



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ACTITUDES POSITIVAS Y NEGATIVAS DE LOS PADRES  
ANTE EL TRATAMIENTO Y MANEJO  
ODONTOPEDIÁTRICO.**

**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:

CINTHYA GUADALUPE MEDINA ALONSO

TUTORA: Esp. ELIZABETH QUINTINO CÍNTORA  
ASESOR: Esp. CÉSAR DARÍO GONZÁLEZ NÚÑEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



---

---

## *AGRADECIMIENTOS:*

### *A DIOS:*

*Por todas las bendiciones que me has regalado y por nunca abandonarme en las situaciones difíciles.  
Por permitirme concluir el primero de tantos logros en mi vida,  
mi carrera profesional.  
Y sobre todo por darme la oportunidad de crecer en la hermosa familia que tengo.*

### *A MIS PAPIS:*

*Gracias por brindarme lo más grande y bello que puede recibir un hijo... Amor.  
Porque gracias a ustedes, a sus cuidados, sacrificios y consejos he podido realizar éste sueño.  
Gracias por darme siempre lo mejor y sobre todo por confiar en mí.  
Este logro es suyo. LOS AMO*

### *A MIS HERMANAS:*

*Tatiana y Norma, por todo su apoyo, complicidad, cariño y por tantos momentos que hemos compartido juntas.  
Gracias por ser las mejores hermanas. LAS QUIERO.*

### *A MIS SOBRINOS:*

*Michelle, Alexa y Emilio, por ser la alegría de la casa y por robarme una sonrisa cada día.  
Mis traviesos hermosos. LOS ADORO.*



***A TODOS MIS AMIGOS:***

*Rodrigo, Brenda, Natalia, Mónica, Danitza, Zully, Isis, Aurea, Lorena, Francisco y Hugo, gracias por todos los momentos juntos y sobre todo por regalarme lo más preciado, una amistad sincera. LOS QUIERO.*

***A MIS AMIGOS DEL SEMINARIO***

*Judith, Paola y Marco, muchas gracias por compartir excelentes momentos de stress, alegría, dolores de dedos y sobre todo muchísimas risas y momentos felices.*

*Gracias por darme su amistad en tan poco tiempo y por todo el apoyo durante éste seminario, hacemos un excelente equipo.*

*LOS QUIERO.*

***A LA Esp. ELIZABETH QUINTINO CÍNTORA:***

*Por su apoyo, tiempo y colaboración en la realización de éste trabajo.*

*Por brindarme la oportunidad de conocerla no solo en el ámbito profesional.*

*Gracias por ser una excelente profesionista y ser humano.*

*Gracias por confiar en mí.*

***A EL Esp. CÉSAR DARÍO GONZÁLEZ NÚÑEZ:***

*Por su apoyo, tiempo, dedicación y colaboración en la realización de éste trabajo.*

*Gracias por transmitirme un poco de sus conocimientos y experiencias durante mi seminario, es un excelente profesionista y ser humano.*

*Gracias por tantas risas, por su amistad y sobre todo por colocarme en la cima del árbol.*



---

***A TODOS Y CADA UNO DE MIS PACIENTES:**  
Porque gracias a ellos pude realizar mi formación académica.*

***A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM:**  
Es un Orgullo y Honor pertenecer y haber concluido mi  
formación académica en la Máxima Casa de Estudios.*



---

---

## ACTITUDES POSITIVAS Y NEGATIVAS DE LOS PADRES ANTE EL TRATAMIENTO Y MANEJO ODONTOPEDIÁTRICO

### INDICE:

1. Introducción	7
2. Definiciones	8
2.1 Actitud	8
2.2 Creencias	9
3. Los Padres	9
3.1 Tipos de padres	11
3.2 Factores determinantes en el comportamiento de los padres	13
3.2.1 Educación	13
3.2.2 Edad	13
3.2.3 Estabilidad emocional	14
3.2.4 Estado civil	14
3.2.5 Factores culturales	14
3.2.6 Factores socioeconómicos	14
3.2.7 Aprendizaje	15
4. Cambio de conducta de los padres	16
4.1 Precontemplación	16
4.2 Contemplación	17
4.3 Listo para cambiar	17
4.4 Haciendo un cambio	17
4.5 Manteniendo el cambio	17
4.6 Recaída	17
5. Los padres y la atención odontológica	18
6. Triada: Profesional – Padres – Hijos	21
7. Abordaje odontológico	22
8. Educación y motivación dental para los padres	24
9. Conducta del paciente odontopediátrico	25



10. Control de conducta del paciente odontopediátrico	26
10.1 Técnicas de manejo de conducta	27
10.2 Técnicas comunicativas	28
10.2.1 Decir – Mostrar – Hacer	28
10.2.2 Lenguaje pediátrico	28
10.2.3 Control de voz	29
10.2.4 Distracción	29
10.2.5 Desensibilización	29
10.2.6 Imitación	30
10.3 Técnicas no comunicativas	30
10.3.1 Restricción física con ayuda de los padres	30
10.3.2 Restricción física (Pedi – Wrâp, Papoose Board)	31
10.3.3 Abrebocas y bloques de mordida	31
10.3.4 Mano sobre boca	32
10.4 Técnicas farmacológicas	33
10.4.1 Sedación consciente	33
10.4.2 Anestesia general	34
11. Procedimientos operatorios en pacientes infantiles	35
11.1 Pulpotomía	35
11.2 Pulpectomía	36
11.3 Extracción	37
12. Materiales dentales empleados en pacientes infantiles	37
12.1 Amalgama	37
12.2 Resina	38
12.3 Corona acero cromo	38
12.4 Corona de celuloide	39
13. Resultados (análisis e interpretación)	40
14. Conclusiones	51
15. Bibliografía	53
16. Anexo 1	55
17. Anexo 2	56
18. Glosario	58



## 1.- INTRODUCCIÓN

Para poder comprender lo que es la prevención pura, primero deberíamos entender que ésta conlleva una etapa de educación. Así que mientras nuestra población no reciba la información necesaria y conozca los efectos de una determinada enfermedad, no será posible anticiparnos al establecimiento de la misma, tal y como lo decían Levell y Clark, cuando describieron los niveles de prevención en la década de los 90's.

Afortunadamente hoy día es posible que el conocimiento sea transmitido de una manera directa y accesible, gracias a las diferentes herramientas tecnológicas con las que contamos actualmente, la radio, la televisión, la internet y distintos medios electrónicos y de publicación; sin embargo, asimilar el conocimiento sigue siendo la tarea más difícil, ya que está influenciado por un número importante de factores, uno de los más importantes y de los cuales hace referencia este trabajo, se denomina "actitud", la cual es definida en palabras simples, como la disposición para dar respuesta a una situación, y esta puede ser positiva o negativa.

Estas actitudes de los padres frente a la toma de decisión de un tratamiento, crean una percepción que si bien puede llegar a ser contundente, en la mayoría de las ocasiones puede ser modificada por la intervención adecuada y oportuna del clínico. Mas allá de resolver las necesidades de salud de los pacientes, nuestros esfuerzos deben estar encaminados a educar y hacer que se valore la salud bucodental como un estado de bienestar.

De esta forma, este trabajo trata de describir como es que los padres de familia conciben el tratamiento dental de sus hijos, y el tipo de actitud que toman frente a las técnicas de manejo de conducta y los materiales utilizados para la solución de sus problemas. Además de otorgar una pequeña premisa sobre los cuidados preventivos a seguir en casa, así como educación para la salud enfocada a la correcta percepción del tratamiento en si.

La literatura es clara, mostrando el antecedente de que esas actitudes en gran parte están influenciadas por experiencias previas que los padres recibieron o continúan observando cuando se enfrentan a la consulta dental, siendo los principales factores asociados el miedo y la ansiedad, lo cual es preocupante porque al día de hoy los tratamientos odontológicos siguen siendo vistos como experiencias traumáticas y en ocasiones son mencionados como métodos de castigo.



## 2.- DEFINICIONES

### 2.1 ACTITUD

“Una actitud, es un estado mental y neural de disposición, organizada a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos o situaciones con los que se relaciona”. (Allport, 1935).<sup>1</sup>

Se puede considerar que una actitud es una mezcla o integración de creencias y valores. Las creencias representan el conocimiento o información que se tiene acerca del mundo (éstas pueden ser imprecisas o incompletas). Para convertir una creencia en una actitud, se necesita “valor”. Valor se refiere, a lo que para cada persona es deseable, bueno, valioso, etc.

Ahora bien, el concepto de actitud es un determinante de la conducta de cada persona, que representan predisposiciones del comportamiento en particular, pero la manera en que funcionan en realidad en una situación dependerá de las consecuencias inmediatas de nuestra conducta, de cómo pensamos que los demás evaluarán nuestros actos y de las maneras habituales de comportarse en ese tipo de situaciones.

Las teorías modernas concuerdan en que las actitudes están representadas en la memoria y que la accesibilidad de una actitud puede ejercer una fuerte influencia sobre la conducta.<sup>2</sup>

La actitud de una persona ante una acción específica y su intención de adoptar esa acción, están influenciadas por sus creencias. Las actitudes describen el sentir de ciertas cuestiones, y a veces son difíciles de cambiar.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Gross Richard D.; Psicología. La ciencia de la mente y la conducta; 3ª edición, Editorial Manual Moderno; 2004.

<sup>2</sup> Ib

<sup>3</sup> Ireland Robert; Higiene dental y Tratamiento; Editorial El Manual Moderno; 2008.



## 2.2 CREENCIAS

Las creencias están basadas en la información o conocimiento actual que cada persona tiene acerca de un tema o acción. Las creencias están influenciadas por valores, actitudes, instintos e influencias de las normas sociales de la persona.

En el ámbito de la salud dental los odontólogos tienen la responsabilidad de establecer y fomentar la base de las creencias de salud oral en el paciente, en especial en el odontopediátrico.<sup>4</sup>

## 3.- LOS PADRES

Antes de comenzar el desarrollo del tema es importante destacar y diferenciar dos conceptos importantes:

- **Niño:** Es una persona con un aparato psíquico abierto y en formación, sus primeras experiencias vitales irán formando con lentitud la base de su futura personalidad.<sup>5</sup>
- **Adulto:** Es una persona con un aparato psíquico estructurado, que en su desarrollo fue superando la independencia inicial, y que ha establecido relaciones interpersonales que le permiten interactuar con su medio social.<sup>6</sup>

El ser humano necesita nacer, crecer, vivir y morir en el seno de una familia. Los aprendizajes que se desarrollan dentro de ella tienen un objetivo esencial: el cuidado y la defensa de la vida. La familia puede definirse como un grupo de personas que conviven durante un lapso prolongado, que desarrollan diferentes roles y funciones, que se asisten para el cuidado, educación, socialización y culturización de sus miembros.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> Ib

<sup>5</sup> Biondi Ana María; Cortese Silvina Gabriela; Odontopediatria. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada; 1° edición; Alfaomega Grupo Editor Argentino; Buenos Aires; 2010.

<sup>6</sup> Ib

<sup>7</sup> Bordoni Noemí; Escobar Rojas Alfonso; Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual, 1° edición; Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires; 2010.



Los niños de cada familia, aún siendo muy pequeños nacen con la inquietud de aprender, y lo hacen porque sus padres se lo transmiten. Con sus ojos de niño ven el mundo que los adultos les presentan y aprenden lo que perciben.

La función de los padres radica en ofrecerse como modelo de identificación para sus hijos, no solo a partir de lo que dicen, sino también de lo que no dicen y lo que transmiten por medio de sus actos.

Desde que nacen los niños reciben la influencia del ambiente en el que se desarrollan. Las tensiones familiares, las exigencias desmedidas, las palabras con que los padres les hablan, la tranquilidad con la que son alimentados, todo va a influir en su desarrollo y personalidad.

Ahora bien, los padres están inmersos en su realidad social y económica, y traen consigo el niño que fueron y su historia personal, por eso su conducta y su ideología es más difícil modificar.

Por otro lado, en muchas ocasiones, los hijos nacen en un momento en que la pareja no está preparada para recibirlos ni cumplir con las necesidades y los cuidados que ellos necesitan, y esto se ve reflejado básicamente en parejas de padres jóvenes, que aún no adquieren la conciencia y madurez para poder cuidar y educar a un niño.<sup>8</sup>

El comportamiento de los padres y su relación con el niño son factores condicionantes indiscutibles. Por lo tanto, hay necesidad de establecer desde un principio una buena comunicación con ellos, así como el orientar y controlar la relación triangular Paciente – Odontólogo – Padres.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Cameron C. Angus, Widmer P. Richard; Manual de odontología Pediátrica; 3° edición; Edit. ELSEVIER; 2010.

<sup>9</sup> Jaramillo Cárdenas Darío; Fundamentos de odontología. Odontología Pediátrica; 4° edición; Corporación para Investigaciones Biológicas; Medellín Colombia; 2009.



Por esto es que es importante describir las actitudes que los padres presentan y proyectan ante la consulta odontopediátrica, y el manejo de éstos:

### 3.1 TIPOS DE PADRES:

- **Padres motivados:** Son aquellos que tienen el interés por la salud oral de sus hijos y quieren participar y aceptar la orientación del Cirujano Dentista.
- **Padres ansiosos:** Son padres motivados y cooperadores, pero debido a su alto nivel de ansiedad es recomendable tratar de tranquilizarlos, dedicarles tiempo, y en algunos casos, solicitarles que no estén presentes.
- **Padres autoritarios:** En estos casos el profesional de la salud debe tomar el control de la situación desde un comienzo. Aunque son los padres quienes finalmente toman la decisión de realizar el tratamiento, es el odontólogo quien debe orientar y definir la forma como se debe de hacer. No se trata de crear una confrontación, sino de establecer mecanismos de comunicación claros.
- **Padres manipuladores:** Son padres que de una manera sutil por medio de comentarios o sugerencias, intentan imponer la forma como debe tratarse al niño. No puede confundirse la participación de los padres con una manipulación que conduzca al odontólogo a perder seguridad y capacidad de decisión.
- **Padres indiferentes:** Estos padres no se muestran con gran motivación al llevar a sus hijos a la consulta. No les interesa la salud oral del niño o desconocen su importancia.

La identificación del estado emocional de los padres ayuda a determinar las causas específicas de determinado tipo de comportamiento, con el fin de establecer objetivos claros de intervención.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup>Jaramillo Cárdenas Darío, Op. Cit.



Las necesidades básicas del niño que también son elementos para su educación, y estas pueden ser resumidas en afecto, aprobación y autoridad.<sup>11</sup>

El **afecto** y el amor, la mayoría de los niños lo recibe de los padres y familia. La **aprobación** es necesaria para el desarrollo del autoestima y autoconfianza y se crea con actitudes de ánimo y apoyo. La **autoridad** es más difícil de dosificar, pues incluye establecer normas, límites y disciplina, lo que la mayoría de los padres tienen dificultad de hacer o hacen con exageración.

Los disturbios más comunes observados en la relación entre los padres e hijos son aquellos caracterizados por sobreprotección, autoritarismo y rechazo.<sup>12</sup>

La relación de **sobreprotección**, está basada en el amor de los padres por sus hijos en una actitud exagerada de cuidados que alteran el desarrollo psicológico – afectivo. Por otro lado el **autoritarismo** se caracteriza por padres exigentes con el niño, lo cual refleja actitudes tímidas y colaboradoras a lo que otras personas dicen. Mientras tanto los hijos de padres indiferentes o con actitudes de **rechazo**, con niños que a primera vista no presentan problemas, pero analizándolos se observa que son inseguros e incapaces de tomar decisiones.<sup>13</sup>

Así mismo es importante establecer, desarrollar y comprender las razones específicas por las cuales los padres no asisten a consulta dental con sus niños, si para ellos son lo “importante en sus vidas” y se preocupan por sus necesidades, por lo tanto, es preciso definir conceptos básicos y necesarios que influyen en la psicología de los mismos.

---

<sup>11</sup>Nahás Pires Corrêa María Selete; Odontopediatría en la Primera Infancia; Editorial Santos; Grupo Editorial Nacional Gen; 2009.

<sup>12</sup> Ib

<sup>13</sup>Nahás Pires Corrêa María Selete. Op. Cit.



### 3.2 FACTORES DETERMINANTES EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES:

Las actitudes paternas son adquiridas y moldeadas por diversos factores:

- **Educación:** Proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos.

Relativamente cuanto más “educada” es una persona, tiene mayor conciencia de una buena salud bucal, en cambio, puede existir mayor resistencia a las recomendaciones, porque el orgullo personal puede impedir que estas personas admitan su falta de higiene oral. Mientras que las personas que no tuvieron acceso a la educación, puede ser más receptivas a los consejos del profesional, aunque cabe señalar que para lograr un buen grado de conciencia de salud bucal en este tipo de padres, se debe de ser constante en la práctica e información.<sup>14</sup>

- **Edad:** El grado de madurez de los padres influye en la conducta positiva o negativa de su hijo en la consulta dental.

Los padres jóvenes pueden crear un ambiente de descuido hacia su hijo porque aún no están lo suficientemente preparados para una responsabilidad, pero éste tipo de padres suelen presentarse más receptivos hacia el diagnóstico y tratamiento dental.

Otro tipo de padres son aquellos de edad media que tienen varios hijos, pero al que llevan a consulta dental es al último, porque es ahí donde pueden brindarle una mejor atención odontológica.

Existen padres de edad más avanzada que por lo general tienen más de un hijo, y por lo tanto más experiencias en cuanto a la salud bucal. Por lo general son padres que han tenido educación de higiene oral y se interesan en transmitírsela a sus hijos.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Gross Richard D. Op. Cit.

<sup>15</sup> Ib



- **Estabilidad Emocional:** La salud mental, al igual que la física, debe de encontrarse en óptimas condiciones, de lo contrario afectará las actitudes paternas y la de los hijos. La inestabilidad suele ser el resultado de una incapacidad para superar las tensiones de la vida normal.
- **Estado Civil:** Los padres o madres solteros (as) tienen mayores responsabilidades, porque la mayoría suelen tener empleos de tiempo completo y por lo tanto están separados de los hijos por un tiempo prolongado. Estos padres se presentan agotados y distraídos la mayoría del tiempo.
- **Factores Culturales:** Constituyen probablemente las consideraciones que más influyen sobre los padres. La falta de familiaridad con las normas sociales pueden crear alguna dificultad entre el odontólogo y los padres.

Ambas partes pueden desconocer lo que se acepta como atención odontológica en el medio cultural del otro. Muchos factores pueden crear un clima de desconfianza y, a menudo, contradicen las normas sociales aceptadas. Los padres de diversos grupos culturales no les es relevante la importancia de la atención dental de su hijo y preferirían visitar al odontólogo solo en caso de emergencia, aliviar al dolor y abandonar el tratamiento integral.

- **Factores Socioeconómicos:** La situación económica de los padres también es un factor contribuyente en las actitudes del niño hacia la consulta dental.

Se ha demostrado que personas con posición financiera poco estable no acuden con sus hijos a una consulta preventiva, porque para ellos existen otras prioridades económicas; pero cuando su hijo presenta dolor en algún órgano dentario y lo llevan con el dentista, los padres con frecuencia sacrifican otras cosas para proporcionar a su hijo una buena atención odontológica.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup>Gross Richard D. Op. Cit.



En cambio los padres de clase media y alta con orientación al futuro de sus hijos, tienden a buscar atención antes, cooperan y aceptan los controles odontológicos periódicos.<sup>17</sup>

- **Aprendizaje:** Proceso a través del cual se adquieren o modifican habilidades, destrezas, conocimientos, conductas o valores como resultado del estudio, la experiencia, la instrucción, el razonamiento y la observación. El aprendizaje es una de las funciones mentales más importantes en humanos; el aprendizaje humano está relacionado con la educación y el desarrollo personal.

El proceso de vinculación y concienciación cultural, moral y conductual. Así a través de la educación, las nuevas generaciones asimilan y aprenden los conocimientos, normas de conducta, modos de ser y formas de ver el mundo de generaciones anteriores, creando además otros nuevos.

En la literatura se reportan diversos estudios que han medido la relación que existe entre la madre y el niño; tomando en cuenta aspectos como el nivel socioeconómico, las creencias así como los conocimientos de la madre sobre salud en general, obteniendo como resultado que la relación y la forma de afectar al niño dependerá de la edad, ocupación, educación y actitud de la madre.<sup>18</sup>

Las causas muchas veces son de índole económica, sabemos que los gastos dentales en ocasiones no se pueden costear, por lo tanto si los padres no acuden a consulta dental, por consiguiente menos lo harán sus hijos, esto es un procedimiento en cadena, pero dicha cadena existe debido a las costumbres, la crianza, o es a base de ejemplos que los padres transmiten conductas inadecuadas que seguirán sus hijos.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Gross Richard D. Op. Cit.

<sup>18</sup> Núñez Soto Ileana Vanesa; Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos; Facultad de Odontología UNAM; Revista Odontológica Mexicana, Vol. 10, Núm. 1; Marzo 2006.

<sup>19</sup> Ib



Los padres en sí quieren, educan y cuidan a sus hijos en muchos aspectos, pero el cuidado dental ha quedado en segundo término; ya que en la actualidad existen cuidados y gastos primordiales, es por eso que los padres:

- No consideran importante llevar a sus hijos a la visita preventiva al dentista, porque es un gasto innecesario.
- Solo acuden con sus hijos cuando existe evidencia de problemas dentales (dolor).<sup>20</sup>

Por eso es importante reforzar los conceptos de salud bucal y su importancia en relación con la salud al interior de la familia; porque la familia es el vínculo primordial del niño.<sup>21</sup>

#### **4.- CAMBIO DE CONDUCTA EN LOS PADRES**

El cambio de conducta no es un evento instantáneo; es un proceso complicado que comprende diversas etapas y puede considerarse como cíclico, ya que un padre puede retroceder y avanzar en el cuidado y rehabilitación bucal de su hijo.<sup>22</sup>

Para poder describir el cambio de conducta es necesario dividirlos en 6 etapas:

##### **4.1 PRECONTEMPLACIÓN**

En esta etapa aún no se ha tomado la decisión de hacer un cambio. Los padres pueden no estar conscientes de que existe un problema de salud bucal, o considerar que su conducta es la adecuada, y no es necesario realizar un cambio en ésta.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup>Núñez Soto Ileana Vanesa. Op. Cit.

<sup>21</sup>Barceló Canto Enna Beatriz; Odontología para Bebés. Estrategia de prevención; Editorial Trillas; México; 2007.

<sup>22</sup>Gross Richard D. Op Cit.

<sup>23</sup>Ib



## **4.2 CONTEMPLACIÓN**

Los padres son un poco más consientes de que existe un beneficio potencial de salud al realizar un cambio de conducta, pero aún no han hecho ningún intento por llevarlo a cabo. Pude que necesiten obtener más información para realizar cualquier tipo de acción.<sup>24</sup>

## **4.3 LISTO PARA CAMBIAR**

Al llegar a este punto los padres han decidido que los beneficios psicológicos, sociales o de salud, que traen consigo un cambio, superan las desventajas de determinación, compromiso de tiempo y el posible costo financiero.

## **4.4 HACIENDO UN CAMBIO**

En esta etapa ya se ha realizado una acción que implica el desarrollo de algo nuevo. Es necesario elaborar un plan en el cual los padres establezcan sus objetivos. Invariablemente, el cambio requiere apoyo adicional de profesionales de la salud, familia y amigos.

## **4.5 MANTENIENDO EL CAMBIO**

En este punto, se necesita de esfuerzo, compromiso y apoyo para mantener el cambio de su nueva conducta. Para ello es indispensable que el odontólogo haga énfasis en que los padres y el niño deben ser constantes en las citas establecidas, ya que si no lo hacen va a existir un retroceso en el manejo conductual del niño, lo cual perjudicará la atención bucodental del mismo.

## **4.6 RECAÍDA**

No siempre se puede mantener un cambio, ya que los padres pueden retroceder en este proceso, esto se da por falta de interés o por circunstancias ajenas que evitan continuar con esta modificación. Es por esto que el profesional de la salud debe estar en contacto para motivar a los padres y continuar con el cuidado bucodental de su hijo.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup>Gross Richard D. Op Cit.

<sup>25</sup>Ireland Robert; Higiene dental y Tratamiento; Editorial El Manual Moderno; 2008.



## 5.- LOS PADRES Y LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

En el éxito del cuidado en la salud bucodental, los padres juegan un papel importante, ya que son los transmisores de hábitos de cualquier índole; y en temas de salud, la cavidad bucal es de suma importancia en razón de estética, fonética y función.<sup>26</sup>

La salud oral debe ser un trabajo conjunto entre padres e hijos bajo el control de su Pediatra y el Cirujano Dentista, poniendo especial énfasis en la prevención de los problemas dentales, siendo los padres quienes deben hacerse responsables de la higiene oral hasta los 6 o 7 años de edad.<sup>27</sup>

Desafortunadamente por falta de información acerca de la problemática que constituye no tener buena salud bucodental, no se ha desarrollado una cultura de prevención, en algunos grupos sociales, por lo que el paciente acude al servicio odontológico ya existe una lesión, lo que conlleva a tratamientos más largos, costosos y agresivos.<sup>28</sup>

Los diferentes problemas asociados con la salud bucal de los niños a su vez están relacionados, en gran medida, con la influencia que los padres ejercen sobre sus hijos ya que esto determina si los niños son atendidos en citas programadas (con un enfoque preventivo) o acuden solo de urgencia (con un enfoque restaurador).<sup>29</sup>

La conducta que presenta el paciente infantil que acude a la consulta dental está relacionada a diversas variables que inciden en su comportamiento, dentro de estas podemos mencionar:

- **La ansiedad** puede generar miedo en el niño.
- **Vivencias negativas previas o temores objetivos** donde la experiencia del dolor dental genera temor a la consulta odontológica.

---

<sup>26</sup> Núñez Soto Ileana Vanesa. Op Cit.

<sup>27</sup> Ib

<sup>28</sup> Bordoni Noemí; Escobar Rojas Alfonso. Op Cit.

<sup>29</sup> Núñez Soto Ileana Vanesa. Op Cit



- **Desconocimiento de los padres** sobre la importancia de la salud bucal de sus hijos o la naturaleza de los tratamientos odontológicos.

Cabe destacar que hoy en día una dificultad que se plantea es que los padres están tan ocupados que muchas veces no pueden acompañar a sus hijos a la consulta. Otras veces están tan apurados que no quieren escuchar explicaciones y sólo quieren resolver el problema puntual. Y otras se pueden sentir tan culpables que reaccionan con mucha ansiedad.

El enfoque de esta problemática es dada por lo que llamamos padres indiferentes, a los cuales como ya se mencionó anteriormente, no les interesa la salud oral del niño o desconocen la importancia. Un ejemplo común son aquellos padres que solo llevan a sus hijos a consulta cuando tiene una urgencia o una necesidad estética. Es importante reconocer estas situaciones y hacer un trabajo para motivarlos y comprometerlos a poner más atención en la salud bucal de su hijo.<sup>30</sup>

Las actitudes “positivas” de la salud oral en los padres, y el apoyo emocional de los niños, son considerados importantes para la “socialización dental”; y por otro lado la ayuda práctica, en especial de la higiene oral. Las actitudes de los padres ante estas situaciones están constituidas por dos componentes:

- **Cognitivo:** Conocimiento e información que se posee.
- **Afectivo:** Sentimientos y emociones, así como su evaluación de lo que es importante para cada padre.

Es por esto que ambos factores se entrelazan para poder obtener una actitud ya sea positiva o negativa en los padres ante el tratamiento dental.<sup>31</sup>

Así mismo, cuando los padres se enfrentan al diagnóstico y tratamiento de su hijo, ellos pueden o no comprender lo que el profesional de la salud les comenta respecto a la salud bucal de su hijo con base en la revisión clínica previa. El odontólogo tiene la obligación de explicar a los padres en qué consistirá el tratamiento de su hijo, es decir, los padecimientos

---

<sup>30</sup>Jaramillo Cárdenas Darío. Op Cit

<sup>31</sup>Ireland Robert. Op Cit



encontrados (caries, gingivitis, abscesos, dientes perdidos, etc.), así como el tratamiento a realizar en cada uno de los órganos dentarios afectados (amalgama, resina, pulpotomía, pulpectomía, corona acero cromo, etc.).<sup>32</sup>

Una vez explicado el plan de tratamiento a los padres, éstos pueden presentar diversas actitudes.<sup>33</sup>

- Padres que no comprenden el tratamiento, pero explicándoles lo entienden y lo aceptan.
- Padres que no comprenden el tratamiento, se les explica claramente, pero se rehúsan a aceptarlo, porque lo consideran innecesario e invasivo.
- Padres que desde un inicio se muestran cooperadores ante el diagnóstico y tratamiento.

Con base a lo anterior podemos reconocersi los padres presentan una actitud positiva o negativa antes, durante y después del tratamiento dental de sus hijos.

Una actitud positiva la podemos notar cuando los padres comprenden y aceptan el diagnóstico, tratamiento y forma de manejo conductual de su hijo en la consulta dental. Para poder lograr que los padres puedan cooperar y autorizar nuestro tratamiento es necesario explicar detalladamente lo que vamos a realizar, nunca mentir, mostrar conocimiento, seguridad y empatía con el niño.

Por otro lado existe la actitud negativa de los padres, ésta la podemos reconocer cuando por mas que se les explica y se les hace ver que es necesario realizar un tratamiento y un manejo de conducta específico, ellos se niegan a aceptar, porque creen que sería una agresión y probablemente un trauma que dejaría secuelas en su hijo.

---

<sup>32</sup> Ib

<sup>33</sup> Escobar Muñoz Fernando; Odontología Pediátrica; Edit. Actualidades Médico Odontológicas latinoamericana, C.A, Caracas Venezuela.



La literatura respalda que los modelos derivados de la infancia y el papel de las actitudes de los padres son el reflejo de experiencias que enfrentaron en su infancia, estas experiencias previas van a afectar el acceso al tratamiento dental de sus hijos.<sup>34</sup>

## **6.- TRIADA: PROFESIONAL – PADRES – HIJOS**

La reacción de los niños frente al contacto con los padres y con otras personas depende de su grado de desarrollo físico e intelectual.<sup>35</sup>

En la consulta dental, es fundamental la relación de complicidad entre padres y el odontólogo, pues son los padres los mayores aliados del profesional de la salud tanto a lo que se refiere a la institución precoz de los hábitos de auto-cuidado, hábitos adecuados de dieta y de higiene bucal, como en la prevención y en el apoyo al niño con relación a sus sentimientos de ansiedad y miedo enfrentados durante nuevas situaciones.

Para dicha triada, es necesaria la base de cualquier relacionamiento satisfactorio, esto es, la comunicación; siendo un punto clave para la interacción dentista – niño y dentista – padres.

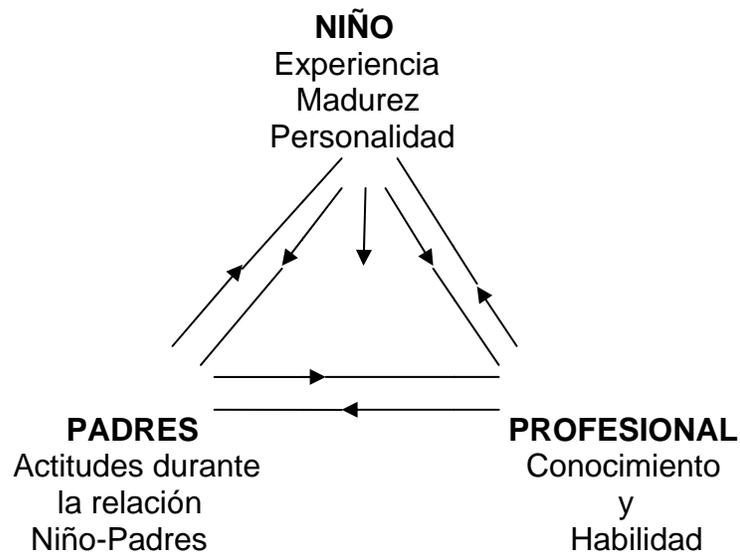
Se cree que tanto la personalidad como los hábitos y las reacciones del niño frente a situaciones de estrés están directamente relacionados a las características de los padres. El comportamiento infantil frente a la consulta odontológica depende de innumerables factores que interactúan entre sí.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Patricia Anne Smith & Ruth Freeman; Remembering and repeating childhood dental treatment experiences: parents, their children, and barriers to dental care; International Journal of Paediatric Dentistry 2010.

<sup>35</sup> Nahás Pires Corrêa María Selete. Op Cit.

<sup>36</sup> Ib



## 7.- ABORDAJE ODONTOLÓGICO

El odontólogo que dedica su atención a niños debe tener en primer lugar el interés, afinidad y el gusto por este grupo poblacional. Debe comportarse de una manera tolerante, paciente y cariñosa, mostrar gran empatía, respeto, conocimiento y ser capaz de ganarse la confianza del niño y la de sus padres.

Debe tener mucha seguridad en sí mismo y en las actividades que realiza, ya que el niño es capaz de percibir la más mínima muestra de inseguridad y estado de ánimo lo que podría afectar su confianza.<sup>37</sup>

Hoy en día el Profesional de la salud bucal tiene un importante papel como educador, es preciso transmitir, motivar y convencer, ya que éste es el que va a introducir a los padres y al niño a la Odontología monitoreando su crecimiento y desarrollo, tanto en el aspecto psicológico como en el bucal.<sup>38</sup>

<sup>37</sup> Nahás Pires Corrêa María Selete. Op Cit.

<sup>38</sup> Ib



Por tanto, los padres del niño necesitan saber cómo cuidar la cavidad oral para mantenerla saludable y libre de enfermedades. No existe mayor gratificación para los padres y profesionales que ver a sus hijos y pacientes con una salud bucodental óptima.<sup>39</sup>

Los padres han minimizado la importancia de los dientes temporales cayendo constantemente en el error “**para que cuidarlos, si se van a caer**”, haciendo que esto traiga como consecuencia la instauración de la enfermedad en sí, y no es hasta el momento en que aparecen las secuelas cuando los padres buscan la atención profesional, a pesar de esto la selección y decisión del tratamiento no siempre será la idónea.

El Cirujano Dentista o Especialista, una vez realizada la exploración y dar un diagnóstico, establecerá un plan de tratamiento, el cual deberá ser informado y explicado a los padres o tutores lo que se piensa sobre la terapéutica a realizar, y es en este momento cuando el profesional debe de ser lo más claro posible en su explicación.<sup>40</sup>

Cuando el mensaje es claro y sencillo conllevará menos tiempo concientizar a los padres sobre la problemática reduciendo en gran medida el temor y la preocupación generada por el tratamiento.

Uno de los problemas a los que se enfrenta el profesional de recién egreso es el interactuar con padres de similar edad ya que estos últimos llegan a poner en duda la capacidad del clínico para el desarrollo del tratamiento debido a que la poca experiencia que presentan, sin embargo aquellos que muestran seguridad y conocimientos, pueden romper con la desconfianza y lograr la aceptación de los padres.

---

<sup>39</sup> Nahás Pires Corrêa María Selete. Op Cit.

<sup>40</sup> Bordoni Noemí; Escobar Rojas Alfonso. Op Cit



## 8.- EDUCACIÓN Y MOTIVACIÓN DENTAL PARA LOS PADRES

Los padres deben estar conscientes de sus necesidades y responsabilidades en el mantenimiento de la salud bucal. Para lograr esto, no basta solamente transmitirles los conocimientos sobre la enfermedad y como evitarla, se necesita despertar su interés, crear la voluntad de aprender y desencadenar las acciones indispensables para obtener los resultados deseados.<sup>41</sup>

Es indispensable informarles sobre la importancia de la cavidad oral y de la dentición temporal, así como orientarlos sobre la existencia de medidas preventivas y de su eficacia en el control de la enfermedad.<sup>42</sup>

Un factor sumamente importante es que se desarrolle un ambiente de salud familiar preventiva, ya que se puede observar que durante la primera infancia, el niño es altamente receptivo y su desarrollo varía de acuerdo con sus experiencias y su entorno.<sup>43</sup>

El niño aprende captando las acciones de quien lo conduce, absorbiendo hábitos y actitudes de los que lo rodean. De modo general, si los padres cepillan sus dientes frente al niño, éste los cepillará también, porque tratará de imitar las acciones observadas de una forma divertida y desarrollando enseñanza y aprendizaje.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup>Nahás Pires Corrêa María Selete. Op Cit

<sup>42</sup>Boj Juan R.; Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven; 1° edición; Editorial Médica Ripano; 2011.

<sup>43</sup>Nahás Pires Corrêa María Selete. Op Cit

<sup>44</sup> Ib



## 9.- CONDUCTA DEL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO

La mayoría de los pacientes infantiles son capaces de superar satisfactoriamente el miedo y la ansiedad, manifestando patrones de comportamiento que pueden o no ser aceptables durante la consulta dental.<sup>45</sup>

Existen diferentes sistemas de clasificación de la conducta del niño en la consulta, con ellos el Cirujano Dentista puede valorar a cada paciente y así evaluar su colaboración en la primera visita y luego compararlo con las visitas sucesivas.<sup>46</sup>

El cambio de conducta del paciente indica la capacidad de aprendizaje que tiene el niño, también muestra si el profesional actúa de manera adecuada o incorrecta, lo cual le permite hacer una adaptación del niño a los procedimientos odontológicos.<sup>47</sup>

Wright, establece una clasificación resulta la más sencilla al establecer tres categorías.<sup>48</sup>

- **Cooperativo:** Define al niño relajado en la consulta, satisfecho y entusiasta.
- **Ausencia de habilidad de cooperar:** Incluye niños muy pequeños con los que no se puede establecer una comunicación, o aquellos con condiciones discapacitantes. En estos casos no se esperan cambios inmediatos en la colaboración.
- **Potencialmente cooperador:** Es el niño con un problema de conducta, y a diferencia del anterior, puede cooperar mediante las técnicas adecuadas y bien implementadas, este objetivo se puede conseguir.

La manera de conseguir un alto grado de aceptación del tratamiento en un niño se consigue invirtiendo el tiempo suficiente en las primeras visitas, para dejar que el niño se adapte gradualmente (conocer el ambiente, lo cual conllevará a una adaptación gradual al medio), así mismo, los padres

<sup>45</sup>Castillo Mercado Ramón, Guido Perona Miguel de Priego; Estomatología Pediátrica, DAENA, 2011.

<sup>46</sup>Boj Juan R. Op Cit

<sup>47</sup> Ib

<sup>48</sup> Ib



deben comprender la importancia de dejar que el proceso de adaptación sea continuo y deben colaborar con el odontólogo para conseguir mejores resultados.<sup>49</sup>

El Cirujano Dentista debe estar capacitado para reconocer la conducta del niño así poder clasificarlo, y de esta manera poder planear el tratamiento junto con las técnicas de conducta a emplearse.<sup>50</sup>

**MANEJO DE PADRES + MANEJO DEL NIÑO = ÉXITO**

## **10.- CONTROL DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO**

El manejo de la conducta constituye el pilar fundamental que diferencia la Odontología Pediátrica de otras especialidades.<sup>51</sup>

Adaptar a un niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento, mediante un proceso enseñanza aprendizaje, por lo cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van promoviendo en el niño una actitud positiva hacia la Odontología.<sup>52</sup>

Uno de los aspectos más importantes en la atención odontológica de un niño es la comunicación para poder modificar la conducta, pues sin cooperación por parte del niño no es posible el éxito del tratamiento.<sup>53</sup>

---

<sup>49</sup> Ib

<sup>50</sup> Castillo Mercado Ramón, Guido Perona Miguel de Priego. Op. Cit.

<sup>51</sup> Bordoni Noemí; Escobar Rojas Alfonso. Op Cit

<sup>52</sup> Ib

<sup>53</sup> Boj Juan R. Op Cit



La comunicación con un paciente infantil es el primer objetivo para dirigir su conducta, pero dicha comunicación no se puede llevar a cabo con éxito, ya que el niño entra a consulta dental con miedo, ansiedad y preocupación, lo que conlleva a una consulta dental más difícil de dirigir.<sup>54</sup>

Es por esto que existen y se llevan a cabo diversas técnicas de conducta para cada situación en específico.<sup>55</sup>

### **10.1 TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA:**

Existen diversas técnicas se son utilizadas para la mejora de la conducta del paciente infantil, y por ende para una mejor consulta dental.<sup>56</sup>

En este trabajo solo se hace referencia a las técnicas de conducta aceptadas por los padres.

Las técnicas de manejo de conducta se clasifican en:

1. Comunicativas
2. No comunicativas
3. Farmacológicas

Sin embargo, es importante recordar que la esencia del manejo radica en una comunicación positiva basada en la verdad, tanto con el paciente como con los padres que permita crear un vínculo personal y generar confianza.<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup>Boj Juan R. Op. Cit.

<sup>55</sup>Ib

<sup>56</sup>Ib

<sup>57</sup>Bordoni Noemí; Escobar Rojas Alfonso. Op Cit



## 10.2 TÉCNICAS COMUNICATIVAS

### 10.2.1 DECIR – MOSTRAR – HACER

Consiste en permitir que el paciente conozca los procedimientos que han de aplicarse. Esto se hace de una manera secuencial: primero se le explica en un lenguaje adecuado y entendible de acuerdo a su desarrollo, el procedimiento que se va a aplicar (decir), posteriormente se hace una demostración (mostrar) y por último se le realiza el procedimiento en alguna parte de su cuerpo, que por lo general se aplica en las manos (hacer).<sup>58</sup>

El objetivo de ésta técnica es disminuir el miedo del paciente, explicándole una situación que le es desconocida.<sup>59</sup>

Ésta técnica es aplicable con pacientes que han desarrollado comunicación verbal, sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad o pacientes muy ansiosos, a quienes la información podría incrementar su miedo.<sup>60</sup>

### 10.2.2 LENGUAJE PEDIÁTRICO

Es el proceso mediante cual el Cirujano Dentista se comunica con el niño, para que éste pueda entender el tratamiento a realizar.

Es importante la elección del lenguaje apropiado por parte del odontólogo y su equipo; al seleccionar el lenguaje hay que elegir objetos y situaciones familiares, y explicar el procedimiento de forma que lo entienda, sin engañar o mentir con las explicaciones.<sup>61</sup>

---

<sup>58</sup> Bordoni Noemí; Escobar Rojas Alfonso. Op Cit

<sup>59</sup> Ib

<sup>60</sup> Bordoni Noemí; Escobar Rojas Alfonso

<sup>61</sup> Ib



### **10.2.3 CONTROL DE VOZ**

Se trata de una modificación del tono y el volumen de la voz, sin que esto signifique gritarle al paciente o enfadarse con él. Una vez restablecida la comunicación es necesario bajar el tono de voz y hablarle al oído.<sup>62</sup>

Una vez conseguido el objetivo se hace alarde sobre su conducta positiva para después darle explicaciones e instrucciones necesarias de manera tranquila y agradable.<sup>63</sup>

### **10.2.4 DISTRACCIÓN**

Consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento, al mismo tiempo que se condiciona su conducta.

Puede hacerse con ayuda de medios audiovisuales o auditivos. Es importante utilizarlos en conjunto con la técnica Decir – Mostrar – Hacer, antes de iniciar el tratamiento, con el propósito de que el paciente entienda el funcionamiento de la técnica.

### **10.2.5 DESENSIBILIZACIÓN**

Esta técnica consiste en motivar al paciente a través de diferentes técnicas de relajación, brindándole la seguridad necesaria para enfrentar sus temores de manera gradual.

Es importante conocer la base del temor infantil y a partir de éste romper los vínculos que provocan el miedo, pues evitan que el paciente contacte con la realidad, lo cual sirve para reforzar su conducta negativa.

---

<sup>62</sup>Boj Juan R. Op Cit

<sup>63</sup>lb



### **10.2.6 IMITACIÓN**

Es otra técnica usada en psicología para el tratamiento de los temores, y puede ser aplicada a una variedad de situaciones dentales, donde el niño puede aprender viendo como otros reciben el tratamiento. Es de gran utilidad, principalmente, para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental.<sup>64</sup>

El proceso básico consiste en la observación de uno o más niños que demuestran una conducta apropiada en una situación particular, y así puedan comprender lo que esperamos de ellos cuando estén en consulta.

### **10.3 TÉCNICAS NO COMUNICATIVAS**

Este tipo de técnicas se utilizan en niños de corta edad, y/o con déficit psicomotriz debido a su estado de desarrollo emocional y el tipo de procedimiento a realizarse, porque con estos pacientes no es posible establecer una adecuada comunicación.

La aplicación de éstas técnicas son cada vez más controvertidas y menos aceptadas por los padres, por lo cual es importante una explicación previa y la obtención de un consentimiento verbal o escrito antes de su aplicación, así como personal calificado e infraestructura adecuada para disminuir los riesgos que implica este procedimiento.

#### **10.3.1 RESTRICCIÓN FÍSICA CON AYUDA DE LOS PADRES**

Esta técnica se utiliza en aquellos casos en donde la invasión del procedimiento es mínima (revisión, limpieza dental, etc.).

Consiste en que los mismos padres son quienes restringen los movimientos del paciente tomándolo por sus pies y por sus manos.

Con su ayuda no solo se evitan movimientos no deseados, sino que el niño se siente más tranquilo.

---

<sup>64</sup>Boj Juan R. Op Cit



### **10.3.2 RESTRICCIÓN FÍSICA:**

En ciertas ocasiones es necesario recurrir a la inmovilización parcialtotal del paciente con el fin de proteger su integridad física, cuando el procedimiento así lo requiera, mediante el uso de aditamentos específicos:<sup>65</sup>

- Pedi-Wrâp: Dispositivo de Nylon con cierres de velcro.
- Papoose Board: Tabla rígida con envoltorio de tela.

Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos no apropiados de brazos y piernas del niño mediante dispositivos de limitación, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimar al paciente.

El objetivo de de ésta técnica es proteger la integridad física del paciente infantil, con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y con parámetros clínicos ideales de calidad.

Las indicaciones para poder realizar la técnica son en pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional, discapacidad física, neurológica, psicológica o sensorial.

### **10.3.3 ABREBOCAS Y BLOQUES DE MORDIDA**

Son dispositivos que se emplean para el control del cierre de la cavidad bucal. Con estos se mantiene acceso y visibilidad constante a la cavidad oral.

Así mismo está indicado cuando la cooperación debido al cansancio limita el acceso a la cavidad oral.

Existen distintos modelos con diferentes tamaños que se seleccionan en función de la edad del niño.<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup>Castillo Mercado Ramón. Op Cit

<sup>66</sup> Ib



### 10.3.4 MANO SOBRE BOCA

Consiste en la aplicación firme y suave de la mano del profesional sobre la boca del niño, cuando éste se encuentra en pleno ataque de histeria o rabieta. En voz baja y suave se le dice al oído que está actuando mal y que se retirará la mano en el momento que esté dispuesto a cooperar.<sup>67</sup>

La finalidad de ésta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene la capacidad para comunicarse. Por tal motivo no puede ser utilizada en niños menores de 3 años y en pacientes con discapacidad física, neurológica, psicológica o sensorial.<sup>68</sup>

En la consulta dental con un paciente infantil, las técnicas que se utilizan nunca deben tener una connotación de castigo, sino de ayudar a buscar la colaboración del niño; pero en muchas ocasiones estas conductas a los padres se les hacen exageradas y poco funcionales, ya que lo toman como algo ofensivo y agresivo hacia sus hijos.<sup>69</sup>

Para poder cambiar la conducta y pensamiento de los padres es necesario acercarnos a ellos para conocer sus expectativas, temores y dudas; de igual manera hablar con ellos de las diferentes opciones de tratamiento en lo que refiere a las distintas técnicas de control de conducta, lo cual les ayudará a aceptarlas y reforzar el control sobre el paciente infantil.<sup>70</sup>

---

<sup>67</sup> Boj Juan R. Op Cit

<sup>68</sup> Bordoni Noemí; Escobar Rojas Alfonso

<sup>69</sup> Boj Juan R. Op Cit

<sup>70</sup> Ib



## 10.4 TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS

### 10.4.1 SEDACIÓN CONSCIENTE

Se define como un estado médicamente controlado de depresión de la consciencia que permite que los reflejos protectores sean mantenidos, conserva la capacidad del paciente de tener una vía aérea permeable independiente y continuamente, y permite una respuesta apropiada al estímulo físico o al comando verbal.<sup>71</sup>

Su objetivo es prevenir el desarrollo de problemas en el manejo de la conducta y la ansiedad dental debido a experiencias dentales desagradables.

Dentro de las indicaciones dentales podemos mencionar que se utiliza en tratamientos de grado moderado y emergencias, cuando lo presentan pacientes con elevado miedo al tratamiento dental.

Así mismo, cabe señalar que en este procedimiento aumenta el riesgo en niños menores de 2 años de edad, pacientes que padezcan cualquier clase de enfermedad aguda, que presenten antecedentes de alergia a algunos medicamentos y enfermedades neuromusculares, por lo tanto es indispensable la evaluación previa y colaboración de un anestesiólogo calificado.

Sin olvidar que la aplicación de la sedación consciente generalmente se realiza en el consultorio dental, por lo tanto se debe tener presente que la administración del fármaco es aun más riesgosa debido a que no se cuenta con las medidas ni equipo necesario de seguridad en el caso de que se presentara alguna emergencia, es por esto que ésta técnica farmacológica debe de usarse lo menos posible en consultorio dental.

---

<sup>71</sup> Koch Göran, Sven Poulsen; Odontopediatría Abordaje Clínico, 2° edición, Edit. AMOLCA, 2011.



## 10.4.2 ANESTESIA GENERAL

Algunos pacientes carecen de la capacidad física o mental para cooperar durante el tratamiento dental, así como pacientes foráneos que no pueden asistir a consultas constantes; es por esto que se opta por la utilización de la anestesia general.<sup>72</sup>

Este procedimiento debe ser el último recurso a utilizar cuando todas las técnicas para tratar a un paciente infantil hayan fallado.

Las indicaciones para el tratamiento dental bajo anestesia general se aplican en niños con severa discapacidad mental y/o física, psiquiátrica, psicológica o sensorial, en tratamientos extensos y complicados.

La anestesia general debe ser dada por el médico anesthesiólogo a nivel hospitalario, pues las funciones vitales del paciente generalmente son alteradas y el seguimiento pre, trans y postoperatorio debe realizarse constantemente.

Cuando se decide utilizar ésta técnica farmacológica es importante dar a conocer a los padres los riesgos que se corren al intervenir a su hijo con anestesia general, explicar que el costo del tratamiento aumentará ya que se rehabilitará de una sola intención y tendrá que absorber los honorarios del tratamiento dental así como los de hospitalización.

---

<sup>72</sup>Guedes-Pinto Antonio Carlos, Bönecker Marcelo; Fundamentos de Odontología. Odontopediatría, Edit. SANTOS, 2011.



## 11.- PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS EN PACIENTES INFANTILES

### 11.1 PULPOTOMÍA

Eliminación total de la pulpa coronaria seguida de uso de fármacos, con el objeto de mantener el remanente pulpar radicular vital, de tal manera que permita que el ciclo biológico del diente temporal pueda mantenerse naturalmente.<sup>73</sup>

Indicada cuando el paciente presenta:

- Dolor leve y provocado.
- Sin movilidad dentaria.
- Resorción radicular menor a 2/3.
- Diente restaurable.
- Ausencia de manifestaciones radiculares.

Contraindicada cuando el paciente presenta:

- Dolor espontáneo.
- Presencia de fístula.
- Presencia de pus o exudado.
- Hemorragia profusa.
- Pacientes con compromisos sistémicos,

La justificación para la realización de éste tratamiento es cuando el paciente presenta exposición pulpar mayor a 1mm debido a caries de 3° grado sin involucrar los conductos radiculares.

Hoy en día se opta por este procedimiento para poder mantener los dientes temporales en la arcada dentaria y no recurrir a procedimientos radicales como la extracción dental.

---

<sup>73</sup>Koch Göran, Sven Poulsen, Op. Cit



## 11.2 PULPECTOMÍA

Considerada técnicamente como una terapia pulpar radical, en la cual se busca fundamentalmente la extirpación de la pulpa coronaria y radicular, para posteriormente obturar los conductos radiculares con un material reabsorbible.<sup>74</sup>

Indicada cuando el paciente presenta:

- Dolor espontáneo.
- Presencia de fístula.
- Hemorragia espesa y no controlada.
- Longitud radicular de 2/3.
- Evidencia patológica en furca o periápice.
- Necrosis pulpar.

Contraindicada cuando el paciente presenta:

- Movilidad dentaria grado II y III.
- Si existe perforación de la furca.
- Ausencia de 2/3 partes de raíz formada.
- Pacientes con compromiso sistémico.

La realización de éste tratamiento se justifica cuando el paciente presenta caries de 4° gradosin presentar una infección mayor y así poder rehabilitarlo.

En ocasiones la pulpectomía no se puede realizaren un órgano dentario porque la destrucción anatómica y funcional es mayor, por lo cual se opta por la extracción, siempre y cuando se tenga un diagnóstico previo así como un mantenedor de espacio si es necesario.

---

<sup>74</sup>Koch Göran, Sven Poulsen, Op. Cit



### **11.3 EXTRACCIÓN**

Procedimiento mediante el cual se retira el órgano dental de su alvéolo mediante unas técnicas y un instrumental específicos.<sup>75</sup>

Las causas más comunes para la extracción de un diente temporal son la existencia de caries dental asociada a un proceso infeccioso o por tratamiento ortodóncico. La extracción dentaria siempre debe estar indicada por el profesional.

Cabe mencionar que las extracciones prematuras de dientes temporales causarán una desarmonía en las arcadas dentarias, de ahí la importancia de conocer en qué casos será indispensable la colocación de mantenedores de espacios para permitir la correcta erupción del diente permanente.

## **12.- MATERIALES DENTALES EMPLEADOS EN PACIENTES INFANTILES**

### **12.1 AMALGAMA**

La amalgama dental es una aleación de mercurio y otros metales utilizada para el tratamiento de lacaries dental, ya que es muy resistente, duradera, económica y no es estética.

Se emplea en la atención bucodental infantil con gran éxito, aunque hoy en día existen nuevos materiales estéticos que la están desplazando.

Su uso es específicamente en dientes posteriores con cavidades Clase I que hayan presentado caries grado 2.

---

<sup>75</sup>Koch Göran, Sven Poulsen, Op. Cit



## 12.2 RESINA

La resina es un composite que se adhiere micromecánicamente a la superficie del diente sin depender de la cavidad.<sup>76</sup>

Las resinas compuestas están formadas por un componente orgánicopolimérico llamado matriz, y un componente inorgánicomíneral de relleno.

La utilización de la resina en la restauración de dientes temporales cada vez es mayor, ya que hoy en día sus propiedades son óptimas para la obturación adecuada de cavidades en dientes anteriores y posteriores.

Una de sus principales ventajas de la resina es que presenta mayor estética que una amalgama y su costo hoy en día suele ser más accesible.

## 12.3 CORONA ACERO CROMO

Las coronas de acero cromo son una alternativa racional, sobre todo en la restauración de dientes con múltiples superficies destruidas.

Su uso proporciona un método práctico, efectivo, de bajo costo y su tiempo de colocación es mínimo para restaurar los órganos dentarios afectados.

Así mismo cabe mencionar que las coronas acero cromo siempre van a ser utilizadas posterior a un tratamiento pulpar (pulpotomía o pulpectomía), está indicado la colocación de estas coronas por la gran destrucción del proceso carioso y la pérdida de agua que trae consigo la terapia pulpar.

---

<sup>76</sup>Bezerra da Silva Léa Assed. Op. Cit.



## 12.4 CORONA DE CELULOIDE

Son coronas preformadas de acetato transparente para la restauración de dientes anteriores de la dentición primaria.

La utilización de las coronas de celuloide sirve como matriz para la correcta aplicación de resinas compuestas autopolimerizables y fotopolimerizables, ya que contornea automáticamente el material restaurador a la forma de la dentición natural, permiten el establecimiento de puntos de contacto precisos y por ende se obtendrá una restauración completamente estética.<sup>77</sup>

Hay que destacar que la manipulación y colocación de estas coronas es más complicada, ya que requiere de material específico como sistemas adhesivos, resina que asemeje al color de los dientes contiguos, condiciones dentales óptimas para su colocación como estructura dental idónea para el soporte y restauración del órgano dentario, cooperación completamente positiva por parte del niño ya que el tiempo de trabajo para su colocación es mayor, el precio aumenta a comparación de la corona acero cromo.

---

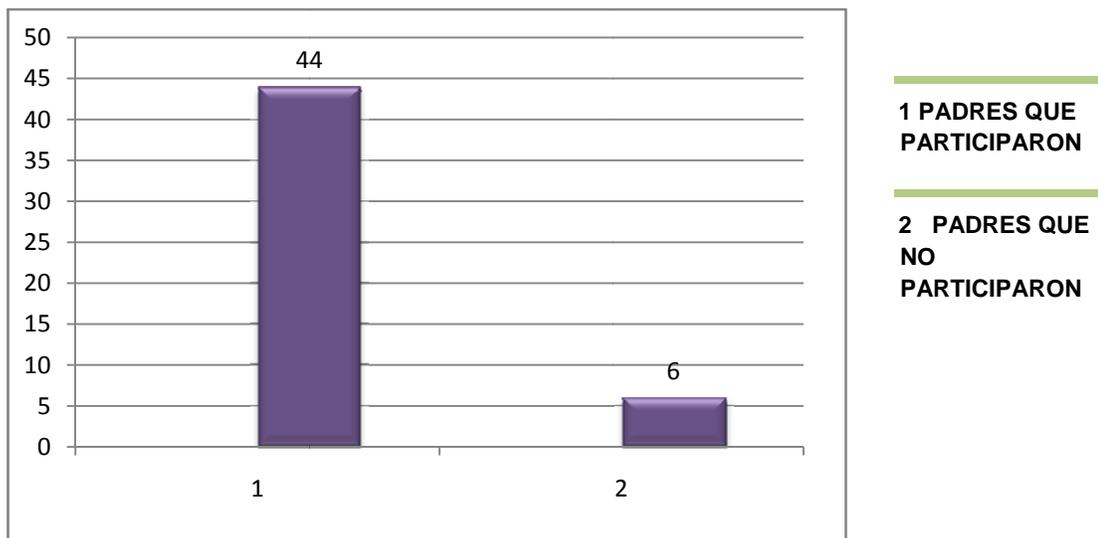
<sup>77</sup>Bezerra da Silva Léa Assed. Op. Cit.



### 13.- RESULTADOS (ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN)

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta, previa exposición oral sobre tópicos como manejo de conducta del paciente pediátrico en la consulta dental y decisiones de tratamiento, que constaba de 28 reactivos los cuales hacen referencia a datos personales y otros específicos de la investigación (Anexo 2).

Se entrevistaron un total de 50 padres o responsables del tratamiento dental, de los cuales solo 44 desearon participar, por consiguiente la tasa de no respuesta corresponde al 12% del total de la muestra (Gráfica 1).

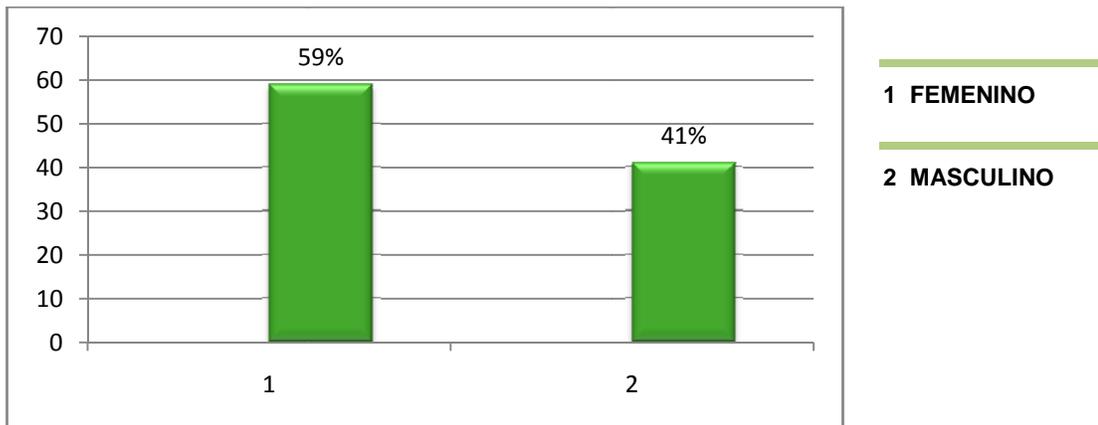


(Gráfica 1) Tasa de respuesta

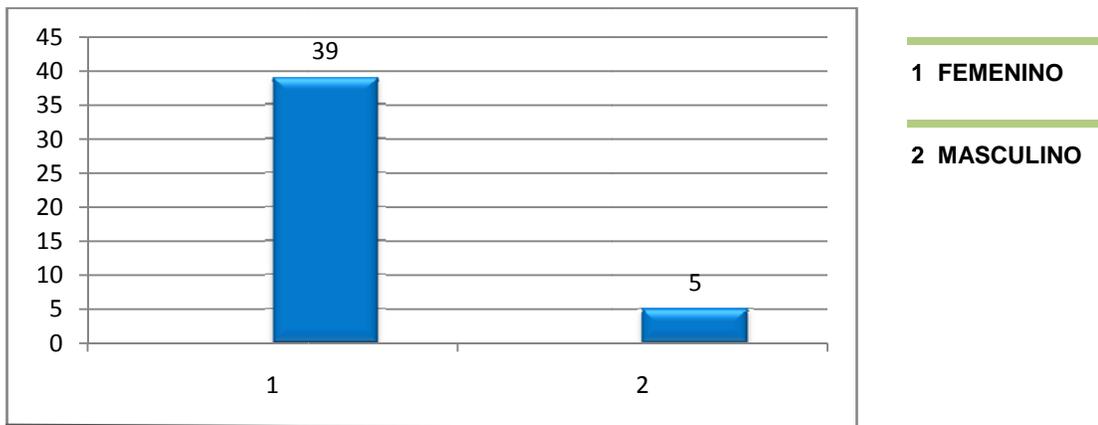
Para el análisis de los datos se utilizó en un principio el Software Microsoft Office Excel para elaborar la tabla de contenidos, posteriormente estos datos fueron analizados mediante el Software estadístico SPSS versión 20, donde se obtuvieron medidas de tendencia central para su interpretación, así como para la creación de tablas de frecuencia y graficas de barras.



De los datos registrados se obtuvieron los siguientes resultados, con respecto al sexo del paciente 26 correspondían al sexo femenino (59%) y 18 al masculino (41%), con un promedio de edad de 5.2 años (Gráfica 2). Mientras que con lo que respecta al sexo de los responsables del tratamiento, 39 corresponden al sexo femenino (88%) y 5 al masculino (12%), con un promedio de edad de 31.7 años (Gráfica 3).



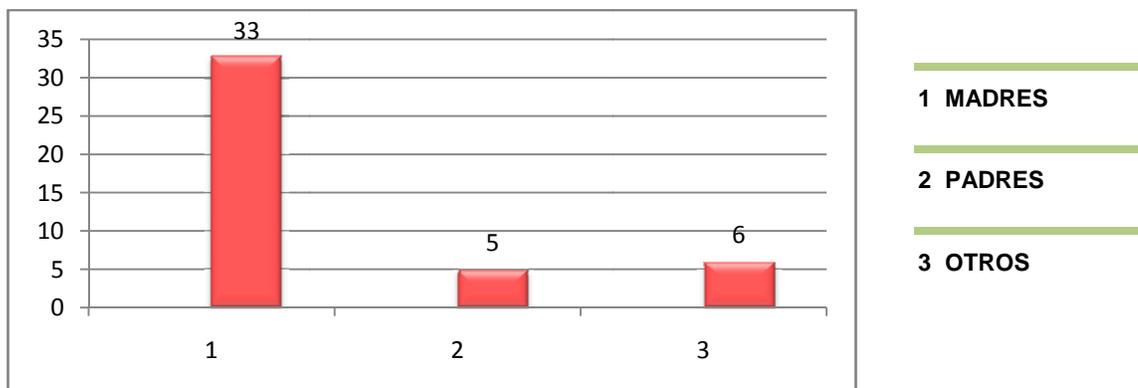
(Gráfica 2) Sexo de Pacientes



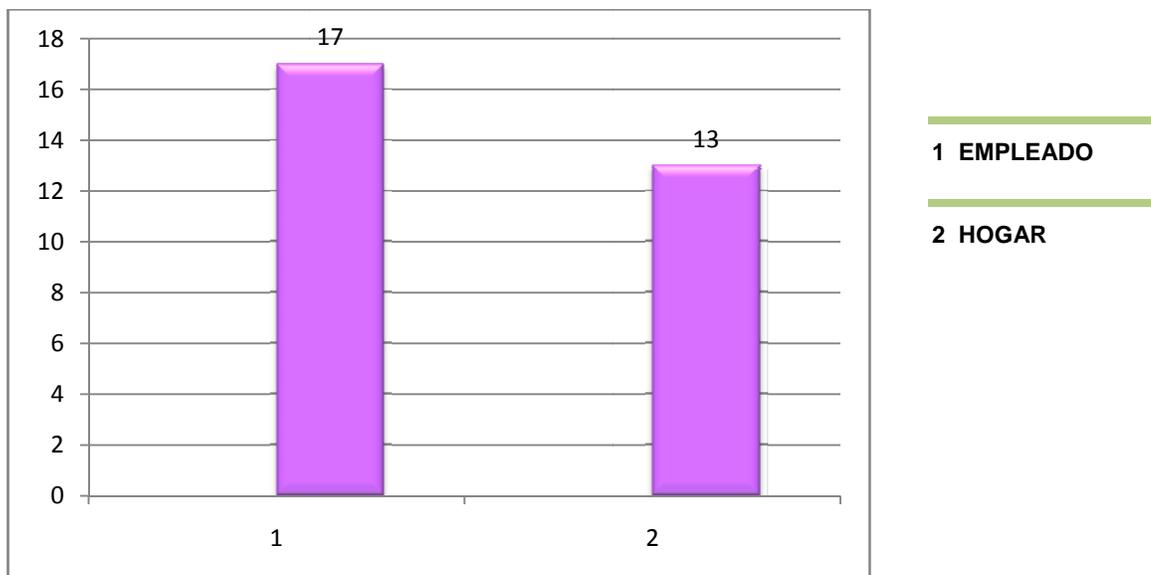
(Gráfica 3) Sexo del Responsable



Respecto a los acompañantes o responsables del paciente, se encontró que del total de los entrevistados, 38 eran familiares directos, 33 madres del paciente y 5 padres y los otros 6 no eran familiares directos (Gráfica 4). Se analizó de igual manera la ocupación de los responsables del tratamiento, teniendo como posible respuesta 8 variables, las que presentaron una mayor frecuencia corresponden a empleado y hogar con valores de 17 y 13 respectivamente (Gráfica 5). En lo que confiere al grado escolar de los padres, tomando en cuenta que se encuentren concluidos sus estudios, la moda señala que el nivel corresponde a Preparatoria.



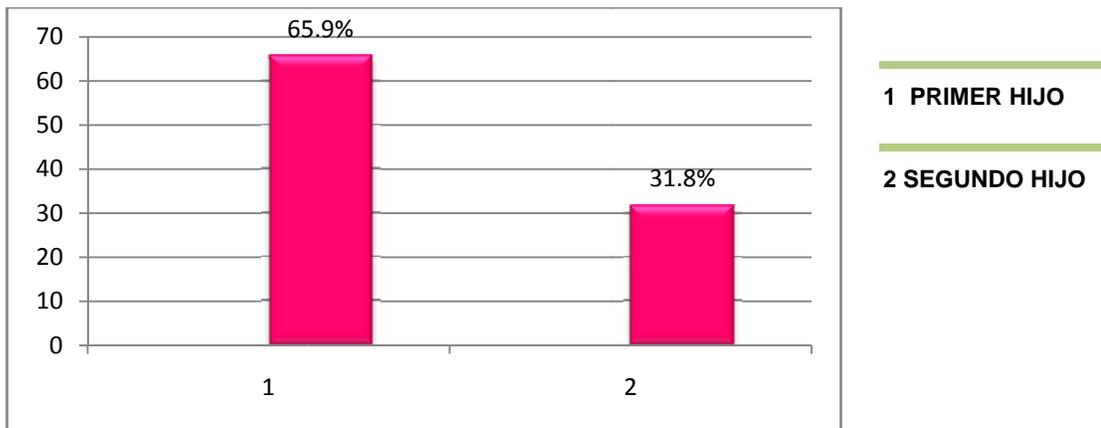
(Gráfica 4) Acompañantes en la consulta dental infantil



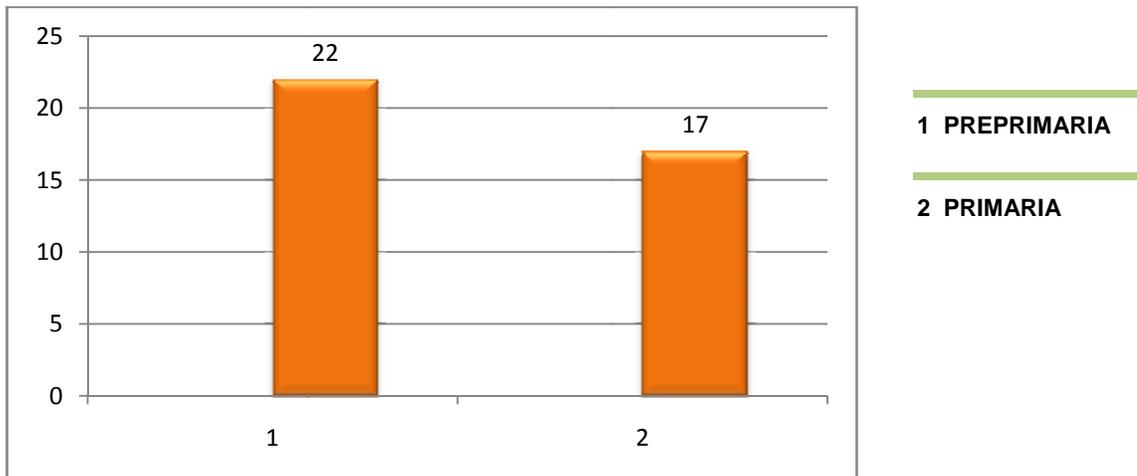
(Gráfica 5) Ocupación de los responsables



Dentro del núcleo familiar, el número de hijos por cada una de las familias es igual en frecuencia, 19 reportes, tanto para quienes tienen uno, así mismo como para quienes tienen dos. De un total de 44 pacientes, 29 de ellos son el primer hijo dentro de familia (65.91%) y como segundo nacimiento se encontraron 14 de ellos (31.8%) (Gráfica 6). Del total de la muestra analizada 22 de los pacientes se encuentran en preprimaria, mientras que 17 cursan educación básica (Gráfica 7).



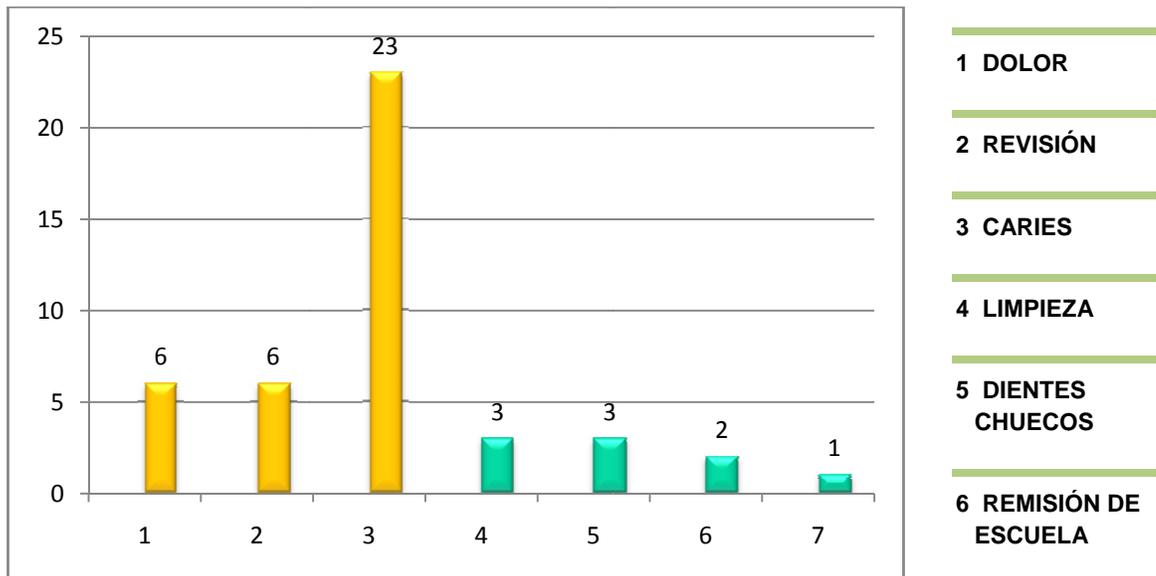
(Gráfica 6) Número de hijo dentro del núcleo familiar



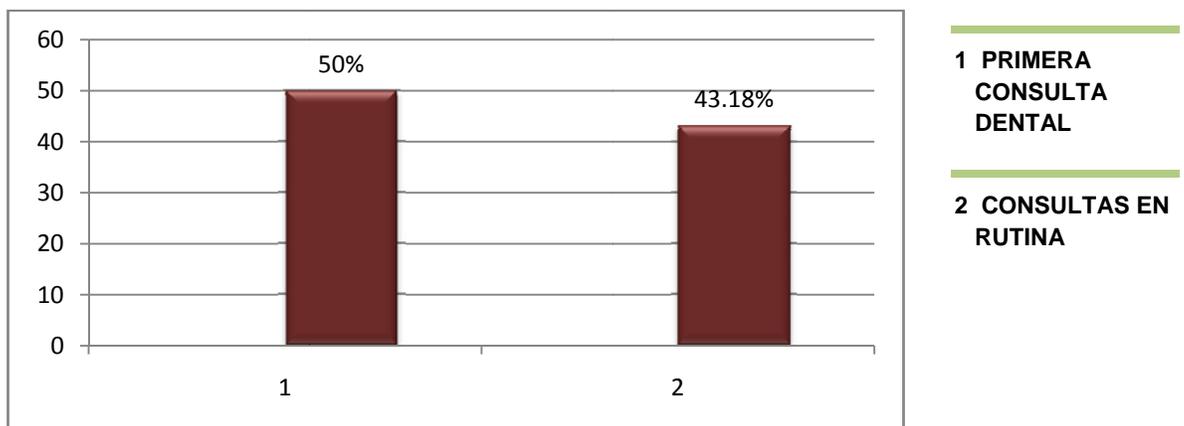
(Gráfica 7) Nivel escolar que cursan los pacientes



Dentro de la encuesta, se interrogó sobre el principal motivo de la consulta y de un total de 7 variables, la mayor frecuencia se ubica en el concepto de caries, con 23 replicas, mientras que por cuestiones de dolor o para una revisión, había 6 resultados positivos para cada una de ellas (Gráfica 8). También se observó que 25 de estos pacientes (50%), acuden por primera vez a una consulta dental y otros 19 (43.18%) acuden a citas con cierta recurrencia (Gráfica 9).



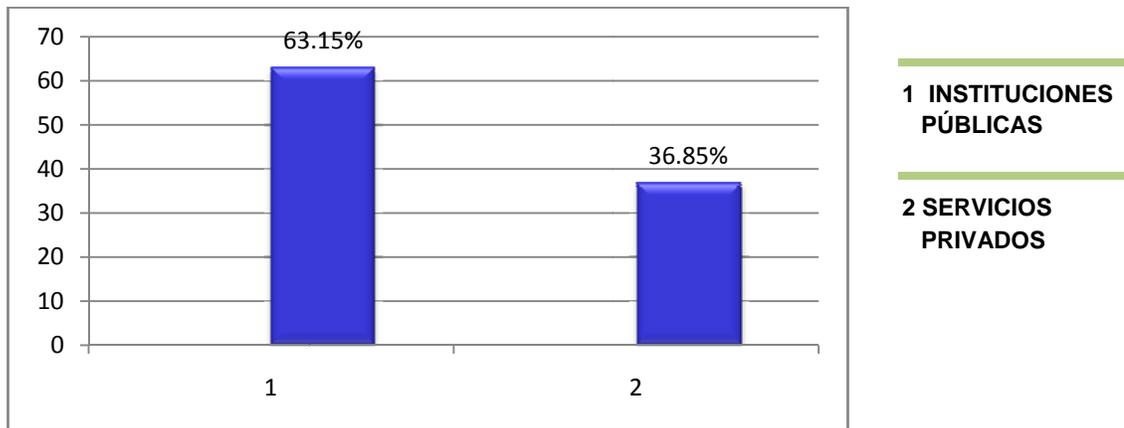
(Gráfica 8) Motivo principal de la consulta



(Gráfica 9) Seguimiento en las citas dentales

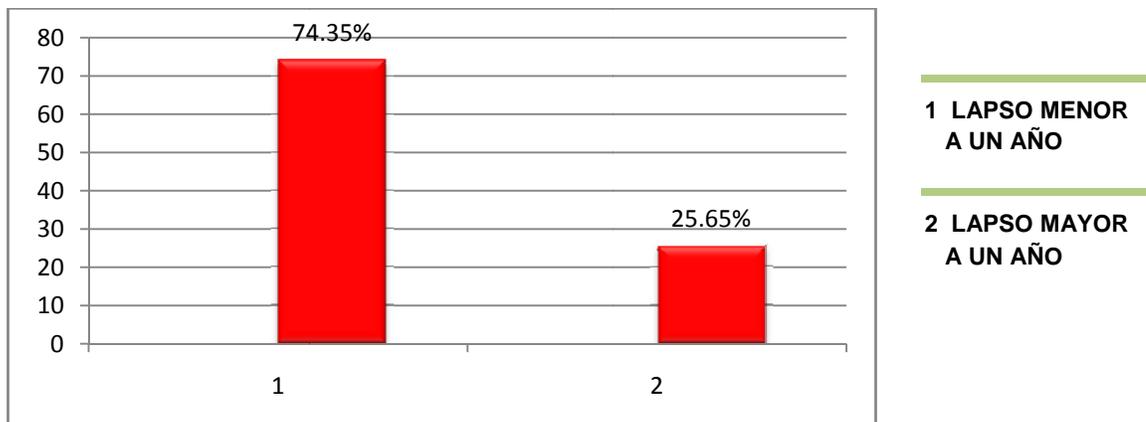


La encuesta también permitía conocer los sitios donde estos pacientes buscan atención a sus necesidades de salud bucodental, encontrando que el 63.15% asisten a instituciones públicas para dar solución a su problemática y el otro 36.85% accede a servicios privados (Gráfica 10). Reconociendo también que 94.73% de ellos son atendidos por estudiantes de la licenciatura en Odontología y/o por Cirujanos Dentistas de práctica general.



**(Gráfica 10) Centros de atención**

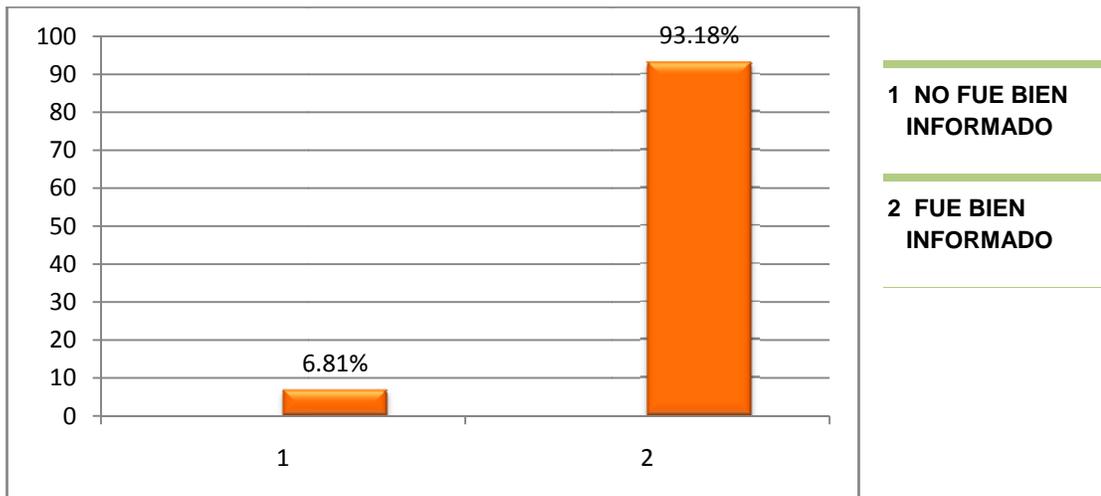
También se determinó que 74.35%, después de detectar un problema de salud bucodental acude en un lapso menor a un año para llevar a cabo el tratamiento indicado, y un 25.65% espera más de un año para resolver un padecimiento determinado (Gráfica 11). De igual forma en la percepción de los padres, se reconoce que solo el 6.81% de ellos manifiesta no haber sido bien informado sobre el problema de salud de sus hijos y el 11.36% también aseveró que la explicación del profesional no fue clara con respecto al tratamiento a realizar (Gráfica 12).



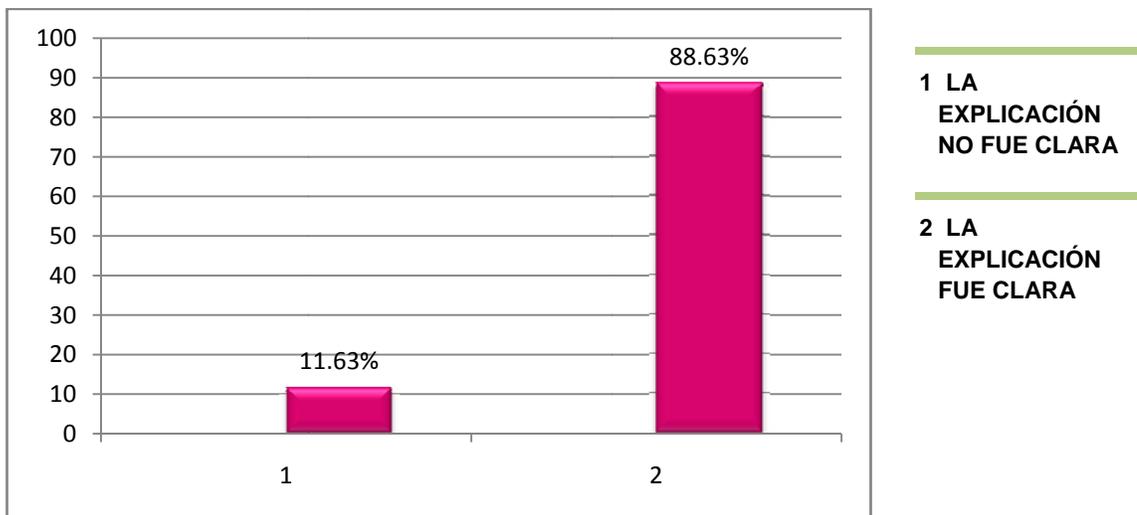
**(Gráfica 11) Tiempo transcurrido para la atención dental**



De igual forma en la percepción de los padres, se reconoce que solo el 6.81% de ellos manifiesta no haber sido bien informado sobre el problema de salud de sus hijos, mientras que el 93.18% reconoce haber sido bien informado (Gráfica 12). El 11.36% aseveró que la explicación del profesional no fue clara con respecto al tratamiento a realizar, en tanto el 88.63% se muestra conforme con la información proporcionada por el clínico. (Gráfica 13).



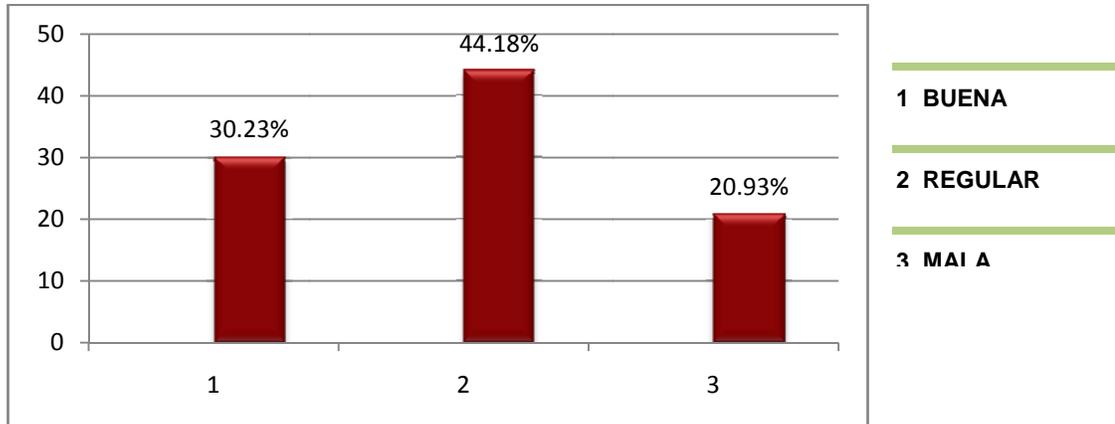
**(Gráfica 12) Percepción de los padres ante la información proporcionada sobre el padecimiento bucal de su hijo**



**(Gráfica 13) Percepción de los padres ante la explicación proporcionada sobre el tratamiento a realizar**

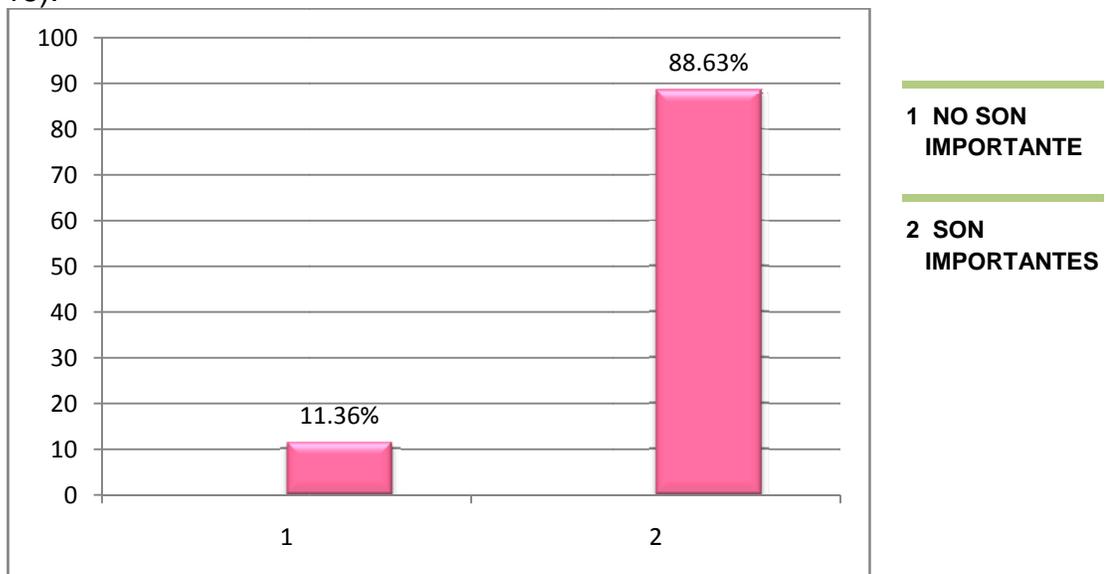


De aquellos pacientes con experiencias previas en consulta dental, los padres catalogaron la conducta de sus hijos de la siguiente forma, el 30.23% considera que la conducta de ellos es buena, mientras que para el 44.18% es una conducta regular y un 20.93% determino que esa conducta es mala ante el tratamiento (Gráfica 14).



**(Gráfica 14) Percepción de los padres con respecto a la conducta de sus hijos en consulta**

Después de recibir la información en la plática instructiva, el 11.36% de los padres aun considera que los dientes temporales no son importantes para el desarrollo de sus hijos, mientras que para el 88.63% si lo son (Gráfica 15).



**(Gráfica 15) Importancia de los dientes temporales para los padres**

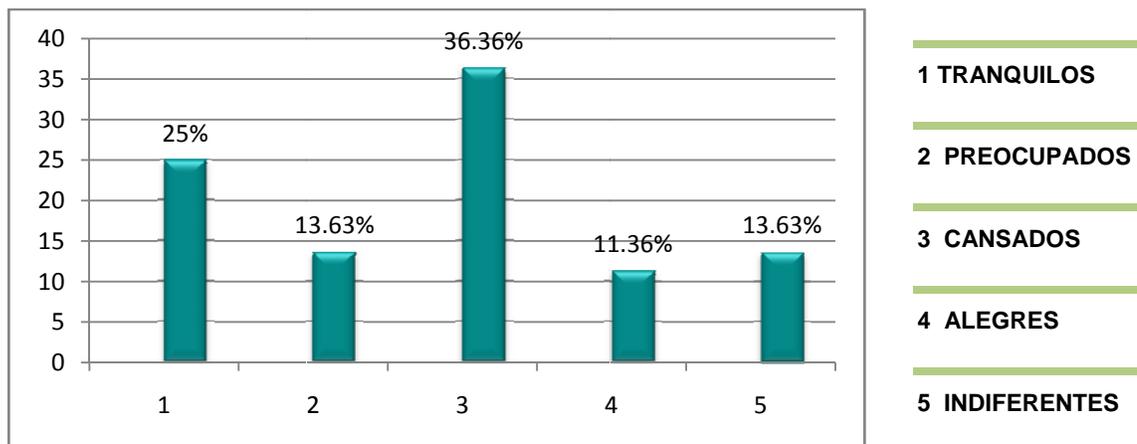


Se identificaron también los diferentes factores a considerar por los padres para buscar asistencia dental dentro de la Facultad de Odontología de UNAM, y de un total de 7 variables, en base a la importancia de cada una de ellas, se realizó la siguiente interpretación, observando que es más importante para ellos la cuestión de los costos, seguida de la confianza, la rapidez y la seguridad del tratamiento, los conocimientos del operador, la tecnología y en último lugar el estado de ánimo de sus hijos (Cuadro 16).

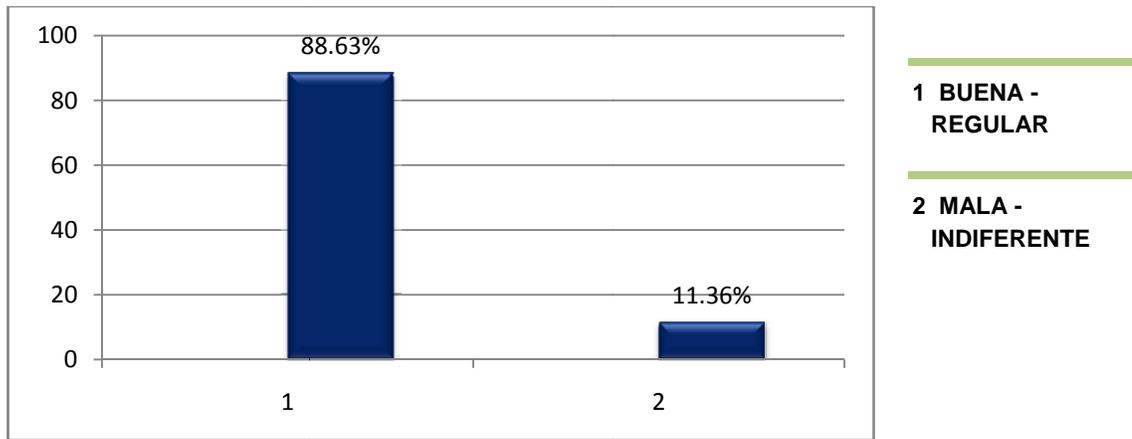
COSTOS	+
CONFIANZA	
RAPIDEZ	
SEGURIDAD	
CONOCIMIENTOS	
TECNOLOGIA	
ESTADO DE ANIMO	-

**(Cuadro 16) Factores por los cuales los padres buscan atención dental en la Facultad de Odontología UNAM.**

Después de terminada la consulta dental, los padres también contestaron acerca de la percepción del estado de ánimo de sus hijos, encontrando que la mayoría de ellos, un 25% se encuentran tranquilos, un 13.63% están preocupados, un 36.36% están cansados, un 11.36% están alegres y el otro 13.63% muestran una actitud de indiferencia (Gráfica 17). Con lo que respecta a la conducta el 88.63% mostraron una conducta de buena a regular y el otro 11.36% fue mala o indiferente (Gráfica 18).



**(Gráfica 17) Percepción del estado de ánimo de los pacientes según los padres**



**(Gráfica 18) Percepción de la conducta de los pacientes infantiles en la consulta dental**

Uno de los objetivos de la charla informativa además de conocer la percepción de los padres, en forma específica las actitudes positivas y negativas hacia el tratamiento odontopediátrico, era el orientar y educar sobre salud bucodental, así mismo se les brindo información sobre los tratamientos convencionales y los materiales de restauración mayor comúnmente utilizados encontrando una preferencia en la aplicación de resinas como material de obturación con respecto a las amalgamas. Mientras que los tratamientos pulpares, pulpotomía y pulpectomía, son más aceptados que tratamientos como extracciones y colocación de mantenedores de espacio. Así mismo, es contundente por parte de los padres que las restauraciones complejas son mejores en su visión las que son de acero cromo, con respecto a las coronas de celuloide (Cuadro 19).

AMALGAMA(18)	RESINA(26)
PULPOTOMIA(35)	EXTRACCION(9)
MANTENEDOR DE ESPACIO(11)	PULPECTOMIA(33)
CORONA ACERO CROMO(40)	CORONA DE CELULOIDE(4)

**(Cuadro 19) Preferencia en tratamientos**



Por último se les explico a los padres sobre las diferentes técnicas de conducta, así como las indicaciones y contraindicaciones de cada una de ellas, después en la encuesta en base a lo comprendido colocaron de menor a mayor las diferentes técnicas que ellos estarían en desacuerdo o de acuerdo que fueran aplicadas sobre sus hijos, los resultados fueron los siguientes: en desacuerdo completo para Anestesia General, seguida de la sedación, restricción física a través de red, restricción física con ayuda de los padres, mano sobre boca, ludoterapia, distracción, abre bocas, lenguaje pediátrico, control de voz y completamente de acuerdo la técnica de decir, mostrar, hacer (Cuadro 20).

DECIR MOSTRAR HACER	+
CONTROL DE VOZ	
LENGUAJE PEDIATRICO	
ABREBOCAS	
DISTRACCION	
LUDOTERAPIA	
MANO SOBRE BOCA	
RESTRICCION FISICA CON PADRES	
RESTRICCION FISICA CON RED	
SEDACION	
ANESTESIA GENERAL	-

**(Cuadro 20) Técnicas de manejo de conducta con las cuales los padres están de acuerdo y desacuerdo**



## 14.- CONCLUSIONES

1. Se reconoce que a pesar de los avances científicos y tecnológicos, nuestra población no tiene una cultura en cuanto a la prevención de las enfermedades bucodentales se refiere, ya que se logró determinar que los padres llevan a sus hijos a la consulta dental para el tratamiento de la enfermedad, siendo también importante reconocer que la gran mayoría de ellos busca esa atención hasta la etapa escolar.
2. Cabe señalar que a pesar de la información que se les brindó a los padres de familia en cuanto a prevención, importancia de los dientes temporales, materiales de restauración y técnicas de manejo conductual; las costumbres y creencias tienen un mayor peso sobre el conocimiento, consiguiendo que el paciente no reciba la atención adecuada en el tiempo oportuno, traduciéndose en una progresión de la enfermedad y por ende con estos se incrementan costos y recursos materiales para su solución.
3. Afortunadamente hoy día los padres de familia en la búsqueda de esa atención dental, prefieren que las técnicas de manejo de conducta aplicadas en sus hijos se orienten más hacia la comunicación que a las de tipo farmacológico, reconociendo y aceptando que si bien la conducta de sus hijos no es la adecuada, ésta puede ser modificada y regulada por el profesional de la salud, manteniéndose al margen durante la consulta y permitiendo al médico tratante tomar decisiones claras y adecuadas.
4. Una parte triste pero que vale la pena destacar en este trabajo, en primer lugar es la falta de conocimiento con lo que respecta a una cultura de prevención; además, en segundo término se reconoce que esa falta de atención a los padecimientos presentados tiene una fuerte asociación con los costos que genera la rehabilitación de los daños, esto debido a la marginación o pobreza extrema, en la que viven la mayoría de los pacientes que acuden a esta institución. Como profesionistas debemos dar atención a esta problemática antes de tratar las secuelas de la enfermedad.



5. El binomio costos operatorios – desconocimiento, representan en el papel del profesional de la salud una compleja tarea, ya que los padres comprometen la toma de decisiones al tratar de economizar en la atención requerida, provocando que el tratamiento en algunas ocasiones no sea el adecuado, generando problemas potenciales a futuro en el desarrollo psicosocial del niño.
6. En el entendido de que un niño es un individuo en desarrollo, hay una connotación importante, ya que tanto la sobreprotección del mismo y las experiencias previas que transmiten los padres a sus hijos sobre la consulta dental, han generado una problemática, ya que el paciente infantil cuando llega para recibir atención, cuenta con una información previa muchas veces incorrecta sobre lo que va a acontecer durante el trabajo operatorio y esto compromete el manejo de conducta.
7. Hoy día el profesional de la salud debe hacer énfasis en la búsqueda de la prevención de la salud bucodental de los pacientes infantiles, para así poder disminuir paulatinamente los tratamientos restaurativos, convirtiendo ésta acción en un hábito, costumbre y actitud positiva ante la oportuna asistencia a una consulta odontológica preventiva.



## 15.- BIBLIOGRAFÍA

1. NÚÑEZ, Soto Ileana Vanesa; Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos; Facultad de Odontología UNAM; Revista Odontológica Mexicana, Vol. 10, Núm. 1; Marzo 2006.
2. BOJ, Juan R.; Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven; 1° edición; Editorial Médica Ripano; 2011.
3. GROSS, Richard D.; Psicología. La ciencia de la mente y la conducta; 3° edición, Editorial Manual Moderno; 2004.
4. BORDONI, Noemí; Escobar Rojas Alfonso; Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual, 1° edición; Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires; 2010.
5. BIONDI, Ana María; Cortese Silvina; Odontopediatría. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada; 1° edición; Alfaomega Grupo Editor Argentino; Buenos Aires; 2010.
6. JARAMILLO, Cárdenas Darío; Fundamentos de odontología. Odontología Pediátrica; 4° edición; Corporación para Investigaciones Biológicas; Medellín Colombia; 2009.
7. BARCELÓ Canto Enna Beatriz; Odontología para Bebés. Estrategia de prevención; Editorial Trillas; México; 2007.
8. IRELAND Robert; Higiene dental y Tratamiento; Editorial El Manual Moderno; 2008.
9. NAHÁS, Pires Corrêa María Selete; Salud bucal del bebé al Adolescente. Guía de orientación para las Embarazadas, los Padres, los Profesionales de salud y los Educadores; Editorial Santos; Grupo Editorial Nacional Gen; 2009.



10. NAHÁS, Pires Corrêa María Selete; Odontopediatría en la Primera Infancia; Editorial Santos; Grupo Editorial Nacional Gen; 2009.
11. ESCOBAR, Muñoz Fernando; Odontología Pediátrica; Edit. Actualidades Médico Odontológicas latinoamericana, C.A, Caracas Venezuela.
12. SMITH, Patricia Anne & Ruth Freeman; Remembering and repeating childhood dental treatment experiences: parents, their children, and barriers to dental care; International Journal of Paediatric Dentistry 2010.
13. CASTILLO, Mercado Ramón, Guido Perona Miguel de Priego; Estomatología Pediátrica, DAENA, 2011.
14. CAMERON, C. Angus, Widmer P. Richard; Manual de Odontología Pediátrica; 3° edición; Edit. ELSEVIER; 2010.
15. SOGBE, de Agell Rosemarg; Conceptos básicos de Odontología Pediátrica, Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela, Edit. Disinlimed, C.A, 1996.
16. KOCH, Göran, Sven Poulsen; Odontopediatría Abordaje Clínico, 2° edición, Edit. AMOLCA, 2011.
17. GUEDES, Pinto Antonio Carlos, Bönecker Marcelo; Fundamentos de Odontología. Odontopediatría, Edit. SANTOS, 2011.
18. BEZERRA, da Silva Léa Assed; Tratado de Odontopediatría, Tomo 1, Edit. AMOLCA, 2008.



**ANEXO 1**

**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**  
**Carta de Consentimiento Informado**

Se le invita a participar en un estudio, el cual tiene como objetivo:

Conocer su opinión sobre los tratamientos realizados en la Clínica de Odontopediatría por los estudiantes en la Facultad de Odontología UNAM, así como evaluar las actitudes positivas y negativas de los padres con respecto a los tratamientos realizados y el empleo de técnicas de manejo de conducta en cada uno de los pacientes.

Usted deberá considerar que:

- Su decisión de participar es completamente voluntaria.
- Si decide participar puede retirarse en el momento que lo desee.

Asimismo, le informo que los resultados obtenidos serán confidenciales y en ningún momento se utilizarán los datos personales para otros fines que no sean los del proyecto.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del participante**



**ANEXO 2**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEMINARIO DE TITULACIÓN. ODONTOPEDIATRÍA

**Instrucciones:** Señale con una X la respuesta que corresponda a cada pregunta, existen preguntas abiertas en las cuales necesario que desarrolle su respuesta. Este cuestionario es totalmente anónimo.

1.- Sexo del paciente:  F  M 2.- Edad del paciente: \_\_\_\_\_

3.- Sexo del padre o responsable  F  M 4.- Edad del padre o responsable \_\_\_\_\_ 5.- Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

6.- Ocupación del padre o responsable: a) Obrero b) Empleado c) Hogar d) Comerciante e) Profesionista  
f) Estudiante g) Jubilado h) Desempleado

7.- Escolaridad concluida del padre o responsable: a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria d) Carrera Técnica e) Licenciatura

8.- Número de hijos:  1  2  3  4  5 9.- Edades de los hijos: \_\_\_\_\_

10.- ¿Qué número de hijo corresponde al paciente?  1  2  3  4  5

11.- Grado escolar de los hijos: \_\_\_\_\_

12.- De los familiares que asisten con el niño a consulta, ¿Quién de ellos lo (a) consiente más? \_\_\_\_\_

13.- ¿Cuál es el motivo principal de la consulta?

a) Dolor b) Revisión c) Caries d) Limpieza e) Dientes Chuecos f) Remisión de escuela g) Otro \_\_\_\_\_

14.- ¿Es la primera vez que su hijo asiste a una consulta dental?  SI  NO

15.- Si su respuesta es negativa, ¿a qué edad asistió por primera vez? \_\_\_\_\_

16.- Si ha recibido atención dental con anterioridad, ¿dónde se realizó la atención su hijo?

Sector Salud	Atención Privada	Clínicas Especializadas	Facultad de Odontología UNAM
--------------	------------------	-------------------------	------------------------------

17.- ¿Quién realizó la revisión y tratamientos en su hijo?

Estudiante de Odontología	Cirujano Dentista General	Estudiante de Especialidad	Especialista
---------------------------	---------------------------	----------------------------	--------------

18.- Cuando se percató que su hijo padecía alguna patología en su cavidad oral, ¿cuánto tiempo transcurrió para llevarlo (a) al dentista? \_\_\_\_\_

19.- ¿El Médico tratante explicó el padecimiento dental de su hijo, así como el tratamiento a realizar para la óptima rehabilitación bucal?  SI  NO



20.- ¿La explicación del Médico tratante fue clara?  SI  NO

21.- ¿La cooperación de su hijo en su primera experiencia en un consultorio dental fue?

- a) Buena b) Regular c) Mala d) Indiferente e) No hay antecedente

22.- En su opinión y con experiencias previas, ¿considera importantes los dientes temporales (de leche) de su hijo?  SI  NO

23.- De las opciones que a continuación se enlistan, señale en orden de jerarquías del 1 al 7, (donde el 1 brinda menor valor y el 7 mayor valor) ¿Por qué acudió a consulta dental a la Facultad de Odontología?

Seguridad	
Confianza	
Rapidez	
Costos	
Estado de ánimo de su hijo	
Tecnología	
Conocimientos	

24.- ¿Al término de la consulta dental en la Facultad de Odontología, su hijo se siente?

- a) Tranquilo b) Preocupado c) Cansado d) Alegre e) Indiferente

25.- ¿Confía en la atención dental proporcionada por el Médico tratante que se le asignó?  SI  NO

26.- Según su criterio, ¿cómo considera la conducta de su hijo frente al tratamiento dental?

Buena	Regular	Mala	Indiferente
-------	---------	------	-------------

27.- Con la información proporcionada en la breve platica que se le brindó, y ya conociendo las ventajas y desventajas de los tratamientos dentales que se realizan en pacientes infantiles, ¿Cuál de estas opciones elegiría para el tratamiento dental de su hijo?

	Amalgama		Resina
	Pulpotomía		Extracción
	Mantenedor de espacio		Pulpectomía
	Corona Acero Cromo		Corona de Celuloide

28.- Con la información proporcionada en la breve platica que se le brindó, y conociendo la conducta de su hijo en la consulta dental, ¿cuál de las técnicas de manejo de conducta que se enlistan a continuación cree que sea la mejor para aplicarla en la consulta de su hijo? Señale en orden de jerarquías del 1 al 10 (donde 1 brinda menor valor y 10 mayor valor).

Y señale con una X la técnica de manejo de conducta con la que está totalmente en desacuerdo que se aplique con su hijo en la consulta dental.

Decir – Mostrar - Hacer	
Control de voz	
Restricción física con ayuda de los padres	
Restricción física (Red)	
Mano sobre boca	
Sedación	
Lenguaje Pediátrico	
Ludoterapia	
Anestesia General	
Distracción	
Abrebocas	



## 18.- GLOSARIO:

- **Afecto:** Inclinación hacia a alguien o algo, especialmente de amor o cariño.
- **Ansiedad:** Angustia o inquietud establecida dada por algo desconocido.
- **Autoridad:** Persona que posee o transmite poder sobre algo o alguien.
- **Miedo:** Sentimiento de inquietud y mecanismo de autodefensa causado por un peligro real o imaginario.
- **Rechazo:** Acción de no aceptar algo o a alguien para así obligarlo a retroceder.
- **Sociabilización Dental:** Adentrar a una persona o grupo de personas a cambiar hábitos y actitudes ante su salud y cuidado bucodental.
- **Temor:** Acción que lleva a una persona a tratar de escapar de aquello que considera arriesgado, peligroso o dañoso para su persona. El temor, por lo tanto, es una presunción a un daño futuro.