

UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

**“Técnicas para el manejo de la conducta que pueden aplicar
estudiantes de pre-grado para la atención del paciente dental
pediátrico.”**

TESINA

**MANUAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA:

MARILIN DEL CARMEN OLSON GARZA.

ASESORA: C.D. RUTH AGUILERA ROCHA.

PUEBLA, PUE. OCTUBRE 2001



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO.

A Dios:

Por iluminar mi camino y
permitirme concluir mis
estudios profesionales.

A mis padres:

Por brindarme su cariño
y apoyo incondicional
durante los años de mi
carrera.

A mi esposo:

Por apoyarme en la elaboración
de esta tesina, ya que sin su
ayuda no hubiera llegado a hacer
lo que es hoy.

A mi hijo:

Por ser mi inspiración de
cada día y representar lo
más maravilloso en mi
vida.

A mis suegros:
Por su gran cariño y apoyo en
todo momento.

A la doctora Ruth:
Por ser mi guía, alentarme
cada día y por haber hecho
posible la elaboración de esta
tesina.

A los catedráticos de odontopediatría:
Por su orientación y apoyo.

INDICE.

INTRODUCCIÓN.	I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	II
JUSTIFICACIÓN	II
OBJETIVO	III
METODOLOGÍA	IV
ALCANCES	IV
• CAPITULO 1.	
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS EN DIFERENTES EDADES.	1
A) DESARROLLO SEGÚN PIAGET	1
B) COMPRENSIÓN DEL TEMPERAMENTO INFANTIL	2
C) FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA DEL PACIENTE	3
• CAPITULO 2	
CONDICIONES IDEALES PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL	7
A) RECIBIMIENTO EN LA SALA DE ESPERA.	7
B) EXAMEN CLINICO	9
C) EUFEMISMO	10
D) EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO	11
1) ESCALA DE FRANKL	12
2) CLASIFICACION DE WRIGHT	13
3) ACTITUD DE LOS PADRES	14
E) LO QUE DEBE HACER EL CIRUJANO DENTISTA	21
F) LO QUE NO DEBE HACER EL CIRUJANO DENTISTA	22
G) TÉCNICAS	24
1) PSICOLÓGICAS	24
2) FÍSICAS	29
3) FARMACOLÓGICAS	34
• CAPITULO 3.	
MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	35
A) SITUACIONES DE Rutina	35
B) COMO MANEJAR LA CONDUCTA DEL NIÑO EN CASO DE URGENCIA.	41
CONCLUSIÓN	43
BIBLIOGRAFÍA.	45

INTRODUCCIÓN.

La primera referencia escrita, conocida, respecto al manejo de la conducta fue dada por McElroy que describió: “Aunque la operatoria dental pueda ser perfecta, la sesión sería un fracaso si el niño se va llorando”. (1)

El manejo de la conducta es el medio por el cual el equipo odontológico realiza efectiva y eficazmente el tratamiento de un niño y al mismo tiempo, le infunde una actitud positiva hacia la odontología. (1)

Por años el manejo de la conducta ha representado un reto para el C. D. dentro del consultorio dental, creando en el niño una actitud determinante para el resto de su vida.

Es de vital importancia que conozcamos las diferentes formas de conducta de los pacientes, teniendo conocimiento que estos atraviesan por etapas de crecimiento.

Aquellos conocedores sobre el manejo de la conducta infantil, saben que ésta es una disciplina que se enfoca hacia los problemas sociales, psicológicos y de aprendizaje del niño, algo que ocurre de manera completamente diferente en el tratamiento de un adulto.

El dar a conocer algunos aspectos sobre el control de la conducta infantil, tiene como fin de actualizar las técnicas que se deben llevar a cabo correctamente por estudiantes de Pre-grado y odontólogos que no siendo odontopediatras desconocen ciertos procesos que son de gran utilidad para su vida profesional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El problema de hoy en día es que algunos niños presentan traumas psicológicos creados por un mal manejo u orientación, lo que provoca generalmente rechazo y actitudes negativas hacia la odontología, formando una salud bucal deficiente llevando consigo problemas que llegan a influir en la vida adulta, motivo por el cual surge la necesidad de conocer más acerca del manejo de la conducta, y a que estudiantes de pre-grado aprendan las técnicas y adquieran la práctica necesaria para una mejor calidad de atención hacia el paciente infantil.

JUSTIFICACIÓN.

El presente manual se realiza con la finalidad de dar a conocer a los estudiantes de pre-grado las diferentes técnicas y métodos que existen para manejar la conducta del niño dentro de la clínica odontológica y la manera correcta de llevarlos a cabo para que tengan un mayor número de opciones para cada caso o necesidad.

La intención del desarrollo del tema “Técnicas para el manejo de la conducta que pueden aplicar estudiantes de pre-grado para la atención del paciente dental pediátrico” es identificar la responsabilidad que implica para el cirujano dentista el manejo del niño en el consultorio dental y la de ayudar a aquellos estudiantes a adquirir una mejor capacitación integral.

Una de las ventajas de aprender o conocer sobre el manejo de la conducta infantil es servir de entrenamiento e ir creando confianza en los estudiantes perdiendo el temor de atender a niños lo que les impide a veces obtener una mejor relación y comunicación con el niño.

Para tener conocimiento más amplio en odontopediatría es importante un pos-grado que requiere de 2 a 3 años en alguna universidad o institución hospitalaria donde se imparte este grado de estudios.

OBJETIVOS.

Objetivo General.

- Brindar a la sociedad universitaria odontológica una mejor información acerca de cómo introducir al niño en la clínica odontopediátrica y así obtener mayor éxito en el desempeño clínico o área de trabajo.

Objetivos Específicos.

- Describir las características generales de los niños en diferentes edades.
- Conocer las diferentes técnicas y métodos que se utilizan en el manejo del paciente pediátrico.
- Conocer las causas que conllevan a una actitud negativa y como evitarlas.
- Cómo actuar ante cualquier caso específico.

METODOLOGÍA.

Este tipo de investigación es la denominada pura o bibliográfica, ya que se apoyó en contextos teóricos y su propósito fundamental es el de desarrollar y explicar la teoría sobre “Técnicas para el manejo de la conducta que pueden aplicar estudiantes de pre-grado para la atención del paciente dental pediátrico” y de los métodos, restricciones y técnicas que los autores o clínicos emplearon en cada consulta dental cuando fue necesario.

La información obtenida fue recolectada en la biblioteca de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, del centro de información y documentación del Instituto Nacional de Pediatría así como de las bibliotecas de estomatólogos dedicados a la materia de odontopediatría; de ahí se obtuvo una revisión de 16 libros y de 5 artículos relacionados con el tema central de investigación, procediendo a clasificarlos y ordenarlos en 3 capítulos, con temas y subtemas.

Esta investigación está ilustrada con dibujos y fotografías que nos ayudan a conocer como llevar a cabo las técnicas sobre el manejo de la conducta.

ALCANCES.

- Servir de guía u orientación para lograr una mejor introducción y manejo del niño al consultorio dental.
- Lograr dar a conocer una amplia y adecuada información sobre los procedimientos que se emplearán durante y después de la consulta dental pediátrica.

CAPITULO 1.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS EN DIFERENTES EDADES.

Piaget ha propuesto un modelo de desarrollo infantil que describe el área de la percepción, el conocimiento y la forma en que un niño piensa. Piaget identifica tres etapas principales que trazan el desarrollo cognoscitivo del niño desde la etapa refleja hasta la etapa en que resuelve problemas complejos: periodo motosensorial, periodo operacional concreto que se divide en 2 secciones y en la que se describe también como el periodo preoperatorio y periodo operacional formal.

a) DESARROLLO COGNOSCITIVO CONTINUO DE PIAGET.

Periodo motosensorial 0-2 años.

Incapaz de razonar. Cada cosa es externa, es decir realidades concretas tangibles “en frente” al niño. Ningún concepto de objeto permanece. Codifica la información en términos de acciones; más tarde en términos de imágenes visuales.

Reacciona a la “tensión” con los ojos, la voz, los oídos, las manos y las piernas, es decir, motosensorial. Elemento de amnesia.

Pueden realizarse tratamientos dentales y no considerar la falta de cooperación ; no tendrá efecto permanente en el niño.

Periodo preoperacional 2-6 años.

Fantasías animadas. Manera egocéntrica. Razonamiento primitivo, es decir, televisión: la gente puede verlo desde la pantalla igual que él la ve. Comprende cosas en términos de causa y evento. No se interroga a sí mismo y sus pensamientos son muy reales para él. No sabe que otros piensan y pueden tener ideas diferentes.

Desarrolla habilidad para codificar información sólo en términos de acciones, visual y simbólicamente, estas imágenes representan la realidad. La atención de la duración es corta. Muy inquisitivo toca, mira, vocaliza.

Temor a lo desconocido, a lo que se refiere decir, mostrar y hacer. Falta de maduración cerebral, las instrucciones deben ser claras y no tener expectativas del rendimiento.

Periodo operacional 6-13 años.

El niño está ansioso por aprender. Clasifica los objetos y puede discriminarlos por ejemplo, más grande más pequeño, arriba abajo.

Comprende que otros tienen ideas diferentes y está dispuesto a escuchar. La habilidad es creciente para conceptuar y generalizar. Adquiere más confianza en la imagen visual que en los símbolos. Requiere ejemplos concretos de ideas abstractas y explicaciones de los procedimientos. Entiende el concepto de causa y efecto y puede razonar y aprender lógicamente. Comienza a confiar. Las cosas se vuelven internas y el niño puede organizar y desarrollar conceptos. Reconoce y comprende el dolor.

Periodo formal 13-17 años.

En este periodo el desarrollo del niño suele ser sencillo o confuso. Es capaz de enfrentarse a lo abstracto así como a la realidad. Puede ver el futuro y sus potenciales. Este tiene la necesidad de recibir explicaciones detalladas reales, en especial la racionalización de por qué debe cooperar o comportarse cuando a los adultos no se le requiere que lo hagan. Tiene la capacidad para resolver problemas complejos. Deberá tener una comprensión mejor de causa y efecto, se sabe que no es mágico. Se desarrollan ideales y actitudes importantes. El razonamiento llega a ser de forma inductiva.

Crece o evoluciona con inteligencia, transforma las acciones motoras en pensamientos y acciones en pensamientos motoras y conducta. Llega a mejorar las destrezas sociales y su lenguaje (11).

b) COMPRENSIÓN DEL TEMPERAMENTO INFANTIL..

Thomas y Chess sugieren tres temperamentos básicos:

Temperamento tranquilo: niños que reaccionan de manera positiva, sus funciones corporales son irregulares, se consideran adaptables y flexibles. No rehuye a las situaciones nuevas y manifiesta una actitud positiva a la misma.

Temperamento difícil: sus funciones corporales son irregulares, se desarrollan de manera lenta a las diferentes actividades como dormir, comer, etc., no se adaptan fácilmente a los cambios y rehuyen a experiencias nuevas; a diferencia de los niños con temperamento tranquilo estos niños reaccionan intensamente a los problemas.

Temperamento de reacciones lentas: son tímidos, su nivel de actividad es bajo, su actitud a situaciones novedosas es negativa, les es difícil adaptarse a nuevos cambios y se retraen a éste, reaccionan a los problemas de forma poco intensa (5).

Es importante que el odontólogo tome en cuenta el tipo de personalidad del niño, las diferentes técnicas y sistemas que empleará en cada uno de ellos. Un niño de temperamento tranquilo puede ser flexible y aceptar los cambios de planes imprevistos mientras que un niño de reacciones lentas puede necesitar bastante tiempo para adaptarse y que él odontólogo sea paciente, tranquilo y sensible. Los niños difíciles responden mejor a un odontólogo que demuestra mucha seguridad y confianza.

c) FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA DEL PACIENTE.

1) Fuera del control del odontólogo.

- Actitud de los padres
- Experiencias previas
- Influencias de otros niños
- La propia experiencia del niño

Actitud de los padres: tiene, en general y con respecto a la odontología en particular, una profunda influencia sobre el comportamiento de un niño. Se cree que la edad de los padres y su grado de madurez son factores importantes. Las actitudes positivas de los padres con respecto a la odontología crean un ambiente alrededor del niño que lleva a una idealización de la asistencia odontológica. Se comenta frecuentemente que, cuando es el abuelo o la abuela el que acompaña al niño a la consulta odontológica, es cuando mayores problemas surgen para el tratamiento. Los abuelos suelen representar la máxima autoridad familiar y

suelen hacer las cosas de la manera que a ellos les parece correcta, y no como desearía el odontólogo.

En el capítulo 2 se explicarán detalladamente las actitudes de los padres para que puedas reconocerlos y saber como actuar.

Experiencias previas: la experiencia de los padres con respecto a los profesionales médicos y odontólogos modifican en gran medida la actitud de sus hijos. Aunque casi ningún padre, si es que alguno lo hace, relatará intencionadamente a sus hijos sus experiencias traumáticas previas, esas actitudes y sentimientos se transmitirán al niño a través de la comunicación no verbal. Los niños pueden escuchar a sus padres comentar sus experiencias, o pueden percibir el sufrimiento de su progenitor antes o después de una cita con el odontólogo. Los niños son observadores extraordinariamente astutos, y captarán muchas de las pistas que sus padres dejen escapar con respecto a su actitud frente a la asistencia sanitaria.

Los padres pueden hacer afirmaciones a sus hijos que influyan en el comportamiento de estos últimos o que les pongan en guardia, haciendo que esperen algo desagradable en la consulta. Decir simplemente a un niño: “Si te portas bien con el odontólogo, te compraré un regalo”, puede hacer que el niño sospeche que le espera algo desagradable.

Influencia de otros niños: ya sean familiares o no, no debe ser menospreciada. Dicha influencia puede ser positiva o negativa. En una familia en que varios niños han recibido tratamiento odontológico sin problemas, los niños menores reciben un refuerzo positivo antes de la cita. Sin embargo, si las citas anteriores han resultado traumáticas, la influencia puede ser negativa. Lo mismo ocurre con los amigos del niño.

La propia experiencia del niño: algunos niños sienten miedo cuando acuden por primera vez a una consulta odontológica. Esta aprensión injustificada está producida por la influencia colectiva de sus padres, hermanos y amigos. Aunque resultará algo más difícil para el médico y para el personal de la consulta lograr sus objetivos, su propio comportamiento puede modificar espectacularmente la actitud del niño hacia la odontología (15).

2) Dentro del control del odontólogo.

- Actitud del odontólogo.
- Actitud del personal o equipo de trabajo.
- Entorno o medio ambiente.

Actitud del odontólogo: el odontólogo nunca deberá perder su dominio y enfadarse. La ira, como el miedo es una reacción emocional primitiva e inmadura, es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y ha disminuido su dignidad. El paciente lo pone en situación de gran desventaja, porque la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas. Si el dentista pierde su control y eleva la voz, solo asustará más al niño, y se le dificultará más aún su cooperación. Si no puede evitar enfadarse es mejor despedir al niño y dejar que otro odontólogo pruebe suerte. Tal vez él pueda tener éxito donde a tite le derrota el temperamento. Si el dentista ha tratado lo mejor posible, y no puede entablar relación con el niño, es mejor admitir la derrota que arruinar al niño para tratamientos dentales futuros (10).

Te recomiendo tener una actitud positiva, aunque el niño y tú no simpaticen.

Actitud del personal o equipo de trabajo: Es importante que sólo el dentista se dirija a la sala de espera, sorprendiéndolo a él llamándole por su nombre o bien por su nombre de pila. Si no lo sabe pregúnteselo; nunca le llame “Muchachito” u otro nombre poco familiar; preguntándole ¿Sabes quién soy? En general, después de una corta pausa, la respuesta es dada libremente, si no, la respuesta deberá de ser ofrecida con la finalidad de evitar sentimientos de vergüenza en el tímido o desafiante niño, se indica que uno es el dentista fulano de tal, quien curará su diente enfermo.

El dentista por si mismo, y no su asistente, introduce a ambos, el niño y su acompañante a la oficina, Así dando al paciente la oportunidad de observar y conocerte antes de la aproximación.

El dentista también deberá asegurarse de que el personal que emplea ama a los niños y los trata bien, y que sabe cómo manejarlos. Si los auxiliares tratan de forma inadecuada al niño,

las oportunidades de éxito que tiene el odontólogo disminuyen enormemente (4,10).

Algunos autores recomiendan evitar utilizar uniformes de color blanco; en la clínica utilizamos uniforme blanco, no lo considero tan importante ya que el éxito que tengamos con el niño dependerá de la actitud verdadera o no verdadera que tome cada estudiante, para lograr una buena relación y amistad con el niño.

Entorno o medio ambiente: el ambiente de la consulta es otro factor que influye en el comportamiento del paciente. Un ambiente atractivo para los niños es el de una consulta en que se trata a muchos otros niños. Aunque la mayoría de las consultas pediátricas médicas y odontológicas se diseñan teniendo esto en cuenta, en el caso de la consulta de un cirujano dentista general en que se atiende a muchos pacientes, conviene acondicionar un rincón especial de la sala de espera para los pacientes más jóvenes considerando colores, sonidos y olores (15). En la clínica de odontología no tenemos una sala acondicionada para niños pero es muy agradable, con buena ventilación, vista a la calle, televisión para padres y también un anuncio llamativo informando día y hora de consulta exclusiva para odontopediatría.

CAPÍTULO 2.

CONDICIONES IDEALES PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

a) Recibimiento en la sala de espera.

El niño debe recibir una impresión visual de la sala de espera y área de trabajo. Estas deben de estar bien iluminadas y ventiladas, sin muebles que estorben y pintada en colores claros uniformes.

Sólo el doctor se dirigirá al niño en la sala de espera, sorprendiéndolo a él llamándolo por su nombre y adhiriendo a la sorpresa un conocimiento que ayude a relajar al paciente. El dentista por sí mismo, y no su asistente, introduce a ambos, el niño y su acompañante a la clínica, así dando al paciente la oportunidad de observar y conocerlo antes de la consulta.

La imagen del dentista hacia el niño debe pasar a hacer de un prototipo a un simple ser humano, para así adquirir la confianza y seguridad del niño y obtener que éste lo acepte con más naturalidad.

La conversación del dentista con los padres no debe ser prolongada, ya que el niño sabe que él es la causa de la visita y el centro de atención y por lo tanto un tiempo extendido puede despertar un estrés latente no deseado (4).

Conversación con los padres.

- Al odontólogo le resulta de gran ayuda mantener una relación positiva con los niños y sus padres.
- Es necesario mantener a los padres perfectamente informados.
- Al solicitar información personal es importante que el niño participe en la conversación si es posible.
- Esté preparado para apartar al niño para comentar los aspectos delicados. Se le puede pedir al asistente que se ocupe del niño (5).

Interrogatorio.

- Reunir información que nos permita una estimación segura de la capacidad de cooperación del niño, por ejemplo experiencias anteriores.
- Conocer acerca del interés del paciente y de sus padres.

Esto podría efectuarse de dos formas:

- Por medio de un cuestionario que completa el padre ó
- Por una entrevista directa con el niño o su padre (o madre) (1).

Algunas preguntas útiles en el interrogatorio son:

1) ¿Cómo piensa usted que su hijo reaccionó a procedimientos médicos anteriores?

muy bien ☐ bien ☐ mal ☐ muy mal ☐

2) ¿Cómo calificaría usted su propio temor (ansiedad, nerviosismo, miedo) en este momento?

alta ☐ moderadamente baja ☐ baja ☐

3) ¿Su hijo(a) piensa que ocurre algo malo con sus dientes, como que estén astillados, cariados o con un absceso en la encía “postemilla”?

si ☐ no ☐

4) ¿Cómo espera usted que reaccione su hijo en el sillón odontológico?

muy bien ☐ bien ☐ mal ☐ muy mal ☐ (1)

b) El examen clínico.

Es muy importante que los niños se sientan alentados por los padres y que estos a su vez proyecten seguridad al niño para subir en la silla por sí solos y de abrir la boca tan grande o más que uno mismo.

Con la explicación que este pequeño espejo hará posible ver las partes de los dientes que no pueden ser visibles desde afuera. Después de realizar la inspección general de la boca y dientes, es recomendable, que el niño tenga contacto con los instrumentos de exploración y equipo odontológico. La función de cada parte debe ser explicada en términos simples, como preguntarle al paciente si ha visto fotos de los dientes, mostrarle algunas pocas radiografías y la cámara que los hace, la acción de turbina de alta velocidad, enfatizando el hecho de que se usa aire ordinario, el agua de la llave es potable y que puede hasta ser tragada, el taladro regular que trabaja a baja velocidad y que incluso hace cosquillas en el dedo y que dicho instrumento limpiará los dientes de microbios; todo esto se hace con el fin de obtener mayor seguridad y confianza, lo cual le permite a él aceptar la examinación o exploración inicial sin ninguna oposición.

Otro punto que no debemos olvidar y que debe ser enfatizado es el lenguaje usado, durante todo debe ser compatible con la edad y desarrollo mental del niño, sin dar demasiados detalles a éste, para no atemorizar o brindar falsas impresiones (4).

Nunca hay que mentir a los niños. Es necesario explicar las cosas de forma que puedan entenderlas, pero sin engañarles.

Al seleccionar el lenguaje, hay que elegir objetos y situaciones familiares para él.

Si puede ser, es interesante dejar al niño que lleve la conversación. Con niños pequeños está indicando añadir algo de fantasía a la conversación.

Hablarles siempre a su nivel o a un nivel ligerísimamente superior.

Nunca se puede subestimar la inteligencia de un niño. A la mayoría le gusta oír hablar al profesional de algún tema curioso, lo cual les permite distraerse y no pensar en los procedimientos dentales. Si los niños preguntan cosas, hay que tratar de responderles directamente. No obstante, hay que vigilar que no nos pregunten cosas para retrasar procedimientos (20).

Aquí te menciono algunas palabras sustitutivas o eufemismos que pueden usarse para explicar los procedimientos clínicos a los pequeños pacientes, aunque puedes hacer tu propia selección.

Terminología odontológica

Palabras sustitutivas

Radiografía	foto
dique de hule	globo, impermeable
grapa, dique de hule	anillo para las muelas
arco para dique de hule	perchero, ventana
sellador	pintura para el diente, escudo
gel de fluor tópico	luchador contra caries
jeringa de aire	pistola de aire
jeringa de agua	pistola de agua
succión	aspiradora
alginato	budín, crema, helado
modelos de estudio	estatuas
alta velocidad	escoba limpiadora
baja velocidad	cepillo para dientes
corona de acero cromo	diente de plata (1, 20).

Después de que toda esta información ha sido asimilada por el paciente, el dentista le dirá que la siguiente visita será la continuación del tratamiento de su diente enfermo, pero que antes de tratarlo, lo vamos a anestésicar, así que el diente dormido no sabrá ni sentirá cuando estemos limpiando los microorganismos con el instrumento anteriormente enseñado. La idea sería preguntarle al niño si él siente algo mientras duerme, como la respuesta normalmente será no, se le dirá que lo mismo le pasara al diente y sólo al diente, será puesto a dormir, se limpiará y se terminará con un relleno plateado. Cuando el diente despierte tu estarás ya en casa, orgulloso de tener un diente sano, presumiéndole a tus padres, hermanos y amigos.

La segunda sesión para tratamiento, deberá ser reservada una semana después de la primera, así el niño retendrá tanto como sea posible de su primera favorable impresión con el dentista (4).

Ishikawa menciona que el uso de videocintas y representación en el manejo de la conducta infantil, resulto efectiva en estudiantes de higiene dental, para desarrollar mayor confianza en el manejo infantil (6).

Sugiero sería interesante que los estudiantes de odontología U. P. A. E. P. reciban un pre - entrenamiento con video cintas y representación en el manejo de la conducta, para obtener más seguridad y confianza en el manejo de la conducta infantil.

En resumen la organización física del consultorio será:

- La sala de espera debe ser agradable, con iluminación y ventilada.
- El odontólogo deberá dar la bienvenida al niño sin mascarillas o guantes.
- Explicar la necesidad de usar prendas protectoras.
- Programar los procedimientos durante la sesión, dependiendo de la reacción del paciente, para que no se agobien ni se aburran.
- Informar y comentar a los padres al término de la sesión.

c) Evaluación del comportamiento del niño.

Aunque el comportamiento de un niño en una consulta odontológica depende de una cantidad innumerable de factores, el médico ha de ser capaz de evaluar su aptitud para afrontar el procedimiento planificado. Se han desarrollado una serie de sistemas para clasificar a los niños según su comportamiento y las posibilidades de llevar a cabo en ellos con éxito un tratamiento odontológico. Dos de los sistemas más usados son la clasificación escalonada del comportamiento de Frankl (publicada en 1962) y el sistema propuesto por Wright (publicado en 1975) (15).

Según el sistema de Frankl, encuadra el comportamiento del niño en una de las cuatro categorías siguientes:

Tipo 1: Definitivamente negativa .

Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremado.

Tipo 2:Negativo.

Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano).

Tipo 3: Positivo.

Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.

Tipo 4:Definitivamente positivo.

Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta (1).

Algunos autores señalan que la clasificación de Frankl parece estar estrechamente relacionada con la actitud de los padres hacia la odontología (15).

En la historia clínica de odontopediatría de la escuela de odontología U. P. A. E. P. existe esta tabla para clasificar la conducta del niño en cada sesión. Esta conducta va variando dependiendo de la dificultad del tratamiento realizado, condiciones del niño en ese día y sobre todo las maneras como nosotros podamos adaptarnos al niño y lo sepamos tratar.

CONTROL DE CONDUCTA

Fecha	Tratamiento	Definitivamente Negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente Positivo

La conducta de Wright establece tres grupos principales: 1) colaboradores, 2) incapaces de colaborar y 3) comportamiento probablemente no colaborador, que a su vez se dividen en múltiples subgrupos. Wright ha indicado que la mayoría de los médicos, ya sea consciente o inconscientemente, clasifican el comportamiento de los niños en uno de estos grupos. Estas clasificaciones permiten al médico decidir con facilidad cuáles son los métodos más adecuados para solucionar los problemas que presenta el paciente para ser tratado:

1) Colaborador: la mayoría de los niños pueden ser tratados mediante el sistema de decir-mostrar-hacer.

2) Incapaz de colaborar:

- a) Niños muy pequeños con los que no se puede establecer comunicación, o de los que no se puede esperar comprensión alguna.
- b) Niños específicamente debilitados o discapacitados.

3) Comportamiento probablemente no cooperador :

- a) Comportamiento incontrolado: furia con agitación de brazos y piernas, que sugiere ansiedad y miedo de gran intensidad, son niños de 3 a 6 años cuando acuden por primera vez al odontólogo.
- b) Comportamiento desafiante: pueden utilizar la resistencia pasiva (suele observarse en niños mayores próximos a la adolescencia).

c) Comportamiento tímido:

- Pueden ocultarse detrás de sus padres pero no suelen resistirse a que le separen de ellos.
- Demora o duda cuando se le dan instrucciones.
- Muchas veces contiene el llanto.
- Muy ansiosos.
- No siempre escucha o entiende las instrucciones.

d) Comportamiento de tensa colaboración:

- Consiente el tratamiento según va siendo llevado a cabo.
- Su voz puede temblar cuando habla.
- Puede presentar temblores corporales.
- Con mucha frecuencia, sudoración profusa en las palmas de las manos y en las cejas.
- Controla sus emociones.

e) Comportamiento plañidero:

- Permite actuar al odontólogo pero se queja continuamente.
- Afirma sentir dolor en muchas ocasiones
- Emite sonidos continuamente. (15)

Actitud materna o de los padres.

La actitud materna dependerá del entorno cultural en que se desenvuelva, de ahí que la comprensión de la conducta de los padres con respecto a la odontología no siempre es fácil y puede estar profundamente arraigada.

La madre generalmente se asocia a la figura protectora, consentidora y frágil la cual se le ha hecho aun más difícil aceptar la separación de su hijo hacia la consulta dental, a veces quizás tomando algunos comportamientos o gestos que afectan y empeoran la conducta infantil. En el padre se refleja una actitud más rígida, fuerte y menos temerosa en algunas ocasiones, lo que ayuda a que el niño no demuestre tanto temor a entrar a la consulta.

Esto también dependerá de la posición socioeconómica en que viva o se desenvuelva el niño. Los padres de grupos socioeconómicos más bajos demuestran mayor autoritarismo en

el control de la conducta de sus hijos que los de grupos de ingresos medios o altos, es más difícil que los padres de clase media alta acepten estas tácticas ya que las consideran demasiado rigurosas (1,15).

Algunos patrones o ejemplos de padres son los siguientes:

1) Padres sobreprotectores : esta actitud de padres sobreprotectores impide el progreso natural del niño hacia su independencia como por ejemplo aquel padre que insiste en permanecer con el niño cualquiera fuese la situación o la edad del niño. Esta actitud puede surgir de una cantidad de factores como:

- Una experiencia peligrosa para la salud del niño durante su gestación o después de su nacimiento.
- Porque el padre o madre fue criado en un hogar donde faltaba calor y amor.
- Por desajustes en la familia.
- Por ciertas perturbaciones psíquicas del padre (o madre) que le crean una necesidad anormal de que el niño dependa de ellos.

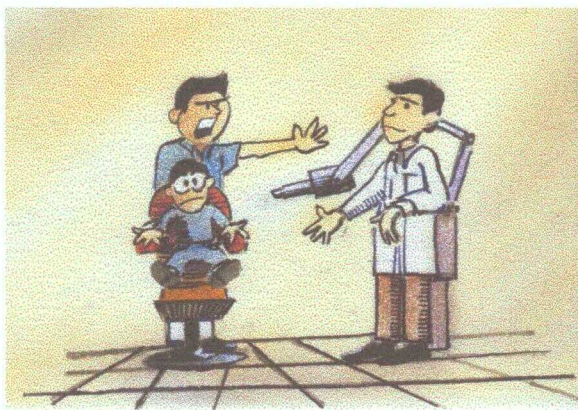
Hacer preguntas como ¿qué piensa usted acerca de acompañar a su hijo? crea una apertura para una discusión razonable se señala la importancia de establecer una relación uno a uno entre el niño y el odontólogo, satisface generalmente a la mayoría de los padres sobreprotectores (1).



2) Padres manejadores: el comportamiento manipulador se manifiesta por las actitudes demasiado exigentes.

Hay padres que rechazan que se tomen radiografías a sus hijos, se les puede preguntar a los padres el por qué de su rechazo a las radiografías; la mayor parte de los padres están informados acerca de los riesgos de las radiaciones y se preocupan por ello, el odontólogo reconoce la validez de su preocupación acerca del exceso de radiación y dialogar con respecto a las prácticas de higiene preventiva de las radiaciones.

En conclusión la personalidad manipuladora debe tratarse durante la entrevista inicial (1).



3) Padres hostiles: son aquellos que cuestionan la necesidad del tratamiento. Por lo general no se trata de curiosidad por qué las preguntas las hacen de modo receloso. La razón de hostilidad puede que no se exprese de forma abierta y el odontólogo ocupado no las note pero estas pueden ser el resultado de:

- Sentimientos de inseguridad en un ambiente extraño.
- Malas experiencias personales con la odontología.
- Errores de concepto en cuanto a la odontología.
- Un negativismo general hacia profesionales de la salud.

El odontólogo debe tener paciencia con estos padres, guiar al padre hostil o desconfiado con una discusión cándida, por lo general se provoca una réplica franca y se desarrolla una relación buena entre el profesional y los padres después de la discusión (1).



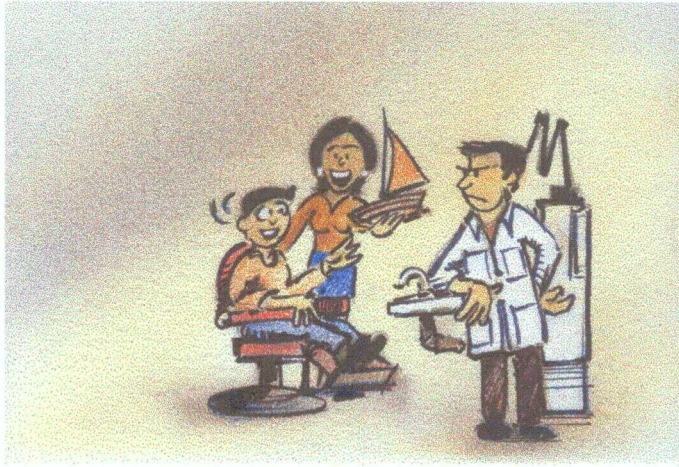
4) Padres negligentes: pueden no ser advertidos inicialmente, pero se descubren por que no cumplen con las citas, no controlan la higiene ni los hábitos de acuerdo con lo programado. Algunos padres no valoran los beneficios que les ofrece la odontología, otros reconocen la importancia de esta para sus hijos pero suelen no ser cuidadosos o estar muy ocupados con sus actividades cotidianas y olvidarse de la odontología.

A menudo es necesario aconsejarlos para conmovierlos y hacer que reconozcan la importancia de la odontología para sus hijos (1).



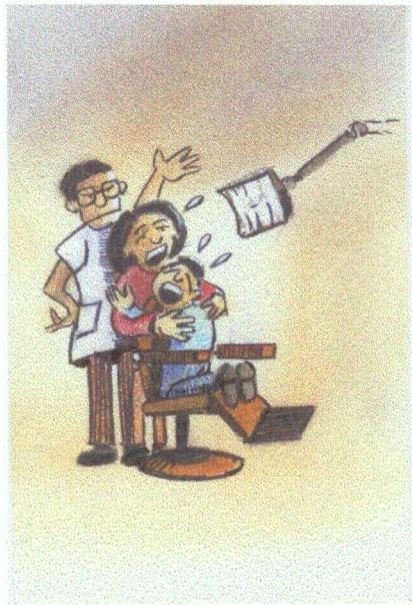
5) Padres distraentes: buscan distraer la mente de sus hijos por medios que lo alejan de la realidad. Sus engaños descontrolan la colaboración del niño y restan autoridad al profesional.

Deben ser retirados de la presencia del niño, pues su conducta perjudica más que ayudar(2).



6) Padres lastimosos: estos padres vienen a la consulta convencidos de que sus hijos van a sufrir. Se quejan más que ellos y a cada momento hacen sentir su temor al padecimiento del niño. Aumentan exageradamente los estímulos fobígenos que pueden generarse en la consulta y descontrolan por completo la situación (2).

Debemos decirle a los padres que con ese comportamiento y expresión facial exagerada solo consiguen poner al niño más nervioso y asustado y que lo ideal es transmitirle una actitud positiva para lograr así una buena conducta.



7) Padres regañones: estos padres vienen a la consulta para que se le solucione el problema que le supone tener que soportar a sus hijos con dolor en su casa. Traen a sus hijos a la fuerza y generalmente bajo amenazas. Evidentemente, aumentan la ansiedad y los temores que el niño pueda tener.

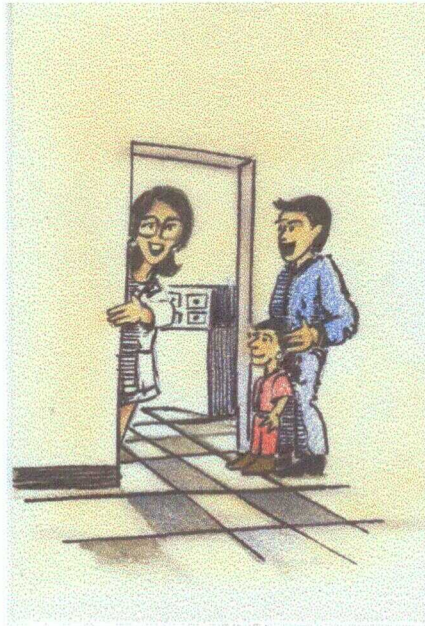
Lo más conveniente es hacerle ver a la mama lo mal que hace en actuar de ese modo, ya que confunde y complica más la situación creando en el niño una actitud negativa hacia la odontología (2).



8) Padres cooperadores: este tipo de padres presentan las siguientes cualidades:

- Colaboran en la realización del plan de tratamiento en el consultorio y en el hogar.
- Acercan al niño al profesional como un amigo.
- Dejan entrar solo al niño al consultorio, si es necesario.
- Permiten que el odontólogo les explique lo que van a hacer.
- No lo engañan, ni lo sobornan para traerlo al consultorio.
- No se inquietan si llora su hijo. Recuerdan que el llanto es una forma de reaccionar ante situaciones desconocidas.
- No le hablan al niño de su miedo al dentista.
- No lo amenazan con el tratamiento odontológico.

- Respetan el temor del niño, sin retarlo ni ridiculizarlo.
- No le hacen sentir que tienen compasión por él (2).



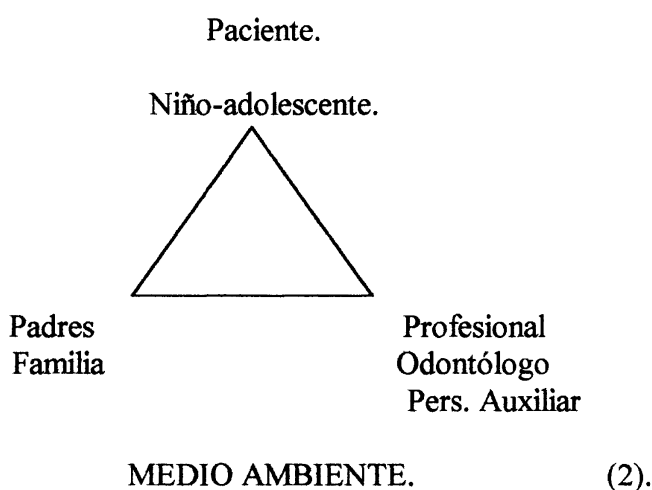
Como estudiante de pre-grado y futuros odontólogos debemos tener conocimiento acerca del por qué se le recomienda a los padres permanecer en la sala de espera:

- El padre con frecuencia repite las ordenes fastidiando tanto al odontólogo como al niño.
- El padre agrega órdenes convirtiéndose en una barrera para la relación entre el odontólogo y el niño.
- El odontólogo se ve imposibilitado de usar entonación de la voz en presencia del padre o la madre, por qué estos pueden ofenderse.
- El niño divide su atención entre el odontólogo y el padre (2).

Solo en casos especiales como la de un niño discapacitado la madre o el padre pueden ser útil para sostener o comunicarse con el niño, a menudo brindando información e interpretación (2).

Otra razón para dejar que el padre pase al operatorio es la de mejorar la comunicación entre

los padres y el odontólogo al mismo tiempo que se refuerza la buena conducta del niño; por ejemplo el padre está en la sala de espera desde el inicio de un operatorio (anestesia, dique e inicio del fresado), pero permitimos que pase un momento al operatorio junto al niño para que vea que hemos quitado toda la caries y lo bien que se porta su hijo, y que ahora realizaremos la obturación, esto sirve para establecer el triángulo de Wright que es la base de la comunicación y el éxito en la consulta dental.



También se deben considerar los factores ambientales que juegan un papel importante en el comportamiento del niño: lugar, ciudad, familia, raza, país o posición socioeconómica en donde se desenvuelve o va creciendo. He ahí donde podemos comenzar a valorar el comportamiento del niño o de los padres hacia la odontología.

d) Lo que debe hacer el cirujano dentista:

- Que el niño vea que el trabajo se realiza sin dolor, así querrá que se le realicen en él los mismos procedimientos, pero cuidado si esto causa dolor, el niño se sentirá traicionado y perderá la confianza del odontólogo, por eso es importante decirle cuánto dolor sentirá (mínimo o máximo), tomando en cuenta su edad y madurez. Podría ser útil el uso de una escala gráfica que marque con caras la cantidad de dolor que el niño siente al realizarle un procedimiento (colocación de anestesia,

exodoncia). Y se utiliza como un medio para reforzar la comunicación del dentista con el niño (10 ,18).

- Poner de ejemplo al padre, la madre, hermano o algún familiar que tenga trato cercano o próximo al niño, esto le dará más confianza que si observara a un extraño.
- La guía u orientación dada por el dentista, el niño pierde su miedo a la odontología porque aprende que lo desconocido no representa peligro para su seguridad aceptando así los procedimientos odontológicos.
- Permitiendo y atendiendo al niño sutilmente para que pruebe cada pieza del equipo.
- Explicar como funciona cada pieza de manera que el niño esté familiarizado con los sonidos y acciones de cada accesorio.
- Hablar de amigos, animales y la escuela. (Entablar conversación con el niño para ganar su confianza y así disminuir el temor).
- Que el niño sienta que tú eres suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo, pero no lo suficiente para herirlo.
- Tratar al niño de forma realista y razonable, no condene al niño porque esté asustado.
- Vea y trate al niño como un individuo con sentimientos y emociones y no como objeto inanimado en la silla dental.
- Trate al niño con confianza en la voz y en los actos, pero de manera natural y cálida (10).

e) Lo que no debe hacer el cirujano dentista.

- Nunca deje a un paciente muy pequeño sentado en el sillón, ya que sus temores aún no son disipados por completo y pueden agrandarse.
- El niño no debe permanecer más de una hora en el sillón odontológico.
- Si tiene que abandonar la sala aunque sea por un minuto asegúrese de que está presente el asistente, pero si el niño está claramente atemorizado es mejor que el odontólogo no abandone en absoluto en operatorio.

- No es recomendable transferir al paciente de una sala a otra para realizar otro tipo de tratamiento, esto representará una situación nueva que puede despertar la ansiedad del niño. (Es recomendable realizar todo el trabajo en la misma sala).
- Evitar programar las citas infantiles fuera de horario o en consultas de pacientes adultos, ya que esto descontrolaría y produciría inseguridad al niño.
- No le dé la mano a la fuerza ni le salude con voz demasiado elevada.
- Decirle al niño que no debe sentirse como se siente, indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales, por qué el niño no puede evitar sentirse así.
- El temor del paciente aumenta con el temor que tiene el odontólogo al manejarlo.
- Emplear el ridículo como medio para mejorar la conducta del niño en el consultorio es una pérdida de tiempo y tiene poco valor ya que puede producir o desencadenar frustraciones y resentimientos al niño. (En conclusión el ridículo no es disminución del temor, sino aumento del resentimiento).
- Trate de evitar que los niños pacientes vean sangre o a adultos con dolores, o personas con los ojos enrojecidos de llorar o perturbados emocionalmente enervarían a los niños.
- No demuestre nunca entusiasmo en exceso ni sea demasiado insistente.
- Tener seguridad. Si el dentista no tiene seguridad se reflejará en el comportamiento del niño.
- No gaste energía diciendo al paciente que no debe tener miedo sin darle razones para creerlo.
- Evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño ya que muchas veces estos temores no son producidos por el procedimiento que se efectúe, sino por el significado atemorizante de algunas palabras como agujas o fresas, sin embargo no se oponen a la exposición si se llama de otra manera.
- Mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño que por vergüenza se porta bien en el consultorio no es conveniente (10).

f) Técnicas.

Entre las técnicas más comunes tenemos:

TÉCNICAS PSICOLÓGICAS.

La **Comunicación** es la llave para guiar la conducta y se ha de fomentar para que el niño se sienta física y emocionalmente seguro, mantenga su amor propio, y se sienta responsable de su comportamiento. La comunicación entre el dentista y paciente siempre ha sido importante pero en el niño la importancia es mayor; el cirujano dentista se debe preocupar por el bienestar del niño interesándose en lo que le gusta o le disgusta, en lo que quiere y no quiere y tratar de familiarizarse con el mundo del niño, su escuela, su mascota favorita, su programa favorito de televisión, en fin, todo lo relacionado con el niño.

Dentro de las técnicas psicológicas tenemos las siguientes: experiencia en una precita, decir-mostrar-hacer, control de voz, comunicación, elogios y regalos, desensibilización, indiferencia, reforzamiento (19); pero en los estudiantes de pre-grado comúnmente son utilizadas las siguientes técnicas:

Decir-Mostrar-Hacer (D.M.H.)

Esta técnica a parte de ser sencilla, es útil y el punto principal consiste en decir al niño algo sobre el tratamiento por efectuar, mostrarle por lo menos en parte cómo se llevará a cabo, y entonces hacerlo.

Se usa la técnica de manera sistemática en la introducción del niño a la profilaxis, que siempre se elige como el primer procedimiento operatorio, por ejemplo: se muestra el funcionamiento de la pieza de alta velocidad enseñándole como gira y funciona y decirle que sólo limpiará sus dientes y no le causará ningún daño, las explicaciones no deben prolongarse pues tenderían a confundir al niño y tal vez hicieran surgir ansiedad; deben hacerse de manera sencilla y casual, la demostración deberá ser rápida y de manera simple para continuar con el tratamiento sin mayor atraso (3).



Control de voz.

El control de voz consiste en saber manejar el tono de voz ya sea se requiera alto o bajo según la circunstancia, pero la mayoría de las veces es alto y firme para imponer autoridad (12).

Deben darse instrucciones sencillas y cortas: ejemplo ¡cállate!, ¡no llores!, ¡abre más grande, gracias!, ¡no te muevas tanto Juanito!. Gracias.

Este método requiere del odontólogo más autoridad durante su comunicación con el niño, el tono de voz es muy importante, ha de proyectar la idea de: “aquí mando yo”. La expresión facial del odontólogo también nos sirve de mucha utilidad con sólo reflejar seguridad puede ejercer control sobre el niño sin hacer uso de la voz (13,19).

Se usan órdenes súbitas y firmes para llamar la atención del niño o para que el niño suspenda lo que está haciendo. La teoría de Chambers dice que el control de voz es más efectivo cuando se usa junto con otras técnicas. Una orden súbita de “deja de gritar y presta atención” puede ser una medida preliminar necesaria para la futura comunicación (1).

También utilizamos la voz suave para dar órdenes, ésta consiste en hablarle al oído con un tono de voz bajo pero firme a fin de que el niño guarde silencio y nos escuche.



Refuerzo positivo/ Elogio y Comunicación.

Esta se define como el fortalecimiento de un patrón de comportamiento, que aumenta la posibilidad de que en el futuro se exhiba dicha conducta.

Los psicólogos opinan que mucho del comportamiento del niño es un reflejo de castigos y recompensas, y que el amor brindado de sus padres y amigos son formas muy importantes de recompensa.

No debemos pasar por alto la buena conducta del niño en cada tratamiento, por que no solo se desperdiciaría una excelente oportunidad para fortalecer tal conducta sino que puede actuar como una forma de castigo y disminuir la posibilidad de que se repita dicho comportamiento. El abrazo sincero es una forma de reforzamiento positivo.

El premio puede ser otra forma de recompensar al niño al finalizar el tratamiento, siempre que se proporcione como una señal de aprobación del buen comportamiento. Los premios no deben utilizarse para sobornar a los niños y estos no deben ser costosos, ya que hay diferentes maneras de premiar a un niño como por ejemplo calcomanías, diplomas de buen comportamiento, folletos y botones (3) .



Es importante recordar que no debemos anticiparle al niño el premio, ya que debe ser motivo de sorpresa y no de interés (5).

También podemos crear figuras con guantes o papeles coloridos, no es necesario emplear regalos caros ni laboriosos ya que nuestro principal propósito es reforzar la buena conducta del niño.



Te recomiendo utilizar refuerzo positivo varias veces durante los procedimientos siendo sincero con tu paciente.

Modelado e imitación.

Esta técnica consiste en servir como modelo para el niño temeroso, ansioso o aquel que se rehúsa a ser atendido por el odontólogo, como por ejemplo: que su hermano (a) o algún familiar se siente en el sillón odontológico sometiéndolo a un examen o una simple profilaxis, esperando después que el niño imite el comportamiento cooperador del modelo. Es importante incluir refuerzos y el método decir-mostrar-hacer para complementar el procedimiento de modelado; ésta es una técnica que ha resultado eficaz en niños temerosos (3).

Humor festivo.

Este método consiste en hacer la consulta más relajada, combinando la persuasión con el control de voz haciendo algún comentario agradable al paciente que le cause gracia o festejando algunas características distintivas de su personalidad.

Distracciones.

Este consiste en ignorar y desviar la atención de un comportamiento, una idea o sentimiento hacia otra cosa, esto lo podemos lograr llevando al niño a dar un paseo por la clínica o pedirle que enfoque su atención en algún objeto (5).

También podemos quitarle el zapato para distraer su atención. Esto se hace en situaciones críticas con mucho cuidado, y se considera una combinación de técnica psicológica con técnica física.

Desensibilización.

Este sistema se emplea para reducir la ansiedad presentando primero un objeto o situación que evoque poco temor, y después introducir progresivamente estímulos que provoquen más temor (5).

Este método abarca tres etapas: primera, entrenamiento del paciente en relajación; segunda, construcción de una jerarquía de estímulos que provoquen miedo relacionado con el temor principal del paciente, y tercero, presentar a la vez cada estímulo en la jerarquía al paciente relajado, comenzando con el que genere el menor temor y avanzando al siguiente solo cuando el paciente ya no le teme (3).

Indiferencia.

Esta técnica consiste en desviar la actitud descontrolada (necia, quejosa) que en algunos casos se da en el niño.

Persuasión.

Esta técnica consiste en hablar con el paciente, saber sus temores y los que no lo son. En los pacientes infantiles que se rehúsan a recibir el tratamiento dental se debe de usar la

persuasión convenciéndolos de aceptar el tratamiento. El tipo de palabras el tono de voz y la sutileza con que se trata de convencer al paciente serán claves para el éxito (3).

Terapia de juego.

Se emplea algún tipo de figura o muñeco llamativo que nosotros animemos y nos sirva de modelo para crear un ambiente algo más divertido y menos estresante para el niño ayudándonos a servir de ejemplo para facilitar el procedimiento del tratamiento dental.

Ejemplo: que el niño vea como conversamos con frisky (el perro) pidiéndole a frisky que abra su boca y nos muestre sus dientes introduciendo al mismo tiempo el espejo en la boca de frisky.

Intentaremos captar la atención del niño, realizando control de voz (“animación de frisky”) y cuando esté más relajado, repetiremos el mismo procedimiento con el niño.



TÉCNICAS FÍSICAS.

En sentido literal, es la acción y efecto de restringir al nivel físico los movimientos inconvenientes del niño durante el tratamiento dental (12).

Los restrictores solamente serán utilizados después de agotados todos los medios convencionales para calmar o reclamar la disposición y colaboración del paciente, incluso

los restrictores deben siempre considerarse como una posibilidad anterior al sometimiento a anestesia general del niño.

Los restrictores deben ser efectivos, nunca dañar al paciente.

Los restrictores como “mano sobre boca” deben ser utilizados como terapia, no como castigo.

Una explicación profiláctica dada a los padres antes de lo que se hará y como ello ayudará, es más efectiva que una explicación terapéutica de lo que en realidad se ha hecho. Los restrictores, enfatizamos, son para salvaguardar o proteger al paciente.

La necesidad de alguna forma de represión física en la práctica dental pediátrica es esencialmente baja. Esto incluye una tendencia a limitar la aplicación de aparatos de represión a ciertos pacientes (19).

Estas están indicadas:

1) Niños con limitaciones físicas, como pacientes afectados de parálisis cerebral, que no pueden controlar sus movimientos.

2) Niños con limitaciones mentales, como retrasos mentales intensos que les incapacitan para cooperar y actuar normalmente, y que generalmente producen conductas incontrolables.

3) Niños muy pequeños sin capacidad para comprender las explicaciones e instrucciones del profesional.

4) Algunos niños pre-medicados, que al no disponer de un nivel completo de conciencia, pueden reaccionar bruscamente ante algunos procedimientos, como la aplicación de anestesia local o dique de goma y deben, por tanto, ser protegidos.

5) Los niños que experimentan rabietas muy violentas. Normalmente se trata de niños normales, potencialmente cooperativos, muy mimados por los padres, que exhiben estas conductas descontroladas y que pueden poner bruscamente en peligro su integridad física durante los tratamientos. Generalmente, en estos casos la aplicación de técnicas físicas tiene carácter temporal.

6) En casos de emergencia. Se trata de situaciones como traumatismos que requieren atención inmediata y que no se pueden aplicar por razones de tiempo otras técnicas de control de conducta o sedación.

Dentro de las técnicas físicas tenemos: abrebocas, mano sobre boca, mano sobre boca y nariz, restricción física, técnica de la toalla que sirven para controlar desde el movimiento de la cabeza, la boca, el movimiento de brazos y piernas hasta el movimiento del cuerpo entero; pero en los estudiantes de pre-grado comúnmente son utilizadas las siguientes técnicas:

Mano sobre boca. (MSB)-Hand over mouth (HOM).

Es utilizada como medidas extremas cuando el paciente refleja una conducta difícil (histeria, berrinches o en niños demasiado consentidos) (14).

Este método consiste en colocar la mano sobre la boca del niño que llora de forma histérica, hablándole en voz baja pero clara al oído, decirle que se quitará la mano tan pronto deje de llorar.



Su única justificación pudiera ser en el trato con el niño consentido que sabe cómo manipular con berrinches a sus padres sobrecomplacientes o con un niño retador que encuentra que el desafío silencioso pero firme, siempre triunfa; tales pacientes no tienen miedo, tan solo no desean cooperar y saben como evitar hacerlo.

Ningún tratamiento es posible hasta que el niño aprenda que el dentista no le impresionan o acobardan los berrinches o los retos. Nunca se debe emplear esta técnica con niños temerosos o muy pequeños, para quienes son convenientes la desensibilización y otros.

En consecuencia, es fundamental una valoración acertada de las razones del comportamiento infantil no cooperador antes de usar la técnica de la mano-sobre-boca (3).

Cuando el paciente reaccione de manera favorable se retirará de inmediato la mano y se felicitará al niño, y si éste comenzara a protestar se repetirá el procedimiento (3).

Este sistema funciona de manera confiable en varios tipos de personalidad infantil (14).

Es indispensable explicar a los padres que debido al comportamiento poco cooperador de su hijo debemos poner en práctica técnicas como mano-sobre-boca, explicar en qué consiste y contar con su autorización, ya que muchos padres no están de acuerdo en su uso.

Esta técnica no busca asustar al niño, ya que se hace con el fin de obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al dentista (14).

Hay una disminución significativa en el número de programas de educación avanzada en odontopediatras que enseñaban la técnica HOM. En los últimos diez años directores de programas continúan reportando el uso de HOM, evitando que está sea utilizada por un largo tiempo (21).

Te sugiero no utilizar esta técnica de manera rutinaria; sólo cuando ya utilizaste adecuadamente varias técnicas psicológicas pues se necesita experiencia y habilidad para aplicarla adecuadamente.

Restricción física.

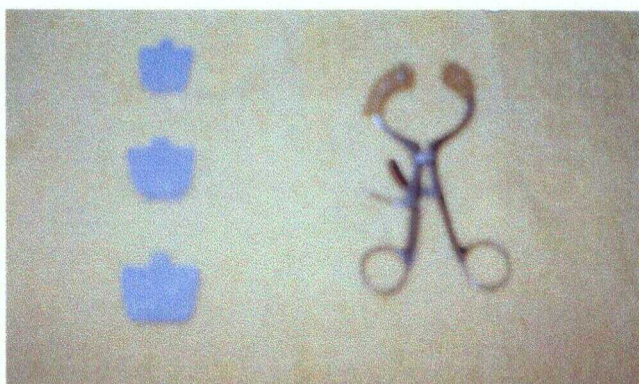
Consiste en restringir físicamente los movimientos inadecuados del paciente durante el tratamiento dental. Esto se puede llevar a cabo con cintas, manos, sábanas, abrebocas, cinturones o algunos aparatos especiales como por ejemplo: Pedi Wrap o Baby Fix, esto es empleado durante la consulta dental y se utiliza especialmente en niños con movimientos incontrolables como parálisis cerebral infantil o en niños pequeños en casos de urgencia. Dos aspectos que se incluyen en la restricción física son el manejo de los maxilares y la

conservación de la apertura bucal del niño, que se realiza con el abrebocas (14). Es importante mantener excelente comunicación con los padres y sugerir su presencia durante este procedimiento en el operatorio.



Abrebocas.

El abrebocas ha sido de gran utilidad en casos de anestesia general para impedir que la boca se cierre debido a la relajación muscular. También es utilizado en pacientes conscientes que tienen problemas con la potencia muscular lo que hace difícil mantener la boca abierta por periodos prolongados o en pacientes con parálisis cerebral, distrofia muscular, miastenia gravis y esclerosis múltiple. Es necesario tener cuidado al utilizarlo ya que puede sugerir la posibilidad de dislocar la A.T.M. si la boca es forzada más allá de una posición aceptada (14).



TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS.

Existen diversas técnicas farmacológicas que han sido utilizadas en pacientes de difícil manejo (niños muy pequeños), pacientes con discapacidad y procedimientos largos.

Hay diferentes tipos de sedación que pueden ser utilizadas como:

Sedación oral, rectal e intramuscular, que consisten en sedación consciente y profunda, inconsciente o anestesia general.

Las siguientes técnicas farmacológicas están ordenadas según el grado de idoneidad, desde la más adecuada a la menos aconsejable (según Kopel):

- Por inhalación con óxido nitroso-oxígeno.
- Por vía oral.
- Por vía oral e inhalación.
- Por vía intravenosa con o sin sedación por inhalación.
- Por vía intramuscular e intravenosa con o sin inhalación.
- Utilización de cualquiera de las técnicas anteriores con anclajes corporales y orales.
- Anestesia general hospitalaria.

También son utilizados medicamentos para relajar o sedar al paciente como lo son: midazolam, hidrato de cloral, ketamina, hidroxicina, prometazina, diazepam, alfaprodina, meperidina. Estos medicamentos deberán ser administrados por especialistas competentes, con el equipo e instrumental completo para atender cualquier situación y evitar emergencias y cuando lo indique o necesite el paciente (17).

Esta técnica no es llevada a cabo por los estudiantes de licenciatura, ya que se requiere de un entrenamiento y equipo especial para realizarse. Sólo personal capacitado puede efectuar este tipo de técnicas.

CAPITULO 3.

MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO PARA CASOS ESPECÍFICOS.

I.Situaciones de rutina.

1) SEPARACIÓN DE LOS PADRES.

Después de recibir en la sala de espera a Lupita de 4 años de edad y pedirle que venga contigo a la clínica, ella se rehúsa llorando y pide quedarse con su mamá..

¿Qué hacer? Comunicación, control de voz y refuerzo positivo:

Debes agacharte en cuclillas y hablarle en voz baja y suavemente, mirándola a los ojos y decirle que por favor no llore. Esperar a que deje de llorar y después decirle: _¡Muy bien Lupita, muchas gracias! Ahora sí puedes escucharme, ¡gracias!... Yo soy Anita y me gustaría revisar tus dientes.

Mira ésta es la clínica, vamos adentro para que conozcas a los demás niños.

Es importante mantener la vista en los ojos de la niña todo el tiempo, y dar órdenes suaves y comportarse amablemente.

Si Lupita accede y entra sola, mucho mejor, pero si no revisa el siguiente ejemplo.

2) SEPARACIÓN DE LOS PADRES.

Lupita continúa llorando, o bien ya no llora, pero no quiere entrar contigo a la clínica, ni separarse de su mamá.

¿Qué hacer? Persuasión, control de voz, imitación, desensibilización, evitar la separación de la madre por esta cita...

¡Bueno, Lupita, está bien!. ¡Por favor no llores!. Sólo por hoy voy a dejar que tu mamá entre contigo. Sra. González, usted va a entrar pero por favor no puede hablar nada, sólo transmitirle su tranquilidad a Lupita. Pasen por favor._Entras a la clínica, con Lupita y su mamá de la mano y tu aparte ya tiene listo el sillón con todo el instrumental. Y le pides a la mamá que se mantenga cerca, donde Lupita la pueda ver.

_Mira que bien se portan estos niños, claro son más grandes que tú, pero mira a Juanito, él es más chiquito y se porta muy bien.

(Lupita sigue agarrada de la mano de su mamá).

_Ahora por favor quiero que veas este sillón, mira aquí tiene una palanca para subir y bajar (lo subes y bajas despacio para que Lupita lo vea)._Mira aquí tiene una luz, se prende y se apaga el foco para revisar bien los dientes. ¡Tócalo! Tú prende y apaga la luz (dejamos que la niña prenda y apague la lámpara).

Si se sube al sillón, dejás que la mamá esté junto a Lupita todo el procedimiento del examen bucal.

3) SUBIR AL SILLÓN.

Carlitos de 6 años de edad después de sentarse en el sillón dental y ver tantas cosas a su alrededor, asustado empieza a llorar constantemente sin control.

¿Qué hacer? Control de voz, decir-mostrar-hacer (D.M.H.).

Deberás emplear voz baja y suave mirándola a los ojos diciéndole a Carlitos que se tranquilice, preguntarle por qué llora así, Carlitos por fin logra calmarse._Bueno quiero que sepas que mi intención es solo ayudarte y no hacerte daño, (Carlitos algo confuso y desconfiado nos mira)._Que te parece Carlitos si te enseño como funciona cada parte de mi equipo. Explicar brevemente de forma sencilla y corta entonces le explicas; esta pistolita de agua ¡agárrala! Nos sirve para enjuagar a tus dientes después del shampoo, este espejito es especial para ver los dientes, (se lo das para que lo vea y lo sienta). Sugierele que vea su ojo y después cuando hayas establecido comunicación con Carlitos utiliza el espejo para su revisión.

4) INICIAR EL EXAMEN BUCAL.

Pablito de 5 años de edad se dirige a la clínica, muy atento mira a su alrededor, sube con gran agrado al sillón dental pero al pedirle que abra su boca se rehúsa.

¿Qué hacer? Decir-mostrar-hacer (D.M.H.), persuasión.

Preguntarle a Pablito qué le pasa, decirle que sólo revisarás sus dientes y no lo lastimarás. (Puedes prometerle que no le dolerá siempre y cuando lo cumplas).(Dirigirte a

Pablito):_Por esta ocasión le pediré a tu mamá que nos acompañe por un momento. (Dirigirte a la mamá):_Sra. Rodríguez le voy a permitir entrar sólo esta vez a la clínica, pero le pido por favor que no hable ni le indique nada a Pablito, sólo quiero que le transmita seguridad y confianza para que coopere con nosotros y podamos empezar. ¡Mira! Pablito en esta charolita tengo varios instrumentos que me ayudarán a revisar tus dientes. ¡Mira! Este espejito nos permitirá verlos y es así de pequeñito por que es especialmente para dientes, ¡Tócalo! ¿Ves? No lastima; ahora esta pincita con gancho como la que llevan algunos piratas es para detectar, bueno has de cuenta como un radar, así funciona, nos indica donde hay caries (le pides su mano y en su uña lo pasas suavemente sin lastimarlo para que sienta la presión, el contacto que no le causa daño). Y ahora le dices:
_¿Qué te parece si ahora te reviso tus dientes? ¡Gracias!
_Y Carlitos sonríe.

5) COLOCACIÓN DE ANESTESIA.

Alejandra de 6 años de edad acompañada por su dentista entra al consultorio, sube al sillón y al querer anestesiarla sube las manos y lloriquea.

¿Qué hacer? Control de voz, decir-mostrar-hacer (D.M.H.), distracción, refuerzo positivo. Decirle a Alejandra que deje de llorar, baje sus manos y escuche lo que le vas a decir.
_Ahora pondremos a dormir tu diente con esta cremita (anestesia tópica). Si Alejandra pide ver, entonces ya tienes preparada otra carpulle sin aguja ni anestesia y dejar que Alejandra la vea y la sienta, si no pide ver inmediatamente inicias el procedimiento de anestesia (no causes dolor). _Si me ayudas esto puede ser muy rápido, ¡muy bien! eres chica súper poderosa. Tú, operador, aprovechas para introducir la jeringa con mucho cuidado sin lastimarla, y anestesia mirándola a los ojos, sin dejar de tener comunicación con Alejandra. (Alejandra se vuelve a quejar pero no llora). _Muy bien Alejandra eso fue todo, te has portado excelente, ahora sí que me sorprendiste.
Si Alejandra sigue llorando y no accede, revisa el siguiente ejemplo.

6) COLOCACIÓN DE ANESTESIA.

Alejandra continúa llorando, o bien deja de llorar, pero no quiere que la sigas atendiendo, sube las manos y llora, pidiendo que entre su mamá.

¿Qué hacer? Control de voz, persuasión, comunicación con los padres, refuerzo positivo, decir-mostrar-hacer (D.M.H.)

_Bueno Alejandra, esta bien. Por favor no grite y deja de llorar, no te muevas y escúchame: sólo por esta vez permitiré que entre tu mamá pero espero que te portes bien. Le pides a tu asistente que vaya por la mamá de Alejandra y le diga lo siguiente:

_Sra. Flores, buenos días le quiero pedir entre y permanezca cerca de Alejandra, pero por favor no hable nada ni ponga cara de asustada cuando pongamos la anestesia. Voy a anestesiarse a Alejandra y creo que la niña necesita su apoyo moral, transmítale a Alejandra su tranquilidad.

_Mira Alejandra, ya está aquí tu mamá. (Alejandra ya no llora y permite que sigamos con el procedimiento). Pero si sigue llorando se le dice: _Sra. Flores, ¡sálgase!. Alejandra llora más y le dices: _Tu mamá se queda si no lloras. ¡Cállate! ¿Quieres que se quede? Entonces cállate y no llores.

_Abre tu boca (mientras pones tópica con un cotonete).

_Cierra (esperar unos segundos a que haga efecto).

_Mira (con el espejo en tu mano), ya se va a dormir (Alejandra viendo cómo retiras el cotonete).

_Pruébalo (Alejandra saborea “la fresita”), prueba el sabor de tutifrutti ¿está rico, verdad?. Tu asistente sin perder tiempo te está dando la carpulle por detrás del respaldo con movimientos suaves, sin que pierdas comunicación con la niña.

_Abre, Alejandra, voy a dormir más tu diente. Al mismo tiempo le dices:

_Baja el espejo para que no me tapes la luz (distracción; jalando suavemente la mejilla). Aplicar suavemente y despacio la anestesia, mirándola a los ojos.

_¡Gracias, Alejandra! voy despacito muy bien, me estás ayudando mucho.

_Y Alejandra nos sonríe.

7) COLOCACIÓN DEL DIQUE DE HULE.

Bernardo de 4 años de edad, sube al sillón dental sonriente, preguntando ¿qué me van a hacer hoy?.

¿Qué hacer? Decir-mostrar-hacer (D.M.H.), refuerzo positivo.

_Bueno Bernardo, hoy vamos a curar uno de tus dientes (ya debiste introducido a Bernardo al operatorio con éxito y anestesiado, ganando su confianza utilizando las técnicas anteriormente mencionadas).

_Pero para poder curarlo colocaremos un pequeño paraguas en tus dientes para que no se mojen, los hay de varios colores, pero este es de color azul ¿lo ves?, se siente suave y no lastima. ¿Verdad? (Dejar que Bernardo lo toque).

_Este anillo sirve para detener el paraguas, es un anillo para dientes. (Se lo muestras y lo pones en su dedo.) Voy a ponerlo con el paraguas en tu diente y lo vas a sentir apretado como un zapato nuevo (si es niña; como una pulsera apretada). Y vas poniendo tu mano alrededor de su muñeca y haces ligera presión. Que Bernardo esté viendo por el espejo, pones la grapa y el dique.

_¿Ya ves Bernardo? Se siente esto un poco apretado. Ahora sí podemos limpiar tu diente ¿qué te parece?, pero voy a necesitar que abras lo más grande que puedas, como un león ¡qué bien! Lo estas haciendo muy bien, te felicito.

8) INICIO DEL TRABAJO CON LA PIEZA DE MANO.

Isaías de 6 años de edad, entra a la clínica acompañado de Lidia su dentista, ya es su segunda cita e Isaías sabe que hoy curaremos su diente, Lidia está atenta que es la primera cita de operatoria para Isaías y de esto muy probablemente dependerá la actitud del niño en el futuro.

¿Qué hacer? Decir-mostrar-hacer (D.M.H.), desensibilización, refuerzo positivo, control de voz, uso de eufemismos.

_Bueno campeón, sube al sillón y te mostraré que nos ayudará a cuidar tu diente. (Ya perfectamente arreglada tu área de trabajo, instrumental, pieza de alta, succión, etc.).

_Isaías: esta es la escoba limpiadora (pieza de alta), para quitar los bichos feos que se comen a los dientes. (Dejas que la toque y la mire). Le muestras como gira y le pides que te preste su mano y en uno de sus dedos (de preferencia a la altura de su uña la haces girar

muy despacio), ¡sientela! (El niño se sonríe porque desaparece la ansiedad. Ji, ji, hace cosquillas). Pues así sentirás en tus dientes. ¡Muy bien! . _Voy a dormir tu diente (y haces todo el procedimiento 5). _Voy a poner un paraguas (y haces todo el procedimiento 7). _Voy a limpiar tu diente como te enseñe en tu dedo (y haces todo el procedimiento 8). _Voy a hacer un poco de ruido para limpiar tu diente. ¿Listo?. _¡Muy bien, Isaías, eso es todo! Súper campeón.

9) TOMA DE RADIOGRAFÍA.

Paco su dentista, después de colocarle un diente de plata (corona de acero cromo) a Luisito de 5 años de edad, le dice que tomará una foto de su diente; Luisito sorprendido le pregunta ¿y con qué me lo tomarás?.

¿Qué hacer? Decir-mostrar-hacer (D.M.H.), humor festivo, uso de eufemismos.

_Bueno Luisito, este es el cuarto donde tomamos las fotografías ¡súbete! Aquí en el sillón y te iré explicando; mira esta es nuestra cámara, es especial para fotografiar a los dientes, tiene varios botones y un largo brazo que nos ayudará a tomar la foto, y con esta plaquita pequeña de color celeste y blanco saldrá tu foto, ¡tócala! Es suave y no lastima ¿verdad, que te parece?, bueno ahora lo colocaremos en tu diente. ¡A ver! Abre la boca Luisito (en ese momento cuando tratas de acomodarle la radiografía a Luisito, trata de vomitar); pedirle a Luisito que respire por su nariz y mire la punta de su zapato; lo has hecho muy bien Luisito ¡te felicito! Ahora te colocaré este botón en tu suéter por tu buena conducta. ¡Te lo mereces!.

10) TOMA DE IMPRESIÓN.

Al intentar tomar una impresión a Diego de 7 años de edad le provoca náuseas, se queja y niega abrir su boca nuevamente.

¿Qué hacer? Decir-mostrar-hacer (D.M.H.), distracción, refuerzo positivo, uso de eufemismos.

_Mira Diego, este molde y este polvito sabor a menta nos ayudará a sacar una estatua (impresión) de tus dientes, ¿qué te parece?.

_Bueno Diego, ahora probaré el molde vacío en tu boca, has de cuenta como cuando vas a comprar un zapato nuevo, vamos a ver cuál te queda (mides varias cucharillas).

_Ahora con el polvito prepararé el budín y lo colocaremos en el molde (cucharilla), es frío y suave ¿verdad?, ¡Tócalo! Y pronto endurecerá (preparas un poco más de alginato y se lo colocas en su mano para que lo sienta).

_Necesito que abras tu boca (al introducir la cucharilla con el alginato, Diego trata de vomitar), decirle a Diego que respire por su nariz y levante su pie lo más alto que pueda. Mientras tanto puedes distraerlo viendo al frente, viendo algo o contando hasta el número 10 y retirando el alginato antes de llegar a 10. ¡Te felicito Diego, lo has hecho muy bien!.

Cómo manejar la conducta del niño en caso de urgencia.

- Por desgracia, muchos acuden la primera vez al dentista con dolor y esa forma de introducción tal vez no sea la adecuada (3).
- El niño con dolor de muela que se presenta como paciente de urgencia, plantea problemas especiales.
- Este problema se complica por el hecho de que padres e hijos están alterados por la noche sin sueño, estos factores contribuyen a la posibilidad de una experiencia negativa para el niño.
- Los principios del tratamiento deben consistir en identificar la urgencia del problema, revisar la historia, establecer el diagnóstico, evaluar las ansiedades paternas del niño y aliviar el dolor sin extracciones, si fuera posible (7).
- En casos urgentes se puede proceder al tratamiento odontológico sin el consentimiento del niño o de sus padres o cuidadores, si en opinión del facultativo, el tratamiento es necesario y tiene carácter de urgente para salvar la vida del niño o para evitar daños graves en su salud (5).

Los pacientes de urgencia se enfrentan primero a una serie de preguntas sobre su malestar. La respuesta a esas preguntas identifica la emergencia, como “del mismo día” ó “del día siguiente”. El niño que lloró o estuvo despierto por la noche, el que presenta una

tumefacción o el que tiene dientes fracturados son pacientes “del mismo día”. Un dolor intermitente de larga duración y las fistulas serán indicio de urgencias para “el día siguiente” .

Durante la conversación inicial y toma de la historia el personal del consultorio deberá ser sensible a la disposición de los padres con respecto a la emergencia odontológica .

El propósito de una visita de emergencia es hallar alivio para el dolor si se puede brindar el tratamiento definitivo de una manera que no ponga en peligro la futura conducta cooperadora del niño o la oclusión en formación (7).

CONCLUSIÓN

La odontología infantil comprende una amplia gama de procedimientos en el manejo de la conducta por lo que se hace necesario conocer cada técnica y patrón de conducta, para brindar una mejor atención y cuidado del paciente pediátrico, ya que cada niño y cada situación son únicas, y merecen lo mejor de cada uno de nosotros.

La falta de orientación e información acerca de la odontología ha hecho que muchos padres y gran mayoría de la población tenga un enfoque algo equivocado acerca de lo que es la prevención y atención odontológica optando por el rechazo y la pérdida masiva de la dentición, por lo que se hace necesario orientar e informar de manera adecuada los beneficios que nos brinda acudir a tiempo al odontólogo y poner en práctica las indicaciones sugeridas por el dentista para mejorar la salud bucal.

Es importante recordar que la figura paterna es el vivo reflejo de cada niño, por lo que el estudiante tiene como tarea y deber, crear y proyectar en cada padre de familia la confianza e imagen positiva que hagan posible introducirlo poco a poco al campo odontológico y esto es posible lograrlo capacitándonos y preparándonos adecuadamente para responder a cada caso por difícil que sea, crear una excelente relación y brindar así una mejor atención a los padres y a sus hijos; de ahí surge mi interés que tú estudiante recibas este manual como una guía u orientación que será de utilidad para tu vida como estudiante y futuro profesional.

Alumno: es muy importante que no pierdas tu personalidad, con conocimiento podrás encontrar tu propio camino, tu identidad y la manera especial con la que tratarás a tu paciente, recuerda que aunque vivas experiencias difíciles y estresantes no deberás agachar la cabeza ni mucho menos dejarte caer, ten presente que como seres humanos estamos en proceso de aprendizaje continuo y pasamos por un sin fin de vivencias que nos ayudarán a esforzarnos más, dar lo mejor de nosotros y brindar a nuestra sociedad una mejor calidad como ciudadanos y futuros profesionales.

“Recuerda esto siempre y llegarás muy lejos”.

“En una situación dada uno actúa de determinada manera, a veces bien, a veces mal, pero cuanto más conocimiento y experiencia se posea más probable será hacer lo correcto”.

Un psiquiatra infantil.

Anónimo.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Wright GZ: Abordaje psicológico de las conductas de los niños. En Avery D: Odontología pediátrica y del adolescente, 5 edición, Panamericana, México, 1996, pp 46-67.
- 2.-López M: Manejo de la situación odontológica en la atención del niño y del adolescente. En López M: Manual de odontopediatría, 2 edición, McGraw-Hill Interamericana, México, 1998, pp 2-13.
- 3.-Andlaw R, Rock W: La primera cita. En Andlaw R, Rock W: Manual de odontopediatría, 3 edición, McGraw-Hill Interamericana, México, 1993, pp 3-31.
- 4.-Grinberg S, Schor M.: First encounter of child and dentist: An analysis of the introductory session. J dent children: 38-40, 1984.
- 5.-Cameron A, Widmer R, Drummond B, McNeil D, McNeil Ch, McDonald J: Tratamiento del paciente pediátrico. En Cameron A, Widmer R: Manual de odontología pediátrica, 1 edición, Harcourt-Brace, México, 1998, pp 13-37.
- 6.-Ishikawa T, Kuwahara, Nagasaka: Effects of training in management of child behavior for dental hygiene students. J dent children: 35-37, 1997.
- 7.-Kennedy D, Kapa J: Pulpa dental: consideraciones biológicas de protección y tratamiento. En Braham R, Morris M: Odontología pediátrica, 1 edición, Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1984, pp 617-645.
- 8.-Greist J, Jefferson J: Transtornos de la ansiedad. En Goldman H: Psiquiatría general, 4 edición, El manual moderno, México, 1996, pp 337-357.
- 9.-Pinkham J Fear of dentistry: A discussion of its usefulness to certain child dental patients. J Dent children: 11-13, 1983.
- 10.-Finn S: Manejo del niño en el consultorio dental. En Finn S: Odontología pediátrica, 4 edición, Interamericana, México, 1983, pp 29-39.
- 11.-Blain S: Conducta. En Barber T, Luke L: Odontología pediátrica, 1 edición, El manual moderno, México, 1985, pp 42-60.
- 12.-Pinkham J: Control conductal del paciente. En Pinkham J: Odontología pediátrica, 2 edición, McGraw-Hill Interamericana, México, 1996, pp 348-361.
- 13.-Pinkham J: Manejo del paciente. En Pinkham J: Odontología Pediátrica, 1 edición, McGraw-Hill Interamericana, México, 1991, pp 277-288.

- 14.-Henson J: Cuidado del inválido. En Barber T, Luke L: Odontología pediátrica, 1 edición, El manual moderno, México, 1985, pp 383-411.
- 15.-Kopel HM: El paciente pediátrico. En: Sedación. Guía práctica. Malamed SF. En: Edit. Mosby , 3a edición, pp 555-575.
- 16.-Musselman RJ, McClure DB: Pharmacotherapeutic approaches to behavior management. Behavior management in dentistry for children: 46-77, 1975.
- 17.-Snawder KD. Manejo de conducta. En: Manual de odontopediatría clínica. Snawder KD Ed. Editorial científico técnico. 1984. pp. 14-17.
- 18.-Ram D, Peretz B: Reactions of children to maxillary infiltration and mandibular block injection. *Pediatr Dent* 23: 343-346, 2001.
- 19.-Barradas V: Técnicas más utilizadas en el manejo de la conducta del niño por odontopediatras egresados de escuelas mexicanas. BUAP.HNP. Puebla, México, 1998, pp. 1-46.
- 20.-Barberia E: Control de la conducta en la consulta odontopediátrica. En Quesada J, Bonet R: Odontopediatría, Masson, España, 1995, pp. 127-137
- 21.-Acs G: A20-year perspective on the changing use of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. *Pediatr dent* 23: 301-306.2001