



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**MANEJO CONDUCTUAL  
ODONTOPEDIÁTRICO EN NIÑOS  
DE 0 A 5 AÑOS.**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

**LAURA MARCELA FUENTES PÉREZ**

**TUTORA: C.D. MARÍA ISaura CORTÉS GARCÍA**

MÉXICO, D.F.

2008



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.

*Gracias a **Dios**, por darme la oportunidad de despertar cada día.*

*A mis padres, en especial a mi madre por todo el esfuerzo que hizo para que saliera adelante.*

*A mis hermanos, y hermanas en especial a mi hermana Susy, por todo el apoyo que me brindaron, no sólo durante la carrera, sino durante toda la vida.*

*A la Universidad, por haberme brindado el apoyo en el transcurso de mi formación, en especial a mis maestros, Dra. Isaura, Dra. Dora Liz, Dr. Héctor y Dr. Ricardo, por haberme dedicado su tiempo y atención al elaborar este trabajo, ya que sin su apoyo no hubiera podido realizarlo.*

*A mis pacientes, compañeros y amigos de la facultad y de toda la vida, Norma, Aurora, Gabriel y Nelly, que estuvieron cuando más los necesité, en especial a Vielka y Anilu, porque gracias a su apoyo y su humildad de ver la vida, he aprendido a seguir adelante.*

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

### 1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

1.1	Desarrollo intelectual y psicológico	3
1.1.1	Teoría cognoscitiva de Piaget	3
1.2	Áreas del desarrollo	5
1.2.1	Área de conductas motrices	6
1.2.2	Área de conducta adaptativa	6
1.2.3	Lenguaje	7
1.2.4	Conducta personal social	7

### 2. FACTORES QUE DETERMINAN LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA EDAD PREESCOLAR EN LA CONSULTA DENTAL

2.1	Influencia de los padres	9
2.2	Efecto de las actitudes maternas	10
2.2.1	Sobreprotección	11
2.2.2	Sobreindulgencia	12
2.2.3	Carencia afectiva	13
2.2.4	Rechazo	13
2.2.5	Autoritarismo	14
2.3	Experiencias dentales anteriores	15

### 3. CONTROL DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD

3.1	Objetivos del manejo de conducta	17
3.2	Comunicación	18
3.2.1	Lenguaje pediátrico	20

3.2.2	Técnica decir-mostrar-hacer	21
3.2.3	Control de voz	22
3.3	Modificación de la conducta	24
3.3.1	Desensibilización	24
3.3.2	Reforzamiento	26
3.3.3	Imitación	29
3.4	Técnicas de enfoque físico	30
3.4.1	Bloques de mordida	31
3.4.2	Mano sobre boca	32
3.4.3	Control físico, mediante dispositivos específicos	34
3.5	Otras técnicas	36
3.5.1	Premedicación	36
3.5.2	Sedación	37
3.5.3	Anestesia general	40
	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>44</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>45</b>



## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad dar a conocer cada una de las técnicas de manejo de conducta que se utilizan en odontopediatría en niños de 0 a 5 años de edad, ya que éstas técnicas constituyen un conjunto de valiosas herramientas que influyen en la conducta del niño, para lograr que el niño adopte una conducta cooperativa y así realizar con éxito el tratamiento dental deseado.

Para ello debemos tomar en cuenta varios factores que influyen en la conducta del niño, como la interacción con su familia, la escuela y el odontólogo, en el caso de la familia, la figura materna suele ser la más significativa, ya que la conducta que adopte la madre, se verá reflejada en la actitud del niño, y está a su vez podría interferir en nuestra comunicación con él.

No debemos dejar a un lado la importancia que tiene el conocer el desarrollo emocional del niño y los aspectos psicológicos, ya que es la base fundamental, para conocer el desarrollo individual que tiene cada niño y del mismo modo la actitud que va a tomar en el consultorio dental.

Sin embargo también debemos considerar la aceptación que tienen los padres en cuanto a las técnicas de modificación de la conducta que utilizemos, ya que sin la aprobación de ellos no podrían ser aplicadas.

Me parece interesante mencionar el valor fundamental que tiene el uso de la técnica de comunicación, ya que a partir de ésta podemos saber si realmente el niño nos está entendiendo y así poder lograr nuestro principal objetivo que es el de disminuir la ansiedad y evitar una posible conducta negativa durante la consulta dental.



La adopción de técnicas adecuadas del manejo de la conducta y la comunicación con el niño y sus padres, trae como resultado ofrecer a la mayoría de los pacientes odontopediátricos un tratamiento dental convencional. Sin embargo, cuando el control del dolor en algunos niños necesita ir más allá del bloqueo físicoquímico de las vías anatómicas que lo conducen, se requiere adoptar medidas farmacológicas para controlar la angustia en estos niños.

En algunos pacientes, la anestesia general es la única posibilidad. La decisión de administrarla, sin embargo, nunca debe tomarse por “comodidad” del odontólogo o de los padres. Debe determinarse con total seguridad la *indicación* de aplicarla, y sólo cuando se hayan excluido todas las demás posibilidades. Además, hay que tener en cuenta los riesgos de la anestesia, la carga que supone para el organismo y la carga económica y tampoco se debe menospreciar el riesgo de complicaciones.

Cabe mencionar que cuando se requiera utilizar este tipo de métodos, el odontólogo debe tener la capacidad y el adiestramiento en estas técnicas, así como contar con el equipo de vigilancia adecuado y un protocolo que garantice la seguridad del paciente. Se reitera que este ámbito precisa que los padres comprendan las técnicas, riesgos y alternativas.

Por lo anteriormente mencionado, debido a los riesgos y complicaciones en el uso de técnicas farmacológicas, el enfoque principal de esta tesina es la utilización de las técnicas no farmacológicas en el consultorio dental en niños de edad preescolar.



## 1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Los aspectos del desarrollo psicológico del niño son importantes, ya que el papel fundamental del odontólogo o del odontopediatra es entablar una comunicación con el niño y obtener su confianza, para poder aplicar los cambios de conducta que permitan realizar el tratamiento.

### ¿Es indispensable la psicología en la odontopediatría?

Por supuesto que sí, ya que el conocimiento del desarrollo psicológico constituye la base fundamental para establecer una buena relación entre el odontopediatra y el niño, así como la comunicación con los padres y de la aceptación de las técnicas para la conducción del niño en la consulta odontológica.

#### 1.1 Desarrollo intelectual y psicológico

El desarrollo psicomotor del niño se define como las múltiples transformaciones que en lo biológico, psíquico y social va a experimentar, desde el momento de la concepción hasta la complejidad de ser adulto.

##### 1.1.1 Teoría cognoscitiva de Piaget

Para Koch el principal exponente de las teorías cognitivas es Piaget, quien considera que los seres humanos tenemos dos tendencias innatas



importantes para enfrentar la vida con éxito; la tendencia a adaptarse al medio y la de organizar la experiencia y el conocimiento.

Así mismo Shaffer refiere que para Piaget adaptarse quiere decir que el organismo puede hacer frente a las demandas de su situación inmediata. Por ejemplo, un bebé con hambre, que coge un biberón y se lo lleva a su boca, se está comportando de modo adaptativo. Al ir madurando los niños, van adquiriendo “estructuras cognitivas” cada vez más complejas, que les ayudan a adaptarse a su entorno.<sup>1</sup>

Para Piaget la secuencia del desarrollo adaptativo se establece en cuatro períodos, aunque solo detallaremos los dos primeros, con la finalidad de enfocarnos al título de nuestro tema principal.<sup>2</sup>

- Primer periodo; la inteligencia sensomotriz.

Este periodo incluye seis estados, desde el nacimiento a los 24 meses, el niño practica sus reflejos, repitiendo sensaciones placenteras hasta obtener coordinación mano-boca, (1-4 meses).

Resulta particularmente interesante profundizar en esta etapa, ya que en estas edades es más frecuente la visita al consultorio dental de los dos a los cuatro años edad.

Debido a que a los dos años, el niño ha adquirido dominio muscular para desplazarse y mucha de sus satisfacciones son de este orden, tienen mentalidad motriz, varias habilidades constructivas y su percepción del ambiente es suficiente como para ajustarse a pautas domésticas. Un año más tarde, a los tres, ha aumentado enormemente su comprensión

---

<sup>1</sup> R. Shaffer, David, Desarrollo social y de la personalidad. Editorial Thomson, 4ª. Edición. Pág. 45.

<sup>2</sup> Escobar Muñoz, Fernando. Odontología Pediátrica Editorial Amolca. 2ª. Ed 2004. Pág. 12-14.



semántica y demuestra discriminación verbal y perceptual, ha aprendido a afinar algunos movimientos, como para cuidar sumariamente su aseo personal; por lo tanto, es posible formar en él hábitos de higiene bucal.

A los cuatro años puede establecer relaciones de causa-efecto primeros indicadores de pensamiento lógico, al estar consciente de la multiplicidad de las cosas.

- Segundo período; estadio preoperacional. (2-7 años)

Etapa en la que el niño “tantea” la representación de símbolos unidos a los objetos, hasta tener un pensamiento preconceptual que permite usar símbolos mentales para pasado y futuro. El razonamiento es egocéntrico e ilógico (La luna parece seguir al niño que camina, sin observar que no sigue al niño que pasa en sentido contrario). No existen los principios de conservación de volumen, de números y de masa.

El tercer estadio, corresponde al operacional concreto de los 7-11 años, y el cuarto es operacional-formal, abarca desde los 11/12 años en adelante.

## 1.2 Áreas del desarrollo

La importancia del desarrollo, radica en determinar la capacidad que tiene cada individuo para valerse por sí mismo o para considerar cuando es tiempo de hacerlo, se debe tomar en cuenta no solo al niño, sino su aspecto social, las relaciones interpersonales y las funciones independientes e individuales, para establecer las capacidades específicas de cada edad.



Koch refiere que las áreas del desarrollo más importantes e interesantes en lo que respecta al tratamiento odontológico, son: motora, adaptativa, conducta verbal y social, y personalidad, cada una ligada íntimamente, y que se pueden hallar a una edad determinada en un niño.<sup>3</sup>

### **1.2.1 Área de conductas motrices**

La conducta motora incluye el desarrollo motor grueso, las reacciones posturales, manipulación, locomoción coordinación general del cuerpo y ciertas aptitudes motrices específicas. La importancia del desarrollo motor radica en la capacidad del niño para permanecer sentado durante el tratamiento y para cepillar sus dientes.<sup>4</sup>

Escobar recomienda observar al niño desde que ingresa a la consulta, examinar su deambulación, reacción posturales y gestos más característicos, ya que la capacidad armónica de crecimiento de un niño es indispensable para su socialización y adaptación.

### **1.2.2 Área de conducta adaptativa**

Corresponde a la adaptación en diferentes situaciones que requieren pensamiento, imaginación y aprendizaje. Esta área incluye todas aquellas adaptaciones de carácter perceptual, manual, verbal y de orientación, que reflejan la capacidad del niño para acomodarse a las nuevas experiencias y servirse de las pasadas. Incluye la inteligencia y diversas formas de

---

<sup>3</sup> Koch G. Odontopediatría: Enfoque clínico Editorial Médica Panamericana México,1994. Pág. 13.

<sup>4</sup> Koch G. *Ibid* . 13 pp.



constructividad y utilización. En el ámbito odontológico el tema más importante es la adaptación a la situación.

### **1.2.3 Lenguaje**

El comportamiento verbal abarca todos los mensajes verbales, desde el balbuceo hasta la construcción de frases, el vocabulario y la comprensión de distintas palabras. Se debe tomar en cuenta que en todo tratamiento es importante el conocimiento de la capacidad de comunicación que tiene el niño.

Escobar hace hincapié en utilizar el lenguaje como instrumento ya que a partir de los 3 años de edad es posible para el adulto comunicarse con un niño, sirviéndose de canales y códigos adecuados. Es aquí donde el profesional tiene la oportunidad de establecer contacto con su paciente, quien es descrito a veces por su madre como “hablando constantemente”, el niño está lleno de interrogaciones: “qué es”, y muchas respuestas; éstas serán buscadas con mayor información, como manifestaciones de su pensamiento asociativo.<sup>5</sup>

### **1.2.4 Conducta personal social**

La personalidad y la conducta social son la interacción del niño con su entorno, en especial con sus padres, otros adultos, otros niños y, a veces, el profesional (fig. 1). El papel principal en el desarrollo emocional temprano del niño recae en los factores ambientales, así como en la relación de los padres con sus hijos.

---

<sup>5</sup> Escobar Op. Cit. Pág. 15-16.



Del mismo modo Escobar hace referencia en la capacidad que debe tener el dentista para reconocer cuando el niño puede interactuar con extraños y que el apoyo del adulto es indispensable para el niño.<sup>6</sup>



Figura 1. Niño con una conducta social adaptativa.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Op. Cit. Pág. 16.

<sup>7</sup> Fotografía proporcionada por la Dra. Isaura Cortés. Clínica periférica Azcapotzalco.



## **2. FACTORES QUE DETERMINAN LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EDAD PREESCOLAR EN LA CONSULTA DENTAL**

Los factores que determinan la conducta del niño están representados por la influencia de sus padres, su entorno escolar y sus antecedentes médico-dentales, aunque también la herencia y el ambiente juegan un papel importante.

### **2.1 Influencia de los padres**

Las actitudes maternas pueden afectar adversamente la personalidad en el desarrollo del niño y esto, a su vez, puede conducirlo a mostrar una conducta inapropiada en la consulta odontológica.<sup>8</sup>

Louis Ripa hace mención a un estudio realizado por Bayley y Schaefer en 1967 en donde encontraron que las madres amorosas tendían a tener niños tranquilos, felices, mientras que las hostiles tenían hijos excitables e infelices, por su puesto tomando en cuenta algunas diferencias asociadas con las edades de los niños y otras variables.

Cabe mencionar que en aquellas madres que permitían la autonomía y expresaban su afecto, a sus hijos estos se comportaban amistosos, cooperadores y atentos. Por el contrario, los hijos de madres punitivas y que eran ignorados, presentaban características negativas de la conducta.

---

<sup>8</sup> Ripa W. Louis. Manejo de la conducta en odontología del niño. Editorial Mundi. Argentina 1984. Pág. 16- 17.



## 2.2 Efecto de las actitudes maternas <sup>9</sup>

Louis Ripa hace hincapié en que las actitudes maternas, pueden afectar adversamente la personalidad y el desarrollo del niño, así como manifestar un comportamiento inapropiado en la consulta dental.

Según un estudio realizado por Beata Wilk-Sieczak, Urszula Kaczmarek, sobre la influencia de las actitudes maternas en la primera visita dental, se requieren muchas habilidades adicionales del dentista para tratar a los niños, una de ellas es observar el cuidado que tiene la madre hacia su hijo en el ambiente dental, así como la evaluación de su actitud emocional y como afecta el comportamiento de su niño. <sup>10</sup>

La valoración apropiada de relaciones mutuas entre la madre y su niño le permite al odontólogo que prediga las reacciones del niño a un tratamiento dental establecido, para que le sea posible emplear las técnicas más eficaces encaminadas al comportamiento individual (fig. 2).



Figura 2. Paciente menor de 3 años, que requiere la presencia de la madre.<sup>11</sup>

<sup>9</sup> Ripa Op. Cit. Pág. 15-21.

<sup>10</sup> Beata Wilk-Sieczak, Urszula Kacmarek. Mothers' Attitude and How It Influences Their Children's Behaviour During Their First Dental Visits. Dent. Med. Probl. 2007,44, 74-79.

<sup>11</sup> Waes Van, Hubertus. Atlas de Odontología Pediátrica. Editorial Masson, Barcelona, España, 2002, pág. 151.



### **2.2.1 Sobreprotección**

Si bien es cierto que el sentimiento usual de amor y afecto que tienen las madres por sus hijos es considerado un prerrequisito para el sano desarrollo emocional del infante, también lo es que una exageración de esta actitud –es decir, la sobreprotección- puede ser potencialmente nociva para el desarrollo normal de un niño.

Generalmente son madres que extienden su preocupación más allá de lo habitual, por ejemplo; brindan un cuidado excesivo, en la alimentación, vestidos, higiene; se involucran constantemente en las actividades sociales del niño, del mismo modo que en los problemas médicos y odontológicos de rutina.

Las madres sobreprotectoras se subdividen en; dominantes e indulgentes, los hijos de las primeras se muestran tímidos, con una conducta sumisa y de ansiedad, en lo que respecta a las segundas, el comportamiento del niño será agresivo y exigente, esperando una atención constante y de servicio.

En lo que respecta a cómo debe ser el trato con el niño sumiso, comúnmente el niño sumiso será un paciente odontológico cooperador, aunque debemos tomar en cuenta que el establecer una conexión o hasta una comunicación podría resultar difícil.

Por el contrario el niño agresivo, tendrá un comportamiento de berrinches o ataque físico, debido a que el profesional representa una figura de autoridad y no puede aceptar ni seguir instrucciones de los adultos,



rechaza cualquier autoridad. En consecuencia el dentista pasa a ser un candidato especial para estimular este tipo de conducta inadecuada.<sup>12</sup>

Por su parte Mc Donald recomienda hacer mención a los padres con una protección excesiva de que su hijo no le tiene miedo al tratamiento y es importante que se establezca una relación unipersonal entre el niño y el odontólogo.

### **2.2.2 Sobreindulgencia**

Los padres sobreindulgentes dan al niño todo lo que quiere, en cuanto sea financieramente posible, incluyendo juguetes, golosinas y ropas, y, comúnmente, ponen muy pocas restricciones sobre la conducta de su hijo, en este ámbito se incluyen también otros parientes, tales como los abuelos.

Generalmente se observa un niño “malcriado” acostumbrado a hacer lo que quiere. Su desarrollo emocional se halla estancado, manteniéndolo en el estado infantil, dependiente, en el que el llanto o un berrinche producirá la conducta que él exige de los padres. Es incapaz de entretenerse solo y mantiene a los adultos alrededor, inventando diversiones. Estos niños, como los de madres sobreprotectoras, esperarán “hacer lo que quieren” en el consultorio odontológico, y pueden mostrar berrinches cuando no pueden dominar el trance de la manera que controlan las situaciones en su hogar.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> R. Boj, Juan, Odontopediatría, Editorial Masson, 2004 México. Pág. 261.

<sup>13</sup> Ripa Op. Cit. Pág. 19.



### 2.2.3 Carencia afectiva

La carencia afectiva varía desde una leve despreocupación a la indiferencia, o al descuido. Puede comenzar durante el embarazo o desarrollarse más tarde, en la niñez. Una madre es, a veces, menos emocionalmente patrocinadora de su hijo debido a sus intereses externos, a su empleo o simplemente a que el niño no es querido.

A diferencia del comportamiento de los niños malcriados, estos niños se comportan bien y aparentan ser bien adaptados, sin embargo, tienden a ser inseguros en sus capacidades de tomar decisiones. Puesto que no han aprendido ni experimentado el amor en su hogar, es difícil de lograr el contacto emocional y la conexión con ellos. Su comportamiento es que lloran fácilmente, son tímidos y no pueden o no quieren cooperar. Estos niños a menudo responderán a un sustituto, tal como el odontólogo o la asistencia dental, quienes les darán el apoyo emocional y el afecto necesario.

### 2.2.4 Rechazo

Louis Ripa hace mención que la más significativa influencia familiar está dada por la aceptación de *versus* el rechazo. El rechazo materno puede surgir bajo cualquier circunstancia en la cual un niño no es querido. Por ejemplo, el niño puede ser rechazado debido a un matrimonio, también, inestable e infeliz, la conducta de la madre está caracterizada por el descuido del niño, frecuentes castigos, regañones y resistencia a gastar dinero o tiempo en él.

Cuando el rechazo materno es manifiesto, el chico carece casi siempre de un sentimiento de pertenencia o de valía. Puede mostrar una



ansiedad extrema y ser agresivo, hiperactivo y desobediente. Comúnmente recurrirá a cualquier conducta para obtener atención.

Según Boj éstos niños comúnmente son pacientes difíciles y el uso de la modificación de la conducta resulta favorable, debido a que estos niños exageran sus temores por otros problemas emocionales en su vida, (por ej. Niños provenientes de hogares en crisis, niños que sufren abusos y otros que pierden a un familiar, amigo o mascota).<sup>14</sup>

### **2.2.5 Autoritarismo**

El padre autoritario elige técnicas para controlar la conducta de su hijo que pueden ser llamadas “orientadas sin amor”. La disciplina toma, a menudo, la forma de castigo físico o ridículo verbal. La madre autoritaria insistirá en que el niño se adapte a sus normas, y empleará mucho esfuerzo para entrenarlo de acuerdo a esas pautas.

La respuesta usual del niño al control autoritario es el sometimiento; sin embargo éste lleva aparejado resentimiento y evasión. Aunque el niño no desobedeciere directamente una orden posee un “gradiente de evitación” aumentado, y buscará evadir o retardar la respuesta. La pérdida de tiempo, la conducta evasiva, son características del hijo de una madre autoritaria.

---

<sup>14</sup> Boj Op. Cit. 261.

### 2.3 Experiencias dentales anteriores

Es de vital importancia tomar en cuenta las experiencias dolorosas por tratamiento médico u odontológico (fig. 3). Koch menciona que puede ser un serio obstáculo para la futura cooperación del niño e incrementar la ansiedad. Por consiguiente, el tratamiento debe efectuarse en la forma más indolora posible.<sup>15</sup>



Figura 3. Miedo a las jeringas. En los dibujos de los niños aparecen con toda claridad las causas de sus miedos ante la perspectiva de la visita al dentista. En ellos, la jeringa tiene un papel destacado.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Koch. Op. Cit. Pág. 40.

<sup>16</sup> Waes Van. Op. Cit. Pág. 155



### **3. CONTROL DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD**

Debido a que el principal objetivo de la odontopediatría es el control de la conducta, resulta necesario conocer cada una de ellas, ya que las técnicas de manejo conductual constituyen un conjunto de valiosas herramientas que influyen en la conducta del niño, para que éste a su vez adopte una conducta positiva, y así obtener la cooperación del niño para poder realizar con éxito el tratamiento dental,

La mayoría de los niños acepta nuevas experiencias sin mayor ansiedad del profesional. Sin embargo, algunos requieren una intención especial. Desde el momento en el que el niño entra en la consulta, es necesario no sólo establecer una empatía con él, sino también emplear las técnicas de control de conducta adecuadas.<sup>17</sup>

Pinkham menciona la existencia de cinco ámbitos básicos para asegurar la cooperación del niño que son;

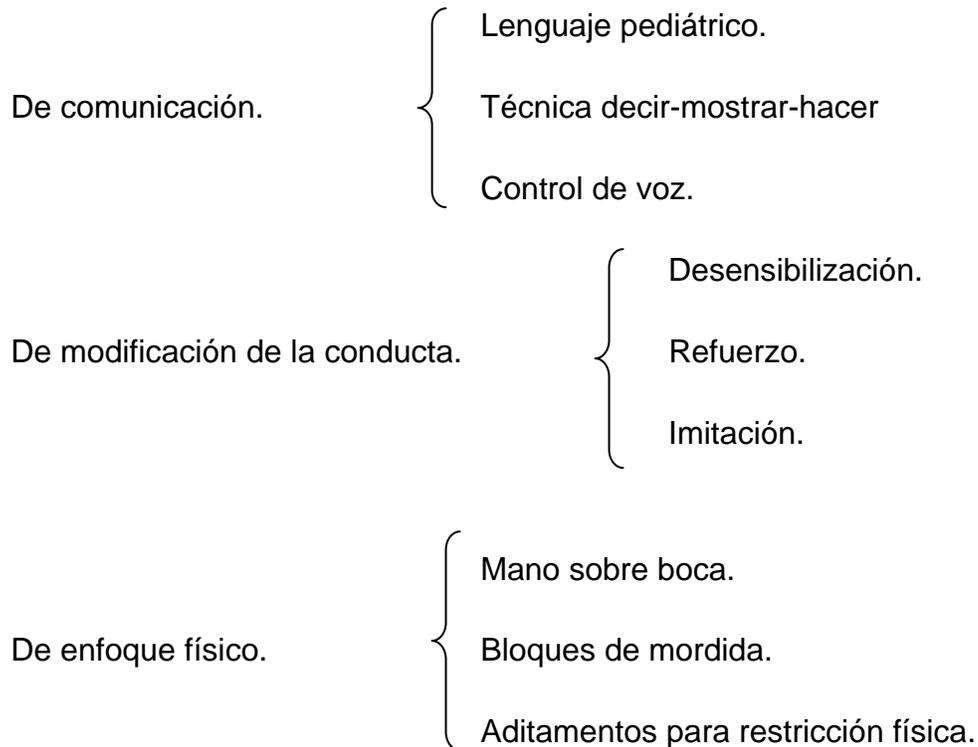
- ❖ El físico.
- ❖ El farmacológico.
- ❖ El de aversión.
- ❖ El orientado a recompensas.
- ❖ El lingüístico.

---

<sup>17</sup> Boj, Op. Cit. Pág. 263.



**Las técnicas de control de conducta según Boj,<sup>18</sup> se clasifican en:**



### **3.1 Objetivos del manejo de la conducta<sup>19</sup>**

1. Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.
2. Ganar la confianza del niño y los padres, y su aceptación del tratamiento dental.
3. Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.

<sup>18</sup> Boj. Op. Cit. Pág. 263.

Barbería Leache Elena. Odontopediatria. Editorial. Masson 2ª. Edición. Barcelona. España 2001. Pág. 128.

<sup>19</sup> Barbería Leache. Op. Cit. Pág. 127.



4. Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante el trabajo con el niño.
5. Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el joven paciente.

### 3.2 Comunicación

Entre el menor y el dentista hay innumerables modos de comunicación además de los verbales. La comunicación es un punto clave para dirigir la conducta, Es importante cuidar su tonalidad y calidad de las palabras.

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), el manejo del comportamiento es una interacción continua entre el niño y el odontólogo, dirigida hacia la comunicación y educación, con el fin de controlar la ansiedad y el miedo para lograr una buena salud oral.<sup>20</sup>

Boj recomienda una visita previa, que consiste en llevar al niño al consultorio dental para realizar un recorrido y darle una explicación, (fig. 4). Esta primera interacción entre el niño y el dentista, sirve de preparación psicológica, lo que proporciona familiarización del niño con el entorno dental, y de esta manera nos ayuda a disminuir el miedo y la ansiedad.<sup>21</sup>

Así mismo Boj sugiere que durante la conversación nuestro mensaje sea claro, natural y agradable, del mismo modo adecuado a la edad del paciente.<sup>22</sup> Se debe llevar un orden al explicarle los procedimientos a seguir, de igual forma reconocer su buen comportamiento, felicitarlo y agradecersele, ya que esto le infunde una actitud positiva.

---

<sup>20</sup> Giaimo Ch. Claudia Adriana. Eficacia de la técnica de modelado con vídeo preoperatorio en pacientes de 4 a 6 años de edad. Odontólogos Revista CES odontología, vol.12, No. 1, 1999, 36-40 pp

<sup>21</sup> Boj. Op. Cit. Pág. 264.

<sup>22</sup> Boj. Op. Cit. Pág. 263.



Figura 4. Comunicación con el niño.<sup>23</sup>

### **Indicaciones para utilizar la técnica de comunicación**

Como se menciona anteriormente el desarrollo es un acto individual de cada niño, puesto que este es muy variable, no refiere la edad precisa para utilizar esta técnica, pero según lo referido por Escobar, debemos considerar que a partir de los 3 años de edad podemos utilizar el lenguaje como un instrumento, debido a que en esta edad es posible que el profesional tenga la oportunidad de comunicarse y establecer contacto con el niño.

---

<sup>23</sup> [www.amtatetsm.com/\\_wsn/page3.html](http://www.amtatetsm.com/_wsn/page3.html)



### 3.2.1 Lenguaje pediátrico

Debido a que el primer contacto que se tiene con el niño es la comunicación, ésta debe ser con un lenguaje apropiado para que pueda entender y evitar mentirle respecto de la acción que se va a realizar, se deben evitar expresiones que aumenten su temor.

Boj sugiere que el lenguaje se pueda entender y sustituir por expresiones moderadas o eufemismos. Aquellas palabras de connotaciones de ansiedad en el niño. Así mismo al seleccionar el lenguaje hay que elegir objetos y situaciones familiares, y explicar las cosas de forma que las entiendan, pero no engañar o mentir con las explicaciones.<sup>24</sup>

Los siguientes son algunos ejemplos para explicar los procedimientos.

Grapas	Anillo o cinturón para los dientes.
Sellador.	Barniz.
Pieza de alta velocidad.	Silbato.
Succión.	Popote o aspiradora.
Anestesia.	Agua para dormir los dientes.
Jeringa de aire.	Pistola de aire. *
Jeringa de agua.	Pistola de agua. *
Radiografía.	Fotografía.
Equipo radiográfico.	Cámara de fotografía.
Amalgama.	Botón de plata.
Dique de goma.	Impermeable, sombrilla.
* Algunos autores se oponen al uso de pistola.	

<sup>24</sup> Boj 264.

### 3.2.2 Técnica Decir-Mostrar-Hacer

También conocida como Tell-Show-Do, fue introducida por Addelston en 1957.<sup>25</sup> Esta técnica es considerada como pilar dentro de las técnicas de control de conducta y constituye el fundamento de la fase educacional para inducirle al paciente pediátrico un comportamiento relajado y tolerante, y al mismo tiempo adentrarlo en el entorno odontológico.

Se lleva a cabo de la siguiente manera:

- Decir y explicar al niño lo que se le va a hacer con el fin de reducir la ansiedad y el miedo (fig. 5).
- Mostrar al niño cómo se va a llevar a cabo la técnica.
- Efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.

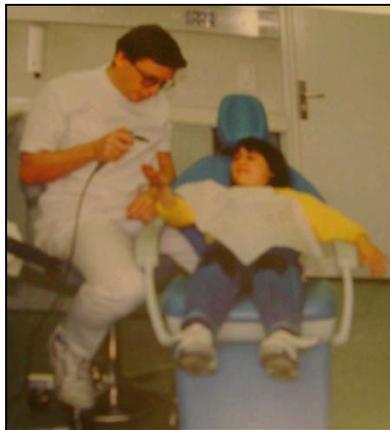


Figura 5. Técnica decir-mostrar y hacer. Todos los nuevos aparatos se muestran al niño y se prueban primero en su mano.<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Boj 265

<sup>26</sup> Waes Van. Op. Cit. Pág. 153.



El éxito para que esta técnica sea efectiva radica en que el odontólogo utilice un vocabulario adecuado. Se realiza de manera aleatoria conforme se apliquen los procedimientos. No se utilizará para procedimientos como la anestesia local o tratamientos que impliquen sangrado.

### **Indicaciones para utilizar la técnica decir-mostrar-hacer**

Resulta interesante recalcar que a partir de los 4 años, el niño muestra suficiente independencia para admitir separarse de sus padres, ya que se muestra confiado, estable y bien equilibrado. Por lo que es conveniente actuar con mucha firmeza en el trato, aunque resultan útiles las alabanzas y los elogios.

Esta técnica resulta aplicable, siempre y cuando tengan antecedentes sociales y estado emocional estándares, se debe tomar en cuenta que a medida que el niño reciba la información acerca de una experiencia, técnica o pieza del equipo se disiparán los temores a lo desconocido o la anticipación al dolor, por lo que se requiere raptor y comunicación entre el odontólogo y el paciente.

### **3.2.3 Control de voz**

Técnica fundamental en el trato con preescolares, su objetivo es restablecer una comunicación perdida, debido a una comunicación no colaboradora, consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, (sin gritarle al niño) se utiliza con la finalidad de que el profesional infunda más autoridad a su comunicación con el niño, para aplicar esta técnica se debe tomar en cuenta



que la expresión facial que refleje el odontólogo sea de una actitud de seguridad.

Se debe considerar más el tono de voz que lo que se dice, una vez retomada la atención del niño, se cambia a un tono suave y agradable. A esta parte de la técnica se le denomina “cambio de ritmo”.<sup>27</sup>

### **Indicaciones para utilizar la técnica de control de voz**

Es importante recalcar que a partir de los 4 años, el niño posee una conducta muy inestable y tiene mucha facilidad para perder el control, progresivamente la conducta se puede encauzar y empezar a razonar con él. Al final de esta etapa el niño gusta de obedecer y complacer a su entorno.

La justificación para el uso de esta técnica, radica en que el paciente a partir de los 4 años aproximadamente, ya tiene suficiente edad para empezar a razonar sobre su mal comportamiento, por lo que el aplicarla nos ayuda a fomentar el uso de peticiones. Aunque debemos tomar en cuenta que en ningún caso el profesional lo debe considerar como un escape de su ansiedad o enfado.

---

<sup>27</sup> Boj Op. Cit. Pág. 265.



### **3.3 Modificación de la conducta**

Los psicólogos utilizan el término “modificación de la conducta” para definir el proceso de alterar un comportamiento individual negativo hacia un ideal deseado de forma gradual.

Tiene como finalidad evitar conductas negativas, y se basa en los principios ya establecidos en la teoría del aprendizaje social. Es primordial que se establezca una comunicación entre el profesional y el paciente, marcando inicialmente un objetivo y añadiendo las explicaciones necesarias para aproximarnos a éste, y así sucesivamente.

Defensores de esta técnica argumentan que la mayoría de las conductas son aprendidas, y que este aprendizaje implica una conexión entre el estímulo y la respuesta. Para aplicar con éxito las técnicas de modificación de conducta se requiere tiempo y paciencia.

#### **3.3.1 Desensibilización**

Esta técnica es la utilizada con más frecuencia por los psicólogos en el tratamiento de temores, fobias o ansiedades. Es poco usual en odontología, debido a que se requiere llevarla en varias sesiones para que resulte efectiva.

Consiste en que un terapeuta le enseña al niño a relajar varios grupos de músculos, hasta que es capaz de alcanzar un estado más o menos relajado en un período razonable. Simultáneamente al entrenamiento para la relajación, el niño y el terapeuta generan una jerarquía de escenas, en un estado de relajación. Dicha jerarquía se inicia con una escena libre de



amenazas, y avanza hacia escenas que se aproximan cada vez más al estímulo temido.

Al finalizar el entrenamiento, se le pide al niño que se relaje, con la indicación de que en cualquier momento en que experimente ansiedad o temor, levante la mano. Luego se le solicita que imagine la escena menos amenazadora de la jerarquía. Si no manifiesta miedo, el entrenador le pide que imagine la siguiente escena de la jerarquía. Así continúan hasta que el niño puede imaginar la escena más atemorizante sin mostrar miedo. Si durante alguna de las escenas el niño expresa temor, entonces el entrenador lo hace regresar dos escenas y avanzar de nuevo. La transición de alguna escena a otra ligeramente más amenazadora, también se facilita si se introducen escenas adicionales a la jerarquía.<sup>28</sup>

El principio general de la desensibilización es partir de la base del temor, para romper vínculos entre el miedo y los condicionantes que lo provocan, pues evitan que el paciente contacte con la realidad, lo cual sirve para reforzar su conducta negativa.<sup>29</sup>

El objetivo primordial al concluir la desensibilización, es que el niño, sea capaz de enfrentar la situación que inspira miedo sin experimentar ansiedad que lo debilite.

Variaciones de la técnica clásica son muy útiles en odontopediatría, un ejemplo es iniciar por los procedimientos más sencillos y menos amenazantes y terminar con aquellos más difíciles, simultáneamente se puede utilizar con la técnica decir, mostrar y hacer.

---

<sup>28</sup> Wielkiewicz, Richard M. Manejo conductual en las escuelas. Editorial Limusa, S.A., de C.V. México, D.F. 1999. Pág. 211.

<sup>29</sup> Boj. Op. Cit. Pág. 266.



## **Indicaciones para utilizar la técnica de desensibilización**

Esta técnica podría ser aplicable a partir de los 3 años, ya que a esta edad, el niño se vuelve más rígido e inflexible, y expresa sus emociones de forma violenta.

Como se mencionó anteriormente esta técnica combinada con la de decir mostrar y hacer, resulta muy efectiva, para revertir el temor que tiene el niño a lo inesperado o lo que prevee que será la consulta dental, se sugiere mantener relajado tanto emocional como físicamente al paciente, y mostrar siempre expresiones amistosas para contrarrestar el miedo o la ansiedad que siente.

### **3.3.2. Reforzamiento**

El término se puede definir como fortalecimiento de un patrón de comportamiento, que potencializa la posibilidad de que en el futuro se adopte una conducta positiva. Los psicólogos partidarios de las teorías del aprendizaje social del desarrollo infantil consideran que en el comportamiento del niño influyen diversos factores como el reflejo de sus reacciones a las recompensas y castigos de su medio, y la aprobación que se obtiene primero de sus padres y después de sus compañeros son formas muy importantes de recompensa (y por tanto un factor sólido de motivación para modificar la conducta).<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Andlaw. R., J. Manual de odontopediatría Editorial Interamericana, 4ª. Ed. México, 1999 . PP. 21.



## Reforzamiento positivo

Este tipo de reforzamiento consiste en presentar o agregar un estímulo positivo contingente a la conducta del niño. El efecto que tiene en la conducta es aumentar la probabilidad de que la conducta reforzada se presente en el futuro en circunstancias iguales o parecidas.

Louis Ripa menciona que los reforzadores pueden ser clasificados como materiales, sociales o de actividad. Los primeros son quizás los más efectivos para los niños, y frecuentemente perniciosos para la salud bucal. (fig.6.). Los sociales probablemente representan la mayor parte de todos los eventos reforzadores efectivos, debido a que la gente ha aprendido a valorar a otras personas. Y los reforzadores de actividad implican la oportunidad o el privilegio de participar en una conducta menos deseada. Este tipo de refuerzo es ejemplificado por el principio de “primero, trabajas, después puedes jugar”.<sup>31</sup>

Existe la inconveniencia de que los efectos de cada estímulo dependen de las experiencias que el niño haya tenido con él. Por consiguiente, para saber si determinado estímulo refuerza positivamente, es necesario conocer con certeza los efectos que tiene en la conducta, en caso de que esta sea positiva, podemos otorgar un refuerzo como estampas, estrellas, juguetes.

---

<sup>31</sup> Ripa W. Op. Cit. 73.



Fig. 6. Reforzamiento Positivo.<sup>32</sup>

Sin embargo debemos de tener cuidado al usar esta técnica, ya que se puede confundir con un “soborno” a los niños, (por lo que no debe prometérselos antes del tratamiento) se deben entregar al final de la conducta, siempre y cuando la conducta haya sido la adecuada.

### **Indicaciones para utilizar la técnica de refuerzo**

Un estímulo se refiere a cualquier evento perceptible en el ambiente del niño. Puede ser un sonido, un movimiento, una figura, una instrucción verbal, un golpe en el hombro, o algún otro elemento al que pueda responder el niño en una forma observable.<sup>33</sup>

Debido a que el desarrollo estándar en un niño de 3 años es comenzar la comunicación y razonar la comprensión del habla, se sugiere que a partir de esta edad la influencia en la conducta positiva, se puede lograr a través de los elogios y progresivamente encauzarla para empezar a razonar con el niño.

<sup>32</sup> Waes Van. Op. Cit. Pág. 153

<sup>33</sup> Wielkiewicz. Op. Cit. Pág. 43.



### 3.3.3. Imitación

También es conocida como: aprendizaje por imitación, esta técnica es muy empleada en psicología, se aplica en diversas situaciones dentales, en donde se involucra al niño en la observación, por medio de una película mientras otros reciben tratamiento. La suposición es que, cuando llegue el momento el niño tendrá las respuestas de lo que le van a hacer, como va a ser y porque va a ser, a través de lo ya observado imitará las conductas positivas.

Cabe mencionar que la actitud que debe tomar el profesional es de calma y seguridad, ya que éste a su vez se convierte en un modelo, esto se hace con la finalidad de eliminar modelos negativos.

Esta técnica es de gran utilidad para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental.<sup>34</sup>



Figura 7. Técnica de imitación.<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Boj Op. Cit. Pág. 267.

<sup>35</sup> [www1.umn.edu/dental/courses/dent\\_5501/behmgm2.htm](http://www1.umn.edu/dental/courses/dent_5501/behmgm2.htm)



Louis Ripa sugiere un método de aplicación; dejar entrar al paciente a la sala operatoria y permitirle ver como se está tratando a un hermano suyo, este modo de aprendizaje servirá para imitar la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar (fig. 7).

### **Indicaciones para utilizar la técnica de modelamiento**

Es importante recalcar que esta técnica puede ser efectiva cuando es utilizada en niños de 4 a 6 años con comportamientos levemente negativos, logrando con éxito en el mejoramiento del comportamiento disruptivo, esto según un estudio realizado cuasi- experimental.<sup>36</sup>

Louis Ripa hace referencia a un estudio realizado por Addelson y Goldfried, en donde afirman que un niño es capaz de aprender patrones de conducta complejos por la observación de un modelo.

### **3.4 Técnicas de enfoque físico**

Son aquellas técnicas que limitan o controlan los movimientos de los niños su principal objetivo es la protección al realizar los tratamientos dentales. No debemos olvidar que para hacer uso de estas técnicas, se debe tener el conocimiento para aplicarlas adecuadamente para evitar un posible daño psicológico para el niño.

Para Louis Ripa la restricción física incluye el uso de abre bocas, restricción por parte del odontólogo y/o asistente dental, correas unidas al

---

<sup>36</sup> Giaimo Ch. Claudia Adriana. Op. Cit.



sillón dental, y el uso de envolturas corporales tales como sábanas u otros dispositivos.

Los objetivos básicos son: a) ganarse la atención del niño; b) enseñarle la conducta apropiada que se espera de él; c) darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlarle sus movimientos; d) protegerlo de lesiones, y e) hacer más fácil el procedimiento dental tanto para el niño como para el clínico.<sup>37</sup>

La principal indicación para su utilización es en urgencias dentales con niños descontrolados y en pacientes neurológicos que no pueden controlar sus movimientos.

### **3.4.1 Bloques de mordida**

Son aditamentos muy útiles para controlar la actividad de la mandíbula, se utilizan generalmente al momento de la inyección, evitando así proteger al paciente de un posible daño a sí mismo o de alguna lesión que le podamos provocar; también se recomienda utilizarlos en el caso de provocar fatiga debido a una sesión larga, así como para aquellos niños desafiantes que cierran constantemente la boca a fin de interrumpir el tratamiento (fig. 8).

Siempre que se usen los abre bocas, se les debe amarrar hilo dental suficiente, como medida de seguridad, su uso se recomienda para aquellos niños que son muy pequeños, que no puede mantener su boca abierta por períodos prolongados. En esas situaciones, además de controlar la actividad de la mandíbula y proteger al paciente del posible daño a sí mismo, un abre bocas también protege los dedos del odontólogo.

---

<sup>37</sup> Boj Op. Cit. pág. 267.



Figura 8. Abrebocas utilizados en odontopediátrica;<sup>38</sup>

### 3.4.2 Mano sobre la boca

Esta técnica fue descrita por primera vez en 1920 por la doctora Evangeline Jordan, quien escribió “si un niño normal no escucha, sino que continúa gritando y forcejeando ... sostenga una compresa doblada sobre la boca del niño ,, y mantenga su boca cerrada suave pero firmemente. Sus gritos aumentarán su condición de histeria, pero si la boca es mantenida cerrada hay poco ruido, y pronto comienza a razonar.”<sup>39</sup>

Pinkham menciona que esta técnica se incluye como una técnica de aversión, la cual se describe como si su aplicación es tan objetable que el niño coopera con objeto de evitarla.

La finalidad de utilizar esta técnica es conseguir la atención del niño y detener su explosión verbal, para poder establecer nuevamente la comunicación con el niño, para así poder combinar otras técnicas de manejo y reforzar la conducta positiva.

<sup>38</sup> [www1.umn.edu/dental/courses/dent\\_5501/behmgm2.htm](http://www1.umn.edu/dental/courses/dent_5501/behmgm2.htm).

<sup>39</sup> Ripa W. Op. Cit. Pág. 85.



La técnica puede ser usada de la siguiente manera, como lo indica Craig. El odontólogo coloca suave pero firmemente su mano sobre la boca del paciente. Con la explosión verbal completamente detenida, se le dice al niño que cuando coopere, la mano será retirada. Sí el niño muestra una respuesta de afirmación, comúnmente hecha con la cabeza la mano será retirada y el paciente es reevaluado, pero si la conducta negativa continúa, se repite nuevamente la técnica y se le dice que debe cooperar (fig. 9).



Figura 9. Aplicación de la técnica mano sobre boca.<sup>40</sup>

Esta rutina puede tener que ser repetida varias veces, hasta que la conducta del niño cambie lo suficiente como para permitir que comience el tratamiento. Una vez que el niño coopera, deberá ser felicitado.

---

<sup>40</sup> [www1.umn.edu/dental/courses/dent\\_5501/behmgm2.htm](http://www1.umn.edu/dental/courses/dent_5501/behmgm2.htm).



## **Indicaciones para utilizar la técnica mano sobre boca**

La técnica está indicada para los niños regulares, que son momentáneamente histéricos, beligerantes o desafiantes, esta contraindicada su utilización en niños menores de 3 años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos.

### **3.4.3 Control físico, mediante dispositivos específicos**

La restricción física comprende desde la inmovilización de las manos del paciente por el asistente dental hasta el uso de herramientas como la envoltura pediátrica, aunque también el padre puede colaborar a controlar los movimientos del niño.

Debe recalarse que tal procedimiento no será usado en el niño aprensivo, puesto que comúnmente, sólo servirá para aumentar sus temores.

Estos aditamentos incluyen sábanas, toallas, cinturones, y dispositivos comerciales como el *Pediwrap*, o el *Papoose Board*, (fig. 10) las técnicas de enfoque físico a pesar de su fundamento científico y de su conocimiento, por parte de los odontopediatras, pueden crear cierta confusión en los padres de los pacientes debido a su desconocimiento. Especialmente en aquellos niños que han tenido experiencias odontológicas negativas.

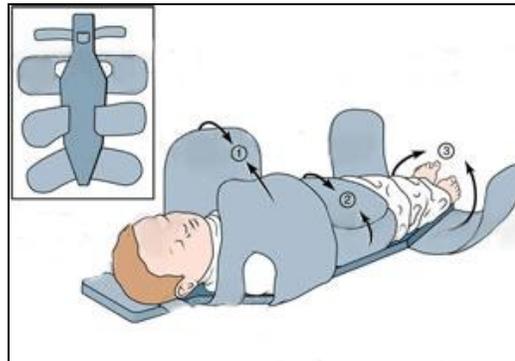


Figura 10. aditamento para restricción física Papoose Board. <sup>41</sup>

Se debe exponer a los padres el porqué de la necesidad de utilizar estas técnicas y el modo de empleo de éstas, además de que el padre debe firmar el consentimiento implícito que conlleva la autorización para realizar todas aquellas técnicas necesarias para el paciente, y poder realizar los tratamientos.

### **Indicaciones para utilizar la técnica de restricción física**

El uso de esta técnica radica primordialmente en tratamientos de urgencia, en niños histéricos y en los que no pueden expresarse mediante el lenguaje por su edad, este terreno también incluye a aquellos pacientes que no cooperan en la consulta y pacientes con discapacidad de desarrollo.

<sup>41</sup> [www1.umn.edu/dental/courses/dent\\_5501/behmgm2.htm](http://www1.umn.edu/dental/courses/dent_5501/behmgm2.htm).



### **3.5 Otras técnicas**

La adopción de técnicas adecuadas del manejo de la conducta y la comunicación con el niño y sus padres, trae como resultado ofrecer a la mayoría de los pacientes odontopediátricos un tratamiento en el manejo dental convencional. Sin embargo, cuando el control del dolor en algunos niños necesita ir más allá del bloqueo físico-químico de las vías anatómicas que lo conducen, se requiere adoptar medidas farmacológicas para controlar la angustia en estos niños.<sup>42</sup>

El propósito principal consiste en minimizar o eliminar la angustia. En este ámbito se incluyen modalidades que van desde el óxido nítrico u oxígeno, hasta el control profundo que se obtienen mediante la anestesia general.

Cabe mencionar que cuando se requiera utilizar este tipo de métodos, el odontólogo debe tener la capacidad y el adiestramiento en estas técnicas, así como contar con el equipo de vigilancia adecuado y un protocolo que garantice la seguridad del paciente. Se reitera que este ámbito precisa que los padres comprendan las técnicas, riesgos y alternativas.

#### **3.5.1 Premedicación**

Es el uso de drogas cuando un niño interruptor no responde a los procedimientos de manejo, ya sean psicológicos o físicos. Los medicamentos empleados comúnmente en los niños son la hidroxicina y el diazepam. La premedicación oral con diazepam ha sido recomendada por varios clínicos como un auxiliar en el tratamiento odontológico de los niños y no se ha

---

<sup>42</sup> Pinkham E. J.R. Odontología pediátrica. Tercera edición, México: Editorial Interamericana, 2001. Pág. 97.



observado un solo efecto colateral serio. La hidroxicina es usada para aliviar la ansiedad asociada con numerosos estados de tensión de una naturaleza aguda o crónica; frecuentemente es usada como una premedicación en situaciones de *stress* temporario, tal como el asociado con los procedimientos odontológicos o quirúrgicos.

### **Indicaciones para utilizar la premedicación**

Está indicada en los siguientes tipos de pacientes; niños muy pequeños (de tres años de edad y menos) que carecen de la capacidad emocional o intelectual para cooperar, niños muy aprensivos, en quienes la terapia con drogas puede ser usada junto con otras técnicas de manejo de la conducta, como Decir-Mostrar-Hacer o el modelamiento, también se utiliza con niños físicamente impedidos, con los pacientes con parálisis cerebral, que no pueden controlar adecuadamente sus actividades musculares voluntarias; niños mentalmente impedidos que como los niños muy pequeños, pueden carecer de la capacidad emocional e intelectual para cooperar.

### **3.5.2 Sedación**

El control de la conducta del paciente odontopediátrico es más un arte que una ciencia. Por ello, no debemos olvidar nunca una filosofía básica: “los fármacos no deben usarse nunca como sustitutos de los métodos de acercamiento no farmacológicos de los que el dentista dispone.

Para Boj uno de los objetivos principales del odontopediatra es conseguir un tratamiento efectivo y eficiente, así como una actitud positiva del niño encaminada hacia la conservación de su salud dental, para ello



debemos echar mano no solo del manejo de conducta, y de la psicología, sino que se debe considerar que cuando la conducta del niño se ve alterada por una multitud de causas, será necesario el uso de fármacos sedativos que, utilizados en conjunto con los métodos habituales de acercamiento y comunicación, nos permitirán lograr los objetivos establecidos, fomentar la educación, aliviar el miedo y la ansiedad y establecer una relación de confianza entre el dentista y el niño.

Es preciso hacer hincapié que por sedación se entiende un alivio de la ansiedad. Aunque la disminución de ésta tiende a elevar el umbral del dolor en el paciente, la sedación no produce analgesia. Por consiguiente, en condiciones normales se requiere anestesia local, lo cual no suele presentar dificultades cuando el paciente está sedado.<sup>43</sup>

#### **Las vías de administración de la sedación son:**

1. Inhalatoria.
2. Oral.
3. Intramuscular.
4. Intravenosa.
5. Rectal.

La sedación por inhalación de óxido nitroso, clásica en odontología, fue utilizada con éxito en 1844 por el odontólogo americano Horace Wells. El óxido nitroso es un gas inorgánico e incoloro de olor ligeramente dulce. No es

---

<sup>43</sup> Andlaw. Op. Cit. Pág. 23.



ni explosivo ni inflamable y, aunque su efecto sedante es débil, tiene buenas propiedades analgésicas.<sup>44</sup>

Su efecto sobre el organismo es exclusivamente físico; no se metaboliza ni se incorpora químicamente a ningún tejido corporal. Gracias a estas propiedades, su acción aparece con la misma rapidez con que desaparece, su eliminación es a través de los pulmones sin haber experimentado ninguna transformación.

Las complicaciones principales que se pueden presentar al utilizar óxido nitroso son náuseas y vómito, que pueden aparecer por una dosificación demasiado alta o cuando se cambia la dosis con demasiada frecuencia.

Gracias a que resulta fácil de controlar y aplicar, así como a su acción sobre el sistema cardiovascular, que corresponde al efecto del oxígeno al 100%, la mezcla de óxido nitroso y como mínimo un 30% de oxígeno es ideal como medio de control del dolor en odontología pediátrica.

### **Indicaciones<sup>45</sup>**

- El óxido nitroso es adecuado, sobre todo, para pacientes que muestran un miedo insuperable al dolor y que a causa de ello no quieren someterse a anestesia local.
- En caso de que el paciente experimente una intensa sensación de ahogo, el óxido nitroso puede ser de gran ayuda para la preparación de impresiones maxilares.

---

<sup>44</sup> Van Waes. Op. Cit. Pág. 165.

<sup>45</sup> Van Waes. Op. Cit. Pág. 165.



- Sobre todo en niños pequeños, que se impacientan con rapidez, la pérdida de la percepción del paso del tiempo y la amnesia relativa son muy útiles para el tratamiento.

### **Contraindicaciones**

Hay pocos casos en que esté contraindicado el uso de óxido nitroso en niños:

- Obstrucciones de las vías respiratorias y otras enfermedades de tipo gripal.
- Pacientes en tratamiento psiquiátrico.
- Operaciones otológicas recientes.

### **3.5.3 Anestesia general**

El objetivo común de todas las técnicas es concluir el tratamiento de la manera más eficaz y en las mejores condiciones de seguridad. Algunos tratamientos requieren técnicas de un alto grado de meticulosidad, y no siempre se podrían llevar a cabo en un niño al que no consiguiéramos hacer permanecer quieto y con la boca abierta mientras dura la sesión odontológica. La anestesia general puede llegar a ser el único medio para llevar a cabo un tratamiento odontológico. De esta forma será posible realizar las intervenciones de forma eficaz, en un ambiente de seguridad, confort y calma.

Como norma general, es imprescindible que se realice en un centro hospitalario adecuado y por profesionales especialistas en anestesiología.



Antes de decidirse por la anestesia general, habría que considerar otras técnicas terapéuticas alternativas para el control de la conducta, incluso aquellas restrictivas con limitación de la movilidad y la sedación.

En algunos pacientes, la anestesia general es la única posibilidad. La decisión de administrarla, sin embargo, nunca debe tomarse por “comodidad” del odontólogo o de los padres. Debe determinarse con total seguridad la indicación de aplicarla, y sólo cuando se hayan excluido todas las demás posibilidades. Además, hay que tener en cuenta los riesgos de la anestesia, la carga que supone para el organismo y la carga económica. Tampoco se debe menospreciar el riesgo de complicaciones de las alternativas.

Los pacientes indicados para el tratamiento con anestesia general en una consulta debidamente preparada son los pertenecientes a las clases ASA I y II. Los pacientes con un alto riesgo deben ser tratados en un medio hospitalario.

El equipo se compone de un anestesista titulado, el odontólogo y uno o dos auxiliares. Deben cumplirse todas las condiciones para que el tratamiento odontológico sea rápido, para lo cual la dotación técnica debe estar orientada a garantizar una monitorización óptima y el tratamiento adecuado de las posibles complicaciones.

### **Indicaciones del tratamiento odontológico bajo anestesia general<sup>46</sup>**

- Fracaso de otros métodos de control del miedo y del dolor.
- Impedimentos del paciente que imposibilitan cualquier otra forma de tratamiento.

---

<sup>46</sup> Hubertus 169



- Pacientes que presentan graves problemas de cooperación.
- Niños pequeños que necesitan tratamientos de gran importancia e implicaciones.
- Grandes intervenciones quirúrgicas.
- Contraindicaciones locales o generales para la anestesia local.
- Acción insuficiente de la anestesia local.

### **Esquema del desarrollo de un tratamiento con anestesia general**

El tratamiento paso a paso:

- Realización de un estudio radiográfico apropiado.
- Mientras se revelan las radiografías; limpieza dental mecánica, examen clínico detallado.
- diagnóstico y planificación del tratamiento.
- Saneamiento/intervención conservadora por cuadrantes.
- Intervención quirúrgica.
- Limpieza de la cavidad bucal, fluorización.
- Aspiración de la cavidad bucal, eliminación de las gasas, extubación.
- Seguimiento.



## **Finalización del tratamiento**

Una vez finalizado el tratamiento odontológico propiamente dicho se extraen de la cavidad bucal las torundas de algodón, restos de cemento, etc. La limpieza cuidadosa de la cavidad bucal reduce el riesgo de aspiración, deja al descubierto puntos de sangrado residual y minimiza posibles sensibilizaciones gustativas postoperatorias desagradables. El tratamiento se cierra con una fluorización de todos los dientes. Finalmente, se elimina el taponamiento faríngeo.



## CONCLUSIONES

No debemos de restarle importancia al conocimiento acerca del desarrollo estándar de cada niño individual, tanto en el ámbito, psicológico, biológico y social, debido a que a través de este conocimiento podemos partir para entablar una comunicación con el niño y obtener su confianza y lograr los objetivos establecidos en la consulta dental.

Las técnicas de manejo de conducta utilizadas en odontopediatría, constituyen un conjunto de valiosas herramientas cuya finalidad es influir en la conducta del niño para lograr que adopte una conducta positiva durante el tratamiento dental.

El objetivo común de todas las técnicas de manejo de conducta es concluir el tratamiento de la manera más eficaz y en las mejores condiciones de seguridad. Sin embargo, algunos tratamientos requieren técnicas de un alto grado de meticulosidad (farmacológicas) y no siempre pueden ser aplicables a aquellos niños con un comportamiento negativo.

Para utilizar cualquier técnica de control de la conducta, debemos tomar en cuenta los factores que influyen en la conducta del niño, como la interacción con la familia, la influencia en la escuela, así como el ambiente en el consultorio.

Es imprescindible mencionar que debemos analizar de forma meticulosa, que técnica vamos a utilizar, de acuerdo a la edad del niño, ya que estas técnicas al ser aplicadas de manera errónea, pudieran confundir al niño y tendríamos un comportamiento negativo en lugar del esperado comportamiento positivo.



## BIBLIOGRAFÍA

Andlaw. R., J. Manual de odontopediatría Editorial Interamericana, 4<sup>a</sup>. Ed.  
México, 1999 . 270 pp.

Barbería Leache, Elena. Odontopediatría Editorial Masson, 2<sup>a</sup>. Edición.  
Barcelona España 2001, 432 pp.

Beata Wilk-Sieczak,Urszula Kacmarek. Mothers' Attitude and How It Influences Their Children's . Behaviour During Their Firs Dental Visits. Dent. Med. Probl. 2007,44. 74-79 pp.

Boj. J.,R. Odontopediatría, Editorial Masson, 2004 México. 515 pp.

Escobar Muñoz, Fernando. Odontología Pediátrica Editorial Amolca. 2<sup>a</sup>. Ed  
2004. 534 pp.

Giaimo Ch. Adriana. Eficacia de la técnica de modelado con vídeo preoperatorio en pacientes de 4 a 6 años de edad. Odontólogos Revista CES odontología, Vol. 12. No. 1. 1999. 36-40 pp.



Koch G. Odontopediatría: Enfoque clínico. Editorial Médica Panamericana México, 1994. 288 pp.

Pinkham E. J.R. Odontología pediátrica. 3ª Ed., México: Editorial Interamericana, 2001. 735 pp.

Ripa W. Louis. Manejo de la conducta en odontología del niño. Editorial Mundi. Argentina 1984. 268 pp.

R. Shaffer, David. Desarrollo social y de la personalidad. Editorial Thomson, 4ª. Edición. 641 pp.

Waes Van, Hubertus. Atlas de Odontología Pediátrica. Editorial Masson, Barcelona, España, 2002, 388 pp.

Wielkiewicz, Richard M. Manejo conductual en las escuelas. Editorial Limusa, S.A., de C.V. México, D.F. 1999. 308 pp.

[www. Amtatetsm.com/\\_wsn/pate3.html](http://www.Amtatetsm.com/_wsn/pate3.html).

[www1.umn.edu/dental/courses/dent\\_5501/behmgm2.htm](http://www1.umn.edu/dental/courses/dent_5501/behmgm2.htm).