de abuso y sometimiento en el paciente infantil.

El maltrato infantil es considerado un problema de salud pública mundial, ejerciendo en varios países por grupos sociales y religiosos.

Por lo que es indispensable durante la atención odontopediátrica adoptar medidas de prevención de competencia científica, técnica, ética y jurídica.

En la atención odontológica los pacientes infantiles regularmente acuden por problemas severos de urgencia, manifestándose; molestos, adoloridos, temerosos, ansiosos, con experiencias previas no gratas reflejando un comportamiento no cooperador durante su atención estomatológica.

Comportamiento que motiva a utilizar diferentes técnicas de control de conducta como son; comunicativas, de modelación o restrictivas, dependiendo de la edad cronológica y psicológica del paciente, el tipo de comportamiento que presente durante la atención dental y actitud de los padres, tutor, familiar o representante legal que los acompañen.



Los profesionales, auxiliares y técnicos en salud oral deben poseer conocimientos especializados en el manejo de la conducta de los pacientes infantiles ante diferentes circunstancias, historial médico-dental, actitud del paciente y padres o familiares que los acompañen. Las técnicas aplicables deben estar sustentadas científica, técnica, ética y jurídicamente.

Además explicar a los padres, tutores o familiares del comportamiento de sus hijos, la técnica adecuada para su caso en lo particular, informando de forma clara, sencilla y suficiente sobre el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento conveniente al caso, plasmándolo por escrito en su historia clínica pediátrica, hoja de consentimiento válidamente informado, elementos de diagnóstico entre otros, necesarios para su atención conforme a su *lex artis* (ciencia , técnica y arte de la profesión odontológica).



Antecedentes.

La odontología se ha relacionado con experiencias dolorosas, siendo el dolor un conjunto de respuestas en donde interaccionan aspectos físicos, químicos, emocionales, cognitivos y sociales. Estas experiencias dolorosas adquiridas desencadenan miedo y ansiedad afectando la conducta del niño en la consulta dental, influyendo en el resultado de nuestro tratamiento. ¹

Se considera tener una determinada cantidad de ansiedad en la vida para la supervivencia del individuo, ya que nos brinda un estado de alerta ante situaciones riesgo.

Por lo que se considera normal presentar ansiedad moderada durante las primeras visitas al consultorio dental, como un proceso adaptativo ante una situación nueva y extraña; sin embargo hay personas que por su personalidad desarrollan ansiedad patológica o neurótica, ya que no toman este proceso como adaptativo convirtiéndolo en situaciones exageradas y problemáticas. Causando interferencias durante el tratamiento dental. ¹

La mayoría de los pacientes infantiles aprenden estrategias negativas para manejar la ansiedad gritando, pateando, llorando, no siguiendo instrucciones, a fin de manipular a sus padres despertando sentimientos de compasión, frustración, fracaso o vergüenza para escapar de la situación, sin recibir el tratamiento adecuado. ^{1,3}



Existen factores que determinan la conducta del niño, entre estas se encuentran; la variación en su madurez, personalidad, temperamento y emociones de acuerdo a la edad del paciente, que afectan en la vulnerabilidad y capacidad para hacer frente al tratamiento dental. Además la actitud de los padres, su expresión facial ante emociones, ya que ellos son los encargados de poner en alerta al niño transmitiendo miedo o temor, haciendo que presenten ansiedad en la atención odontológica.^{1,3}

Entre más nerviosos, inseguros y tensos reaccionen los padres, aumenta el riesgo de que el niño reaccione de forma ansiosa y negativa. Es por eso que en ocasiones es utilizado separar a los padres de sus hijos durante el tratamiento, aunque en los niños menores de 3 años es conveniente que estén presentes para proporcionar seguridad, para los niños más grandes nos proporciona mejor manejo de la conducta.³

El tratamiento dental para niños por lo general requiere del uso de técnicas y estrategias de control de comportamiento, que el odontólogo debe utilizar para controlar la conducta del paciente, que pueden ser farmacológicas y no farmacológicas.^{2,29}

Cada técnica se tiene que integrar en un enfoque general de orientación conductual individualizada para cada niño. La orientación conductual no es una aplicación de las técnicas individuales, sino un método o solución destinado a desarrollar y fomentar la relación entre el niño y el dentista, generando confianza y disminución de temor y la ansiedad.⁴



En las últimas décadas han existido constantes cambios en el entorno socio-cultural así como las condiciones ético-legales, afectando la percepción y aceptación que tienen los padres hacia las técnicas de manejo de conducta para cambiar el comportamiento de sus hijos. Exigiendo que se evalúen las técnicas de manejo de conducta, ajustándolas a las condiciones actuales y que sean aceptadas por los padres.⁵

A pesar que las técnicas tradicionales han sido satisfactorias, actualmente la actitud de los padres y los odontólogos han cambiado, debido a las nuevas corrientes tecnológicas y la tendencia al uso de medicina tradicional y/o alternativa. Por lo que han surgido nuevas técnicas no farmacológicas y no aversivas, las cuales son más aceptadas por los padres y niños.⁶

El uso apropiado de las técnicas puede mejorar la el comportamiento del infante de manera positiva en las subsiguientes visitas.²⁹

Los niños que presentan experiencias negativas previas dentales o médicas son difíciles en la atención, por lo que se debe tener información para ayudarnos a enfocar en tratamiento y la manera de controlar la conducta del niño de manera correcta.¹

Con el incremento de reclamaciones legales, durante el manejo del niño en la atención odontológica, es más seguro evitar situaciones comprometidas con los padres, por lo que se les permite que estén presentes cuando exista dificultad en el control del niño.⁷



Ya que en algunas ocasiones las técnicas pueden ser mal interpretadas como maltrato infantil. El cual es definido por la **UNICEF** (The United Nations Children's Fund) como los niños/as y adolescentes de hasta 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales.⁷

La **OMS** (Organización Mundial de la Salud) lo define como los abusos y la desatención que son objeto los menores de 18 años de edad, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño.⁷

Por todo esto se han realizado estudios sobre la opinión a los padres de familia sobre el uso de técnicas de conducta.

García y cols. (2007), en su estudio aplicó un cuestionario de actitud en los padres de pacientes pediátricos en Licenciatura y Posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM, basado en la escala de Likert, y un cuestionario de ansiedad basado en la escala de Corah y DASS (Depression Anxiety Stress Scale) adaptados para situaciones de atención dental, para evaluar la percepción de los padres hacia la aplicación de estas técnicas durante la consulta dental de sus hijos.

Participaron 120 padres de pacientes pediátricos, los cuales fueron divididos en tres grupos de acuerdo al método de información transmitido: exposición oral, video e información escrita.⁸



Los resultados obtenidos fueron que la mejor percepción fue obtenida hacia la técnica verbal decir-mostrar-hacer, seguido de la técnica de control de voz, cama red y mano sobre boca, mientras que la anestesia general obtuvo la peor percepción, independiente del grupo de información al que perteneció el sujeto.

Durante la investigación, llamó la atención que los padres mostraron relativamente buena aceptación hacia las técnicas restrictivas de manejo, aún sobre las técnicas farmacológicas, contrario a lo reportado en la literatura, además se observó que el método de información oral es el que generó menor ansiedad en los padres, mientras que la información transmitida a través de un video generó la mayor ansiedad.⁸

Adair y cols. (2007), evaluaron las diferencias en el uso de técnicas de manejo de conducta entre dentistas pediátricos hombres y mujeres de diferentes edades. Se encuestó a todos los miembros activos de la Academia Americana de Odontología Pediátrica residente en los EE.UU. y Canadá. Se recibieron respuestas de 2.467 (59%), que contenían artículos sobre la edad, el sexo y el uso de técnicas de manejo de la conducta realizadas.⁹

Resultando que los hombres encuestados superaron a las mujeres 2:1. Se realizaron categorías <46 y ≥ 46 años. Las mujeres constituían el 53% de los más jóvenes del grupo y 14% del grupo de mayor edad.⁹



Se utilizaron cuatro géneros / categorías: (1) hombres < 46 años , (2) mujeres < 46 años , (3) hombres \geq 46 años , y (4) mujeres \geq 46 años de edad. Una minoría indicó que utilizan mano sobre la boca y la inmovilización activa de los pacientes sedados.⁹

No se observaron diferencias significativas de distribución por sexo / edad para el uso de la comunicación no verbal y técnicas avanzadas. La mayoría de las diferencias del uso de la técnica se relacionó con la edad. Los hombres mayores es significativamente menos probable que acepte a los padres para algunos procedimientos.

Las técnicas más utilizadas son decir-mostrar-hacer; comunicación no verbal; refuerzo positivo; distracción; óxido nitroso, y anestesia general en ese orden.⁹

Muhammad y cols. (2010), realizaron un estudio para evaluar la actitud de los padres hacia las diferentes técnicas de conducta utilizadas durante el tratamiento dental de los escolares en Kuwait.⁵

Participaron 118 padres que acompañaron a sus hijos a las clínicas de Hawally Escuela Programa de Salud Oral en Kuwait. Se les mostró un video con escenas de las técnicas de manejo conducta, al final resolvieron un cuestionario.



Obteniendo como resultando que las técnicas de refuerzo positivo, comunicación afectiva, decir-mostrar-hacer, distracción, modelado y la comunicación no verbal se consideraron como las técnicas más aprobados; la hipnosis y la separación de los padres fueron moderadamente aprobadas; control de voz, sedación con óxido nitroso, la estabilización (restricción física), la anestesia general, mano sobre boca y sedación consciente fueron las técnicas menos aprobadas.

Además el 99% de los padres considera el uso de diversas técnicas de control de conducta es un factor clave para el cuidado dental exitoso para sus hijos. La aceptación de las técnicas no se relacionó con edad de los padres, sexo, nacionalidad, nivel educativo u ocupación. Observando que la mayoría de los padres prefieren las técnicas no farmacológicas a las técnicas farmacológicas donde se hace uso de drogas.

León y cols. (2010), en un estudio realizado en la Universidad Internacional de Cataluña (Barcelona, España), examinaron la actitud de un grupo de padres españoles hacia técnicas de control del comportamiento de empleados en odontología pediátrica, se utilizó un vídeo con 8 diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en odontología pediátrica. Participaron 50 padres cuyos hijos estaban siendo tratados en la Universidad Internacional de Cataluña. Las técnicas que se mostraron fueron : decir -mostrar-hacer, sedación con óxido nitroso, dispositivos de seguridad pasiva, control de voz, mano sobre boca, premedicación oral, moderación activa y anestesia general.¹⁰



Los padres le dieron una calificación de aceptación cada una de estas técnicas de acuerdo con una escala de 0 a 10, siendo 0 el nivel más bajo de aceptación y 10 la más alta. Resultando que la técnica más aceptable fue la técnica de decir-mostrar-hacer, mientras que la menos aceptada fue la técnica de mano sobre boca. Se encontró una asociación entre la aceptación de las diferentes técnicas, socioeconómicas y género de los padres, y las diferencias fueron estadísticamente significativas.¹⁰

No se observaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad o el sexo de los niños tratados, las experiencias dentales previas de los entrevistados o de sus hijos, con la aceptación de cada una de las técnicas.¹⁰

Cordero y cols. (2012), realizaron un estudio descriptivo en 129 padres de niños entre los 3 y 15 años de edad que acudieron a la práctica privada en la ciudad de Medellín, en las clínicas odontológicas de la Universidad CES y padres de estudiantes de la Escuela Rural el Tambo en el municipio de ceja en el departamento de Antioquia durante los meses de Septiembre y Noviembre del 2011, evaluando por medio de un cuestionario y un video donde se mostraban las diferentes técnicas de manejo de conducta.

Las técnicas comunicativas como decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, modelado y distracción contingente.¹¹



Además de inmovilización activa e inmovilización pasiva, sedación inhalada (óxido nitroso) y anestesia general. Obteniendo como resultado que las técnicas comunicativas, fueron las más aceptadas al compararlas con las técnicas farmacológicas y las restrictivas fueron las de menos aceptación.

Actualmente existe una problemática con el uso de las técnicas, ya que la mayoría de los profesionales no tienen el conocimiento de cada una de ellas o no informan a los padres sobre el uso, indicaciones y contraindicaciones; y mucho menos se cuenta con el consentimiento válidamente informado.¹¹

Basado en lo anterior Dumont y cols., realizaron un estudio, donde se repartieron cuestionarios a 47 Odontopediatras registrados en el Consejo Regional de Odontología-Minas Gerais y además a 10 abogados, los cuales integraban una muestra por conveniencia.¹²

Los resultados obtenidos mostraron que 98% de los Odontopediatras estaban informados de la indicación apropiada de la técnica, sin embargo la mayoría de ellos (61%) no solicitaban un consentimiento formal de los padres de los niños para poner en práctica mano sobre boca.

La utilización de la técnica podría conllevar repercusiones judiciales, según el 76% de los Cirujanos dentistas. De estos, 83,4% consideraron que tales repercusiones provendrían de un entendimiento equivocado de los padres y 11,11% estimaron que el proceso se sucedería debido a la utilización de la técnica sin la autorización de los responsables.¹²



Sin embargo, antes de aplicar la técnica, tan solo 30% de los entrevistados solicita el mencionado consentimiento. La mayoría de los abogados (56%), basados en: el Código penal brasileño, el Código civil y en el Estatuto del niño y del adolescente, afirmó la posibilidad de implicancia legal derivada de la utilización de la técnica.

Por lo tanto, los Odontopediatras manifestaron estar familiarizados con la utilización de la técnica, pero revelaron que no adoptan las medidas necesarias de respaldo jurídico y legal.

Es indispensable que los profesionales utilicen la técnica dentro de sus apropiadas indicaciones, solicitando un consentimiento escrito, aunque algunos Cirujano dentistas prefieren no usar Mano sobre boca en el entendido que es antiético e ilegal, mientras que otros usan la técnica manteniendo aún dudas en cuanto a su legalidad.¹²

Por otro lado Aguado y Fragoso (2012), en un estudio evaluaron el conocimiento de los padres o tutores acerca de la aplicación de las técnicas de manejo de conducta, explicación de riesgos y complicaciones mediante el uso del consentimiento informado. Se realizó a través de un cuestionario a 50 padres los cuales acudieron por primera vez al Servicio de Odontopediatría para realizar historia clínica, en un periodo de 3 meses.

14



La técnica de manejo más utilizada y aceptada fue el manejo conductual, presentándose ésta más en el sexo femenino que en el masculino, mientras que la sedación seguida de anestesia general son más complicadas de explicar y por lo tanto de comprender; pero aun así la mayoría de las técnicas utilizadas que se explicaron a los padres; conocieron los riesgos y complicaciones de cada una de ellas. Ya que el Consentimiento Informado se llevó a cabo tanto de forma verbal como escrita y fue obtenido en el 80% de los casos.¹⁴

La Negligencia Odontológica es la falta o incumplimiento que los padres o tutores cometen al no proporcionar o no seguir adelante con un adecuado tratamiento para asegurar la salud oral de sus hijos.^{7, 13}



Propósito.

Dar a conocer la importancia del manejo de las distintas técnicas de control de conducta, con el fin de no causar daños físicos o psicológicos, que dañen la salud integral del paciente infantil.

Informando a los profesionales sobre las repercusiones legales que conlleva a hacer mal uso de ellas; así como la importancia del consentimiento válidamente informado.

Objetivo General.

Conocer los derechos y obligaciones para prevenir daños y agresiones físicas y psicológicas en niños durante el manejo de conducta en la atención dental.

Objetivos Específicos.

- Describir los aspectos legales relacionados con el maltrato infantil, para prevenir daños y agresiones físicas y psicológicas en niños durante la atención dental.
- Describir la importancia del consentimiento válidamente informado y sus reglamentos que lo respaldan. NOM-013-SSA2-2008 y código civil federal apartado de consentimiento informado.
- Mencionar los derechos generales de los pacientes y de los dentistas.
- Describir las capacidades intelectuales y motoras en las diferentes etapas del desarrollo del niño.



- Distinguir los tipos de conducta en la atención dental.
- Mencionar las diferentes técnicas de control de conducta en la atención dental, así como sus objetivos, indicaciones y contraindicaciones.
 - Técnicas no farmacológicas entre ellas comunicativas, modificación de la conducta y técnicas restrictivas.
 - Técnicas farmacológicas como sedación con óxido nitroso y anestesia general.
 - Técnicas no convencionales tales como hipnosis, musicoterapia, distracción visual y aromaterapia.



CAPÍTULO I. ASPECTOS LEGALES RELACIONADOS AL MALTRATO INFANTIL.

En la actualidad ha existido un gran cambio socio-cultural, causando gran impacto en el ejercicio de la odontología, permitiendo un mayor acceso a la información por parte de los pacientes, y cambiando un modelo educativo menos autoritario a uno más comunicativo.^{5, 14}

El comportamiento no cooperativo de los pacientes a causa de miedo, impidiendo realizar un tratamiento dental adecuado y de buena calidad. Ya que además de requerir más tiempo de atención por las constantes interrupciones, se corre el riesgo de producir daño físico y/o psicológico.^{6, 16} Lo que conlleva a los Cirujanos Dentistas a realizar técnicas para el manejo del paciente pediátrico; encontrándose con diferentes problemas, ya que hoy en día el número de demandas cada vez es mayor; los cuales se deben evitar informando al paciente, padres o tutores que este tipo de técnicas se pueden utilizar dentro del tratamiento.¹⁴

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) reporta que el número de Cirujanos Dentistas que han recibido demandas ha ido en aumento; por lo que es necesario que el dentista se proteja de ellas por diversos medios, entre ellos el consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual, el cual debería de aplicarse de manera general y no sólo en ciertas especialidades para prevenir y protegerse de problemas legales, con algún documento que lo ampare de cualquier problema legal.¹⁴



Entre las técnicas menos aceptadas por los padres como las de inmovilización pasiva y activa, mano sobre boca, se han considerado agresivas hacia los niños considerándolos como maltrato infantil.¹³

A continuación se hará referencia a las Normas, reglamentos, capítulos y artículos de mayor importancia para la protección de los pacientes infantiles en la atención odontológica.

1.1 LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. ¹⁷

Última reforma publicada DOF 19-08-2010. Establece apartados que señalan las obligaciones de los padres, para proteger a sus hijos de maltrato. ¹⁷

Capítulo Segundo

Artículo 11 Establece las obligaciones de ascendientes, tutores y custodios. Menciona que es obligación de madres, padres y de todas las personas que tengan a su cuidado niñas, niños y adolescentes

B. Protegerlos contra toda forma de maltrato, prejuicio, daño, agresión, abuso, trata y explotación.

Implicando que la facultad que tienen quienes ejercen la patria potestad o la custodia de niñas, niños y adolescentes no podrán al ejercerla atentando contra su integridad física o mental ni actuar en menoscabo de su desarrollo.



Artículo 13. Establece que se debe garantizar el cumplimiento de los derechos establecidos en este capítulo, las leyes federales, del Distrito Federal y de las entidades federativas podrán disponer lo necesario para que se cumplan en todo el país:

- A.** Las obligaciones de ascendientes o tutores, o de cualquier persona que tenga a su cargo el cuidado de una niña, de un niño, o de un o una adolescente de protegerlo contra toda forma de abuso; tratarlo con respeto a su dignidad y a sus derechos; cuidarlo, atenderlo y orientarlo a fin de que conozca sus derechos, aprenda a defenderlos y a respetar los de las otras personas.

- B.** La obligación de familiares, vecinos, médicos, maestros, trabajadores sociales, servidores públicos, o cualesquiera persona, que tengan conocimiento de casos de niñas, niños o adolescentes que estén sufriendo la violación de los derechos consignados en esta ley, en cualquiera de sus formas, de ponerlo en conocimiento inmediato de las autoridades competentes, de manera que pueda seguirse la investigación correspondiente.

En las escuelas o instituciones similares, los dueños, directivos, educadores, maestros o personal administrativo serán responsables de evitar cualquier forma de maltrato, perjuicio, daño, agresión, abuso o explotación, en contra de niñas, niños o adolescentes.¹⁷



Capítulo Quinto Del Derecho a ser Protegido en su integridad, en su libertad, y contra el maltrato y el abuso sexual. 17

Artículo 21. Niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos contra actos u omisiones que puedan afectar su salud física o mental, su normal desarrollo o su derecho a la educación en los términos establecidos en el artículo 3o. constitucional. Las normas establecerán las formas de prever y evitar estas conductas. Enunciativamente, se les protegerá cuando se vean afectados por:

- A.** El descuido, la negligencia, el abandono, el abuso emocional, físico y sexual.

Capítulo Octavo Del Derecho a la Salud

Artículo 28. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

- B.** Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud.¹⁷



1.2 NOM-009-SSA2-1993. Para el fomento de la salud del escolar. 10-03-94. ¹⁸

Se mencionarán de manera textual los aspectos relevantes sola atención a la salud de los niños.

La edad escolar es una de las más importantes en la evolución del hombre. En ella se alcanza la maduración de muchas funciones y se inicia el proceso que le permite integrarse a la sociedad; por lo mismo, proteger la salud del escolar es fundamental.

La Norma trata de contribuir a dar respuesta a la problemática de salud del escolar, dentro de la orientación de la atención primaria a la salud y del derecho constitucional de la protección a la salud, así como del compromiso de México de atender prioritariamente a la niñez.

Por todo lo anterior, el contenido de esta Norma enfatiza la importancia de la orientación adecuada, la detección temprana y la atención oportuna de los principales problemas de salud del escolar, para evitar daños y secuelas y favorecer el desarrollo integral de este importante núcleo de población.

1.2 Esta Norma es aplicable en todos los establecimientos de los sectores público, social y privado de atención a la salud, que desarrollen y ejecuten acciones para el fomento de la salud de los educandos del nivel de Educación Básica del Sistema Educativo Nacional.



2. Definiciones

2.2 Atención al daño: conjunto de acciones que realiza el personal de salud, tendientes a limitar el daño y restaurar la salud.

2.18 Trastorno de conducta: comportamiento inadecuado del individuo, de carácter temporal o permanente y que refleja alteraciones emocionales, neurológicas o de otra índole.

3.1 Acciones básicas

3.1.1 Educación para la salud

3.2.1.1 El contenido de educación para la salud está incluido en los programas curriculares del nivel preescolar, escolar primaria y escolar secundaria y se refiere a:

- El cuerpo humano, que comprende anatomía, funciones, crecimiento y desarrollo, herencia.
- Riesgos y daños a la salud, que comprende identificación de agentes y situaciones de riesgo, desnutrición, enfermedades infecciosas, crónico-degenerativas y de transmisión sexual, adicciones y sus connotaciones personales, familiares, laborales y sociales; efectos de la contaminación ambiental en la salud.
- Factores condicionantes de la salud, que comprende servicios básicos, vivienda, educación, vestido, agua y drenaje; alimentación, higiene, seguridad (accidentes, violencias y abuso); integración familiar; inmunizaciones, ejercicio, deporte y descanso; ambiente; recreación y cultura.
- Derecho a la protección de la salud, que comprende legislación, servicios de salud, protección civil.



- Responsabilidad individual y social en salud, que comprende ambiente, cuidados y protección; participación social; sexualidad (ejercicio sano, responsable y seguro); prevención de accidentes; estilos de vida.

3.2.2 Prevención

3.2.2.1 El personal de salud debe promover y apoyar la participación de la comunidad escolar en las actividades de prevención, que son:

a) La detección de factores de riesgo acerca de:

- condiciones del agua de consumo, ambientales, de seguridad e instalaciones del plantel
- enfermedades que afectan a los escolares
- estilos de vida (hábitos alimentarios e higiénicos, consumo de drogas.)
- negligencia de los padres
- maltrato al menor, tanto físico como mental.

3.1.2 Detección precoz del daño

3.2.3.1 El personal de salud debe promover y apoyar la participación de la comunidad escolar, en particular del personal docente en el espacio escolar, y de los padres de familia, para realizar la detección precoz del daño en los alumnos, que comprende:

a) Observación cotidiana de señales físicas, síntomas, alteraciones de la conducta o deterioro del aprovechamiento, que sugieran problemas de agudeza visual, auditiva, mala nutrición, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, maltrato al niño, enfermedades de la piel, infecciones gastrointestinales, respiratorias o trastornos posturales.

- valorar problemas de aprendizaje y conducta.



3.2.5 Rehabilitación

La rehabilitación comprende acciones tendentes a restaurar la capacidad física, sensorial o mental del escolar y promover facilidades para el desempeño de los discapacitados.

3.2.5.1 Los escolares que requieran rehabilitación deben ser referidos por el servicio de salud a personal calificado o a instituciones especializadas públicas, sociales o privadas.

3.2.5.2 La rehabilitación debe llevarse a cabo a través de diferentes acciones, entre otras: ayuda alimentaria directa, lentes para trastornos de agudeza visual, auxiliares para problemas de audición, obturación de piezas dentales, ejercicios o prótesis para defectos posturales, terapia individual o familiar para problemas de aprendizaje y conducta, así como de adicciones.

3.2.5.3 El personal de salud promoverá y participará con el personal docente en el registro de los resultados de las revisiones efectuadas a los escolares, así como del manejo de los problemas encontrados.



1.3 NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.¹⁹

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y al establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y los pueblos indígenas.

De este contexto se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres. No obstante, subsisten aún profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia hacia los grupos en condición de vulnerabilidad en función del género, la edad, la condición física o mental, la orientación sexual u otros factores, que se manifiestan cotidianamente.

Si bien cualquier persona puede ser susceptible de sufrir agresiones por parte del otro, las estadísticas apuntan hacia niños, niñas y mujeres como sujetos que mayoritariamente viven situaciones de violencia familiar y sexual.



En el caso de niños y niñas, ésta es una manifestación del abuso de poder en función de la edad, principalmente, mientras que en el caso de las mujeres, el trasfondo está en la inequidad y el abuso de poder en las relaciones de género.

La violencia contra la mujer, tanto la familiar como la ejercida por extraños, está basada en el valor inferior que la cultura otorga al género femenino en relación con el masculino y la consecuente subordinación de la mujer al hombre.

El reto es coadyuvar a la prevención, detección, atención, disminución y erradicación de la violencia familiar y sexual.

Para combatir la violencia y promover la convivencia pacífica, es necesario fomentar relaciones de equidad entre las personas, mediante la construcción de una cultura basada en el reconocimiento y respeto de los derechos humanos.

La presente Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos.



Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los y las prestadoras de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud. Su incumplimiento dará origen a sanción penal, civil o administrativa que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

Para los fines de esta norma se entenderá por:

4.12. Indicadores de abandono*, a los signos y síntomas, físicos o psicológicos debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección que pueden manifestarse en la alimentación y en la higiene, en el control o cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico o por necesidades médicas atendidas tardíamente o no atendidas.

4.13. Indicadores de violencia física*, a los signos y síntomas - hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros-, congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo de la lesión, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.



4.14. Indicadores de violencia psicológica*, a los síntomas y signos indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica -autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros- o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, entre otros.

4.27. Violencia familiar, el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones. Independientemente del espacio físico donde ocurra. La violencia familiar comprende:

4.27.1. Abandono, al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

4.27.2. Maltrato físico, al acto de agresión que causa daño físico.

4.27.3. Maltrato psicológico, a la acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.



5.2. Esta atención médica incluye la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores.

5.5. Las instituciones de salud deberán propiciar la coordinación o concertación con otras instituciones, dependencias y organizaciones del sector público, social y privado, para realizar una oportuna canalización de las personas involucradas en violencia familiar o sexual, a fin de que, en el ámbito de sus respectivas competencias, se proporcione atención médica, psicológica, legal, de asistencia social u otras.

5.6. La o el prestador de servicios de salud proporcionará la atención médica, orientación y consejería a las personas involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, debiendo referirlos, cuando se requiera, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive (en caso de requerirlo, a un refugio), a fin de lograr precisión diagnóstica, continuidad del tratamiento, rehabilitación o seguridad y protección, así como apoyo legal y psicológico para los cuales estén facultados.



5.9 En la atención de las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, las y los prestadores de servicios de salud deberán apegarse a los criterios de oportunidad, calidad técnica e interpersonal, confidencialidad, honestidad, respeto a su dignidad y a sus derechos humanos.

6.2. PARA LA DETECCIÓN DE PROBABLES CASOS Y DIAGNÓSTICO

6.2.1.1. Identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar o sexual y valorar el grado de riesgo durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud.

6.2.1.2. Realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad. Debe considerar las manifestaciones del maltrato físico, psicológico, sexual, económico o abandono, los posibles factores desencadenantes del mismo y una valoración del grado de riesgo en que viven las o los usuarios afectados por esta situación.

Debe determinar si los signos y síntomas que se presentan -incluido el embarazo- son consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar o sexual y permitir la búsqueda de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual, económico o de abandono, como actos únicos o repetitivos, simples o combinados, para constatar o descartar su presencia.



6.2.1.4. Registrar la entrevista y el examen físico de la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, en el expediente clínico en forma detallada, clara y precisa, incluyendo: nombre de la o el usuario afectado, el tiempo que refiere de vivir en situación de violencia, el estado físico y mental que se deriva del examen y la entrevista, la descripción minuciosa de lesiones o daños relacionados con el maltrato, causas probables que las originaron, los procedimientos diagnósticos efectuados, diagnóstico, tratamiento médico y la orientación que se proporcionó y en su caso, los datos de la o las personas que menciona como los probables responsables. Todo ello a fin de establecer la relación causal de la violencia familiar o sexual de la o el usuario involucrado, considerando los posibles diagnósticos diferenciales.



1.4 LEY GENERAL DE SALUD. ²⁰

Se extraen textualmente los puntos más importantes de la presente ley.

TÍTULO TERCERO. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

CAPÍTULO I. Disposiciones Comunes

Artículo 23. Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

CAPÍTULO IV. Usuarios de los Servicios de Salud.

Artículo 50. Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado.

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 51 Bis 1. Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.



Artículo 51 Bis 2. Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

Artículo 51 Bis 3. Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia.

Artículo 53. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.



TÍTULO DÉCIMO OCTAVO. MEDIDAS DE SEGURIDAD, SANCIONES Y DELITOS.

CAPÍTULO II. Sanciones administrativas.

Artículo 416. Las violaciones a los preceptos de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias.

Sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.

Artículo 417. Las sanciones administrativas podrán ser:

- I Amonestación con apercibimiento;
- II. Multa
- III. Clausura temporal o definitiva que podrá ser parcial o total, y
- IV. Arresto hasta por treinta y seis horas.

CAPÍTULO VI. Delitos.

Artículo 468.- Al profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud, que sin causa legítima se rehusó a desempeñar las funciones o servicios que solicite la autoridad sanitaria en ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad general, se le aplicará de seis meses a tres años de prisión y multa por el equivalente de cinco a cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.



Artículo 469.- Al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años.⁸

Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.



1.5 LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5º. CONSTITUCIONAL, RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN EL DISTRITO FEDERAL.²¹

Se mencionarán textualmente los artículos de interés.

Artículo 30. La Dirección General de Profesiones podrá extender autorización a los pasantes de las diversas profesiones para ejercer la práctica respectiva por un término no mayor de tres años.

Para los efectos de lo anterior, se demostrará el carácter de estudiantes, la conducta y la capacidad de los mismos, con los informes de la facultad o escuela correspondiente.

Artículo 33. El profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido. En caso de urgencia inaplazable los servicios que se requieran al profesionista, se prestarán en cualquier hora y en el sitio que sean requeridos, siempre que este último no exceda de veinticinco kilómetros de distancia del domicilio del profesionista.

Artículo 34. Cuando hubiere inconformidad por parte del cliente respecto al servicio realizado, el asunto se resolverá mediante juicio de peritos, ya en el terreno judicial, ya en privado si así lo convinieren las partes. Los peritos deberán tomar en consideración para emitir su dictamen, las circunstancias siguientes:

I. Sí el profesionista procedió correctamente dentro de los principios científicos y técnica aplicable al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión de que se trate (*lex artis*).



II. Sí el mismo dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se presente el servicio.

III. Sí en el curso del trabajo se tomaron todas las medidas indicadas para obtener buen éxito.

IV. Sí se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio convenido, y

V. Cualquiera otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

El procedimiento a que se refiere este artículo se mantendrá en secreto y sólo podrá hacerse pública la resolución cuando sea contraria al profesionista.

Artículo 35. Si el laudo arbitral o la resolución judicial en su caso, fueren adversos al profesionista, no tendrá derecho a cobrar honorarios y deberá, además, indemnizar al cliente por los daños y perjuicios que sufre. En caso contrario, el cliente pagará los honorarios correspondientes, los gastos del juicio o procedimiento convencional y los daños que en su prestigio profesional hubiere causado al profesionista. Estos últimos serán valuados en la propia sentencia o laudo arbitral.

Artículo 36. Todo profesionista estará obligado a guardar estrictamente el secreto de los asuntos que se le confíen por sus clientes, salvo los informes que obligatoriamente establezcan las leyes respectivas.



1.6 CÓDIGO PENAL FEDERAL.²²

El Código Penal Federal es el ordenamiento jurídico penal más importante del país, establece la pauta para los códigos penales de cada una de los estados; fue publicado el día 14 de Agosto de 1931 y cuyo texto vigente fue reformado y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Junio de 2012.

A continuación se mencionan los artículos de interés que hacen referencia al delito de responsabilidad profesional, delito de lesiones, abandono de personas.

TÍTULO DÉCIMO SEGUNDO. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

CAPÍTULO I. Disposiciones generales.

Artículo 228. Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:12

I. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y



II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.

Artículo 229. El artículo anterior se aplicará a los médicos que habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de la atención de un lesionado o enfermo, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada, y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente.

TÍTULO DÉCIMO NOVENO. DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL.

CAPÍTULO I. Lesiones.

Artículo 288. Bajo el nombre de lesión, se comprende no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deja huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa.

Artículo 289. Al que infiera una lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar menos de quince días, se le impondrán de tres a ocho meses de prisión, o de treinta a cincuenta días multa, o ambas sanciones a juicio del juez. Si tardare en sanar más de quince días, se le impondrán de cuatro meses a dos años de prisión y de sesenta a doscientos setenta días multa.



En estos casos, el delito se perseguirá por querrela.

Artículo 290. Se impondrán de dos a cinco años de prisión y multa de cien a trescientos pesos, al que infiera una lesión que deje al ofendido cicatriz en la cara, perpetuamente notable.¹²

Artículo 291. Se impondrán de tres a cinco años de prisión y multa de trescientos a quinientos pesos, al que infiera una lesión que perturbe para siempre la vista, o disminuya la facultad de oír, entorpezca o debilite permanentemente una mano, un pie, un brazo, una pierna, o cualquier otro órgano, el uso de la palabra o alguna de las facultades mentales.

Artículo 292. Se impondrán de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre, cualquier función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible.

Se impondrán de seis a diez años de prisión, al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.

Artículo 298. Al responsable de una lesión calificada se le aumentará la sanción hasta el doble de la que corresponda por la lesión simple causada.



1.7 CÓDIGO CIVIL FEDERAL. ²³

ACAPITULO III

De la Violencia Familiar

Artículo 323 bis.- Los integrantes de la familia tienen derecho a que los demás miembros les respeten su integridad física y psíquica, con objeto de contribuir a su sano desarrollo para su plena incorporación y participación en el núcleo social. Al efecto, contará con la asistencia y protección de las instituciones públicas de acuerdo con las leyes.

Artículo 323 ter.- Los integrantes de la familia están obligados a evitar conductas que generen violencia familiar.

Por violencia familiar se considera el uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves, que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y el agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato.



1.8 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.²⁴

Artículo 29. Todo profesional de la salud, estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.

CAPÍTULO II. De los derechos y obligaciones de los usuarios.

Artículo 48. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

1.9 CÓDIGO DE BIOÉTICA, RELACIONADO CON LA SALUD BUCAL.^{14, 25}

El personal de salud bucal debe cuidar y tratar con la misma conciencia y solicitud a todas las personas, sin distinción de raza, religión, ideas políticas, condición social, nacionalidad, género, preferencia sexual o cualquier otra circunstancia personal o social.

3. El personal de salud bucal debe evitar cualquier acto que pueda denigrar el honor o la dignidad del ejercicio de nuestra profesión, ya sea mentira, engaño o abuso, puesto que la práctica odontológica debe ser orientada bajo principios éticos, científicos y legales.



4. La calidad de la atención en los servicios de salud bucal que se otorgan a la población abierta, ya sean del sector público, privado o en instituciones

8. El personal de salud bucal debe efectuar tratamientos en los que cuente con el equipo necesario para realizarlo y esté científica y técnicamente capacitado. De no ser así, derivarlo al especialista indicado.

9. El Cirujano Dentista debe aplicar de manera responsable las nuevas tecnologías, fármacos, materiales de recién ingreso al mercado, y tener conocimiento suficiente, basado en bibliografía científica confiable y no sólo en información proporcionada por el fabricante.

10. El Cirujano Dentista debe responsabilizarse y solucionar las iatropatogénias provocadas al paciente, ya sea por negligencia, impericia, imprudencia, abandono o accidente.

11. El Cirujano Dentista debe integrar un expediente clínico que incluya una historia clínica, así como un consentimiento válidamente informado.^{14,25}



1.10 CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

Actualmente ha surgido un cambio de la relación entre el profesional médico y el paciente, transformando el tradicional esquema autoritario y vertical en donde el médico desempeñaba el papel de tutor del enfermo; en otro tipo de relación democrática y horizontal, en el que se pasa de un modelo de moral de código único a uno pluralista, que respeta los diferentes códigos morales de cada persona.¹⁴

El derecho a la autodeterminación y el respeto a la libertad del enfermo son factores preponderantes a considerar en la relación médico-paciente, en tal forma que el derecho a la información es una manifestación concreta del derecho de la protección a la salud y, a su vez, uno de los derechos de la personalidad, y ambos vinculados con la autonomía que necesariamente requiere ejercer el sujeto.¹⁴

Siendo importante solicitar el consentimiento válidamente informado de los padres para la realización de tratamientos odontológicos y para autorizar el uso de técnicas para el control de comportamiento del paciente infantil.



El consentimiento informado es un documento médico legal mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en el tratamiento establecido, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.¹⁴

Para la CONAMED el consentimiento informado es un presupuesto y elemento integrante de la práctica médica que se construye con base en la *lex artis*, la ética y la norma. Constituye, por consiguiente, una exigencia para llevar a efecto la actividad médico-quirúrgica curativa. Estamos, por tanto, ante un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad.²⁶

El sujeto expresará su consentimiento por escrito o de forma oral ante un testigo independiente del equipo que lo declarará por escrito bajo su responsabilidad. En el caso de las personas menores de edad o incapaces de dar el consentimiento, éste será otorgado por su representante legal, siempre de manera escrita, y tras haber recibido y comprendido la información.²⁶

Sin embargo, cuando las condiciones del sujeto lo permitan, éstos, también pueden dar su consentimiento o negarse a participar en el estudio, después de haber recibido la información pertinente y adaptada a su tipo de entendimiento.¹⁴



Desde el punto de vista jurídico el consentimiento se estudia en la teoría general del contrato, que es como lo regula el Código Civil Federal al definirlo, establecer sus requisitos y señalar los vicios que lo invalidan. Si se considera que el tratamiento médico es el resultado de un contrato, la legitimación para que el médico actuara en el cuerpo del paciente se encontraría en la previa existencia de un contrato, que por tanto requiere como elemento indispensable el consentimiento del enfermo.^{26,29}

Ahora bien para que ese consentimiento sea válido jurídicamente, se requiere que sea libre, consiente y ausente de error, violencia o dolo.^{26,29}

Al margen del fundamento jurídico del consentimiento informado, no puede prescindirse de un necesario fundamento ético, con lo que quedan en buena medida desvirtuados los postulados que sólo ven en el consentimiento una exigencia importada desde el derecho hacia el trabajo clínico.²⁶

Es unánime en la doctrina y la jurisprudencia actual la consideración de que la información del paciente integra una de las obligaciones asumidas por el equipo médico, y es requisito previo a todo consentimiento, con el objeto de que el paciente pueda emitir su conformidad al plan terapéutico de forma efectiva, y no viciada por una información sesgada o inexacta, puesto que el tenor de la obligación médica comprende no sólo la aplicación de las técnicas o intervenciones adecuadas en el estado actual de la ciencia médica (núcleo principal de su deber prestacional), sino también el deber de dar al paciente la información apropiada en cada caso, muy a pesar de que no haya sido expresamente pactada.²⁶



Sin embargo el consentimiento informado ha sido motivo de debate respecto a la conveniencia de que el paciente pueda influir en las decisiones médicas, propiciando que las opiniones se dividan en dos grupos: los que consideran que el valor fundamental de la práctica médica es el bienestar del enfermo, dejando como algo secundario su participación y los que piensan que lo realmente trascendente es el respeto a la decisión del paciente, aunque en ocasiones ésta no propicié su bienestar.

26

El consentimiento informado es, por consiguiente, no sólo un derecho fundamental del paciente, sino también una exigencia ética y legal para el médico.

1.10.1 NOM-013-SSA2-2008. PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES. DOF OCTUBRE 2008.²⁷

Esta norma menciona aspectos importantes sobre el consentimiento válidamente informado, que se describirán textualmente.

4.1.3. Carta de consentimiento bajo información: a los documentos escritos y signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se aceptan los procedimientos estomatológicos, bajo la debida información de los riesgos y beneficios esperados.

4.1.10. Expediente clínico: al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el estomatólogo debe hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención.



5. Disposiciones generales

5.1. La atención a las necesidades de salud bucal de la población mexicana se debe orientar, con base en la prevención, a través de acciones de promoción de la salud y protección específica a nivel masivo, grupal e individual, diagnóstico, limitación del daño, rehabilitación, detección y control de factores de riesgo de las enfermedades bucales.

5.2. El estomatólogo debe informar al paciente sobre el diagnóstico y posibles alternativas de tratamiento con un lenguaje claro y sencillo, así como sus obligaciones respecto a las indicaciones, fechas de citas, durante y después del tratamiento.

5.3. La información referente a la historia clínica, plan de tratamiento, así como al consentimiento bajo información, deben ser firmados por el paciente y en el caso de pacientes menores de edad o personas discapacitadas, por algún familiar, tutor o representante legal y se debe incluir en el expediente clínico del paciente.

5.3.1. El consentimiento válidamente informado, debe ser actualizado cada vez que se modifique el plan de tratamiento establecido, siempre en beneficio de la salud del paciente.

5.4. El estomatólogo es el único responsable y autorizado, para realizar diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, rehabilitación y control de enfermedades bucales, así como de la terapéutica farmacológica.



El pasante de estomatología en servicio social, podrá realizar estas actividades bajo supervisión periódica del estomatólogo.

9.5. Carta de consentimiento bajo información debe expresarse en lenguaje sencillo sin usar terminología técnica, es revocable mientras no inicie el procedimiento y no obliga al estomatólogo a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado al paciente.

9.5.1. El estomatólogo debe obtener cartas de consentimiento bajo información adicional a la prevista cuando el procedimiento lo requiera.

9.5.2. La Carta de consentimiento bajo información debe contar como mínimo:

9.5.2.1. Nombre del paciente.

9.5.2.2. Nombre de la institución.

9.5.2.3. Nombre del estomatólogo.

9.5.2.4. Diagnóstico.

9.5.2.5. Acto autorizado de naturaleza curativa.

9.5.2.6. Riesgos.

9.5.2.7. Molestias.

9.5.2.8. Efectos secundarios.

9.5.2.9. Alternativas de tratamiento.

9.5.2.10. Motivo de elección.

9.5.2.11. Mayor o menor urgencia.

9.5.2.12. Lugar y fecha donde se emite.



9.5.2.13. Autorización al estomatólogo para atención de contingencias y urgencias, derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad de prescripción.

9.5.2.14. Nombre completo y firma del estomatólogo, paciente y testigos.

9.6. Hoja de egreso voluntario. Se debe realizar cuando el paciente decide no continuar con la atención del estomatólogo con plena conciencia de las consecuencias que dicho acto pudiera originar y debe integrarse conforme a lo señalado en la NOM-004-SSA1-2012.

1.10.2 CÓDIGO CÍVIL FEDERAL APARTADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.²³

PRIMERA PARTE

De las Obligaciones en General

TITULO PRIMERO Fuentes de las Obligaciones

CAPITULO I

Del Consentimiento

Artículo 1803.- El consentimiento puede ser expreso o tácito, para ello se estará a lo siguiente:

I.- Será expreso cuando la voluntad se manifiesta verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos, y

II.- El tácito resultará de hechos o de actos que lo presupongan o que autoricen a presumirlo, excepto en los casos en que por ley o por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente.



Artículo 1804.- Toda persona que propone a otra la celebración de un contrato, fijándole un plazo para aceptar, queda ligada por su oferta hasta la expiración del plazo.

Artículo 1805.- Cuando la oferta se haga a una persona presente, sin fijación de plazo para aceptarla, el autor de la oferta queda desligado si la aceptación no se hace inmediatamente. La misma regla se aplicará a la oferta hecha por teléfono o a través de cualquier otro medio electrónico, óptico o de cualquier otra tecnología que permita la expresión de la oferta y la aceptación de ésta en forma inmediata.

Artículo 1806.- Cuando la oferta se haga sin fijación de plazo a una persona no presente, el autor de la oferta quedará ligado durante tres días, además del tiempo necesario para la ida y vuelta regular del correo público, o del que se juzgue bastante, no habiendo correo público, según las distancias y la facilidad o dificultad de las comunicaciones.

Artículo 1807.- El contrato se forma en el momento en que el proponente reciba la aceptación, estando ligado por su oferta, según los artículos precedentes.

Artículo 1808.- La oferta se considerará como no hecha si la retira su autor y el destinatario recibe la retractación antes que la oferta. La misma regla se aplica al caso en que se retire la aceptación.



Vicios del Consentimiento

Artículo 1812.- El consentimiento no es válido si ha sido dado por error, arrancado por violencia o sorprendido por dolo.

Artículo 1813.- El error de derecho o de hecho invalida el contrato cuando recae sobre el motivo determinante de la voluntad de cualquiera de los que contratan, si en el acto de la celebración se declara ese motivo o si se prueba por las circunstancias del mismo contrato que se celebró éste en el falso supuesto que lo motivó y no por otra causa.

Artículo 1815.- Se entiende por dolo en los contratos, cualquiera sugestión o artificio que se emplee para inducir a error o mantener en él a alguno de los contratantes; y por mala fe, la disimulación del error de uno de los contratantes, una vez conocido.

Artículo 1816.- El dolo o mala fe de una de las partes y el dolo que proviene de un tercero, sabiéndolo aquélla, anulan el contrato si ha sido la causa determinante de este acto jurídico.

Artículo 1817.- Si ambas partes proceden con dolo, ninguna de ellas puede alegar la nulidad del acto o reclamarse indemnizaciones.

Artículo 1818.- Es nulo el contrato celebrado por violencia, ya provenga ésta de alguno de los contratantes o ya de un tercero, interesado o no en el contrato.



Artículo 1819.- Hay violencia cuando se emplea fuerza física o amenazas que importen peligro de perder la vida, la honra, la libertad, la salud, o una parte considerable de los bienes del contratante, de su cónyuge, de sus ascendientes, de sus descendientes o de sus parientes colaterales dentro del segundo grado.

Artículo 1820.- El temor reverencial, esto es, el solo temor de desagradar a las personas a quienes se debe sumisión y respeto, no basta para viciar el consentimiento.

Artículo 1821.- Las consideraciones generales que los contratantes expusieren sobre los provechos y perjuicios que naturalmente pueden resultar de la celebración o no celebración del contrato, y que no importen engaño o amenaza alguna de las partes, no serán tomadas en cuenta al calificar el dolo o la violencia.

Artículo 1822.- No es lícito renunciar para lo futuro la nulidad que resulte del dolo o de la violencia.

Artículo 1823.- Si habiendo cesado la violencia o siendo conocido el dolo, el que sufrió la violencia o padeció el engaño ratifica el contrato, no puede en lo sucesivo reclamar por semejantes vicios.

Del Objeto y del Motivo o Fin de los Contratos

Artículo 1824.- Son objeto de los contratos:

I. La cosa que el obligado debe dar;



II. El hecho que el obligado debe hacer o no hacer.

Artículo 1825.- La cosa objeto del contrato debe: 1o. Existir en la naturaleza. 2o. Ser determinada o determinable en cuanto a su especie. 3o. Estar en el comercio.

Artículo 1826.- Las cosas futuras pueden ser objeto de un contrato. Sin embargo, no puede serlo la herencia de una persona viva, aun cuando ésta preste su consentimiento.

Artículo 1827.- El hecho positivo o negativo, objeto del contrato, debe ser:

I. Posible;

II. Lícito.

Artículo 1828.- Es imposible el hecho que no puede existir porque es incompatible con una ley de la naturaleza o con una norma jurídica que debe regirlo necesariamente y que constituye un obstáculo insuperable para su realización.

Artículo 1829.- No se considerará imposible el hecho que no pueda ejecutarse por el obligado, pero sí por otra persona en lugar de él.

Artículo 1830.- Es ilícito el hecho que es contrario a las leyes de orden público o a las buenas costumbres.

Artículo 1831.- El fin o motivo determinante de la voluntad de los que contratan, tampoco debe ser contrario a las leyes de orden público ni a las buenas costumbres.



FORMA

Artículo 1832.- En los contratos civiles cada uno se obliga en la manera y términos que aparezcan que quiso obligarse, sin que para la validez del contrato se requieran formalidades determinadas, fuera de los casos expresamente designados por la ley.

Artículo 1833.- Cuando la ley exija determinada forma para un contrato, mientras que éste no revista esa forma no será válido, salvo disposición en contrario; pero si la voluntad de las partes para celebrarlo consta de manera fehaciente, cualquiera de ellas puede exigir que se dé al contrato la forma legal.

Artículo 1834.- Cuando se exija la forma escrita para el contrato, los documentos relativos deben ser firmados por todas las personas a las cuales se imponga esa obligación.

Si alguna de ellas no puede o no sabe firmar, lo hará otra a su ruego y en el documento se imprimirá la huella digital del interesado que no firmó.

Artículo 1834 Bis.- Los supuestos previstos por el artículo anterior se tendrán por cumplidos mediante la utilización de medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, siempre que la información generada o comunicada en forma íntegra, a través de dichos medios sea atribuible a las personas obligadas y accesibles para su ulterior consulta.



En los casos en que la ley establezca como requisito que un acto jurídico deba otorgarse en instrumento ante fedatario público, éste y las partes obligadas podrán generar, enviar, recibir, archivar o comunicar la información que contenga los términos exactos en que las partes han decidido obligarse, mediante la utilización de medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, en cuyo caso el fedatario público, deberá hacer constar en el propio instrumento los elementos a través de los cuales se atribuye dicha información a las partes y conservar bajo su resguardo una versión íntegra de la misma para su ulterior consulta, otorgando dicho instrumento de conformidad con la legislación aplicable que lo rige.

1.11 CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES (Dic 2011).^{26, 28}

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad
7. Contar con facilidades para tomar una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención medica recibida



1.12 CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS (Feb. 2006).^{26, 28}

1. Gozar de reconocimiento y prerrogativas iguales a otros profesionales del ámbito de la salud.
2. Ejercer la profesión de forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.
3. Recibir trato digno y respetuoso por parte de toda persona relacionada con su trabajo profesional.
4. A no garantizar resultado cierto en la atención brindada, salvo en los casos expresamente pactados.
5. Laborar en instituciones apropiadas y seguras, así como disponer de los recursos que garanticen el desarrollo de su trabajo profesional.
6. Contar con acceso a la actualización profesional y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.
7. Participar en actividades de investigación y docencia.
8. Salvaguardar su prestigio profesional.
9. Asociarse para promover sus intereses profesionales.
10. Recibir en forma oportuna los horarios, salarios y emolumentos que le correspondan por los servicios prestados.



CAPÍTULO II CARACTERÍSTICAS DE LAS CAPACIDADES INTELLECTUALES Y MOTORAS DEL NIÑO.

Los niños presentan diferentes características psicológicas y de desarrollo de acuerdo a las etapas de la edad, que son de importancia para el conocimiento del cirujano dentista, permitiendo definir estrategias para el control de conducta en la atención dental.¹⁵

2.1 PRIMERA INFANCIA DE 0 A 3 AÑOS.

El niño es capaz de oír, para pedir atención emiten sonidos, gritos y balbuceos. Poseen sensibilidad táctil, olfativa y gustativa. No distingue a la madre por sí solo, teniendo sensaciones de abandono cuando se aleja de él.³

De los 2 ½ a los 3 años. Es rígido, dominante, exigente e inflexible quiere todo tal y como lo espera, expresando sus emociones de manera violenta. Sugerencias de actuación en el tratamiento: la comunicación es difícil, por lo que se necesario dar órdenes claras, simples, realizar tratamientos rápidos y evitar separarlos de sus padres. La expresión facial y el tono de voz son importantes.^{1,3}



2 a 3 años.

Aumento en el desarrollo motor y de lenguaje. Presenta mayor estabilidad emocional, puede esperar periodos cortos y tolera frustraciones temporales. Les gusta dar como quitar, se conoce como la edad de la imitación y del “yo también”, les gusta hacer amistades y es susceptible al elogio.¹

Aunque si están frustrados tienden a golpear cosas, gemir, gritar, o llorar. En la atención dental se deben dar órdenes sencillas, elogiar conductas positivas, facilitar la rutina evitando que el niño se apodere de la situación.

1,3



Figura 1. Atención dental en niña pequeña acompañada por su madre.



2.2 SEGUNDA INFANCIA DE LOS 3 AÑOS A LA PRE- ADOLESCENCIA.

Los niños aprenden más rápidamente por la realización de operaciones concretas, alcanzan aptitudes y forman hábitos. Son impulsivos y egocéntricos. En esta edad se inicia el primer sistema de control interno llamado superego, el cual está ligado al desarrollo de conciencia. Sus mayores temores son la pérdida del amor y los castigos.^{2, 3}

4 a 6 años.

Al comienzo de la fase tiene una conducta inestable, pierde el control con facilidad pegando, pateando, en momentos de ira.¹

Posteriormente la conducta se dulcifica teniendo control de agresión e impulsividad, se puede comenzar a razonar con él, le gusta obedecer y complacer a su entorno; es la edad de la curiosidad conocida como del “Como” y del “Por qué”. Es más independiente y permite la separación de sus padres, se muestra confiado, estable y equilibrado.^{1,2}

En la atención dental necesita firmeza en el trato, resultan útiles los elogios y evitar herir sus sentimientos.^{1, 2}



6 a 8 años.

El niño está ansioso por aprender, reconoce y comprende el dolor. Acepta reglas sociales de conducta, es más responsable, comienzan a interesarse por la apariencia física, les gusta ser aceptados y logran superar situaciones frustrantes.^{1,2}

Pueden presentar rabietas violentas, cambios de humor, picos de tensión marcados. Le cuesta adaptarse, es muy exigente, no aceptan críticas, regaños y castigos. Por lo que le gusta cooperar para obtener aprobación. Deja de ser dependiente de sus padres.¹

En el tratamiento dental el niño se muestra agresivo y temeroso a las lesiones corporales. Necesita comprensión, explicaciones detalladas y elogios. El cirujano dentista debe ajustar su actitud y lenguaje al nivel intelectual del niño.^{1,2}

9 a 11 años.

Presenta independencia y confianza en sí mismo. Se interesa más por los amigos que por la familia. Puede mostrarse rebelde con la autoridad, pero acaba por tolerarla. Conforme va madurando se interesa por la moral y los ideales. Se adapta al trabajo en equipo y comienza a ser responsable en cuestiones personales, como higiene y tareas escolares.¹



Durante el tratamiento dental, se le debe transmitir al niño que es responsable de su conducta, sin críticas y no ser autoritarios; además de interesarlos en el tratamiento y motivarlo en su higiene bucal.^{1,2}



Figura 2. Atención dental en niña motivándola en su higiene bucal

2.3 TERCERA INFANCIA DE 10 A 12 AÑOS DE EDAD.

Presenta un importante desenvolvimiento cognitivo, aprende a usar el intelecto sobre la emoción. A estos pacientes no se debe tratar de manera infantil, explicando los procedimientos a realizar, reforzando y dialogando sobre conductas inadecuadas. Son pacientes cooperadores generalmente.

^{2,3}



Figura 3. Paciente a la que se le está enseñando técnicas de higiene.

2.4 ADOLESCENCIA Y VIDA ADULTA DE 12 A 18 AÑOS.

La adolescencia es la transición de la niñez a la edad adulta, es una fase peculiar en el desarrollo de la personalidad, crisis psicosocial normal con conflictos mayores.

Se producen cambios morfológicos, como la transformación corporal, necesidad sexual, reorganización del mundo sentimental.^{1,2}

Adquieren un carácter con rebeldía contra los padres, rechazan ideas establecidas, presentando inconformidad con la sociedad en la que vive, narcisismo y necesidad de estimación, timidez y búsqueda de originalidad.



Incrementa la preocupación por su imagen física, y la búsqueda de identidad. Aumenta el razonamiento operativo formal y capacidad de almacenar información. ¹

En la atención dental se debe poner énfasis en la responsabilidad de la salud bucal, disminuyendo la función de los padres. Evitar tratarlo con autoridad, criticarlo y entrar en discusiones con el paciente. Hacerlos partícipes en las decisiones de los tratamientos. ¹



Figura 4. Atención dental en adolescente haciendo empatía y ganado su confianza.



2.5 TEORIA COGNITIVO-EVOLUTIVAS.

Teoría Cognitiva de Piaget. Propone una secuencia de desenvolvimiento.
Las cuales son: 1,3

I Periodo moto-sensorial (0-2 años).

Relación entre las sensaciones y el comportamiento motriz, producto de la madurez y de la experiencia con el ambiente. Captación del ambiente por medio de los sentidos, manipulación de objetos y acciones motoras.

II Periodo pre-operatorio (2 a 6/7 años).

Descubrimiento de las operaciones mentales, planes, estrategias, reglas para resolver y clasificar problemas. Capacidad del lenguaje pero no tiene dominio verbal. No diferencia entre el mundo real y fantasía, falta de flexibilidad y movilidad del pensamiento (la madre sale y no regresa). Es egocéntrico lo que dificulta que se adapte a nuestras reglas

III Periodo relaciones concretas (6/7 a 11/12 años).

Realiza operaciones mentales, clasificación, conservación y correspondencia. Tienes adquisiciones intelectuales, evolución del lenguaje preparándose para el dialogo y comprensión de la lógica. Deja de ser egocéntrico respetando reglas.

IV Etapa de operaciones formales (11/12 a edad adulta).

Coordinación de conceptos abstractos considerando muchas posibles soluciones a un problema y la capacidad de probar dichas posibilidades.



Tiene conciencia de su propio pensamiento buscando autonomía e identidad volviéndose egocéntrico.

2.6 TIPOS DE CONDUCTA EN LA ATENCIÓN DENTAL.

El manejo del comportamiento es parte esencial durante el tratamiento dental, consiste en una evaluación del paciente y una adaptación constante mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación tanto en el desarrollo emocional como entorno social y familiar son importantes para definir qué tipo de manejo requiere cada paciente.⁶

Se han clasificado 5 tipos de conductas inadecuadas que impiden la colaboración durante la atención odontológica.¹

Niño con alteración emocional: generalmente son pacientes complicados, su nivel de ansiedad es elevado, reflejándolo en crisis conductuales durante la consulta.

Existe mayor problema cuando los padres no reconocen o no quieren reconocer el problema, por lo que se debe sugerir la evaluación del niño para diagnosticar problemas emocionales.

Enfermos crónicos y otras situaciones traumáticas: estos niños presentan problemas de conducta, al no tener límites o reglas, necesitan del apoyo de sus padres para mejorar su comportamiento. Esto sucede en pacientes con problemas de salud, ambientes familiares alterados, o con pérdidas de seres queridos.



Los niños maltratados y abandonados son los pacientes que presentan más problemas emocionales y de conducta. Por lo que se debe tener cuidado en su tratamiento y evitar utilizar técnicas muy aversivas.

Además, cuando se sospeche de maltrato o abandono se tiene la obligación legal de informar a las autoridades correspondientes.

Paciente infantil tímido o introvertido: se muestran cohibidos y tal vez lloren, pero rara vez son agresivos o caprichosos.

El objetivo es conseguir empatía, confianza, y comunicación.

Niño atemorizado: el miedo puede ser un factor que puede desencadenar crisis conductual dificultando el control.

Los obstáculos para modificar el miedo son; corta edad o desarrollo lento del paciente, problemas emocionales y miedos adquiridos. Para su atención es necesario la superación del miedo, apoyo de los padres o por último la utilización de fármacos como sedantes o anestesia general.

Niño con aversión a la autoridad: pacientes consentidos, sobreprotegidos y rebeldes. No siguen o aceptan instrucciones, oponiéndose de manera violenta, buscan atención de los padres, puede morder, no responde a elogios, dificultando la atención dental.

Otros perfiles: actualmente se han observado perfiles por falta de atención de los padres, entre ellos.

Conducta de indefensión aprendida. Se comportan como víctimas para hacer sentir culpables a los padres.



Déficit de Atención. Estos niños tocan todo, son inquietos, tienen poca tolerancia a las frustraciones, dificultad para prestar atención.

Comprendiendo los tipos de conducta que presentan los pacientes infantiles, podemos detectar algunos problemas como son:³

MIEDO DENTAL. Es una reacción emocional normal a estímulos externos amenazantes durante la atención dental.

ANSIEDAD DENTAL. Es una sensación no específica o anticipada de una amenaza no real.

ODONTOFOBIA. Tipo severo de ansiedad dental, se caracteriza por miedo marcado y persistente en situaciones perceptibles. Evitan el tratamiento dental o lo enfrentan con pavor.

PROBLEMAS DE MANEJO DE CONDUCTA. Se presenta como un comportamiento no cooperativo y alterado, retardando o imposibilitando el tratamiento.

Es importante hacer uso de escalas restrictivas y globales que nos ayudan en la orientación y evaluación del niño durante la atención dental. Entre ellas se encuentran la escala de Frankl, escala Wright, Rud y Kisling, Venham; las cuales se describirán a continuación.



Escala de Frankl. ^{1,14}

TIPO 1 Definitivamente negativo

Son aquellos pacientes que rechazan el tratamiento, gritan fuertemente, están temerosos o tienen otra evidencia de negativismo extremo.

TIPO 2 Negativo

Son pacientes que difícilmente aceptan el tratamiento, no cooperan, tienen algunas evidencias de actitudes negativas, pero no muy marcadas. Se presentan ariscos o lejanos.

TIPO 3 Positivo

Aceptan el tratamiento, a veces cautelosos muestran voluntad para obedecer las órdenes del dentista, con cierta reserva, pero siguen las indicaciones. Son pacientes que tienen un elevado nivel de ansiedad, lo que les impide su cooperación.

TIPO 4 Definitivamente positivo

Niños que mantienen una armonía en la relación con el dentista, se interesan por los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta la situación.

Clasificación de Wright. ¹

Cooperativo. Define al niño relajado, entusiasta y satisfecho en la consulta.



Ausencia de habilidad de cooperar. Incluye a los niños muy pequeños con los que no se puede establecer una comunicación o en condiciones incapacitantes. En este caso no se esperan cambios inmediatos en su colaboración.

Potencialmente cooperador. Niños que presentan problemas típicos de conducta, pero es cooperador.

Escala Rud y Kisling (1973)

Basada en la actividad verbal, tensión muscular, y expresión ocular.³

Grado 3 Aceptación positiva. Presentan la voluntad de conversar, hacer preguntas, demuestran interés. Tienen una posición relajada en el sillón dental, brazos relajados, ojos brillantes, tranquilos y móviles.

Grado 2 Aceptación indiferente. Tiene falta de atención, conversa o hace preguntas dubitativas o rápidas. Realiza movimientos cautelosos e indecisos. Expresión ocular indiferente, pero su posición en el sillón es relajada.

Grado 1 Aceptación con desgano. Falta de conversación, de respuesta, falta de interés, su posición en el sillón es poco relajada. Parpadea constantemente y frunce el ceño.

Grado 0 No aceptación. Manifiestan propuestas verbales, físicas o llanto.



Escala Venham .³

Relajado. Sonriente, conversador, mostrando el comportamiento deseado en el momento preciso en que se le pida.

Inseguro. Inquieto con expresión facial tensa. Durante la atención dental protesta brevemente demostrando incomodidad, siendo capaz de cooperar bien durante el tratamiento.

Tenso. Refleja ansiedad en el tono de voz, las repuestas y preguntas. Durante tratamientos dolorosos presenta protestas verbales, lloro sigiloso, tensión y movimiento de las manos, pero sin interferir en el tratamiento dental.

Desgana. Acepta el tratamiento dental con desgane, y presenta dificultad para soportar el miedo. El tratamiento se realiza con dificultad, protesta verbalmente, llora, usa las manos para detener el tratamiento.

Ansiedad. Presenta llanto generalizado, interfiere con el tratamiento con movimiento corporal. Puede llegar a comunicarse y realizar esfuerzo para cooperar.

Fuera de contacto. Presenta conducta de escape, llanto fuerte y sonoro, grita, es incapaz de escuchar.



El manejo de la conducta del paciente pediátrico exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño. Cuando se lleva a cabo cualquier técnica de manejo de la conducta es importante tener en cuenta cuáles son los objetivos de tratamiento del paciente y determinar la factibilidad de lograrlos con técnicas no farmacológicas.¹⁴



CAPÍTULO III DIFERENTES TÉCNICAS DE CONTROL DE CONDUCTA EN LA ATENCIÓN DENTAL.

Los Cirujanos Dentistas que atienden niños lidian frecuentemente con pacientes histéricos, agresivos o resistentes. En los cuales el tratamiento puede hacerse imposible, a menos que el comportamiento del niño sea modificado durante el tratamiento odontológico, mediante técnicas no farmacológicas, como la adecuación, modelación, decir-mostrar-hacer, comunicación no verbal, distracción, control de voz; o que éste sea restringido físicamente, sedado o se someta a la anestesia general.^{1,15}

Sin embargo la mayoría de los Odontopediatras prefiere modificar el comportamiento infantil utilizando técnicas específicas, entre ellas el procedimiento conocido como la mano sobre boca.¹⁵

Las técnicas no farmacológicas son utilizadas para acondicionar psicológicamente al niño durante el tratamiento dental. Tienen el objetivo de prevenir, disminuir o ayudar a enfrentar la ansiedad y miedo dental del paciente.^{15,16}

Otras medidas incluyen el uso de restrictores físicos, que son empleados en todos los niños y finalmente las técnicas farmacológicas, como la sedación consciente y la anestesia general, que se deben considerar como últimas opciones al tratamiento.¹⁵



3.1 TÉCNICAS COMUNICATIVAS.

Se requiere que el niño haya alcanzado la madurez suficiente para que exista comunicación adecuada entre paciente y odontólogo.⁶

3.1.1 DECIR-MOSTRAR-HACER (DMH).

Descripción: Consiste en permitir que el paciente conozca con atención los procedimientos que le van a realizar. Se hace mediante una secuencia donde primero se le explica en un lenguaje adecuado para su desarrollo, que es lo que se le va hacer (Decir), luego se le hace una demostración (Mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (Hacer). Se recomienda utilizarla continuamente durante la cita para la cual es de utilidad un espejo facial.

El lenguaje utilizado tiene que ser con palabras adecuadas de acuerdo a la edad y el nivel cognoscitivo del paciente, evitar el uso de palabras que provoquen miedo, por ejemplo: dolor, aguja, picadura, sangre, sutura, sacar el diente, etc.^{1,3, 14, 15, 16,}

Objetivo: Disminuir la ansiedad mediante la explicación acerca de una situación que es desconocida para el paciente, familiarizando al niño con el equipo, instrumentos y procedimientos odontológicos.^{14, 16}

Indicaciones: Puede usarse en todos los pacientes que puedan comunicarse.¹⁵

Contraindicaciones: no está contraindicada para ningún paciente. Sin embargo, es poco eficaz en pacientes de muy corta edad donde aún no se ha desarrollado bien la comunicación verbal o las emergencias dentales y traumatismos. ^{14, 29}



Figura 5. Técnica Decir-Mostrar- Hacer utilizando un muñeco.

3.1.2 DISTRACCIÓN.

Descripción: está técnica busca desviar la atención del paciente de las incomodidades que pueda percibir en el procedimiento, utilizando muñecos educativos u objetos inanimados (recomendado para preescolares), uso de videos de dibujos animados o vídeo juegos, contar cuentos o historias, conversar con la madre durante el tratamiento del niño sobre la vida diaria de éste (amigos, juegos , animales etc.) ^{1,3,16}



La distracción es probablemente la técnica más efectiva cuando la ansiedad del niño es leve.¹⁶

Objetivo: llamar la atención del niño y de estimular su imaginación con la finalidad de abstraerlos del procedimiento odontológico, aumentando la tolerancia del niño.^{1, 15,16}

Indicaciones: todos los pacientes.¹⁵

Contraindicaciones: ninguna.¹⁶



Figura 6. Técnica Distracción llamando la atención de la niña con una muñeca, olvidando el ambiente. Fuente directa



3.1.3 COMUNICACIÓN NO VERBAL.

Descripción: consiste en la utilización de actitudes tales como cambio de la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento.^{1,3, 5, 14,16}

Las señales para interrumpir, o manifestar que algo está incomodando al paciente durante el tratamiento son comúnmente usados por niños con más de 3 años de edad. El paciente realiza una señal de llamada (usualmente levantando el brazo más alejado del dentista) para indicar que desea interrumpir el tratamiento por un momento.¹⁶

Objetivo: establecer comunicación con el paciente y controlar la forma en que percibe sus emociones, favoreciendo la eficacia de otras técnicas de control comunicativas, obtener o mantener la atención y obediencia del paciente.^{14, 15}

Indicaciones: puede usarse en todos los pacientes. Es especialmente útil en pacientes de temprana edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.^{14, 15}

Contraindicaciones: ninguna.¹⁴



Figura 7 – 8. Comunicación No Verbal. Fuente directa

3.1.4 CONTROL DE VOZ.

Descripción: se trata de una modificación o modulación del tono, ritmo, volumen y velocidad de la voz, para influir en la conducta del paciente.¹

Con mirada amigable, voz pausada y tono de voz suave, el Cirujano Dentista puede aumentar el volumen de su voz para llamar la atención, frenar el comportamiento negativo del niño y verificar si la comunicación está siendo efectiva.^{1, 3, 16}

Sin confundir con gritar al paciente o enfadarse con él. Puede implicar un aumento o una disminución del tono, por lo que muchas veces se hace hablándole en tono muy bajo al oído del niño(a).^{14, 15}



Objetivo: establecer comunicación y autoridad perdida con el paciente, ante una actitud no colaboradora .^{1, 14}

Indicaciones: pacientes que no cooperan ni prestan atención, pero han desarrollado ya su comunicación verbal. y especialmente cuando se trata de un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad, pero que es comunicativo. ^{14, 15,16}

Contraindicaciones: pacientes de muy corta edad, incapacitados, o inmadurez emocional, que no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica. ^{14, 15,16}

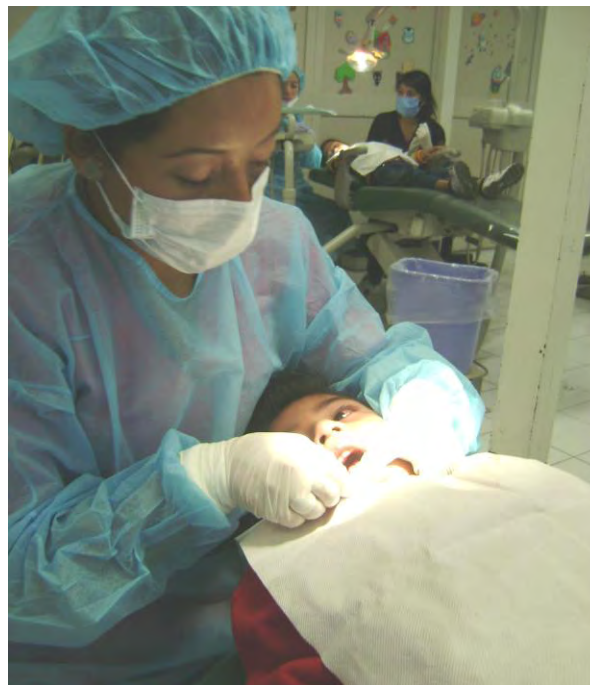


Figura 9. Técnica control de voz. Fuente directa



3.2 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.

3.2.1 MODELACIÓN

Descripción: consiste en permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que se desea obtener en la consulta dental, mediante la utilización de un modelo que represente una situación similar a la que estará sometida. Puede realizarse con modelos en vivo o en videos.^{1, 3, 14, 15}

Se basa en una introducción planeada a los procedimientos terapéuticos, para preparar gradualmente al niño a que acepte el tratamiento de un modo relajado y cooperador.¹⁵

Objetivo: disminuir la ansiedad del paciente y alterar o reforzar un comportamiento individual hacia un ideal deseado.^{14, 15}

Indicaciones: pacientes que tengan desarrollo emocional y comunicación verbal para entender el objetivo de la técnica.^{1,14}

Contraindicaciones: pacientes de corta edad, que no tengan desarrollo emocional para entender la técnica.^{1,14}



Figura 10. Técnica modelación.

3.2.2 REFUERZO POSITIVO.

Descripción: esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado, mediante un proceso de conformación de la conducta, por medio de la retroalimentación en el momento adecuado, felicitando al niño cuando exhibe un comportamiento aceptable con elogios o con la expresión facial.
1, 3, 14,16

Es importante hacer el refuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento, se debe hacer verbalmente con frases como “muy bien” o “eres uno de mis mejores pacientes” y con sonrisas o movimientos de aprobación. Generalmente se utiliza acompañada de las técnicas de *Decir-mostrar-hacer* y de *Refuerzo negativo*.^{1, 3,16}



Se debe recordar que la recompensa, premios o regalos al final de la cita son útiles como reforzadores sociales y para establecer una buena empatía con el paciente, sin embargo no puede ser utilizada como chantaje para realizar el tratamiento, además que si el niño recibe la misma recompensa por demasiadas veces, su poder como reforzador puede fracasar. ^{1, 3, 14,16}

Objetivo: actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de que repita un comportamiento deseado. ^{14,16}

Indicaciones: puede utilizarse en cualquier paciente. ¹⁴

Contraindicaciones: ninguna. ^{14,16}



Figura 11. Refuerzo positivo.
Fuente directa



Figura. 12. Refuerzo positivo.



4.1.1 INHIBICIÓN LATENTE.

Descripción: la teoría de la inhibición latente dice que las historias de experiencias odontológicas positivas o neutrales pueden servir como defensa contra el desarrollo de experiencias o asociaciones traumáticas, y, subsecuentemente contra el desarrollo de miedos severos o fobias.

Esta teoría implica el inicio de la historia del tratamiento del niño con una o dos consultas de evaluación clínica, y procedimientos no-curativos como orientación de dieta e higiene, profilaxis y aplicación de flúor, etc.

Al no realizar ninguna intervención invasiva previa, se ayudaría al niño a enfrentar más adecuadamente futuras consultas potencialmente invasivas (curativas).^{1,16}

Es importante para la prevención del miedo dental y debe ser incorporado en el plan global de tratamiento.

Objetivos: organizar el tratamiento odontológico iniciándose con procedimientos más simples.¹⁶

Indicaciones: todos los pacientes

Contraindicaciones: tratamientos de urgencia y traumatismos.¹⁴



Figura 13. Inhibición latente, realizando profilaxis dental. Fuente directa

3.2.4 EXPOSICIÓN GRADUAL.

Descripción: esta técnica nos permite desensibilizar en pequeños pasos de una exposición mínima a una máxima, pudiendo ser utilizados en todas las diferentes fases del tratamiento, desde la primera introducción a la situación dental hasta procedimientos odontológicos tales como uso de la fresa dental o anestesia. ^{1,16}

Objetivos: ayudar al niño a habituarse lentamente al tratamiento, dejando que se familiarice con el sillón odontológico y equipamiento de trabajo a pequeños pasos. ¹⁴

Indicaciones: todos los pacientes

Contraindicaciones: tratamientos de urgencia y traumatismos. ¹⁴



Figura 14. Exposición gradual dejando que el paciente interactúe con el instrumental

3.3 TÉCNICAS AVERSIVAS.

Orientadas a manejar la conducta y acondicionar a los niños psicológicamente o restringirlo físicamente, los cuales por alguna razón interrumpen la consulta dental, impidiendo concluir el tratamiento odontológico.⁶

3.3.1 ESTABILIZACIÓN PROTECTIVA O RESTRICTORES FÍSICOS.

Estas técnicas a pesar de que tiene fundamentos científicos y que el cirujano dentista debe tener los conocimientos para realizarlas, pueden crear cierta confusión en los padres, especialmente en niños que han tenido experiencias dentales negativas.⁶



Descripción: la inmovilización total o parcial es necesaria en ciertas situaciones, generalmente los bebés y preescolares que presentan actitudes de resistencia; con el fin de proteger la integridad física de estos. Se busca hacer una restricción sin ejercer fuerza excesiva, evitando accidentes que pueda lastimarlo.^{1, 14, 16}

La restricción puede ser realizada de dos formas:

Activa. Control mediado por el odontólogo o personal auxiliar, sujetando las manos del niño, a fin de inmovilizando manos y rodillas; con ayuda de la madre en los pies; cuerpo a cuerpo (madre-niño), o con la madre sentada en la parte anterior del sillón odontológico.^{3, 6, 16}

El papel del asistente es muy relevante, desde su cercanía con el paciente (colocarse cerca del oído del niño para facilitar la comunicación), hasta colocar sus manos bajo los brazos y sostener al niño delante de él. Si el niño procura caer al suelo, debe levantarlo y llevarlo suavemente con el doctor, siempre por delante de él. Si el niño está sentado en las rodillas del padre, el asistente debe mantener comunicación con ambos.¹⁵



Figura 15. Restricción activa por asistentes y madre.

Pasiva. Mediado por elementos mecánicos: sabanas, envoltorios, Pappoose Board, Macril. Se utilizan para la inmovilización parcial o completa del cuerpo o algunas de sus partes. Se puede inmovilizar la boca con la ayuda de un bloque de mordida o distintos tipos de abre bocas.

Se recomienda obtener el consentimiento escrito y verbal de los padres antes de utilizar la técnica.^{3, 6, 14,16}



Figura 16. Restricción física con red Macril.

Objetivo: reducir o eliminar movimientos indeseables, protegiendo la integridad física tanto del paciente como del personal proteger la integridad física del paciente con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y con los parámetros clínicos de calidad ideales.^{1, 3,14}

Indicaciones: pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad (menores de 3 años), inmadurez emocional o discapacidad física o mental. Ineficiencia de otras técnicas de tratamiento, emergencias o cuando existe peligro para la seguridad del paciente o el dentista.^{3, 14, 15,16}

Contraindicaciones: pacientes cooperadores o aquellos donde no hay posibilidad de hacer una inmovilización segura debido a sus condiciones médicas, sociológicas o de desarrollo físico.^{1, 6}



Se deben evitar en pacientes con trastornos médicos o sistémicos que contraindiquen la inmovilización, como aquellos que sufren ataques de epilepsia. ^{14, 15,16}

3.3.2 CONTROL DE CABEZA.

Consiste en sostener y fijar la cabeza del paciente con el brazo del odontólogo, quedando inmovilizada entre el brazo y el abdomen mediante el dedo, con algún espejo bucal, separador de lengua, abre bocas de tijera (Mc Kesson) dique de hule, abre bocas de goma, etc. ^{1,3, 15}

3.3.3 CONTROL DE BRAZO Y PIERNA.

Se controla el movimiento de brazos y piernas del paciente mediante algún tipo de cinturón, toalla o hasta una sábana. El asistente puede ayudar colocando sus manos cerca de las piernas y brazos del niño. ^{3, 15}



Figura 19. Control de cabeza durante la atención dental.



Figura 20. Control de brazos con la ayuda del padre de familia .



3.3.4 CONTROL DE MOVIMIENTO DEL CUERPO.

El movimiento total del cuerpo se restringe mediante la tabla de Papoose, Macri, Pediwrap, entre otras. Las cuales son rígidas y tienen cintas para sujetar al paciente.^{3,15}

Indicaciones: para niños que no pueden controlar sus movimientos, incapaces de seguir una orden o en casos de urgencia. Utilizada en pacientes desde los 2 años de edad hasta el adulto.¹⁵

Desventajas: Los aditamentos son es costosos, produce mucho calor al paciente.¹⁵



Figura 21. Control de cuerpo por tabla de Papoose.



3.3.5 MANO SOBRE BOCA.

Es una de las técnicas de manejo del comportamiento más utilizadas y controversiales en Odontopediatría, particularmente en lo que corresponde al conocimiento y utilización por los Odontopediatras y así mismo respecto a sus posibles implicancias legales.^{12,14}

Descripción: se emplea con el fin de acallar el llanto incontrolable del niño y obtener su atención para establecer la comunicación, eliminar las respuestas de evitación inadecuadas, favorecer la autoconfianza del niño en su afrontamiento durante el tratamiento, y confirmar la seguridad del niño durante la administración de los cuidados.^{12, 15,16}

Consiste en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca del niño con el fin de aislar el sonido y lograr la comunicación. Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz, condicionando la remoción de la mano al tener la colaboración del niño.^{1, 3, 12, 14}

No debe utilizarse colocando la mano simultáneamente sobre la boca y nariz impidiendo la respiración como se reportó durante un tiempo en la literatura.^{14, 15}



Si la mala conducta continúa al quitar la mano y si varias aplicaciones de esta técnica no son útiles para establecer comunicación; se puede hacer uso de la técnica mano sobre boca y nariz serrando las vías de aire, colocando las manos sobre la boca y con el pulgar e índice se cierran las fosas nasales no más de 15 segundos; al cooperar el niño, se debe quitar la mano y premiarlo por su buena conducta. ^{12, 15}

Estas técnicas están ampliamente aceptadas como un método eficaz y positivo en las conductas difíciles de los niños; tomando en cuenta que para hacer uso de ellas es necesario explicarla y obtener el previo consentimiento libre e informado firmado por el responsable del niño, ya que el uso de la técnica sin este documento puede implicar problemas legales. ^{3, 12, 15}

Después de dada la información completa sobre la técnica, se recomienda que el responsable no esté presente en la sala de atención durante el uso de la técnica, con el objetivo de no exponer a los padres a situaciones agobiantes. ^{15,16}

Objetivo: establecer comunicación y autoridad con el paciente. ^{1, 14}

Indicaciones: pacientes mayores de 3 años, sanos dotados de madurez y salud mental, que tenga desarrollada la comunicación verbal y tenga potencial de cooperación pero que exhiba un comportamiento desafiante, rebelde, ruidosos o histéricos.



Se utiliza como último recurso después de haber agotado y fracasado con todas las otras técnicas de manejo del comportamiento citadas anteriormente.^{3, 14, 15}

Contraindicaciones: pacientes que no tengan capacidad para cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional, discapacidad física o mental, obstrucción de vías aéreas.^{3,12, 15,16}



Figura 22. Técnica Mano Sobre Boca. Fuente directa



3.4 TÉCNICAS DE CONTROL DE CONDUCTA FARMACOLÓGICA.

Se utilizan en casos donde el niño es incapaz de tolerar sin molestias los procedimientos dentales a pesar de realizar una buena técnica de anestesia.

Es imprescindible que el profesional conozca y entienda íntimamente las pautas de sedación para niños, así como sus normas y reglamentos asociados con sedación.^{1, 19, 29,}

Existen pautas o niveles de sedación adecuados para los niños y publicado por la Academia Americana de Pediatría y la American Academy of Pediatric Dentistry los cuales son:²⁹

NIVELES DE SEDACIÓN.

3.4.1 SEDACIÓN CONSIENTE.

Ha sido definida por la Academia Americana de Odontopediatría, la sociedad Americana de Pediatría (AAP) y la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), como una depresión mínima del nivel de conciencia que permite al paciente mantener las vías aéreas abiertas, de forma independiente, y responder de forma continua y adecuada a la estimulación física y a las órdenes verbales.¹



Riesgos. hipoventilación, apnea, obstrucción de las vías áreas, laringoespasma y depresión cardiopulmonar. Teniendo en cuenta que independientemente del grado de sedación que se desea obtener o la ruta de administración, existe la posibilidad de que se presente depresión respiratoria y pérdida de reflejos protectores. El profesional debe tener las habilidades para rescatar al paciente si cae en un nivel de conciencia mayor al pretendido.¹

3.4.2 SEDACIÓN MÍNIMA, LIGERA O ANSIOLISIS.

Estado controlado de depresión de conciencia inducido por drogas, en el cual el paciente responde de forma normal a las órdenes verbales, se pretende potenciar la comunicación con el paciente.¹

Se consigue por medio de fármacos administrados por vía oral. Afecta las funciones cognitivas y la coordinación pero no así las funciones cardiopulmonares y ventilatoria.^{1,3}

La sedación por inhalación de óxido nitroso se considera una técnica de psicosedación contemplada por la Academia Americana de Odontopediatría. Dentro de las técnicas básicas de manejo de conducta y en el campo de la ansiolisis.¹



3.4.2.1 ÓXIDO NITROSO.

Es el sedante de inhalación más usado para los niños durante los procedimientos dentales, es seguro y eficaz si se utiliza adecuadamente por un médico bien entrenado.²⁹

Esta técnica tiene propiedades ansiolíticas con la finalidad de obtener sedación (efecto relajante) para controlar la ansiedad y no como efecto analgésico.^{29, 3}

La sedación debe seguir dos aspectos importantes, siempre empezar y terminar con el paciente recibiendo el 100% de oxígeno y la dosis del óxido nitroso debe ser de forma incremental progresiva.³

Ventajas. Permite el control del paciente, relajando y ayudándolo a tolerar mejor las situaciones.³

- Es más pesado que el aire, no tiene olor, es relativamente insoluble en la sangre, por lo tanto el inicio y el desplazamiento de sus efectos en los niños son bastante rápidos.²⁹
- Se mantiene sin cambios en la sangre y se excreta principalmente por el cuerpo a través de las vías respiratorias, aunque una cantidad mínima se escapa a través de la piel.²⁹
- El inicio de los efectos clínicos puede ocurrir en menos de 30 segundos, con pico de efecto de 5 minutos.
- Presenta reversibilidad (eliminación) de 2 a 5 minutos.



- Se pueden controlar la titulación de los gases de manera rápida, segura, y flexible, ya que se puede alterar cambiando la concentración administrada en la máscara nasal en el momento que se requiera.
- Bajo riesgo de reacciones alérgicas al óxido nitroso.^{3, 29}

Desventajas.

- Se necesita la cooperación y aceptación de la máscara por parte del paciente.³
- El efecto es variable en cada paciente por lo que se tiene que obtener la concentración individualizada.³
- Existe riesgo ocupacional por efecto tóxico a la exposición crónica.
- Tiende a desplazar otros gases, principalmente nitrógeno, y por lo tanto puede causar algunas circunstancias desagradables.²⁹
- Incrementan probabilidades de flatulencia y la percepción de la necesidad de orinar.²⁹

Es aconsejable para el clínico determinar situaciones clínicas incluyendo cirugía ocular reciente, otitis media, obstrucciones intestinales, y varias afecciones pulmonares. En niños sin compromiso pulmonar no interfiere con el uso de esta técnica,¹



Figura 23. Sedación con óxido nitroso.

3.4.3 SEDACIÓN MODERADA, SEDACIÓN/ANALGESIA.

Estado de depresión de la conciencia inducido por drogas, en la que los pacientes responden a órdenes verbales de manera intencionada. No suele afectarse las función respiratoria, ventilatoria y cardiopulmonar.

Suele conseguirse con fármacos por vía oral, si se extienden las dosis normalmente recomendadas como seguras, sobre todo cuando son administradas vía subcutánea, rectal, intramuscular, intranasal e intravenosa.



Se debe estar preparado para rescatar al paciente de un nivel de sedación mayor del intencionado, además de vigilar continuamente la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente. Si se usan sistemas de restricción y estabilización física, se prestará atención para prevenir obstrucciones dificultando la respiración.¹

3.4.3.1 ANSIOLÍTICO.

Los agentes sedantes / ansiolíticos administrados a través de la vía oral son la segunda técnica farmacológica más utilizado con niños.

La mayoría de los dentistas pretenden lograr sedación leve o moderada con sus pacientes, sin embargo, los niños muy pequeños o aquellos que son más difíciles de controlar pueden requerir sedación profunda para llevar a cabo algunos procedimientos.¹

Desafortunadamente, los niveles más profundos de sedación están más a menudo asociados con resultados adversos como la hipoxemia, depresión respiratoria, colapso cardiovascular. Varios medicamentos diferentes pueden ser utilizados para la sedación de los niños, pero los medicamentos más adecuados han sido históricamente el hidrato de cloral, meperidina, hidroxicina, y las benzodiacepinas (midazolam).^{1, 29}

La elección del fármaco viene mediada por:

a) Edad del paciente cronológica y mental, grado de cooperación y el temperamento. Los niños más pequeños de 18 a 36 meses se prefieren administrar fármacos inductores del sueño como el hidrato de cloral.



Mayores de 3 años fármacos sedantes. Por otro lado la para ansiolisis y la amnesia se utilizan benzodicepinas como el midazolam.

b) Necesidades y tiempo de tratamiento

c) Vía de administración

La vía más utilizada es vía oral. Los ansiolíticos de mayor aceptación son: la hidroxicina y las benzodicepinas, hipnóticos como el hidrato de cloral y narcóticos como la mepiridina.

d) Grado de sedación deseado

e) Factores relacionados con el profesional como su experiencia y familiarización de fármacos. ¹

No obstante, el mínimo nivel de sedación se asume que el paciente es interactivo con el médico y puede mantener de forma independiente sus vías respiratorias en una patente y funcionando apropiadamente.

Por lo tanto, una pérdida de la conciencia no se debe esperar para aquellos niveles de sedación. Por otro lado, durante la sedación profunda, el paciente suele estar inconsciente, incapaz de mantener con eficacia su propia vía aérea y sus reflejos, y difícil de despertar. Este nivel de sedación a menudo indistinguibles de la anestesia general, pero se caracteriza como una condición clínica inestable y potencialmente peligroso durante el cual se pueden producir eventos potencialmente mortales importantes (por ejemplo, laringospasmas). ^{16,29}



Figura 24. Utilización de sedación mínima por medio de ansiólisis.

3.4.4 SEDACIÓN PROFUNDA.

Estado controlado del nivel de conciencia, acompañada de pérdida parcial de los reflejos protectores, y de incapacidad para responder a las órdenes verbales.¹

No se mantiene de forma independiente la forma ventilatoria, pero sí la función cardiovascular. Por lo que se debe vigilar la actividad ventilatoria, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

El personal debe tener habilidad para realizar técnicas de resucitación cardiopulmonar, técnicas de rescate con vías intravenosas.

Se tiene que disponer de un capnógrafo y un desfibrilador.¹



3.4.5 ANESTESIA GENERAL.

Un estado controlado de inconsciencia acompañada por la pérdida de los reflejos protectores, incluyendo la capacidad para mantener una vía respiratoria de forma independiente; recomendado para aprensivos, niños con necesidades especiales y comprometidas. Es el más eficaz método farmacológico de control de conducta de los niños.²⁹

Indicaciones

Amplias necesidades restaurativas o quirúrgicas.

Conducta no controlable.

- Niños menores de tres años, que no responden a las órdenes verbales y de empatía. No cooperativos, ansiosos o de conducta desafiante que reacciona con estrés agudo al ambiente dental.

Pacientes medicamente comprometidos y falta de colaboración que puede causar riesgo para la seguridad del niño o del adulto.

- Pacientes con defectos sensoriales como sordera o ceguera, retrasos mentales como Síndrome de Down.
- Alteraciones físicas, emocionales y psicológicas como autismo, psicosis, esquizofrenia, fobias al entorno dental no controlables con medios psicológicos ni farmacológicos.
- Desordenes neuromusculares como parálisis cerebral, espina bífida, desordenes craneofaciales.
- Cardiopatías congénitas en los que se va a practicar un tratamiento extenso en los que esté involucrado la remoción de procesos sépticos dentarios.



- Pacientes alérgicos a los anestésicos locales.
- Niños con amelogenesis o dentinogenesis imperfecta, caries temprana de la infancia, trauma o infección orofacial.
- Tratamiento dental extenso (endodoncias y extracciones dentales).
- Pacientes que sufren de limitación en el movimiento mandibular.
- Niños y adultos con discrasias sanguíneas.^{1, 30}

Ventajas

Aumenta la calidad del tratamiento estomatológico, ya que el paciente permanece inmóvil, la visión es perfecta, el campo operatorio está libre seco, sin contaminación y se obtiene una excelente apertura bucal. Se dispone de la cooperación del paciente. Aumento en la calidad de vida del paciente tras un buen tratamiento dental.^{1, 31,32}

Inconvenientes.

- La hospitalización causa ansiedad en los niños, sobre todo por la separación de los padres, por lo es recomendable que los padres lo acompañen hasta el momento de entrar al quirófano.
- Miedo de los padres hacia las complicaciones que se puedan presentar durante el tratamiento. Por lo que se les debe dar toda la información posible a los padres sobre el procedimiento, además se debe realizar por profesionales preparados y con los medios adecuados.¹
- Hay limitaciones en el tratamiento dental, ya que no se pueden realizar tratamientos que puedan resultar extremadamente largos o de pronóstico comprometido.



- Por lo que se aconseja planificar los tratamientos con cierta radicalidad, evitando tratamientos inciertos, asegurando que no será necesaria otra intervención posterior durante 1 o 2 años. ¹

Desventajas

No utilizar en pacientes sanos, semicooperativos con mínimas necesidades dentales o que existan contraindicaciones médicas para ser sometidos a la anestesia general. ¹

Complicaciones

Toda técnica anestésica conlleva riesgos, aunque la posibilidad es baja se debe informar que pueden existir algunas atribuidas al anestésico.

- Reacciones alérgicas a los anestésicos, aunque no existan antecedentes alérgicos conocidos.
- Reacciones secundarias imprevistas originadas por cualquiera de los medicamentos administrados, con posible repercusión cardiaca, pulmonar, hepática, renal, o del sistema nervioso. Es menos probable en pacientes que no presenten infección previa de alguno de estos órganos.
- Reacción febril aguda y severa de causa no infecciosa (hiperemia maligna).
- Dificultades respiratorias. Aumentando su riesgo en pacientes con afección pulmonar, obesidad, anomalías de cara y cuello y enfermedades vasculares.
- Neumotorax (acumulación de aire en cavidad pulmonar) secundario a punción venosa, bloqueos nerviosos o ventilación artificial.



- Vómitos con aspiración pulmonar, más probable en pacientes con estómago ocupado.
- Rotura o movilización de piezas dentarias.
- Lesión nerviosa postural y dolores musculares postoperatorios
- Afectación de cuerdas bucales y lesiones oculares
- Náuseas, vómito, y dificultad para orinar en el postoperatorio.
- Flebitis o tromboflebitis
- Temblores o convulsiones, depresión o neurosis postanestésica
- Parada cardíaca imprevista, rara vez con resultado de muerte, coma o daño cerebral irreversible. El riesgo aumenta si el paciente presenta enfermedades cardíacas previas.
- Hematoma, hemorragia o infección en la zona de punción
- Dolor de cabeza y trastornos de la visión, dolor de espalda y excepcionalmente meningitis en punciones intradurales o epidurales.
- Trastornos de la sensibilidad, y/o parálisis de los miembros o territorio anestesiado, pudiendo ser parcial o total, transitoria o permanente.^{1,30}

Se deben realizar un análisis preoperatorio y preanestésico realizado por un anesthesiólogo. Además de remitir con su pediatra, sobre todo en pacientes comprometidos medicamente, para descartar infecciones de vías respiratorias altas o padecimientos que estén contraindicados en la Anestesia General.^{1,30}



Realizando la historia clínica del paciente, exploraciones complementarias para valorar su estado físico, patologías asociadas, un examen bucal y elaboración del plan de tratamiento. Par evitar riesgos con los anestésicos, consecuencias o complicaciones, durante la intervención. ^{1,30}

Los exámenes de laboratorio a realizar como mínimo son: biometría hemática, tiempo de tromboplastina, tiempo de trombina, tiempo de sangrado, examen general de orina y química sanguínea. ^{1,30}

Los pacientes con cardiopatía congénita o antecedentes de fiebre reumática reciben profilaxis antibiótica como lo indica la Asociación Americana del Corazón. ^{9, 30}

Por todas las posibles complicaciones la Norma Oficial Mexicana indica que la anestesia general debe ser administrada exclusivamente en quirófanos que cuenten con la infraestructura necesaria para el procedimiento y un área de recuperación o terapia intensiva en caso de ocurrir complicaciones. Según la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico NOM-004-SSA1-2012 se debe contar con el consentimiento informado de los padres o tutor legal y se debe especificar la indicación principal para este tratamiento en el expediente clínico. Además que es un requisito jurídicamente obligatorio y su omisión puede causarnos problemas en el caso de reclamaciones o denuncias por parte de familiares o pacientes insatisfechos. ^{1,30}



Figura 25. Anestesia General.



Figura 26. Anestesia General en quirófano.



3.5 TÉCNICAS NO CONVENCIONALES.

Las técnicas tradicionales aunque son satisfactorias han entrado en controversia, ya que la actitud de los padres y los odontólogos ha cambiado debido a las corrientes tecnológicas y la tendencia de salud con medicina natural o alternativa. Además de las implicaciones éticas y legales que han llevado a la evaluación de técnicas especialmente las aversivas. Por lo que se sugieren técnicas no farmacológicas, no aversivas, efectivas y que son más aceptadas por los padres.⁶

3.5.1 HIPNOSIS.

La odontología es uno de los campos médicos donde existe una mayor aceptación con respecto a las prácticas hipnóticas. Se ha utilizado para manejar una serie de problemas comunes, tales como la ansiedad dental, la fobia dental específica, control del dolor en el tratamiento conservador y extracciones, como complemento a la sedación por inhalación y la modificación de hábitos orales no deseados como chuparse el dedo, el bruxismo, náuseas y el tabaquismo.

Según Heap y Aravind es un estado de vigilia en la que se centra la atención de la persona lejos de su entorno y es absorbido por las experiencias internas, tales como los sentimientos, las cogniciones y las imágenes.

La sugestión es el primer paso a la hipnosis, en este proceso el individuo acepta la presentación de una idea, impulso o creencia sin tener necesariamente una razón lógica para hacerlo.⁶



La sugestión no necesita ser verbal y puede ocurrir en varios niveles sensoriales (oído, gusto, olfato, tacto, visual).

Al-Harasi y cols., mencionan según los estudios de Braithwaite y Gokli, que la hipnosis a pesar de tener efectos beneficiosos en el manejo de conducta durante la administración del anestésico local en niños de edad 4.5 a 15 años, no fue tan eficaz en la extracción de dientes. La mayoría de los niños en el estudio de Braithwaite prefirieron la sedación por inhalación con el óxido nitroso y oxígeno en vez de la hipnosis.⁶

Ventajas:^{6, 33}

- No se requiere equipo especializado.
- El paciente permanece consciente.
- No tiene enfoque farmacológico por lo que no tiene efectos secundarios o asociados con la contaminación del ambiente.
- Combina bien con sedación por inhalación de óxido nitroso



Figura 27. Hipnosis en la atención dental.



3.5.2 MUSICOTERAPIA.

El uso de música en niños y adolescentes durante la práctica dental es considerado como una terapia de sugestión en donde el niño es animado a la fantasía.⁶

Según la Asociación Internacional de Musicoterapia se define 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 y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas.³⁴

Es un tipo de sugestión en la que el niño es animado a la fantasía, evocando sentimientos placenteros para el paciente llevándolo a un estado de relajación. Se ha utilizado música ambiental, canciones infantiles, historias y cuentos, así como también diversos temas de audición durante el tratamiento de niños pequeños o discapacitados.⁶

Según el estudio de Cruz y Díaz- Pizán, la conducta de los pacientes atendidos con música no varía de forma significativa, sin embargo mostraron una mayor satisfacción con el tratamiento y disminución en la sensación del dolor.³⁵



Con esta técnica la reducción de la ansiedad puede ser atribuida a dos razones. La primera, cuando un niño escucha música tiende a cerrar los ojos para concentrarse en el sonido olvidando que va a recibir un tratamiento dental.

Segundo, el sonido de la música va a eliminar los sonidos ambientales desagradables; provocando relajación y permiten al dentista manejar efectivamente al paciente ansioso.⁶



Figura 28 -29. Musicoterapia durante la atención dental



3.5.3 TÉCNICA DE DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL.

Disminuye de forma no farmacológica la incomodidad frecuente asociada con los procedimientos dentales en niños y adultos, ya que toma control de dos tipos de sensaciones, la auditiva y la visual. Al mismo tiempo aísla parcialmente al paciente del sonido y ambiente poco agradable.^{36,37}

Prabhakar y cols compararon las técnicas de distracción auditiva (música) con la audiovisual; en este estudio se contó con 60 niños de 4 a 8 años de edad los cuales se separaron en 3 grupos: control, con distracción auditiva y con distracción audiovisual. Todos tuvieron 4 visitas dentales (para evaluación general, profilaxis, preparación de la cavidad y restauración y para extracción), durante las 4 citas el nivel de ansiedad fue evaluado por la prueba de imágenes de Venham, escala de ansiedad clínica de Venham, el pulso y saturación de oxígeno.

Los resultados demostraron que la distracción audiovisual fue más efectiva para manejar la ansiedad de los niños, pues al concentrarse en la pantalla del televisor se distraían del ambiente a su alrededor y el sonido quitaba los ruidos como el de la pieza de mano.³⁸

Con el avance de la tecnología, se introdujo la realidad virtual con ayuda de los “Lentes Virtuales” o el uso de pantallas para el uso de esta técnica. Los lentes virtuales con auriculares ajustables son fáciles de usar, cómodos para los niños y no interfiere con el tratamiento dental.³⁷



Lo novedoso de esta técnica es que una vez colocados los lentes virtuales el paciente obtiene la sensación de estar viendo una película en el cine, y se olvida de que está recibiendo un tratamiento dental.

Esta sensación realmente lo relaja, y distrae su mente fuera del tratamiento dental que se le esté realizando, sin dejar de lado la comunicación clínico-paciente. Los lentes son LCD de alta definición, no emiten radiación, ni dañan los ojos.^{36, 37,38}

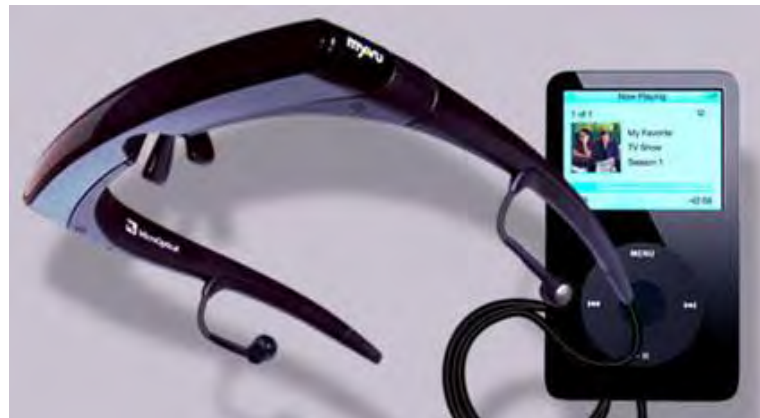


Figura 30. Lentes LCD



Figura 31. Lentes LCD usados en un paciente durante la atención dental.



Figura 32. Distracción Audio Visual



3.5.4 AROMATERAPIA.

Con la aromaterapia se crea un ambiente cálido para el paciente, volviéndolo menos predispuestos a sentir dolor, disminuyendo la ansiedad.

6

Puede ser definida, según la National Association for Holistic Aromatherapy (NAHA), como el arte y la ciencia de la utilización de esencias aromáticas naturales extraídas de plantas para equilibrar, armonizar y promover la salud de cuerpo, mente y espíritu. Es el arte y la ciencia que trata de explorar el ámbito fisiológico, psicológico y espiritual de la respuesta del individuo a los extractos aromáticos, así como para observar y mejorar el proceso de curación innato de la persona.⁴

En otros estudios se ha evaluado los efectos de los aceites esenciales en forma de infusiones (ingestión oral) para así percibir sus beneficios como plantas medicinales.

Pardo-Aldave y cols., evalúan el efecto del extracto etanólico de *Melissa officinalis* (toronjil) en el manejo de conducta del paciente odontopediátrico, y concluyen que la ingestión del extracto de toronjil disminuye la ansiedad en los niños, siendo la concentración de 6mg/kg la más beneficiosa.³⁹

Srivastava y cols., estudiaron las propiedades de la manzanilla y encontraron que sus preparaciones tanto en té y aceite esencial en aromaterapia es ampliamente usado como un tranquilizante suave y un inductor del sueño.³⁴



Conclusiones.

En la práctica odontológica el miedo y el estrés en los pacientes infantiles son los causantes de las diferentes maneras de comportarse en el consultorio dental, por lo que para poder brindar un adecuado tratamiento dental, se tendrá que hacer uso de las diferentes técnicas de control de conducta.

Las cuales se deben realizar de acuerdo a las características de personalidad de los pacientes, entre las que se encuentra la edad, sexo y tipo de conducta. Aunado a la explicación previa a los padres sobre indicaciones, contraindicaciones y riesgos en las técnicas de conductas a utilizar, así como la firma del consentimiento válidamente informado.

El uso adecuado de cada una de las técnicas facilitaría el manejo del paciente y control en las citas subsecuentes.

Sin embargo existen algunas de ellas como mano sobre boca y las técnicas restrictivas; que son controversiales por el hecho de ser un tanto agresivas con los infantiles, las cuales no son del agrado y aceptación de los padres, repercutiendo legalmente en la violación de derechos de los pacientes infantiles. (Ver anexo)



Siendo importante considerar el uso de técnicas comunicativas, farmacológicas y no convencionales, las cuales ayudan al control de la conducta de manera que no causen daños físicos y psicológicos a los pacientes infantiles durante la atención dental.

El papel que tenemos los cirujanos dentistas es proteger a los niños ante cualquier tipo de agresión, manteniendo su integridad psicosocial y física.

El cirujano dentista debe comprometerse a ejercer su profesión de forma humanística y conforme a su *lex artis*. Conociendo todos los aspectos legales de interés en odontología, entre las cuales se encuentran la Norma Oficial Mexicana, Los Derechos de los Niños Niñas y Adolescentes, Ley General de Salud, Ley Reglamentaria del Artículo 5º. Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, Código Penal Federal, Código Civil Federal, Código Federal de Procedimientos Penales, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.



Referencias Bibliográficas.

1. Boj J., Catalá M. Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. 1^a.ed. Madrid: Ripano S.A. 2011. Pp. 97-120, 747-759 -774.
2. Göran K., Sven P. Odontopediatría Abordaje Clínico. 2^a.ed. Editorial Amolca, 2011. Pp. 17-43, 58
3. Guades –Pinto A. Bonecker M. Fundamentos de odontología Oodontopedría. : Livraria Santos. 2011 Pp. 17- 43
4. The National Association for Holistic Aromatherapy. What is Aromatherapy? URL disponible en: URL: www.naha.org/what_is_aromatherapy.htm. (Fecha de acceso: Agosto 2013).
5. Muhammad S., Shyama M., Al-Mutawa S Parental Attitude toward Behavioral Management Techniques in Dental Practice with Schoolchildren in Kuwait. Rev. Med Princ Pract 2011; 20: 350–355
6. Quiroz-Torres J1, Melgar RA². Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(2):129-136
7. Fierro, M. C.; Salazar, S. E.; Ruiz, S. L.; Luengo, M. L. & Pérez, F. A. Maltrato infantil: actitud y conocimiento de odontólogos en Concepción, Chile. Int. J. Odontostomat., 6(1):105-110, 2012.
8. García I., Parés G., Hinojosa A., Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. Revista Odontológica Mexicana 2007; 11 (3): 135-139
9. Adair S., Schafer T., Waller J., Rockman R. Age and Gender Differences in the Use of Behavior Management Techniques by Pediatric Dentists. Rev. Pediatr Dent 2007;29: 403-8



10. De León J., Jimeno F., Dalmau J. Acceptance by Spanish parents of behavior-management techniques used in Paediatric Dentistry. *European Archives of Pediatric Dentistry* 2010; 11:175-178
11. Cordero N., Cárdenas J., Álvarez L. Parenteral acceptance of pharmacologic and non-pharmacologic behavior management techniques in pediatric dentistry. *Rev. CES Odont* 2012;25(2): 24-32
12. Ferreira K., Fuccio F., Watanabe S., Ramos-Jorge M., Martins de Paiva S., Pordeus I. Mão-sobre-a-boca: Avaliação do Uso da Técnica em Belo Horizonte. *JBP – Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6(34):477-89
13. Morante-Sánchez CA, Kanashiro-Irakawa CA. El odontólogo frente al maltrato infantil. *Rev Estomatol Herediana*. 2009; 19(1):50-54.
14. Nava V, Fragoso R. Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual; explicación del procedimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental. *Revista Odontológica Mexicana* 2012;16 (4): 242-25115. Rodríguez S., Pinto F., Alcocer J. Técnicas de atención dental y control de conducta en el paciente infantil. *Rev. Odontología Vital* 2009; 58-67
16. Abanto JA, Rezende KMPC, Bönecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Rev Estomatol Herediana*. 2010; 20(2):101-106.
17. Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Última reforma publicada DOF 19-08-2010.
18. 10-03-94 NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar



19. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
20. Ley General de Salud.
21. Ley Reglamentaria del Artículo 5°. Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal.
22. Código Penal Federal.
23. Código Civil Federal.
24. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
25. Código de Bioética, Relacionado con la Salud Bucal.
26. Triana. J. Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED. Revista Odontológica Mexicana 2007;11 (2): 103-108
27. NOM - 013 - SSA2 – 2006, Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales. DOF Octubre 2008.
28. Medrano J. Seminario de Titulación / Paquete Didáctico Legislación en Odontología. Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 23
27. NOM - 013 - SSA2 – 2006, Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales. DOF Octubre 2008.
29. Wilson S., DMD, MA, PhD. Management of Child Patient Behavior: Quality of Care, Fear and Anxiety, and the Child Patient. Rev. Pediatr Dent 2013; 35: 170-4
30. Garcés V., Cárdenas M., Robles B., Guadarrama Q. Rehabilitación bucal bajo anestesia general en pacientes pediátricos del Centro de Especialidades Odontológicas. Arch Inv Mat Inf 2012;IV(2):63-70



31. Sharath A., Rekka P., Muthu M., Rathna P., Sivakumar N. Childre'n Behavior pattern and behavior management techniques used in a structuredpostgraduate dental program. J Indian Soc Pedod Prevent Dent 2009;27: 22-26
32. Parashar V,. Parental Presence During Their Child's Dental Treatment. J Oral Health Comm Dent 2010; 4(3):52-54.
33. DR, Parekh S, Walters V. Hypnosis for children undergoing dental treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2010; (8): CD007154.
34. Srivastava J, Shankar E, Gupta S. Chamomile: An herbal medicine of the past with bright future. Mol Med Report. 2010; 3(6): 895–901.
35. Cruz C, Díaz-Pizán M. La música como medio alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. Rev Estomatol Herediana. 2005; 15(1): 46-49.
36. Magora F, Cohen S, Ram D. Audiovisual Iatrosedation with Virtual Eyeglasses Distraction Method in Pediatric Dentistry: Case History. J Int Dent Med Res. 2010; 3(3): 133-6.
37. Ram D, Shapira J, Holan G, Magora F, Cohen S, Davidovich E. Audiovisual video eyeglass distraction during dental treatment in children. Quintessence Int. 2010; 41(8): 673-9.
38. Prabhakar A, Marwah N, Raju O. A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. J Indian Soc Pedod Prevent Dent. 2007; 25(4): 177-182.
39. Pardo-Aldave K, Díaz-Pizán ME, Villegas-Vilchez LF, Bernabé-Ortiz E. Efecto del extracto etanólico de Melissa officinalis (toronjil) en la modificación de la conducta del niño ansioso en la consulta dental. Rev Estomatol Herediana. 2009; 19(2):91-95.



Referencias Bibliográficas de Figuras.

Figura 1, 5, 15.

http://www.google.com.mx/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&docid=AjTudMxIBM8lxM&tbnid=YAYaaUuDsVWBUm:&ved=0CAEQjxw&url=http%3A%2F%2Fwww.dentaltribune.com%2Fprintarchive%2Fdownload%2Fdocument%2F25453%2Ffile%2F4c0e4307dba9b073c91e845a9d421f55_812.pdf&ei=UoVJUtvGCq02AXko4DYAw&bvm=bv.53217764,d.b2l&psig=AFQjCNEGZoZoFUzgQ8X6xjs_tvLwg6R2A&ust=380636309567690

Figura 2.

http://3.bp.blogspot.com/_4bChYbNNIZ8/TKS5B475vhl/AAAAAAAAAHU/dR4cp7BND-g/s1600/003.jpg

Figura 3.

<http://kena.com/images/sections/28-la-primera-visita-al-dentista.jpg>

Figura 4.

<http://www.uanl.mx/sites/default/files/Extra%20paciente.jpg>

Figura 10, 20, 25, 23, 24.

Boj J., Catalá M. Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. 1ª.ed. Madrid: Ripano S.A. 2011.

Figura 12.

<http://odontofresh.pe/wpcontent/uploads/2012/12/odontopediatria-odontofresh.jpg>

Figura 14.

http://1.bp.blogspot.com/5T_ubNvOZws/USmJ9iFu1_I/AAAAAAAAAlc/juw9GnXx5b0/s1600/drhidron_jugando5.

Figura 16.

<http://www.drmarianogarcia.com/dentista-tuxtla-odontopediatria.html>.



Figura 21.

Rodríguez S., Pinto F., Alcocer J. Técnicas de atención dental y control de conducta en al paciente infantil. Rev. Odontología Vital 2009; :58-67

Figura 26.

Göran K.,Sven P. Odontopediatría Abordaje Clínico.2ª.ed. Cuidad: Editorial Amolca, 2011

Figura 27.

<http://1.bp.blogspot.com/05qvw1XP19U/UHhOwnk5s6I/AAAAAAAAEYU/wQbikXzZD5M/s1600/12012011.15.jp>

Figura 28.

https://fbcdnphotosba.akamaihd.net/hphotosakash4/s320x320/315936_328710833922282_529627917_n.jpg

Figura 29.

http://tendenciasmujer10img.emol.com/Fotos/2011/03/07/file_20110307171812.jpg

Figura 30.

http://s3.hipertextual.com/wpcontent/blogs.dir/3/files/2006/05/myvuK_iPod.jpg

Figura 31.




Quiroz-Torres J1, Melgar RA2. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. Rev Estomatol Herediana. 2012

Figura 32.

http://www.njlaserdentistry.com/assets/images/happy_girl.jpg

Figura 6, 7, 8, 9, 11, 13,19, 22. Fuente Directa

Anexo.

TÉCNICAS DE CONDUCTA CAUSALES DE CONTROVERSIAS EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
<p style="text-align: center;">RESTRICCIÓN FÍSICA ACTIVA</p> <p style="text-align: center;">CONTROL DE CABEZA, BRAZOS Y PIERNAS</p> 	<p>CONTROL DE MOVIMIENTOS DEL PACIENTES QUE NO SON CAPACES DE SEGUIR UNA ORDEN O EN CASOS DE URGENCIA.</p>	<p>+ AL EJERCER FUERZA FÍSICA SOBRE EL INFANTE, SE PRODUCEN LESIONES FÍSICAS Y DAÑO PSICOLÓGICO.</p> <p>INTERPRETADO COMO MALTRATO, AGRESIÓN FÍSICA, PSICOLÓGICA Y MORAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ LACERACIONES ➤ HERIDAS ➤ FRACTURAS ➤ MORETONES ➤ LUXACIONES DE BRAZOS Y ANTEBRAZOS ➤ CONTRACTURAS
<p style="text-align: center;">MANO SOBRE BOCA</p> 	<p>ESTABLECE COMUNICACIÓN Y AUTORIDAD FORZADA CON EL PACIENTE</p>	<p>+ RIESGO DE CAUSAR DAÑOS Y AGRESIONES FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y MORALES, AL BLOQUEAR LAS VÍAS AÉREAS COMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ASFIXIA ➤ MORETONES ➤ LESIONES FACIALES ➤ CRISIS NERVIOSAS ➤ CRISIS RESPIRATORIAS
<p style="text-align: center;">RESTRICCIÓN PASIVA</p>  <p>+ Aplicar consentimiento informado por escrito antes de realizar, técnicas, de riesgo legal.</p>	<p>REDUCIR O ELIMINAR EL MOVIMIENTO INDESEABLE, PROTEGER DE LESIONES AL PACIENTE Y AL PERSONAL FACILITANDO LOS PROCEDIMIENTOS.</p>	<p>+ COOARTACIÓN DE LA LIBERTAD FÍSICA Y PSICOLÓGICA, POR LA COLOCACIÓN DE ADITAMENTOS, QUE EJERCEN PRESIÓN SOBRE EL INFANTE. AL SENTIRSE SOMETIDO POR LA FALTA DE MOVILIDAD.</p>

BASE JURÍDICA: + LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, CÓDIGO PENAL FEDERAL (DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL), CODIGO CIVIL FEDERAL, CÓDIGO DE BIOÉTICA PARA EL PERSONAL RELACIONADO CON LA SALUD BUCAL, NOM-009-SSA2-1993, NOM-046-SSA2-2005, NOM-013-SSA2-2008,