

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ODONTOPEDIATRÍA



MANEJO CONDUCTUAL NO FARMACOLÓGICO EN
ODONTOPEDIATRÍA

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADA POR:
C.D. LUZ KARINA QUENTA CHURA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ODONTOPEDIATRÍA

TACNA - PERÚ
2024

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, L U Z K A R I N A Q U E N T A C H U R A , en calidad de egresado de la Sección de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 43479243, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

“MANEJO DE CONDUCTA NO FARMACOLOGICO EN ODONTOPEDIATRIA”

Asesorada por C.D.ESP. LEANDRA DEL CARMEN RIOS LLANCA, la cual presente para optar el: Título Profesional de Segunda Especialidad en ODONTOPEDIATRIA

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 43479243

Fecha: 14/05/24

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	4
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS.....	5
RESUMEN.....	6
AGRADECIMIENTO.....	7
INTRODUCCIÓN	8
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	9
JUSTIFICACIÓN	11
METODOLOGÍA	12
CUERPO DEL TRABAJO	15
1. Desarrollo De los Niños/as.....	15
2. Desarrollo psicosocial del niño.	15
3. Factores que influyen en conducta del niño.....	18
4. El Comportamiento Del Equipo Dental.	22
5. Clasificación del paciente niño según su conducta.....	24

6. Técnicas de manejo conductual utilizados por los odontólogos.	25
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	54
BIBLIOGRAFÍA.....	55
Anexos.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Técnicas de manejo no farmacológico	65
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	
Diagrama de flujo del proceso de búsqueda adecuado del modelo PRISMA para revisiones sistemáticas.....	12
Figura 2. Tipos de restricciones física	33
Figura 3. La madre estaría echada en la silla odontológica. Frente al niño de cúbito apoyada sobre los codos y así restringir las manos y las piernas del hijo.	36
Figura 4 La madre podría estar sentada en la silla en posición de montar, frente al niño.	36
Figura 5 La madre podrá echarse de cúbito dorsal en la silla dental y el niño quedará echado sobre su tórax. Donde la auxiliar sujetara la cabeza del niño. y la madre estará atenta a los movimientos de las piernas y brazos.	36

RESUMEN

El manejo de conducta en la consulta 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 positiva en el comportamiento del niño, aunque los padres y el entorno juegan un papel importante en la adaptación del infante.

Un elemento esencial en el control de la conducta del paciente pediátrico que pocas veces es tomado en consideración, es la percepción por parte de los padres del tratamiento dental y la ansiedad que esto puede generar en ellos, lo que a su vez pueden transmitir a sus hijos, influyendo 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.

Palabras Claves:

Manejo de conducta no farmacológico, odontopediatría.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitir lograr los objetivos que me he trazado en el aspecto académico.

A mi familia, quienes me impulsan al continuo desarrollo profesional y son un pilar importante en mi vida.

A mis padres gran ejemplo de superación, de fortaleza y coraje.

A mi hermana Marisabel por su ejemplo constante a la excelencia y Rosmery por ser mi persona vitamina.

A mis tesoros Patricia Saraí y Thiago Mateo por ser mi impulso a seguir adelante cada día.

A Guido Enzo por brindarme cariño, amor y comprensión apoyo a lo largo de mi formación como especialista.

INTRODUCCIÓN

La odontología pediátrica, se centra específicamente en brindar atención dental a los niños. Un aspecto crucial de esta rama implica el empleo de técnicas de manejo del comportamiento no farmacológico para garantizar un tratamiento exitoso a pacientes en la primera etapa de sus vidas.

En el campo de la atención odontológica pediátrica, no es raro encontrar niños que exhiban comportamientos poco cooperativos o poco receptivos debido a su corta edad, miedo al tratamiento dental, miedo al cuidado dental o incluso ansiedad transmitida por sus padres. Estos comportamientos pueden dificultar en gran medida el manejo adecuado del niño durante los procedimientos dentales (1). Por lo tanto, es fundamental que el profesional dental responsable gestione eficazmente el comportamiento de los pacientes pediátricos. No hacerlo puede provocar tiempos de espera prolongados entre citas, una mayor complejidad de los procedimientos dentales e incluso cancelaciones de citas. Esto, a su vez, puede provocar una pérdida de interés por mantener una buena salud bucal y un deterioro paulatino de la salud dental (2). La Academia Americana de Odontopediatría (3), reconoce la importancia de la atención individualizada y compasiva para cada paciente durante el tratamiento dental. En consecuencia, se han implementado diversas técnicas de manejo del comportamiento para garantizar la práctica segura de la odontología pediátrica.

La utilización de técnicas de manejo del comportamiento es crucial para crear un ambiente cómodo y cooperativo para los niños durante las visitas al dentista, con el objetivo final de cultivar una percepción positiva del cuidado dental. (4). Las técnicas de manejo de conducta las cuales pueden ser agrupadas en: farmacológicas y no farmacológicas. (5)

Numerosas alternativas técnicas no farmacológicas han obtenido una aceptación significativa tanto por parte de los padres como de los pacientes, demostrando su eficacia para abordar los problemas de ansiedad dental entre los niños sometidos a tratamiento dental. (6)

A través del examen de la literatura científica, esta investigación pretende ayudar a los odontopediatras a seleccionar la técnica más adecuada y proporcionar información y recomendaciones valiosas para mejorar la calidad de la atención dental de los niños.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El manejo de la conducta de un niño dentro de un entorno dental es un aspecto de rutina tanto del cuidado dental general como del campo especializado de la odontología pediátrica. El objetivo principal en este campo es establecer una relación de confianza que fomente una actitud positiva y duradera hacia el cuidado dental. Sin embargo, gestionar satisfactoriamente la conducta de un niño y facilitar su cooperación puede presentar desafíos que obstaculicen el progreso del tratamiento. El éxito de esta tarea depende de la capacidad del operador para comprender la personalidad única de cada paciente y ejercer un buen criterio. Para lograr esto, es esencial que el operador posea una comprensión integral de diversas técnicas de adaptación conductual y las emplee de manera adecuada, particularmente cuando aborda factores como el miedo y la ansiedad.

Los padres a menudo rechazan las técnicas tradicionales e invasivas de manejo del comportamiento, como la restricción física y la sedación consciente, debido a la preocupación sobre el impacto potencial en el bienestar emocional de sus hijos.(7)

Por tal motivo, en la actualidad se puede optar por hacer uso de técnicas alternativas no farmacológicas. Al respecto existen muchas carencias por parte del profesional; ésta problemática requiere que el profesional tenga los

conocimientos necesarios, actualizados y así elija la técnica más adecuada para cada paciente y brindar un tratamiento seguro y de alta calidad.

La presente investigación es un estudio retrospectivo, de revisión de publicaciones entre los años los años 2000 a la actualidad, se realizó una búsqueda bibliográfica de las publicaciones existentes que figuran en las bases de datos principalmente de Pub Med, Scielo, Google Académico, Dialnet, Redalyc y Revistas odontológicas. La estrategia empleada fue de búsqueda estándar y avanzada empleando los siguientes términos: “Manejo de conducta, odontopediatría, temor dental, visita dental, ansiedad en niños, miedo dental, técnicas de conducta no farmacológica, restricción física, métodos de distracción.

JUSTIFICACIÓN

Navegar con éxito en el campo de la odontología pediátrica requiere manejar con habilidad la tarea crucial del manejo del comportamiento en los niños, lo que se presenta como uno de los principales desafíos para los especialistas.(8)

Para abordar la falta de conocimiento sobre los métodos de control de la conducta en niños sometidos a tratamiento dental, particularmente en el campo de la odontología pediátrica, se han realizado extensas revisiones de la literatura. Estos estudios han destacado las posibles consecuencias negativas que surgen de un manejo inadecuado del comportamiento de los niños durante los procedimientos dentales.

Dada la gran demanda actual de tratamientos correctivos, es fundamental comprender los efectos a largo plazo de estas intervenciones. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo proporcionar información valiosa tanto para los profesionales de la salud como para el público en general. La importancia de esta investigación se extiende más allá de los círculos académicos, ya que busca determinar la efectividad de técnicas no farmacológicas alternativas en el manejo de la ansiedad entre pacientes pediátricos durante los tratamientos dentales. Al ofrecer a padres y pacientes opciones de tratamiento adicionales a un costo relativamente bajo en comparación con la sedación consciente o la restricción física, este estudio tiene una inmensa importancia social. Sus hallazgos contribuirán a mejorar la calidad general de la atención dental de los niños, garantizando su comodidad y bienestar durante todo el proceso de tratamiento.

METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio retrospectivo, de revisión de publicaciones entre los años los años 2000 a la actualidad, se realizó una búsqueda bibliográfica de las publicaciones existentes que figuran en las bases de datos principalmente de Pub Med, Scielo, Google Académico, Dialnet, Redalyc y Revistas odontológicas. La estrategia empleada fue de búsqueda estándar y avanzada empleando los siguientes términos: “Manejo de conducta, odontopediatría, temor dental, visita dental, ansiedad en niños, miedo dental, técnicas de conducta no farmacológica, restricción física, métodos de distracción, para luego seleccionarlos mediante una serie de criterios de inclusión.

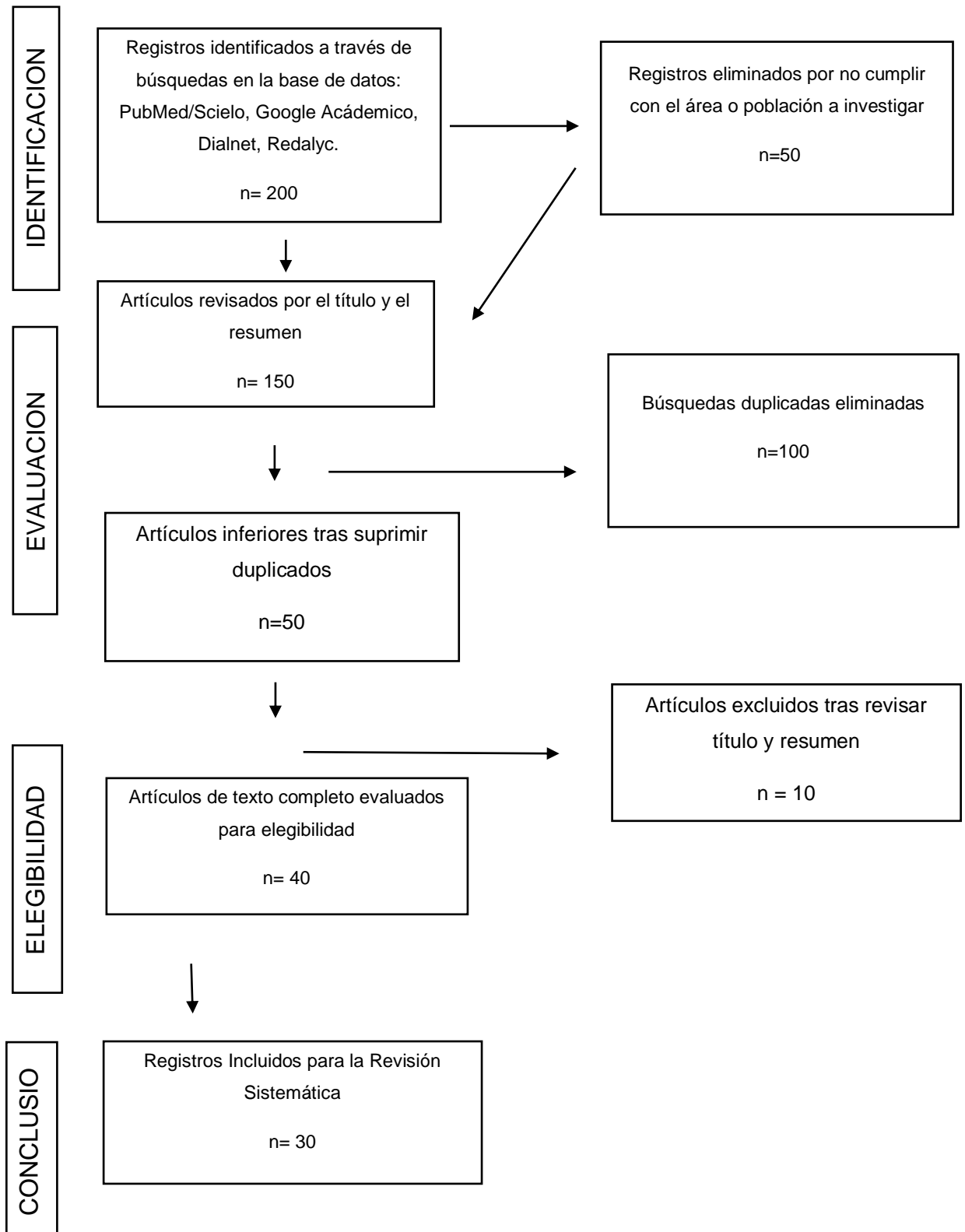
La recopilación de esta investigación se realizó mediante la lectura de sus resúmenes, descartando los redundantes. Posteriormente se leyó por completo los artículos y basándose en los criterios de inclusión se seleccionó a los artículos definitivos, correspondiendo a la totalidad de 30 artículos.

De los 200 artículos elegidos al inicio para este estudio se eliminaron posteriormente a 50 ya que no cumplían con los requisitos establecidos en este proceso selectivo, se eliminó de las 150 a 100 ya que estaban duplicadas. De los 50 artículos se excluyó 10 por no coincidir con el tema de estudio. Quedaron 40 artículos. Por lo tanto, quedaron seleccionados en la muestra 30 artículos, los cuales se utilizaron para realizar la discusión. (Fig.1). Los criterios inclusión establecidos fueron: Artículos relacionados a ansiedad dental, miedo o temor a tratamientos dentales en niños, sobre ansiedad odontológica, técnicas no farmacológicas en odontología, técnicas de distracción y manejo del comportamiento en niños, sobre la influencia de la música ante la consulta odontológica en niños y eficacia de técnicas en odontopediatría.

Los criterios de exclusión fueron: Artículos duplicados, y artículos que no presenten el texto completo.

Figura 2

Diagrama de flujo del proceso de búsqueda adecuado del modelo PRISMA para revisiones sistemáticas



Procedimiento de recojo de datos: La estrategia se sistematizó empleando una matriz de cálculo en Excel, resaltando y anotando los objetivos y resultados, que siguieron los estudios. (Ver anexo Tabla 1)

CUERPO DEL TRABAJO

1. Desarrollo De los Niños/as

A lo largo de las distintas etapas de la vida, los individuos pasan por distintos procesos de desarrollo que varían en intensidad desde el momento de la concepción. Estos procesos abarcan: El crecimiento y la maduración del cuerpo, incluidas las capacidades sensoriales, las habilidades motoras y la salud en general, se incluyen en la categoría de desarrollo físico. El desarrollo cognitivo abarca varios aspectos del crecimiento mental, como el aprendizaje, la memoria, la adquisición del lenguaje, el pensamiento crítico y la capacidad de pensamiento creativo. (9)

2. Desarrollo psicosocial del niño.

El desarrollo psicosocial abarca varios aspectos como la personalidad, el bienestar emocional y las interacciones sociales. Los investigadores del desarrollo coinciden ampliamente en que estos elementos desempeñan un papel crucial en el crecimiento y la maduración general. (8)

2.1. Desde el nacimiento hasta los 3 años.

El desarrollo del bienestar psicosocial del niño. El desarrollo de las capacidades psicosociales de un niño está determinado por sus pensamientos y emociones, así como por el impacto de su entorno, que colectivamente influyen en su comportamiento. Este aspecto de su desarrollo tiene una importancia significativa incluso desde una edad temprana, ya que tiene el potencial de moldear sus acciones futuras.

Durante los tres primeros años de vida, desde el nacimiento hasta los tres años. Durante esta fase, el niño carece de capacidad de comprensión y pensamiento lógico. Depende completamente de otros para satisfacer sus necesidades, fomentando así la formación de un vínculo fundamental de dependencia y seguridad con sus cuidadores principales, también la madre. A medida que se acercan al año, sus habilidades psicomotoras avanzan, lo que les permite pararse, caminar y participar en interacciones lúdicas con diversos elementos de forma independiente. Sus transiciones entre estados son rápidas y poseen un deseo insaciable de gratificación instantánea. Se resisten a ser confinados o restringidos de cualquier forma. Cuando llegan a los 2 años, luchan por la independencia y la autonomía, buscando realizar tareas sin ayuda. Su tiempo de juego suele ser solitario, ya que no están dispuestos a compartir sus pertenencias. El proceso de aprender a ir al baño marca un hito importante en el camino de un niño hacia la independencia. Al finalizar esta etapa, el niño ha desarrollado habilidades de comunicación verbal y posee un vocabulario adecuado para expresarse exitosamente y construir oraciones simples. (10)

2.2. De 3-6 AÑOS.

Entre las edades de 3 y 6 años, los niños experimentan hitos importantes en el desarrollo. Durante esta etapa del desarrollo, los niños emprenden el viaje de autodescubrimiento, formando su autoconcepto y su autoestima. Se vuelven conscientes de sus diversas emociones y aprenden a diferenciar entre sentimientos positivos y negativos. En este punto, disfrutan impresionar a los demás mediante la elección de ropa y la participación en diversas actividades. Muestran habilidades de conversación excepcionales, demostrando un entusiasmo por escuchar y compartir historias. Su vívida imaginación florece durante este período, al tiempo que albergan miedos específicos.

El inicio de la educación formal marca un hito importante, ya que ayuda a ampliar su vocabulario y al cultivo de su memoria mediante la adquisición de nuevas palabras. (11)

Durante los procedimientos dentales, los niños pueden experimentar una separación temporal de sus padres, lo que a veces puede provocar que tengan una respuesta amplificada al dolor o la incomodidad. Por el contrario, su naturaleza curiosa y locuaz pueden en ocasiones prolongar el proceso de tratamiento. (8)

2.3. De 6-12 AÑOS.

Durante el rango de edad de 6 a 12 años. A medida que aumentan las actividades escolares, hay un aumento notable en el desarrollo cognitivo. Los estudiantes comienzan a formar vínculos estrechos con un grupo particular de amigos mientras se esfuerzan por encontrar su propia identidad y ganar aceptación. En este proceso, también experimentamos miedo a que se burlen de ellos, a fracasar o a sufrir daño físico. Como resultado, comienzan a surgir sentimientos de ansiedad y preocupación. A medida que los niños maduran, su preferencia por las muestras abiertas de afecto disminuye. Cuando se trata de atención dental, los profesionales deben ajustar su enfoque y estilo de comunicación para alinearlos con el desarrollo cognitivo del niño. Si bien pueden sentir aprensión por posibles daños físicos, son capaces de comprender explicaciones. Hacia el final de esta etapa de desarrollo, también se les puede educar sobre la importancia de mantener la salud bucal y cultivar hábitos positivos. (8)

2.4. De 12-18 AÑOS (Adolescentes).

Jóvenes de 12 a 18 años, conocidos como adolescentes. Durante esta fase del desarrollo de la personalidad, los individuos experimentan un período crucial marcado por cambios significativos en sus aspectos físicos, fisiológicos y psicológicos. Estas transformaciones a menudo generan sentimientos de incertidumbre y vacilación. Además, su conexión con sus

padres disminuye a medida que luchan por lograr una mayor independencia.

Para promover un cuidado dental eficaz, es importante cambiar el enfoque de los padres a los adolescentes y alentarlos a asumir la responsabilidad de su propia salud bucal. Es fundamental evitar enfoques autoritarios, abstenerse de criticar o participar en debates y, en cambio, fomentar un entorno de colaboración involucrándolos en las decisiones de tratamiento y compartir la responsabilidad con ellos.

3. Factores que influyen en conducta del niño

Elementos que impactan el comportamiento del niño Las respuestas del niño al cuidado dental están influenciadas por una multitud de factores presentes en el entorno de desarrollo físico y psicológico del niño. Estos factores incluyen:

3.1 Los factores biológicos

Están presentes desde el momento del nacimiento y pueden clasificarse además en de naturaleza biológica o no biológica. Los factores biológicos se heredan a través de la genética, mientras que los factores no biológicos pueden resultar de la falta de oxígeno durante el proceso del parto.

3.2 Factores ambientales

a) Influencia de los padres y el entorno familiar El papel de los padres en la configuración del comportamiento del niño es crucial, siendo la madre normalmente la que tiene un mayor impacto en su comportamiento durante las consultas dentales. Es fundamental que los padres enseñen a sus hijos que no se debe temer al dentista y que nunca se debe utilizar como forma de castigo o amenaza. Por ejemplo, se debe evitar el uso de frases como "Si comes dulces, te llevaré al dentista". Los padres tienen una influencia significativa en

los miedos de sus hijos, por lo que su papel en las consultas dentales es extremadamente importante. Si los padres experimentan ansiedad, esto puede afectar negativamente la cooperación del niño, especialmente en niños menores de 4 años. Así lo demostró un estudio realizado por Pérez Prieto. (12)

Cuando un niño visita al dentista, es fundamental que el padre o familiar que lo acompañe no tenga un impacto negativo en el niño, ya que esto puede infundir miedo. Por ejemplo, amenazar al niño con una inyección si se porta mal puede ser perjudicial. Curiosamente, los niños más pequeños que van acompañados de un hermano mayor tienden a mostrar un comportamiento más positivo al entrar al consultorio dental en comparación con los que van solos. Este efecto es particularmente pronunciado a la edad de 4 años.

3.2.2 La escuela.

Dentro del entorno educativo, la escuela sirve como una plataforma crucial donde los profesores asumen una responsabilidad importante a la hora de guiar eficazmente a padres e hijos, equipándolos con las herramientas necesarias para afrontar futuros encuentros. Al mismo tiempo, no es raro que en este entorno circulen comentarios negativos sobre la odontología, que infunden miedo e influyen en los niños pequeños que aún no han pasado por ciertas experiencias.

3.2.3 Medios informativos.

Los medios de comunicación desempeñan un papel importante en la configuración de la percepción de los niños, ya que absorben y retienen información que puede influir en su subconsciente. Esta información puede resurgir cuando se encuentren con situaciones similares en el futuro. Desafortunadamente, la representación de los dentistas en los medios de comunicación a menudo los asocia con dolor y ansiedad, lo que infunde miedo en los niños.

3.2.3 Tipos de padres de familia.

La implicación de los padres es vital para salvaguardar la salud bucal de sus hijos. Varias categorías de padres exhiben actitudes y acciones distintas cuando se trata de buscar y mantener atención dental para sus hijos. Los padres dedicados que adoptan un enfoque proactivo hacia la salud dental de sus hijos otorgan gran importancia a realizar controles dentales regulares, implementar tratamientos preventivos y educar a sus hijos sobre prácticas adecuadas de higiene bucal (13). Los padres que exhiben un enfoque pasivo en la crianza de los hijos pueden demostrar una falta de conciencia o interés en el cuidado dental, ignorando potencialmente la importancia de las visitas dentales de rutina y las medidas preventivas para sus hijos. Los padres preocupados a menudo muestran una preocupación excesiva por el bienestar bucal de sus hijos, lo que resulta en una mayor ansiedad y aprensión hacia los procedimientos dentales. Este malestar de los padres puede hacer que pospongan o eviten los tratamientos necesarios, lo que afectará la actitud de sus hijos hacia el cuidado dental (14). Es fundamental abordar las preocupaciones y temores de los padres ansiosos para poder brindar una atención dental óptima a sus hijos. Es imperativo educar a estos padres sobre las ventajas de la odontología preventiva y brindarles orientación sobre cómo pueden promover eficazmente la salud bucal de sus hijos. Al hacerlo, podemos lograr avances significativos para mejorar los resultados dentales generales. (15)

Y que los profesionales de la salud bucal comprendan los diferentes tipos de padres en lo que respecta al cuidado dental, ya que este conocimiento les permite crear intervenciones personalizadas y programas educativos que involucren de manera efectiva a los padres en la promoción de buenas prácticas de higiene bucal y

garantizar el bienestar dental. de sus hijos. Al abordar las diversas actitudes de los padres hacia el cuidado dental, los profesionales de la salud pueden desarrollar estrategias específicas para mejorar la participación de los padres en el mantenimiento de una salud bucal óptima para los niños. (16)

Basándonos en las publicaciones, los tipos de padres de familia que se identifican son los siguientes (17):

Padres Proactivos: Son aquellos que muestran un alto compromiso con la salud y educación de sus hijos, priorizando las visitas regulares al dentista, tratamientos preventivos y la enseñanza de hábitos de higiene bucal adecuados.

Padres Pasivos: Este tipo de padres pueden carecer de interés o conciencia sobre la importancia de la atención dental regular, lo que puede llevar a descuidar la salud bucal de sus hijos.

Padres Ansiosos: Se caracterizan por preocuparse en exceso por la salud dental de sus hijos, pudiendo experimentar miedo o ansiedad respecto a los procedimientos dentales, lo que a veces resulta en retrasos en los tratamientos necesarios.

Padres Desinformados: Son aquellos que carecen de conocimientos sobre prácticas adecuadas de higiene bucal y la importancia de las visitas al dentista, lo que puede deberse a la falta de acceso a información o a malentendidos sobre el cuidado dental.

Estos tipos de padres de familia reflejan diferentes actitudes y comportamientos hacia la atención odontológica de sus hijos. (18)

3.2.4 Antecedentes previos

Los antecedentes del niño suponen un reto a la hora de corregir su historia dental, ya que ha tenido una experiencia negativa que le ha hecho tomar conciencia de qué procedimientos pueden causarle molestias o dolor. Es importante reconocer esto y evitar intentar engañar al niño. demás, para que nuestro tratamiento dental sea

exitoso, debemos considerar ciertos comportamientos que pueden afectar el resultado:

4. El Comportamiento Del Equipo Dental.

La conducta del equipo dental tiene importancia, ya que el personal tiene la capacidad de influir en el comportamiento. Normalmente, la interacción inicial entre un padre preocupado y la recepcionista se produce por teléfono. Al brindarles a los padres información relevante antes de su cita, podemos establecer expectativas claras para su primera visita. Tener acceso a Internet y páginas web es crucial para presentar eficazmente a los padres nuestra práctica dental y garantizar que tanto los padres como los niños estén bien preparados para su consulta dental. La bienvenida inicial y la experiencia del niño en nuestra práctica pueden tener un impacto significativo en su comportamiento futuro como paciente. La comunicación eficaz entre el equipo dental, los padres y los pacientes es crucial para una colaboración perfecta. La satisfacción del paciente está significativamente influenciada por el comportamiento comunicativo de los dentistas. (6)

4.1 El Comportamiento Del Odontólogo.

Es fundamental que el dentista reconozca que no todos los padres están dispuestos a participar en el proceso de tratamiento. El dentista debe transmitir una conducta compasiva, confiando en su capacidad para brindar apoyo al niño y ayudarlo a gestionar exitosamente la experiencia dental. Es importante considerar las emociones del niño, reconocerlas y entablar conversaciones sobre ellas. Abordar abiertamente los miedos es esencial para ayudar al niño a identificar sus preocupaciones comunes sobre los procedimientos dentales y, al mismo tiempo, brindar explicaciones para aliviar esos miedos. (15)

4.2 Las actitudes esenciales a adoptar incluyen:

- Crear un ambiente donde el niño se sienta seguro para expresar sus emociones.
- Proporcionar refuerzo positivo cuando el niño muestra un comportamiento apropiado.
- Preste atención a los comentarios que hacen los niños cuando expresan su deseo de entablar una conversación.
- Garantizar que los niños se sientan seguros y protegidos.
- Mostrar un sentido de familiaridad hacia el niño.
- Diríjase al niño por su nombre.
- Mantener una perspectiva favorable en lo que respecta a los padres.
- Destacar a los padres la importancia de la higiene bucal. (7)

Para generar confianza con el niño y los padres, el dentista debe demostrar empatía y comunicar eficazmente los procedimientos utilizando un lenguaje que les resulte fácilmente comprensible. El objetivo final es emplear la técnica más eficaz que gane la confianza del niño. Al mismo tiempo, existen factores adicionales que tienen una evaluación directa con el dentista y afectarán el comportamiento del niño. Estos incluyen el comportamiento del dentista, ya que debe poseer cualidades positivas que ayuden a guiar al niño hacia un comportamiento adecuado. Además, es crucial que el dentista evite usar vestimenta tradicional o blanca, ya que puede estar asociado con el entorno hospitalario intimidante que históricamente ha infundido miedo en los niños pequeños. En cambio, el dentista debe elegir ropa atractiva y cómoda que inspire confianza y garantice la comodidad del niño. Es aconsejable acortar la duración de la cita cuando se trata de bebés, ya que suelen ser más receptivos en estos casos. La consulta debe abordarse como una experiencia agradable y atractiva para el niño, similar a un paseo o una

forma de distracción. Ambiente físico del consultorio, este debe ser agradable, cómodo, iluminado que llame la atención del niño. (3)

5. Clasificación del paciente niño según su conducta.

La mayoría de los niños exhiben un comportamiento que favorece el éxito del tratamiento dental, permitiendo que los procedimientos se completen sin complicaciones. Sin embargo, hay ciertos pacientes cuyo comportamiento puede tener un impacto en el curso del tratamiento.

Para evaluar con precisión el comportamiento de un niño durante una visita al dentista, es fundamental que el dentista reciba una formación adecuada que le permita evaluar y categorizar objetivamente la conducta del niño. Existen varias escalas bien conocidas con el fin de clasificar el comportamiento infantil en el entorno dental, que incluyen:

Según la perspectiva de Frankl (19) los pacientes se clasifican de la siguiente manera

- Tipo 1: Pacientes que exhiben comportamiento adverso, como rechazo de tratamiento, arrebatos vocales, temor o cualquier otra indicación clara de negatividad extrema.
- Tipo 2: Pacientes que muestran una conducta negativa definida, caracterizada por falta de cooperación y signos sutiles de actitudes negativas, aunque no expresadas abiertamente (como mal humor o distanciamiento emocional).
- Tipo 3: Pacientes que exhiben un comportamiento afirmativo; se someten voluntariamente al tratamiento, a veces con precaución, y demuestran estar dispuestos a seguir las recomendaciones del dentista, aunque a veces con reservas. Sin embargo, al final siguen las instrucciones y cooperan con el dentista.
- Tipo 4: Pacientes con comportamiento innegablemente positivo; estableció una fuerte relación y sinergia con el dentista, mostrando un

interés genuino en los procedimientos dentales y encontrando alegría y diversión en el proceso. (1)

Según la clasificación utilizada por la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, citada por Castillo (20)

- Paciente cooperativo: Un paciente que está dispuesto a recibir tratamiento en circunstancias normales. Es importante señalar que algunos pacientes pueden inicialmente mostrar un comportamiento poco cooperativo, pero con un tratamiento adecuado pueden volverse receptivos y cooperativos.
- Pacientes que no responden: estos pacientes exhiben comportamientos intensificados como desafío, energía excesiva, miedo e inquietud, lo que requiere técnicas y condiciones de atención especializada.
- Pacientes con discapacidades físicas: Esta categoría incluye pacientes con impedimentos físicos, pérdida de audición o visión, función motora limitada y dificultades del habla, entre otros.
- Pacientes con discapacidades físicas y cognitivas: personas que experimentan limitaciones en su desarrollo psicológico, incluido el cociente intelectual y la capacidad mental, lo que a menudo resulta en retraso mental severo en los casos más graves.
- Pacientes pediátricos: Pacientes en sus primeras etapas de desarrollo, cuyo crecimiento psicológico dificulta su capacidad para participar activamente.

6. Técnicas de manejo conductual utilizados por los odontólogos.

Las acciones exhibidas por los individuos en respuesta a su entorno a los estímulos que encuentran se denominan conducta. La práctica del manejo del comportamiento implica emplear estrategias adecuadas para abordar y transformar hábitos indeseables en los humanos, ya que el comportamiento

puede verse influenciado por circunstancias alteradas o factores que causan malestar.

Las técnicas de manejo de conducta se clasifican en (21):

6.1. Técnicas no farmacológicas convencionales.

En el consultorio de odontología pediátrica, la implementación de estrategias de manejo del comportamiento no farmacológico juega un papel vital en el fomento de un ambiente positivo y colaborativo, lo que en última instancia mejora la satisfacción tanto de los niños como de los profesionales de la salud dental. (22)

Técnicas Comunicativas.

- Técnica decir, mostrar y hacer.
- Desensibilización.
- Modelamiento.
- Manejo de la contingencia.
- Distracción.
- Refuerzo positivo

Técnicas Aversivas.

- Control de la voz.
- Mano sobre la boca.
- Abre boca o apoyo de mordida.
- Estabilización protectora (restricción física).

6.2. Técnicas Farmacológicas.

- Sedación mínima (Ansiólisis).
- Sedación moderada o sedación consciente.
- Sedación profunda.
- Anestesia general.(23)

6.1.1 Técnicas Comunicativas

La odontología pediátrica utiliza una variedad de técnicas de comunicación para interactuar exitosamente con los niños, ya sean receptivos o no receptivos. Mediante la implementación de estas técnicas, los profesionales de la salud bucal se esfuerzan por cultivar una actitud positiva hacia el cuidado dental y, en última instancia, aliviar los miedos y ansiedades comunes que experimentan los niños. Entre estas técnicas se encuentra la utilización del lenguaje pediátrico, que implica emplear un lenguaje apropiado para la edad para brindar explicaciones claras y reconfortantes de los procedimientos. (24)

a. Técnica Decir, Mostrar Y Hacer.

La utilización de este método implica un proceso de tres pasos que minimiza efectivamente la ansiedad y fomenta la cooperación en los niños. Primero, se le proporciona al niño una explicación clara del próximo procedimiento, acompañada de una presentación visual de los instrumentos que se utilizarán. Este paso inicial tiene como objetivo inculcar una sensación de seguridad con respecto a los instrumentos empleados durante el tratamiento. La explicación debe ser concisa y fácilmente comprensible(3). El objetivo principal de esta técnica es educar al niño sobre los aspectos esenciales de una visita al dentista y familiarizarlo con los distintos elementos del consultorio dental. Además, sirve para moldear la respuesta del niño a los tratamientos mediante la desensibilización, estableciendo expectativas claras. Esta técnica es especialmente beneficiosa para pacientes que visitan al dentista por primera vez o que no han sido introducidos adecuadamente en el entorno dental en visitas anteriores. Además, se recomienda en cada caso en el que se esté administrando un tratamiento nuevo o diferente, ya que previene

eficazmente la aparición y progresión de los miedos dentales. El proceso comienza con una explicación detallada al niño sobre el procedimiento de tratamiento, seguido de una demostración visual fuera de la boca y, finalmente, culmina con la ejecución del tratamiento explicado.(4)

b. Desensibilización.

El método de desensibilización nos aconseja comenzar la terapia del paciente con la tarea más simple y progresar gradualmente a actividades más desafiantes.(25)

c. Modelamiento.

El modelado es una técnica que implica demostrar el procedimiento a un paciente cooperativo para que el niño pueda observar e imitar el comportamiento. Al permitir que el niño observe a otros pacientes durante la consulta dental, el operador puede ayudar al niño a sentirse más seguro. El niño aprende por eso es importante que el modelo muestre un buen comportamiento. El niño puede observar el modelo a través de fotografías, vídeos o observando a un paciente cooperando recibiendo un tratamiento similar. Es importante señalar que si el modelo es un hermano, se debe elegir como modelo al niño menos ansioso, independientemente de su edad.(26)

d. Manejo de la contingencia.

En el ámbito de la gestión del comportamiento, la gestión de contingencias demuestra ser una estrategia muy exitosa para promover y mantener los comportamientos deseados. Este enfoque implica proporcionar refuerzo o refuerzos positivos una vez que se ha exhibido el comportamiento deseado. Al ofrecer elogios y/o obsequios como recompensa, como estampillas o globos, al niño finalizar el tratamiento, se anima al seguir a seguir

comportándose bien. Por el contrario, si el comportamiento del niño se considera inapropiado, el refuerzo se retiene como una forma de refuerzo negativo (3,6). Es crucial priorizar la entrega consistente de refuerzo para asegurar la repetición de los comportamientos deseados en situaciones futuras.

Estos pueden ser clasificados:

- 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.

e. Refuerzo positivo

Se trata de elogiar y recompensar al niño por su buena conducta durante la consulta dental, fomentando así una actitud positiva hacia el cuidado bucal. (27)

f. Distracción.

Esta técnica implica desviar la atención del niño de cualquier cosa que pueda resultarle incómoda o desagradable. Esto se puede lograr involucrándolos en una conversación sobre sus intereses, compartiendo una historia entretenida o usando sus títulos o juguetes favoritos. El objetivo es redirigir la atención del niño hacia estímulos agradables como juguetes, música o vídeos, con el fin de aliviar la ansiedad y el miedo relacionados con los procedimientos dentales. El objetivo final es minimizar la percepción que tiene el niño de estímulos desagradables y prevenir cualquier conducta negativa o resistente.

Existen varias alternativas disponibles para aliviar el estrés y el malestar que experimenta un niño durante un procedimiento médico. Una opción es brindarle al niño un breve descanso durante

el tratamiento o involucrarlo en actividades que disfrute, como escuchar un cuento, mirar una película o escuchar música. Otro método eficaz es distraer al niño durante pasos potencialmente incómodos, como administrar anestesia o reubicar un diente, indicándole que realice acciones como levantar una pierna o presionar su barriga. Esto puede presentarse como un juego entre el dentista y el niño y es adecuado para pacientes de todas las edades. Esta técnica es particularmente beneficiosa para los procedimientos que implican el uso de anestesia para controlar el dolor. Tener: La utilización de música y narraciones de audio tiene como objetivo aliviar el malestar. La audioanalgesia, que implica el uso de ruido blanco o música a través de equipos de sonido, proporciona alivio del dolor sin necesidad de intervención farmacéutica. La utilización de dispositivos electrónicos, como teléfonos móviles, tabletas y televisores, involucra tanto el sentido de la vista como el oído a través de medios audiovisuales. Esta forma de medio incluye varios programas, como sonidos de cómics, vídeos de cómics y videojuegos. Los estudios han indicado que los vídeos cómics son especialmente favorecidos con el fin de distraer. La aparición de nuevos métodos tecnológicos, como la realidad virtual, ha revolucionado diversas industrias. En odontología, la realidad virtual ofrece un entorno seguro para los pacientes que sufren fobia al tratamiento, brindándoles el apoyo y la asistencia necesarios. Los dispositivos electrónicos avanzados conocidos como gafas de proyección de vídeo utilizan lentes de última generación para crear una experiencia de realidad virtual, sumergiendo al usuario en un entorno alternativo. El objetivo principal de estas gafas es proporcionar una realidad nueva y separada del entorno externo. En el campo de la odontología, estas lentes se emplean para abordar eficazmente la ansiedad y el miedo en pacientes pediátricos.(28)

Las ventajas de la distracción audiovisual son numerosas, ya que es un método rentable y no intrusivo. No sólo reduce las molestias, sino que también mejora la productividad de los profesionales, al tiempo que crea una imagen positiva del consultorio dental. Además, los pacientes se marchan relajados y anticipando con impaciencia sus próximas citas. (29)

Las limitaciones o restricciones de las distracciones audiovisuales. Los pacientes con un nivel importante de ansiedad o aquellos que actualmente están realizando terapias de relajación deben evitar el uso de este producto ya que puede alterar la eficacia de su tratamiento (30). Además, se desaconseja el uso de este producto a personas con afecciones oculares, incluidas miopía, hipermetropía, astigmatismo, así como a personas con discapacidad auditiva, debido a posibles contraindicaciones. En la actualidad, hay lentes disponibles en las tiendas que atienden a personas con miopía e hipermetropía, pero faltan gafas diseñadas específicamente para personas con astigmatismo. No es recomendable que personas con discapacidad auditiva o sordera utilicen estas lentes, ya que pueden experimentar incomodidad y frustración debido a la calidad comprometida del sonido. (31)

6.1.2 Técnica Aversiva

a. Control de Voz

El control por voz es una función que permite a los usuarios controlar sus dispositivos usando solo su voz. El control por voz, una técnica empleada para redirigir y moldear el comportamiento de un paciente, se puede implementar en niños de hasta 3 años. El objetivo de utilizar el control por voz es desviar la atención del paciente del comportamiento indeseable y fomentar la interacción con el proveedor de atención médica. (3,32)

b. Mano sobre boca

Además, se puede emplear otro método conocido como "mano sobre la boca" junto con el control por voz. El objetivo de esta técnica es establecer un medio de comunicación con el paciente colocando nuestras manos sobre la boca del niño, creando efectivamente una barrera contra los sonidos angustiantes. Este método se utiliza específicamente cuando el niño experimenta arrebatos emocionales extremos o rabietas (32). Este método fue prohibido.

c. Abre boca.

Este método se emplea para señalar la apertura de la boca, principalmente en pacientes que requieren dilatación de la cavidad bucal o en aquellos que se resisten a hacerlo. (2)

d. Estabilización protectora

La aplicación de fuerza física sobre los pacientes, con o sin su consentimiento, para promover su movilidad e independencia se conoce como uso directo del poder físico. Se recomienda que este enfoque lo utilicen profesionales en una variedad de situaciones, incluidos bebés, jóvenes y personas con discapacidades. Sin embargo, los dentistas deben tener cuidado al considerar su implementación, ya que tiene el potencial de provocar daños tanto físicos como psicológicos.(4)

- Por el momento en que se aplican

Restricciones físicas del cuerpo.

Estas preventivas pasivas, como ligaduras suaves, cinturones de seguridad y bandas de sujeción en los sillones dentales, ofrecen

seguridad y estabilidad a los pacientes independientemente de las medidas de su comportamiento o sus consecuencias. Se pueden utilizar indefinidamente y son particularmente beneficiosos para pacientes hipotónicos, sedados o con movimientos involuntarios. Una ventaja notable es la aplicación rápida y sencilla de esta medida. (33)

Restrictores físicos de conducta

Estos modificadores de conducta se implementan en respuesta a no deseadas, sirviendo como consecuencia. Son eficaces y sólo deben utilizarse durante un máximo de 30 minutos. Cuando se trata de restricciones de comportamiento físico, hay que considerar tanto ventajas como desventajas. Un inconveniente es que estas restricciones pueden crear una situación en la que sea necesaria la asistencia del personal, lo que potencialmente puede conducir a un maltrato del paciente. Por otro lado, el uso de restricciones físicas también tiene ventajas. Durante el curso del tratamiento, las conductas negativas se suprimen eficazmente y, en última instancia, se eliminan.(1)

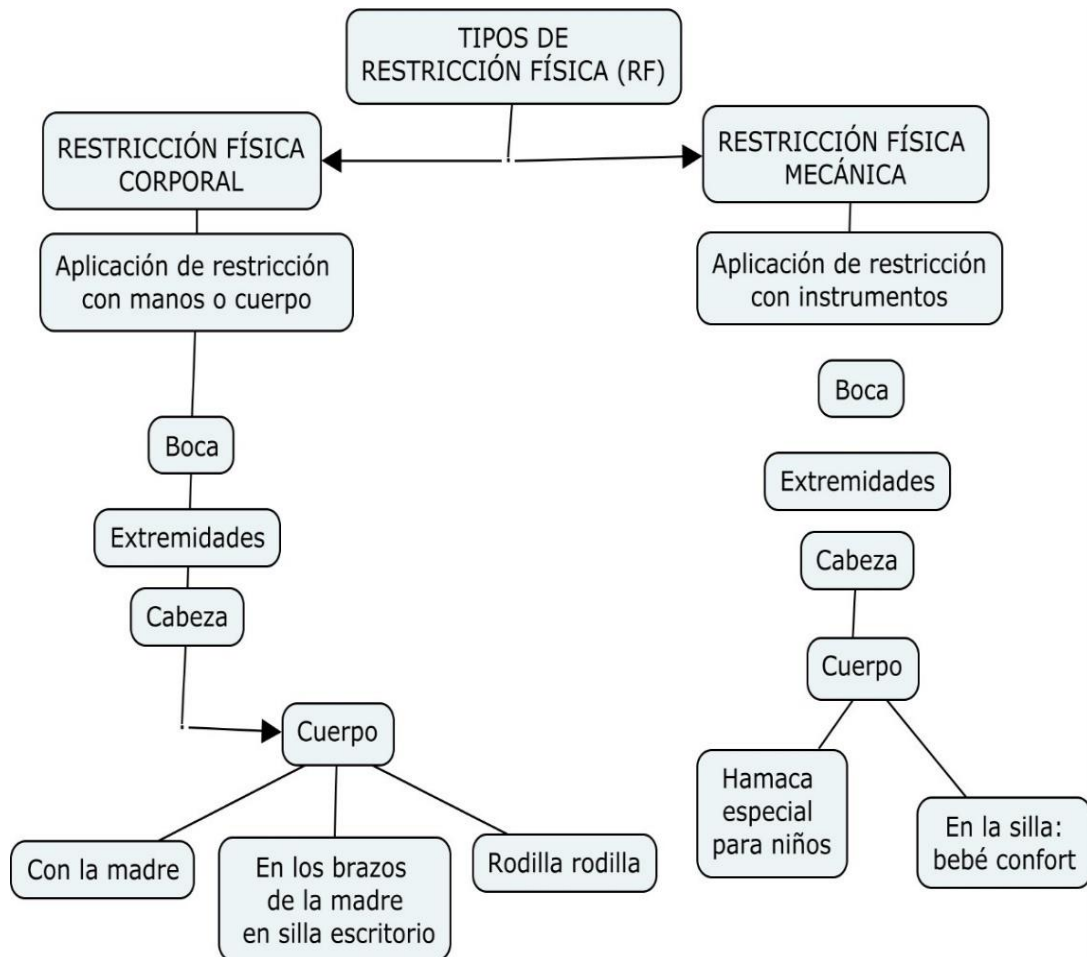


Figura 2. Tipos de restricciones física

- **Según la forma de aplicación**

Restricción física corporal de la cabeza.

Limitaciones físicas del cuerpo. La restricción física del cuerpo se refiere al acto de una persona, que usa sus manos o su cuerpo para aplicar restricciones directamente a otra persona, conocida como paciente. El uso de la sujeción física del cuerpo ofrece varias ventajas.

A lo largo del tratamiento, existe la posibilidad de ajustar la cantidad de fuerza aplicada. Esta técnica se utiliza para brindar comodidad al paciente, mediante contacto físico, como golpes suaves y caricias relajantes. Además, el médico permanece muy cerca del paciente, lo que

permite la comunicación verbal, sonidos tiernos o incluso cantos melódicos. En ocasiones, los niños pueden sufrir daños cuando la fuerza aplicada durante la sujeción física del cuerpo no se mide adecuadamente, lo que pone de aliviar una de las desventajas de este enfoque.(34)

Restricción física corporal la boca.

Para garantizar la seguridad tanto del paciente como de la persona que lo atiende, es fundamental tener precaución al sujetar la boca. En lugar de introducir los dedos directamente en la boca cerrada, una estrategia más recomendable es deslizar suavemente el índice de dedo entre los dientes y la mejilla mientras la boca permanece cerrada. Continúe este movimiento hasta llegar a la porción distal del último molar, y luego doble el dedo en forma de cuña, intentando guiarlo hacia el lado lingual. Es importante mantener esta posición durante todo el tratamiento. (33)

Restricción física muscular para las extremidades

Para garantizar una sujeción física adecuada del cuerpo, es importante evitar ejercer presión sobre el cuerpo del niño. En lugar de ello, las manos del paciente deben mantenerse firmemente en los brazos del sillón dental o en el aire. De igual forma, los pies del paciente, descalzo, deben sujetarse firmemente con las piernas apoyadas sobre una superficie sólida. Para brindar soporte y estabilidad adicionales, se pueden usar rodillos de espuma o almohadas para llenar los espacios.

Restricción física corporal para la cabeza

Para garantizar una sujeción física adecuada de la cabeza, es importante tomar ciertas precauciones. Al sujetar la cabeza de un paciente para evitar el movimiento lateral, se recomienda quitarle los aretes, audífonos o anteojos que puedan estar presentes. Además, es fundamental evitar aplicar presión en la cabeza de los niños que presenten alteraciones craneofaciales e hidrocefálicas. (33)



Figura 3. La madre estaría echada en la silla odontológica. Frente al niño de cúbito apoyada sobre los codos y así restringir las manos y las piernas del hijo.



Figura4 La madre podría estar sentada en la silla en posición de montar, frente al niño.



Figura 5 La madre podrá echarse de cúbito dorsal en la silla dental y el niño quedará echado sobre su tórax. Donde la auxiliar sujetara la cabeza del niño. y la madre estará atenta a los movimientos de las piernas y brazos.

En la silla Bebé confort”

La silla Baby Comfort proporciona mayor comodidad a bebés de 2 a 12 meses. Sirve como una herramienta eficaz durante los exámenes dentales iniciales cuando la madre se sienta en una silla de escritorio, acunando los brazos del niño mientras éste apoya la cabeza en el brazo derecho de la madre. El dentista se posiciona en el lado derecho, usando ambas manos para sostener la cabeza del niño y utilizando simultáneamente un espejo y un explorador para el examen. (35)

Knee to Knee (Rodilla con Rodilla)

El odontólogo y la madre están sentados en sillas de igual altura, uno frente al otro y con las rodillas tocándose. El niño se coloca horizontalmente, mientras la madre sujeta firmemente los brazos del paciente, ejerciendo una suave presión con los codos para mantener sus piernas quietas. Mientras tanto, el odontólogo brinda apoyo a la cabeza. (35)



a. Restricción física mecánica

- Contención física de carácter mecánico. La restricción física mecánica ofrece el beneficio de poder aplicar directamente al cuerpo de un niño mediante accesorios o dispositivos, eliminando la necesidad de intervención de las manos o partes del cuerpo de otra persona. El niño comprende rápidamente la inutilidad de involucrarse en conflictos mientras mantiene un enfoque respetuoso y compasivo hacia el personal, los padres y los pacientes. La aplicación de esta técnica se puede utilizar en pacientes de tamaño y fuerza considerables. Se mantiene la consistencia en la cantidad de fuerza ejercida durante la aplicación. Con necesidades de personal reducidas, hay una mayor disponibilidad de mano de obra para realizar diversas tareas. Un inconveniente del uso de restricciones físicas mecánicas es la incapacidad de medir la cantidad exacta de fuerza aplicada. La restricción no desaparece inmediatamente. Hay ausencia de conexión personal (falta de calidez humana). La aplicación adecuada requiere capacitación del personal. Tu aplicación no es bien recibida por los padres.(36)



- **Restrictores físicos mecánicos para la boca**

Hay varios tipos de abridores de boca y retractores de lengua disponibles para su uso en procedimientos dentales. Estos incluyen abridores de boca de metal en forma de tijera, abridores de boca de goma y triángulos de goma dentados que imitan las curvas de los dientes. Además, existen dispositivos con forma de dedos de madera y acrílico que se pueden utilizar como abridores de boca, así como espátulas de goma dura para morder. Otra herramienta cómoda utilizada es la succión de saliva desechable con un retractor de lengua de plástico. - Separadores de boca - Cepillo de dientes utilizado para abrir la boca. - Dispositivos para retraer las mejillas. Dispositivos diseñados para retraer los labios y las mejillas.

- **Restrictores físicos mecánicos para las extremidades**

- Bandas de tela de diferentes largos y de ancho, con velcro en las puntas, para la sujeción al sillón dental.
- Correas de Posey.
- Tubos de plástico para mantener los brazos estirados (los que se usan para impedir la auto agresión).

- **Restrictores físicos mecánicos para la cabeza**

- Las correas Posey, que son bandas de tela con velcro en los extremos de diferentes longitudes y anchos, se utilizan como restricciones físicas mecánicas para las extremidades. Estas restricciones están unidas al sillón dental.
- La utilización de tubos de plástico para mantener la posición de los brazos extendidos, diseñados específicamente para evitar daños autoinfligidos, es una práctica común.

Existen varias formas de reposacabezas, incluidos dispositivos mecánicos diseñados para soporte físico, reposacabezas diseñados

específicamente para sillas de ruedas y cascos protectores de plástico utilizados por los ciclistas. Bandas de tela con velcro de 5 cm de ancho. Piezas rectangulares de vinilo colocadas a ambos lados. Un ejemplo de restricción física del cuerpo es la tabla Papoose. Sujeciones de cuerpo completo estilo papoose hechas de vinilo y madera. Una hoja triangular. Utilice una sábana o un paño para envolver firmemente al bebé y sujetarlo con cinta adhesiva. Emplear portabebés para el transporte. Los sistemas de seguridad están diseñados para usarse con cochecitos, portabebés y sillas de ruedas. Se pueden sujetar de forma segura objetos blandos y acolchados, como pufs o pelotas de espuma, para mayor estabilidad. La hamaca preferida por los niños pequeños, que normalmente se utiliza hasta los 2 años, incluye las siguientes opciones: La Macri, Mape y Easy Baby.

Es recomendable imponer limitaciones físicas en los siguientes casos:

La restricción física puede brindar una sensación de comodidad y seguridad a los niños con discapacidades físicas, particularmente cuando se trata de restricción bajo custodia.

El tratamiento dental es necesario para niños pequeños menores de 3 años que pueden carecer de la capacidad de comprender y cooperar. (37)

Niños a los que se les ha diagnosticado discapacidad mental, en particular aquellos con discapacidad intelectual de moderada a grave. Niños que han experimentado el divorcio de sus padres o la pérdida de familiares cercanos o mascotas queridas. Los niños que tienen padres con personalidades hiperemocionales, sobrecargadas de trabajo, muy mayores o muy jóvenes, sobreprotectores, exigentes, alcohólicos o rechazadores pueden verse afectados directa o indirectamente. Niños que presentan síntomas de histeria, hiperactividad, desafío o intolerancia (38). Los niños que han sido

premedicados pueden experimentar una pérdida parcial de conciencia, así como reacciones repentinas. Los niños cooperativos pueden exhibir movimientos involuntarios. Cuando los niños acuden con urgencias odontológicas, la implementación de técnicas de abordaje es especialmente beneficiosa para pacientes con necesidades especiales, ya que ayuda a establecer un vínculo de comunicación que gestiona eficazmente sus ansiedades, miedos y dolores. En general, la restricción física se emplea según sea necesario debido a las posiciones no ergonómicas de los pacientes, lo que puede resultar en daño físico o psicológico dependiendo de la persona con la que estemos trabajando. Nuestro objetivo es siempre implementar las medidas menos restrictivas posibles.

5.3. Manejo de conducta no convencional en niños.

El manejo del comportamiento no convencional en los niños es un aspecto importante a considerar. En el ámbito de la odontología, actualmente se están implementando estas técnicas para buscar soluciones innovadoras para los pacientes y garantizar que no se produzcan daños irreversibles durante el proceso de tratamiento.

Hipnosis

El término "hipnosis" proviene de la palabra griega "Hypnos", que significa sueño. En este estado, inducido por otro individuo, el paciente entra en un estado parecido al de un trance. La aplicación de la hipnosis requiere la experiencia de un especialista. Heap y Aravind lo describen como un escenario alterado en el que la atención de la persona se desvía de su entorno y se fija en sensaciones, percepciones e imágenes internas.

Sin embargo, antes de profundizar en el concepto de hipnosis, es fundamental tener claro qué implica la sugestión. La sugestión abarca la voluntad del paciente de recibir y aceptar diversas formas de estímulos,

como ideas, impulsos, creencias e imágenes, a través de los sentidos del oído, el olfato, el gusto, el tacto o la vista.(35) El proceso de hipnosis consta de las siguientes etapas:

Durante el proceso de hipnosis receptiva, se anima a los individuos a distanciarse mentalmente de su entorno y visualizar imágenes de sus lugares más queridos, concluyendo finalmente la sesión con la terminación de la hipnosis y el comienzo de la reprocesamiento psicodinámica.(39)

Musicoterapia

La práctica de utilizar la música como herramienta terapéutica. En los campos de la psicología, la medicina y la odontología, este enfoque alternativo se utiliza para aliviar la ansiedad y, en última instancia, mejorar la calidad de la atención al paciente. Específicamente en odontología, la musicoterapia sirve como un método eficaz para inducir un estado de relajación, animando a los niños a participar en juegos imaginativos.(40) La Federación Mundial de Musicoterapia (41), proporciona información sobre la utilización de la música, a incluir sus elementos auditivos, patrones rítmicos, estructuras melódicas y arreglos armónicos. Sin embargo, la implementación de estos componentes requiere la experiencia de un profesional capacitado conocido como musicoterapeuta. El mero acto de interactuar con la música, ya sea escuchando, cantando, bailando o componiendo melodías, puede producir efectos profundos en la mente, lo que resulta en resultados positivos. (42)

Aromaterapia

- La exploración de los aspectos biológicos, mentales y emocionales del comportamiento humano cuando se exponen a extractos fragantes es

tanto un arte como una ciencia. El proceso de tratamiento se observa y mejora cuidadosamente, teniendo en cuenta la naturaleza natural y no dañina de esta técnica. Utilizando aromas, hierbas y aceites libres de toxinas, la aplicación terapéutica se centra en estimular las hormonas que impactan el metabolismo, influyendo así tanto en el cuerpo como en las emociones. (43)

- Hay cuatro métodos distintos de utilización de este producto: - Por vía oral, se administra mediante gotas, que generalmente oscilan entre 4 y 7 gotas por dosis. - En uso externo se puede aplicar mediante masajes o directamente sobre el cuerpo.
- Las esencias florales se pueden incorporar a una experiencia de baño relajante, donde actúa como un excelente facilitador de masajes al sumergirse en una bañera por una duración de 20 a 30 minutos. Además, el delicioso aroma de estas esencias se puede utilizar mediante vaporización o como spray en determinadas situaciones.(44)

DISCUSIÓN

Es fundamental abordar el tema de las técnicas de control de la conducta para el manejo odontológico y principalmente si se trata de pacientes en la etapa de la niñez, en el contexto de la influencia y el manejo de la conducta humana. Estas técnicas han sido objeto de estudio y aplicación en diversos campos, desde la psicología hasta la educación y con el objetivo de comprender cómo los estímulos externos pueden moldear y dirigir las acciones y decisiones de las personas. En esta discusión, exploraremos cómo estas herramientas tradicionales de control de la conducta han evolucionado y se han adaptado a las nuevas tecnologías y plataformas digitales, así como los debates éticos y sociales que rodean su uso en la sociedad contemporánea.

Un primer estudio de Suarez-Boyer y Santana (45), ofrece evidencia acerca del impacto del estado de ánimo de un niño en su comportamiento y pulso durante un procedimiento dental. Para medir el pulso, se utilizó un oxímetro para registrar las lecturas antes y durante el procedimiento; con evidencias como éstas es que diversos autores ensayan también diversas técnicas de apoyo al control de la conducta durante los procedimientos odontológicos.

Técnicas convencionales

Entre las técnicas convencionales también se encuentran los de tipo comunicativos, según Calero, et al. (46), nos informan que la técnica de **decir-mostrar-hacer** se utiliza ampliamente y enfatizan la importancia de la comunicación entre los padres y su participación en la configuración del comportamiento del niño. Coincidiendo asimismo García Montaña et al (47). realizó un estudio que exploró la perspectiva del padre sobre técnicas no farmacológicas para controlar la conducta. El estudio dividió a los participantes en dos grupos: el grupo A recibió explicaciones escritas y fotografías de las técnicas, mientras que el grupo B solo recibió fotografías.

Ambos grupos completaron una encuesta que reveló que el lenguaje pediátrico y la técnica de decir, mostrar y hacer eran los más preferidos por los padres. Curiosamente en el trabajo experimental realizado por A. García Isla et al (48). examinaron los efectos de diferentes métodos de transmisión de información en los padres. Los participantes se dividieron en tres grupos: uno recibió presentaciones orales, otro vio videos y el tercer grupo recibió información escrita. Los hallazgos revelaron que la técnica de decir, mostrar y hacer fue percibida como la más efectiva, mientras que la técnica de anestesia general fue la menos aceptada.

De igual modo Loayza y Azanza (49), realizaron un estudio comparando dos técnicas, la técnica de decir, mostrar y hacer y la técnica de distracción visual-auditiva. Los resultados mostraron que ambas técnicas fueron igualmente efectivas; Sin embargo, la técnica de decir, mostrar y hacer fue particularmente efectiva para los niños que tuvieron experiencias negativas en el pasado. y encontró que las técnicas de condicionamiento de decir, mostrar y hacer, combinadas con la distracción visual-auditiva, fueron efectivas para ayudar a los niños a aceptar el procedimiento preventivo de la colocación de sellador.

Los hallazgos sugieren que la implementación de distracción audiovisual desvía efectivamente la atención del niño del entorno dental, reduciendo los niveles de ansiedad durante el procedimiento. Esto no sólo conduce a una duración más corta del tratamiento, sino que también mejora la disposición del niño a someterse al tratamiento. Este enfoque aprovecha el hecho de que los niños de la era moderna están inmersos en un mundo lleno de imaginación, alegría y avances tecnológicos.

Entre las técnicas convencionales también se encuentran los de distracción, se puso de moda emplear técnicas haciendo uso o empleo de los medios tecnológicos, cada vez más vigentes y precisamente en el estudio realizado por Valenzuela M et al. (50). exploraron la eficacia del uso de gafas de vídeo como técnica de distracción durante los procedimientos dentales. solo el 5% reportaron resultados malos. Por tanto, un total del 85% de los

niños, incluidos aquellos con calificación de Frankl bajas, expresan satisfacción con el uso de gafas AVD. Tanto los padres como los médicos también expresan altos niveles de satisfacción. En un estudio revisado por Hoge et al. (51), surgió un patrón similar en otro estudio que involucró el reclutamiento de 128 niños de 4 a 16 años de una clínica dental urbana. El estudio utilizó observaciones directas de angustia, medidas de dolor autoinformadas y satisfacción del paciente en un ensayo clínico aleatorio que comparó dos tipos de gafas: gafas de vídeo inmersivas y gafas de sol. Los hallazgos indicaron que los niños que usaban gafas de vídeo exhibieron un comportamiento significativamente menos disruptivo en comparación con el grupo de control, y también expresaron una mayor satisfacción con sus gafas en comparación con los que usaban gafas de sol normales.

Ambos estudios coinciden en demostrar que la técnica del uso de las gafas era efectiva, al menos con porcentajes mayores al 70% de los casos que sirvieron a los ensayos.

Quien realiza un estudio similar, con distractores también está Suarez Boyero y Santana (45), así para distraer a los niños utiliza el iPad. Los hallazgos revelaron que los niños de entre 7 y 9 años mostraron el cambio más pequeño en la frecuencia del pulso (-2,91 bpm) en comparación con su valor inicial, mientras que los niños de entre 10 y 12 años mostraron el mayor cambio. en la frecuencia del pulso (5,82 bpm). Curiosamente, el estado de ánimo general de los niños mejoró durante el tratamiento: el 54% informó sentirse "muy feliz" antes del procedimiento y el 73% informó lo mismo durante el procedimiento. Estos resultados sugieren que el uso de recursos audiovisuales puede tener una influencia positiva en la experiencia de un niño durante una visita al dentista.

En el estudio de Sánchez-Caro AA (52), examina diferentes enfoques para gestionar el control del comportamiento de los niños durante el cuidado dental, coincidiendo con otro cinco autores más que la utilización de distracción audiovisual distrae efectivamente a los niños del entorno dental, reduciendo sus niveles de ansiedad durante los procedimientos. esta investigación identificó con éxito las principales técnicas empleadas para

aliviar la ansiedad en los niños. Estos métodos abarcan diversas modalidades, incluidos enfoques audiovisuales (como teléfonos inteligentes, televisores, tabletas y realidad virtual), intervenciones visuales (incluidos tabletas, libros, revistas y televisores), estrategias auditivas (como radios y auriculares) y la utilización de la aromaterapia mediante el uso de esencias.

Estos resultados permiten afirmar que los medios audiovisuales producen resultados sobresalientes al crear efectivamente una separación visual y auditiva para el niño, separándolo completamente del entorno dental. Esto conduce a una disminución de los niveles de ansiedad antes de los procedimientos dentales, una duración más corta de las citas, una mayor aceptación del tratamiento por parte de los niños y una tranquilidad general tanto para el niño como para sus padres, lo que permite una continuación perfecta del proceso de tratamiento.

Entre los hallazgos científicos, Abanto JA et al. (53), identifica también a la técnica decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, distracción de la voz, control de la voz, comunicación no verbal, modelado, inhibición latente, exposición gradual, restricción física y mano sobre la boca. Es importante señalar que estos métodos han sido ampliamente respaldados por evidencia científica. Sin embargo, es crucial considerar las diferencias físicas y psicológicas únicas entre niños de diferentes edades al seleccionar e implementar estos enfoques. En los casos en que estas técnicas resulten ineficaces o pocas prácticas, se pueden considerar opciones alternativas como tratamiento psicológico, farmacoterapia, sedación consciente o anestesia general.

Con respecto a la técnica del modelamiento, se observa resultados también positivos y recomendados como refiere el análisis exhaustivo realizado por Teixeira Antunes VB (34), se examina la última propuesta de la Academia Americana de Odontología Pediátrica, que categoriza las técnicas de manejo de la conducta en tres grupos: técnicas básicas, avanzadas y de modificación de la conducta (Refuerzo, Desensibilización, e imitación).

Teixeira et al (34), proporciona una descripción general de las técnicas de modificación de la conducta y, en última instancia, concluye que sirven como herramientas valiosas para cultivar y mantener conductas óptimas y, al mismo tiempo, reducir eficazmente las conductas indeseables en pacientes infantiles poco cooperativos sometidos a tratamiento dental. Numerosos autores han atestiguado la eficacia de las técnicas de imitación y desensibilización para familiarizar a los niños con el entorno dental y facilitar un comportamiento positivo, particularmente en niños aprensivos sin experiencia dental previa. La imitación resulta ser un método eficaz de enseñanza, ya que permite la rápida adquisición de patrones de comportamiento complejos y ofrece numerosas ventajas en comparación con el esfuerzo invertido en su implementación.

Técnicas aversivas

Basso ML (3), realiza un examen exhaustivo de las diversas estrategias y técnicas recomendadas en la literatura odontológica mundial para el manejo de niños que se resisten al tratamiento. Destaca que, en las últimas décadas, algunas de estas estrategias se han adaptado para volverse más flexibles y receptivas a las necesidades del niño. Una técnica, el método Hand Over Mouth (HOM), ha sido eliminado de las directrices de la AAPD desde 2006. Sin embargo, cabe señalar que HOM sigue utilizándose en determinados países, como lo demuestra un estudio realizado por Oueiss et al (54), Entre los odontopediatras encuestados, el 50% todavía considera el HOM como una técnica aceptable. Tras su eliminación de las directrices de la AAPD, se realizó una encuesta entre 2.600 miembros de la institución para evaluar el impacto de su exclusión en su práctica clínica e identificar posibles alternativas. El 30% de los encuestados indicó que el control por voz era su opción de reemplazo preferida, mientras que la sedación mínima/moderada se demostró la segunda alternativa. Además, el 50% de los encuestados expresó su apoyo al HOM como una técnica válida de control de la conducta y el 41% creía que debería reintroducirse.

Basso (3) presta especial atención a la inclusión de la presencia o ausencia de los padres en la normativa laboral. Un estudio realizado por Cipes y Miraglia (55) centrado en las preferencias de los dentistas estadounidenses que tratan a niños de 3 a 5 años encontró que el 71% permitía que los padres acompañaran a su hijo durante el examen, mientras que sólo el 55% les permitía estar presentes. durante el tratamiento.

Basso ML (3), Oueiss et al. (54) Cipes y Miraglia (55), ofrecen información de técnicas que pueden ser repudiadas por algunos pero que han demostrado tener algún grado de eficacia, es más la AAPD brindó directrices para su eliminación, pero cuán probable, es que se deje de emplear, estas técnicas, muchas veces se emplean combinándola con las técnicas farmacológicas, y tienen evidencia que a pesar de las observaciones realizadas, aún son empleadas en algunos casos.

Técnicas no convencionales

A través de un examen exhaustivo de los distintos artículos, profundizaron en los diversos enfoques para abordar la ansiedad mediante la diversión. Esto incluye explorar los beneficios potenciales de la musicoterapia, la aromaterapia, así como las distracciones visuales y auditivas facilitadas por gafas de realidad virtuales, teléfonos inteligentes y otros dispositivos. En su estudio, Alarco et al (56). realizó un análisis comparativo de la eficacia de diferentes técnicas de distracción y finalmente descubrió que el método audiovisual resultó ser el más eficaz entre las alternativas.

Un análisis comparativo realizado por Torres y Hermosa (57) examina la efectividad de cuatro métodos diferentes: hipnosis, musicoterapia, método audiovisual y aromaterapia. De estos métodos, el enfoque audiovisual demostró el mayor nivel de eficacia, con una notable tasa de éxito del 85%. Del mismo modo, otro estudio realizado por Alarco-Cadillo (58) en 2016 comparó los efectos reductores de la ansiedad de la musicoterapia y la terapia audiovisual. Los resultados revelaron que la musicoterapia redujo la

ansiedad en un 1,4, mientras que la terapia audiovisual demostró ser ligeramente más efectiva con una tasa de reducción de 1,45.

Técnicas con el apoyo de los padres

Si bien existe un argumento que sugiere que esto puede tener un impacto negativo en el comportamiento de un niño, ninguna investigación ha demostrado que esto sea cierto. En términos de participación de los padres, el estudio de Kamp (59) reveló que el 66% de los padres prefieren estar presentes durante el tratamiento de su hijo, el 85% afirma que les haría sentir más cómodos y el 92% cree que también se beneficiaría al niño. Sin embargo, también se ha constatado que un 34% de los padres optan por no acudir a las consultas por temor a que su presencia pueda provocar conductas disruptivas en el niño, creencia compartida por los profesionales.

En un estudio realizado por Caprotta et al. (60), se encuestó a los médicos para conocer su perspectiva sobre si los padres o cuidadores deben estar presentes durante los procedimientos invasivos en niños. De manera similar, McCann et al. (61) se centraron en la ansiedad preoperatoria que experimentan los pacientes pediátricos. Ambos estudios llegaron a la misma conclusión: la presencia de los padres tiene un impacto significativo en la reducción de la ansiedad preoperatoria de los niños.

Otro estudio que coincide en la participación de los padres es el de García-Isla et al (48), curiosamente, los padres informaron experimentar la menor cantidad de ansiedad al recibir información oral, mientras que el uso de videos generó los niveles más altos de ansiedad. La técnica de decir-mostrar-hacer recibió constantemente comentarios positivos de los padres de los tres grupos, lo que indica su eficacia en el manejo del comportamiento de los niños. Además, los padres mostraron preferencia por el método de información oral, ya que les generaba menos ansiedad. Con base en estos hallazgos, los tres estudios recomiendan poner mayor énfasis en brindar explicaciones

En su estudio Navit et al (62), sugiere la utilización de técnicas de manejo de la conducta no aversiva como un enfoque más favorable para padres, pacientes y profesionales. También examinan la eficacia de las ayudas de distracción de audio para aliviar la ansiedad entre los pacientes pediátricos durante diversos procedimientos dentales estresantes e invasivos. El estudio incluyó cinco grupos: el grupo de control, el grupo de música instrumental, el grupo de canciones musicales infantiles, el grupo de canciones de películas y el grupo de cuentos en audio. El grupo de control recibió tratamiento en un ambiente normal, mientras que el grupo de audio escuchaba diferentes presentaciones de audio durante sus procedimientos. Cada niño recibió cuatro visitas y se midieron los niveles de ansiedad después de cada visita. Los resultados mostraron una diferencia significativa en la frecuencia cardíaca media entre todos los grupos, observándose un aumento en las visitas posteriores. En general, las ayudas de audio demostraron una reducción de la ansiedad en comparación con el grupo de control, y el grupo de historias de audio mostró la disminución más significativa en los niveles de ansiedad. Por lo tanto, el estudio concluye que la distracción auditiva es un método eficaz para reducir la ansiedad, siendo las historias en audio el enfoque más exitoso.

En un estudio realizado por Padilla et al (63), se seleccionaron 80 pacientes pediátricos de 6 a 9 años y se dividieron en dos grupos: el grupo A, que utilizó la técnica de distracción audiovisual, y el grupo B, que no la utilizó. Durante el tratamiento reparador, realizado bajo anestesia local y en absoluto aislamiento, a los niños del grupo A se les mostró una serie de vídeos animados. Los resultados mostraron que la técnica de distracción audiovisual tuvo un impacto positivo en el manejo de la ansiedad dental que experimentaron los pacientes durante su tratamiento odontológico.

Nuestro estudio identificó un total de 30 artículos que cumplían con nuestros criterios de selección, 13 se centraban en el tema de la distracción, 8 profundizaban en aspectos conductuales y 9 exploraban el tema de la ansiedad infantil.

La tabla 1 muestra que entre las técnicas más publicadas se encuentran las convencionales comunicativas, que son las audiovisuales las técnicas más recomendadas, seguido de las opciones de acompañamiento de los padres, que si bien algunos profesionales prefieren no tenerlos cerca los estudios muestran que si hay una diferencia significativa en el cambio de conducta, también es efectiva la técnica decir, mostrar y hacer, lo que se observa en las recomendaciones generales, está en la habilidad del profesional para poder identificar la estrategia más adecuada con cada paciente pediátrico, puesto que como personas divergentes, las personas aprendemos de distintos modos, algunos preferirán la distracción, y otros la conversación eficaz. La musicoterapia, es otra de las técnicas más frecuentemente usadas se trata de una técnica clasificada dentro las no convencionales.

En el campo de la odontopediatría, se emplean técnicas de comunicación para interactuar eficazmente con los niños, ya sean receptivos o no receptivos. 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 decir, mostrar-hacer para la atención dental pediátrica y de refuerzo positivo.

Finalmente, es importante señalar que no existe una técnica única que pueda gestionar de manera universal el comportamiento en los niños, ya que el comportamiento de cada niño varía según su edad. Sin embargo, se ha demostrado que la técnica de Decir, Mostrar y Hacer produce resultados favorables, a menudo acompañada del uso de técnicas de contingencia, como ofrecer regalos para incentivar a los niños.

CONCLUSIONES

En general se resalta la importancia del manejo conductual no farmacológico en odontopediatría como una herramienta efectiva para promover una experiencia positiva y colaborativa en el cuidado dental de los niños.

La comunicación efectiva entre el odontopediatra, el niño y sus padres es fundamental para el éxito del manejo conductual no farmacológico. Establecer una relación de confianza y explicar claramente los procedimientos contribuye significativamente a disminuir el miedo y la resistencia.

Se observó que las técnicas no farmacológicas, como la distracción, la modelación y el refuerzo positivo, son efectivas para reducir la ansiedad y mejorar la cooperación de los niños durante los tratamientos odontológicos.

Se evidenció que adaptar las estrategias de manejo conductual a las necesidades individuales de cada niño mejora la aceptación del tratamiento y favorece una experiencia más positiva en la consulta odontológica. Finalmente, la participación activa de los padres en el proceso de manejo conductual es crucial. Involucrar a los padres en las técnicas utilizadas durante la consulta y brindarles pautas para apoyar a sus hijos en casa refuerza los resultados obtenidos en la clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tiol-Carrillo A, Martínez-Escorcía AA. Manejo de conducta en odontología pediátrica. *revistadentistaypaciente* [Internet]. 2018 [citado 14 de marzo de 2024];116. Disponible en: <http://dentistaypaciente.com/investigacion-clinica-115.html>
2. Torres-Marin EA. Eficacia en el manejo del comportamiento mediante las técnicas decir, mostrar, hacer y distracción contingente en pacientes de 5 a 8 años que acuden al área de odontopediatría de la Clínica Luis Vallejos Santoni, Cusco 2019 [Tesis]. [Cusco, Perú]: Universidad Andina del Cusco; 2019.
3. Basso ML. Sobre técnicas y estrategias para el manejo y guía de la conducta en odontología pediátrica. Análisis de la literatura. *Rev Asoc Odontológica Argent* [Internet]. agosto de 2021 [citado 14 de marzo de 2024];109(2):124-36. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2683-72262021000200124&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Pineda-Mesías LI, Pariona-Minaya M del C. Manejo de la conducta del paciente pediátrico mediante el método decir-mostrar-hacer. Revisión bibliográfica. *Odontología* [Internet]. 2022 [citado 14 de marzo de 2024];24(1):9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8307858>
5. Aréchiga-Navarro MO. Nivel socioeconómico y aceptación de técnicas de manejo de conducta en odontopediatría [Internet] [Tesis]. [México DF]: Universidad Autónoma del Estado de México; 2018 [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/105238>
6. Bilbao AA, Figueroa de Garzón M, Sogbe de Agell R. Estrategias psiconductuales en la consulta odontológica. ALOP Asociación latinoamericana; 2021.
7. García-Garrido S. Claves de la atención odontopediátrica: cómo manejar la conducta infantil en el dentista - *Gaceta Dental*. *Gaceta dental* [Internet]. 2022 [citado 17 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://gacetadental.com/2022/02/claves-de-la-atencion-odontopediatrica-29298/>
8. Román-Delgado MR. Técnicas Comunicativas para el Manejo de Conducta en la Consulta Odontológica Pediátrica. *Univ Priv Tacna* [Internet]. 2019 [citado 14 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/1110>

9. Healthwise. cigna healthcare. 2023 [citado 14 de marzo de 2024]. Etapas del desarrollo para niños de 7 años | Cigna. Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/etapas-del-desarrollo-para-nios-de-7-aos-ue5719>
10. Puche-Navarro R, Orozco-Hormaza M, Orozco-Hormaza BC, Kolumbien, editores. Desarrollo infantil y competencias en la primera infancia. 2. ed. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional; 2010. 122 p. (Documento / Ministerio de Educación Nacional, República de Colombia).
11. Cervantes-Alagón SL. Efecto de los lentes de realidad virtual en la conductat de los niños no cooperadores ante la administración del anestésico local [Tesis]. [Puno]: Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
12. Pérez-Prieto P. Sedación en odontología: sedación inhalatoria con óxido nitroso. Ciencia [Internet]. 2017 [citado 17 de marzo de 2024];295(octubre). Disponible en: https://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/2017/10/295_CIENCIA_SedacionOdontologia.pdf
13. Huamán FMS, Irakawa CK. Conocimientos, actitudes y prácticas de los padres respecto a la salud bucal de sus hijos en el hospital Edgardo Rebagliati Martins, en tiempos de pandemia COVID-19. Rev Odontol PEDIÁTRICA [Internet]. 29 de diciembre de 2022 [citado 20 de marzo de 2024];21(2):35-45. Disponible en: <https://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/223>
14. Ramírez MA. Padres y desaroolo de los hijos: Prácticas de crianza. Estud Pedagógicos Valdivia [Internet]. 2005 [citado 20 de marzo de 2024];31(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052005000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. Munayco Pantoja ER, Mattos-Vela MA, Torres Ramos G, Blanco Victorio DJ. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico. Odovtos Int J Dent Sci [Internet]. 2018 [citado 17 de marzo de 2024];20(3):81-91. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4995/499557703009/html/>
16. Serrano-Figueras KM, Arévalo-Rodríguez N, Hernández-Zaldívar LG, Serrano-Figueras KM, Arévalo-Rodríguez N, Hernández-Zaldívar LG. El conocimiento sobre salud bucal de padres y maestros de la Escuela especial La Edad de Oro. Correo Científico Méd [Internet]. junio de 2019 [citado 20 de marzo de 2024];23(2):512-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1560-43812019000200512&lng=es&nrm=iso&tlng=es

17. Álava-Intriago JA, Arteaga-Muñoz KC. La formación cultural de los padres de familia, y su aporte al desarrollo de las tareas escolares. *Dominio Las Cienc* [Internet]. 2016 [citado 20 de marzo de 2024];2(Extra 1 (Número especial 1)):75-92. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761550>
18. Villamar-Gilces CI, Fernández-Fernández IM. Competencias parentales de los padres de niños con discapacidad entre 6 a 7 años de la iglesia Iberoamericana de Cristo Cantón San Vicente. *Rev Científica Arbitr En Investig Salud GESTAR ISSN 2737-6273* [Internet]. 6 de abril de 2022 [citado 20 de marzo de 2024];5(9 Ed. esp.):32-40. Disponible en: <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/70>
19. Argüello-Ramos ED, Pillco-Chicaiza JG, Pancho-Chavarrea TL. Tipos de comportamiento según la escala de Frankl presentados en pacientes odontológicos. *Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud Salud Vida* [Internet]. [citado 26 de marzo de 2024];6(1):513-21. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/1758>
20. de la Cruz Julca Fabiola J. Técnicas de manejo de conducta en las diferentes etapas. 2017.
21. Cordero N, Cárdenas JM, Álvarez LG. Aceptación de las técnicas de manejo farmacológicas y no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos en odontología. *CES Odontol* [Internet]. julio de 2012 [citado 17 de marzo de 2024];25(2):24-32. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-971X2012000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
22. Enriquez R, Falcón B, Quispe-Cruz H. Técnicas no-farmacológicas en el manejo del comportamiento ante el tratamiento odontológico del niño. *Arch Méd Camaguey*. 2023;27(e9523).
23. Rodríguez-Chala H. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la ansiedad al tratamiento estomatológico. *Rev Cuba Estomatol* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 19 de marzo de 2024];53(4):277-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072016000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Restrepo-Serna C. Técnicas de comunicación empática en odontología pediátrica – Neurotrainers [Internet]. 2023 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://neurotrainers.com.co/blogs/news/tecnicas-de-comunicacion>
25. Vallejo-Slocker L, Vallejo MA, Vallejo-Slocker L, Vallejo MA. Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 17 de marzo de 2024];15(4):45-52. Disponible en: https://www.scielo.org/pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-90722016000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- 2024];13(2):157-68. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1578-908X2016000200157&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Villasante V. R, Padilla C. T. Influencia de la técnica de modelado con video en niños no cooperadores durante el tratamiento dental. Rev Estomatol Altiplano [Internet]. 2014 [citado 17 de marzo de 2024];1(1):1-1. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8360782>
27. AAPD Behavior. Guía de comportamiento para el paciente dental pediátrico. En: Manual de referencia de odontología pediátrica [Internet]. 2015 [citado 17 de marzo de 2024]. (Mejores prácticas de orientación del comportamiento). Disponible en:
<https://www.studocu.com/cl/document/universidad-arturo-prat/medicina-general/aapd-behavior-manejo-odontopediatrico/44636125>
28. Cáceres-Matta SV, Trigos-León VI, Carmona-Arango LE. Gafas de realidad virtual como ayuda de distracción y disminución de la ansiedad en niña de 7 años que se somete a procedimiento de extracción dental. Reporte de caso. Rev Científica Odontológica [Internet]. [citado 19 de marzo de 2024];11(1):e146. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10832394/>
29. Moradas-Estrada M, Álvarez-López B. Estrategias para modificar la conducta de paciente y dentista en la práctica odontológica general. Rev. Bibliográfica. REDOE - Rev Eur Odontoestomatol [Internet]. 2018 [citado 19 de marzo de 2024]; Disponible en:
<http://www.redoe.com/ver.php?id=290>
30. Ortega M, Tapia Calderón MT, Cedillo Mora GE, Ramos-Montiel RR, Navas-Perozo RM. Efectividad de las técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Revisión sistemática. Rev Odontopediatría Latinoam [Internet]. 25 de febrero de 2021 [citado 19 de marzo de 2024];11(1). Disponible en:
<https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/230>
31. Cuya-García RA, Campos-Campos KJ. Técnicas de distracción utilizadas en Odontopediatría para la atención de niños de 5 a 10 años. Revisión de la literatura. Soc Peru Odontopediatría Rev Odontol Pediátrica. 2023;23(1):48-57.
32. Boj. Control de conducta en Odontopediatría: técnicas | Clínica BOJ [Internet]. 2023 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en:
<https://www.drboj.com/es/control-de-la-conducta-en-odontopediatria/>

33. González-Umaña L. Restricción física en odontología / [Internet]. primera edición. ODVOTOS international; 2005. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=499551910005>
34. Teixeira-Antunes VB, Bellet-Dalmau LJ, Guinot-Jimeno F. Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. Revisión bibliográfica. *Odontol Pediátrica* [Internet]. 2008 [citado 17 de marzo de 2024];16(2):108-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3535042>
35. Lapitskaya A, Boj J, Brunet L, Pérez P, Gonzáles P, Cabezas X. Guía de Conducta de Pacientes y Padres en Odontopediatría [Internet]. primera edición. Editorial Odontología Books; 2021 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://axon.es/ficha/libros/9786079833633/guia-de-conducta-de-pacientes-y-padres-en-odontopediatria>
36. Ramya V, Bibin Ja, Prabha EA. Gestión de la conducta en odontología pediátrica. edición en español. ediciones Nuestro conocimiento; 2022. 104 p.
37. Chico F, Martín Vacas A, Paz Cortés M. Técnicas de manejo de conducta en odontopediatría: aspectos éticos y legales. *Cient Dent* [Internet]. 2023 [citado 19 de marzo de 2024];20(3):155-60. Disponible en: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol20num3/manejoconductaOdontoped.pdf>
38. Ruiz-Sanchez AL, Balderas Delgadillo C, Monjarás Ávila AJ, Molina Trinidad EM, Becerril Flores MA. Manejo de la ansiedad en la atención odontológica en niños. *Educ Salud Bol Científico Inst Cienc Salud Univ Autónoma Estado Hidalgo* [Internet]. 5 de diciembre de 2022 [citado 19 de marzo de 2024];11(21):130-8. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/9507>
39. Villar BB, Zunino MM, Rodríguez CV, Blanco JJA. Técnicas alternativas del manejo de la conducta en odontopediatría. *Rev Odontopediatría Latinoam* [Internet]. 21 de enero de 2021 [citado 17 de marzo de 2024];11(1). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/217>
40. Cabrera AMC, Acuña JEC, Izquierdo LAV. Técnica no farmacológica en manejo conductual en odontopediatría, musicoterapia. Revisión bibliográfica. *Dominio Las Cienc* [Internet]. 30 de abril de 2023 [citado 19 de marzo de 2024];9(2):1410-8. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3352>

41. Santiago C, Valenzuela M, Jerez EL. Técnicas alternativas para el manejo del paciente en odontopediatría. *Conducta Científica* [Internet]. 12 de julio de 2023 [citado 19 de marzo de 2024];6(2):48-55. Disponible en: <https://revistas.ulatina.edu.pa/index.php/conductacientifica/article/view/293>
42. Muñúzuri-Arana HL, Arias-Chalico A, Vargas-Zúñiga LM, Giles-López JF, Adams-Ocampo JC, Trejo-Muñúzuri TP. Musicoterapia como alternativa para el control de ansiedad en pacientes pediátricos que acuden a atención odontológica. *Rev Mex Med Forense* [Internet]. 2019 [citado 17 de marzo de 2024];4(1):91-3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2019/mmfs191ze.pdf>
43. Muñúzuri-Arana HL, Arias-Chalico A, Giles-López JF, Trejo-Muñúzuri TP, Vega-Torres R. La musicoterapia y aromaterapia como alternativa para el control de la ansiedad en pacientes pediátricos que acuden a atención odontológica. *Dentista y paciente* [Internet]. 2019 [citado 17 de marzo de 2024];Octubre(1). Disponible en: <https://dentistaypaciente.com/investigacion-clinica-134.html>
44. Instituto Nacional del Cáncer - NIH. Aromaterapia con aceites esenciales - NCI [Internet]. 2015 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/mca/paciente/aromaterapia-pdq>
45. Boyero-Suárez MF, Santana- Pérez SE. Análisis del uso de recursos audiovisuales y su influencia en el pulso y estado de ánimo en pacientes de 3 a 12 años de edad que asisten por primera vez a la clínica odontológica Dr. René Puig Bentz de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, en el período septiembre-diciembre, 2017. 2017 [citado 17 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/1009>
46. Calero I, Aristizabal L, Villavicencio J. Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica. *Rev Estomatol Salud* [Internet]. 2012;20(1):45-9. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875636/8-calero-manejo-ninez-temprana.pdf>
47. García-Montaña Y, Ríos Fragoso R, Cuairán Ruidíaz V, Gaitán Cepeda LA. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. *Rev Odontológica Mex* [Internet]. 2006 [citado 17 de marzo de 2024];10(3):126-30. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-199X2006000300126&lng=es&nrm=iso&tlng=es

48. García-Islas A, Parés Vidrio GE, Hinojosa Aguirre A. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. *Rev Odontológica Mex* [Internet]. 2007 [citado 17 de marzo de 2024];11(3):135-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-199X2007000300135&lng=es&nrm=iso&tlng=es
49. Loayza S, Azanza S. Eficacia de dos técnicas de acondicionamiento para la atención odontológica de niños de 6 a 10 años de edad de una escuela pública de Quito-Ecuador. *Rev Odontopediatría Latinoam* [Internet]. 2017 [citado 17 de marzo de 2024];7(2). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/138>
50. Valenzuela-Muñoz A, Valenzuela-Ramos MR, Valenzuela-Ramos R. Técnica de distracción audiovisual para el control de la ansiedad en niño. *Av En Odontoestomatol* [Internet]. abril de 2019 [citado 17 de marzo de 2024];35(1):27-31. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-12852019000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
51. Hoge MA, Howard MR, Wallace DP, Allen KD. Use of video eyewear to manage distress in children during restorative dental treatment. *Pediatr Dent*. 2012;34(5):378-82.
52. Sanchez-Caro AA. Manejo de la conducta de los niños durante la atención dental [Internet] [Tesis]. [Pimentel, Perú]: Universidad de Sipan; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7063/S%20c3%a1nchez%20Caro%2c%20Arelis%20Auria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Abanto J, Rezende KM, Bönecker M, Pires Correa FN. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Rev Estomatológica Hered* [Internet]. 2012 [citado 17 de marzo de 2024];20(2):101-6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/258047928_Propuestas_no-farmacologicas_de_manejo_del_comportamiento_en_ninos
54. Oueis HS, Ralstrom E, Miriyala V, Molinari GE, Casamassimo P. Alternatives for hand over mouth exercise after its elimination from the clinical guidelines of the american academy of pediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 2010;32(3):223-8.
55. Cipes MH, Miraglia M. Pedodontists' attitudes toward parental presence during children's dental visits. *ASDC J Dent Child*. 1985;52(5):341-3.
56. Alarco-Cadillo L, Casas-Apayco L, Reyes- Bossio M, Ramírez-Torres MC. Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta:

- musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años. Rev Odontopediatría Latinoam [Internet]. 2017 [citado 17 de marzo de 2024];7(1):3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8668590>
57. Torres JQ, Hermoza RAM. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. Rev Estomatológica Hered [Internet]. 2012 [citado 17 de marzo de 2024];22(2):129-129. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/137>
58. Alarco-Cadillo L. Comparación de dos técnicas no farmacológicas en el control de la ansiedad en niños antes, durante y después del tratamiento dental [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2016. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/621459/original.pdf?sequence=1>
59. Kamp AA. Parent child separation during dental care: a survey of parent's preference. *Pediatr Dent*. 1992;14(4):231-5.
60. Caprotta C, Moreno R, Araguas J, Otero P, Pena R. Presencia de los padres y/o cuidadores de pacientes durante la realización de procedimientos: ¿Qué opinan los médicos que asisten niños? *Arch Argent Pediatría*. 1 de agosto de 2004;102:246-50.
61. McCann ME, Kain ZN. The Management of Preoperative Anxiety in Children: An Update. *Anesth Analg* [Internet]. julio de 2001 [citado 17 de marzo de 2024];93(1):98. Disponible en: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2001/07000/the_management_of_preoperative_anxiety_in.22.aspx
62. Navit S, Johri N, Abbas Khan S, Kumar Singh R, Chadha D, Navit P, et al. Effectiveness and Comparison of Various Audio Distraction Aids in Management of Anxious Dental Paediatric Patients - PubMed. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2015 [citado 17 de marzo de 2024];9(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26816984/>
63. Padilla SVR, Arteaga AJD, Alvarado LO, Carrera GA. Influencia de la técnica de distracción audiovisual en el manejo de ansiedad en pacientes pediátrico atendidos en la clínica estomatologica de la Universidad Señor de Sipán, 2016. *Salud Vida Sipanense* [Internet]. 14 de diciembre de 2017 [citado 17 de marzo de 2024];4(2):28-33. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/699>

64. Cazares de León F, Lara ALRG de, Guzman CR, Noyola AS. Disminución de la ansiedad dental pediátrica mediante distracción auditiva y su eficacia en comparación con farmacología. Revisión bibliográfica. Rev Mex Estomatol [Internet]. 31 de diciembre de 2018 [citado 19 de marzo de 2024];5(2):3-10. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/221>

Anexos

Tabla 1. Técnicas de manejo no farmacológico

Clase	Tipo de técnica	subtipo	Autor
CONVENCIONALES COMUNICATIVAS	Decir, mostrar y hacer		García Montaña et al (47) García Isla et al (48) Loayza y Azanza (49), Abanto JA et al (53)
	Desensibilización		Teixeira Antunes, (34)
		Acompañamiento con los padres	Cipes y Miraglia (55) Kamp (59) Caprotta et al (60) McCann et al.(61)
	Modelamiento	modelación	Abanto JA et al (53)
		Imitación	Teixeira Antunes, (34)
	Distracción	Gafas audiovisuales	Valenzuela M et al (50) Hoge et al (51), Cáceres et al (28)
		audiovisuales	Abanto JA et al (53) Sánchez Caro Arelis Auria (52) Torres y Hermosa (57) Padilla et al (63), Ortega (30)
		Distracción auditiva (Audiohistorias)	Cázares de León et al (64) (Navit et al (62))
		Distracción visual-auditiva	Loayza y Azanza (49)
		Uso del Ipad	Suarez Boyero y Santana (45)
Refuerzo positivo		Abanto JA et al (53)	
AVERSIVAS	Control de la voz		Oueiss et al (54) Abanto JA et al (53)
	Mano sobre la boca		Abanto JA et al (53)
	Abre boca o apoyo de mordida	Hand Over Mouth (HOM)	Oueiss et al (54)

	Estabilización protectora		Abanto JA et al (53)
NO CONVENCIONAL	Hipnosis		Torres y Hermosa (57)
	Aromaterapia		Torres y Hermosa (57)
	Musicoterapia		Alarco Cadillo (58), Torres y Hermosa (57), Cabrera et al (40), (41), Santiago (41)