



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS CON ÉNFASIS EN
ODONTOPEDIATRÍA

**DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA Y
REHABILITACIÓN INTEGRAL: REPORTE DE UN
CASO CLINICO**

**Para obtener el diploma de
Especialista en Odontopediatría**

PRESENTA

C.D. NATMELY JIMÉNEZ MARTÍN

COMITÉ TUTORIAL

DIRECTOR

DR. SALVADOR EDUARDO LUCAS RINCÓN

CODIRECTORA

DRA. MARTHA MENDOZA RODRÍGUEZ

ASESORES

DRA. SONIA MÁRQUEZ RODRÍGUEZ

DRA. MARÍA DE LOURDES MÁRQUEZ CORONA

DR CARLO EDUARDO MEDINA SOLIS

Pachuca de Soto, Hgo., México, 19 de septiembre de 2024



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS CON ÉNFASIS EN
ODONTOPEDIATRÍA

**DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA Y
REHABILITACIÓN INTEGRAL: REPORTE DE
UN CASO CLINICO**

**Para obtener el diploma de
Especialista en Odontopediatría**

PRESENTA

G.D. NATMELY JIMÉNEZ MARTÍN

COMITÉ TUTORIAL

DIRECTOR

DR. SALVADOR EDUARDO LUCAS RINCÓN

CODIRECTORA

DRA. MARTHA MENDOZA RODRÍGUEZ

ASESORES

DRA. SONIA MÁRQUEZ RODRÍGUEZ

DRA. MARÍA DE LOURDES MÁRQUEZ CORONA

DR CARLO EDUARDO MEDINA SOLIS

Pachuca de Soto, Hgo., México, 19 de septiembre de 2024



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Área Académica de Odontología
Department of Dentistry

UAEH INVESTIGACIÓN
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CON ÉNFASIS EN ODONTOPEDIATRÍA

03 de octubre del 2024
AAO/291/2024
Asunto: Autorización de impresión

Mtra. Ojuky del Rocío Islas Maldonado
Directora de Administración Escolar
Presente.

El Comité Tutorial del **PROYECTO TERMINAL O TESIS** del programa educativo de posgrado titulado **"DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO"**, realizado por el/la sustentante **NATMELY JIMÉNEZ MARTÍN** con número de cuenta **164160** perteneciente al programa de **PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CON ÉNFASIS EN ODONTOPEDIATRÍA**, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado, tiene a bien extender la presente:

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que el/la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 03 de octubre de 2024

El Comité Tutorial


Dr. Salvador Eduardo Lucas
Rincón
Director


Dra. Sonia Marquez
Rodríguez
Miembro del comité


Dr. Carlo Eduardo Medina
Sols
Miembro del comité


Dra. Martha Mendoza
Rodríguez
Codirectora


Dra. María De Lourdes
Márquez Corona
Miembro del comité

C.c.p.- Archivo
SELR/MMR/SMR/MLMC/CEMS



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México, C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4311, 4320
odontologia@uaeh.edu.mx



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Área Académica de Odontología
Department of Dentistry



03 de octubre del 2024
AAO/290/2024

Asunto: Incorporación al repositorio de tesis

Mtro. Jorge E. Peña Zepeda
Director de Bibliotecas y Centro de Información
Presente.

Por medio del presente hago constar que la tesis en formato digital titulado **"Desensibilización Sistemática y Rehabilitación Integral: Reporte de un Caso Clínico"** que presenta **Natmely Jiménez Martín** con número de cuenta **164160** cumple con el oficio de autorización de impresión y que se ha verificado es la versión digital del ejemplar impreso, por lo que solicito su integración en el repositorio institucional de tesis.

ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 03 de octubre de 2024

Dra. Elena Sarat Baena Santillán
Coordinadora del Programa Único de
Especialidades Odontológicas con
énfasis en Odontopediatría

Natmely Jiménez Martín
Estudiante

C.c.p- Archivo
ESBS/NJM



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4311, 4320
odontologia@uaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS

Mami y Sald: ¡Gracias por ser mi apoyo siempre, por animarme a crear y crear todo lo que me proponga! ¡Los amo inmensamente!

Papi: ¡Gracias por tu apoyo, te quiero mucho!

A mi Angelito personal: ¡Gracias Mamá Mili por estar siempre presente!

A mis tías, en especial Tia Tony: Gracias por estar y apoyarme en cada paso, por su cariño incondicional y bendiciones ¡Las amo mucho mucho!

Jesús Luna: ¡Gracias Casi por esa acción desinteresada que me permitió cumplir este tan anhelado sueño! Te quiero mucho Bb!!

Doctora Vero: ¡Gracias por su recomendación y por ser parte de este ciclo!

Doctora Sarita: ¡Gracias por ser mi inspiración, por ser parte de esta experiencia y por cada día compartir su tiempo y conocimientos ¡la quiero muchísimo!

A mis compañeras de posgrado Lluvia, Pau, Dianita por ser parte de esta aventura, gracias por compartir su tiempo, experiencias, conocimientos y sobre todo su amistad, por ser un fuerte en la tormenta ¡Las quiero mucho niñas!

A mis compañeros pasantes Dany, Ab, Carlos, Pepe, Andy, Yamet, Paolina, sin ustedes nada de esto sería posible; fueron más que un apoyo se convirtieron en una parte indispensable de mi día a día, ¡gracias niños los quiero!

Ivonne: ¡Gracias por ser parte de mi vida y animarme a soñar en grande, por ser una gran maestra en mi vida! ¡Te quiero muchísimo!

Karen: Gracias Walta por tu amistad, apoyo y aliento a seguir ¡los viajes nos esperan!

A mi paciente y a sus Papás: Gracias por su amor y dedicación a su pequeño, gracias por confiar en mi trabajo, sin su apoyo y confianza esto no habría sido posible.

A mis maestros: Gracias a cada uno por compartir sus conocimientos, todos han dejado una huella en mi vida y profesión.

¡Gracias universo por tantas bendiciones y la vida tan bonita que me regalas!

DEDICATORIA

Más que dedicatoria esto es un recordatorio de que todos los deseos se cumplen, todo lo que sueño es posible y depende de mí crearlo...

ÍNDICE

RESUMEN.....	10
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN.....	14
OBJETIVO.....	19
PRESENTACIÓN DEL CASO	20
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIÓN.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	27
ANEXOS:.....	28

RESUMEN

Introducción: En la atención odontológica infantil muchas veces nos encontramos con pacientes que podríamos llamar difíciles, no por el tratamiento que requieren, sino por la disposición de estos ante la situación odontológica. Los agentes que pueden influir en la ansiedad ante el odontólogo pueden ser, género, edad y la frecuencia y el número de visitas dentales las cuales estarán relacionadas a otros factores que pueden influir en el estado emocional general del niño como miedos adquiridos transmitidos por los padres o algunos familiares y experiencias previas negativas y/o dolorosas. Ante este tipo de situaciones el manejo de conducta o técnicas de modificación de conducta serán de mucha utilidad para realizar cada tratamiento satisfactoriamente.

Caso Clínico: Paciente masculino de 4 años 3 meses, que acude a consulta dental en la clínica de Odontopediatría de la Fundación Hidalguense, Pachuca Hidalgo en compañía de sus padres, referido por presentar múltiples lesiones cariosas y dolor. Durante la evaluación notamos un comportamiento errático y poco cooperador por lo cual lo calificamos como un Frankel 2 en comportamiento, hacemos saber a los padres las técnicas de manejo de conducta utilizadas, las cuales consisten en la demostración de las actividades menos invasivas, hasta la restricción física, técnicas que nos permitirán realizar la rehabilitación, se dio a conocer el consentimiento informado el cual fue firmado por parte de los padres para iniciar el tratamiento. Los tratamientos realizados durante la rehabilitación consistieron en: pulpectomías, pulpotomías, ionómeros de vidrio, selladores de fosetas y fisuras, exodoncias y frente estético. Se indicó a los padres dieta fuera blanda durante el tratamiento, modificando la consistencia conforme el tratamiento fue avanzando, se reforzaron las técnicas de higiene bucal (cepillado e hilo) y de conducta conforme el niño lo fue permitiendo, ya concluida la rehabilitación se citó al paciente a los tres meses para dar seguimiento.

Conclusiones: El éxito de la práctica odontológica en niños depende no sólo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación infantil.

PALABRAS CLAVE: Manejo de conducta, ansiedad, rehabilitación, caries infancia temprana

ABSTRACT

Introduction: In the dental care of a child, we often encounter patients that we could call difficult, not because of the treatment they require, but because of their disposition regarding the dental situation. The agents that can influence anxiety before the dentist can be gender, age, and the frequency and number of dental visits, which will be related to other factors that can influence the general emotional state of the child, such as acquired fears transmitted by parents. or some family members and previous negative and/or painful experiences. In these types of situations, behavior management or behavior modification techniques will be very useful to carry out each treatment satisfactorily.

Clinical Case Presentation: Male patient, 4 years and 3 months old, who went for a dental consultation at the Pediatric Dentistry clinic at the *Fundación Hidalguense de Pachuca* in the company of his parents, reporting multiple carious lesions and pain. During the evaluation we noticed erratic and uncooperative behavior, which is why we let the parents know the behavior management techniques used, which consist of the demonstration of the least invasive activities, up to physical restriction, techniques that will allow us to carry out rehabilitation, having thus received authorization to begin treatment. The treatments performed during the rehabilitation consisted of: pulpectomies, pulpotomies, glass ionomers, pit and fissure sealants, extractions and aesthetic front. During the treatment, the parents were asked to keep the diet soft and to increase consistency as the rehabilitation progressed. Oral hygiene techniques (brushing and flossing) were reinforced. Once the rehabilitation was completed, the patient was scheduled for an appointment three months later.

Conclusions:

The success of dental practice in children depends not only on the technical skills of the dentist, but also on his or her ability to achieve and maintain children's cooperation.

KEY WORDS: Behavior management, anxiety, rehabilitation, early childhood [caries](#)

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la caries dental en niños escolares, según la Organización Mundial de la salud (OMS), oscila entre 60-90% a nivel mundial por lo cual es considerada un problema de salud pública (1). Esta condición tiene características universales, se presenta en todo tipo de pacientes sin importar la edad, género, condición socioeconómica o nivel intelectual; es una enfermedad multifactorial que debería ocupar un lugar primordial en nuestro sistema de salud ya que los sentimientos dolorosos del que lo padece, la postergación de la atención, la interrupción de esta, la inasistencia reiterada a las consultas dentales, son comportamientos que conducen al deterioro de la salud (2). Por ello, es importante informar y guiar a los padres sobre la salud bucodental de sus hijos ya que el deterioro puede influir no solo en su salud general si no también en su estado mental, siendo una gran influencia en los sentimientos del niño. La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAOP) en conjunto con la Academia Americana de Pediatría (AAP) señalan que los médicos de atención primaria deben referir a los niños para atención dental basándose en la evaluación de riesgo a caries, la cual señala que la consulta odontológica a partir de los 6 meses y no más allá de los 12 meses de edad puede llegar a prevenir la aparición de caries de temprana infancia (1). La odontopediatría es una de las principales áreas de la odontología que está encargada de tratar al paciente pediátrico, es de suma relevancia que el profesional en odontología identifique la conducta que pudiese presentar el niño durante la consulta además de conocer el manejo de comportamiento a cada tipo de reacción presente en la consulta dental.

Este puede ser el principal impedimento para la ejecución del tratamiento odontológico. "Aunque la odontología operatoria puede ser perfecta, la cita es un fracaso si un niño se marcha llorando", esta declaración de McElroy enfatiza la importancia del manejo del comportamiento sobre la excelencia técnica en odontología pediátrica (3). La variedad de comportamientos y el cómo los manejamos pueden definir el éxito o el fracaso de nuestro procedimiento, lograr que

un niño ansioso acepte con mayor facilidad el procedimiento al que va a ser sometido nos da como resultado el éxito del tratamiento dental.

ANSIEDAD Y MIEDO

Durante la consulta dental la causa que pudiese producir un comportamiento inadecuado en los niños es el temor a lo desconocido, al daño y/o dolor, lo que conlleva a la aparición de ansiedad dental. Klingberg y Broberg consideran que el origen del miedo y de la ansiedad del niño frente al tratamiento odontológico se explica según diferentes factores, tales como el estado emocional general del niño, miedos adquiridos transmitidos por los padres o algunos familiares y experiencias previas negativas y/o dolorosas (4). Johnsen considera que la ansiedad en un niño afecta su comportamiento y en gran medida condiciona el éxito de la visita dental siendo este un estado emocional negativo, excesivo e irracional experimentado por los pacientes (5). La ansiedad dental es un problema común que se desarrolla principalmente en la infancia y la adolescencia, puede tener implicaciones importantes para el niño, el equipo y los servicios odontológicos. Por lo cual brindar tratamiento al paciente infantil con ansiedad dental puede llevar mucho tiempo, ser costoso y exigente para el médico, estudios anteriores han demostrado que la mayoría de los niños con ansiedad dental presentan problemas de manejo del comportamiento en situaciones de tratamiento dental (6).

IMPORTANCIA DEL MANEJO DE CONDUCTA EN EL PACIENTE DURANTE REHABILITACIÓN

El manejo de la conducta del paciente pediátrico permitirá obtener el triunfo o fracaso del tratamiento por lo que un buen manejo en la conducta evitará el retraso en la elección del tratamiento adecuado, al tener un control en el comportamiento las opciones de tratamiento se amplían pudiendo realizar procedimientos conservadores o más invasivos. En ocasiones es posible que requieran un tratamiento más complejo, y en esos casos se hace uso de la ayuda de intervenciones farmacológicas que serán acompañadas de las técnicas de manejo del comportamiento psicológico las cuales están destinadas a reducir la necesidad

de un uso excesivo y potencialmente peligroso de medicamentos (3). Debido a que existen diferentes personalidades, el odontólogo o especialista debe tener un comportamiento proactivo, utilizando diferentes técnicas para el manejo de la conducta, ya que sin ello será más difícil determinar las reacciones emocionales del niño debido a que su desarrollo psicológico muchas veces son respuestas a factores genéticos del entorno y/o experiencias previas (7).

También es necesario percibir la actitud de los padres que acompañan al niño o niña al tratamiento odontológico, considerando si la forma de sus conductas expresa ~~sobreafecto, sobreprotección, sobreindulgencia, sobreautoritarismo~~; actitudes que pueden llegar a influir en el comportamiento del niño pero al reconocer estos comportamientos del padre o la madre y proporcionarles una idea clara sobre el proceso del tratamiento, desplegarán una acertada influencia sobre el paciente, de esta manera el odontólogo podrá vincular lazos de confianza que le permitirán realizar su trabajo con eficiencia (8). Hoy en día, existen pruebas y escalas específicos para valorar el grado de ansiedad de los pacientes, tanto adultos como pediátricos, que pueden ser de gran apoyo previo al inicio de la atención dental, identificando actitudes en el paciente que deban ser tomadas en cuenta para el correcto manejo de conducta (9).

MANEJO DE CONDUCTA

A través de la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), las técnicas para la atención de niños que rechazan el tratamiento comenzaron integrando el llamado "manejo de la conducta" ("~~behavior management~~" en inglés), modificado recientemente a su nombre actual "~~behavior guidance~~": "guía de la conducta" (10). En el que se plantea que el ejercicio de la odontología pediátrica no puede ni debe limitarse solo a la prevención y solución de los problemas bucales, sino que lleva implícito también el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional donde la relación humana entre odontólogo, niño y padres es fundamental para el éxito del tratamiento frente a diversas situaciones (1).

Durante una consulta odontológica uno de los principales retos que puede enfrentar el odontólogo con un paciente pediátrico es la falta de cooperación, un niño

temeroso y no colaborador hace que la calidad del tratamiento bucal no sea la adecuada o se vea entorpecida, mientras que un niño que se siente confianza por parte del profesional reaccionará mejor al tratamiento indicado (8). El éxito de la práctica odontológica en niños depende no sólo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación infantil.

Por lo tanto, el manejo de la conducta se considera un componente esencial en la práctica odontológica infantil, que tiene como objetivo establecer una buena comunicación con el paciente y ganarse su confianza, lo cual se logra a través de técnicas empleadas por el mismo odontólogo teniendo como finalidad el control del comportamiento del paciente infantil, disminuyendo el miedo y la ansiedad al promover un entendimiento de parte del profesional hacia el paciente ofreciendo confianza y seguridad mediante la validación de sus emociones y con ello poder guiar al paciente mediante técnicas en las cuales el irá reconociendo los procedimientos y la importancia de una buena salud dental (4).

CLASIFICACIÓN

Para lograr la cooperación y el éxito durante el tratamiento dental en niños, es necesario influir o modificar su comportamiento es por ello por lo que el profesional dental debe basarse en técnicas de manejo de conducta con el fin de mejorar y de alguna forma complementar en comunicación con el paciente infantil (2).

Todas ellas tienen como objetivo establecer una comunicación efectiva para aliviar el miedo y la ansiedad del paciente, construir una relación de confianza con el niño para de este modo, permitir al odontólogo realizar los tratamientos dentales de alta calidad y promover en el niño una actitud positiva hacia la salud, el cuidado dental y una buena disponibilidad ante futuros tratamientos (11). La última propuesta realizada por la Academia Americana de Odontopediatría clasifica estas técnicas como técnicas básicas, avanzadas y técnicas de modificación de la conducta.

CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SEGÚN FRANKL Y WRIGHT.

- 1. Tipo Definición Tipo I (- -):** Definitivamente negativo, rechaza el tratamiento, grita fuerte, es temeroso, muestra negatividad extrema.
- 2. Tipo II (-) Negativo:** Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, presenta actitudes negativas y se muestra renuente.
- 3. Tipo III (+) Positivo:** Acepta el tratamiento cautelosamente, muestra voluntad para seguir órdenes.
- 4. Tipo IV (+ +):** Definitivamente positivo, presenta buena relación con el odontólogo, se muestra interesado en el tratamiento. (12)

TÉCNICAS DE MANEJO Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

A. TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA BÁSICAS

- Comunicación y guía comunicativa
- Comportamiento del odontólogo
- Accesibilidad del paciente
- Presencia/ausencia de los padres
- Decir - mostrar - hacer
- Control de voz
- Comunicación no verbal
- Reforzamiento positivo
- Distracción
- Óxido nitroso/inhalación de oxígeno

DECIR-MOSTRAR-HACER

De todas las técnicas es la más común, ya que está encaminada a dar seguridad al menor sobre el uso de instrumental que se ocupa durante el tratamiento. Ésta técnica consiste, como su nombre lo dice en explicar con palabras que nuestro paciente pediátrico pueda comprender la forma en la que vamos a utilizar cada uno de los instrumentos, prevenir al menor las sensaciones que experimentará durante

el uso y las consecuencias de no seguir cada indicación dada por el profesional durante el proceso y de esta forma el niño permita de manera voluntaria el uso de dichos instrumentos y al mismo tiempo se familiarice con éstos haciendo de la consulta una experiencia más didáctica y divertida. Está indicada en cualquier niño que tenga la madurez psicológica para entender y acatar órdenes y se sugieren que sea utilizada como primera opción en cualquier niño que acuda a la consulta, independientemente de su grado de cooperación y como recomendación en pacientes con discapacidad visual, puede modificarse a decir-sentir-hacer. (12)

CONTROL DE VOZ

En algunas ocasiones el menor pretende tomar el control de la situación a través de una conducta errática, la que pudiese estar caracterizada por llanto incontrolable, movimientos bruscos de las extremidades y/o gritos, lo que nos lleva a la necesidad de remarcar los roles adulto-niño mediante modificaciones en el tono de voz y lenguaje corporal por parte del profesional de la salud a cargo del procedimiento/operador. Es importante mostrar y remarcar la autoridad tantas veces como sean necesarias, hasta que el paciente entienda que su mala conducta no detendrá la ejecución del tratamiento. La literatura nos sugiere dos alternativas de control de voz, la primera consiste en susurrar indicaciones cerca del oído del menor pretendiendo captar su atención; si llegase a ser evidente que el niño ignora por completo la indicación llevaremos a cabo la segunda, que como ya se mencionó, consiste en elevar el tono de voz tantos niveles como sea necesario siempre siendo respetuoso con el menor para lograr recuperar el control y la comunicación con el niño. Como toda técnica tiene sus limitaciones, en niños con hipoacusia, niños que no comprendan el concepto de autoridad (como pacientes con trastornos del neurodesarrollo) y niños menores de 3 años los cuales aún no tienen capacidad para regular sus emociones (12). Es muy importante mencionar que se debe hacer saber a los padres previo al uso de dicha técnica como cualquier otra para evitar malas interpretaciones que pudieran suceder al aplicarla en el menor.

MOTIVACIÓN/REFUERZO POSITIVO

Es de suma importancia el tomar en cuenta cuando un paciente ha aceptado voluntariamente permitir la realización del procedimiento pese a su temor, ya que para el niño el reforzar a modo de agradecimiento de parte del profesional durante la consulta nos puede servir de estimulación para la modificación de su conducta, haciéndolo a través de elogios que reconozcan su esfuerzo. Al igual debe ser empleada en niños cooperadores, incitándolos a continuar con esa actitud positiva en espera de un premio que será entregado una vez finalizada la consulta, que será directamente proporcional al grado de cooperación brindada por él. En esta técnica es importante que el odontólogo le recuerde al menor que será acreedor a la recompensa siempre y cuando su conducta sea completamente positiva y que de no serlo el premio será menor o no habrá (12).

B. TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA AVANZADAS

- Mano sobre boca
- Restricción física
- Sedación
- Anestesia general

MANO SOBRE BOCA

Esta técnica ya no es incluida por la AAPD por ser considerada invasiva tanto para los pacientes como para sus tutores, ya que consiste en la obstrucción manual de la boca, o en ocasiones boca y nariz, lo que impide al paciente respirar adecuadamente y por lo tanto inhibir el llanto por sofocación. Posiblemente el llanto en el niño cesará, sin embargo, como se dijo anteriormente es una técnica considerada como demasiado agresiva, tanto que algunos autores la han llegado a considerar prohibida (12).

RESTRICCIÓN FÍSICA O ESTABILIZACIÓN PROTECTORA

Esta es una de las técnicas más utilizadas en menores con comportamientos complicados ya que limita o controla los movimientos bruscos que pudiera llegar a

hacer el menor con sus manos y/o pies para evitar la ejecución del tratamiento. La restricción de esos movimientos se logra mediante el uso de un dispositivo como el Papoose Board, Baby Fix o en su defecto una manta envolvente. Es muy importante que previo a la ocupación de dicha técnica los padres deben ser notificados y se les debe explicar las razones y el método de esta. Aunque al inicio pudiera ser una técnica poco aceptada por los padres, al explicarles lo grave que pudieran llegar a ser las lesiones físicas transoperatorias debido a movimientos bruscos por una mala conducta se convierte en un alivio tanto para ellos como para el infante y por supuesto para el profesional. Está indicada en pacientes no cooperadores que requieren un tratamiento inmediato por urgencia y en pacientes con algún grado de retraso psicomotor. (12)

C. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

- Refuerzo
- Desensibilización
- Imitación

- I. REFUERZO:** El refuerzo positivo aumenta la frecuencia y persistencia de las conductas deseadas. Este se puede aplicar de forma social, mediante la modulación de la voz, la expresión facial, alabanzas verbales y/o una apropiada demostración física de afecto por parte de todos los miembros del equipo odontológico; o de manera simbólica, a través de recompensas y premios materiales. Ambos van de acuerdo con el comportamiento colaborador del niño.
- II. DESENSIBILIZACIÓN:** La técnica generalmente incluye enseñar métodos de relajación al paciente y describirle circunstancias que guardan relación con sus miedos. Las escenas imaginarias han de ser presentadas de forma gradual, de manera que lentamente se introduzcan situaciones cada vez más próximas al objeto temido. La desensibilización

es efectiva, porque el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación.

- III. IMITACIÓN:** El proceso básico consiste en la observación de uno o más niños que demuestren una conducta apropiada en una situación particular. Es muy útil para que puedan comprender lo que esperamos de ellos cuando se les dan unas determinadas instrucciones. En lugar de tener a los niños contagiándose de la ansiedad materna en la sala de espera, pueden llevarse a las salas operatorias para que observen a otros niños (4).

OBJETIVO

Presentar la rehabilitación integral en un paciente con múltiples lesiones cariosas con poca cooperación para su atención dental, haciendo uso de técnicas de manejo de conducta.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 4 años 3 meses, proveniente de la comunidad de Huayacocotla, Veracruz. Acude a consulta dental a la clínica de Odontopediatría de la Fundación Hidalguense, Pachuca Hidalgo, en compañía de sus padres, refiriendo presentar dolor intenso y molestias al comer. (Fig. 1: A)

Se inició su evaluación realizando la anamnesis correspondiente en la cual no se reportaron antecedentes patológicos familiares de importancia. En los antecedentes personales se menciona ser hijo único, presenta estrabismo, los padres refieren que ya es atendido por el área de oftalmología. Paciente con sobrepeso de acuerdo a la tabla en la cartilla de vacunación infantil, por lo que se hace hincapié a los padres que la interconsulta con el área de nutrición para el manejo de su alimentación lo cual impactará también en su rehabilitación y seguimiento exitoso. Durante el interrogatorio se observó un comportamiento errático y poco cooperador del infante, en la interacción con el niño se determina una conducta categoría Frankel 1, resaltando que no es receptivo, a las indicaciones, evasivo al contacto físico o acercamiento de parte del equipo de la clínica por lo cual hacemos saber a los padres que llevaremos a cabo una desensibilización sistemática y/o manejo de conducta.

Se estructuró un plan de manejo de conducta el cual será aplicado en el paciente dándolo a conocer a los padres el cual consistirá en estrategias las cuales inician con acercamiento y la demostración de las actividades menos invasivas, hasta la restricción física, técnicas que nos permitirán realizar la rehabilitación, sin dejar de resaltar que el acompañamiento y autorización de los padres es algo fundamental. El primer acercamiento del paciente fue realizando un recorrido en las instalaciones de la clínica acompañado de sus padres, en la que pudo tener contacto con nuestro equipo y materiales, al igual que con el personal de la clínica haciendo de esta visita una experiencia corta y agradable, iniciando así la etapa de "Desensibilización Sistemática". (Fig. 1: B,C)

Esto se realizó mientras miembros del equipo llevaban a cabo tratamientos con pacientes cooperadores, de esta manera el paciente pudo explorar la clínica y al equipo en un ambiente cordial.

En la siguiente sesión, se realizó el examen clínico bucal, el cual reveló múltiples lesiones cariosas en diferentes estadios de evolución (Cuadro 1). En esta sesión el paciente mostró más cooperación, pero se mantuvo en una escala Frankel 1 y durante el procedimiento su comportamiento fue mejorando, llegando a Frankel 2, el examen bucal presentó esmalte desmineralizado combinado con espesor reducido del esmalte, superficie rugosa y diversas extensiones de pérdida estructural, especialmente en el frente y molares superiores e inferiores. La higiene bucal del paciente era inadecuada debido a la hipersensibilidad y la estructura de la superficie del diente.

CUADRO 1. PLAN DE TRATAMIENTO

Tratamiento	Órgano dental
Profilaxis y aplicación tópica de flúor	Total de órganos dentales
Selladores de fosetas y fisuras	55, 65
Ionómero	53, 63, 64
Pulpotomía y corona	74,75
Pulpectomía y sepultamientos con ionómero	52, 62
Pulpectomía y corona	84, 85
Extracciones	51, 61

Iniciamos con la desensibilización por medio del método “Decir- Mostrar- Hacer” realizando un ejercicio de simulación con ayuda de nuestro equipo, al llevar a cabo esta dinámica nuestro paciente pudo estar en contacto con una de las técnicas de manejo de conducta más invasivas de manera amigable, colocamos a un miembro del equipo en el sillón dental aparentando hacer la técnica de restricción física o estabilización protectora haciéndole parte de la técnica, es así como el paciente pudo percibir el protocolo de colocación como un juego ayudando al equipo a colocar la llamada “Cobijita”; ya habiendo posicionado adecuadamente a nuestro

auxiliar le proporcionamos al paciente instrumental (espejo y eyector) para permitirle hacer una simulación de lo que sería la exploración bucal y el uso de agua dentro de la cavidad oral. Mediante este procedimiento ayudamos al paciente a perder el miedo a los instrumentos y/o sustancias que estarán en contacto con su boca previendo que en el momento que se realice tanto la técnica como el uso de instrumental para él no sea un algo desconocido. (Fig. 2)

En esta 3er sesión se realizó la toma de radiografías periapicales y fotografías intraorales como medios de diagnóstico para determinar el grado de caries que presenta cada órgano dental. Podemos resaltar la cooperación del paciente, que, aunque no es la ideal, de ser un paciente calificado inicialmente como Frankel 1 podemos reconocer el progreso e incluso calificarlo como Frankel 2, dado que dichos procedimientos suelen ser bastante incómodos para los pacientes. (Fig. 3: A, B, C)

Con ayuda de los auxiliares de diagnóstico en conjunto con la evaluación clínica se establece el nivel de daño presentado en cada órgano dental, destacando el cuadrante inferior derecho, en el cual los órganos dentales 84 y 85 muestran lesiones extensas y presencia de abscesos periapicales; lo que se decide iniciar con ese cuadrante para evitar la pérdida prematura de los órganos dentales. (Cuadro 1) En la 4ta cita, iniciamos la rehabilitación del cuadrante inferior derecho, en el cual los órganos dentales 84 y 85 muestran un daño grave, haciendo uso de la restricción protectora debido a que el paciente aún no muestra una completa cooperación, realizada bajo la autorización y acompañamiento de los padres (Fig. 4: A, B, C), agregando también la técnica de manejo de conducta "Distracción" en la que el uso de palabras sustitutivas nos ayudará a disminuir la ansiedad del paciente ante el procedimiento a realizar (restricción "cobijita"). Habiendo determinado como plan de tratamiento la realización de pulpectomías, se inicia con la colocación de anestesia tópica en la zona retromolar durante 3 minutos, y mientras tanto continuamos con el manejo de conducta en el cual hacemos saber al paciente que percibirá una ligera molestia al momento de la infiltración siempre haciendo uso de palabras sustitutivas (inyección "pellizquito") (Fig. 5), de esta manera evitamos se predisponga a expresar una molestia mayor a la que pudiese presentar; se hace uso del abrebocas para

permitir la completa visualización del área a infiltrar colocando así un medio cartucho con la técnica Gow-Gates y medio con la técnica troncular. Procedemos a colocar un aislado absoluto el cual nos permitió trabajar de manera más rápida y simultánea en los dos órganos dentales (Fig. 6: A). Se realiza instrumentación de conductos radiculares tomando en cuenta que son órganos dentales que han presentado abscesos recurrentes por lo cual hay una reabsorción radicular presente, por ello la irrigación con solución combinada con hipoclorito al 0.5% (Fig. 6: B, C) debe realizarse de manera precavida para evitar un accidente, de esta manera preservaremos las estructuras radiculares con la intención de mantenerlos el mayor tiempo posible "Mantenedores de espacio fisiológicos" y así contribuir al desarrollo adecuado de las estructuras óseas. Se realizó la obturación con Pasta premezclada de Hidróxido de Calcio y Yodoformo y posteriormente toma de radiografía periapical. (Fig. 7: A, B, C).

En la siguiente sesión se realizaron tratamientos pulpares (pulpotomía) en los órganos dentales 74 y 75; haciendo el retiro del tejido pulpar cameral, procediendo a hacer hemostasia con torunda de algodón estéril y colocación de obturación de IRM en la cámara pulpar (Fig. 8: A, B, C), posterior a ello en las próximas dos citas procedemos a realizar las coronas de acero cromo correspondientes en los cuadrantes inferiores las cuales protegerán los órganos dentales de una reinfección llevándolo a requerir retratamientos (Fig. 9), de esta manera el desarrollo y crecimiento del paciente no se verá afectado teniendo una exfoliación en el tiempo correcto de su cronología de erupción.

Habiendo terminado el cuadrante inferior procedemos a rehabilitar la parte superior; retomando nuestro plan de trabajo el cual nos indica realizar tratamientos menos invasivos, por lo cual iniciamos con la eliminación de las lesiones cariosas de menor extensión en los órganos dentales 53 y 63 de manera manual en el cuadrante superior derecho sin hacer uso de infiltración y aislado, de esta manera incentivamos al paciente a cooperar y le damos oportunidad de comunicar sus inquietudes, dado que los materiales a utilizar nos permiten un manejo libre de aislado (ionómero) podemos permitirnos hacer la consulta más amigable y cómoda para el paciente, obteniendo una respuesta positiva y cooperadora a los

procedimientos que si bien no le resultan indiferentes su escala de conducta se mantiene en Frankel 2 y conforme el procedimiento avanza va mejorando hasta llegar a Frankel 3 (Fig. 10: A). Podemos hacer mención que la solicitud inicial del paciente al ingresar a la clínica es en sus palabras "me amarras" siendo ahora para él la restricción protectora un medio de contención y apoyo a las sensaciones que le genera la consulta. En cada consulta hacemos uso de la técnica de "Reforzamiento positivo" la cual mediante palabras y premios motivan al paciente para q cada día su comportamiento temeroso o ansioso vaya disminuyendo, lo que nos permite formar un puente de acercamiento y confianza al realizar cada tratamiento. (Fig. 10: B y C)

En la siguiente sesión se retoma el bloqueo y aislado de la zona a trabajar (O.D. 64, 65), notamos cooperación del paciente, pero continuamos trabajando con el uso de la estabilización ya que el uso de la pieza de alta aún genera ansiedad en nuestro paciente, se coloca ionómero de vidrio y sellador de fosetas y fisuras. (Fig. 11 y 12). En la siguiente cita se realizó retiro de caries, colocación de corona acero cromo y sellador (O.D. 54, 55) (Fig. 13: A y B)

Como recomienda la desensibilización sistemática, hemos dejado los tratamientos que pudieran llegar a ser más traumáticos, pulpectomías (O.D. 52, 62) (Fig. 14: A , B y C) y extracciones de los restos radiculares en la zona anterior superior (O.D. 51, 61), para posteriormente se colocó un frente estético devolviendo la sonrisa a nuestro paciente y con ello seguridad frente a la sociedad. (Fig. 15: A, B y C)

Al final de la rehabilitación se aplicó flúor en Barniz, utilizando Clean-PRO para disminuir la incidencia de futuras lesiones o el avance en las que aún están presentes en grado 1(ICDAS).

Durante el tratamiento se solicitó a los padres que la dieta fuera blanda y se fuera aumentando la consistencia conforme la rehabilitación avanzaba, se reforzaron las técnicas de higiene bucal (cepillado e hilo), ya concluida la rehabilitación se citó al paciente a los tres meses para dar seguimiento.

El paciente acude a consulta de seguimiento 3 meses posteriores a su rehabilitación, su actitud aunque reacia al ingresar a la clínica fue disminuyendo conforme fuimos explicando en lo que consistiría esa consulta, definiendo su

comportamiento de Frankel 1 a un Frankel 3, no se utilizó la restricción protectora, se realizó colocación de ionómero de vidrio (O.D 63) y aplicación de flúor en barniz, podemos destacar que hubo notable mejoría en la higiene, no presentaba nuevas lesiones ni presencia de inflamación gingival en el periodonto.

DISCUSIÓN

Durante la consulta, el mayor reto para el odontopediatra es el manejo de conducta, ya que la ausencia de la cooperación del paciente durante los tratamientos puede dificultar su realización provocando en algunos casos el fracaso de este (10). El desarrollo del tratamiento en nuestro caso clínico fue dependiente por completo de lograr un buen manejo de conducta, para los pacientes pediátricos someterse a una consulta dental puede significar momentos de dolor debido a los estigmas que los procedimientos tienen, ya que el paciente no había sido sometido a ningún tratamiento su cooperación era mínima, incluso al ingresar a la instalaciones de la clínica es por ello que siempre se solicita el apoyo de los cuidadores para disminuir los pensamientos de ansiedad previos a estar en presencia del odontopediatra (12). Diversos autores mencionan la preocupación por encontrar las técnicas más eficaces para obtener una buena colaboración del paciente infantil en la consulta odontológica, el acercamiento de nuestro paciente al tratamiento fue paulatino, iniciando por visitas aleatorias a la clínica, haciendo uso de la técnica “DECIR-MOSTRAR-HACER” en estas visitas cortas se hicieron demostraciones de las actividades a las cuales se enfrentará el paciente habiendo un acompañamiento por parte del equipo de la clínica (11). Después de lograr el acercamiento y obtener la confianza de nuestro paciente se realizó la rehabilitación bucal haciendo uso de un conjunto de técnicas de modulación de conducta, siendo eficaces la técnica de manejo de respiración, distracción, control de la voz, en conjunto con la estabilización protectora la cual fue de gran importancia en nuestra rehabilitación bien sea por parte del profesional, padres o auxiliares (10), conforme nuestra rehabilitación avanzó la cooperación del paciente fue mayor incluso llegando a solicitar el uso de la restricción ya que lo hacía sentir seguro, siempre iniciando con la técnica decir- mostrar y hacer de manera que explique al niño lo que se va a realizar durante la práctica odontológica, demostrar lo que se va a realizar y ejecutar la técnica teniendo en cuenta todo lo que se explicó y demostró, cada sesión se fue adaptando permitiendo al infante interactuar con las estructuras dentales, hasta el acceso a instrumentos que le permitan sentirse seguro al tenerlos en contacto (7).

El proceso de rehabilitación fue desarrollado exitosamente gracias al apoyo recibido por parte de los tutores y por supuesto por parte del paciente, quien cada sesión se mostraba más receptivo a los procedimientos realizados, dando así seguimiento cada trimestre para reevaluar las condiciones en las que se encuentra en paciente, resaltando el progreso y compromiso por parte de los tutores, presentando notable mejoría tanto en de higiene y salud bucal.

La actitud y comportamiento del paciente pediátrico a lo largo de la consulta odontológica mejoró tanto que el acceso a las instalaciones eran por decisión propia, la cooperación fue tanta que en las revisiones posteriores la restricción fue nula, un aspecto de suma importancia para el buen trabajo y desempeño del odontólogo, la conducta agradable, cooperativa nos permitió realizar tratamientos odontológico de buena calidad, y a su vez incentivando comportamientos cooperadores, disminuyendo el estrés y/o daño psicológico, con cada técnica se tuvo la oportunidad de modular el comportamiento, sumado a esto el poder trabajar en distintas sesiones para así lograr la completa aceptación del paciente y el apoyo de los padres (4).

CONCLUSIONES

El miedo fue un factor importante al inicio del tratamiento, durante la rehabilitación realizada el conocimiento y aplicación de las técnicas de manejo de conducta fueron de suma importancia, haciendo cada procedimiento paso a paso sin exponer al paciente a situaciones estresantes sino llevando a cabo un acompañamiento para lograr la cooperación frente a cada tratamiento realizado, el prestar atención al comportamiento durante las sesiones permitió al paciente expresar sus emociones para así modular nuestras técnicas, esto permitió realizar la rehabilitación de manera completa y dar un seguimiento trimestral denotando en cada sesión mayor aceptación a los procedimientos.

REFERENCIAS

1. Ortega M, Tapia Calderón T, Cedillo Mora , Ramos Montiel , Navas Perozo M. Efectividad de las técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Revisión sistemática. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2021; 11(1): p. 91-108.
2. Cisneros S, Valenzuela M, Jerez EL. Técnicas Alternativas para el Manejo del Paciente en Odontopediatría. Revista de Investigación en Ciencias de la Salud. 2023; 6(2).
3. Neha K, Shivayogi H, Sanjana PS, Nivedita S, Krishna K, Niraj G. Psychological behavior management techniques to alleviate dental fear and anxiety in 4–14-year-old children in pediatric dentistry: A systematic review and meta-analysis. Dental Research Journal. 2022; 19(47): p. 1-14.
4. Teixeira Antunes VB, Guinot Jimeno F, Bellet Dalmau LJ. Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. Revisión bibliográfica. Odontología Pediátrica. 2008; 16.(2): p. 108-120.
5. Valenzuela Muñoz A, Valenzuela Ramos , Valenzuela Ramos R. Experiencias de los estudiantes de estomatología en el control de la conducta de niños. Analisis cualitativo. Avances en ontoestomatología. 2019; 35(1): p. 11-17.
6. Sharma , Dipanshu K, Ashish A, Vipula M, Aparna S, Nidhi A. Factors predicting Behavior Management Problems during Initial Dental Examination in Children Aged 2 to 8 Years. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2017; 10(1): p. 5-9.
7. Calero I, Arisizabal L, Villavicencio J. Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica. Revista Estomatológica y Salud. 2012; 20(1): p. 45-49.
8. Pineda Mesías L, Pariona Minaya dC. Manejo de la conducta del paciente pediátrico mediante el método decir-mostrar-hacer. Revisión bibliográfica. Revista Odontología. 2022; 24(1): p. 1-12.
9. Bayón Hernández G, Stiernhufvud F, Rivas Pérez D, Solano Mendoza B. Trastornos de ansiedad de los progenitores y su repercusión en el tratamiento dental en niños de 4 a 15 años de edad. Estudio piloto. Odontología Pediátrica. 2022; 30(3): p. 101-113.
10. Basso M. Sobre técnicas y estrategias para el manejo y guía de la conducta en odontología pediátrica. Análisis de la literatura. Revista de la Asociación Odontológica Argentina. 2021; 109(2): p. 124-136.

11. Bartolomé Villar B, Vilar Rodríguez C, Cañizares V, Torres Moreta L. Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. *Cient. Dent.* 2020; 17(1): p. 27-34.
12. Tiol Carrillo , Martínez Escorcía A. Manejo de conducta en odontología pediátrica. *Revista Dentista y Paciente.* 2018;(115): p. 31-37.

ANEXOS



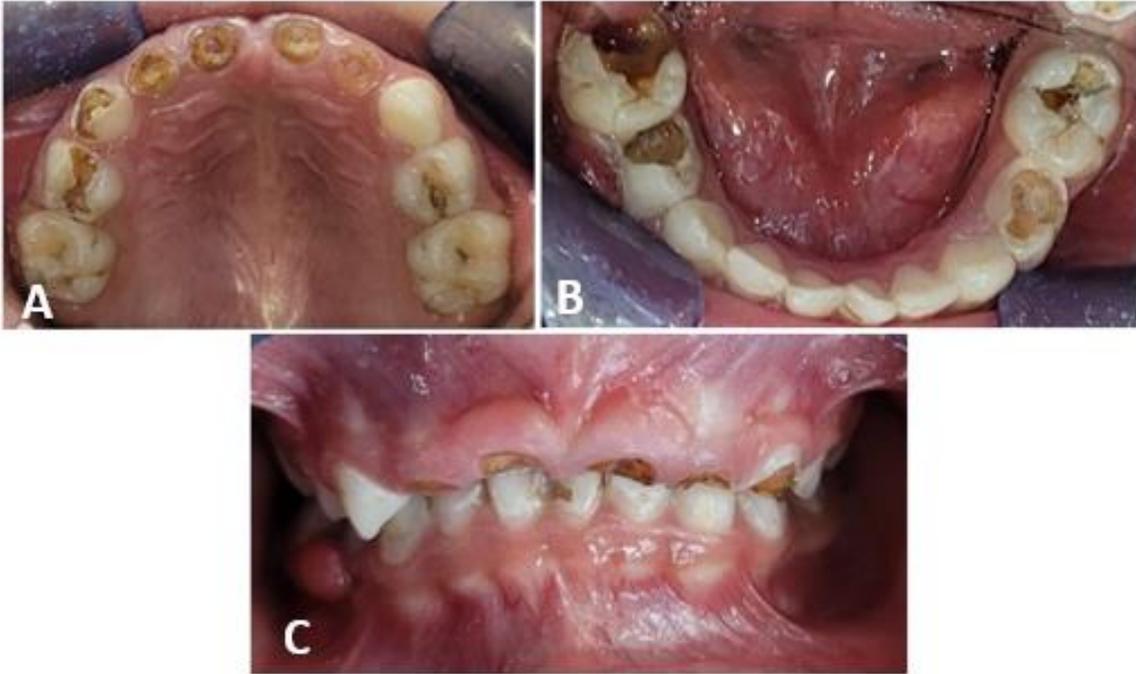
Fuente: Propia

Fig. 1: A, B y C: Presentación del paciente. Recorrido de instalaciones de la clínica, inicio de la "Desensibilización Sistemática"



Fuente: Propia

Fig. 2: Simulación de "Restricción física o estabilización protectora"



Fuente: Propia

Fig. 3: A, B Fotografías intraorales, superior e inferior, C Fotografía intraoral, frente.



Fuente: Propia

Fig. 4: A, B Acompañamiento de la madre durante la colocación de la estabilización protectora. C Restricción física o estabilización protectora.



Fuente: propia

Fig. 5: Técnica de Distracción, uso de palabras sustitutivas (Inyección "pellizquito")

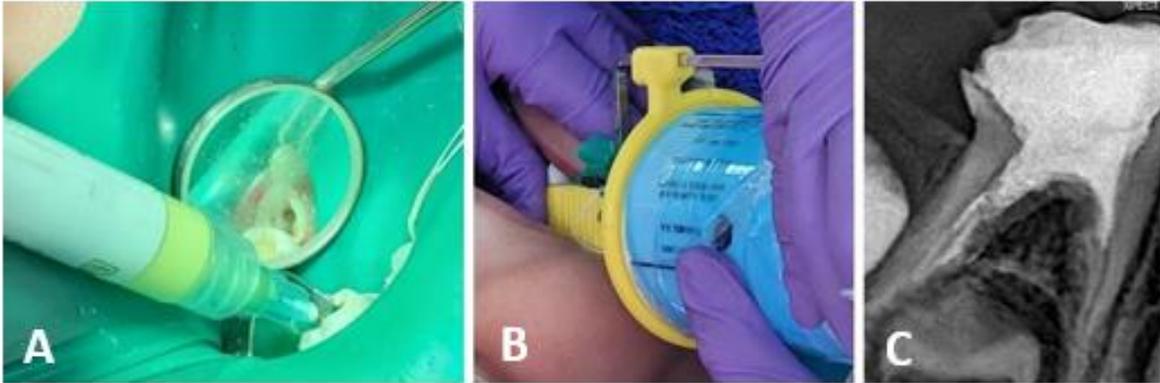


Fuente: propia

Fig. 6: A Pulpectomías en órganos dentales 84 y 85, se hace uso del aislado absoluto.

B: Realización de retiro de tejido cariado y acceso a conductos pulpares. C: Instrumentación

mediante técnica manual e irrigación.



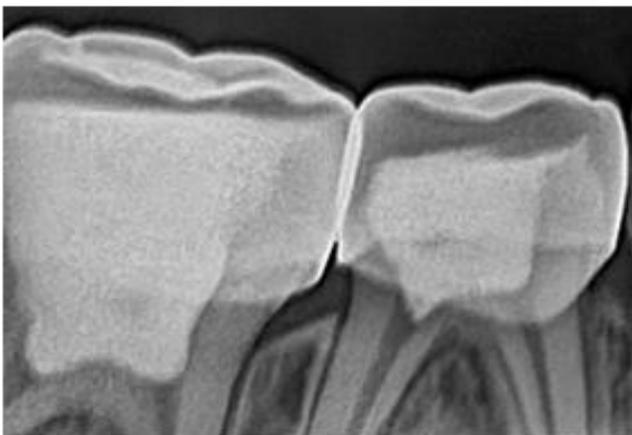
Fuente: propia

Fig. 7: A Pulpectomías en órganos dentales 84 y 85, obturación con Pasta pre mezclada de Hidróxido de Calcio y Yodoformo. B: Toma de radiografía periapical. C: Radiografía obturación



Fuente: propia

Fig. 8: A Pulpotomía en órganos dentales 74 y 75, retiro del tejido pulpar cameral. B: Hemostasia con torunda de algodón estéril. C: Obturación con IRM en la cámara pulpar.



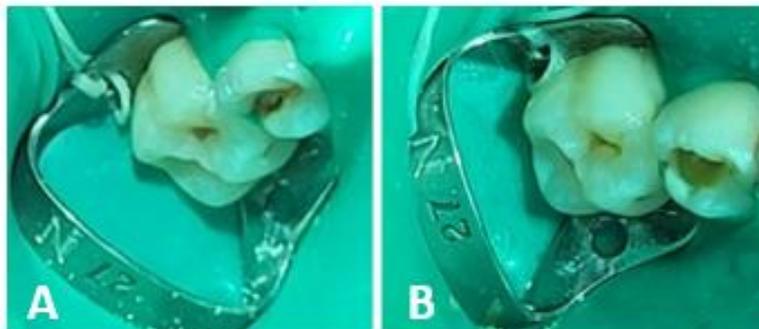
Fuente: propia

Fig. 21: Colocación simultanea de coronas inferiores en órganos dentales 74 y 75, radiografía periapical.



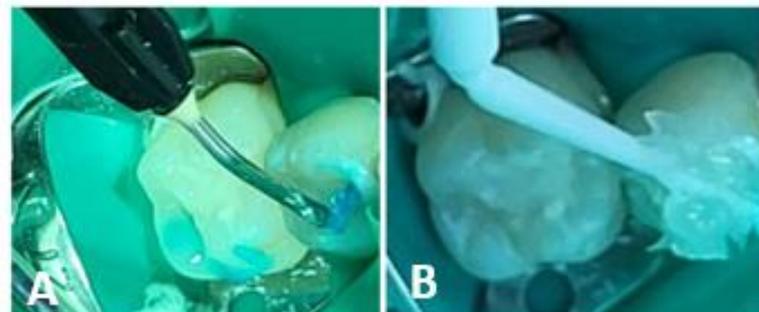
Fuente: propia

Fig. 10: A Inicia la respuesta positiva y cooperadora a los procedimientos, podemos mencionar el cambio de Frankel 2 a Frankel 3. B Y C: Reforzamiento positivo con el uso de premios y palabras



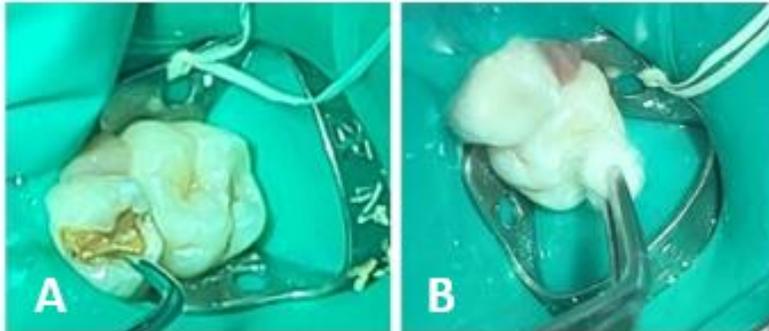
Fuente: propia

Fig. 11: A y B Retiro de tejido cariado en órganos dentales 64 y 65



Fuente: propia

Fig. 12: A y B Colocación de ionómero en órganos dentales 64 y 65



Fuente: propia

Fig. 13: A y B Retiro de tejido cariado, obturación con ionómero y corona acero cromo, sellador de foseas y fisuras en órganos dentales 74 y 75



Fuente: propia

Fig. 14: A, B, C Pulpectomías y sepultamientos en órganos dentales 52 y 62.



Fuente: propia

Fig. 15: A, B, C Fotografías finales de la rehabilitación final.