

01421  
139



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANEJO DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE  
ODONTOPEDIÁTRICO**

TRABAJO TERMINAL DEL DIPLOMADO DE TITULACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

**ROCÍO GONZÁLEZ GONZÁLEZ**

TUTORA:

**MTRA: EMILIA VALENZUELA ESPINOZA**

MÉXICO D. F.

2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES.....	6
-------------------	---

## CAPÍTULO I

### ADAPTACIÓN DEL NIÑO A LA CONSULTA

ODONTOLÓGICA.....	7
❖ Características, habilidades psicosociales y su perfil de maduración en niños de 2 a 5 años.....	9
❖ Desarrollo cognoscitivo de Piaget.....	10

## CAPÍTULO II

### MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO..... 13

❖ Ambiente Odontológico.....	14
❖ Función de la asistente dental.....	15
❖ Padres.....	15
❖ Niños.....	16
❖ Primera visita odontológica.....	16
❖ Diferentes tipos de comportamiento y técnicas básicas para su manejo.....	16
❖ Sugerencias para el manejo adecuado del paciente pediátrico.....	18
❖ Técnicas de adaptación.....	20

## CAPÍTULO III

### MANEJO DEL NIÑO QUE NO COOPERA CON EL DENTISTA...24

❖ Técnica decir-mostrar-hacer.....	24
❖ Control de voz.....	24
❖ Técnica mano sobre boca.....	25
❖ Restricción física.....	27
❖ Reglas básicas del manejo de la conducta.....	29



## CAPÍTULO IV

### LLANTO DEL NIÑO COMO AYUDA EN EL TRATAMIENTO

DENTAL.....	32
❖ Llanto como una manifestación de la personalidad.....	32

## CAPÍTULO V

### TRANSTORNOS DE ANSIEDAD.....34

❖ Temor y Ansiedad.....	34
❖ Clasificación de trastornos de ansiedad en el paciente odontológico.....	35
❖ Trastornos de ansiedad con modificación del tipo de personalidad.....	36

## CAPÍTULO VI

### SEDACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA.....37

❖ Óxido Nitroso-Midazolam-Acetaminofèn para modificar la conducta en pacientes odontopediátricos.....	38
❖ Midazolam vía nasal y Diazepam vía oral.....	40
❖ Aumento del umbral del dolor.....	42

## CAPÍTULO VII

### ERGONOMÍA EN EL CONSULTORIO DENTAL .....44

### CONCLUSIONES.....47

### FUENTES DE INFORMACIÓN.....49

### ANEXOS:

TABLA I. TÉCNICAS PARA TRATAR CONDUCTAS DIFERENCIALES DEL PACIENTE.....	53
--	----

TABLA II. CARACTERÍSTICAS DE LOS TIPOS DE LLANTO MÁS FRECUENTES.....	54
---	----

TABLA III. ANSIEDAD ODONTOLÓGICA INTENSA.....	55
---	----

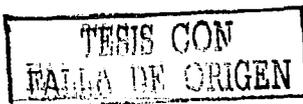
TABLA IV. FOBIAS ODONTOLÓGICAS.....	55
-------------------------------------	----

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

Cuando se presta atención odontológica o de otro tipo a un niño, es importante que el profesional intente ver el mundo desde la perspectiva de un niño. El conocimiento de la psicología del desarrollo puede ayudar a comprender las reacciones de los niños en su tratamiento y las de sus padres. Las reacciones de los niños son parte de respuestas a tratamientos previos o su reacción producidas por el profesional y a su experiencia con otras personas ( 1 ). Los dentistas que conocen y manejan la teoría y la práctica de las ciencias de la conducta, están mejor preparados para ayudar a sus pacientes a cooperar con el tratamiento, a adquirir hábitos preventivos, a reconocer y apreciar la atención brindada y sus beneficios. Mientras mayor sea el conocimiento de las mismas, mayor será la probabilidad de brindar y ofrecer atención bucal eficiente y con menor estrés y mejorar la relación dentista-paciente y para todos los miembros del grupo de trabajo en el consultorio dental. La relación dentista - paciente puede y debe ser una experiencia positiva, que conduzca a una concientización de la salud bucal y a la disposición de mantenimiento de la salud. Los pacientes necesitan atención dental, pero también necesitan aceptación, comprensión y apoyo emocional.

El cirujano dentista tiene que " diagnosticar " y adaptarse a las percepciones y reacciones sociales del paciente ( 2 ). Debemos ser meticulosos en cada paso, pues de ellos depende el éxito de la terapia y nuestra correcta imagen



como profesional . Seamos comprensivos, pues tal vez uno de los puntos más trascendentes para el éxito de cualquier profesional al servicio de la salud sea ganar la confianza del paciente (3).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **ANTECEDENTES**

Sigmund Freud, calificó a la boca como la zona erógena de mayor importancia al inicio de la vida. Abraham, describió el estadio oral del desarrollo en dos fases, la de incorporación, succión y la de mordisqueo, alrededor de las cuáles se manifiesta la ambivalencia del niño para con los objetos. Erikson, caracterizó las experiencias orales más tempranas del niño como lo más importante para el desarrollo de lo que llamó confianza básica. Spitz, describió la boca como la cuna de la percepción, y la cavidad oral, como un receptor especial que actúa tanto hacia adentro como hacia afuera, como un interreceptor y exteroceptor, que hace la función de puente desde el microcosmos interno hacia el espacio exterior (4).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

# **CAPÍTULO I**

## **ADAPTACIÓN DEL NIÑO A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA**

A pesar de que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos. Por esta razón, en la atención del niño no existen casos similares, cada paciente es peculiar, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio-culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño (5).

El desarrollo emocional es la forma en que progresan las reacciones del niño ante los objetos, personas, situaciones cotidianas, emociones, así como la confianza en sí mismo y en los demás.

Al año de vida, el niño es propenso a demostrar su desarrollo con personas extrañas a través del llanto, aunque es amable con los conocidos. Se da cuenta de su popularidad y la explota repitiendo ciertas conductas que son recompensadas con risas o actitudes de aprobación por parte de los adultos.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

A los dos años y medio se torna rígido e inflexible, exigente y dominante. Es violento con sus emociones y persistente en sus demandas o en sus actitudes. Es vigoroso y entusiasta, pero difícil de convencer o manejar.

A los cinco años se muestra seguro de sí mismo. Es amigable, tranquilo y no exige demasiado a los demás. Le agrada experimentar y aprender a pedir permiso. Su madre constituye el centro de su vida y le agrada ayudarla y obedecerla.

A los siete años parece retraerse de los demás y le gusta la soledad, la radio y la televisión. También es dado a explorar y conocer el funcionamiento de las cosas. En algunos momentos puede sentir que el mundo se vuelve en su contra.

A los diez años obedece mas fácilmente, le gusta ser felicitado por sus padres y siente profunda estimación por ellos. Le agrada la vida y disfruta siendo servicial y amable con otras personas (6).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ❖ **CARACTERÍSTICAS, HABILIDADES PSICOSOCIALES Y SU PERFIL DE MADURACIÓN EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS.**

Dos años: período de conexión con las grandes capacidades motoras como el andar y el saltar, gusta de mirar y tocar, le gustan los juegos solitarios y rara vez comparte. Vocabulario limitado, se interesa en su capacidad de autoayuda (7). Dependencia de la madre, dificultad para establecer relaciones interpersonales, necesita tiempo para habituarse a situaciones nuevas, cambios rápidos de humor y cansancio fácil (8).

Tres años: menos egocéntrico, busca agradar, imaginación muy activa, gusta de los cuentos (7). Curiosidad sobre el mundo a su alrededor, mayor contacto verbal, deseo de imitación (8).

Cuatro años: intenta imponerse, participa en pequeños grupos sociales, períodos de expansión y de logros, mucha habilidad independiente de autoayuda, comprende y reconoce, dice, "gracias y por favor" (7). Gran actividad física y mental, inquisitivo, gran hablador, desea probar nuevas experiencias, confianza sobre sí mismo (8).

Cinco años: período de consolidación, consulta, reflexiona, aprecia sus posesiones, abandona objetos de placer como: manta, succión, juega cooperativamente con sus padres (7). Estabilidad emocional, pensamiento

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

realista en secuencias lógicas, deseo de ser aceptado, sensible a las alabanzas y recriminaciones (8).

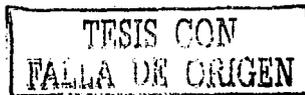
Seis años: alternancia entre el afecto y el rechazo, autoafirmación, tendencia a la hipocondría, poco interés por el orden y la limpieza (8).

## ❖ DESARROLLO COGNOSCITIVO DE PIAGET

**ETAPA MOTOSENSORIAL:** Esta etapa se lleva a cabo de los 0 a 2 años de edad, el niño es incapaz de razonar, codifica la información en términos de acciones; más tarde en términos de imágenes visuales, Reacciona a la "tensión" con los ojos, la voz, los oídos, las manos y las piernas, es decir, motosensorial.

**ETAPA PREOCUPACIONAL:** Esta etapa se lleva a cabo de los 2 a 6 años de edad, tiene razonamiento primitivo, acepta casi cualquier explicación razonable, no sabe lo que esta pensando ni que tiene ideas diferentes, codifica su información solo en términos de acciones, visual y simbólicamente, su atención es de corta duración, deben dársele instrucciones claras.

**ETAPA OPERACIONAL:** Esta etapa se lleva a cabo de los 6 a 13 años de edad, el niño esta ansioso por aprender, clasifica los objetos y puede discriminarlos, comprende que otros tienen ideas diferentes y esta dispuesto a escuchar, requiere ejemplos concretos de ideas abstractas y explicaciones



de los procedimientos, comienza a confiar, el niño puede organizar y desarrollar conceptos, reconoce y comprende el dolor.

**ETAPA FORMAL:** Esta etapa se lleva a cabo de los 13 a 17 años de edad, es capaz de enfrentarse a lo abstracto, así como a la realidad. Puede verse en el futuro y sus potenciales, tiene capacidad para resolver problemas complejos, transforma las acciones motoras en pensamiento y conducta, mejora su destreza social y su lenguaje (18).

Algunos niños llegan al odontólogo sabiendo que tienen un problema bucal, el problema puede ser serio como un absceso dental crónico o simplemente como la coloración extrínseca de los dientes, sin embargo, hay una tendencia hacia la conducta negativa en la primera consulta. El hecho puede ser la aprensión transmitida al hijo por el padre o la madre. El significado de esta variable ofrece al odontólogo una buena razón para educar a los padres acerca de que sus hijos hagan una visita al odontólogo antes de tener algún problema. Para esto hay un sistema de clasificación, que se designa como la Escala de Frankl; esta escala divide a las conductas en cuatro categorías que son:

Grado I: Definitivamente Negativo. Rehusa el tratamiento, llora violentamente (9). Grita fuertemente, esta temeroso, obtiene cualquier otra evidencia de negativismo extremado (7).

Grado II: Negativo. Renuente a aceptar el tratamiento, poco cooperador, alguna evidencia de actitud negativa pero no manifiesta (9).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Grado III: Positivo. Acepta el tratamiento, a veces cauteloso, dispuesto a obedecer, a veces con reserva, pero el paciente sigue las instrucciones adecuadamente (9).

Grado IV: Definitivamente positivo. Simpatiza con el dentista, se interesa en el tratamiento dental, ríe y disfruta la situación (9).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO II

### MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Para un buen manejo del paciente dental pediátrico es necesario considerar el ambiente de trabajo, que el odontólogo y equipo inspiren al niño confianza para realizar un tratamiento dental adecuado y eficaz.

La capacidad para lograr un tratamiento exitoso en pacientes pediátricos depende de muchos factores, entre los que se encuentran la satisfacción por un trabajo bien realizado. La atención odontológica se llevará a cabo de la manera más eficiente y placentera posible dependiendo de la conducta del niño y la actitud de los padres. Para que el odontólogo concentre su atención en el paciente pediátrico, deben establecerse claramente los principios de administración del consultorio para que el equipo asistencial los siga. Un punto importante es que el odontólogo se mantenga actualizado en cuanto a los nuevos métodos de diagnóstico. Al iniciar el tratamiento es necesario que los padres lo aprueben, respeten las citas y paguen los honorarios; además de que guíen las prácticas higiénicas de sus hijos y se aseguren de que reciban la alimentación adecuada ( en especial respecto a la salud bucal), además de llevarlos a las citas establecidas para el adecuado seguimiento de la terapéutica. Habitualmente los niños tienen ciertos temores adquiridos respecto al dentista, los cuáles, por lo general, le son transmitidos por personas que han tenido experiencias negativas durante su tratamiento. Por desgracia, muchos padres colaboran a que dicho temor se acentúe, ya que

les transmiten sus experiencias negativas. Es esencial pedir a los padres que dejen a su hijo tener su propio juicio respecto al dentista (10). Adaptar al niño a la consulta significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante un proceso de enseñanza – aprendizaje, a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva (11). Significa adaptación, a diferentes situaciones que requieren pensamiento, imaginación y aprendizaje (12).

### ❖ AMBIENTE ODONTOLÓGICO

El primer objetivo que debe alcanzar el especialista, será infundir confianza en el niño, hacer agradable ese primer contacto (13). Es necesario establecer un área adecuada, recreativa, separada del consultorio, en la cual se puedan integrar los niños. Esto alentarán al niño a separarse de sus padres cuando el se incorpore a la sala clínica. Además, permitirá disminuir la ansiedad en la espera de la consulta (14). Los niños son sensibles al ambiente que los rodea, por ello es recomendable tener una sala de espera agradable y cómoda, con colores atractivos, no opacos, bien iluminada y que de la sensación de que el consultorio es frecuentado por niños. En esta sala debe haber sillas y mesas donde los niños puedan sentarse a leer o dibujar. Tener a la mano una pequeña biblioteca con libros infantiles, juguetes sencillos y resistentes para los más pequeños, música, dibujos en paredes y cuadros con personajes actuales, figuras infantiles. Evitar que los pacientes

vean sangre y adultos con dolores. De ser posible, programar todas las consultas infantiles para el mismo día, la visita no debe prolongarse por mucho tiempo y debe ser sin pausas(10).

### ❖ **FUNCIÓN DE LA ASISTENTE DENTAL**

La manera de cómo se conduzca el personal auxiliar, debe estar directamente relacionado con el comportamiento del odontólogo. Todos deben conocer sus deberes, tener claro lo que esta sucediendo en el consultorio y conocer los objetivos perseguidos, desde el momento en que el niño entra a la sala operatoria. Esto exige un personal capacitado y bien adiestrado, con apariencia agradable (5). Además debe de crear un vínculo de confianza con el paciente pediátrico con el propósito de introducirlo al consultorio, y de auxiliar con eficacia al odontólogo (10).

### ❖ **PADRES**

Numerosos estudios han demostrado que padres que permiten libertad y expresan afectos tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos; a diferencia de padres punitivos e indiferentes, que generan hijos intolerantes con conductas negativas (11). Así observaremos padres manipuladores, hostiles, sobre indulgentes, autoritarios, y padres carentes de afectos. Cada uno genera conductas positivas o negativas en el niño (5).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ❖ NIÑOS

Para lograr el tratamiento dental del niño en la consulta, debe comprenderse su conducta, por ello, es importante conocer las etapas de crecimiento de estos y la actitud que los padres tienen con sus hijos (8).

### ❖ PRIMERA VISITA ODONTOLÓGICA

La primera visita odontológica debe ser agradable, positiva y simple como sea posible, ya que el comportamiento futuro del niño va a depender en gran parte de ella. Es necesario realizar las operaciones más sencillas e ir avanzando a las más complejas, a menos de que sean necesarios tratamientos de urgencia. Se realizarán procedimientos simples como: exámen clínico, toma de radiografías, profiláxis, fluorurós, etc., todas estas constituyen formas de adaptación del niño al tratamiento dental (11).

### ❖ DIFERENTES TIPOS DE COMPORTAMIENTO DEL NIÑO Y TÉCNICAS BÁSICAS PARA SU MANEJO

**CONDUCTA DESCONTROLADA.** Si esta conducta se produce en el área de recepción, se pedirá a la asistente que haga pasar al niño al consultorio. Es preferible que sea ella misma quien cumpla esta función de sentar al niño en el sillón dental y haga un intento por establecer la disciplina. Si tiene éxito,

será grato para todos; pero si no lo tiene, no queda otra alternativa que se haga cargo el odontólogo y establezca los lineamientos del comportamiento correcto.

**CONDUCTA DESAFIANTE.** Inicialmente se intentará establecer una comunicación. Con frecuencia puede resultar difícil comunicarse con el niño, pero está muy conciente de lo dicho por el odontólogo. Es importante ser firme, confiado y establecer parámetros claros para la conducta y a la vez se deben delinear claramente los objetivos del tratamiento. Una vez establecida la comunicación, estos pacientes pueden tornarse muy cooperativos.

**CONDUCTA TÍMIDA.** A estos pacientes habrá que acercárseles con confianza, con cariño, lo más receptivo posible. Lo mejor será un abordaje suave, estimulando su confianza en sí mismo, para que este acepte la atención odontológica.

**CONDUCTA COOPERATIVA TENSA.** Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requerirá estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente. Los signos de aprensión manifestados por estos niños son, retorcer las manos, transpirar, afirmarse fuerte del sillón, también pueden ser indicios de incomodidad. Es necesario en todo momento asegurarse de los niveles de comodidad, para estar seguro que no habrá una actitud negativa por parte del paciente.

**CONDUCTA LLOROSA.** Este tipo de reacción generalmente confunde al odontólogo y al personal auxiliar; puede también, elevar los niveles de

ansiedad de los presentes en el acto. La disciplina, autoridad y decisión del profesional deben estar presentes para dominar la situación, con el fin de seguir acercándose a estos niños de manera afectiva. Hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable de sus gemidos (13).

### **❖ SUGERENCIAS PARA EL MANEJO ADECUADO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO**

Instrucciones positivas: ofrecer instrucciones de manejo específicas y positivas como "Hola" Pedrito, pasa ahora y sube al gran sillón, ya que dicen al niño exactamente lo que el odontólogo desea y no le dan la oportunidad de elegir, debido a que la mayoría de los niños reaccionan de manera mas favorable a la instrucciones positivas.

El niño debe ser el centro de atención: al llegar el paciente, toda la conversación se dirigirá a él. Los tópicos sugeridos de conversación son: la ropa que usa, programas de televisión, sus mascotas, juguetes favoritos, deportes y cuentos que prefiere. Elevar el sillón a nivel del ojo durante la conversación, de modo que el niño se sienta superado en altura por la persona que esta con él.

Ajustar el nivel de lenguaje al del niño. Es mejor ajustar el vocabulario desde un nivel superior hasta uno inferior, según se requiera, asumir que el pequeño no sabe nada y hablarle a su nivel.

**Tono de voz:** usar tonos de voz normales. Firmes, amistosos y definidos durante todo el procedimiento.

**Informar al niño,** ayuda a disminuir su temor al tratamiento: explicarle los procedimientos de manera concisa, con terminología no amenazadora, le ayudan a perder el temor. Es necesario evitar palabras que despierten el temor como duele, inyección, taladro, sangre y sustituirlas con términos menos desagradables como piquete de mosco, molestia, etc.

**Expresión facial:** una expresión facial amistosa vale más que mil palabras amables, y una mirada firme en el momento adecuado suele lograr resultados reales.

**Tacto:** por lo regular a los pequeños les agradan las caricias como medio de expresión de afecto (una palmada suave, sostener las manos y poner un brazo alrededor del hombro).

**Uniformes:** muchos niños temen al uniforme blanco por su relación con la profesión médica y dental. Los uniformes de otro tono ayudarán a eliminar este temor.

**Higiene del odontólogo y equipo:** los niños, al igual que los adultos, prefieren a las personas limpias y atractivas que a las que despiden mal olor corporal y bucal.



## ❖ TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN

**CONTROL MEDIANTE LA VOZ:** Este método requiere, que el odontólogo tenga más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante, ha de proyectar la idea de: "Aquí yo mando". Esta técnica es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas, ganar la atención del paciente y su docilidad, sin efectos negativos perceptibles (16).

**DESENSIBILIZACIÓN:** Esta técnica se usa para aminorar los temores y la tensión del paciente. Se logra enseñando al paciente la relajación, se van introduciendo progresivamente estímulos tendientes a relajarlos, a medida que el paciente se "desensibiliza" frente a procedimientos que le producen la ansiedad. Es poco practicada en Odontología, porque requiere de varias sesiones, se aplica a pacientes con fobias extremas (17).

**MODELAMIENTO:** Se utiliza para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que este entre al consultorio dental. Un niño es capaz de aprender patrones de conducta, mediante observación de un modelo vivo o filmado, permitiendo que el nuevo paciente se asome y observe, estos procedimientos les reduce la ansiedad acerca de lo desconocido (11).

Para que esto sea eficaz se deben de seguir ciertas condiciones:

- Que el observador este en estado de alerta.

- El modelo debe tener status.
- Deben haber consecuencias positivas asociadas a la conducta del modelo, que sean apreciadas por el observador (17).

**EXTINCIÓN O IGNORAR:** Esta técnica consiste en la suspensión total del reforzamiento por una conducta determinada, lográndose reducir la frecuencia de un conducta después de que se deja de otorgar el evento agradable (reforzador).

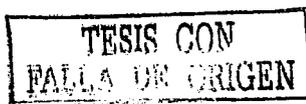
**MODELAJE DE LA CONDUCTA:** Esta técnica, es el procedimiento que lentamente desarrolla la conducta por el reforzamiento exitoso y aproximaciones de la conducta deseada hasta que esta se realiza. La técnica de modelaje es un procedimiento que tiene como finalidad mostrar una conducta apropiada ante el paciente logrando la reducción del miedo y ansiedad. Es un procedimiento que elimina la aprensión (18).

**REFORZAMIENTO POSITIVO:** Se sabe que el ser humano se orienta hacia el principio de la aprobación, por ende, gran parte de las conductas pueden mantenerse y repetirse mediante reforzadores positivos o estímulos agradables. Estos reforzadores pueden ser:

**Materiales y tangibles:** regalos pequeños, calcomanías.

**Reforzadores sociales:** pueden ser verbales como; elogios o felicitaciones y no verbales como abrazos y sonrisas.

Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del odontólogo.



Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Alabe mejor el comportamiento que al individuo. Ejemplo, en vez de decirle que ha sido un niño muy bueno; dígale que hoy se porto muy bien en la silla dental (5).

**CONDICIONAMIENTO:** Cuando los niños lleguen al consultorio dental para su atención odontológica, sin haber tenido experiencia previa, se pueden establecer pautas de comportamiento adecuado mediante el empleo del refuerzo positivo. Se utilizará la técnica decir, mostrar, hacer, el tratamiento debe hacerse con honestidad, similar a las expectativas creadas (13).

**TÉCNICA DECIR- MOSTRAR- HACER :** Se deberá explicar al menor como y porque se emplearán los aparatos e instrumentos con los cuales tendrá contacto: como el sillón dental, la lámpara, la pieza de mano, el espejo, etc., así como el aparato de rayos x. Los materiales que se emplearán dentro de la boca tales como restauraciones con amalgama, coronas de acero, policarbonato, y de celuloide, selladores de fosetas y fisuras, etc. El cirujano dentista le explicará al menor los procedimientos que se realizarán en un lenguaje que entienda, esto se hace tan lentamente como sea posible, en forma clara, de acuerdo a su edad, con tantas repeticiones como sea necesario, hasta que el niño este conciente de los procedimientos que se le realizan, evitando cualquier comentario que pueda ser malinterpretado o que pudiera provocar temor o desconfianza. Después, se le mostrará al niño como se lleva a cabo este procedimiento, en el mismo o en un objeto inanimado, para estar seguro de que la comprensión es completa. Después,

sin desviarse de la explicación o demostración, el cirujano dentista procede directamente a efectuar la operación. Las experiencias dolorosas en algún tratamiento estomatológico, o con otro personal de salud como los médicos o enfermeras, el temor y la ansiedad, pueden llegar a convertirse en un problema grave de rechazo y falta de cooperación al tratamiento (18).

#### TERMINOLOGÍA DENTAL

Pieza de alta velocidad

Alginato

Anestésico

Caries dental

Explorador

Matríz

Pasta y selladores de fisuras

Pasta profiláctica

Dique de hule

Grapa para dique de hule

Bandas de acero inoxidable

Coronas de acero inoxidable

Aparato de rayos x

Radiografía

Eyector

#### PALABRAS SUSTITUTIVAS

Viento, avión

Gelatina

Jugo para dormir el diente

Hoyo, punto oscuro, diente enfermo

Contador de dientes

Cuevitas para llenar

Brillador de dientes, pasta plástica

Pasta dental especial

Impermeable

Broche para diente

Anillo para diente

Sombrero para dientes

Cámara dental

Fotografía dental

Limpiador, aspirado

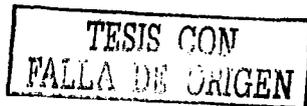
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO III

### MANEJO DEL NIÑO QUE NO COOPERA CON EL DENTISTA

Es conveniente mencionar las técnicas para los niños que no cooperan durante la experiencia dental, por lo general estos niños tienen problemas emocionales, son temerosos, introvertidos, tímidos, con alteración emocional, rebeldes ante la autoridad, etc. Para este tipo de situaciones existen diversas técnicas que pueden facilitar el manejo durante un procedimiento dental.

- ❖ **TÉCNICA DECIR-MOSTRAR-HACER:** Esta técnica señala que antes de empezar cualquier maniobra debe explicarse al niño lo que se realizará durante el tratamiento. La selección de las palabras es importante es esta técnica y su éxito depende del vocabulario sustituido para el instrumental que el dentista posea, así como la comprensión del procedimiento por parte del niño.
- ❖ **CONTROL DE VOZ:** Es necesario que el dentista demuestre autoridad durante su comunicación con el niño. Esta técnica es muy efectiva para interceptar conductas inapropiadas tan pronto empiezan a suceder y es menos exitosa una vez que los comportamientos inconvenientes alcanzan su máxima expresión (10).



❖ **MANO SOBRE BOCA:** Esta técnica ha sido descrita como agresiva física y psicológicamente, causando controversia en el mundo odontológico. Muchas veces los niños, sobre todo los muy pequeños (de edad preescolar), lloran y gritan con fuerza en el sillón dental; en estos casos es muy difícil hacerse comprender. Es entonces cuando deben usarse medios mas drásticos para calmar al paciente lo suficiente para que nos escuche. El propósito de la técnica mano sobre boca, es obtener la atención del niño, de modo que pueda ser establecida la comunicación, que le sea posible escuchar lo que se le dice y recibir la atención dental adecuada.

Fue descrita por primera vez en 1920 por la Dra. Evangeline Jordan y ha sido documentada en la literatura por más de 30 años. Consiste en colocar suave pero firmemente la mano sobre la boca del niño mientras grita, llora, pues sus gritos aumentan a condición de histéria, y cualquier esfuerzo del odontólogo por establecer la comunicación es inútil , ya que el llanto no le permite escuchar explicaciones y por consecuencia no puede razonar; pero si la boca se mantiene cerrada y hay poco ruido puede empezar a razonar. Hay que hablarle al oído, diciéndole que si quiere que se retire la mano debe callarse y escuchar, que sólo quiere hablársele y ver sus dientes. Después de unos segundos se le repite la pregunta si esta listo para que le retiren la mano, casi siempre hay una señal afirmativa con la cabeza, y con una repetición final de quedarse callado: la mano es retirada. Si al retirar la mano,

el niño dice que quiere a su mamá o continúa con mala conducta, se coloca nuevamente la mano y se le repite que no debe de gritar ni llorar, y que ira con su mama hasta que se haya terminado. Puede ser necesario repetirlo hasta que la conducta del niño cambie lo suficiente para permitir que comience el tratamiento. La asistente debe estar siempre presente para ayudar a inmovilizar los brazos y piernas y que nadie salga lastimado. Una vez que el niño coopera deber ser felicitado; es menester explicarle porque se le tapo la boca y después se le habla de cualquier cosa ajena al consultorio olvidando por completo lo que paso. Si el niño intenta comenzar de nuevo, un recordatorio de que se le volverá a colocar la mano sobre la boca será suficiente para hacerlo considerar. Después de aplicar la técnica, lo más importante es obtener nuevamente la confianza del paciente, esto se puede lograr permitiéndole observar sus dientes en un espejo, enseñarle sus radiografías, etc. Una vez realizado el tratamiento se le dice que estuvo fantástico , que se ha portado de maravilla o una frase halagadora. Se le pide a la madre que entre al cubículo para darle la explicación de lo realizado en esa cita, mientras que el niño puede ir con la asistente por un premio. Es sorprendente lo eficaz que la técnica puede resultar y como estos niños se vuelven pacientes ideales, no guardan resentimiento y se dan cuenta de que lo que se hizo fue por su propio bien: generalmente se vuelven pacientes más cooperadores e incluso amigos del dentista.

**INDICACIONES:** La técnica MSB debe considerarse como el último recurso para lograr realizar el tratamiento en un paciente histérico o a punto de llegar

a la histeria, después de no haber obtenido ningún resultado con todas las otras técnicas. Debe aplicarse en niños mayores de 3 años, ya que a esta edad, en promedio, es cuando se puede esperar la suficiente madurez para lograr una verdadera comunicación con el paciente; los niños deben estar sanos física y mentalmente capaces de cooperar y entender lo que se espera de ellos. Los niños que ameritan el uso de la técnica presentan una conducta negativa, descontrolada, desafiante o histérica.

**CONTRAINDICACIONES:** Niños incapaces de entender o cooperar, debido a su edad (menores de 3 años), a alguna enfermedad, incapacidad física o mental, cuando el paciente se encuentre en sedación o se impida la respiración del niño.

El odontólogo deberá informar a los padres y obtener su consentimiento para el empleo de esta técnica, así como de restricción física, es importante porque; aunque el daño no es físico, algunas veces los niños pueden presentar marcas de uñas o de los dedos del odontólogo (por hacer presión cuando son de piel blanca) al tratar de librarse. Debe ser por escrito, haber un testigo (asistente dental) y quedar un registro del empleo de la técnica en la ficha o expediente del paciente (19).

- ❖ **RESTRICCIÓN FÍSICA:** Puede efectuarse con las manos, cinturones, vendas, cintas, sábanas o aparatos especiales. Esta técnica se emplea durante el tratamiento de niños inmanejables. Los principales candidatos para tal restricción son los niños muy pequeños

(menores de 30 meses) que requieren tratamiento urgente, niños incapacitados, incluso con retraso mental.

**OTRO MÉTODOS:** Reducir la ansiedad de la madre, disminuye la del niño, y acercar al infante atemorizado con otro valiente produce resultados favorables. La hipnosis y técnicas de relajación cuentan con algunos partidarios, escuchar música, sesiones de desensibilización, regalos y citas de observación o mediante sustancias químicas, anestesia, sedantes (pero bajo control médico), (10).

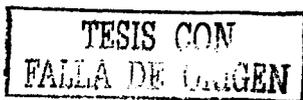
Todo esto facilita la integración de la conducta – odontólogo – niño – padres. Posibilita la adaptación de comportamientos positivos presentes y futuros del niño en el consultorio odontológico (5).

Sin embargo, es un hecho que el brindar atención bucal a los niños es y debe ser una experiencia agradable y además bien remunerada para el clínico de práctica integral. Muchos cirujanos dentistas no se sienten a gusto tratando niños, especialmente, los que demuestran miedo o ansiedad, o los que no se encuentran muy seguros de cómo manejar la conducta de los niños en el consultorio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ❖ **REGLAS BÁSICAS DEL MANEJO DE LA CONDUCTA**

1. Haga a los padres sentirse bien con respecto a ellos mismos. Cuando los padres se sienten cómodos y a gusto con ellos, es seguro que se sentirán bien con usted y el consultorio.
2. Tómese su tiempo. El dentista debe estar conciente que no se puede llevar a cabo una atención rápida. Es necesario entablar un relación dentista-paciente, por lo que nuestra meta inicial es que los niños y sus padres se sientan cómodos con el trato y la atención brindada. En cada visita reservar cierto tiempo para charlar, recordar el nombre del niño y tratar de descubrir algo sobre sus aficiones o gustos (8). En situaciones dónde se identifica a un niño muy apegado a sus padres lo primero que hay que hacer es brindar una situación que relaje al niño y no una donde lo ponga más ansioso, como sucedería si se trata de 'despegar' al niño de sus padres.
3. Permita que los padres estén presentes dentro del operatorio (20). El miedo al tratamiento es ampliamente reconocido como una de las principales razones por las que se evade el cuidado dental; se ha demostrado que con frecuencia se adquiere como resultado de contactos sociales, también ha sido relacionado con experiencias médicas y dentales traumáticas. El miedo y la ansiedad del niño son problemas fundamentales en su tratamiento, por tanto, el odontopediatra debe ser capaz de enfrentar esas situaciones y



manejarlas de manera adecuada, además debe ayudar al niño a desarrollar habilidades para enfrentar la ansiedad causada por los procedimientos odontológicos. Lo que los niños aprendan durante la primera visita al consultorio dental será determinante para su futuro cuidado bucal. Investigaciones realizadas por Wright, Pfefferle, Bailey y Pinkham concluyeron que la madre puede ser un auxiliar invaluable en el establecimiento de la comunicación entre niños pequeños y estomatólogos, siempre y cuando ella sea instruida y motivada de manera adecuada. La presencia de los padres influye en gran medida sobre la conducta de nuestros pacientes, en especial en niños pequeños (4 a 6 años). Es importante que la participación de los padres este limitada a una observación pasiva, de manera que no interfiera en la comunicación entre estomatólogo y paciente. El empleo de técnicas de desensibilización, como una breve explicación acerca de los procedimientos que se van a realizar, son muy importantes para niños y padres (21).

4. Haga sentir bien al niño con respecto a sus dientes. No tomemos una actitud negativa, por muy deteriorada que se encuentre la salud bucal del niño. Hay que dar mensajes claros y directos acerca de los procedimientos que hay que realizar para devolver la salud de su boca. Háblémosle de lo importante que es mantener la boca sana, y refuerce esta idea con otros procedimientos (20).



5. Trabajar con tranquilidad, evitar los movimientos bruscos. Tratar de interesar y distraer al niño, así como tener periodos adecuados de tratamiento, deben ser atendidos por lo general en la mañana que es cuando se encuentran mas relajados y la visita no debe ser prolongada y sin pausas (8).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

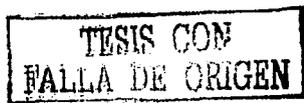
## **CAPÍTULO IV**

### **LLANTO DEL NIÑO COMO AYUDA EN EL TRATAMIENTO DENTAL**

Para realizar un buen tratamiento dental en el paciente pediátrico es imprescindible lograr que el pequeño se tranquilice y coopere con el odontólogo. Si el niño llora y el dentista no logra tranquilizarlo, puede provocar en el un sentimiento de cólera, de tensión, de culpa o aún de frustración, que le impedirá manejar correctamente la situación. Es necesario determinar las causas por las cuáles el paciente presenta una conducta negativa. Una manera de hacerlo es evaluar el tipo de llanto que presenta el niño. El llanto es una emoción que refleja la personalidad del individuo y presenta diferencias según la causa que lo origina, por ello es de gran importancia conocer las características de los diferentes tipos de llanto a fin de determinar la causa que los originó y poder controlarlo satisfactoriamente.

#### **❖ EL LLANTO COMO UNA MANIFESTACIÓN DE LA PERSONALIDAD**

El llanto es normal en los niños pequeños, de hecho es el principal medio de comunicación del infante con su medio ambiente y señala angustia, de cualquier especie que sea. Es una forma de manifestar la personalidad del individuo. Cuatro tipos se observan con mas frecuencia en el consultorio



dental y estos son, llanto obstinado, llanto de miedo, llanto de dolor y llanto compensatorio, en ese orden de prevaecía (22).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **CAPÍTULO V**

### **TRANSTORNOS DE ANSIEDAD**

#### **❖ TEMOR Y ANSIEDAD**

Psicológicamente el temor y la ansiedad son dos entidades distintas. El temor es la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física de dolor. Sin embargo, aunque tanto el temor como la respuesta física al dolor son desagradables, sirven como medios de alarma y sin esas reacciones, la raza humana desaparecería, muy pronto, por el contrario la ansiedad es un estado emocional que se origina en fuentes internas tales como fantasía y expectativas no reales, es imposible separar totalmente el temor y la ansiedad, ya que el temor nunca se expresa sin un cierto matiz de ansiedad. La mente infantil está más controlada por los impulsos internos y las fantasías que la del adulto y por ello el niño tiene más tendencia a sufrir de ansiedad (8).

La odontología, como disciplina del campo de la salud, debe enfrentar el hecho de que posee como ambiente y como experiencia diversos estímulos que promueven una respuesta natural de ansiedad. El comportamiento ansioso de un paciente con percepción poco realista de su tratamiento es más frecuente en el campo odontológico que en otras ciencias de la salud. Se propone una clasificación de trastornos de ansiedad en el paciente odontológico.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## ❖ CLASIFICACIÓN DE TRANSTORNOS DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE ODONTOLÓGICO

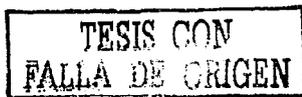
- **Leve:** el trastorno de ansiedad leve no dá lugar sino a una ligera dificultad para la realización del diagnóstico y tratamiento odontológico.
- **Moderado:** existen signos y síntomas de deterioro psicológico-funcional suficientemente intensos en el trastorno de ansiedad moderado como para dificultar el diagnóstico y tratamiento odontológico, obligando a un cambio en la rutina del odontológico.
- **Severo:** se detectan diversos signos y síntomas de deterioro psicológico-funcional que impide la realización del diagnóstico y tratamiento odontológico en la cita programada, forzando un cambio en el día de la cita, o a la negativa por la parte del paciente, del odontólogo o de ambos para seguir el tratamiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ❖ **TRANSTORNO DE ANSIEDAD CON MODIFICACIÓN DEL TIPO DE PERSONALIDAD**

- **Tipo lábil:** si la modificación es predominantemente afectiva (te odio..., no lo quiero..., no me gusta que me piquen..., me da asco el flúor...)
- **Tipo desinhibido:** si la modificación predominante es el descontrol de los impulsos normales o la pérdida de la inhibición verbal, social, moral o sexual.
- **Tipo agresivo:** la modificación predominante es el comportamiento.
- **Tipo apático:** la modificación predominante es la apatía o la indiferencia ante el tratamiento odontológico.
- **Tipo paranoide:** si la modificación predominante es la suspicacia, o la vanidad, la desconfianza, el misticismo, la falta de juicio, la hipocresía o el orden en pensamiento y acción durante el tratamiento odontológico.
- **Tipo combinado:** si predomina más de una modificación en el cuadro clínico.
- **Tipo no específico:** si el trastorno no cumple los criterios diagnosticados de modificación de personalidad por trastorno de ansiedad.

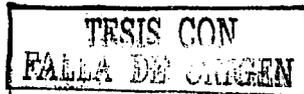
**Nota: este trastorno de ansiedad puede especificarse como leve, moderado o severo (23).**



## **CAPÍTULO VI**

### **SEDACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA**

Frecuentemente la modificación de conductas disruptivas, mediante técnicas de condicionamiento psicológico, así como la empatía y los refuerzos positivos son indispensables para establecer una relación satisfactoria entre el paciente infantil y el odontólogo. Sin embargo, se presentan casos de niños que no responden satisfactoriamente a este manejo, lo cual puede deberse a que son muy pequeños o bien el miedo o ansiedad que presentan, dificultan o impiden su cooperación. Para realizar el tratamiento dental de estos pacientes de difícil manejo contamos con otras técnicas como son: la sedación preoperatoria, la analgesia inhalatoria con óxido nitroso y la anestesia general. Las técnicas de sedación producen un estado de depresión mínima del nivel conciencia, conservando la capacidad de mantener la vía aérea de forma independiente y continua, con la capacidad de responder apropiadamente a los estímulos, es decir, los reflejos se mantienen intactos. Los fármacos utilizados para este fin deben poseer un margen de seguridad amplio, con una vía de administración de fácil aceptación por el niño, con mínimos efectos adversos o reacciones secundarias.



## ❖ ÓXIDO NITROSO- MIDAZOLAM-ACETAMINOFÉN PARA MODIFICAR LA CONDUCTA EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS

La analgesia con óxido nitroso es una técnica de aplicación inhalatoria de rápida inducción y recuperación que disminuye la angustia y modifica el umbral del dolor durante procedimientos dentales menores. Actualmente es utilizada por el 74% de los odontopediatras de Norteamérica. Shaw y colaboradores encontraron que muchos padres prefieren la analgesia con óxido nitroso en comparación con la anestesia general. Peretz y colaboradores reportaron que la respuesta al tratamiento bajo esta técnica mejoró la conducta de una a otra cita debido a las sensaciones de confortabilidad que provoca el gas.

El óxido nitroso puede ser utilizado solo o combinado con otros ansiolíticos, con la finalidad de disminuir las dosis y obtener ventajas por el sinergismo de ciertas propiedades farmacológicas. El dolor es uno de los motivos por los cuáles los pacientes rehuyen al tratamiento dental. La medicación previa a la aplicación de óxido nitroso con un agente ansiolítico y otro analgésico busca mejorar la aceptación de la mascarilla por el paciente, obtener un nivel de sedación mas apropiado, así como lograr un mejor efecto analgésico durante el tratamiento dental. El acetaminofén, es un fármaco que ha demostrado clínicamente en niños su acción antipirética y de analgesia rápida y eficaz, aliviando el dolor moderado presente en los tratamientos estomatológicos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

No produce irritación gástrica, cuando se utiliza en combinación con sedantes es bien tolerado y no se han reportado reacciones colaterales. La combinación con midazolam no provoca efectos adversos sobre el sistema cardiovascular ni respiratorio.

Por otro lado, el midazolam es una benzodicepina hidrosoluble, con propiedades ansiolíticas, miorelajantes, anticonvulsivantes y psicosedantes, ofrece ventajas por poseer acción, absorción y eliminación en menor tiempo en comparación con otras benzodicepinas. Provoca amnesia anterógrada, tiene un buen margen de seguridad, con efectos de variación mínimos sobre la presión arterial. La finalidad de adicionar el acetaminofén a la sedación con óxido nitroso-midazolam es modificar el umbral doloroso y mejorar el nivel de sedación. El óxido nitroso es un gas que actúa principalmente en el SNC, se elimina por los pulmones y que ha demostrado poseer un margen de seguridad elevado que permite la rápida recuperación del paciente. Se utiliza en niños mayores de 3 años con capacidad de comprender las órdenes verbales y cierto potencial de cooperación, ya que durante la realización de los procedimientos los pacientes están despiertos en todo momento para aplicar las diferentes técnicas de persuasión y desensibilización, así como reforzadores de conducta (24).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ❖ MIDAZOLAM VÍA INTRANASAL Y DIAZEPAM VÍA ORAL

Dentro del tratamiento integral del niño en odontopediatría, la administración de fármacos no debe sustituir a las diferentes técnicas de manejo conductual sino por el contrario, pueden utilizarse en conjunto para permitir al odontólogo ofrecer mejor atención a pacientes difíciles. La sedación consciente causa en el paciente un estado de depresión mínima del nivel de conciencia, en el cuál retiene la capacidad de mantener libre la vía aérea, en forma independiente y continua, responder apropiadamente a estimulación física y verbal. Todos los reflejos quedan en esencia intactos. Para seleccionar al paciente que requiera manejo farmacológico se tomará en cuenta su clasificación de conducta, por ejemplo, basándonos en la dada por Frankl, los pacientes dentro de las clasificaciones II- negativo y III- positivo en los que se requiera disminuir ansiedad, para que así aumente el nivel de cooperación y se facilite su manejo, son candidatos a recibir sedación consciente. El midazolam vía intranasal a dosis de 0.3 mg/kg- peso es mejor alternativa que diazepam vía oral a la misma dosis para sedación en estomatología pediátrica, pacientes preescolares, ya que tiene un inicio de acción más rápida, mejor efecto sedante, disminuye el nivel de ansiedad lo cuál permite un mejor manejo de la conducta. Su pronta recuperación proporciona mayor seguridad y confianza para su utilización (25).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para medir la efectividad de la sedación se utilizaron los parámetros de Houpp:

1. Llanto: histérico, fuerte, medio intermitente, sin llanto.
2. Movimiento: movimiento interrumpiendo el tratamiento, movimiento haciendo difícil el tratamiento, movimiento que no interrumpe el tratamiento, sin movimiento.
3. Nivel de sedación:
  - Negativo. Tratamiento imposible de efectuar, el paciente rechaza por completo el procedimiento, agitado, con llanto histérico y con movimientos violentos.
  - Pobre. Tratamiento con continuas interrupciones, el paciente se encuentra inquieto, desorientado o con llanto persistente, movimientos continuos, lo cuál hace difícil el tratamiento.
  - Aceptable. Tratamiento eventualmente interrumpido, pero llega a terminarse, paciente con movimientos controlables, con llanto intermitente en forma de sollozos que no interfieren en el tratamiento.
  - Bueno. Tratamiento terminado con una sola interrupción, se presentan algunos periodos de llanto o movimiento.
  - Muy bueno. Tratamiento terminado, paciente con ligera somnolencia que acepta y coopera, no hay llanto ni movimientos.

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

La sedación consciente debe de cumplir los siguientes objetivos:

- Brindar servicios odontológicos de mayor calidad mas confortables y eficientes.
- Controlar las conductas inadecuadas del paciente que interfieren con el tratamiento.
- Producir en el paciente una actitud psíquica positiva, para la atención futura (24).

### ❖ AUMENTO DEL UMBRAL DEL DOLOR

Desde el punto de vista fisiológico, el dolor se define como una sensación desagradable que surge en una zona particular del cuerpo. El dolor puede ser provocado por medios mecánicos, químicos, eléctricos y térmicos, y una vez que el tejido ha sido dañado se liberan sustancias como la bradicina que estimulan las terminaciones nerviosas sensibles al dolor, El tiempo de reacción depende de la intensidad del estímulo, siendo corto ante un estímulo fuerte. En la situación clínica, el paciente espera evitar el dolor, y "reacciona ante su médico como ante su ser todopoderoso", sin embargo, aun no existe un método que sea universalmente satisfactorio para aliviar el dolor, el uso de productos químicos es en parte una ciencia, y en parte un arte, pues no existe un fármaco único eficaz para los miles tipos de dolor. La ansiedad contribuye de manera decisiva al aumento de la percepción del dolor.



La técnica de relajación progresiva es un buen recurso en la disminución de la ansiedad y el aumento del umbral del dolor en el consultorio dental, se enfatiza en la necesidad de un esfuerzo consciente por parte del paciente, así como del odontólogo para llevar a cabo esta técnica de relajación, en comparación con la terapéutica farmacológica, cada vez mas utilizada y a veces de manera irreflexiva, la técnica de relajación resulta ser inocua (26).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO VII

### ERGONOMÍA EN EL CONSULTORIO DENTAL

Ergonomía es una ciencia aplicada que coordina el diseño de aparatos, sistemas y condiciones físicas de trabajo con los requerimientos y capacidades del trabajador. Una asistente dental entrenada, cuando sus capacidades son usadas apropiadamente, podría incrementar significativamente la productividad del dentista y al mismo tiempo reducir considerablemente el estrés. Las manos son una extensión del cuerpo, el vehículo que si se mantiene adecuadamente, le permite al cirujano dentista brindar la mas alta calidad de atención dental a un mayor número de personas en el menor tiempo posible (27).

Las reglas primordiales que se deben de cumplir en el consultorio dental son la de no 'fumar', y la de que el personal o auxiliar dental deben de usar barreras de protección. La tarea o trabajo de cada miembro, Cirujano Dentista, recepcionista, asistentes, socios o asociados, trabajadores de limpieza, se relacionan estrechamente con lo que todos estos individuos están haciendo. Por lo tanto, el uso del vocabulario técnico y preciso relacionado con las actividades de la organización, evita ambigüedad y malos entendidos. No es posible dentro de una organización, contratar a individuos no entrenados, ya que estos no favorecen el desarrollo o crecimiento de la empresa. Por otro lado, individuos competentes, cuando están motivados, pueden ser altamente productivos. Nuestro Consultorio o

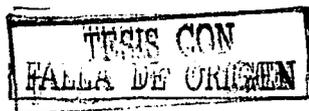
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Clinica Dental es una organización, una empresa y como tal los Cirujanos Dentistas, directores de la misma, deben organizarla y manejarla. Al hacerlo de esta manera, el profesional encontrará mayor satisfacción al ofrecer cada día un mejor servicio y ver sus metas cumplidas (28). Por lo tanto, se requiere de un lugar de trabajo confortable, tanto para el que ahí labora como para el paciente. Las técnicas de tratamiento dental evolucionan constantemente, y la necesidad del control de infecciones nos invitan a crear un consultorio diseñado para estar acorde con la época actual. Las principales zonas en un consultorio son las siguientes:

1. Recepción y sala de espera: la recepción necesita un lugar para una persona que atienda las necesidades administrativas del consultorio y el almacenar los archivos clínicos de los pacientes.
2. Zona de operación u operatorios: es dónde el dentista pasa la mayor parte del tiempo, de aquí la importancia de que los muebles sean de diseño ergonómico. El mueble principal en esta zona es el sillón dental y todo está dispuesto en torno a él.
3. Área de recirculación de instrumental: aquí es donde se recibe el material contaminado, prelavado, lavado y secado del mismo, esterilización y almacenaje.
4. Laboratorio o zona de trabajo.
5. Despacho u oficina: dónde el doctor llevará a cabo el estudio o análisis administrativo del consultorio (29).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La armonía entre el grupo de trabajo es sumamente importante para mantener al cirujano dentista en contacto con los pacientes, hay que recordar que en ocasiones el personal sirve como un puente de comunicación. Es innegable que con el grupo de trabajo se puede aumentar la eficacia y productividad (30).



## CONCLUSIONES

Existen modelos conceptuales y operativos que orientan el estilo personal del profesional Odontológico en el manejo del niño. Cada profesional adoptará y desarrollará la técnica más adecuada en función de las características del niño y el medio ambiente que lo rodea. El propósito de este trabajo es el de dar a conocer algunas técnicas que debe poner en práctica el odontólogo para la comprensión y manejo de la conducta del niño, con el fin de facilitar el tratamiento del paciente a la conducta odontológica. También se mencionan: métodos afectivos en el manejo de la comunicación, el cuál aparece en la guía de la Academia Americana de Odontopediatría, así como, el manejo de la conducta con imágenes visuales, modelamientos, entre otras. No obstante, cabe señalar, que no existen fórmulas mágicas, ni recetas prefabricadas en el manejo de la conducta del niño en la relación triangular odontólogo-niño-padres. Sin embargo, tiene especial influencia en esta relación: la experiencia, el conocimiento bio-psicosocial del paciente, así como también, el grado de sensibilización y humanización del profesional de la Odontología (5). Es esencial la buena comunicación, así como el buen trabajo para que tanto el niño como el padre queden satisfechos y la experiencia dental futura del niño sea agradable (10). Es de suma importancia para el cirujano dentista conocer diferentes técnicas en el manejo de la conducta del individuo, y sobre todo quitarse la idea de que atender niños es problemático y poco

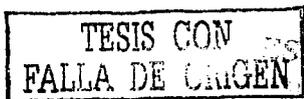
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

reconfortante, además de que estos son aspectos que todo odontólogo de práctica general o integral debe lograr para disfrutar de la atención infantil en su práctica clínica (20).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

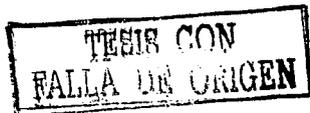
## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

- 1.- Koch, Goran, Modeer. Odontopediatría. Enfoque Clínico. Editorial Panamericana. 1997, Buenos Aires: pp. 40-47.
- 2.- Alvarez Fernández Jose (editor). Ciencias de la conducta en Odontología. Revista Dentista y Paciente. Diciembre 1993, Vol. 12(18): pp.12-15.
- 3.- Lezama de Diego Carlos. Relación paciente-odontólogo. Revista Práctica Odontológica. Enero 1994, Vol. 15 (5): pp.3.
- 4.- Colín Piana Ricardo. Psicología en el consultorio. Revista Práctica Odontológica. junio 1987, Vol. 8 (6): pp.9-11
- 5.- Medina P. Josefa. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Revista Acta Odontológica Venezolana, 1998, Vol. 36 (2): pp. 70-73.
- 6.- Prieto G. Miguel. Etapas de Desarrollo y Crecimiento. Revista Dentista y Paciente. 1996, Vol. 4 (37 y 43): pp. 26-30.
- 7.- Mc Donald, Ralph E. Avery. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta. Edición. Editorial Médica-Panamericana: pp. 45-67
- 8.- Magnusson, Bentg O. Goran. Odontopediatría. Enfoque Sistémico. Editorial Salvat . Barcelona: pp. 33-47.
- 9.- Páres Vidrio Gustavo. El Comportamiento del niño y su relación con la primera pregunta en el consultorio dental. Revista ADM. Mayo-Junio 1983. Vol. 40 (3): pp. 64-68.
- 10.- Mendoza Rojas Fernando (editor). Manejo dental del paciente pediátrico. Revista Práctica Odontológica. Agosto 1998. Vol. 19 (8): pp. 35-37.
- 11.- Garzón de Morelia. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. Editorial Sisinlimed. Caracas 1995: pp. 22-27.
- 12.- Peñaranda Pablo. Importancia de la Psicología en la Odontología. Revista Acta Odontológica Venezolana. Mayo-Diciembre 1990. Vol. 28(2 y 3): pp. 39-48.
- 13.- Braham, Raymond, Morris. Odontología y Pediatría. Editorial Panamericana. Buenos Aires 1989: pp.451-472.



ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

- 14.- Finn, Sydney. Odontología Pediátrica. Editorial Panamericana. 4ta. Edición. México 1976: pp.29-39.
- 15.- Argüelles Nanni Sergio. La Motivación. Revista Dentista-Paciente. Vol. 2 (23). Mayo 1994:pp. 30.
- 16.- Pinham, J. R. Odontología Pediátrica. 2a. Edición. Nueva Editorial Interamericana. México: pp.277-288.
- 17.- Robert Feigal. Manejo de la conducta del niño a través de métodos no farmacológicos. Journal of Pediatric Dentistry Practice. Vol. 1 (114):pp.67-77-
- 18.- Ocampo Ramírez Juan (editor). Técnica Decir-Mostrar-Hacer. Revista Dentista y Paciente. Diciembre 2001. Vol. 10 (114): pp.36-38 y 40-42.
- 19.- García López Antonio (editor). Técnica Mano sobre boca. Revista Dentista y Paciente. Junio 1999. Vol. 7 (84): pp. 10-16.
- 20.- López Aranda Mauricio (editor). El Cirujano Dentista y el Paciente Infantil. Revista Dentista y Paciente. Enero 1996. Vol. 4 (43): pp.8-9.
- 21.-Gutierrez Muñoz Ma. de los Angeles. Presencia de los padres, desensibilización y conducta de los niños en el consultorio. Revista Práctica Odontológica. Diciembre 1997. Vol. 18 (12): pp.35-39.
- 22.- Vázquez González Armando (editor). Evaluación del llanto como ayuda en el tratamiento dental. Revista ADM. Mayo-Junio 1985. Vol. XLIII(3): pp. 75-84
- 23.- Monzón de la Peña Joel (editor).Clasificación de trastornos de la ansiedad en el paciente odontológico. Revista ADM. Julio-Agosto 1997. Vol.54(4): pp.207-214.
- 24.- Vilchis Velasco Ulises (editor). Evaluación de óxido nitroso-midazolam-acetaminofén para modificar la conducta. Revista ADM. Marzo-Abril 2002. Vol.59(2):pp.45-49.
- 25.- De la Teja Angeles Eduardo. Sedación en odontología del dolor. Revista Práctica Odontológica. Agosto 1992. Vol. 16(6):pp.18-22.
- 26.- Paredes Rivera Mirna Patricia. Aumento del umbral del dolor. Revista Práctica Odontológica. Agosto 1992. Vol. 18(8):pp. 43-46.
- 27.- Pollack Risa. Ergonomía. Comodidad por diseño. Revista Dentista y Paciente. Noviembre de 1992. Vol.1 (15): pp.8-15.



28.- Cabrera Hidalgo Raúl. El Consultorio Dental. Revista Dentista y Paciente. Julio 1992.Vol. 1 (1): pp.10-12.

29.- Salgado Mojica Ricardo. Diseñando el consultorio. Revista Dentista y Paciente. Mayo 1993. Vol. 1 (11): pp.11-12.

30.- Klavins Plorins Eva. El Cirujano Dentista y su grupo de trabajo. Revista Detista y Paciente. Septiembre 1992. Vol. 1 (3): pp.9-11.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ANEXOS

**TABLA I****TÉCNICAS PARA TRATAR CONDUCTAS DIFERENCIALES  
DEL PACIENTE**

CONDUCTA	TECNICA	RESULTADOS
Ansioso	Decir, mostrar, hacer	Disminuye ansiedad, y el miedo
Renuente y hostiles	Control mediante la voz	Docilidad y atención
Participantes	Modelamiento	Aprende patrones de conducta
Cooperadores	Reforzamiento positivo	Nivel bajo de ansiedad
Fobias extremas	Desensibilización	Relajamiento progresivo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA II**

**CARACTERÍSTICAS DE LOS TIPOS DE LLANTO**

Tipo de llanto	Lágrimas	Sonido	Tono	Características especiales	Tratamiento
Obstinado	No	Voz fuerte	Tipo ambulancia	Mordiscos y-o patadas	Seguridad Decisión Firmeza Comprensión
Miedo	Muchas	Lamento Gemido	Sonidos Gutturales	Cara de angustia	Comunicación Explicar lo que se le va hacer
Dolor	Abundantes	Volumen bajo	Lapsos de silencio	Gestos de dolor	Buen anestésico Eliminar la causa del dolor
Compensatorio	No o escasa	Volumen bajo	Quejido constante	El quejido sigue el sonido de la pieza de mano	Mayor comunicación Permitir que lllore. Ir dándole seguridad

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA III****ANSIEDAD ODONTOLÓGICA INTENSA (A.O.I.)**

A.O.I. al riesgo de complicación de enfermedad	74%
A.O.I. a las técnicas de restricción física	71%
A.O.I. a no poder respirar libremente por boca	68%
A.O.I. estar con la boca abierta prolongadamente	66%
A.O.I. sala de espera llena (oclodontofobia)	62%
A.O.I. a la sensación de abandono	57%
A.O.I. a consultorios en edificios altos	54%
A.O.I. a técnicas de intimidación	50%
A.O.I. posición reclinada del sillón dental	47%
A.O.I. a malas experiencias previas dentales	45%

**TABLA IV****FOBIAS ODONTOLÓGICAS**

Fobia a la pieza de mano	92%
Fobia a los olores	90%
Fobia a agujas	88%
Fobia a la sensación de anestesia en labios, lengua y / o mejilla	84%
Fobia a la luz de la lámpara dental	83%
Fobia a la sangre	81%
Fobia a ser lastimado o herido	81%

Fobia al dique de hule	79%
Fobia a la suciedad	76%
Fobia a la asociación color de bata-dentista-dolor	74%
Fobia a las enfermedades	73%
Fobia a gérmenes, bacterias, virus o infecciones	73%
Fobia a los campos quirúrgicos	68%
Fobia a la fractura dental	66%
Fobia al excesivo tiempo de espera	65%
Fobia a los espacios pequeños	64%
Fobia a las innovaciones	57%
Fobia a estar quieto	29%