

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA**



**“TÉCNICAS COMUNICATIVAS PARA EL MANEJO DE
CONDUCTA EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA
PEDIÁTRICA”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA**

PRESENTADO POR:

C.D. MARIANA ROCIO ROMÁN DELGADO

ASESOR:

DR. JORGE LUIS CASTILLO CEVALLOS

TACNA – PERÚ

2019

INDICE

RESUMEN	3
I. INTRODUCCIÓN	4
II. MARCO TEÓRICO	5
1. DESARROLLO DEL NIÑO	5
2. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NIÑO	5
3. FACTORES QUE INFLUYEN EN CONDUCTA DEL NIÑO	7
4. CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE NIÑO SEGÚN SU CONDUCTA	10
5. GUÍA DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO	12
5.1 TÉCNICAS COMUNICATIVAS	13
5.1.1 Técnica decir, mostrar y hacer	13
5.1.2 Desensibilización	14
5.1.3 Modelamiento	15
5.1.4 Manejo de la contingencia	15
5.1.5 Distracción	16
6. PROTOCOLO EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	17
III. DISCUSIÓN	18
IV. CONCLUSIONES	20
V. BIBLIOGRAFÍA	21

RESUMEN

Uno de los principales retos de la Odontología Pediátrica es el manejo de la conducta en los niños, lo cual es fundamental para tener éxito como especialistas.

Desde la etapa de la concepción los seres humanos experimentan procesos de desarrollo en diferente intensidad de acuerdo a la época de vida.

La comunicación entre el niño y el Odontopediatra es de suma importancia en la evolución de un tratamiento. El abordaje durante la consulta es la base para establecer la relación con el niño, la que va a desarrollar una actitud positiva del paciente frente a procedimientos odontológicos.

Las técnicas comunicativas son técnicas de uso en odontología pediátrica tanto con el niño receptivo y no receptivo. Estas técnicas pueden ayudar al niño a desarrollar una actitud positiva hacia la salud oral, minimizando el miedo y la ansiedad que suelen tener; por ello el odontólogo debe brindar empatía al niño y a los padres y explicar los procedimientos con términos que ellos nos puedan entender.

Lo ideal es aplicar la mejor técnica para poder ganarnos la confianza del niño.

Diversos autores describen que la técnica mejor percibida es la técnica decirmostrar-hacer para la atención dental pediátrica y de refuerzo positivo.

I. INTRODUCCION

Un componente esencial en el control de la conducta del paciente pediátrico que pocas veces es tomado en consideración, es la percepción del tratamiento dental por parte de los padres y la ansiedad que esto puede generar en ellos, lo que a su vez pueden transmitir a sus hijos, repercutiendo en el grado de cooperación de éstos dentro del consultorio dental. Esta ansiedad está asociada frecuentemente a la falta de información de los padres respecto a los procedimientos dentales y a las técnicas de manejo conductual. Las técnicas de manejo de conducta son procedimientos que se utilizan para conseguir la aceptación por parte del niño durante la consulta dental, inspirando paralelamente una actitud positiva.

El manejo de conducta del paciente pediátrico es un componente clave para el éxito en la Odontopediatría, considerando estas técnicas como modelos de aprendizaje; este manejo en la niñez temprana, tiene una influencia en el comportamiento del niño, aunque los padres y el entorno juegan un papel importante en la adaptación del infante.

El objetivo de este trabajo es lograr establecer confianza con el niño para así poder disminuir el miedo y la ansiedad durante la atención odontopediátrica y a la vez poder saber seleccionar que tipo de técnica debemos emplear en cada niño según su comportamiento, siempre desarrollando una actitud dental positiva a largo plazo.

El propósito de esta investigación es presentar técnicas comunicativas para el manejo de su conducta durante la atención odontológica y ver cual técnica tiene mayor aceptación tanto por el niño como por los padres.

El criterio de búsqueda fue mediante libros de Odontopediatría y artículos científicos en el Pubmed y google académico con las palabras clave; conducta en niños; temor dental, visita dental, ansiedad en niños.

II. MARCO TEÓRICO

1. DESARROLLO DEL NIÑO

Desde la etapa de la concepción los seres humanos experimentan procesos de desarrollo en diferente intensidad de acuerdo a la época de vida.

Estos procesos involucran:

- Desarrollo físico: comprende el crecimiento corporal, capacidades sensoriales, habilidades motoras y salud.
- Desarrollo cognoscitivo: comprende el aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad.
- Desarrollo psicosocial: incluye la personalidad, vida emocional y relaciones sociales.

Existe un consenso entre los investigadores del desarrollo, en cuanto a que todas estas áreas están interrelacionadas. (1)

2. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NIÑO

El desarrollo psicosocial del niño es el resultado de sus pensamientos y emociones que junto con el ambiente o entorno influyen en su comportamiento; esto es importante desde muy temprana edad ya que influenciará en su futura conducta. Sroufe clasifica el perfil psicosocial de niño por grupo de edades. (1)

2.1 DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 3 AÑOS

En esta etapa el niño no tiene la capacidad para entender y razonar; son totalmente dependientes de otros para satisfacer sus necesidades, es aquí donde se desarrolla un sentido básico de la confianza con sus cuidadores, conocido como apego, (que en la mayoría de los casos es la madre). (1) (2)

Al cumplir el primer año de edad aumentan sus capacidades psicomotoras consiguiendo levantarse solo, caminar y jugar con diferentes objetos. Cambian

rápido de un estado a otro y desean las cosas inmediatamente; no les gustan que los sujeten. (2)

Al cumplir los 2 años desean hacer las cosas sin ayuda; prefieren el juego solitario y a menudo no comparten las cosas. La enseñanza en el uso del baño es un paso importante hacia su independencia. Al término de esta etapa el niño ya se comunica verbalmente y utiliza un número de palabras suficientes para hacerse entender y formar pequeñas frases.

2.2 De 3-6 AÑOS

Se inicia el desarrollo del auto concepto y autoestima. El niño va descubriendo sus diferentes emociones y debe distinguir entre las positivas y las negativas. En esta etapa gustan de agradar a los demás con su ropa o diferentes actividades, son muy buenos conversadores y gustan de escuchar y contar cuentos. Su imaginación está muy desarrollada y presentan temores específicos. (1)

Ellos empezarán la escolaridad, lo que ayudará y facilitará la ampliación de su vocabulario y desarrollan su memoria con base a las palabras que aprenden.

Para el tratamiento odontológico, pueden separarse de sus padres, pero también pueden presentar una reacción exagerada al dolor o a la molestia durante los procedimientos; por otro lado, la curiosidad del niño puede hacer que se retrase el tratamiento ya que son muy conversadores. (1)

2.3 De 6-12 AÑOS

Se intensifican las actividades escolares. El desarrollo cognitivo es muy marcado. Se convierten en parte de un grupo específico de amigos, y buscan su identidad y aceptación. Tienen temor al ridículo, a los fracasos y al daño corporal. Desarrollan sensaciones de ansiedad y preocupación. Conforme van creciendo dejan de gustar de las formas evidentes de cariño. (1)

Para el tratamiento odontológico el profesional debe adecuar sus actitudes y lenguaje al desarrollo cognitivo del niño ya que sentirá temor al daño físico, sin embargo, será capaz de entender explicaciones, y mientras se va acercando al

final de esta etapa se le puede inculcar sobre el cuidado de su salud bucal y el desarrollo de buenos hábitos. (1) (2)

2.4 De 12-18 AÑOS (ADOLECENTES)

Esta es una etapa particular en el desarrollo de la personalidad; Es una etapa crítica ya que se producen una serie de transformaciones en los aspectos físicos, fisiológicos y psicológicos que los hacen tener sentimientos de indecisión; la relación con los padres disminuye y buscan su independencia. (1) (2)

Para el tratamiento dental debe disminuir la función de los padres en el cuidado dental en el hogar y poner en práctica la responsabilidad del adolescente para cumplir con su rol de salud bucal. Debemos evitar tratarlo con autoridad, no utilizar la crítica ni entrar en discusiones con ellos, compartir los tratamientos con ellos y hacerles partícipes de las decisiones. (2)

3. FACTORES QUE INFLUYEN EN CONDUCTA DEL NIÑO

Las reacciones del niño frente al tratamiento odontológico son el resultado de una serie de variables del ambiente en que se desarrolla física y psicológicamente. Estas son:

3.1 FACTORES BIOLÓGICOS: Se dan desde el nacimiento y estos se subdividen en:

3.1.1 BIOLÓGICOS: Son determinados genéticamente (la herencia).

3.1.2 NO BIOLÓGICOS: se produce falta de oxígeno durante el parto.

3.2 FACTORES AMBIENTALES

3.2.1 PADRES Y ENTORNO FAMILIAR

Los padres cumplen un papel muy importante ya que ellos son los encargados de modelar la conducta del niño, generalmente la madre influenciara más que el padre en la conducta de los niños en la consulta odontológica.(1)

Se debe enseñar al niño que no hay que temer al Odontólogo y nunca debe utilizarse a esta como una amenaza o castigo. (por ejemplo, si comes dulces te llevare al dentista). (3)

El rol que juegan los padres en la consulta odontológica es de suma importancia ya que ellos pueden ser transmisores de miedos a los niños, la ansiedad de los padres, influirá negativamente en la colaboración del niño sobretodo en edades inferiores de los 4 años, esto queda demostrado en un estudio llevado a cabo por Peretz Y cols. El padre o el familiar que acude al odontólogo con el niño “**NO debe influir negativamente en él ya que le transmite ciertos miedos**” por ejemplo: Si te portas mal le diré que te coloquen inyección. (1)

Los niños menores acompañados por un hermano mayor demostraron una conducta más positiva al entrar al consultorio que aquellos que entraron solos, el efecto fue mejor a los 4 años. (1)

3.2.2 LA ESCUELA

Los maestros cumplen un rol importante para orientar adecuadamente tanto a los padres como a los niños, preparándoles para futuras experiencias. A la vez en el mismo entorno puede haber comentarios negativos hacia el odontólogo y crea miedo y sugestión a los niños que aún no han vivido dichas experiencias. (2)

3.2.3 MEDIOS INFORMATIVOS

En muchas ocasiones existe información que pueden ser vistos u oídos por los niños y por ende pueden quedar grabados en el subconsciente y a la vez lo relacionan cuando van a tener alguna experiencia similar. Los medios de comunicación con frecuencia presentan al odontólogo como aquella persona que causa dolor y ansiedad creando miedo en el niño. (1)

3.2.4 ANTECEDENTES PREVIOS

Estos antecedentes son muy difíciles de corregir, ya que el niño ha tenido una mala experiencia odontológica y él sabrá que procedimiento le causará alguna molestia o dolor, por tanto, no se le puede engañar al niño.

A la vez tenemos que tener en cuenta ciertos comportamientos para que pueda tener éxito nuestro tratamiento dental y estos pueden ser:

➤ **EL COMPORTAMIENTO DEL EQUIPO DENTAL**

El personal puede desempeñar un papel importante en la orientación de la conducta. El recepcionista tendrá el primer contacto con un padre de familia preocupado, por lo general suele ser a través de una conversación telefónica. La información proporcionada a los padres antes de una cita ayudará a crear expectativas para la visita inicial. Es necesario tener acceso a internet y páginas web ya que así introducimos a los padres a la práctica odontológica y esto nos ayudará a los padres y a los hijos a estar preparados a la consulta odontológica.(4)

La manera como es bienvenido el niño en la práctica puede influir en el comportamiento futuro del paciente.

El equipo odontológico debe trabajar junto en comunicación con los padres y pacientes. (3)

➤ **EL COMPORTAMIENTO DEL ODONTÓLOGO.**

El comportamiento de la comunicación de los dentistas es un factor importante en la satisfacción del paciente. El dentista debe reconocer y saber que no todos los padres desean participar en el tratamiento.

El odontólogo debe proyectar una imagen de sensibilidad, debe basarse en la capacidad de apoyar al niño y ayudarlo a responder eficazmente a los desafíos de la situación odontológica, debe tener en cuenta los sentimientos del niño, reconocerlos y hablar de ellos, los temores deben tratarse abiertamente para ayudar al niño a identificar sus preocupaciones más comunes en la práctica odontológica y explicar los procedimientos para ayudar a aliviar los temores. (4)

Actitudes que tiene que tener:

- Permitir que el niño exprese su sentimiento.
- Estimularlos cuando muestre una conducta aceptable.
- Escuchar los comentarios de los niños cuando ellos deseen hablar.
- Brindar seguridad a los niños.
- Tratar al niño con familiaridad.
- Llamarlo por su nombre.
- Tener una actitud positiva hacia los padres.
- Transmitir a los padres la importancia de la salud bucal.

El odontólogo debe brindar empatía al niño y a los padres y explicar los procedimientos con términos que ellos nos puedan entender.

Lo ideal es aplicar la mejor técnica para poder ganarnos la confianza del niño.

A la vez existen otras variables que están vinculadas directamente con el odontólogo e influirán en la conducta del niño:

- La actividad del odontólogo, ya que este debe tener buenas actitudes para poder apoyar al niño para establecer una conducta adecuada.
- La vestimenta del odontólogo, esta no debe de ser clásica ni de color blanco, ya que esta lo ven relacionado al personaje hospitalario que, en edades tempranas, ha causado temor al niño. El vestuario debe ser atractiva, cómoda con el objetivo de inspirar confianza al niño y hacer que se sienta cómodo.
- Duración y la hora de la cita, por lo general estas deben ser cortas para los infantes ya que serán de mayor aceptación. La consulta debe ser considerada para el niño como un paseo o distracción y debe ser muy agradable.

La hora de atención del niño infante o pacientes no receptivos por lo general son en la mañana ya que el odontólogo y el niño está más descansado y dispuestos para la atención.

- Ambiente físico del consultorio, este debe ser agradable, cómodo, iluminado que llame la atención del niño

4. CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE NIÑO SEGÚN SU CONDUCTA

La mayoría de los niños manifiestan patrones de comportamiento aceptables que permiten que el tratamiento dental se realice sin dificultades. A la vez existen pacientes cuyo comportamiento puede afectar el tratamiento.

Por esta razón el odontólogo debe estar capacitado para categorizar objetivamente la conducta del niño en la experiencia odontológica y clasificarlo de acuerdo a esta. (1)

Las escalas más conocidas para la clasificación de la conducta del niño son:

Según Frankl: (5)

- Tipo 1: Paciente con comportamiento negativo; este rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.
- Tipo 2: Paciente con comportamiento definitivamente negativo; ellos no cooperan, tiene algunas evidencias de actitudes negativas, pero no pronunciadas (ariscas, lejanas).
- Tipo 3: Paciente con comportamiento positivo; ellos aceptan 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: Paciente con comportamiento definitivamente positivo; tienen una buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta. (BORDONI Y COLS., 2010).

Según Castillo: (1996, clasificación utilizada por la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia) (1)

- Paciente receptivo: Paciente cooperador que puede ser atendido en condiciones convencionales. Sin embargo, hay una variación del comportamiento inicial, algunos pacientes tienen una conducta no cooperadora en su primera experiencia; sin embargo, son cooperadores

potenciales que con un buen manejo se convierten en pacientes receptivos.

- Paciente no receptivo: Paciente que presenta comportamientos exagerados como rebeldía, hiperactividad, temor y ansiedad, el cual requiere ser atendido bajo condiciones y técnicas especiales.
- Paciente físicamente impedido: Todo paciente con un impedimento físico, sordera, ceguera, motricidad alterada, mudez, etc.
- Paciente física y mentalmente impedido: Paciente en el que su desarrollo psicológico como mental y coeficiente de inteligencia están disminuidos hasta alcanzar en los más graves el retardo mental severo.
- Paciente infante: Pacientes muy pequeños, cuya maduración psicológica no les permite colaborar.

5. GUIA DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica la guía de conducta son técnicas que los relaciona al odontólogo, el equipo dental, el niño y los padres mediante la comunicación y la educación. (4)

Su objetivo es aliviar el miedo y la ansiedad del niño para poder obtener su cooperación y aceptación del él, el operador debe establecer una adecuada empatía e instalar al niño una actitud positiva hacia la odontología. (1)

Es muy importante que los padres tengan aceptación por las diversas técnicas de manejo de la conducta que son utilizados por los Odontólogos.

Según Pinkham (1995) las técnicas de manejo de conducta se clasifican en:

- Técnicas no farmacológicas.
 - Técnicas Comunicativas.
 - Técnica decir, mostrar y hacer.
 - Desensibilización.
 - Modelamiento.
 - Manejo de la contingencia.
 - Distracción. ○ Técnicas Adversivas.

- Control de la voz.
 - Mano sobre la boca.
 - Abre boca o apoyo de mordida.
 - Estabilización protectora (restricción física).
- Técnicas Farmacológicas
 - Sedación mínima (Ansiólisis).
 - Sedación moderada o sedación consciente.
 - Sedación profunda.
 - Anestesia general.

A continuación, desarrollaremos sobre las técnicas comunicativas

5.1 TÉCNICAS COMUNICATIVAS

Son técnicas de uso en odontología pediátrica tanto con el niño receptivo y no receptivo. Estas técnicas pueden ayudar al niño a desarrollar una actitud positiva hacia la salud oral, minimizando el miedo y la ansiedad que suelen tener. (6)

5.1.1 TÉCNICA DECIR, MOSTRAR Y HACER.

Constituye la técnica más común. Está encaminada a dar seguridad al menor sobre el uso de instrumental que se ocupa durante el tratamiento, esta debe ser corta y fácil de explicar.

El objetivo de esta técnica es enseñar los aspectos importantes de la visita odontológica y familiarizar al paciente con los elementos del consultorio y modelar la respuesta del paciente frente a los tratamientos a través de la desensibilización, con expectativas claramente definidas.

Esta técnica se aplica en pacientes que vienen por primera vez al odontológico o que habiéndolo hecho antes no se obtuvo introducir al mundo odontológico, y también cada vez que se realice un tratamiento nuevo o diferente a los ya efectuados; sirve para prevenir el inicio y posterior desarrollo de temores odontológicos. (5)

Esta técnica la prefieren más los padres y odontólogo, esta técnica se debe hacer en forma sistemática.

Primero se le explica al niño como se va a efectuar el tratamiento, luego se muestra fuera de la boca y finalmente se realiza el tratamiento explicado. (3)
 Existen eufemismos que nos ayuda al dentista para definir nuevas sensaciones y estas pueden ser: (3)

Dispositivos	Eufemismo
Dique de goma	Cama elástica impermeable
Pieza de mano de alta velocidad	El Sr. Silbato
Pieza de baja velocidad (micromotor)	El cosquillitas
clamp	Anillo de diente
Succión de saliva	El Sr. Delgado
Restauración de amalgama	Estrella plateada
Corona de acero inoxidable	El sombrero de la princesa
Lámpara de fotocurado	Flash
Acido grabador	Champú azul
Resina	Pintura del diente
cemento	Pegamento del diente



5.1.2 DESENSIBILIZACIÓN.

Esta técnica nos recomienda abordar el tratamiento del paciente desde la actividad de menor complejidad hasta la de mayor complejidad. (6)

5.1.3 MODELAMIENTO.

En esta técnica el operador puede hacer sentir al niño con mayor seguridad permitiendo observar el comportamiento de otros pacientes durante la consulta odontológica. (7)

Por lo general el niño aprende por imitación, el modelo tiene que tener un buen comportamiento para poder imitarlo. (6)

El niño puede ver por fotos, videos o en vivo a un paciente colaborador al que se le esté realizando un tratamiento parecido y el niño pueda copiar su buen ejemplo. En caso que sean hermanos tener en cuenta que el modelo debe ser el niño menos ansioso y no necesariamente el mayor. (6)

5.1.4 MANEJO DE LA CONTINGENCIA.

Este es un método efectivo para lograr una conducta deseada y mantenerla para darle un refuerzo o reforzador después que presenta la conducta deseada. Premiar al niño mediante halagos y/o regalos (refuerzos positivos) por su buen comportamiento al final del tratamiento o bien retirar el refuerzo si su conducta no es la adecuada (refuerzo negativo). (6)

Los premios pueden ser ponerle un sello, entregarle un globo después del tratamiento; es necesario ponerle énfasis en la entrega del refuerzo de tal modo que la conducta sea repetida en la próxima consulta.

Estos pueden ser clasificados: (1)

- Materiales: recompensas y juguetes.
- Sociales: modulación de la voz, expresión facial, elogios verbales, y demostraciones físicas de afecto.
- De actividad: se le da la oportunidad de participar en alguna actividad deseada.



5.1.5 DISTRACCIÓN.

Consiste en desviar la atención del niño de lo que pueda considerar incomodo o desagradable, preguntándole sobre sus actividades, contándole una historia o utilizar marionetas o juguetes que sean de su agrado.

Su objetivo es disminuir la percepción de los estímulos desagradables y evitar conductas negativas o de rechazo.

Existen muchas alternativas como darle un pequeño descanso al niño durante un tratamiento estresante, o también que tenga la posibilidad de escuchar un cuento, ver una película o escuchar música de su agrado; otra forma de poder distraer al niño cuando se realice un paso que pueda causar incomodidad por ejemplo al momento de colocarle anestesia o al momento de luxar un diente se le puede indicar para que coincida con el levantamiento de una pierna o presionar su barriguita o algún elemento que se le haya podido entregar antes . (8). Esto se debe realizar como si fuera un juego entre odontólogo y niño. Se puede utilizar en cualquier tipo de paciente.

Esta técnica es ideal para procedimientos que incluyan la administración de la anestesia para el manejo del dolor. (9)



6. PROTOCOLO EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

1ERA VISITA DENTAL. (5)

- Esta debe ser agradable, positiva y lo más simple para empezar entrar en confianza con el niño y se pueda sentir cómodo en el ambiente odontológico.
- Se realiza tratamientos de los más sencillos a los más complejos, aquí se podría emplear la técnica Decir, mostrar y hacer, ya que con esta técnica se introduce al niño a la consulta odontológica.
- Los procedimientos simples pueden ser: examen clínico, toma de radiografías, profilaxis y flúor, aquí podríamos realizarlo con el uso de un peluche dinámico que tiene sus dientes mediante de la técnica de modelamiento.
- Se debe firmar el consentimiento informado De acuerdo con la Academia Americana de Odontología Pediátrica, es recomendable mantener informados a los padres, cuando sea necesario el uso de técnicas de manejo de la conducta.
- Posterior a esta visita el niño ya se familiariza con el consultorio y lo citamos para su siguiente cita, para seguir manejando su conducta y a la vez para seguir con el procedimiento dental.

III. DISCUSIÓN

Isabel Calero, Lina Aristizabal, Judy Villavicencio nos dice según la evidencia científica, que una de las técnicas más usada es la técnica decir-mostrar-hacer y ellos establecen que hay una relación en la comunicación con los padres y su participación ya que son una herramienta vital en el comportamiento del niño. Se revisó otra investigación y tuvo similitud con el estudio anterior ya que este estudio el padre participará dando su punto de aceptación hacia las técnicas no farmacológicas para el manejo conductual; donde se tuvieron dos grupos: grupo A con explicación por escrito y fotografías de las técnicas y grupo B sólo con fotografías, cada padre respondió una encuesta donde el lenguaje pediátrico y la técnica decir-mostrar-hacer fueron las más aceptadas por parte de ellos. A la vez hubo otro estudio con características similares hecho para los padres donde fueron divididos en tres grupos de acuerdo al método de información transmitido: exposición oral, video e información escrita. Los resultados mostraron que la técnica mejor percibida es la técnica decir-mostrar-hacer y la menos aceptada es la técnica de anestesia general; se observó que el método de información oral es el que generó menor ansiedad en los padres, mientras que la información transmitida a través de un video generó la mayor ansiedad.

La técnica decir, mostrar en los tres estudios tuvieron similitud ya que tuvo mayor aceptación por parte de los padres para el manejo conductual de los niños; el método de información oral tiene mejor aceptación por parte de ellos y generó menor ansiedad por parte de los padres. Estos tres estudios nos recomiendan tener mayor énfasis en la explicación que se da a los padres acerca de los procedimientos a realizar con sus hijos.

Otros estudios nos mencionan sobre la técnica de distracción usando gafas de video durante del tratamiento dental, donde 61 niños usaron anteojos audiovisuales y 59 recibieron tratamiento dental bajo sedación con óxido nitroso, los resultados mostraron excelente para el 70% de niños, muy bueno para el 19 %, bueno para el 6 % y abordados solo el 5%; por tanto, el 85% de los niños,

incluidos aquellos con puntajes bajos de Frankl, estaban satisfechos con los anteojos AVD. La satisfacción de los padres y los clínicos también fue alta (9).

Existió similitud con otro estudio revisado por Mikala A. Hoge, Mónica R. Howard, Dustin P. Wallace, Keith D. Allen, donde Ciento veintiocho niños de 4 a 16 años fueron reclutados de una muestra de pacientes atendidos en una clínica dental urbana ahí se obtuvieron observaciones directas de angustia, medidas de dolor autoinformadas y satisfacción del paciente; en un ensayo clínico aleatorizado que comparó 2 tipos diferentes de gafas: gafas de video envolventes; y gafas de sol, encontraron que los niños que usan lentes de video demostraron un comportamiento perturbador significativamente menor que los del grupo de control y que les gustaron mucho más sus gafas que las que usaban gafas de sol normales (11). Otros autores realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas (PubMed, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados y Embase). Se analizó la información sobre la ansiedad, el dolor, los comportamientos, los signos vitales (incluida la presión arterial, la saturación de oxígeno y la frecuencia del pulso) y la satisfacción de los niños. Cuyos resultados, indicaron una diferencia significativa en el dolor y el comportamiento entre el grupo audiovisual y el grupo de control. Tres estudios informaron que los niños del grupo audiovisual preferían el uso de un dispositivo audiovisual para futuras consultas dentales; existe discrepancia con las anteriores investigaciones ya que nos indica que existe evidencia de baja calidad que sugiere que el uso de distracciones audiovisuales durante el tratamiento dental puede aliviar la ansiedad dental de los niños.

Sobre la base de aceptación de los padres en el uso de técnicas de conducta en un estudio las técnicas se clasificaron en tres: decir-mostrar-hacer, el refuerzo positivo y la distracción como técnicas muy aceptables con más del 75% de aceptación.

IV. CONCLUSIONES

Esta revisión nos sirve como herramienta de consulta y apoyo al conocimiento sobre las conductas específicas de los niños en la niñez temprana y su tratamiento, el especialista debe manejar las técnicas de manejo

Se tiene que manejar la conducta del niño en la consulta odontopediátrica, para lograr mantener la cooperación de éste durante el tratamiento, utilizando procesos de enseñanza-aprendizaje, fomentando en el niño una actitud positiva hacia el ambiente odontopediátrico.

No existe una técnica determinada para manejar la conducta en el niño, ya que cada niño presenta un comportamiento diferente acorde a la edad.

La técnica Decir, mostrar y hacer tuvo mejores resultados y la mayoría de estas ofrecía presentes a los niños con la técnica de la contingencia.

V. BIBLIOGRAFIA

1. Catillo R, Perona G, Kanashiro C, Perea M, Silva F. Estomatología Pediátrica. 1era ed. Madrid: Ripano; 2014; 4:71-90.
2. Ayala C. Manejo conductual, dolor, miedo, ansiedad y estrés en la práctica odontopediátrica. *OdontoPediatria Actual*. 2013; 24-27.
3. Janice A, Townsend, Martha H, Wells. Behavior Guidance of the Pediatric Dental Patient. (24):352-370.
4. Academia Americana de Odontología Pediátrica. Orientación comportamiento para el paciente el paciente pediátrico Dental. Manual de referencia. 2015; 40(6): 254-265.
5. Rodríguez S, Pinto F, Alcocer J. Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil. *Odontologia vital*. 2009; (2):58-68.
6. Abanto J, Pinto K, Bönecker M, Nahás F, Salete M. Propuestas nofarmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Revista Estomatológica Herediana*. 2010; 20(2).
7. Machen JB, Johnson R. Desensitization, Model Learning, and the Dental Behavior of Children. *J Dent Res*. 1974;53(1):83-7.
8. Yunkun L, Zhiyu G, Yan W, Qi W, Vivian C, Xin X, Xuedong Z. Effect of audiovisual distraction on the management of dental anxiety in children: A systematic review. *Journal Paediatr Dent*. 2019; 29:14–21.
9. Ram D, Shapira J, Holan G, Magora F, Cohen S, Davidovich E. Audiovisual video eyeglass distraction during dental treatment in children. *Quintessence International*. 2010; (41):673-679.

10. García Y, Ríos R, Cuairán V, Gaitán L. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. *Revista Odontológica Mexicana*. 2006;10 (3): 126-130.
11. Hoge M, Howard M, Wallace D, Alle K. Use of Video Eyewear to Manage Distress in Children During Restorative Dental Treatment. *Scientific Article*. 2014; (34):378-382.