



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ACTITUD DE LOS PADRES HACIA LA APLICACIÓN DE
LAS TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA EN LA
CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MONSERRATH SÁENZ GONZÁLEZ

TUTORA: Mtra. MARÍA GLORIA HIROSE LÓPEZ

ASESORA: Mtra. OLIVIA ESPINOSA VÁZQUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO	7
1.1 Desarrollo cognitivo, según la teoría de Jean Piaget.....	7
1.2 Variables que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica.....	9
1.2.1 Ambiente odontológico.....	9
1.2.2 Interacción del niño con su entorno	10
1.2.3 Factores sociales	11
1.2.4 Factores emocionales	12
2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE SUS HIJOS	14
2.1 Factores que influyen en la aceptación del tratamiento	14
2.2 Características de los padres.....	14
2.2.1 Estilo de crianza del niño	17
2.2.2 Género y edad del niño	19
2.2.3 Nivel socioeconómico	20
3. TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA	21
3.1 Técnicas de comunicación.....	22
3.1.1 Decir, mostrar y hacer.....	23
3.1.2 Lenguaje pediátrico	23
3.1.3 Control de voz.....	23
3.1.4 Distracción contingente.....	24



3.2 Técnicas de modificación de la conducta.....	24
3.2.1 Refuerzo positivo	24
3.2.2 Desensibilización	25
3.2.3 Imitación.....	25
3.3 Técnicas de enfoque físico	25
3.3.1 Mano sobre boca	26
3.3.2 Restricción física.....	27
3.4 Técnicas farmacológicas.....	27
4. ACTITUD DE LOS PADRES ANTE LAS TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA	29
4.1 Grado de aceptación de los padres ante cada técnica	29
4.2 Ansiedad de los padres respecto al manejo de conducta	34
5. IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PADRES	35
5.1 Factores que influyen en la comunicación	36
5.2 Importancia de informar a los padres acerca del tratamiento odontológico.....	39
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	43



AGRADECIMIENTOS

A Dios

A Dios, por haberme permitido concluir esta etapa de mi vida, por guiarme en el camino y por darme tantas bendiciones.

A mi madre

A mi madre, quien es una gran inspiración en mi vida. Gracias por apoyarme en cada logro y guiarme en cada paso, pero sobre todo, por impulsarme para alcanzar mis sueños y seguir preparándome profesionalmente. Te amo, mamá.

A mi abuela

Los abuelos deberían ser eternos; gracias por todo el amor, cariño y apoyo que me diste, abuela. Sé que donde quiera que estés, estarás orgullosa de mí y te llevo en mi corazón.

A mi familia

El amor de la familia es para siempre, gracias por apoyarme y motivarme a lo largo de mi formación.

A mis amigos

Los amigos son la familia que uno elige. Gracias Iray por compartir una hermosa etapa de mi vida y apoyarme en todo momento; niñas, esto no hubiese sido posible sin ustedes, gracias por su apoyo: Jessica, Nidia y Laura.



Los verdaderos ángeles son las personas que en algún momento aparecen de la nada y le dan luz a tu vida, gracias Noé.

A mis asesores

Un maestro es una guía que fomenta la curiosidad, el conocimiento y la sabiduría en los alumnos. Gracias Mtra. María Gloria Hirose por su tiempo, dedicación y apoyo.

Gracias Mtra. Olivia Espinosa por guiarme a lo largo de esta etapa.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Gracias por brindarme un lugar en esta Máxima Casa de Estudios y permitir mi formación profesional.



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se basa en el análisis de los factores que intervienen en la actitud de los padres hacia la aplicación de las diversas técnicas de manejo de conducta de sus hijos en la consulta dental, con el objetivo de colaborar en la construcción de una adecuada relación entre el niño, los padres y el odontólogo, con base en una buena comunicación y en la confianza.

Conocer el desarrollo del niño, su entorno cultural, familiar y social, así como la personalidad de los padres, contribuirá a adaptar las diversas técnicas de manejo de manera particular para cada paciente y, por lo tanto, a disminuir su miedo y ansiedad durante el tratamiento.

Se incluye información acerca de la evolución en la aceptación de las diversas técnicas de manejo de conducta por parte de los padres y cómo se han ido desarrollando y adaptando de acuerdo a los cambios en el entorno social, cultural, familiar y legal.

Se describen las diversas técnicas de manejo de conducta y los cambios que han tenido a lo largo del tiempo, incluidas algunas que se encuentran ya en desuso.

Proporcionar la información necesaria a los padres para la aceptación de las diversas técnicas de manejo de conducta, es responsabilidad del odontólogo y la información debe ser reforzada de manera oral y escrita.

Existen diversos factores que intervienen en la comunicación con los padres. El odontólogo debe estar preparado para adaptar cada explicación de acuerdo al nivel educativo de los padres, preferencia religiosa e incluso el aspecto sociocultural, siempre respetando y demostrando una actitud positiva en el marco de la relación odontólogo-padres.



1. DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO

El desarrollo del niño es un proceso dinámico en el que intervienen factores físicos, emocionales y psicosociales.

La memoria, la atención, el lenguaje y las emociones, así como la capacidad en general de comportarse, dependen de la maduración del sistema nervioso central, en particular del cerebro. Las diferencias del medio social y cultural influyen en el desarrollo, tanto físico como mental del niño, y definen el carácter, las habilidades y los conocimientos adquiridos durante la vida.

Es importante comprender las etapas de desarrollo del niño para aplicar adecuadamente las diversas técnicas de manejo conductual y conocer la actitud de los padres respecto a ellas, para así lograr una adecuada comunicación y, por lo tanto, el éxito en el tratamiento dental.

1.1 Desarrollo cognitivo, según la teoría de Jean Piaget

El desarrollo cognitivo temprano consiste en una serie de cambios en la forma de concebir el mundo. El teórico más influyente en esta área es el psicólogo suizo Jean Piaget. Este autor llevó a cabo estudios relacionados con los cambios cualitativos que tienen lugar en la formación mental de la persona, desde el nacimiento hasta la madurez. (1) Piaget establece que el pensamiento y la inteligencia son procesos cognitivos que tienen su base en un sustrato orgánico-biológico que va desarrollándose en forma paralela a la maduración y al crecimiento biológico. Sostiene que el conocimiento está marcado por una serie de etapas cuyo orden es invariable. Cada etapa representa un modo diferente de enfrentarse con un aspecto particular del entorno, y por esto ha de esperarse que la mayor parte de la actividad mental del niño sea característica de la etapa a la que haya llegado.



El desarrollo cognitivo constituye una creación continua de novedades, y se caracteriza por una serie de innovaciones que va de lo simple a lo complejo; cada nueva adquisición es posible a causa de la anterior. (2)

De acuerdo con Piaget, el desarrollo mental se basa en un proceso adaptativo de asimilación y acomodación, el cual incluye maduración biológica, experiencias, transmisión social y equilibrio cognitivo. (3)

A continuación, se muestra un cuadro en el que se ejemplifican las etapas del desarrollo cognitivo propuestas por Piaget.

TEORÍA COGNITIVA DE PIAGET (4)

ESTADOS	EDAD	CARACTERÍSTICAS
I. Sensoriomotor	0 a 2 años	El bebé se torna gradualmente capaz de organizar las actividades relacionadas con su entorno a través de la actividad sensorial y motora. Capta el ambiente por los sentidos y es capaz de manipular los objetos, considerándolos relativamente permanentes en lugar de transitorios.
II. Preoperacional	2 a 6/7 años	El niño desarrolla un sistema de imágenes y utiliza los símbolos para representar personas, lugares y eventos. El lenguaje y el juego simbólico son manifestaciones importantes de esta etapa, el pensamiento aún no es lógico.
III. Operaciones concretas	6/7 años a 11/12 años	El niño puede solucionar los problemas de una manera lógica, si están enfocados en el aquí y el ahora, pero no puede pensar en forma abstracta. En esta etapa el niño deja de ser egocéntrico y desarrolla la capacidad de solidarizarse con las demás personas.
IV. Operaciones formales	11/12 años	El individuo puede pensar en forma abstracta, flexible y sistemática. Tiene conciencia del propio pensamiento, busca autonomía e identidad y se interesa por los temas sociales.



1.2 Variables que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica

A pesar de que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio dental, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, tales como miedo, ansiedad, mal comportamiento, e incluso pueden mostrarse temerosos y aprensivos respecto al tratamiento. Por esta razón, se debe considerar cada caso como específico, así como tomar en cuenta una serie de variables que influyen en su conducta. En este sentido es importante considerar el grado de madurez mental del niño, según la teoría de Piaget, para saber el tipo de técnicas de manejo que serán apropiadas durante la consulta odontológica.

1.2.1 Ambiente odontológico

Uno de los objetivos primordiales durante la consulta odontológica, es transmitirle confianza al niño. El primer contacto con el odontólogo debe ser agradable, por lo que el establecer una adecuada comunicación con el paciente desde la primera consulta, propicia un manejo exitoso de su conducta durante todo el tratamiento. (5)

Swallow y Jones evaluaron el efecto que tiene el ambiente en el que se realiza el tratamiento odontológico sobre la ansiedad de los niños. Hallaron que aquellos que fueron atendidos en un ambiente más agradable en una sala de espera o en un consultorio modificado, que consistía en decoración con colores llamativos y juegos, exhibieron los más bajos niveles de ansiedad, comprobando así que el ambiente odontológico influye directamente en la conducta del niño. (6)



1.2.2 Interacción del niño con su entorno

La madurez es la expresión de cómo el crecimiento y el desarrollo capacitan al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos. La madurez se alcanza de forma gradual, ya que se relaciona con un desarrollo progresivo. Al llevar a cabo observaciones acerca del nivel de maduración de los niños, se pueden describir patrones típicos de conducta en los distintos grupos de edad, en los cuales se establece una estrecha relación entre el desarrollo y el entorno del niño. (7)

A continuación, se mencionan las principales características de los niños de acuerdo con la etapa de desarrollo a la que pertenecen, como lo simplifica Magnusson. (9)

Dos años de edad:

Presenta un alto grado de dependencia de la madre, así como dificultad para establecer relaciones interpersonales. Necesita cierto tiempo para habituarse a situaciones nuevas, tiene cambios rápidos de humor y da claras señales de cansancio.

Tres años de edad:

Comienza a comunicarse y a razonar, externa curiosidad sobre el mundo y expresa un profundo deseo de imitar a los adultos.

Cuatro años de edad:

Tiene cambios repentinos de conducta, tiene gran actividad física y mental, es inquisitivo, cuenta con un gran desarrollo del lenguaje y desea probar nuevas experiencias para adquirir confianza en sí mismo.

Cinco años de edad: Es el inicio de la fase social. Posee estabilidad emocional, un pensamiento realista en secuencias lógicas y el deseo de ser



aceptado; es muy sensible a los halagos y a las recriminaciones.

Seis a nueve años de edad:

El lenguaje está definitivamente establecido; es la edad de la asimilación y la alternancia entre el afecto y el rechazo, pero sobre todo de un gran desarrollo intelectual.

Diez a doce años de edad:

Se interesa por los problemas sociales y los comprende, ha dejado de ser un niño y por lo tanto no debe ser tratado como tal; adquiere sentido de responsabilidad, es amistoso y positivista.

1.2.3 Factores sociales

Analizar el comportamiento del niño e interpretarlo dentro del ambiente familiar y social, ayuda a entender su conducta en el consultorio dental.

La familia es uno de los factores de socialización más importante para los niños, pues adquieren valores, expectativas y patrones de conducta a partir del entorno familiar. El aprendizaje social se lleva a cabo dentro del contexto de las relaciones interpersonales, las cuales son en ocasiones tranquilas y seguras, y en otras provocan miedo y ansiedad.

El tipo de familia en la que nace un niño afecta radicalmente las expectativas de papeles, creencias e interrelaciones que tendrá a lo largo de su existencia.

La conducta que el niño refleja está directamente ligada al tipo de familia de la que procede, ya sea si se trata de una familia funcional o disfuncional. Existen mayores niveles de ansiedad en un pequeño que procede de una familia disfuncional, y esto se refleja en su comportamiento. (10)



Medina C. y cols. sugieren que la posición dentro de la estructura social es un fuerte predictor del estado de salud, debido a que se reconoció un comportamiento más colaborador en niños que procedían de grupos con nivel socioeconómico elevado. (11)

Mora L. y Martínez J. identificaron que los niños de clase baja tienen grandes temores respecto al odontólogo, y que el nivel educativo de los padres influye en la conducta del niño en su visita al consultorio dental. Las limitaciones económicas y sociales, el bajo acceso a servicios odontológicos, así como hábitos deficientes de higiene, son importantes factores predisponentes para que la caries dental se desarrolle. (12)

1.2.4 Factores emocionales

El miedo y la ansiedad son los principales factores emocionales que influyen en la conducta del niño durante la atención odontopediátrica.

El temor o miedo es la reacción frente a una amenaza externa que puede ser real y se expresa psicológicamente con dolor. (7) Según Valdez Medina, es una reacción o emoción primaria provocada por una situación de peligro, que puede ser real o provocada por una fantasía. Es una respuesta del organismo para intentar reestablecer el estado de paz. (13)

Los miedos de un individuo no son los mismos a través de las diversas etapas de la vida, sino que se modifican con el desarrollo físico y mental. Los miedos surgen, desaparecen o cambian a medida que el individuo crece. (13)

Los niños tienen un intenso miedo a lo desconocido e inesperado, lo cual es importante desde el punto de vista del papel del odontólogo y de la



repercusión que puede tener en el ámbito de la clínica. Finn S., describe dos tipos de miedos o temores:

Temor objetivo

Se produce por la estimulación directa de los órganos sensoriales en contacto físico con la experiencia.

Temor subjetivo

Se genera por sentimientos y actitudes sugeridas al niño por quienes lo rodean, sin necesidad de que el mismo haya padecido el incidente personalmente. (14)

La ansiedad es un estado emocional que se genera en fuentes internas como fantasías y expectativas no reales; es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad. La mente infantil está más controlada por los impulsos internos y las fantasías que la del adulto y, por ello, el niño tiene más tendencia a sufrir ansiedad. (7)



2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE SUS HIJOS

2.1 Factores que influyen en la aceptación del tratamiento

El manejo de la conducta en la práctica odontológica es un elemento importante para el éxito del tratamiento. Un factor significativo a considerar en el control de la conducta es la percepción de los padres hacia el tratamiento dental y el grado de ansiedad que pueda generarles, afectando a su vez el comportamiento de su hijo en el consultorio.

Existen diversos factores que influyen en los padres para la aceptación y utilización de las diversas técnicas de manejo conductual. La información que reciben puede llegar a distorsionar su percepción hacia el tratamiento dental. La personalidad de los padres es muy importante, ya que generalmente refleja la personalidad del niño. (15)

En un estudio realizado sobre la influencia de la personalidad materna sobre la conducta del niño, se encontró que el temperamento de un niño difícil se podía pronosticar a partir de los rasgos de personalidad de la madre, ya que por ejemplo, si es extrovertida, expondrá al pequeño a un mayor contacto social. (16)

2.2 Características de los padres

Baumrind, en 1973 (citado en Papalia, 2001), investigó estilos educativos de los padres, y encontró cuatro características principales: autoritario, democrático permisivo y negligente. En cuanto a la comunicación entre padres e hijos, existen padres altamente comunicativos, o bien, de bajos



niveles de comunicación. Los comunicativos utilizan el razonamiento, tienen en cuenta la opinión de los hijos, los animan a expresarse y escuchan razones. Lo contrario se observa en aquellos con bajos niveles de comunicación; no abordan los problemas con sus hijos y no explican las reglas de comportamiento. (18)

Estilo autoritario

Son padres que aplican normas estrictas y utilizan el castigo cuando el niño tiene mala conducta; no contribuyen al diálogo, conceden importancia a la obediencia y a las medidas disciplinarias, y la comunicación padre e hijo es escasa. (18)

Estilo democrático

Son padres que demuestran afecto, tienen una comunicación significativa con sus hijos, evitan el castigo, son afectuosos, no son indulgentes sino que dirigen, plantean exigencias e independencia, marcan límites, y orientan y escuchan las ideas de sus hijos para llegar a un acuerdo con ellos. (18)

Estilo permisivo

Son padres con alto grado de comunicación; ofrecen afecto a sus hijos, aceptan conductas y actitudes incorrectas, no razonan, dejan hacer, no exigen orden ni normas, no controlan a sus hijos y no utilizan el castigo. (18)

Estilo negligente

Son padres que muestran indiferencia ante el comportamiento positivo o negativo de sus hijos, acceden fácilmente ante el deseo del niño, evitan la afirmación de autoridad y la imposición de reglas.

En 1983 se proponen otros dos estilos, ya que el estilo permisivo puede adoptar dos formas distintas: el permisivo-democrático-indulgente, que es un



estilo permisivo y cariñoso, y el permisivo-indiferente o de rechazo-abandono, que se caracteriza por una actitud fría, distante y asociada a maltratos. (17)

Estilo democrático-indulgente

Corresponde a los padres sobreprotectores que demuestran cariño y una buena comunicación con sus hijos. No utilizan el castigo, pero es difícil que los orienten o los controlen.

Estilo indiferente o de rechazo-abandono

Es utilizado por padres que rechazan a sus hijos y son negligentes, que no son receptivos ni exigentes, y a quienes sus hijos parecen serles indiferentes. No hay apenas normas que cumplir, pero tampoco hay afecto que compartir, siendo lo más destacable el escaso apego y la relativa indiferencia respecto de las conductas del niño.

Cárdenas J. (2009), a su vez, identifica cinco tipos de padres en los que incluye a los factores objetivos, tales como el estado civil, la edad, el número de hijos, el estado civil y los rasgos emocionales. Los clasifica como motivados, ansiosos, autoritarios, manipuladores e indiferentes. (19)

Padres motivados

Son padres interesados en el tratamiento de sus hijos y su salud oral; participan y aceptan las recomendaciones del odontólogo.

Padres ansiosos

Son padres motivados y cooperadores, pero presentan un alto nivel de ansiedad, lo cual puede ser inoportuno al momento de la consulta.



Padres autoritarios

Son padres que creen en la restricción de la autonomía, aprecian la obediencia y la dedicación; como forma de control, recurren a castigos severos.

Padres manipuladores

Son aquellos que tienen la intención de hacer sutilmente que el odontólogo haga lo que ellos desean en el tratamiento, con lo que pueden provocar que pierda seguridad en sí mismo, así como la capacidad de decisión.

Padres indiferentes

Son padres desinteresados de la salud oral de sus hijos; no están atentos a las necesidades de su atención dental, excepto cuando hay una urgencia o una necesidad estética.

Los padres pueden llegar a ser individuos vulnerables, con trastornos de personalidad, situación que frecuentemente reproducen en sus hijos y afectan directamente el desenvolvimiento del niño, creando patrones de apego. (7)

2.2.1 Estilo de crianza del niño

Una de las relaciones interpersonales más importantes en la vida de un niño es la relación con sus padres. Existen diversos factores emocionales que estos últimos manifiestan y que afectan directamente el comportamiento de sus hijos durante la consulta dental.

Los padres contribuyen al desarrollo de sus hijos relacionándose con ellos y utilizando estrategias de socialización; ponen en práctica los diversos estilos educativos al relacionarse con ellos, con la finalidad de influir en ellos, orientarlos y educarlos para su correcta integración a la sociedad. Los estilos



de crianza difieren de unos padres a otros, y sus efectos en los hijos son diferentes. (17)

Algunas actitudes de los padres nos permiten anticipar hasta cierto punto el comportamiento de sus hijos. Entre ellos se puede mencionar el sobreafecto, la sobreprotección, la sobreindulgencia, la sobreansiedad, la sobreautoridad y la falta de afecto/rechazo. (17)

Sobreafecto

Se observa cuando el niño es hijo único, adoptado o el menor de la familia. En el consultorio, el niño refleja poco valor, refugiándose en los padres a modo de protección.

Sobreprotección

Se observa en padres que monopolizan el tiempo de sus hijos; el niño presenta un comportamiento autoritario. Manifiesta poca disciplina ante el dentista, pretendiendo guiarlo en lo que hace.

Sobreindulgencia

Es consecuencia de la actitud de padres que nada niegan a sus hijos, en especial aquellos que en el transcurso de su infancia no tuvieron muchas facilidades y satisfacciones, generalmente por dificultades económicas. En consecuencia, sus hijos son muy exigentes, lo que dificulta el congeniar, a menos que se satisfagan sus demandas, reforzadas frecuentemente con llanto y rabietas.

Sobreansiedad

Se trata de una actitud presente en padres jóvenes e inexpertos, cuando tuvieron muchas dificultades para concebir un hijo único. En la consulta odontológica el niño responde con timidez y cobardía ante situaciones nuevas.



Sobreautoridad

Es una actitud que los padres utilizan para modelar la conducta de sus hijos hacia un determinado tipo de comportamiento. En el consultorio se observa un niño pasivo, negativo e inseguro.

Falta de afecto/rechazo

Se presenta cuando los padres manifiestan indiferencia hacia su hijo, se mantiene una actitud negativa de crítica, castigo y disciplina. El afecto que le muestre el Cirujano Dentista, conduce a que el niño pierda su conducta tímida y gradualmente acepte el tratamiento. (25)

Otro aspecto importante que debe tomarse en cuenta, es la presencia de alguna discapacidad física o mental en el paciente pediátrico; el tratamiento del paciente con necesidades especiales está íntimamente relacionado con su conducta y su padecimiento. La mayoría de los pacientes especiales pueden tratarse de manera ambulatoria en el consultorio dental. Sin embargo, en algunas ocasiones las técnicas de manejo de conducta son insuficientes y la única alternativa es el tratamiento bajo anestesia general o sedación, para proveer un tratamiento de calidad. (26)

2.2.2 Género y edad del niño

Existen factores determinantes que pueden influir en el comportamiento del niño cuando asiste al consultorio dental, como edad, género, visitas previas al dentista, así como la frecuencia de las consultas.

Al parecer existe una relación directa entre edad, ansiedad y la conducta que el niño demuestra en la consulta odontológica, ya que los niños más pequeños manifiestan generalmente mayores niveles de ansiedad que los



mayores y, por lo tanto, una conducta no apropiada. La edad influye decisivamente en la conducta del niño ante una visita inicial. (7)

Cuando el paciente es muy pequeño, la separación madre-hijo causa estrés debido a los patrones de apego, pues la madre es una base de seguridad y pocas veces el niño se aleja de ella; esto agrava el mal comportamiento durante la consulta. (18)

Con relación a las diferencias de género, estudios como el de Caycedo y cols. reporta que las mujeres expresan mayor ansiedad respecto al tratamiento dental, que puede estar directamente ligado con la aceptación social que les permite externar sus sentimientos de dolor y miedo de forma más abierta y espontánea, que a los hombres. (20)

En conclusión, el Cirujano Dentista debe conocer la naturaleza dinámica de la relación emocional del niño con las diferentes fases de su desarrollo, y cómo esto puede afectar su comportamiento en el consultorio.

2.2.3 Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico es un factor determinante que influye de manera significativa en el cuidado dental que los padres tienen hacia sus hijos.

En un estudio realizado en 2010 por Bruce A. y Thornton G, para determinar la importancia de este factor, se llegó a la conclusión de que la pobreza es un elemento significativo con relación a la salud oral, pues hubo un incremento del índice de caries en niños de 2 a 4 años de edad de escasos recursos, respecto de los que tenían un nivel socioeconómico estable. (21)

En un estudio realizado por la clínica de Odontopediatría de la DEPeI, UNAM en 2011, se encontró una relación entre la presencia de caries de la



infancia temprana y el nivel socioeconómico familiar, así como una correspondencia con la escolaridad paterna y materna. (22)

En un estudio realizado por el programa de estimulación temprana de la Universidad Autónoma de Yucatán en 2014, se determinó que la prevalencia de caries depende de la vulnerabilidad de las poblaciones, sobre todo cuando éstas pertenecen a grupos de nivel socioeconómico bajo. (23)

Por otro lado, el nivel de escolaridad bajo en los padres, en ocasiones está relacionado con una elevada prevalencia de caries dental en sus hijos, debido al desinterés por la dentición temporal. (24)

Los conocimientos y las actitudes que los padres tengan sobre la salud bucal de sus hijos, son factores importantes en la disminución de su riesgo a caries.

3. TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, el manejo de conducta se define como “la interacción continua y positiva entre el niño y el odontólogo, la cual logra suministrar al paciente la confianza necesaria para lograr el éxito en la consulta odontológica”. (27)

Las técnicas de conducta son una herramienta valiosa para disminuir la ansiedad, fomentar una actitud positiva y llevar a cabo el tratamiento dental. Un manejo exitoso de conducta depende de diversos factores: la actitud del odontólogo, las expectativas del paciente y las condiciones del entorno clínico. La colaboración del paciente es primordial para llevar a cabo el tratamiento. (28)



El manejo de conducta es la piedra angular para el éxito en la odontología pediátrica. Con la aplicación correcta de estas técnicas el niño puede aprender un comportamiento apropiado, las habilidades para el afrontamiento, así como reducir la ansiedad hacia el tratamiento.

Para el manejo de la conducta se aplican técnicas que se basan en la comprensión del desarrollo emocional, social y cognitivo del niño, permitiendo la comunicación afectiva entre el paciente y el odontólogo. (29)

Existen diversas técnicas de manejo del comportamiento que se clasifican en comunicativas, no comunicativas y farmacológicas. Cada una de ellas posee una serie de características e indicaciones particulares. Sin embargo, es importante recordar que la esencia del manejo conductual radica en una comunicación positiva, tanto con el paciente como con sus padres, que permita crear un vínculo personal y generar confianza. (4)

3.1 Técnicas de comunicación

La comunicación que se establece con el niño es la base para dirigir su conducta de manera adecuada y así conseguir un tratamiento exitoso, debido a que fomenta en el pequeño un bienestar emocional. Es necesario profundizar en el conocimiento de la personalidad de cada paciente para anticipar el tipo de actitud que pueda adoptar en el consultorio dental.

Con las técnicas de comunicación se busca obtener y mantener la atención del niño, creando un vínculo de empatía que facilite la consulta odontológica, así como lograr una actitud positiva hacia el tratamiento dental. (7), (4), (30)



3.1.1 Decir, mostrar y hacer

La técnica consiste en la explicación sencilla del procedimiento en un lenguaje apropiado para el nivel y la comprensión cognitiva del niño, así como demostraciones visuales y auditivas acerca del tratamiento.

El objetivo primordial es enseñar al paciente pediátrico los aspectos importantes de cada procedimiento y familiarizarlo con cada visita al consultorio dental. Es importante darle información acerca de las acciones que se llevarán a cabo, a través de su sensibilización y de expectativas bien definidas, siempre tomando en cuenta su edad. (28), (29)

3.1.2 Lenguaje pediátrico

Al hablar con un niño se debe elegir el lenguaje apropiado. Es necesario explicar el tratamiento de forma tal que pueda entenderlo, adaptando los términos de acuerdo a su edad, sin llegar a mentirle. Al seleccionar el lenguaje, hay que elegir objetos y situaciones familiares o cotidianas para él, incluso se puede adaptar cada explicación sobre el procedimiento, e incluir un poco de imaginación. (7), (31)

3.1.3 Control de voz

El control de voz es un cambio deliberado en el volumen de la voz, para influenciar y dirigir la conducta del paciente pediátrico, sin cambiar el lenguaje corporal o la expresión facial. El uso de una voz firme puede considerarse como agresión por parte de los padres, mientras que un cambio de tono puede ser fácilmente aceptado por ellos.

Los objetivos principales de esta técnica son obtener la atención del niño y evitar el comportamiento negativo. Su utilización puede ser en cualquier



paciente, exceptuando los que padecen problemas de audición o algún tipo de discapacidad. (32), (29)

3.1.4 Distracción contingente

La técnica de distracción contingente consiste en distraer al paciente por medio de ayuda auditiva o audiovisual, y se utiliza condicionada a un comportamiento colaborador. (28)

3.2 Técnicas de modificación de la conducta

Estas técnicas están enfocadas en modificar el comportamiento del niño y las conductas negativas que pueda tener. El procedimiento se realiza de forma gradual, hasta llegar a un comportamiento ideal en el consultorio. La modificación del comportamiento implica el uso de reforzadores, que alienten los patrones de conducta positiva. (7), (29)

3.2.1 Refuerzo positivo

Esta técnica consiste en premiar la actitud positiva del niño. Si la conducta es apropiada, el niño recibe una recompensa, con lo que aumenta la probabilidad de éxito en la consulta y disminuye su mal comportamiento. Incluye también los elogios por parte del equipo médico, la modulación positiva de la voz y las manifestaciones de afecto.

El objetivo de esta técnica es reforzar el comportamiento positivo del paciente; debe ser aplicado inmediatamente después de la conducta deseada y debe continuar posteriormente de manera consistente. (32), (29)



3.2.2 Desensibilización

La desensibilización ayuda en gran medida a evitar la ansiedad del paciente. Incluye técnicas de relajación, con las cuales el niño llega a sustituir sus miedos y mostrar una conducta apropiada hacia el tratamiento. Con esta técnica, el niño reemplaza su ansiedad al ser expuesto de manera gradual a los estímulos que le provocan miedo, hasta llegar a la disminución del mismo, asociando la visita odontológica con una experiencia agradable. (7), (31), (4)

3.2.3 Imitación

Con esta técnica los niños pueden aprender acerca del procedimiento dental cuando se les permite observar directamente a otro niño cooperador que está siendo atendido.

Se basa en la teoría de que el comportamiento es extraído de la observación y la imitación. De esta manera, el niño es capaz de aprender patrones de comportamiento positivo y hacer frente al tratamiento dental.

Los objetivos de la técnica de imitación son familiarizar al paciente pediátrico con el tratamiento mediante la observación directa, involucrarse en el y dar oportunidad a los padres y al niño de hacer preguntas sobre el procedimiento. (28), (29)

3.3 Técnicas de enfoque físico

Estos procedimientos son empleados al realizar el tratamiento dental, con el fin de controlar o limitar los movimientos del paciente pediátrico para su propia protección. La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD por sus siglas en inglés) modificó recientemente el nombre con el que se ha



conocido durante varios años a esta técnica, llamándola actualmente *técnica de estabilización protectora*.

La AAPD la define como “la restricción de la libertad de movimiento de un paciente, con o sin el permiso de él, para disminuir el riesgo de lesiones y permitir finalizar el tratamiento de manera adecuada”. Esta restricción de movimiento puede incluir un dispositivo de estabilización, otra persona o una combinación de ambas. (29)

Con esta técnica se consigue reestablecer el control del niño durante la consulta odontológica. Sin embargo, antes de emplearla se debe considerar alguna otra alternativa para el manejo de la conducta. (7), (4), (33)

3.3.1 Mano sobre boca

Esta técnica fue retirada oficialmente de las guías de manejo de conducta de la AAPD en 2006, por ser considerada una agresión hacia la integridad física del paciente. (30)

El objetivo principal de esta técnica es reestablecer la comunicación con el paciente pediátrico que se encuentre en plena rabieta o en ataque de histeria. Se coloca la mano de forma firme sobre la boca del niño y, en voz baja y suave, se le indica que está actuando de forma inadecuada. La mano se retira en el instante en el que esté dispuesto a cooperar.

La técnica de mano sobre boca, como se reportó en algún tiempo en la literatura, podía ser efectuada con restricción de las vías aéreas, colocando simultáneamente la mano sobre boca y nariz, impidiendo la respiración. Esta técnica está absolutamente en desuso debido al grado de agresividad que representa y al riesgo que implica. (33)



Esta técnica no pretende asustar al niño, sino obtener su atención. Está contraindicada en niños menores de tres años y en aquellos con alguna discapacidad física o mental. (28)

3.3.2 Restricción física

La inmovilización total o parcial durante la consulta odontopediátrica, es en ocasiones necesaria para proteger la integridad del niño y del profesional de la salud. Esta técnica no busca lastimar al pequeño en lo absoluto, sino protegerlo de cualquier movimiento inadecuado que pudiese herirlo.

Está técnica nunca debe ser empleada como castigo, y está contraindicada en pacientes cooperadores, con inmadurez emocional por su corta edad y con discapacidad física o mental. (34), (29)

3.4 Técnicas farmacológicas

Sedación

La sedación puede ser utilizada con seguridad y eficacia en pacientes que no son capaces de colaborar debido a la falta de madurez, alguna restricción física o alguna discapacidad.

Se debe considerar la utilización de técnicas alternativas para el manejo conductual antes de realizar una sedación debido a los riesgos que implica, (sobre todo los efectos secundarios como vómito, mareo, manifestaciones cardiacas y neurológicas); así como ponderar las necesidades de tratamiento, así como el efecto sobre la calidad de la atención dental y el desarrollo emocional del niño.



Los objetivos de la sedación son proteger el bienestar del paciente, minimizar la incomodidad física y el dolor, reducir el miedo y ansiedad, así como disminuir el trauma psicológico. (28)

Anestesia general

Se conceptualiza como un estado controlado de inconciencia, acompañada de pérdida de reflejos y una incapacidad para responder a estímulos físicos.

Existen diversas consideraciones para la aplicación de la anestesia general: la edad del paciente, las necesidades de atención dental y, sobre todo, el análisis de riesgo-beneficio. Los objetivos de la anestesia general son proporcionar atención dental de manera segura al niño, eliminar la ansiedad y la respuesta al dolor, así como reducir el movimiento y la reacción ante el tratamiento.

Está indicada en pacientes con poca capacidad para colaborar, con miedo y ansiedad excesivos, y en aquellos que requieren procedimientos quirúrgicos. (28), (29) . Sin embargo, como ya se mencionó, se requiere de un análisis puntual de la factibilidad de su aplicación, en especial por el riesgo y el costo que implica, lo cual debe hacerse del conocimiento de los padres, de manera clara y explícita.



4. ACTITUD DE LOS PADRES ANTE LAS TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA

El conocimiento sobre el desarrollo del niño, tanto físico como emocional, cómo actúa y cómo responde al medio, así como la influencia que los padres ejercen en la formación de su personalidad, nos brinda un parámetro para lograr adaptar las técnicas de manejo de conducta de manera particular, y así lograr la aceptación y cooperación del niño en la consulta odontopediátrica, ya que es la base para el desarrollo óptimo del tratamiento dental. (35)

Un factor integral en el manejo conductual es la actitud que tienen los padres hacia las diversas técnicas de manejo de conducta, ya que esto puede llegar a generar ansiedad en ellos, frecuentemente asociada a la falta de información respecto a los procedimientos dentales. (15) Los constantes cambios en el entorno social y ético-legal, exigen que se evalúen detenidamente el tipo de manejo conductual y las técnicas a utilizar, de modo que se ajusten con los parámetros actuales y sean fácilmente aceptadas por los padres. (30)

4.1 Grado de aceptación de los padres ante cada técnica

El manejo de conducta es una metodología integral encaminada a construir una relación afectiva entre el niño, los padres y el odontólogo, con el objetivo de eliminar el miedo y la ansiedad en la consulta odontológica, así como crear un vínculo de confianza. (36)

Los estilos de crianza han cambiado y hoy en día los padres han dejado de involucrarse directamente en el cuidado de los hijos esto, debido al cambio en el estilo de vida contemporáneo. (29)



Un aspecto integral de la atención dental en la población pediátrica es proporcionar a los padres información previa acerca de las técnicas de manejo de conducta. Esta información proporciona un mecanismo por medio del cual pueden participar activamente en el tratamiento de sus hijos, tomando decisiones, lo que contribuye a reducir su propia ansiedad.

Los padres tienen derecho a ser autónomos respecto a las decisiones que toman sobre el tratamiento de sus hijos, desde los materiales que serán utilizados, hasta la manera en que sus pequeños serán atendidos. (29)

El tipo de tratamiento influye directamente en la técnica de conducta que se aplicará en el paciente, así como en el grado de aceptación que los padres tengan sobre la misma. En el caso de niños con un desarrollo normal, las técnicas de comunicación son más aceptadas por los padres en cualquiera de los tratamientos, respecto a las de restricción física. (29)

La aceptabilidad de una técnica de manejo conductual por parte de los padres depende, entre otros factores, de las necesidades del niño en el momento del tratamiento, el tipo de tratamiento y la urgencia del mismo, aunado a una comunicación positiva entre el odontólogo, los padres y el paciente pediátrico. (37)

Varios autores han realizado estudios relacionados con el grado de aceptación de los padres ante las diversas técnicas de manejo de conducta de sus hijos realizadas en el consultorio dental. A continuación se mencionan algunos de ellos.

En un estudio realizado en 2001 para medir el grado de aceptabilidad, percepción y permisividad de los padres ante las diferentes técnicas de manejo del comportamiento, los resultados fueron positivos y estadísticamente significativos en favor de las técnicas comunicativas (*demostrar y hacer, refuerzo positivo, y distracción contingente*) sobre las



técnicas restrictivas y la restricción física. Sin embargo, se observó que, a pesar de los bajos niveles de aceptación y percepción, el grado de permisividad para las técnicas restrictivas aumentaba a medida que se daba una explicación previa y el tipo de procedimiento lo justificaba. (38)

En 2005, Eaton y cols. encontraron que la aceptación por parte de los padres respecto de la aplicación del óxido nitroso y la anestesia general, era mucho mayor en comparación con el *control de voz* y la *estabilización protectora*. (39)

En un estudio realizado en 2006 en el Hospital Infantil Federico Gómez sobre el grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual no farmacológicas, se observó que la técnica de *lenguaje pediátrico* y la de *decir, mostrar y hacer* fueron las más aceptadas, mientras que *mano sobre broca* y *estabilización protectora* fueron las menos aprobadas. En este estudio se determinó también que la información con la que los padres cuentan acerca de las técnicas de manejo de conducta, generalmente es insuficiente, por lo que es importante explicar los procedimientos y alternativas existentes. (31)

En 2007, García Islas y cols. realizaron un estudio entre 120 padres que acudieron a las clínicas de la licenciatura y del posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM, para la atención de sus hijos. Ellos reportan que la técnica mejor percibida es la de *decir, mostrar y hacer*, y la menos aceptada es la de *anestesia general*. Se demostró que la información oral que se les proporcionó a los padres dio como resultado una disminución de la ansiedad que tenían respecto al tratamiento dental de sus hijos. (15)

En 2010 se llevó a cabo un estudio en la Universidad Internacional de Cataluña acerca de la actitud de los padres hacia las técnicas de manejo de conducta. Se compararon ocho técnicas, entre las que se encontraban *decir, mostrar y hacer, sedación, estabilización protectora, control de voz, mano*



sobre boca, *premedicación oral* y *anestesia general*. Los padres dieron una calificación basándose en la escala del 0 al 10, en la que la técnica calificada como más aceptable fue la de *decir, mostrar y hacer*, mientras que la menos aceptada fue *mano sobre boca*. Se encontró una asociación entre la aceptación de las diferentes técnicas y el estatus socioeconómico, así como el sexo de los padres, mientras que no se encontraron diferencias en cuanto al género y a las experiencias dentales previas del niño. (40)

En un estudio realizado por Cordero, Cardenas y Álvarez en 2012, acerca de la aceptación de los padres sobre las técnicas de manejo de conducta farmacológicas y no farmacológicas, las técnicas comunicativas para el manejo de la conducta fueron las de mayor aceptación. En el caso de las técnicas restrictivas, como la de *estabilización protectora*, en sus resultados mencionan que son las menos aceptadas. Los padres consideran que la utilización de las técnicas comunicativas y farmacológicas pueden mejorar el comportamiento de sus hijos y lograr el objetivo del tratamiento, mientras que las técnicas restrictivas pueden provocar en ellos miedo o temores para futuros tratamientos odontológicos. (30)

Por su parte, Peretz, Kharouba y Blumer, en 2013, mencionan en su estudio que la técnica más aceptada por los padres en la consulta odontopediátrica fue el refuerzo positivo, con un 81 por ciento, seguida de *decir, mostrar y hacer*, con un 76 por ciento. La técnica menos aceptada fue la de *estabilización protectora*, con un 7.8 por ciento, seguida por *control de voz* (1.1 por ciento), mientras que la *relajación* y la *hipnosis* fueron totalmente inaceptable para la mayoría de los padres; la *sedación* obtuvo el 15.6 por ciento de aceptación entre ellos. Los padres muestran menos tolerancia hacia las técnicas de restricción física, y una actitud positiva hacia las técnicas de manejo conductual, lo que puede estar influenciado por el tipo de información que reciben. (37)



Con el constante cambio en los estilos de crianza y su impacto en el comportamiento del niño, cada vez es menor el grado de aceptación de los padres hacia las técnicas aversivas. Sin embargo, las técnicas farmacológicas cobran mayor aceptación, según un estudio realizado en 2014 en Denver, E.U.A. Estos patrones de cambio podrían atribuirse al entorno socio-cultural, pues en términos generales, los padres modernos suelen involucrarse de forma más activa en la vida de sus hijos. Las técnicas de restricción física pierden aceptabilidad y es posible que se supriman o que se utilicen como último recurso cuando no exista otra opción. (41)

La mayoría de las técnicas de manejo de conducta requiere de una comprensión cognitiva, emocional y social del niño, con el objetivo de desarrollar una adecuada comunicación con él. Se debe ser flexible y personalizar cada técnica de acuerdo a la personalidad del niño, el contexto sociocultural y la validez social. Oliver y Manton, en 2015, coinciden en que la utilización de las técnicas comunicativas de manejo conductual tiene mayor aceptación, mientras que el uso de las de restricción física es visto como inaceptable por los padres. En el contexto actual, los programas de enseñanza en Odontopediatría ponen mucho menor énfasis en el uso de técnicas aversivas, y se inclinan más por las técnicas como *modelado*, *reforzamiento positivo* y *distracción contingente*, a través de recompensas y elogios. Existen técnicas alternativas más recientes y no farmacológicas como la *atención centrada en el niño*, *trucos de magia*, *hipnosis* y *motivación*. (29)

La aceptación de diversas técnicas de manejo de conducta se relacionan con la urgencia, el costo y el tiempo del tratamiento. En un estudio realizado en 2016 por la Universidad de Cincinnati, Ohio, en los Estados Unidos de América, en un hospital y diversas clínicas privadas, se encontró que las técnicas farmacológicas de manejo de conducta, como la sedación y anestesia general, fueron altamente aceptadas por los padres; la única



desventaja fue el costo en relación con la duración del tratamiento. Las técnicas de restricción física fueron calificadas como poco aceptables (42)

4.2 Ansiedad de los padres respecto al manejo de conducta

Como ya se mencionó, el tratamiento odontopediátrico requiere de la participación del odontólogo, del paciente y, sobre todo, de los padres, ya que estos no sólo son los responsables legales del niño, sino que pueden condicionar el comportamiento del pequeño. (43)

La percepción del tratamiento odontológico por parte de los padres y la ansiedad que se deriva de ella, pueden transmitirse a sus hijos, repercutiendo tanto en el grado de cooperación en la consulta, así como en el éxito del tratamiento realizado. Esta ansiedad se halla frecuentemente ligada a la falta de información por parte del odontólogo sobre el tipo de tratamiento dental y las diferentes técnicas de manejo de la conducta. (15)

Cuando se considera el número y la variedad de factores que pueden modificar el comportamiento del niño, se piensa en la actitud de los padres. Si esta actitud no es positiva, el comportamiento del niño puede verse afectado hasta convertirse en un paciente difícil. Sin embargo, si los padres muestran una actitud positiva ante el tratamiento, crearán confianza en el pequeño, lo cual generará un comportamiento positivo en él. (14)

Gómez y cols. reportan que al relacionar la ansiedad odontológica de los padres (registrada por medio de la escala de Corah) con el comportamiento de los niños durante la consulta odontológica (con la escala de Frankl), se evidenció una relación significativa entre la ansiedad de los padres y el comportamiento negativo de sus hijos. (44) Con relación a este tema, la presencia o ausencia de los padres durante el tratamiento dental de sus hijos ha sido un tema de controversia.



Uno de los mayores temores para un niño pequeño es la separación de sus padres, mientras que la presencia de los mismos puede ser reconfortante y puede facilitar el manejo de su conducta. Sin embargo, si el padre es ansioso, puede exhibir un comportamiento que repercuta directamente en el niño, provocando que presente una conducta inadecuada, así como que se establezca una comunicación negativa entre el odontólogo y el niño. (29)

Los padres pueden presentar ansiedad hacia el tratamiento dental de sus hijos debido a experiencias personales pasadas; en estos casos, la lógica es revertir el factor miedo en una experiencia más agradable y mostrar confianza explicando el procedimiento tanto a los padres como al niño. (35)

Los padres deben estar siempre informados sobre las técnicas de manejo de conducta que se emplearán en el tratamiento clínico de sus hijos, por lo que es importante el conocimiento y entendimiento del consentimiento informado, garantizando mayor aceptabilidad, confianza y apoyo hacia el procedimiento dental. (45)

5. IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PADRES

Realizar un tratamiento dental exitoso puede ser todo un reto, y generalmente depende, en la mayoría de las veces, de la adecuada comunicación entre el dentista, el paciente y sus padres. El componente más importante de una relación interpersonal es la comunicación, la cual debe desarrollarse mediante el establecimiento de una correlación basada en la confianza, desde la primera visita al consultorio dental. La manera en la que nos comunicamos con los padres determinará el éxito del tratamiento que pretendemos ofrecer.



El odontólogo debe explicar el tratamiento dental de una manera clara y transmitir a los padres la importancia del mismo, así como el beneficio que tendrá en la salud oral del niño. (35)

La visita al consultorio dental puede ser más agradable si los padres fomentan una experiencia previa positiva en los niños, hablándoles acerca de la visita de una manera agradable, explicando a grandes rasgos lo que sucederá en la primera cita y disminuyendo así la ansiedad de su hijo. De esta manera, les resultará fácil fomentar una actitud positiva, dado el vínculo estrecho que existe entre ellos y sus hijos. (35)

5.1 Factores que influyen en la comunicación

La comunicación favorece un ambiente de confianza, respeto y asertividad entre los padres y el odontólogo. La información que se les brinda a los padres influye en la imagen que tienen sobre el procedimiento dental de sus hijos, por lo que una buena comunicación conlleva al éxito del tratamiento. Existen diversos factores que intervienen en ella y afectan directamente a su aceptación. A continuación se presentan algunos:

Cuando los padres de los pacientes pediátricos tienen la posibilidad de elegir a su odontólogo, la decisión se basa en diversos elementos como la capacitación, la cercanía a su casa o sitio de trabajo, el aspecto socioeconómico y, en gran medida, en la capacidad que tenga el odontólogo para comunicarse. (46)

Una variable que influye directamente en la comunicación que se establece entre el odontólogo y los padres es el nivel socioeconómico, pues se ha encontrado que, en niveles altos, los padres se muestran menos dispuestos a cooperar y aceptar determinados tratamientos respecto a



niveles medio-bajos, los cuales son más receptivos. Sin embargo, los padres con un estrato social alto suelen preocuparse más por la salud bucal de sus hijos y mostrar más interés hacia el tratamiento dental. (40)

El nivel educativo de los padres también influye en la comunicación con el odontólogo, ya que mientras el nivel educativo de los primeros aumenta, las expectativas son más favorables hacia el tratamiento y la comunicación suele ser más abierta, clara y expresiva. Un aspecto importante es el vocabulario empleado en la explicación del tratamiento por parte del odontólogo, el cual debe adaptarse a cada padre de familia. (35)

La religión es una dimensión psicológica que observa una serie de conductas individuales y prácticas culturales en un individuo; el odontólogo debe tomar en cuenta este aspecto en el establecimiento de la comunicación y el desarrollo del tratamiento dental, ya que en el caso de padres con ciertas convicciones religiosas (como sucede, con cierta frecuencia, con los testigos de Jehová) no consienten ciertos procedimientos médicos aunque resulten necesarios y urgentes para preservar la salud del menor. El odontólogo debe crear alternativas en el tratamiento así como respetar ante todo la ideología de los padres y el paciente. (47)

Las tradiciones y el aspecto sociocultural juegan un papel importante al establecer la comunicación con el paciente. Las prácticas de salud y de cuidado bucal de ciertas regiones de nuestro país, se caracterizan por mantener patrones de medicina tradicional y un sistema de creencias ancestrales. Depende del odontólogo entablar una buena comunicación basándose en los conceptos de respeto y tolerancia a la diversidad cultural y entendiendo cómo la capacidad de negociar los distintos conceptos de salud-enfermedad favorece la relación odontólogo-paciente e implica, necesariamente, el reconocimiento y el respeto de las tradiciones. (48)



Es un hecho que nuestro país se ha convertido en receptor de población extranjera que acude a consulta para solicitar atención odontológica, en particular en los estados del norte. Un factor importante para la atención de pacientes pediátricos extranjeros es, obviamente, el idioma, el cual puede considerarse como limitante a la hora de acceder a la atención dental. Para facilitar la comunicación con los padres puede precisarse de un intérprete, en este caso un familiar cercano, y disponer de material gráfico en distintos idiomas para ayudar a comprender mejor el tratamiento. Conocer el contexto socio-cultural por medio de la comunicación, facilita la consulta odontológica. (49)

Las costumbres sociales han cambiado con el paso de los años. Los cambios en el entorno familiar y las condiciones socioeconómicas han obligado a los padres a trabajar la mayor parte del tiempo, dejando gran parte del cuidado de los niños a las madres, en algunos grupos sociales, o bien, a los abuelos. Ellos son quienes acuden regularmente con el niño a la consulta dental y son quienes presentan mayor grado de ansiedad respecto al tratamiento, dificultando en ocasiones la comunicación y aceptación del mismo. El profesional debe adoptar una postura favorable, disminuyendo la ansiedad materna desde el inicio de la atención odontológica de su hijo, o tratando de comprender el punto de vista de los abuelos. (50)

Existen tres principios que facilitan la comunicación con personas que provienen de una cultura o educación diferente a la nuestra: ser genuino, cálido y empático, demostrando simultáneamente una actitud positiva dentro de la relación interpersonal. (51)



5.2 Importancia de informar a los padres acerca del tratamiento odontológico

Existen diversos medios para informar a los padres sobre el procedimiento que se realizará: oral, escrito y gráfico.

La mayoría de los padres prefieren que el tratamiento sea explicado en forma oral, ya que pueden externar dudas o preguntas que surjan en el momento acerca de los procedimientos a realizarse. (34)

El profesional no debe dar por hecho que los padres comprenden totalmente el tratamiento, de ahí la importancia de utilizar el medio escrito. Este debe estar fundamentado y bien representado en un documento, para evitar malos entendidos. Los padres deben estar conscientes de todos los factores relacionados con el procedimiento y resolver todas las dudas que surjan acerca del mismo, después de leer dicho documento.

El medio gráfico es una gran herramienta para informar a los padres acerca del tratamiento que se le realizará a su hijo. Dicho procedimiento se representa por una serie de imágenes consecutivas que se le muestra a los padres, dando tiempo para que expresen abiertamente sus dudas y preguntas. Sin embargo, tiene como desventaja que la información transmitida puede generar mayor ansiedad en los casos donde se apliquen técnicas de restricción física.

En un estudio realizado en 2007 con padres de pacientes pediátricos en la licenciatura y el posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM, sobre la aceptación y medios de información acerca de las técnicas de manejo de conducta, se concluyó que el oral fue el que generó mayor grado de aceptación en comparación con los medios escrito y audiovisual. (15)

La aplicación de las técnicas de manejo de conducta deben estar basadas en la revisión de la historia clínica y dental del paciente, seguido de una evaluación del comportamiento actual. Todas las técnicas de orientación de



conducta tienen que ser aprobadas por los padres por medio del consentimiento informado. (28)

El consentimiento informado es un documento médico legal, mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en el tratamiento establecido, después de haber comprendido la información que se le ha dado respecto de los objetivos del tratamiento, los beneficios, posibles riesgos, y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

En caso de personas menores de edad o incapaces de dar su consentimiento, éste será otorgado por el padre o tutor, siempre de manera escrita y tras haber recibido y comprendido la información mencionada. (34)



CONCLUSIONES

Las técnicas de manejo de conducta evolucionan con los cambios en la sociedad, los estilos de crianza y con la actualización de la enseñanza de la odontología pediátrica. La elección de las técnicas de manejo de conducta dependerá de la experiencia del clínico, su formación profesional, así como de sus conocimientos y capacidad para la aplicación de las mismas.

La evaluación del comportamiento del niño es básica a lo largo del tratamiento; debemos basarnos principalmente en su desarrollo cognitivo de acuerdo a la edad, género, factores sociales, emocionales y el estilo de crianza provisto por los padres, lo cual debe contemplarse de manera individual para cada paciente.

Un exitoso manejo de conducta depende de la habilidad del odontólogo y de cómo logre trabajar en conjunto con los padres y el niño. Una buena comunicación entre los padres y el odontólogo se basa en una relación de respeto y confianza, logrando con esto el éxito en el tratamiento dental del paciente pediátrico.

Un factor importante es la percepción que los padres tienen con respecto a las diversas técnicas de manejo de conducta. En muchas ocasiones la información que se les brinda es deficiente, causando con esto ansiedad, la cual fácilmente puede ser transmitida a sus hijos.

La aprobación de los padres acerca de las técnicas de manejo de conducta y el uso de técnicas avanzadas, sigue cambiando con el tiempo. Las más aceptadas continúan siendo las de comunicación, mientras que las de restricción física tienen una baja tolerancia.



La aceptación de sedación y anestesia general en el paciente pediátrico está sujeta a diversos factores como el socioeconómico, la edad del pequeño, la urgencia del tratamiento y el número de sesiones.

Las técnicas de manejo conductual deben integrarse en un enfoque global, para así brindarle al niño una mejor atención odontológica.



BIBLIOGRAFÍA

1. Morris C., Maisto A. Introducción a la Psicología. 13a ed. México: Pearson Educación; 2011.
2. Parrat-Dayán S. Esencia y trascendencia de la obra de Jean Piaget (1896-1980). Archives Jean Piaget. 2012 abril; 1: p. 213-224.
3. García E. Piaget: La formación de la inteligencia. 2a ed. México: Trillas; 2001.
4. Guedes-Pinto A., Bonecker M., Delgado C. Odontopediatría. Sao Paulo: Livrari Santos; 2011.p.34-51
5. Josefa P., Medina P. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta Odontol. Venez. 1998; 36(2): p. 1-4.
6. Swallow J., Jones J., Morgan M. The effect environment on a child's reaction to dentistry. ASDC J Dent Child. 1975; 42(2): p. 290-292
7. Barberia S. Odontopediatría. 2a ed. Barcelona: Masson; 2001.p. 115-169
8. Imaculada C., Velasco J. Padres autoritarios y democráticos, características de personalidad de estudiantes de licenciatura y posgrado. Intercontinental de Psicología y Educación. 2007; 8(1): p. 25-46.
9. Magnusson B. Odontopediatría. Enfoque Sistemático. Barcelona: Salvat Editores S.A; 1985.p 33-47
10. Oliva E., Villa V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris. 2014; 10(1): p. 11-20.
11. Medina C., Maupomé G., Pelcastre B., Avila L., Casanova A. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries en niños de seis a 12 años de edad. Rev Invest Clin. 2006; 58(4): p. 296-304.
12. Mora L., Martínez J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud de Almanjáyay Cartuja de Granada capital. Aten Primaria. 2000; 26(6): p. 398-404.



13. Valdez J., y cols. Los tipos de miedo prevalentes por generación y por sexo. *Rev. Electrónica de Psicología Iztacala*. 2010; 13(4): p. 163-182.
14. Finn S. *Odontología Pediátrica*. México: Interamericana; 1976. p. 14-21.
15. García A., Parés G., Hinojosa 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 Odont Mex*. 2007; 11(3): p. 135-139.
16. Díaz A. y cols. Influencias de la personalidad materna sobre el estilo conductual infantil: implicaciones para la atención temprana. *Anal. Psicol*. 2000; 16(1): p. 101-110.
17. Ramírez M. Padres y desarrollo de los hijos. *Prácticas de crianza. Estud. Pedagóg.* 2005; 31(2): p. 167-177.
18. Papalia D., Wendkos S., Duskin R. *Desarrollo humano*. 8a ed. Colombia: Mc Graw Hill; 2001.p. 300-315
19. Cárdenas J.. *Fundamentos de odontología pediátrica*. 4a ed. Medellín: CIB; 2009.p. 27-40
20. Caycedo C. y cols. Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma Psicol*. 2008; 15(1): p. 259-278.
21. Bruce A., Thornton G., Trends in oral health by poverty status as measured by healthy people 2010 objectives. *Public Health Reports*. 2010; 125: p. 817-830.
22. Montero D. López P, Castrejón R. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. *Rev Odont Mex*. 2011; 15(2): p. 96-102.
23. Aguilar F., Duarte C., Rejón M., Serrano R. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. *Acta Pediátr Mex*. 2014; 35(4): p. 259-266.
24. Díaz S., González F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev. Salud Pública*.



- 2010; 12(5): p. 843-851.
25. Escobar F. Odontología Pediátrica. 2a ed. Venezuela: Universitaria; 2006.p. 42-42
 26. Morales C. Abordaje conductual del paciente autista en la consulta estomatopediátrica. Rev Eur Odontostomatol. 2006; 12(24).
 27. Lopera M. y cols. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. Rev Nal Odo. UCC 2013; 9(16): p. 59-65.
 28. American Academy Of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. American Academy of Pediatric Dentistry. 2015; 37(6): p. 180-188.
 29. Oliver K., Manton D. Contemporary behavior management techniques in clinical pediatric dentistry: out with the old and in with the new? J Dent Child. 2015; 82(1): p. 22-28.
 30. Cordero N. Cárdenas J. Parental acceptance of pharmacologic and non-pharmacologic behavior management techniques in pediatric dentistry. Rev. CES Odont. 2012; 25(2): p. 24-32.
 31. García Y., Ríos R., Cuirán V., Gaitán L. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo de conducta en odontopediatría. Rev. Odont. Mex. 2006; 10(3): p. 126-130.
 32. Boka V., Arapostathis K., Vretos N., Kotsanos N. Parental acceptance of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience. Eur Arch Paediatr Dent. 2014; 15(5): p. 333-339.
 33. Leiva M. González E. Estabilización protectora para el control de la conducta en odontopediatría. Dentum Barc. 2010; 10(2): p. 55-57.
 34. Nava V., Fragoso R. Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual; explicación del procedimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental. Rev. Odont. Mex. 2012; 16(4): p. 242-251.



35. Saadia M., Valencia R. Communicating with the New Generations. The Challenge for Pediatric Dentists. *J Clin Pediatr Dent.* 2015; 39(4): p. 297-303.
36. Elango I., Baweja D., Shivaprakash P. Parental acceptance of pediatric behavior management techniques: A comparative study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2012; 30(3): p. 195-200.
37. Peretz B., Kharouba J., Blumer S. Pattern of parental acceptance of management techniques used in pediatric dentistry. *J Clin Pediatr Dent.* 2013; 38(1): p. 27-30.
38. Enciso P. y cols. Aceptabilidad, percepción y permisividad de los padres a las diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en los pacientes pediátricos de la Clínica CES Sabaneta. *CES Odontol.* 2001; 14(1): p. 28-35.
39. Eaton J., Mc-Tigue D., Fields H., Beck M. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent.* 2005; 27(2): p. 107-113.
40. Luis de Leon J., Guinot F., Bellet L. Acceptance by Spanish parents of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent.* 210; 11(4): p. 175-178.
41. Strange A. The evolution of behavior guidance: A history of professional, practice, corporate and societal influences. *Pediatr Dent.* 2014; 36(2): p. 128-131.
42. Patel M., Mac-Tigue D., Thikkurissy S., Fields H. Parental attitudes toward advanced behavior guidance techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent.* 2016; 38(1): p. 30-36.
43. Núñez I., Parés G., López R. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. *Rev. Odont. Mex.* 2006; 10(1): p. 30-35.
44. Gómez R. y cols. Musicoterapia para el control de ansiedad odontológica en niños con síndrome de Down. *Hacia Promoc Sal.* 2012; 17(2): p.13-24.



45. De Castro A., Oliveira F., Paivá M., Araujo D. Behavior guidance techniques in Pediatric Dentistry: attitudes of parents of children with disabilities and without disabilities. *Spec Care Dentist*. 2013; 33(5): p. 213-217.
46. García M., Castillo J. Preferencia de los pacientes niños y sus padres con respecto a la vestimenta del odontopediatra. *Odontol Pediatr*. 2010; 9(2): p. 150-162.
47. Galán J. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. *Rev Med Uruguay*. 1999; 15(1): p. 5-12.
48. Ochoa E., Patiño K., Pérez A., Lambrano L. Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas Zenúes, en Sucre, Colombia. *Rev Nac Odontol*. 2014; 20(11): p. 47-50.
49. Orejón G. y cols. Atención al niño de origen extranjero. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003; 5(18): p. 115-142.
50. Albuquerque W., Correa M., Abanto J. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Rev Estomatol Herediana*. 2007; 17(1): p. 22-24.
51. Petra-Micu I. La enseñanza de la comunicación en medicina. *Inv Ed Med*. 2012; 1(4): p. 218-224.