



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN**

**TÍTULO:
MANEJO DE CONDUCTA EN LA CONSULTA
DENTAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
SÍNDROME DE DOWN REPORTE DE 2 CASOS
CLÍNICOS.**

**FORMA DE TITULACIÓN:
TESINA DE CASO CLÍNICO.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ODONTOLOGÍA**

P R E S E N T A:

JOSÉ CARLOS GUTIÉRREZ ENRÍQUEZ.

TUTOR: ME TATIANA MONDRAGÓN BÁEZ.

ASESORES:

**MEEO FEDERICO MORALES CORONA.
MO MÓNICA ORTIZ VILLAGÓMEZ.**

LEÓN GTO. NOVIEMBRE DEL 2015.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Dedicatoria	.....	V
Agradecimientos	.....	VI
Resumen	.....	VII
Introducción	.....	VIII

CAPÍTULO 1

Marco teórico	.....	9
1.1	Tipos de síndrome de Down.....	11
1.1.1	No disyunción.....	12
1.1.2	Translocación.....	12
1.1.3	Mosaicismo.....	12
1.2	Deficiencia intelectual.....	13
1.3	Características físicas de pacientes con síndrome de Down.....	15
1.4	Características bucales de pacientes con síndrome de Down...	15
1.5	Técnicas de control de conducta no farmacológicas.....	16
1.5.1	Comunicación:	
1.5.1.1	Decir- Mostrar- Hacer.....	17
1.5.1.2	Control de voz.....	18
1.5.1.3	Comunicación no verbal.....	19
1.5.1.4	Distracción.....	19
1.5.2	Técnicas de modificación de conducta:	
1.5.2.1	Refuerzo positivo.....	20
1.5.2.2	Refuerzo negativo.....	20
1.5.2.3	Modelado.....	21
1.5.3	Restrictores de movimiento:	
1.5.3.1	Mano sobre boca.....	21
1.5.3.2	Inmovilización y/o restricción física.....	22
1.6	Técnicas farmacológicas.....	23
1.6.1	Sedación.....	23
1.6.2	Anestesia General.....	23
1.7	Otras técnicas como alternativa:	
1.7.1	Musicoterapia.....	24
1.7.2	Equinoterapia.....	24
1.7.3	Delfinoterapia.....	25

1.7.4	Acupuntura.....	25
1.7.5	Hipnosis.....	25
1.8	Escala de Frankl.....	25
1.9	Técnicas de salud bucal.....	26
1.10	Normatividad.....	27
	Antecedentes.....	28
CAPÍTULO 2		
2.1	Objetivo General.....	30
2.2	Objetivos Específicos.....	30
CAPÍTULO 3		
3.1	Reporte de caso 1.....	30
3.2	Reporte de caso 2.....	32
CAPÍTULO 4		
4.1	Resultados del caso 1.....	35
4.2	Resultados del caso 2.....	41
	Discusión.....	44
	Conclusiones y propuestas.....	46
	Referencias bibliográficas.....	48
	Anexo 1a.....	54
	Anexo 1b.....	55
	Anexo 2a.....	56
	Anexo 2b.....	57
	Anexo 3.....	58

ÍNDICE DE IMÁGENES

Fig. 1	Cabeza de la cultura Olmeca.....	9
Fig. 2	Pintura de “Lady Cockburn y sus hijos”.....	10
Fig. 3	Fotos extraorales del caso 1.....	31
Fig. 4	Fotos intraorales del caso 1.....	32
Fig. 5	Radiografías periapicales del caso 1.....	32
Fig. 6	Fotos extraorales del caso 2.....	33
Fig. 7	Fotos intraorales del caso 2.....	34
Fig. 8	Colocación de Hyrax.....	36
Fig. 9	Fijación de Hyrax con alambre de ligadura.....	37
Fig. 10	Foto de aislamiento y resina del órgano dental 16.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Escala de signos y valores de la escala de Frankl.....	34
Tabla 2.	Conducta a lo largo del tratamiento del caso 1.....	38
Tabla 3.	Conducta a lo largo del tratamiento del caso 2.....	42
Tabla 4.	Frecuencia que presentó el paciente del caso 2.....	43

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.	Conducta a lo largo del tratamiento del caso 1.....	40
Gráfica 2.	Frecuencia que presentó el paciente del caso 1.....	40

|

DEDICATORIA

A Dios padre y mi madre santísima por darme una grandiosa familia, por acompañarme en este duro viaje y llegar hasta donde he llegado.

A mis papas y hermanos por su amor y apoyo incondicional.

A mis profesores por sus enseñanzas durante estos 4 años.

A los pacientes con Síndrome de Down por enseñarme el verdadero amor a la vida.

A mi mejores amigas Mary Rangel, Karla Mancera y Lorena Gómez por su valiosa amistad.

Y a todo el personal del servicio Odontológico de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, muchas gracias por estos 4 años de mucho aprendizaje y apoyo durante mi licenciatura en Odontología.

AGRADECIMIENTOS

A Dios padre y a mi madre santísima por brindarnos la salud y bienestar, a toda mi familia porque gracias a su comprensión, colaboración y ayuda incondicional, conseguimos atravesar momentos difíciles de mi vida estudiantil al igual que momentos de felicidad, para llegar a culminar mis estudios y así poder ser útil a la sociedad y al país como profesional de la salud. A mi universidad ENES Unidad León, UNAM por haber confiado en mí y por haberme abierto sus puertas.

A mis mejores amigas de la universidad: Mary Rangel, Karla Mancera y Lorena Gómez por su apoyo incondicional en momentos difíciles pero sobre todo por haberme enseñado el verdadero valor de una sincera amistad. Agradezco el compañerismo de Jairo Avalos porque gracias a ti aprendí a perdonar las personas.

A mis profesores por haber forjado un carácter en mí, les agradezco por haberme soportado y por los gratos momentos que compartimos, de cada uno de ustedes me llevo grandes vivencias en mi corazón y espero que nunca me olviden. Agradezco en especial a la Dra. Tatiana Mondragón Báez y al Dr. Federico Morales Corona por ser personas con un gran corazón y por el apoyo incondicional que me brindaron durante todo este tiempo. A las coordinadoras de la Asociación Leonesa De Adaptación del Down A.C. (I.A.A.D.A.C.) por abrirme las puertas de esta institución y permitirme tener un acercamiento con los niños con Síndrome de Down.

Mis agradecimientos a todas y cada una de las personas con Síndrome de Down y a sus respectivos padres que han formado parte activa de esta Tesina. Gracias a todos y cada una de ustedes, por permitirme compartir nuestros intereses, dudas, sentimientos, quejas y silencios. Nunca podré estar lo suficientemente agradecido. De todo corazón, muchas gracias.

RESUMEN

Introducción: La salud oral en pacientes con discapacidad ha representado un reto para el profesional de la salud dental. Los pacientes con discapacidad se caracterizan por presentar inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal debido a sus limitantes físicas y cognitivas; además de un difícil acceso a los servicios de salud. El manejo de conducta en los pacientes pediátricos con Síndrome de Down (trisomía 21) en la consulta dental se realiza comunmente con sedación o anestesia general por la falta de formación e información en las diversas técnicas de manejo de conducta en estos pacientes. **Objetivos:** Reportar técnicas de manejo de conducta no invasivas en la consulta dental de dos pacientes pediátricos con Síndrome de Down atendidos en las clínicas de la ENES Unidad León, UNAM. **Reporte de caso:** En la clínica del área de profundización en Odontopediatría y Ortodoncia se realizó la historia clínica en dos pacientes pediátricos con Síndrome de Down, se explicaron las técnicas de higiene a los padres, se realizaron medidas preventivas necesarias, operatorias y ortopédicas y se evaluaron con diferentes técnicas para el manejo de conducta de acuerdo a la escala de Frankl. **Resultados:** Se realizaron exitosamente los tratamientos bucales de ambos pacientes empleándose en mayor frecuencia técnicas de control de conducta como: reforzamiento positivo, musicoterapia, decir-mostrar-hacer y distracción. No se utilizaron técnicas de restricción física. **Conclusión:** Se ha demostrado que no es necesario utilizar anestesia general o sedación en todos los pacientes con algún tipo de discapacidad para brindarles atención dental, esto con el conocimiento de las herramientas y diversas técnicas de control de conducta. Sin embargo, no existe un patrón a seguir para el uso de estas técnicas ya que dependerá del estado de ánimo, experiencias previas, miedo y ansiedad transmitido de padre a hijo.

Palabras clave: Discapacidad, Síndrome de Down, caries, enfermedad periodontal, manejo de conducta.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Down fue descrito en 1866 por John Langdon Down. Lejaune descubrió que estos niños tenían un cromosoma extra del par 21.¹ Se ha descrito que algunos pacientes con este síndrome son temerosos, por lo tanto el grado de desequilibrio emocional que experimentan no siempre viene determinado por el número o intensidad de sus problemas, sino por la actitud que los otros adoptan hacia él.² Los pacientes con Síndrome de Down presentan múltiples características bucales como: microstomía, labios gruesos, macroglosia, paladar ojival, tendencia a mordida abierta, microdoncia, colapso de los maxilares, retraso eruptivo, lengua geográfica o fisurada, y riesgo de enfermedad periodontal o caries.³⁻⁴

Una salud bucal apropiada repercute favorablemente en la calidad de vida de las personas con discapacidad ya que facilita su alimentación, evita molestias bucales, mejora su aspecto físico, permite mejor articulación de las palabras mejorando su adaptación a la sociedad y a su entorno, por lo que el hecho de tener Síndrome de Down no debería ser causa de exclusión de la sociedad.⁵

En varias universidades de pregrado en odontología⁶⁻¹⁵ no se ha dado la importancia en la preparación de los estudiantes ante las necesidades y exigencias de la sociedad con algún tipo de discapacidad, y en muy pocas universidades¹⁶ se ha implementado materias referentes al manejo y cuidado de la salud bucal de las personas con discapacidad. El odontólogo con el aporte de los avances científicos, el manejo emocional y respeto puede incrementar la aceptación del cuidado bucal rutinario de las personas con discapacidad, encargándose de promover la salud bucal de los pacientes, padres y/o tutores, mediante técnicas de higiene bucal eficaces para disminuir la acumulación de placa dentobacteriana y disminuir riesgos de caries y enfermedad periodontal.¹⁷⁻¹⁸

A pesar de que en los últimos años la atención buco-dental de las personas con discapacidad ha ido mejorando, aún queda mucho camino por recorrer, siendo necesario, desde nuestro punto de vista, ofrecer a las entidades que trabajan en pro de las personas con discapacidad con programas de prevención odontológica, que aborden este problema de una forma global y eficaz.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

John Langdon Down en 1846 publicó un artículo titulado: "Observaciones en un grupo étnico de retrasados mentales" donde describía minuciosamente las características físicas de un grupo de pacientes que presentaban muchas similitudes, también tenían la capacidad de imitación y un buen sentido del humor. John Langdon Down al ver esto creyó que era un retroceso hacia un tipo racial primitivo.¹⁹⁻²⁰ Se impactó por el aspecto oriental de los ojos y pensó que sus pacientes parecían mongoles, de ahí surge el término "mongolismo" describió las características faciales, la anormal coordinación neuromuscular, las dificultades para comunicarse así como la facilidad que tenían para imitar a los médicos además de su gran sentido del humor. Los describió así:

"El pelo no es negro, como en el Mongol verdadero, sino de un color pardusco, lacio y escaso. La cara es plana y amplia. Las mejillas son rotundas y se extienden a los lados. Los ojos se colocan oblicuamente y su canto interno es más distante de lo normal. La grieta palpebral es muy estrecha. La frente se arruga transversalmente con la ayuda constante de los elevadores del parpado. Los labios son grandes y gruesos con grietas transversales. La lengua es larga y áspera. La nariz es pequeña. La piel tiene un leve tinte amarillento sucio, y es deficiente en elasticidad, dando el aspecto de ser demasiado grande para el cuerpo".¹⁹⁻²⁰



En el pasado existieron diferentes representaciones que hacen alusión al Síndrome de Down a lo cual Pueschel refiere que los datos más antiguos de los que se tienen noticia alguna sobre el Síndrome de Down, es el hallazgo de un cráneo sajón que se remonta al siglo VII D.C. En él se observan alteraciones en la estructura ósea, idénticas a las personas con Síndrome de Down.¹⁹⁻²⁰

Figura 1. Cabeza de la cultura olmeca.¹²

El mismo autor menciona posibles representaciones esculturales como las figurillas de barro y las colosales cabezas realizadas en piedra pertenecientes a la cultura Olmeca, así como algunos huacos de cerámica de la cultura Mochica en Perú. Esto aproximadamente hace 3000 años (Figura 1).¹⁹⁻²⁰



Figura 2. Pintura de "Lady Cockburn y sus hijos".¹²

Otras representaciones de personajes con características de Síndrome de Down han sido encontradas en diferentes pinturas como "La Virgen y el Niño" de Andrea Mantegna (1430 - 1506), La adoración del niño Jesús (1515) realizada por un seguidor de Jan Joest of Kalkar, donde representa a Jesús y a dos ángeles con características de este síndrome, así como el cuadro de Sir Joshua Reynolds (1773) "Retrato de Lady Cockburn con sus tres hijos", muestran a los niños con rasgos característicos del síndrome antes mencionado (Figura 2).^{19, 21}

La causa del síndrome no fue concebida hasta 1958, año en que Lejaune descubrió que estos niños tenían un cromosoma extra del par 21.¹

En la actualidad la discapacidad se considera que un 10% de la población mundial, representado por 650 millones de personas, viven con alguna ausencia de estado óptimo discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, ONU).²² Se estima que esta cifra seguirá aumentando, debido al crecimiento y envejecimiento de la población.

En México según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) del último censo realizado en el 2010 reveló que, en la república mexicana de los 112 millones 336 mil 538 habitantes en total 5 millones, 739 mil 270 habitantes padecen algún tipo de discapacidad. El INEGI los clasifica en 4 grupos principales: nacimiento, enfermedad, accidentes y edad avanzada. De cada 100 habitantes, 39 tienen discapacidad porque sufrieron alguna enfermedad,

23 están afectados por edad avanzada, 16 la adquirieron por herencia durante el embarazo o al momento de nacer, 15 quedaron con lesiones a consecuencia de algún accidente y 8 debido a otras causas.²³

Se ha relacionado al Síndrome de Down con factores de riesgo tan variados como agentes genéticos, físicos, químicos, inmunológicos, infecciosos y sociales, pero solamente tres se consideran en la actualidad como probables agentes etiológicos de la trisomía 21, ellos son: anomalías cromosómicas de los padres capaces de inducir una no-disyunción meiótica secundaria, la exposición precigótica materna a radiaciones ionizantes y la edad materna avanzada. Las dos primeras, si bien son importantes, son responsables, en la práctica, de una minoría de casos de síndrome de Down, mientras que se ha demostrado que existe una estrecha relación entre esta afección y la edad materna.²⁴

De acuerdo a un estudio realizado en Chile de prevalencia de malformaciones congénitas concluyeron que mujeres mayores de 34 años que tienen hijos, estos presentan una mayor tasa de prevalencia al nacimiento de malformaciones (trisomía 21) comparadas con las madres adolescentes, mayor mortalidad perinatal en malformados y menor porcentaje de recién nacidos de bajo peso.²⁵

1.1 Tipos de Síndrome de Down.

Normalmente en la célula somática humana los cromosomas aparecen agrupados 23 pares homólogos que forman un número diploide de 46 cada progenitor aporta a su descendencia la mitad de la información en forma de un cromosoma de cada par, 22 de esos pares se denominan autosomas y el último corresponde a los cromosomas sexuales (X, Y).²⁶

El cromosoma 21 es el más pequeño y contiene aproximadamente el 1% de la información genética. El Síndrome de Down se produce por la aparición de un cromosoma más en el par 21 original (tres cromosomas: trisomía del par 21) en las células del organismo. Existen varios tipos de Síndrome de Down que son:

1.1.1 No Disyunción

En la meiosis, durante una replicación normal en el espermatozoide y el óvulo tiene lugar un proceso de disyunción que reduce el número de cromosomas de 46 a 23. La no disyunción es una división anómala de los 46 cromosomas de la célula, con lo que el espermatozoide o el óvulo pasan a tener 24 cromosomas. En la fertilización los 24 pares de cromosomas de la célula (habitualmente del óvulo) se unen a los 23 pares de cromosomas del espermatozoide, con lo que el número total de cromosomas final es de 47.²⁶

1.1.2 Translocación

Se refiere cuando los cromosomas se rompen y los trozos de uno de ellos se adhieren a otro cromosoma.²⁶

Después de la trisomía libre, la causa más frecuente de aparición del exceso de material genético es la translocación. En esta variante el cromosoma 21 extra (o un fragmento del mismo) se encuentra “pegado” a otro cromosoma (frecuentemente a uno de los dos cromosomas del par 14), por lo cual el recuento genético arroja una cifra de 46 cromosomas en cada célula.²⁶

Generalmente este tipo de casos son accidentales pero en el resto de los casos esto se da debido a que uno de los padres puede ser portador de este tipo de trisomía.²⁶

1.1.3 Mosaicismo

Se presenta con unas células que poseen un número anómalo de cromosomas y otras células normales. Es la forma menos frecuente de trisomía 21 y es denominada “mosaico”, se presenta en 2% de los casos.

Esta mutación se produce tras la concepción, por lo que la trisomía no está presente en todas las células del individuo con Síndrome de Down, sino sólo en aquella cuya procede de la primera célula mutada²⁶

1.2 Deficiencia intelectual

El coeficiente intelectual promedio de una persona es de 90-110, sin embargo va variar de acuerdo a la edad, sexo y cultura.²⁷⁻²⁸ De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadística de las Perturbaciones Mentales (DSM-IV-TR) reconoce 4 niveles de la deficiencia intelectual basados principalmente en los resultados del Coeficiente Intelectual (CI): ligero, moderado, severo y profundo.²⁹

- Los individuos con un retraso mental ligero el CI es de 50-55 hasta aproximadamente 70, lo presentan 85% de las personas. Estos niños muestran pequeños retardos en su desarrollo durante los años de la educación preescolar. Muchos autores, señalan que estos pequeños generalmente desarrollan buenas capacidades sociales y de comunicación durante la primera infancia (entre cero y cinco años), a pesar de sus modestos retrasos en el lenguaje expresivo; tienen pocas deficiencias sensoriomotoras, o ninguna. A la edad adulta, estas personas alcanzan capacidades sociales y vocacionales adecuadas para ganar su sustento, pero pueden necesitar supervisión, orientación y ayuda, en situaciones de estrés social o económico.²⁹
- Las personas con un retraso mental moderado el CI es de 35-40 hasta 50-55 lo constituyen el 10% de los afectados por este mal. Se trata de individuos que sufren una deficiencia intelectual y adaptativa mayor que los del grupo con retardo ligero. Estos niños se comunican a través de una combinación de palabras únicas y gestos, y muestran capacidades motoras similares a las de un bebé de dos o tres años de edad (en este caso se encuentran muchas personas con Síndrome de Down).²⁹

En la vida adulta la mayoría de los individuos con retardo ligero se adaptan bien en la comunidad, y son capaces de desempeñar trabajos no calificados o semicalificados bajo supervisión en talleres especiales (instalaciones especializadas en la manufactura, que entrenan y supervisan a personas con deficiencias) o como mano de obra en general.²⁹

- Los individuos con un retardo mental severo (CI de 20-25 hasta 35-40) lo constituyen aproximadamente 3 o 4% de los afectados. Muchas de estas

personas sufren una o más deficiencias orgánicas que causan el retardo (como defectos genéticos), debido a sus notorios problemas de desarrollo y a sus visibles anomalías físicas. En estos niños, las conductas como mantenerse de pie, caminar e ir al baño pueden presentarse con un notorio retardo. Pueden presentar dificultades para desplazarse y problemas de salud. Muchos autores consideran que estas personas requieren ayuda especial a lo largo de su vida, que durante la infancia adquieren poco lenguaje, a los 12 años pueden llegar a usar frases de dos o tres palabras, y entre los 13 y 15 años sus capacidades académicas se asemejen a las de los niños de cuatro a seis años.

En la vida adulta estas personas pueden ser capaces de realizar tareas simples en situaciones supervisadas.²⁹

- Los individuos con un retardo mental profundo (CI menor de 20-25) representa aproximadamente 1 a 2 % de las personas afectadas con este mal. Se considera que sólo son capaces de aprender tareas rudimentarias de comunicación y que requieren un entrenamiento intenso para aprender a comer, a arreglarse, a ir al baño y a vestirse. Consecuentemente, se asume que necesitarán cuidados y asistencia durante toda la vida. La causa del retardo es orgánica y las víctimas presentan problemas médicos (como defectos cardíacos congénitos o epilepsia), los cuales causan la muerte durante la infancia o al inicio de la edad adulta. La mayoría de estos individuos viven en albergues o en instituciones especializadas.²⁹

Sin embargo, mediante un entrenamiento apropiado y un ambiente óptimo, pueden adquirir buenas capacidades adaptativas y adaptarse perfectamente en la sociedad. Hay evidencia de que los individuos con discapacidad intelectual más pronunciada avanzan con mayor rapidez en su desarrollo, siempre y cuando reciben la atención adecuada y oportuna. Por otro lado, en el 2013 el DSM-5 realizó cambios significativos adoptando varias propuestas del undécimo manual ahora llamado Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y de Desarrollo (AADID, 2010), entre ellas se adopta la denominación de “discapacidad

intelectual”, adecuándose al extendido uso del término (en lugar de retraso mental o retardado mental) en todos los ámbitos.³⁰

1.3 Características Físicas de pacientes con Síndrome de Down.

El fenotipo de un paciente con Síndrome de Down al nacer tiene ciertas características particulares; varían de un bebé a otro. Tienen los siguientes rasgos:

- Cabeza y cuello: disminución del perímetro cefálico con braquicefalia y occipital aplanado. Cuello corto, exceso de piel en la nuca, pelo fino, suave y liso, fontanelas un poco grandes y tardan en cerrar más de lo habitual.
- Cara: presentan epicanto, nariz pequeña con puente nasal plano, protrusión lingual, orejas pequeñas y conducto auditivo externo estrecho, hendiduras palpebrales inclinadas hacia adelante, boca pequeña.
- Manos y pies: manos pequeñas y cuadradas, braquidactilia y clinodactilia. Surco palmar único y el signo de la sandalia, por separación entre el primer y segundo dedo del pie.
- Piel y faneras: piel redundante en la región cervical especialmente en el periodo neonatal, manchas de Brushfield.
- Genitales: el tamaño del pene suele ser más pequeño, como el volumen testicular, y es frecuente la presencia de criptorquidia.
- Tono muscular: se advierte hipotonía y, por consecuencia, tendencia a la flacidez sobre todo en las articulaciones.
- En el corazón: en un 40% de los niños presentan defectos cardíacos al momento de nacer.
- Inestabilidad atloaxoidea etc.³¹⁻³⁴

1.4 Características bucales de pacientes con Síndrome de Down

- Lengua: Macroglosia verdadera o relativa, fisurada, depapilación lingual, protrusión lingual.

- Labios: Gruesos, blanquecinos. Labio superior corto, comisura labial descendida, labio inferior evertido y agrietado, respiración oral y queilitis angular.
- Carrillos: Se estima que un 90% de los pacientes con este síndrome presentan una mucosa endurecida, además se observó la existencia de la línea alba.
- Orofaringe: Úvula en la cual durante la etapa de unión de los procesos palatinos, puede darse una fusión incompleta, resultado en el mejor de los casos una úvula bífida o fisurada. Las amígdalas suelen estar hipertróficas, estrechando la orofaringe y dificultando aún más el paso del aire.
- Paladar: Reducido en largo y más ancho. Ojival.
- Dental: dientes microdónticos de forma conoide, alteraciones de número y forma, taurodontismo, presencia de dientes supernumerarios, hipoplasia o hipomineralizaciones del esmalte, retraso eruptivo, riesgo de caries, espaciamiento del arco dental. La boca siempre está abierta y hay respiración de tipo bucal, vestibularización de los incisivos superiores. Por lo regular los dientes permanentes suelen tener coronas más pequeñas mientras que los dientes deciduos no son más pequeños sino que incluso pueden ser más grandes de lo normal.
- Oclusión: Clase III, mordida cruzada anterior y posterior, mordida abierta anterior, protrusión mandibular y maloclusión en sentido sagital.
- Periodontalmente: Presentan gingivitis así como enfermedad periodontal y ésta aumenta con la edad. Depende de un conjunto de factores como la mala higiene bucal, las malposiciones dentarias, la macroglosia relativa y el bruxismo. Las visitas periódicas al dentista y la higiene bucal favorecen la conservación de piezas dentarias.³⁴⁻³⁷

1.5 Técnicas de control de conducta.

Las técnicas de conducta se clasifican en no farmacológicas y farmacológicas.

Las técnicas no farmacológicas se llevan a cabo para el control de la conducta sin el efecto de ningún fármaco, las cuales se pueden dividir en 3 grupos:

Técnicas no farmacológicas:

Técnicas por medio de la comunicación:

- Decir- mostrar- hacer.
- Control de voz.
- Comunicación no verbal.
- Distracción.

Modificación de conducta:

- Refuerzo positivo.
- Refuerzo negativo.
- Modelado.

Restrictores de movimiento:

- Mano sobre boca.
- Inmovilización parcial o total.

Dentro de las técnicas farmacológicas:

- Sedación consciente
- Anestesia General.

Otras técnicas como alternativas son:

- Musicoterapia.
- Equinoterapia.
- Delfinoterapia.
- Acupuntura.
- Hipnósis.

Técnicas de control de conducta no farmacológicas.

1.5.1 Comunicación.

1.5.1.1 Decir- mostrar-hacer.

Descripción: Consiste en que el paciente conozca con atención los procedimientos que se le van a realizar. Se hace mediante una secuencia donde primero se le explica en un lenguaje adecuado a su edad, que es lo que se le va hacer (decir), luego se le hace una demostración del procedimiento a realizar

(Mostrar), y por último, se le realiza el procedimiento (hacer). Se recomienda en esta técnica utilizar para la ejemplificación un espejo facial.

Objetivo: Disminuir la ansiedad mediante la explicación acerca de una situación que es desconocida para el paciente.

Indicaciones: En todos los pacientes de todas las edades.

Contraindicaciones: Es muy poco eficaz en pacientes de corta edad donde no hay un buen desarrollo de la comunicación verbal.³⁸

En esta técnica se debe utilizar vocabulario adecuado acorde a la edad del niño, evitando el uso de palabras que provoquen miedo. En bebés y niños de hasta 5 años de edad, los nombres de los instrumentos y equipos, también pueden ser cambiados por nombres que estimulen la imaginación y traigan recursos agradables para el niño (tractorcito, duchita, almohada para dientes, etc.). A diferencia de niños de edad preescolar, a los que se encuentran entre los 6 a 12 años de edad no les gusta ser tratados como bebés, con estos el uso de diminutivos deben ser utilizados con cautela. Esta técnica puede ser realizada a través de un objeto inanimado o animado, muñeco educativo o acondicionamiento directo, en el propio niño.³⁹

1.5.1.2 Control de voz:

Descripción: Se trata de una modificación del tono y volumen de la voz, así como la velocidad con que se hace. No debe confundirse, con gritar o enfadarse con el paciente. Puede implicar un aumento o una disminución del tono, por lo que muchas veces se hace hablándole en tono muy bajo al oído del niño(a).

Objetivo: Establecer comunicación y autoridad con el paciente.

Indicaciones: Puede usarse en cualquier paciente. Es más útil en aquellos que han desarrollado ya su comunicación verbal y especialmente cuando se trata de un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad.

Contraindicaciones: Pacientes de corta edad que aún no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.³⁸

1.5.1.3 Comunicación no verbal:

Descripción: Consiste en la utilización de actitudes tales como cambio de la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento.

Objetivo: Establecer comunicación con el paciente y controlar la forma en que percibe sus emociones.

Indicaciones: Puede usarse en todos los pacientes. Es especialmente útil en pacientes de temprana edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.

Contraindicación: Ninguna.³⁸

1.5.1.4 Distracción:

Descripción: Es desviar la atención del paciente de lo que puede ser percibido como no placentero. Dar al paciente un breve descanso durante un procedimiento estresante puede ser un uso eficaz de esta técnica.⁴⁰

Objetivo: Disminuir la percepción desagradable de una acción. Aumentando así la tolerancia del niño al determinado tratamiento.

Indicaciones: En cualquier tipo de paciente.³⁸

Contraindicaciones: Ninguna.⁴¹

En esta técnica se puede utilizar como elementos de ayuda contar cuentos, dialogar, cantar música que le gusta al niño, juguetes de colores, televisión o videos de sus personajes favoritos.³⁹

En países desarrollados han implementado el uso de gafas de video con la misma finalidad de esta técnica; este es un método de distracción que en México aún no existe como tal, pero combina la distracción visual así como la auditiva evitando en el paciente cualquier tipo de conducta disruptiva y se ha obtenido muy buena respuesta tanto en niños como en adultos obteniendo grados de aceptación al tratamiento muy elevados, ya que las personas en ningún momento percibieron

angustia o miedo durante su tratamiento bucal. Esta técnica no se ha aplicado en pacientes con discapacidades lo cual podría resultar eficaz.⁴²

Una estimulación auditiva ayuda a controlar el dolor y la ansiedad mediante una combinación de fenómenos como la distracción mediante uso de material auditivo como (cuentos) y material audiovisual (caricaturas) en niños para disminuir el comportamiento no cooperador de los mismos durante la atención odontológica. Algunos otros casos utilizan la musicoterapia, la cual se describe más adelante.⁴²

1.5.2 Técnicas de modificación de conducta:

1.5.2.1 Refuerzo positivo:

Descripción: esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado. Se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado. Es importante hacer el refuerzo inmediatamente y repetirlo las veces que sea necesario con la finalidad de condicionar positivamente el comportamiento. Generalmente se utiliza acompañada de las técnicas decir-mostrar-hacer y de refuerzo negativo. En cuanto a los premios o regalos al final de las citas son útiles como reforzadores sociales y para establecer una buena empatía con el paciente. Sin embargo, no son condicionantes ya que no pueden ser utilizadas inmediatamente.

En cuanto a las promesas que se utilicen para condicionar el comportamiento, éstas deben ser factibles, inmediatas y siempre deben cumplirse. No cumplir con lo prometido o no decir la verdad destruye la confianza del paciente.

Objetivo: Actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de que repita un comportamiento deseado.

Indicaciones: Puede utilizarse en cualquier paciente.

Contraindicaciones: Ninguna.³⁸

1.5.2.2 Refuerzo negativo:

Descripción: pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la expresión de rechazo. Al igual que la técnica de refuerzo positivo, por tratarse de un condicionamiento, debe hacerse inmediatamente y de manera repetida. Generalmente se utiliza en conjunto con el control de voz para expresar

desaprobación. De igual manera puede hacerse condicionando algo que el paciente desea a que mejore su comportamiento. El refuerzo negativo no debe confundirse con castigos. Estos están contraindicados, ya que son contraproducentes y llevan a que se genere una actitud negativa hacia el tratamiento.

Objetivo: modificar un comportamiento disruptivo mediante un condicionamiento de la respuesta motora del paciente.

Indicaciones: pacientes que hayan desarrollado capacidad de comunicación oral.

Contraindicaciones: no debe utilizarse en niños de corta edad que no tengan un desarrollo emocional comunicativo para entender el condicionamiento.³⁸

1.5.2.3 Modelado:

Descripción: Esta técnica consiste en permitir que al paciente observe el comportamiento apropiado que se desea, mediante la utilización de un modelo que está en una situación similar a la que estará sometido. Puede utilizarse en vivo o por medio de videos.

Objetivo: Disminuir la ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo.

Indicaciones: Pacientes que tengan desarrollo emocional y comunicación verbal para entender el objetivo de la técnica.

Contraindicaciones: No se contraindica en ningún paciente. Sin embargo, es de poca utilidad en pacientes de corta edad que no tengan un desarrollo emocional para entender la técnica.³⁸

1.5.3 Restrictores de movimiento:

1.5.3.1 Mano sobre boca:

Descripción: Esta es una técnica muy controversial que tiende a ser utilizada cada vez menos. Consiste en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca del niño con el fin de aislar el sonido y lograr la comunicación. Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz y se condiciona a la remoción de la mano a la colaboración del niño. Cuando éste acepta, se remueve la mano. No debe utilizarse colocando la mano simultáneamente sobre la boca y la nariz impidiendo

la respiración. Se recomienda obtener consentimiento por escrito y verbal de los padres antes de aplicarla.

Objetivo: Establecer comunicación y autoridad con el paciente.

Indicaciones: un paciente sano que tenga desarrollada la comunicación verbal y tenga potencial de cooperación pero que exhiba un comportamiento desafiante y rebelde.

Contraindicaciones: Pacientes que no tengan capacidad para cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental.³⁸

Esta técnica está indicada en niños de entre 3 y 6 años de edad que presenten comportamientos tales como: rebeldía, descontrol, agresividad, resistencia, berrinche y ataques de ira, hostilidad, histeria, desafío, lucha y llanto obstinado (sin lágrimas, con acceso de rabia, desafiante y agresivo).³⁹

1.5.3.2 Inmovilización y restricción física:

Descripción: La inmovilización total o parcial del paciente es necesaria en ciertas situaciones con el fin de proteger la integridad física de éste. Se busca hacer una restricción de no ejercer un exceso de fuerza que pueda lastimarlo. Puede hacerse directamente por el odontólogo, personal auxiliar y padres o puede usarse un dispositivo de restricción (cama de restricción física, sábanas etc). También se puede inmovilizar la boca con el uso de bloque de mordida o distintos tipos de abre bocas. Se recomienda obtener el consentimiento informado por escrito y verbalmente de los padres antes de utilizar esta técnica.

Objetivo: Proteger la integridad física del paciente con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y de calidad. También se busca proteger la integridad física del odontólogo y del personal auxiliar que colabora diariamente en el consultorio dental.

Indicaciones: Pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental.

Contraindicaciones: Pacientes cooperadores o aquellos donde no hay posibilidad de hacer una inmovilización segura debido a sus condiciones médicas, sociológicas o de desarrollo físico.³⁸

1.6 Técnicas Farmacológicas:

1.6.1 Sedación:

Descripción: Método usado para el control de la ansiedad, donde ocurre un grado de depresión mínima de la conciencia, en el cual se mantiene la capacidad del paciente de conservar la respiración espontánea y continua y responder apropiadamente al estímulo físico o comando verbal, tal como “abra sus ojos”.

Objetivo: Reducir o eliminar la ansiedad del paciente, reducir los movimientos y reacciones adversas durante el tratamiento, aumentar la cooperación del paciente, incrementar su tolerancia durante tratamientos largos, y ayuda en el tratamiento de pacientes comprometidos física y psíquicamente.³⁹

Indicaciones: Pacientes temerosos, ansiosos, pacientes que no pueden cooperar por falta de madurez psicológica u emocional, mental o física.

Contraindicaciones: Pacientes cooperativos con necesidades dentales mínimas. Condiciones médicas o físicas en las cuales es desaconsejable la sedación.⁴⁰

1.5.4 Anestesia General:

Descripción: Es un estado controlado de inconsciencia acompañada por una pérdida de reflejos protectores. Incluyendo la capacidad de mantener una vía respiratoria de forma independiente.

Objetivos: Proporcionar una atención dental segura, eficiente y eficaz. Elimina la ansiedad y reduce los movimientos del paciente y a la reacción al tratamiento dental. Elimina la respuesta al dolor del paciente.

Indicaciones: Pacientes que no pueden cooperar debido a una falta de madurez psicológica, emocional, mental o física. También está indicada en pacientes poco cooperadores, temerosos y ansiosos.³⁸

Contraindicaciones: Pacientes “sano” y cooperador con necesidades dentales mínimas. Condiciones médicas que puedan ocasionar efectos adversos o inclusive la muerte del paciente.⁴⁰

1.6 Otras técnicas como alternativas son:

Las siguientes técnicas son una alternativa que son poco utilizadas en México. La equinoterapia y la delfinoterapia son técnicas de control de conducta complementarias que ayudan a modificar la conducta previo a la consulta dental. Sin embargo en este trabajo se utilizó la musicoterapia ya que esta se puede utilizar durante la consulta dental.

1.7.1 Musicoterapia:

Ha sido empleada como una alternativa para reducir la ansiedad y se ha utilizado en distintos campos como la psicología, la medicina y la odontología. Actúa directamente sobre el sistema simpático disminuyendo su actividad; como resultado de lo cual el paciente no solo experimenta beneficios psicológicos, sino también fisiológicos, como la disminución de la presión arterial, disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria.⁴³

La distracción musical disminuye la ansiedad ya que, al escuchar música los niños cierran los ojos y se concentran en el audio, evitando así mirar los procedimientos odontológicos, por otra parte, la música puede ayudar a no oír los ruidos producidos por los instrumentos como la pieza de mano, generando así una disminución de los niveles de ansiedad.⁴²

1.6.2 Equinoterapia:

No consiste solamente en montar el caballo. Hay muchas actividades que resultan terapéuticas para las personas con discapacidad intelectual y no siempre implica montar. Esta técnica a las personas con discapacidad intelectual les ofrece un gran abanico de beneficios tanto en su vida a nivel emocional, psicológico y social.⁴⁴

1.6.3 Delfinoterapia:

Es una técnica que mediante el contacto con los delfines induce a la liberación de endorfinas, hormonas encargadas de generar estados de tranquilidad y placer, permitiendo el bienestar general de las personas. Está técnica es efectiva para los niños con discapacidad ya que les ayuda a disminuir su agresividad, y se comportan de una manera más disciplinada, les ayuda a cumplir órdenes y muestran menos miedo a relacionarse con otras personas desconocidos para ellos.⁴⁵

1.6.4 Acupuntura:

Técnica basada en la inserción y manipulación de agujas de ciertos puntos del cuerpo para generar cambios que restablezcan la salud y/o alivien el dolor del paciente. Está es una técnica que de origen asiático procedente de china. Sin embargo en esta técnica requiere que el odontólogo tenga las destreza necesaria para utilizarla, la cual es muy controversial.⁴⁶

1.6.5 Hipnosis:

Técnica psicológica que utiliza la sugestión como elemento preponderante con el fin de reprogramar al sujeto disminuyendo sus niveles de ansiedad incorporándolo a un nuevo patrón de comportamiento que le permite visualizar el entorno odontológico y al dentista desde una perspectiva diferente. El profesional a cargo de la hipnosis puede asistir a las primeras atenciones dentales para ayudar al paciente a lograr el estado de relajación, lo que por cierto tiene un costo económico adicional que lo hace restrictivo a algunos pacientes. Sin embargo, debido a las variaciones en las personalidades de las personas, una técnica de tratamiento conductual puede o no funcionar.⁴⁶

1.7 Escala de Frankl.

Es una escala que permite evaluar la conducta del paciente en cada consulta odontológica; tiene cuatro escalas tipo 1, 2, 3 y 4 que están representadas por los signos (--, -, + y ++)⁴⁷ y tienen las siguientes características:

- (--)Definitivamente negativo: Denegación del tratamiento, llora mucho, temor o berrinche. Movimientos fuertes de las extremidades, comportamiento agresivo y no es posible la comunicación verbal.
- (-)Levemente negativo: Se muestra al principio renuente al tratamiento pero al final acepta, falta de cooperación. Movimientos leves de las extremidades, comportamiento tímido bloquea la comunicación, acepta y acata algunas órdenes y presenta un llanto monotónico.
- (+)Levemente positivo: aceptación del tratamiento; comportamiento prudente en ocasiones, fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo, un poco reservado. Llanto esporádico pero se puede establecer comunicación verbal.
- (++)Definitivamente positivo: cooperación e interés en el procedimiento a realizarle, sonriente y divertido. Se presenta también buena comunicación, relajación y control de las extremidades.^{40, 48}

1.9 Técnicas de salud bucal.

Se ha sugerido que un cepillo adecuado que elimine completamente la placa dentobacteriana cada 24 horas podría resultar suficiente, la realidad es que habitualmente no se realiza de forma totalmente eficaz, por lo que se recomienda un cepillado al menos 3 veces al día. La mayor cantidad de placa bacteriana se elimina en los primeros 60 segundos de cepillado, pero hay zonas menos accesibles, como los dientes posteriores o las superficies linguales, en las que mejora el grado de control de placa cuando se prolonga el tiempo de cepillado hasta 3 minutos.⁴⁹

La mejor técnica es la que resulte más eficaz en términos de eliminación de placa bacteriana, siempre que sea segura (que no produzca efectos indeseables), fácil de aprender y de llevar a la práctica. Debemos supervisar a cada paciente para comprobar que aplica la técnica de forma adecuada; de lo contrario, hay que tutelarle para intentar mejorar el método antes de plantearse cambiarlo. No existe evidencia en la literatura científica que permita confirmar la superioridad de una determinada técnica de cepillado sobre las demás.⁴⁹

Técnica horizontal o de barrido: las cerdas se colocan con una angulación de 90° con respecto a las superficies dentarias y el cepillo se mueve en sentido antero-posterior. Es la más recomendada en niños y personas que precisan de un cepillado asistido, porque es fácil de utilizar.⁴⁹

Técnica vertical: En términos generales es igual a la anterior, pero los movimientos del cepillo son de arriba abajo y viceversa.⁴⁹

Técnica de Bass: es útil para el control de la placa en el área del surco gingival, por lo que se recomienda especialmente en pacientes con enfermedad periodontal. Las cerdas del cepillo se colocan suavemente en el surco gingival formando un ángulo de 45° con respecto al eje mayor del diente, y en cada sector se realiza 10 a 15 movimientos de vaivén de unos 2 mm; posteriormente, se limpian las caras oclusales. Mediante esta técnica de cepillado la placa subgingival se elimina por capilaridad y la supragingival por la acción directa de las cerdas que no están en el surco. Otra técnica de cepillado similar a la anterior es la de Stillman modificada, en la que los movimientos del cepillo no son de vaivén, sino circulares o rotatorios.⁴⁹

El uso de colutorios de Triclosán –zinc y de aerosoles de Clorhexidina han demostrado ser eficaces como métodos coadyuvantes al cepillado dental para el control de placa y gingivitis en los pacientes con limitaciones físicas y cognitivas.¹⁸

La seda dental Super-Floss es mejor que la seda dental encerada convencional en la reducción de placa y en la percepción de los usuarios, pues tuvo mejor desempeño en el índice de placa y es preferida debido a sus características como longitud y grosor, características que facilitan el uso cuando se hace el control de placa en otra persona o se carece de destreza manual.¹⁸

1.10 Normatividad.

Hoy en día en México existen varias normas y leyes que protegen a las personas con discapacidad como son el título quinto de la ley general de salud en materia de investigación para la salud menciona que deberá llevar justificación y objetivo de la investigación, riesgos y beneficios de lo que se vaya a realizar y la libertad

del paciente para revocar su consentimiento, sin que se generen perjuicio alguno por parte del profesional de salud, así como las normas: NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, NOM-015-SSA3-2012 para la atención integral a personas con discapacidad, NOM-034-SSA2-2000 para la prevención y control de los defectos al nacimiento. Así como la convención Internacional de los derechos del niño y la declaración de igualdad de derechos por la organización de las naciones unidas.⁵⁰⁻⁵²

El plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, México que establece:

“Se atenderá a las personas con discapacidad, quienes deberán gozar de los mismos derechos que el resto de los ciudadanos en la adquisición de capacidades para ejercer en condiciones de igualdad los derechos que le concede la constitución”.⁵⁰⁻⁵¹

ANTECEDENTES

El manejo de conducta de los pacientes con discapacidad es uno de los problemas primordiales, por ello muchos profesionales encargados de la salud dental prefieren no brindar atención a las personas con algún tipo de discapacidad porque suelen sentirse incompetentes, ello es debido a la dificultad que tienen para comunicarse y relacionarse con ellos, debido a la falta de información, e interés por parte de algunos profesionales.

Es así que la atención odontológica del paciente con discapacidad representa generalmente un reto diferente para el Odontólogo, no por el tratamiento a realizarse en sí, sino por el manejo conductual de este tipo de pacientes: en estos casos debe reconocerse a la madre como una de las partes más importante para el tratamiento incluyendo la tríada paciente-madre-odontólogo.¹⁷

De acuerdo a M. Arenas y cols. 2006⁵³ han aplicado cuestionarios para determinar la actitud de los padres hacia el tratamiento dental, encontrándose que las creencias de los padres y su conducta, tienen un impacto significativo sobre el

comportamiento y miedo de los niños hacia los tratamientos odontológicos. Una cultura odontológica escasa, así como un nivel bajo de responsabilidad y compromiso por parte de los padres, se asocian con falta de cooperación por parte de los niños. Está demostrado que una asistencia irregular, así como las cancelaciones o inasistencia, de los pacientes van relacionados a sentir miedo al tratamiento dental o con problemas de manejo de conducta.⁵⁴

En algunos casos los padres pueden pensar que al utilizar la anestesia general se reduce el número de visitas al dentista, que el dolor es menor, y que la no visualización de agujas por sus hijos evita que ellos sientan miedo. Sin embargo, los padres determinan realizarles a sus hijos tratamientos dentales bajo anestesia general por dos simples razones: sus experiencias previas y conocimientos generales acerca de los procedimientos clínicos llevados a cabo bajo anestesia general, y por la explicación proporcionada por el profesional.⁵³

Existen muchas técnicas para el manejo de conducta de pacientes pediátricos con Síndrome de Down que pueden ser empleadas sin la necesidad de recurrir a técnicas más riesgosas para estos niños como anestesia general o sedación.

Las técnicas más aceptadas por los padres son: decir, mostrar, hacer, refuerzo positivo, modelamiento, distracción comparadas con técnicas como restricción física o anestesia general o sedación.⁵⁵

Sin embargo, debido a la variación en las personalidades de estos niños, una técnica de tratamiento conductual puede funcionar en algunos, pero no en otros. Por lo tanto, al adquirir más conocimientos acerca de otras técnicas disponibles y de cómo aplicarlas prácticamente, se logrará más efectividad para ayudar a los niños afrontar el tratamiento bucal.⁵⁶

CAPÍTULO 2

2.1 OBJETIVO GENERAL

Reportar técnicas de manejo de conducta no invasivas en la consulta dental de dos pacientes pediátricos con Síndrome de Down atendidos en las clínicas odontológicas de la ENES Unidad León, UNAM.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar técnicas no invasivas de acuerdo a los cambios de conducta que presenten los pacientes en la consulta dental.
- Describir la conducta de los pacientes pediátricos con Síndrome de Down en varias citas de acuerdo a la escala de Frankl.

CAPÍTULO 3

REPORTE DE CASOS

Se atendieron a dos pacientes pediátricos con Síndrome de Down que acudieron a las clínicas odontológicas de la ENES Unidad León, UNAM. Previo a los tratamientos dentales se dio a firmar el consentimiento informado (Anexo 1A, 1B, 2A y 2B).

Las características que presentaron cada uno de los casos son:

3.1 Reporte del caso 1:

Paciente masculino de 12 años de edad. Presenta Trisomía 21 (Síndrome de Down) con cardiomegalia (controlada). Motivo de consulta: "limpieza dental".

Resumen diagnóstico:

Hábito de succión digital, protrusión lingual y respirador bucal. A la exploración clínica se observó gingivitis, malposición dentaria, Clase III de Angle con mordida cruzada anterior. A la revisión radiográfica se observan los órganos

dentarios 13 y 23 impactados. Se tomaron fotografías extraorales (Figura 3) e intraorales. (Figura 4)

Plan de tratamiento:

Profilaxis y aplicación de fluoruro, fisurotomía y sellador órganos dentarios: 54, 64, 65, 84, 75 y resina en órgano dentario 36 con aislamiento relativo, A la revisión radiográfica; se observa relación estrecha de raíces de los órganos dentales 13 y 23 con riesgo de reabsorción radicular de los órganos dentales 14 y 24 (Figura 5) por lo que justifica la colocación de aparatología fija Hyrax. Por último, se les explicaron las técnicas de control de conducta y se le dio a firmar el consentimiento informado (Anexo 1a y 1b).



Fig 3. Fotos extraorales del caso1.Fuente propia.



Fig 4. Fotos intraorales del caso 1. Fuente propia.

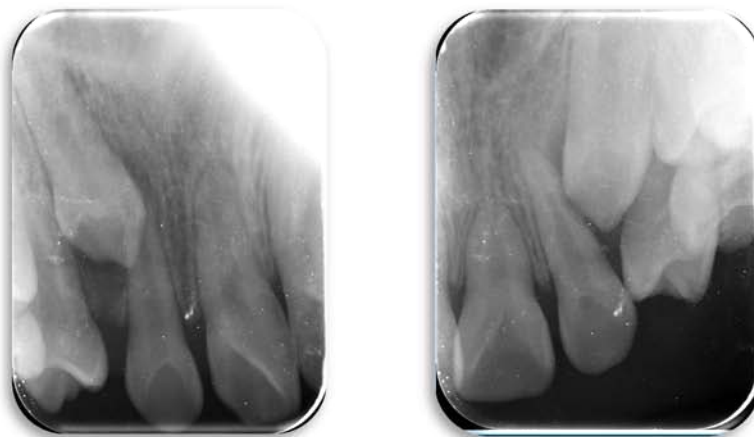


Fig. 5 Radiografías periapicales del caso 1. Fuente propia.

3.2 Reporte del caso 2:

Paciente masculino de 9 años de edad. Presenta Trisomía 21 (Síndrome de Down) con hipotiroidismo (controlada). Motivo de consulta: “Quiero que mi hijo reciba atención dental ya que en el Seguro Social (IMSS) no me lo quisieron atender”.

Resumen diagnóstico:

Hábito de respirador bucal. A la exploración clínica se observó gingivitis, malposición dentaria, Clase III de Angle con mordida cruzada anterior. Presenta restos radiculares de los órganos dentales 55 y 65 con absceso. Se tomaron fotografías extraorales (Figura 6) e intraorales (Figura 7).

Plan de tratamiento:

Se recetó amoxicilina (amoxil) de 250 mg tabletas y se le indicó a la mamá que el niño tomara una tableta cada 8 horas por 7 días. Se realizó posteriormente profilaxis y aplicación de flúor, extracciones de órganos dentales: 55, 65, 75 y 85; resinas en órganos dentales: 16, 26, 64, 36, 74, 84 y 46 con aislamiento absoluto y aplicación de saforide en los órganos dentales: 54, 73 y 83. Por último, una vez que se le explicó a la persona responsable del paciente todo lo anterior se le dio a conocer las técnicas de control de conducta y se le dio a firmar el consentimiento informado (Anexo 2a y 2b).

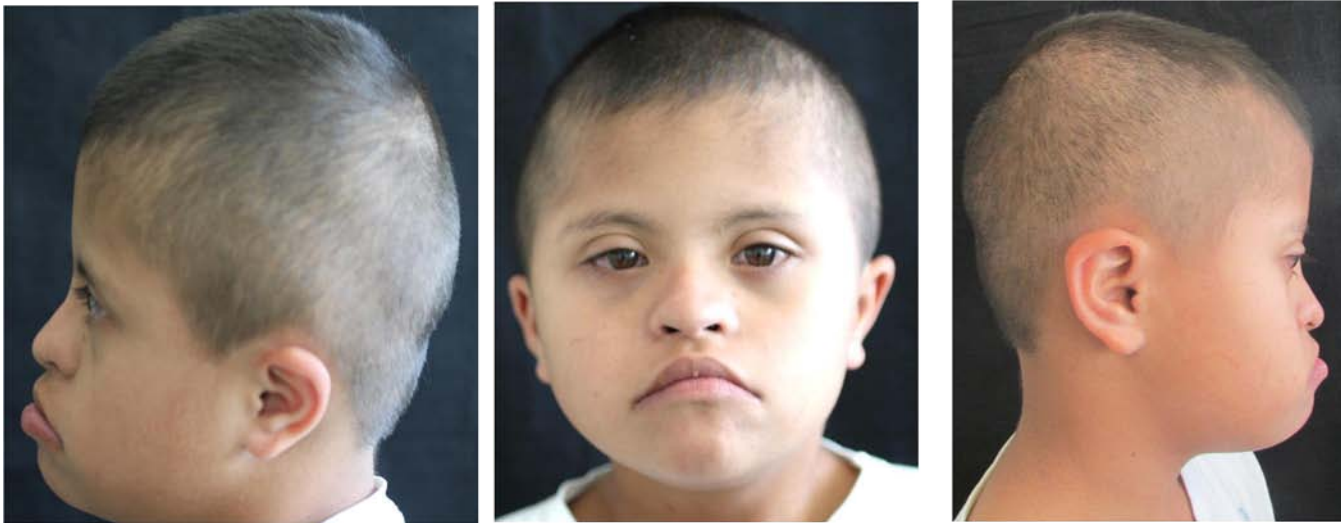


Fig. 6 Fotos extraorales del caso 2. Fuente propia.



Fig. 7. Fotografías intraorales del caso 2. Fuente propia.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

A continuación se presenta los resultados para cada uno de los casos y una tabla (Tabla 1) en la que se muestra un valor asignado de acuerdo a la conducta del paciente según la escala de Frankl.

Tabla 1. Escala de signos y valores de la escala de Frankl. Fuente propia.

Escala de Frankl	Signo	Valor
Definitivamente positivo	++	1
Levemente positivo	+	2
Levemente negativo	-	3
Definitivamente negativo	--	4

4.1 Resultados del caso 1:

- Primera cita: Se realizó la historia clínica completa, se explicaron las técnicas de cepillado (técnica de cepillado, tipo de cepillos dentales, uso del hilo dental, uso de enjuague bucal, auxiliares del cuidado dental, alimentación cariogénica y no cariogénica). En todas las citas de atención se realizó un refuerzo positivo con la entrega de un premio. Posteriormente se procedió a explicarle mediante la técnica decir-mostrar-hacer en qué consistía la profilaxis y aplicación tópica de fluoruro después se realizó el tratamiento mostrándose definitivamente positivo de acuerdo a la escala de Frankl, ya que hubo gran cooperación e interés en el tratamiento a realizar.
- En la segunda cita: Se tomaron fotografías intraorales y extraorales después se tomaron impresiones superiores e inferiores con material hidrocoloide irreversible (alginato) para obtener modelos de estudio. Se utilizó la musicoterapia CD-ROM (pure tranquility & relaxation 2) y de acuerdo a la escala de Frankl se mostró definitivamente positivo ya que reaccionó favorablemente a las indicaciones que se le dieron y muestra una buena relación con el odontólogo.
- En la tercera cita: Se realizó la fisurotomía y sellador de fosetas y fisuras en los órganos dentarios 54, 64 y 65. En esta técnica se utilizó la distracción mediante el uso de videos con dibujos animados (Peppa pig) aplicando la técnica de reforzamiento por contingencia. Se mostró levemente positivo de acuerdo a la escala de Frankl ya que aceptó el tratamiento de manera cautelosa, mostrándose en algún momento muy reservado.
- En la cuarta cita: Se procedió con la realización de fisurotomía y sellador de fosetas y fisuras en los órganos dentarios 84 y 75 se empleó la misma técnica que la cita anterior y se mostró levemente positivo de acuerdo a la escala de Frankl.
- En la quinta cita: Se realizó la resina del diente 36 con anestesia tópica bajo aislamiento relativo, el paciente se mostró levemente positivo y mucho más reservado sin embargo, se pudo establecer una buena comunicación. En

esta cita se utilizó la distracción mediante el uso de videos con dibujos animados (Peppa pig).

- En la sexta cita: Se tomaron impresiones superiores e inferiores con material hidrocoloide irreversible (alginato) para la obtención de modelos de trabajo y se empleó la técnica de musicoterapia mostrándose la conducta del paciente de acuerdo a la escala de Frankl levemente negativo, ya que le incomodó la presencia de varias personas, lo cual dificultó la toma de las impresiones.
- Séptima cita: Se citó al paciente para volver a tomar las impresiones para modelos de estudio, utilizando la técnica de musicoterapia y de acuerdo a la escala de Frankl se mostró definitivamente positivo ya que hubo cooperación e incluso para repetir las impresiones
- Octava cita: Se le colocó el aparato Hyrax (Figura 8) al principio se mostró levemente negativo de acuerdo a la escala de Frankl ya que varias veces intentó retirarse el aparato de la boca. Sin embargo, se le explicó las razones por las cuales se tenía que dejar el aparato y los beneficios que obtendría mediante la técnica decir-mostrar-hacer lo cual accedió y el aparato permaneció en boca por dos meses. Se hizo la promesa que si en su próxima cita el aparato permanecía en boca se le obsequiaría una Peppa pig de foami.



Fig 8. Colocación de Hyrax. Fuente propia.

- Se citó una novena vez al paciente: Para revisar y activar el aparato, el paciente se mostró definitivamente positivo ya que se ríe y disfruta de la atención. Además de agradecerle que halague su buen comportamiento ya

que en esa cita se utilizó la técnica de reforzamiento positivo y de que al final de la cita se le dio un muñequito de Peppa pig de foami como se le había prometido en la cita anterior por permitir que el aparato haya permanecido en boca.

- Se citó por décima y onceava vez al paciente: Al mes y a los dos meses, para activación y revisión del aparato, el paciente se mostró definitivamente positivo de acuerdo a la escala de Frankl.
- Se citó al paciente por doceava vez: Para fijar el aparato con alambre de ligadura (Figura 9) y se mostró definitivamente positivo de acuerdo a la escala de Frankl.



Fig 9. Fijación del Hyrax con alambre de ligadura. Fuente propia.

- Se cita por última vez al paciente después de 3 meses para retirarle el aparato; posteriormente se tomó radiografía oclusal y las fotografías intraorales y extraorales utilizando como técnica de control de conducta la musicoterapia y el reforzamiento positivo y se le estuvo halagando su buen comportamiento, de acuerdo a la escala de Frankl se mostró definitivamente positivo pues reaccionó favorablemente a las indicaciones que se le dieron.

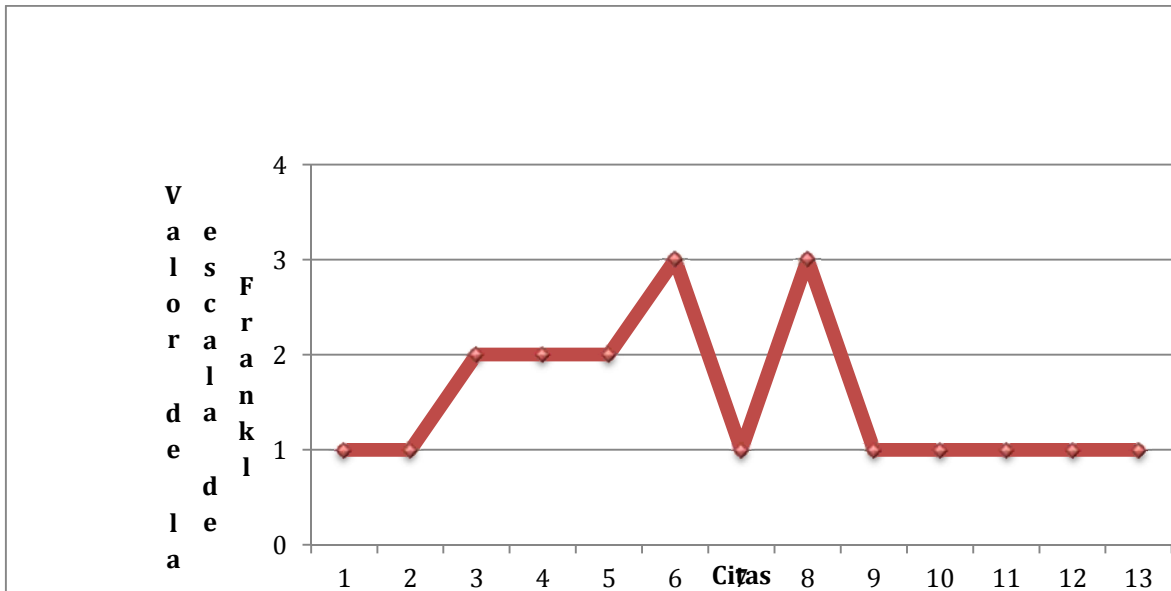
En la siguiente tabla muestra lo que se realizó en cada cita, la técnica de control de conducta que se utilizó y el tipo de comportamiento que tuvieron de acuerdo a la escala de Frankl y un valor que se le asignado para ser graficado (Tabla 2).

Tabla 2. Conducta a lo largo del tratamiento del caso 1. Fuente propia.

Cita	Tratamiento	Técnica de control de conducta	Escala Frankl	Valor
1	+Historia clínica. +Técnicas de cepillado. +Profilaxis y Aplicación Tópica de Flúor.	+Decir-mostrar-hacer. +Reforzamiento positivo.	(++) Definitivamente positivo.	1
2	+Fotos intraorales y extraorales. +Impresiones con alginato.	+Musicoterapia. +Reforzamiento positivo.	(++) Definitivamente positivo.	1
3	+Fisurotomía y sellador de foseas y fisuras de los órganos dentales 54, 64 y 65.	+Reforzamiento contingencia positivo.	por (+) y positivo.	2
4	+Fisurotomía y sellador de foseas y fisuras de los órganos dentales 84 y 75.	+Reforzamiento contingencia positivo.	por (+) y positivo.	2
5	+Resina del órgano dental 36.	+Reforzamiento contingencia positivo.	por (+) y positivo.	2
6	+Toma de impresiones.	+Musicoterapia. +Reforzamiento positivo.	(-) Levemente negativo.	3
7	+Toma de impresiones.	+Musicoterapia. +Reforzamiento positivo.	(++) Definitivamente positivo.	1
8	+Colocación de aparato Hyrax.	+Decir-mostrar-hacer. +Reforzamiento	(-) Levemente negativo.	3

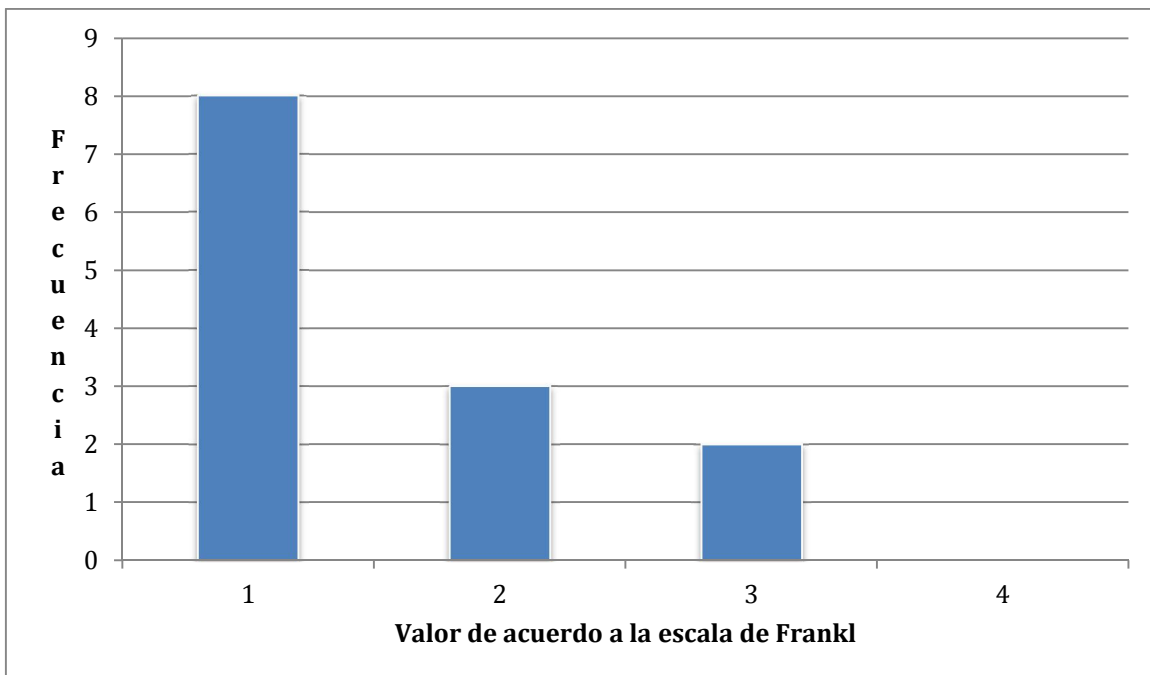
		positivo.		
9	+Cita de revisión.	+Reforzamiento positivo.	(++) Definitivamente positivo.	1
10	+Cita de revisión.	+Reforzamiento positivo.	(++) Definitivamente positivo.	1
11	+Cita de revisión.	+Reforzamiento positivo.	(++) Definitivamente positivo.	1
12	+Fijación de aparato.	+Reforzamiento positivo.	(++) Definitivamente positivo.	1
13	+Se retiró el aparato. +Fotos finales. +Toma de radiografía oclusal.	+Reforzamiento positivo. +Musicoterapia.	(++)Definitivame nte positivo.	1

A continuación se muestra la gráfica del comportamiento que mostró el paciente durante todas las citas que fue atendido en las clínicas de la ENES Unidad León, UNAM (Gráfica 1).



Gráfica 1. Conducta a lo largo del tratamiento del caso 1. Fuente propia.

Por último, de acuerdo a las citas se determinó la frecuencia de conducta que hubo de acuerdo a la escala de Frankl a lo largo de las citas (Gráfica 2).



Gráfica 2. Frecuencia que presentó el paciente del caso 1

4.2 Resultados del caso 2:

- Primera cita se realizó la historia clínica completa, se tomaron impresiones superiores e inferiores con material hidrocoloide irreversible (alginato) para obtener modelos de estudio. Posteriormente, se procedió a explicarle mediante la técnica decir-mostrar-hacer en qué consistía algunos de los tratamientos a realizar mostrándose definitivamente positivo de acuerdo a la escala de Frankl ya que hubo gran cooperación e interés en el tratamientos que se le iban a realizar.
- Segunda cita se tomaron fotografías extraorales e intraorales y serie radiográfica mostrándose definitivamente positivo de acuerdo a la escala de Frankl ya que estuvo interesado en los procedimientos a realizar se le compensó su conducta al final de la cita regalándole un globo empleado como técnica de control de conducta reforzamiento positivo.
- Tercera cita se le explicaron las técnicas de cepillado (técnica de cepillado, tipo de cepillos dentales, uso del hilo dental, uso de enjuague bucal, auxiliares del cuidado dental, alimentación cariogénica y no cariogénica). se realizó la profilaxis y aplicación de fluoruro. Se le explicó todo lo anterior mediante la técnica decir-mostrar-hacer mediante la ayuda de un tipodonto y el paciente se mostró de acuerdo a la escala de Frankl definitivamente positivo.
- Cuarta cita se realizó resina del órgano dental 16 (Figura 10) y extracción del órgano dental 55 previo a medicación bajo anestesia local y con aislamiento absoluto al inicio se mostró el paciente con un poco de ansiedad para ello se utilizó la musicoterapia (pure tranquility & relaxation 2) y se le explicó mediante la técnica decir-mostrar-hacer lo que se le iba a realizar y lo que iba a sentir y al final de acuerdo a la escala de Frankl se mostró definitivamente positivo ya que permaneció atento a las indicaciones que se le estuvieron dando durante el transcurso del tratamiento.



Fig 10. Foto de aislamiento y resina del órgano dental 16. Fuente propia.

- Se atendió por última vez al paciente por razones personales de los papás y se realizaron 2 resinas en los órganos dentarios 26, 64 y extracción dental del órgano dental 65 por retención prolongada, bajo anestesia local y previa a medicación. Se empleó como técnica de control de conducta musicoterapia y reforzamiento por contingencia ya que se le puso un video (chavo del 8 animado), de acuerdo a la escala de Frankl se mostró definitivamente positivo ya que estuvo atento a las indicaciones que se le dieron y hubo gran interés por parte del paciente.

Tabla donde se indica que se realizó en cada cita, la técnica de control de conducta que se utilizó y el tipo de comportamiento que tuvieron de acuerdo a la escala de Frankl y un valor asignado para ser graficado (Tabla 3).

Tabla 3. Conducta a lo largo del tratamiento del caso 2. Fuente propia.

Cita	Tratamiento	Técnica de control de conducta	Conducta de acuerdo a la escala de Frankl	Valor
1	+Historia clínica. +Toma de impresiones.	+Musicoterapia. +Decir-mostrar-hacer.	(++) Definitivamente positivo.	1
2	+Fotografías intraorales y extraorales.	+Reforzamiento positivo.	(++) Definitivamente	1

	+Serie radiográfica.		positivo.	
3	+Profilaxis y aplicación tópica de flúor. +Técnicas de cepillado dental.	+Decir-mostrar-hacer.	(++) Definitivamente positivo.	1
4	+Resina del órgano dental 16. +Extracción de órgano dental 55.	+Musicoterapia. +Reforzamiento positivo. +Decir-mostrar-hacer.	(++) Definitivamente positivo.	1
5	+Resina de los órganos dentales 26 y 64. +Extracción de órgano dental 65.	+Musicoterapia. +Reforzamiento por contingencia.	(++) Definitivamente positivo.	1

Por último se presenta una tabla de la escala de Frankl y la frecuencia que presentó el paciente del caso 2 a lo largo de las citas (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia que presento el paciente del caso 2. Fuente propia.

Escala de Frankl	Signo	Valor	Frecuencia
Definitivamente positivo	++	1	5
Levemente positivo	+	2	0
Levemente negativo	-	3	0
Definitivamente negativo	--	4	0

DISCUSIÓN

Tanto los padres como el odontólogo, con la falta de información y el conocimiento puede dificultar que a una persona con discapacidad se le puedan brindar oportunamente varias medidas preventivas para la caries dental y enfermedad periodontal, sobre todo cuando la relación entre la salud bucal y la salud general no se ha armonizado y trabajado en conjunto.⁴⁰

No existe un patrón a seguir para el uso de las técnicas de control de conducta ya que influyen varios aspectos como el estado emocional del niño, las experiencias previas, así como la ansiedad y el miedo transmitido de padres a hijos. El odontólogo puede evitar esto si se concientiza a los padres del grado de salud bucal que presenten sus hijos y se le explique verbalmente y por escrito las técnicas de control de conducta previas a su aplicación en el paciente.^{38, 54}

De acuerdo a la American Academy Of Pediatric Dentistry (2011). La orientación de conducta requiere por parte del odontólogo de habilidades en la comunicación, la empatía, el coaching, la tolerancia, la flexibilidad y la escucha activa. Los objetivos de una buena comunicación por parte del odontólogo es para aliviar el miedo y la ansiedad, construir una relación de confianza entre odontólogo-padre-paciente, y fomentar la actitud positiva del niño hacia el cuidado de su salud bucal. Los padres ejercen una influencia significativa en el comportamiento de sus niños. Educar a los padres antes de que su hijo visite al dentista puede ser útil para promover una experiencia dental positiva. Los odontólogos deben registrar el comportamiento del paciente en cada visita ya que esto servirá como una documentación del comportamiento pasado y ayuda en el diagnóstico para sus futuras visitas.⁴⁰

De acuerdo a un estudio realizado por Gómez Scarpetta y cols. (2012) La musicoterapia fue utilizada para el tratamiento dental en pacientes con Síndrome de Down y se obtuvieron buenos resultados ya que presentaron una disminución de la ansiedad. De acuerdo a los 2 casos de pacientes pediátricos con Síndrome

de Down tratados en las clínicas de la ENES Unidad León, UNAM se aplicaron técnicas de musicoterapia y se logró tener una disminución de la ansiedad como la cooperación por parte del paciente siendo más fácil poder realizar los diferentes tratamientos programados y no se tuvo que intervenir con sedación ni anestesia general.⁴³

Hay muchos autores que recomiendan tratar dentalmente a los pacientes con discapacidad mediante el uso de la sedación o anestesia general. Garcés y cols. (2012) afirma que pacientes médicamente comprometidos o que sufren alteraciones físicas, mentales o emocionales deben ser tratados bajo anestesia general. La ventaja de utilizar estos métodos, es que se realiza en una cita pero como desventaja el paciente puede presentar postoperatoriamente complicaciones como hipoventilación, vómito, hipertermia maligna o hipotermia. Tratar a estos pacientes bajo técnicas no farmacológicas tiene como desventaja: que se rehabilita bucalmente al paciente en varias citas, sin embargo no se presentan complicaciones postoperatorias como bajo la anestesia general.⁵⁷ De acuerdo a los tratamientos que se realizaron en la clínica dental de la ENES Unidad León, UNAM en los dos pacientes pediátricos con Síndrome de Down se utilizaron técnicas no farmacológicas y no hubo la necesidad de utilizar técnicas farmacológicas (anestesia general o sedación) ya que los tratamientos que se realizaron no fueron invasivos.

Otros estudios han realizado cuestionarios o encuestas a los padres referente a las técnicas de control de conducta más aceptable por ellos y de acuerdo a Cordero N y cols. (2012), las técnicas comunicativas (decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo etc.) siguen siendo las más aceptables por los padres, seguidas por la sedación con óxido nitroso, anestesia general y por último la tabla de inmovilización o "cama de restricción física". De acuerdo a Nava Av y cols. (2012) menciona que el uso de la cama de restricción física se utilizó con mayor frecuencia en el género masculino que en el femenino. Sin embargo, en los dos casos tratados del sexo masculino del presente trabajo no se requirió brindar atención dental mediante el uso de técnicas como mano sobre boca o uso de

cama de restricción física.⁵⁵ Sin embargo, los padres estuvieron conscientes de que si era necesario y el paciente no cooperaba se iba a utilizar la cama de restricción física.

Muchos padres no aprueban las técnicas de manejo de conducta usadas, por ello, es importante el uso del consentimiento informado por escrito antes de su uso, incluyendo la técnica mano sobre boca y restricción física usada por el equipo de profesionales, para evitar problemas legales relacionados, por lo cual se propone un consentimiento informado para el uso de estas técnicas de control de conducta. (Anexo 1).³⁹

CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS

Conclusiones:

- Se ha demostrado que no es necesario que todas las personas con algún tipo de discapacidad la atención dental sea bajo anestesia general o sedación. Mientras el odontólogo tenga conocimiento de todas las técnicas de control de conducta que existen puede tener un buen éxito en el tratamiento a realizar sin arriesgar la vida del paciente.
- No existe un patrón para el uso de las técnicas de control de conducta o una sola técnica específica a emplear en todos los niños con Síndrome de Down e incluso no se utiliza siempre la misma técnica en un solo paciente en todas las citas ya que esto va depender de su estado de ánimo y de las experiencias previas que tenga el niño en la visita al dentista.
- Hay falta de conocimiento de los papas con hijos con algún tipo de discapacidad. Las familias con un integrante con discapacidad experimentan más gastos económicos de los necesitados comparado con un paciente regular. La mayoría de ellos dependen de todo tipo de apoyo, para pagar los gastos de servicio dental ya que generalmente carecen de acceso a un seguro médico y éste no les proporciona una protección completa, por los costos tan elevados. La consecuencia es que la falta de prevención y cuidado terapéutico oportuno hacen que la salud sea más incierta y costosa en un futuro.

De acuerdo a las conclusiones que antes se han expuesto se consideró necesario dar a conocer algunas propuestas que pueden ser empleadas por los odontólogos en sus consultorios dentales y en la ENES Unidad León, UNAM:

Propuestas:

- Actualmente la mayoría de los egresados de odontología no cuentan con las herramientas necesarias ni con toda la información para atender pacientes con discapacidad
- Falta capacitación ya que muchas universidades de pregrado en la licenciatura en Odontología no han incluido en su plan de estudios materias ya sea obligatorias u optativas relacionadas con la atención dental en pacientes con discapacidad.
- Concientizar al personal odontológico para que sus consultorios dentales cuenten con la infraestructura adecuada de fácil acceso a las instalaciones para personas con cualquier tipo de discapacidad como diferentes disposiciones legales y normas lo establecen.
- Se propone un consentimiento informado el cual deberá ser evaluado por el comité de bioética para uso en la ENES Unidad León, UNAM para poder aplicarse las técnicas de control de conducta de restricción física y control de voz en los pacientes que lo requieran (Anexo 3).
- Como parte del servicio social, los alumnos de último año de Odontología de la ENES Unidad León, UNAM brinden atención dental a personas con discapacidad en instituciones que trabajan en beneficio de éstas.
- Que los alumnos de primer año de la ENES Unidad León, UNAM impartan pláticas de medidas preventivas de la salud bucal en instituciones que trabajan en beneficio de los pacientes con discapacidad.
- Hace falta en México que se genere una educación de la salud bucal mediante el uso de medidas preventivas; ya que los papás van postergando la consulta. Situación que debe ser modificada pero el cambio debe ser a partir del profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Buj. J.R, Catalá M, García C.B. y cols. Odontopediatría.1ª. ed. España: Elsevier Masson; 2004.pp: 467-473.
2. Gómez S.R, Duran A.L. y cols. Musicoterapia para el control de la ansiedad odontológica en niños con síndrome de Down. Hacia la promoción de la salud. 2012; 17(2):13-24.
3. Culebras A.E, Silvestre R.J, Silvestre D.F. Alteraciones odontostomatológicas en el niño con síndrome de Down. Rev Esp pediat. 2012; 68: 434-438.
4. Hernández J, Padilla M. Tratamiento temprano de la mordida cruzada anterior. Revisión de la literatura. Revista Estomatología. 2011; 19: 40-47.
5. Dávila E. M, Gil M, Daza D. y cols. Caries dental en personas con retraso mental y síndrome de Down. Rev. Salud pública. 2006; 8(3):207-213.
6. Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Plan de estudios de la Lic. Cirujano dentista. 1939 Disponible en: <http://www.uanl.mx/oferta/cirujano-dentista.html> Consultado: 3/julio/2015.
7. Universidad De Guadalajara (UdG). Plan de estudios de la Lic. Cirujano dentista. 2014 disponible en: <http://guiadecarreras.udg.mx/licenciatura-en-cirujano-dentista/> Consultado: 3/julio/2015.
8. Universidad de la Salle Bajío. Plan de estudios de la Lic. Odontología. 2002 disponible en: <http://bajio.delasalle.edu.mx/oferta/oferta1.php?n=1&p=34> Consultado: 3/julio/2015.
9. Universidad Autónoma de Querétaro. Plan de estudios de la Lic. Odontología. 1999. Disponible en: <http://www.uaq.mx/index.php/oferta-educativa/programas-educativos/fm/licenciaturas-fm/licenciatura-en-odontologia> . Consultado: 3/julio/2015.
10. Unitec. Plan de estudios de la Lic. Odontología. Disponible en: <http://www.unitec.mx/licenciatura-en-cirujano-dentista/>. Consultado: 3/julio/2015.

11. IPN (Instituto Politécnico Nacional de México). Plan de estudios de la Lic. Odontología. 2010 Disponible en: <http://www.cics-sto.ipn.mx/Paginas/Odontolog%C3%ADa.aspx>. Consultado: 3/julio/2015.
12. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ). Plan de estudios de la Lic. Odontología. 2011 Disponible en: <http://www.uacj.mx/ICB/DEST/LCD/Paginas/default.aspx>. Consultado: 3/julio/2015.
13. Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA). Plan de estudios de médico estomatólogo. 2006. Disponible en: <http://www.uaa.mx/direcciones/dgdp/catalogo/>. Consultado: 3/julio/2015.
14. Universidad Veracruzana. Plan de estudios de Lic. Odontología. 2003. Disponible en: <http://www.uv.mx/docencia/programa/Creditos.aspx?Programa=DENT-03-E-CR>. Consultado: 3/julio/2015.
15. Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH). Plan de estudios de Cirujano dentista. 2008. Disponible en: http://www.uach.mx/academica_y_escolar/carreras/planes/2008/11/04/cirujano_dentista/. Consultado: 3/julio/2015.
16. Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León. (ENES-UNAM) León. Plan de estudios de la Lic. Odontología. 2010 disponible en: http://enes.unam.mx/?lang=es_MX&pl=tramites-en-ventanilla-reinscripcion Consultado: 3/julio/2015.
17. Martínez H, Treviño Ma, Rivera G. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidades de cuidados especiales de salud en México. Revista ADM 2011; 68(5):222-228.
18. Marulanda J, Bentancur J.D, Espinosa S, Gómez J.L. y cols. Salud Oral en discapacitados. Revista CES Odontología. 2011; 24(1): 72-75.
19. López P. M, López R, Parés G, Borges A, et al. Reseña Histórica del síndrome de Down. Rev. ADM. 2007; 57:193-198.
20. Ward, O.C. Dr. Langdon Down of Normansfield. Langdon Down Centre Trust. Available from: <http://www.langdoncentre.org.uk/history.php>.

21. Pachajoa H. Imagen de la medicina. Arte y síndrome de Down. Univ. Méd. Bogotá (Colombia). 2011; 52 (4): 440-441.
22. Cala, OH. Caracterización del Síndrome de Down en la población pediátrica. Rev. Ciencias médicas. 2013; 17(4):33-43.
23. Cuéntame INEGI. Censo 2010. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/población/discapacidad.aspx?tema=P>. Consultado: 3/julio/2015.
24. Nazer J, Cifuentes L. Estudio epidemiológico global del Síndrome de Down. Rev. Chil Pediatr 2011; 82(2): 105-112.
25. Nazer J, Cifuentes L. Prevalencia de malformaciones congénitas en hijos de madres mayores de 34 años y adolescentes. Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2002-2011. Rev. Chil. Obstet. Ginecol 2013; 78(4): 298-303.
26. Pola R. Importancia de la ortodoncia interceptiva en las manifestaciones bucales de niños con síndrome de Down (tesis de pregrado). México: UNAM; 2012.
27. Aguilar Carduño RM, Meléndez Balbuena L, Arroyo Aguilar A. Cociente de inteligencia y evaluación. Contacto S. 2012; 83: 5-10.
28. Zapata Zabala ME, Álvarez Uribe MC, Aguirre Acevedo DC, Cadavid Castro MA. Coeficiente intelectual y factores asociados en niños escolarizados en la ciudad de Medellín, Colombia. Rev. Salud pública. 2012; 14 (4): 543-557.
29. E. Galindo, I. Galguera, E. Taracena y G. Hinojosa. Modificación de conducta en la educación especial diagnóstico y programas. 4ª ed. México: Trillas, 2011. 16-20.
30. Schalock R, Luckasson R, Shogren A. El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. Revista Española sobre discapacidad intelectual 2007; 38(4): 5-20.
31. Moreno E., Vivot. El recién nacido con Síndrome de Down. Rev. Esp. Pediatr. 2012; 68(6) 405.
32. Macarena C., Retamales M., S. Mellados. Recomendaciones de cuidados en salud de personas con Síndrome de Down: 0 a 18 años. Rev. Med. Chile 2013; 141: 80-89.

33. Marilyn Bull J. Supervisión de la salud de niños con Síndrome de Down. *Pediatrics*. 2011; 128(2) 1- 16.
34. Castillo Riveroll S. A. Manifestaciones bucales en niños con Síndrome de Down. (tesis de licenciatura). México. Universidad Veracruzana; 2011.
35. Trueba A., Mata A. Síndrome de Down. *AMF* 2011; 7(3): 141-148.
36. López Z. Glosectomía parcial en la trisomía 21: incidencia de las infecciones bucales y respiratorias, preoperatorias y posoperatorias. *Rev. Cubana Pediatr.* 2007; 79(3).
37. Morales M., Naukart Z. Prevalencia de maloclusiones en pacientes con síndrome de Down. *Oral revista*. 2009; 32: 537-539.
38. Nava Aguado V, Fragoso Ríos R. Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo de conductual; explicación del procedimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental. *Rev. Odontológica Mexicana*. 2012; 16(4): 242-251.
39. Arauzo Sinchez CJ. Grado de aceptación de las técnicas de manejo de conducta infantil por los padres de niños de 4 a 8 años de edad atendidos en el departamento de odontología del Instituto Nacional de Salud del Niño durante el año 2013, Lima-Perú.(Tesis especialidad en Odontopediatría). Perú. Universidad inca Garcilaso de la vega; 2013.
40. American Academy Of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior Guidance for the pediatric dental patient. *AAPD*. 2011; 35 (6): 175-187.
41. Jiménez Salinas SP. Estudio de las técnicas de manejo de conducta implementadas en los programas de educación superior de odontología pediátrica en México. (tesis de maestría). México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2011.
42. Alfaro Bascur KA. Efectividad a 6 meses de seguimiento de la distracción musical en la ansiedad dental y en la adherencia a tratamiento en niños de 6 años beneficiarios del programa de salud oral integral en la región metropolitana. (tesis de licenciatura). Santiago: Universidad de Chile; 2014.
43. Gómez Scarpetta RA, Durán Arismendy L. Musicoterapia para el control de ansiedad odontológica en niños con Síndrome de Down. *Hacia la promoción de la salud*, 2012; 17(2): 13-24.
44. Amambal Altamirano J, Barrios Lambruschini D, Chinchay Mestanza L y cols. Manejo de conducta del paciente bebé y pacientes especiales mediante técnicas psicológicas y de restricción física. (trabajo de investigación de alumnos de la especialidad de Odontopediatría.) Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.

45. Pineda Pérez EJ. La delfinoterapia en niños con Síndrome de Down atendidos en un círculo infantil especial. Rev. Cubana Pediatr. 2008; 80(4).
46. Fernández Fredes O, Flores Barrett M, Mánquez Hatta E. Norma control de la ansiedad en la atención odontológica. 2da ed. Chile. Gobierno de Chile ministerio de salud; 2007.
47. Álvarez Arreola Z. A. Evolución de la conducta según la escala de Frankl en niños de 4 a 8 años que acuden a consulta al posgrado de Odontopediatría de la FMUAQ. (tesis de especialidad en Odontopediatría). Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2012.
48. Paulo J, Pineda Lina M, Cárdenas JM, Manrique R, Álvarez C. Evaluación del beneficio de la técnica de sedación inhalada con óxido nitroso para un tratamiento odontológico invasivo en niños entre 4 y 12 años de edad. Revista CES odontología. 2007; 20(1): 25-31.
49. Pérez Serrano ME, Limeres Posse J, Fernández Feijoo J. Manual de higiene oral para personas con discapacidad. Santiago: Universidad de Santiago; 2012.
50. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los derechos del Paciente con retraso mental. Salud Mundial 2013-2018. 7.
51. Convención Internacional sobre los derechos del niño. Derecho a la salud. Disponible en: <http://www.humanium.org/es/derecho-salud/>. Consultado: 3/julio/2015.
52. Ley General de Salud. Título quinto: investigación para la salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>. Consultado: 15/agosto/2015.
53. Arenas M, Barberia E, Marotom M, y cols. Demanda paterna de tratamientos odontopediátricos utilizando anestesia general: una sorprendente realidad. RCOE 2006; 11(3): 351-356.
54. García Y, Ríos R, Cuairan V, y cols. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en Odontopediatría. Revista Odontológica Mexicana 2006; 10(3): 126-130.
55. Cordero N, Cárdenas J, Álvarez L. Aceptación de las técnicas de manejo farmacológicas y no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos en odontología. Rev CES Odont. 2012; 25(2) 24-32.
56. Al-Harasi S, Ashley P, Moles D, et al .Hipnosis en niños sometidos a tratamiento dental. (revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Sytematic Reviews 2010 Issue 8. Art.:CD007154, DOI: 10.1002/14651858.CD007154

57. Garcés Vallejo A, Cárdenas Mendoza MA, Robles Bermeo y cols. Rehabilitación bucal bajo anestesia general en pacientes pediátricos del centro de especialidades odontológicas. Arc. Inv. Mat Inf. 2012;4(2):63-70.

ANEXO 1a



ENESUNAM
UNIDAD LEÓN

Nº 0768

Conforme a la NOM-168-SSA1-1998
y a la NOM-013-SSA2-2006

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998. Del expediente clínico médico, publicado el lunes 14 de diciembre de 1998, en su capítulo 10.1.1 es presentado este documento escrito y firmado por el paciente, persona responsable o tutor. A través de este documento acepta, bajo la debida información de los riesgos y los beneficios esperados del tratamiento dental a realizar. Por consiguiente y en calidad de paciente o responsable del paciente:

DECLARO

1. Estoy enterado y acepto que para iniciar el plan de tratamiento, deberá integrarse previamente un EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO, radiografía con interpretación de la misma, plan de tratamiento y los estudios que se consideren necesarios para complementar dicho expediente. Estoy consciente y enterado de que la información que se aporta en el interrogatorio del EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO es completa y veraz y que cualquier dato que no fuera aportado a esta, no involucra ninguna responsabilidad para la ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES. Que he sido claramente informado sobre mi diagnóstico, el cual es Succion Digital, protrusión lingual y respirador bucal, gingivitis malposiciones dentaria, Clase III Angle, con mordida cruzada en anterior.
2. Que se me ha explicado detalladamente el plan de tratamiento para atender mi padecimiento, el cual consiste en Técnicas de higiene bucal, profilaxis y aplicaciones, Técnica de Fluor. Anatomía y sellador de los órganos dentales: 54, 64, 65, 64 y 75. Prótesis del órgano dental 36.
3. Entiendo del procedimiento a realizar, los riesgos que implica y la posibilidad de las complicaciones me han sido explicadas por el facultativo a cargo y comprendo perfectamente la naturaleza y consecuencias del procedimiento, se me ha explicado que las posibles complicaciones pueden ser Hemorragia, infecciones, alergias, mala cicatrización, resultados estéticos no deseados, Reacción, pérdida de órganos dentales, para cardiorespiratorio reusable o no, desplazamiento de órganos dentales.
4. Que cuento con la información suficiente sobre los riesgos y beneficios durante mi tratamiento dental, y sé que puede cambiar de acuerdo a las circunstancias clínicas que surjan durante el mismo.
5. Que no se me ha garantizado ni dado seguridad alguna acerca de los resultados que se podrán obtener.
6. Que puedo requerir de tratamientos complementarios a los que previamente me han mencionado, con el objeto de mejorar el curso de mi padecimiento.
7. Que se me ha informado, que el personal médico que me atiende, cuenta con experiencia y con el equipo necesario para mi tratamiento dental y aún así, no me exime de presentar complicaciones.
8. Consentio para que se me administre anestesia local, si así lo requiere el tratamiento.
9. Autorizo a mi odontólogo a que conserve con fines científicos o didácticos aquellos tejidos, partes u órganos dentales como resultado del tratamiento dental. Además permito la toma de radiografías y fotografías de mi cabeza, cuello y cavidad bucal así como la toma de muestras de saliva y tejidos orales, para los propósitos de diagnóstico, plan de tratamiento, por razones de educación científica y dental, así como la demostración o publicación de las mismas de ser necesario.
10. Acepto que la atención esté sujeta a las disposiciones de la ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES y de la Coordinación de Odontología y me comprometo a respetar a estas disposiciones así como al personal académico, administrativo y estudiantil que aquí laboran y cuidar las instalaciones y equipos.
11. Estoy de acuerdo que cualquier pago que se realice por concepto de la atención odontología deberá realizarse al inicio de cada actividad, con el recibo correspondiente, quedando por aclararse con el docente a cargo o Coordinación de Odontología en el caso de las repeticiones de algún procedimiento.
12. Acepto que la atención esté sujeta a los tiempos y horarios que la Coordinación de Odontología designe y que las citas pueden ser modificadas por situaciones imprevistas durante el servicio, comprometiéndome independientemente de esto a asistir puntualmente a ellas.
13. Estoy consciente que dentro de mi tratamiento bucal pueden ser prescritos algunos medicamentos en beneficio del mismo y que serán anotados en el formato oficial que para este efecto existe, que deberá ser firmado únicamente por el personal docente asignado a la clínica, tomando como propia dicha responsabilidad, por ser personal titulado y con registro ante la SSA.
14. LA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES, NO SE HACE RESPONSABLE DE NINGUN TRATAMIENTO EFECTUADO FUERA DE LAS INSTALACIONES DE NUESTRAS CLÍNICAS.
15. Y que soy responsable de comunicar mi decisión y lo antes informado a mi familia.

ACEPTO

Ma. Esthela Ramirez
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA DEL ODONTÓLOGO A CARGO

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

CON BASE EN EL CÓDIGO CIVIL, OBLIGACIONES EN GENERAL SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ARTICULOS 1803 Y 1812.

ANEXO 1b

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: Ma. Esthela Ramírez Hernández padre/madre del niño(a)
José de Jesús Rangel Ramírez de 12 años y 5 meses de edad, he
traído para su atención integral odontológica a las clínicas del área de profundización en
Odontopediatria y Ortodoncia de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León.

Después de haber sido informado(a), deseo colaborar voluntariamente al trabajo de tesina
"Manejo de conducta en la consulta dental en pacientes pediátricos con síndrome de Down" del
alumno: José Carlos Gutiérrez Enríquez, entendiendo que ayudara a conocer y saber las técnicas
para el manejo de conducta en pacientes con síndrome de Down sin necesidad de utilizar sedación
y/o a anestesia general.

Doy consentimiento para que:

- + Se atendido mi hijo por el alumno: José Carlos Gutiérrez Enríquez.
- + Sea grabado y fotografiado mi hijo durante todo el transcurso del tratamiento a realizar los días que sea necesarios.
- + El material visual obtenido será utilizado únicamente para la documentación de la tesina con título antes mencionado.
- + Todo me ha quedado claro y no tengo ninguna duda al respecto.

Ma. Esthela Ramírez Hernández
Enterado(a). (Papá/mamá o tutor)

José Carlos Gutiérrez Enríquez
Enterado. (Alumno) Enterado(a). (Coordinador)

León Guanajuato 9 de 9 del 2015

ANEXO 2a



Conforme a la NOM-168-SSA1-1998 y a la NOM-013-SSA2-2006

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998. Del expediente clínico médico, publicado el lunes 14 de diciembre de 1998, en su capítulo 10.1.1 es presentado este documento escrito y firmado por el paciente, persona responsable o tutor. A través de este documento acepta, bajo la debida información de los riesgos y los beneficios esperados del tratamiento dental a realizar. Por consiguiente y en calidad de paciente o responsable del paciente:

DECLARO

- Estoy enterado y acepto que para iniciar el plan de tratamiento, deberá integrarse previamente un EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO, radiografía con interpretación de la misma, plan de tratamiento y los estudios que se consideren necesarios para complementar dicho expediente. Estoy consciente y enterado de que la información que se aporta en el interrogatorio del EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO es completa y veraz y que cualquier dato que no fuera aportado a esta, no involucra ninguna responsabilidad para la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM.
- Que he sido claramente informado sobre mi diagnóstico, el cual es:
Caries dental, gingivitis, maloclusión de la clase III de Angle con mordida cruzada en anterior región molar y premolar de 33 y 63.
- Que se me ha explicado detalladamente el plan de tratamiento para atender mi padecimiento, el cual consiste en:
Técnicas de higiene bucal, profilaxis, complicaciones, técnica de extracción de un órgano dentario SA y 63, técnica de los aparatos dentales 276 y 64.
- Entiendo del procedimiento a realizar, los beneficios, los riesgos que implica y la posibilidad de las complicaciones me han sido explicadas por el alumno y el facultativo a cargo y comprendo perfectamente la naturaleza y consecuencias del procedimiento, se me ha explicado que las posibles complicaciones pueden ser: Hemorragia, infección, alergias, mala cicatrización, resultados estéticos no deseados, fracturas, pérdida de órganos dentarios, paro cardiopulmonar reversible o no, desplazamiento de órganos.
- Que cuento con la información suficiente sobre los riesgos y beneficios durante mi tratamiento, y sé que puede cambiar de acuerdo a las circunstancias clínicas que surjan durante el mismo.
- Que no se me ha garantizado ni dado seguridad alguna acerca de los resultados que se podrán obtener.
- Que puedo requerir de tratamientos complementarios a los que previamente me han mencionado, con el objeto de mejorar el curso de mi padecimiento.
- Que se me ha informado, que el personal médico que me atiende, cuenta con experiencia y con el equipo necesario para mi tratamiento y aun así, no me exime de presentar complicaciones.
- Consiento para que se me administre anestesia local, si así lo requiere el tratamiento.
- Autorizo a mi médico tratante a que conserve con fines científicos o didácticos aquellos tejidos, partes u órganos dentales como resultado del tratamiento. Además permito la toma de radiografías y fotografías así como la toma de muestras de sangre y tejidos, para los propósitos de diagnóstico, plan de tratamiento, por razones de educación científica, así como la demostración o publicación de las mismas de ser necesario.
- Acepto que la atención esté sujeta a las disposiciones de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM, y me comprometo a respetar a estas disposiciones así como al personal académico, administrativo y estudiantil que aquí laboran y cuidar las instalaciones y equipos.
- Estoy de acuerdo que cualquier pago que se realice por concepto de la atención en clínicas deberá realizarse al inicio de cada actividad, con el recibo correspondiente, quedando por aclararse con el docente a cargo en el caso de las repeticiones de algún procedimiento.
- Acepto que la atención esté sujeta a los tiempos y horarios en que las Clínicas Odontológicas laboren y que las citas pueden ser modificadas por situaciones imprevistas durante el servicio, comprometiéndome independientemente de esto a asistir puntualmente a ellas.
- Estoy consciente que dentro de mi tratamiento puedan ser prescritos algunos medicamentos en beneficio del mismo y que serán anotados en el formato oficial que para este efecto existe, que deberá ser firmado únicamente por el personal docente asignado a la clínica, tomando como propia dicha responsabilidad, por ser personal titulado y con registro ante la SSA.
- La Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM, no se hace responsable de ningún tratamiento efectuado fuera de las instalaciones de nuestras clínicas.
- Acepto que soy responsable de comunicar mi decisión y lo antes informado a mi familia.

ACEPTO LOS TÉRMINOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

Mla. Guadalupe R. G.
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

Johana D. Montañán
NOMBRE Y FIRMA DEL FACULTATIVO A CARGO

J. J. J.
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 1803 Y 1812 DEL CODIGO CIVIL FEDERAL. OBLIGACIONES EN GENERAL SOBRE EL CONSENTIMIENTO.

ANEXO 2b

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: María Guadalupe Rodríguez Gómez padre/madre del niño(a)
Pedro Antonio Chía Rodríguez de 9 años y 5 meses de edad, he traído para su atención integral odontológica a las clínicas del área de profundización en Odontopediatría y Ortodoncia de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León.

Después de haber sido informado(a), deseo colaborar voluntariamente al trabajo de tesina "Manejo de conducta en la consulta dental en pacientes pediátricos con síndrome de Down" del alumno: José Carlos Gutiérrez Enríquez, entendiendo que ayudara a conocer y saber las técnicas para el manejo de conducta en pacientes con síndrome de Down sin necesidad de utilizar sedación y/o a anestesia general.

Doy consentimiento para que:

- + Se atendido mi hijo por el alumno: José Carlos Gutiérrez Enríquez.
- + Sea grabado y fotografiado mi hijo durante todo el transcurso del tratamiento a realizar los días que sea necesarios.
- +El material visual obtenido será utilizado únicamente para la documentación de la tesina con título antes mencionado.
- + Todo me ha quedado claro y no tengo ninguna duda al respecto.

María Guadalupe Rodríguez Gómez
Enterado(a). (Papá/mamá o tutor)

José Carlos Gutiérrez Enríquez
Enterado. (Alumno)

[Firma]
Enterado(a). (Coordinadora)

León Guanajuato 1 de sept del 2015



De acuerdo a la ley general de salud, NOM-012-SSA3-2012 y NOM-015-SSA3-2012.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTROL DE CONDUCTA.

Con la finalidad de aplicar técnicas no farmacológicas en pacientes con discapacidad. El odontólogo puede elegir usar, una técnica de control del comportamiento o una combinación de ellas para controlar el comportamiento peligroso del paciente.

Los riesgos que pudiera presentar el paciente con la técnica de mano sobre boca por un tiempo corto es que se vean marcas de presión temporales alrededor de la boca del paciente dependiendo de la sensibilidad de la piel del mismo y es posible que se cause ansiedad, en especial si el paciente respira por la boca. Con el uso de la cama de restricción física que tiene como finalidad lograr inmovilizar al paciente tiene como riesgo la presencia de aparezcan enrojecimiento, moretones y/o erupciones cutáneas temporales en la parte del cuerpo que es sostenida por la red, si el paciente se retuerce, transpira o se resiste a la restricción del movimiento.

Los beneficios con el uso de estas técnicas de control de conducta es lograr la atención dental del paciente haciendo posible que el odontólogo establezca una comunicación eficaz con el paciente reduciendo así, los movimientos inapropiados, ansiedad y miedo al tratamiento con el fin de proteger al paciente, al dentista y a su equipo de daños físicos facilitando la realización de un tratamiento dental de calidad.

Es importante mencionarle que si usted acepta que se realice el tratamiento de su hijo bajo estas técnicas tendrá la libertad de revocar su consentimiento en cualquier momento sin que se creen prejuicios para continuar con el cuidado y tratamiento de la salud dental del paciente.

Dependiendo de la condición médica, psicológica y dental del paciente, hay ocasiones cuando un hospital con anestesia total es la alternativa apropiada para poder realizar un tratamiento dental seguro que no puede ser logrado de otra manera en las clínicas odontológicas de la ENES-UNAM león. De ser necesario, su doctor tratante le explicará las razones.

_____ En el uso de las técnicas de control de conducta que fueron explicadas más arriba, para tratar a _____ (nombre del paciente) de _____ años y _____ meses de edad, que he traído para su atención integral odontológica a esta institución y acepto los términos contenidos en el presente documento.

_____ En dar mi consentimiento para el control del comportamiento propuesto y he sido informado de las consecuencias y acepto las mismas, si no se realiza ningún tratamiento. Entre tales consecuencias, se encuentran mayores problemas dentales y potencialmente, la pérdida o la infección de los dientes.

_____ Nombre y firma (Papá/mamá o tutor) _____ Nombre y firma (Alumno) _____ Nombre y firma (Coordinadora)

León Guanajuato ____ de ____ del 2015

