

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología



Trabajo de grado para optar por el título de:
Doctor en Odontología

“Manejo de diferentes técnicas de comportamiento no farmacológicas en el paciente odontopediátrico de la Clínica Dr. René Puig Bentz. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Periodo Mayo-Agosto 2015”

Realizado por

Br. Pamelina Liriano Then 11-0553

Br. Abigail Guzmán Manzueta 10-1132

Asesora Temática

Dra. Francis González

Asesora Metodológica

Dra. María Guadalupe Silva

Los conceptos emitidos en este trabajo son responsabilidad exclusiva de los autores.

Santo Domingo, República Dominicana

Octubre de 2015

Manejo de diferentes técnicas de comportamiento no farmacológicas en el paciente odontopediátrico de la Clínica Dr. René Puig Bentz. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Periodo Septiembre-Diciembre 2015.

Agradecimientos

Y

Dedicatoria

Agradecimientos

A Dios: Gracias Padre por ser el proveedor de todo, por tu sabiduría para guiarme por el camino correcto y ser el sostén para poder terminar esta carrera.

A mis padres: Por su sacrificio en todos estos años, por su amor y entrega para hacer esto posible. Los amo inmensamente.

A mi esposo Ludwing García: Gracias por tu amor y comprensión.

A mi profesor Dr. Nicolás Pichardo: Fue como un padre para mí, gracias por sus consejos y enseñanzas.

A mis profesores: Gracias doctores Francis González, Liza de Castro, Ricardo Houellmont, Dr. Guzmán por sus enseñanzas, por su comprensión y motivación para continuar.

A mi Univesidad: Por las facilidades que me ofrecieron para poder estudiar, por ser mi casa por varios años y enseñarme todos estos conocimientos.

A la Dra. Sonya: En tan poco tiempo gracias por tu ayuda desinteresada, por alentarme a continuar cuando estaba cansada de todo.

A mi compañera de tesis: Abigail, gracias por ser en primer lugar mi mejor amiga, mi compañera de colegio y también de carrera. Gracias por acompañarme en este proyecto.

A mis compañeras: Fanny, Lisette, Crystal, Olga amigas gracias por su ayuda, por esos momentos que compartimos juntas, espero que sigan adelante con su meta y la puedan alcanzar.

Pamelina Liriano Then

Dedicatoria

A Dios: Mi mejor amigo, quien me ha guiado por todo este trayecto.

A mis padres: Por motivarme a realizar mis sueños aunque parezcan inalcanzables, porque sin su entrega nada de esto fuera realidad.

A mi esposo: Ludwing mi compañero, a quien Dios puso a la mitad de este camino, para sostenerme cuando ya no tenia deseos de continuar y motivarme a seguir adelante.

Agradecimientos

A Dios: Gracias por ser el único proveedor de la sabiduría para cumplir este sueño y darme las energías para cada día para levantarme con nuevas fuerzas y seguir adelante a pesar de los obstáculos; no soy nadie sin ti.

A mis padres: Máximo Guzmán y Hortencia Manzueta, gracias por dar el todo y un poco más por mí, gracias por enseñarme a que no debía parar de luchar por mis sueños hoy puedo ver los resultados, sin su apoyo nada de esto hubiera sido realidad, los amo infinitamente.

A mi novio: Jorge L. Rodríguez, gracias por ser mi editor personal y por leer tantas veces esta tesis solo para ayudarme, gracias por tus palabras de ánimo justo en los momentos cuando pensaba en rendirme.

A mis profesores: Gracias a la Dra. Yudelka Tejada, Dra. Liza de Castro, Dra. Sabrina Nuñez, Dr. Ricardo Houellmont, gracias por todos los conocimientos que me enseñaron, motivación y paciencia para conmigo. Al Dr. Nicolás Pichardo, gracias por todos sus consejos, enseñanzas y por ver lo que nadie vio en mí, y querer explotar ese potencial.

A nuestras asesoras: Dra. Francis González, gracias por toda su ayuda y apoyo en el transcurso de este proceso. Dra. Guadalupe Silva, gracias por los conocimientos que nos enseñó en esta investigación. Dra. Sonya Stresse, muchas gracias por ayudarnos en todo incluso cuando no se lo pedíamos.

A mis compañeros: Gracias por formar parte de estos años, por todos los momentos vividos, clínica 545; gracias a mis queridas amigas, Crystal Rosario, Fanny Roa, Olga Castillo, entre otras.

A mi compañera de tesis: Gracias por ser mi mejor amiga, compañera de colegio, universidad, de trabajo y de tesis. Gracias por formar parte de este proceso y de este sueño hecho realidad.

Abigail Guzmán Manzueta

Dedicatoria

A Dios, por ser mi guía y acompañante al caminar en este trayecto.

A mis padres, esta carrera lleva sus nombres y apellidos por todo el sacrificio hecho por mí y su motivación a continuar.

Abigail Guzmán Manzueta

Índice

Resumen.....	11
Introducción.....	12
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA DEL ESTUDIO	13
1.1 Antecedentes del estudio	13
1.1.1 Antecedente local.....	13
1.1.2 Antecedente nacional.....	13
1.1.3 Antecedentes internacionales.....	14
1.2 Planteamiento del problema.....	16
1.3 Justificación	18
1.4 Objetivos	19
1.4.1 Objetivo general.....	19
1.4.2 Objetivos específicos	19
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 Reseña histórica	20
2.2 Etapas del desarrollo del niño	21
2.2.1 Infancia.....	21
2.2.2 Niñez temprana	22
2.2.3 Preescolar.....	22
2.2.4 Edad escolar	23
2.2.5 Edad prepuberal	23
2.2.6 Adolescencia.....	24
2.3 Temperamento infantil.....	25
2.4 Comportamiento del niño	25
2.4.1 Tipos de comportamiento del niño.....	26
2.4.1.1 Colaborador.....	26
2.4.1.2 Potencialmente colaborador.....	26
2.4.1.3 Colaborador tenso.....	26
2.4.1.4 Colaborador resignado	27
2.4.1.5 Colaborador disciplinado.....	27

2.4.1.6 Colaborador hiperactivo	27
2.4.1.7 Colaborador dormilón	27
2.4.1.8 Adverse abiertamente	28
2.4.1.9 Adverse manipulador.....	28
2.4.1.10 Falta de capacidad de colaboración.....	28
2.5 Factores ambientales que influyen en el comportamiento del niño.....	29
2.5.1 Experiencia previa.....	29
2.5.2 Actitud de la familia	30
2.5.3 Actitud de los padres	30
2.6 Ambiente y plan de conducción en la consulta odontopediátrica.....	31
2.6.1 Efecto de la hora de la visita	31
2.6.2 Efecto de un entorno agradable.....	32
2.6.3 La vestimenta del odontólogo.....	32
2.6.4 Efecto de la duración de la visita	33
2.6.5 Efecto de la presencia del padre o tutor en el ambiente de trabajo.....	33
2.7 Lenguaje pediátrico.....	34
2.8 Técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas	35
2.8.1 Control de voz.....	37
2.8.2 Decir-mostrar-hacer.....	38
2.8.3 Escape contingente.....	39
2.8.4 Refuerzo positivo	40
2.8.5 Refuerzo negativo	41
2.8.6 Tiempo y fuera	43
2.8.7 Distracción contingente	43
2.8.8 Modelado o imitación social	45
2.8.9 Inmovilización o restricción física	46
2.8.10 Mano sobre boca	47
2.8.11 Comunicación no verbal	49
CAPÍTULO 3. LA PROPUESTA	52

3.1 Hipótesis del estudio.....	52
3.2 Variables	53
3.2.1 Operacionalización de las variables.....	53
CAPÍTULO 4. MARCO METODOLÓGICO.....	55
4.1 Tipo de estudio.....	55
4.2 Localización y tiempo.....	55
4.3 Universo y muestra	55
4.3.1 Técnica de muestreo	56
4.4 Unidad de análisis estadístico	56
4.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	56
4.6 Técnica y procedimiento para la recolección de la información	57
4.7 Plan estadístico de análisis de la información	58
4.8 Aspectos éticos implicados en la investigación.....	58
CAPÍTULO 5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	59
5.1 Resultados del estudio	59
5.2 Discusión	66
5.3 Conclusiones.....	68
5.4 Recomendaciones	70
10. Referencias Bibliográficas.....	71
11. Anexos	80
Glosario.....	86

Resumen

Uno de los retos principales de la Odontología pediátrica es el manejo de la conducta, lo cual constituye un factor fundamental para el éxito en esta área. El manejo de la conducta del paciente pediátrico puede llevarse a cabo de diferentes formas, entre estas, las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas.

Dada la importancia de estas técnicas para el abordaje del niño en el acto clínico y tomando en cuenta que el estudiante de odontología tiene que lidiar con el paciente pediátrico en el transcurso de su carrera, se realizó este trabajo de investigación para determinar el conocimiento que poseen los estudiantes de las clínicas IV, V, VI y VII de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña acerca de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas mediante un estudio descriptivo-transversal.

Se elaboró una encuesta de nueve preguntas donde los datos arrojaron que dentro de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas, la que más conocen los estudiantes es decir-mostrar-hacer con un 18% y es también la más utilizada con un 21%. Dentro de los factores ambientales que pueden modificar la conducta del niño el que más afecta es la duración de la visita con un 34%. El género con mejor conocimiento de las diferentes técnicas fue el femenino con un 6% y la clínica con mejores conocimientos de las diferentes técnicas fue la clínica IV con un 12%.

Palabras claves: técnicas de manejo de comportamiento, paciente pediátrico y conducta del niño.

Introducción

Los conocimientos brindados por la odontología general capacitan al estudiante para tener un manejo aceptable de los niños que acuden a la consulta odontopediátrica. Los estudiantes emplean técnicas básicas ó incorrectas para manejar los diferentes tipos de conducta que presenta el paciente, las cuales al no producir el efecto deseado obligan a los mismos a buscar apoyo de otras personas para llevar a cabo el procedimiento necesario.

Es por este motivo que se requiere más que un mero conocimiento general para manejar adecuadamente a los niños. Se hace necesaria la utilización de técnicas y conocimientos amplios de psicología unida a la habilidad al realizar procedimientos operativos.

A diferencia de otras áreas clínicas, en odontopediatría las diferentes formas del comportamiento del paciente no permiten establecer medidas exactas para los procedimientos específicos que se deben realizar en diversas situaciones clínicas. El paciente va a responder de acuerdo a lo que el estudiante le presente. Algunos niños van a responder a través de llanto, ira, miedo, ansiedad, especialmente si han tenido experiencias negativas previas, pero la mayoría pueden llegar a cooperar si se sienten en un ambiente familiar.

Esta investigación se hizo con la finalidad de identificar el nivel de conocimiento que los estudiantes poseen sobre las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas, cómo influyen en la respuesta del niño al momento del tratamiento, cómo modifican su conducta y la importancia que tiene para los estudiante conocer estas técnicas durante la consulta odontopediátrica.

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA DEL ESTUDIO

1.1 Antecedentes del estudio

1.1.1 Antecedente local

En el año 2002 en Santo Domingo, Badia et al,¹ realizaron una investigación con el siguiente título: “Técnicas de manejo de comportamiento del paciente pediátrico en la práctica odontológica general, en el Distrito Nacional”. El propósito del estudio fue presentarle una guía al profesional con respecto al tratamiento conductual del niño, para así poder reducir la ansiedad de este frente a la consulta odontológica y lograr que en un futuro, estos pacientes sean conscientes y cooperadores ante su respectivo tratamiento. Éste fue un estudio descriptivo, donde se realizaron varias encuestas a odontólogos generales para saber cuál era la técnica más utilizada y la menos utilizada; ésta arrojó los siguientes resultados: la técnica decir-mostrar-hacer fue la más utilizada y la menos usada en los procedimientos dentales, fue la anestesia general. En conclusión, no importa la técnica que se utilice, todas las decisiones de manejo deben estar basadas en una evaluación objetiva poniendo en balanza los beneficios y riesgos que implica para el niño.

1.1.2 Antecedente nacional

En el 2005 en Santo Domingo, Taveras et al,² publicaron una investigación bajo el tema: “Nivel de conocimientos de los estudiantes de las clínicas III y IV acerca de las técnicas del manejo del comportamiento de los niños que asisten a la clínica odontológica de UNIBE”. El objetivo del estudio fue identificar las técnicas adecuadas para el buen manejo del paciente pediátrico en la consulta odontológica. Este estudio fue descriptivo, donde se realizó una encuesta a los estudiantes de clínicas III y IV para saber qué técnicas utilizaban más, el nivel de conocimiento de todas las técnicas existentes sobre el manejo del comportamiento y los factores que influyen en el comportamiento del niño. Se concluyó

que la técnica más utilizada fue decir-mostrar-hacer y por ende la más conocida por los estudiantes.

1.1.3 Antecedentes internacionales

En el año 2012 en Colombia, Cordero et al,³ publicaron un artículo con el siguiente título: “Aceptación de las técnicas de manejo farmacológicas y no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos en odontología”. El propósito de este estudio fue evaluar el grado de aceptación de los padres frente a las diferentes técnicas de manejo de comportamiento farmacológicas y no farmacológicas. Se realizó un estudio descriptivo transversal prospectivo en 129 padres de niños entre los 3 y 15 años de edad, que evaluaron por medio de un cuestionario y un video las diferentes técnicas de manejo de la conducta del paciente pediátrico: decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, modelado, distracción contingente, inmovilización activa e inmovilización pasiva (papoose board), sedación inhalada (óxido nitroso) y anestesia general. La aceptación por parte de los padres ha variado progresivamente a medida que el entorno social y las condiciones ético-legales han cambiado. En Colombia son pocas las investigaciones realizadas sobre las técnicas de manejo de la conducta de los pacientes atendidos en consulta odontológica. El resultado del estudio fue que las técnicas comunicativas (decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, modelado, distracción contingente) fueron las más aceptadas al compararlas con las técnicas farmacológicas y las técnicas restrictivas fueron las de menor aceptación. Hay un gran rechazo por parte de los padres de las técnicas restrictivas. Las técnicas comunicativas siguen siendo las más aceptadas.

En el 2010, Abanto, et al,⁴ publicaron un artículo bajo el tema: “Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños”. Se plantearon las diferentes técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas que pueden utilizarse en el consultorio dental. Se debe modular el volumen, tono o ritmo de la voz para influir en la conducta del paciente y poder dirigirla. Las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas están orientadas para prevenir o disminuir la ansiedad y el miedo dental en

bebés, niños de preescolar y escolar. Esta revisión de evidencia científica muestra que las diferentes técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas deben ser utilizadas individualmente llevando en consideración las diferencias físicas y psicológicas de los niños en diversas edades.

En el mes de septiembre del año 2007, en México, García et al,⁵ publicaron un artículo bajo el título: “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”. El objetivo de este se basó en conocer los diferentes tipos de técnicas que utiliza el odontólogo odontopediátrico para enfrentar las situaciones que se presentan en la consulta. Los métodos que utilice el odontólogo para abordar y tratar a un niño son determinantes en las reacciones y actitudes que se puedan presentar en la situación odontológica, de acuerdo a esto las técnicas que se empleen para manejar las emociones del niño deben ser aquellas que creen cambios en su comportamiento, incrementando su autocontrol. Este estudio fue una revisión de literatura en el que se describieron 3 técnicas: Desensibilización, modelamiento, reforzamiento positivo.

En Venezuela, en el año 2002, Gallegos et al,⁶ publicaron un artículo bajo el tema: “Manejo de la conducta del paciente maltratado”. El maltrato en la infancia suele definirse como el uso intencionado de fuerza física de modo no accidental, dirigida a herir, lesionar, o destruir a un niño, que es ejercida por otro individuo responsable del cuidado físico y moral del mismo. El objetivo de esta revisión de literatura es informar sobre la importancia que tiene conocer el perfil psicológico del paciente en el momento de aplicar una técnica de manejo de conducta no farmacológica en los pacientes víctimas del maltrato infantil, y describir las técnicas más adecuadas para el manejo y tratamiento de estos tipos de niños de acuerdo al tipo de conducta que presenten, debido al estrés post-traumático.

1.2 Planteamiento del problema

El manejo de la conducta del paciente pediátrico exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño; la clasificación de este tipo de paciente, así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar, son importantes para definir qué tipo de manejo del comportamiento se le puede dar al paciente.⁷

La mayoría de los niños cuando se presentan en la consulta odontológica manifiestan un comportamiento muy versátil, pudiendo observarse expresiones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos.

Para el buen manejo del comportamiento del niño, no solo son necesarios conocimientos de psicología y destreza en los procedimientos operatorios. Es necesario que el estudiante tenga establecido un plan de trabajo que coordine adecuadamente con los aspectos antes citados.¹

No obstante, cabe señalar que no existen fórmulas mágicas, ni recetas prefabricadas en el manejo de la conducta del niño en la relación triangular odontólogo-niño-padre. Sin embargo, tienen especial influencia en esta relación: la experiencia, el conocimiento biosocial del paciente, así como también, el grado de sensibilización y humanización del profesional de la odontología.¹

Es por ello que se realizó esta investigación, a fin de comprobar las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas que utilizan los estudiantes de la Clínica de Odontología Dr. René Puig Bentz de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) para el manejo del paciente odontopediátrico.

En función de lo antes señalado se plantean las siguientes preguntas:

¿Conoce el estudiante de odontología de la UNPHU las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas en la práctica odontopediátrica?

¿Cuál es la técnica de manejo de comportamiento no farmacológica más utilizada en la clínica de odontología de la UNPHU?

¿Cuáles son los factores ambientales y de comportamiento que pueden influir en la conducta del niño en la práctica odontopediátrica?

¿Cuál es el género que posee mejor manejo de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas del paciente odontopediátrico en la escuela de odontología de la UNPHU?

¿Cuál es la clínica (IV-VII) de la escuela de odontología UNPHU que emplea mejor las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológica del paciente odontopediátrico?

1.3 Justificación

El manejo de la conducta del niño es un aspecto que tiene gran influencia en el procedimiento dental. Existen muchas técnicas que envuelven métodos no farmacológicos para modificar la conducta del niño en el consultorio dental.

Es de gran valor para el profesional de la odontología conocer que el manejo del paciente odontopediátrico tiene su cimiento en el conductismo. Esta rama de la psicología plantea que la conducta de una persona es modificable, si se alteran las sustancias ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones.¹

Es importante poseer los conocimientos necesarios para saber enfrentar e identificar las diferentes conductas que presenta el paciente odontopediátrico, porque sigue siendo un problema para el futuro profesional de la odontología lidiar con estos.

Esta investigación busca conocer el desempeño del estudiante durante el manejo del paciente odontopediátrico mediante las técnicas de modelado de comportamiento, con el fin de identificar cuáles son las más efectivas, diferenciar los casos en los que deben ser aplicadas cada una de ellas y crear un vínculo estudiante-paciente que permita aplicar éstas de manera eficiente y con criterio clínico adecuado.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes de odontología de las clínicas IV-VII sobre el manejo de las diferentes técnicas de comportamiento no farmacológicas, en el paciente odontopediátrico de la Clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU.

1.4.2 Objetivos específicos

1.4.2.1 Conocer la técnica de manejo de comportamiento no farmacológica más utilizada por los estudiantes de la Clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU para el abordaje del paciente odontopediátrico.

1.4.2.2 Determinar los factores ambientales y de comportamiento que pueden influir en la conducta del niño en la práctica odontopediátrica.

1.4.2.3 Determinar el género que posee mejor manejo de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas del paciente odontopediátrico de la Clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU.

1.4.2.4 Determinar la clínica (IV-VII) que emplea mejor las técnicas de manejo de comportamiento del paciente odontopediátrico de la Clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

Antes de analizar la información que ha sido recopilada para sustentar esta investigación conviene primero describirla; en las páginas que siguen a continuación se proporcionará información detallada sobre las distintas partes que están relacionadas al tema de este estudio de manera específica: las técnicas de modelado de comportamiento no farmacológicas.

Los investigadores han hecho todo el esfuerzo para que la presentación de cada aspecto relacionado con el tema del ambiente y plan de conducción en la consulta odontopediátrica sea lógica, coherente y cuente con la secuencia que facilite su lectura y comprensión. Dado que el tema a estudiar se circunscribe exclusivamente al periodo infantil, se analizará primero las etapas del desarrollo y tipos de comportamientos del niño; enfatizando los factores ambientales que influyen en la conducta del niño y las técnicas de manejo de comportamientos no farmacológicas para modelar la misma.

2.1 Reseña histórica

Hasta el siglo XVIII se tenía la idea equivocada de que el niño era un adulto en miniatura afirmado por Magnusson.⁸ Los adultos tienden a suponer que el pensamiento de los niños es paralelo al suyo. Jean Piaget, renombrado psicólogo suizo, mencionaba que el problema es que los niños perciben las ideas en formas características según su nivel de desarrollo, asumiendo diferencias cualitativas en los patrones para lograr el éxito en los diferentes niveles de edad. Gracias a los trabajos del filósofo suizo Jean Jaques Rousseau y otros pensadores, quedó establecido que los niños atraviesan por etapas durante su desarrollo físico y mental, muy diferente a los adultos.⁸⁻¹⁰

Actualmente se considera adecuado el pensamiento que desarrolla el Dr. Schiaffino: “El niño es un ser humano en crecimiento y desarrollo, biológica y psíquicamente inmaduro y

un indefenso social, que está además, en constante conocimiento y aprendizaje del medio que lo rodea”.⁹

2.2 Etapas del desarrollo del niño

Los niños crecen en tres dimensiones:

- Física: Crecimiento del cuerpo y cerebro que incluye patrones de cambio en capacidades sensoriales, habilidades motoras y salud.¹¹
- Mental: Crecimiento cognitivo-patrón de cambio en las capacidades mentales como el aprendizaje, atención, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad.¹¹
- Emocional: psicossocial-patrón de cambio en emociones, personalidad y relaciones sociales.¹¹

El comportamiento en cualquiera de las etapas cronológicas depende de la interacción de estas tres áreas de crecimiento; si una de estas se acelera o se retarda, el patrón de comportamiento del niño se ve afectado marcadamente.¹

Las etapas de desarrollo del niño son:

- Infancia
- Niñez temprana
- Preescolar
- Edad escolar
- Edad prepuberal
- Adolescencia

2.2.1 Infancia

Esta etapa abarca de 0-2 años.

- El niño depende totalmente de la madre.
- El niño no comprende nada, por lo tanto no puede ejecutar órdenes.
- La manera de acercarse al niño es por medio de la madre, por los lazos que lo unen.

- Su manera de llamar la atención es mediante el llanto.
- Las experiencias principalmente se producen por la introducción de cosas a la boca.^{1,12}
- Durante el primer año el niño tiene una dependencia absoluta de los padres. A los 6 meses reconoce las caras familiares por medio de expresiones faciales y desarrolla vínculos sólidos y firmes con los adultos que le cuidan.¹³

2.2.2 Niñez temprana

Esta etapa abarca de 2-4 años.

- Es una etapa de evolución para el niño, pero no es totalmente autónomo.
- Edad recomendada para la primera experiencia en el consultorio dental.
- Comienza a surgir la individualidad.
- El niño comprende y puede acatar órdenes.
- Separar al niño de la madre tiene como riesgo que el niño pueda sentirse abandonado, porque el niño sigue dependiendo aun de la misma. Debe hacerse con precaución.¹

Alrededor de los 2 años existe un aumento del desarrollo motor. Sube escaleras con apoyo, corre y salta, se sienta solo en una silla y hace garabatos.¹³ Pasados los 3 años empieza a comunicar y razonar. La comprensión del habla es mayor y puede construir frases de tres palabras. Le gusta tanto dar como quitar. Quiere crecer y a la vez continuar siendo niño. Edad conocida como de «yo también» y la edad de la imitación.^{11,12}

2.2.3 Preescolar

Esta etapa abarca de 4-6 años.

- El niño ya es una persona independiente.¹²
- La relación que exista de los padres con el niño en esta etapa ejerce mucha influencia en el comportamiento futuro del niño.¹

Al principio de esta fase la conducta es inestable, y tiene mucha facilidad para perder el control. Pega, pateo y rompe cosas en accesos de ira. Progresivamente la conducta se

encauza y se puede empezar a razonar con él. Al final de esta etapa el niño gusta de obedecer y complacer a su entorno, su conducta se dulcifica.¹³

El lenguaje pasa de las frases con cuatro palabras a frases con cinco o seis. Responde a los elogios. Es la edad conocida como del “como” y del “cuando” “por qué” o edad de la curiosidad. A estas edades el niño muestra suficiente independencia para admitir separarse de sus padres. Al final de esta etapa el niño se muestra confiado, estable y bien equilibrado.¹³

2.2.4 Edad escolar

Esta etapa abarca de 6-9 años.

- Etapa del niño socializar y aprender.
- El niño aprende a saber cómo manejarse fuera del entorno familiar y a someterse aunque no le guste. Respeta la autoridad.
- A esta edad la mayoría de los niños escoge estar solo con el odontólogo en el consultorio.¹

Los cambios en el niño en esta fase son muy rápidos. Pueden aparecer rabietas violentas y cambios puntuales de humor, con picos de tensión muy marcados. Le cuesta adaptarse y espera que los demás lo hagan por él. El niño es muy exigente consigo mismo, no puede aceptar bien las críticas, el regaño o el castigo. Su deseo de aprobación hace que normalmente trate de cooperar. En esta etapa el lenguaje está definitivamente fijado y el desarrollo intelectual es muy marcado.¹³

2.2.5 Edad prepuberal

Esta etapa abarca de 9-12 años.

- El niño está en un grado subyacente preparándose para la adolescencia.
- En esta edad los niños pocas veces representan un problema y no le gusta que los padres interfieran en sus cosas.¹

Muy independiente y confiando en sí mismo. La actitud frente a la familia sigue modificándose, y está más interesado en los amigos que en la propia familia. Generalmente está satisfecho con los padres y con el mundo en general.¹³

Conforme va creciendo y madurando, va interesándose por la moral y los ideales, crece la importancia de la justicia. Va adaptándose al trabajo en equipo y crecen sus responsabilidades personales en distintos aspectos, como la higiene y las tareas escolares.¹³

2.2.6 Adolescencia

Esta etapa abarca de 12-18 años.

- Al comienzo de la adolescencia tienden a tener emociones desequilibradas.
- Son mayormente desordenados y poco higiénicos. Por esta razón las visitas al odontólogo tienden a ser fastidiosas.
- Tienden a molestarse por cualquier motivo, son extremadamente sentimentales.
- Buscan aprobación por parte de los padres.¹

La adolescencia es una fase particular en el desarrollo de la personalidad, pudiéndose considerar una etapa de crisis psicosocial normal con conflictos mayores. Es la última fase de la transición de la niñez hacia la edad adulta.¹³

Se produce un determinado número de modificaciones que llegan inesperadamente en esta etapa de la vida, unas de ellas morfológicas, como la transformación corporal; las otras instintivas como el despertar de las necesidades sexuales; preponderancia del sentimiento, debido a la riqueza de la vida emotiva e imaginativa, con deformación de la realidad e idealismo, reorganización del mundo sentimental que adquiere un carácter apasionado, aparición de amistades exclusivas que difícilmente resisten la separación, actitudes ambivalentes, una labilidad de carácter con rebeldía, timidez y búsqueda de originalidad. Se aumenta la preocupación por la estética dentofacial.¹³

2.3 Temperamento infantil

El temperamento se refiere al estilo de comportamiento o a la manera en la cual los niños interactúan con su ambiente, es el modo característico que tiene una persona, para acercarse, reaccionar ante los demás y ante diversas situaciones.¹⁴

Los niños tienen temperamentos distintos, hecho que se refleja en sus formas de comportamiento. La noción de temperamento fue constructo de dominio popular que explicaba las variaciones individuales en el comportamiento, el humor y el carácter de las personas.¹⁵

Hay tres patrones del temperamento:

- Paciente pediátrico fácil: tiene estados de ánimo cuya intensidad va de apacible a moderado, usualmente positivos, responden bien ante la novedad y el cambio, desarrolla con rapidez horarios de sueño y alimentación.
- Paciente pediátrico difícil: presenta estados de ánimo intensos y con frecuencia negativos; llora a menudo y a gritos; también ríe a carcajadas. Bajo nivel de respuesta ante la novedad y el cambio, duerme y come con irregularidad.
- Paciente pediátrico de difícil manejo: tiene reacciones medianamente intensas, positivas o negativas, responde con lentitud ante la novedad y el cambio. Duerme y come con más regularidad que el paciente pediátrico difícil, pero con menos regularidad que el paciente pediátrico fácil.¹⁴

2.4 Comportamiento del niño

Las teorías para el manejo del comportamiento tienen su origen en las teorías de aprendizaje de la ciencia del comportamiento las cuales se agrupan en cinco perspectivas: la perspectiva psicoanalítica, perspectiva del aprendizaje, perspectiva contextual y la perspectiva evolutiva socio-biológica de Bowlby. El comportamiento está muy relacionado

al temperamento del niño, antecedentes odontológicos y médicos, si ha presentado caries y antecedentes de dolor.¹⁴

La meta fundamental es desarrollar una técnica para orientar cooperación, ya que la mayor parte de los niños suele superar satisfactoriamente la ansiedad o el miedo al tratamiento odontológico mostrando patrones de comportamiento aceptables.¹

La mayoría de los niños se esfuerzan por ser cooperadores, en este caso, el profesional debe reforzar esta conducta. En caso contrario, esta conducta habrá de ser modificada y controlada. No es la ansiedad en sí lo que determina el tipo de paciente, sino la manera de asumir sus miedos.¹⁰

2.4.1 Tipos de comportamiento del niño

2.4.1.1 Colaborador

Niño que pasa por la consulta sin dejar huella. Abre la boca, se le trata y se va. No da ningún problema.^{10,16}

2.4.1.2 Potencialmente colaborador

En este grupo se incluyen la mayoría de los niños de 3 a 6 años. Precisan una atención especial, debido a los cuentos de miedo y a su imaginación de fábula. Estos niños tienen capacidad de cooperar, por tanto, la conducta del niño en la consulta puede ser modificada mediante técnicas y convertirse en un niño colaborador.^{10,16}

2.4.1.3 Colaborador tenso

Colabora en todo lo necesario, pero hablará poco, se integrará poco, ya que tiene mucho miedo y ansiedad, pero todo eso lo va a controlar. Estos niños se agarran fuertemente al sillón con manos y brazos, siguen muy tensos cualquier movimiento que hagamos. Aceptan el tratamiento, pero pueden acompañarlo de algún grito.^{10,16}

El niño desea ser colaborador, depende del tratamiento y de nuestra conducta, el que lo sea, por eso debemos darles confianza, para que así sean capaces de relajarse y de colaborar. Se deberá tener todo el material preparado y realizar los tratamientos de una forma fluida, sin interrupciones que no sean las necesarias para que descanse el niño.^{10,16}

2.4.1.4 Colaborador resignado

Colabora en todo, no se inmuta por nada, e incluso si le duele se aguanta, se deja hacer todo sin protestar. Sin embargo se comporta de manera cerrada y triste. Como esta conducta resulta atípica para un niño, debe de valorarse algún problema de fondo como abandono, falta de afecto o rigidez familiar. Hay que tener mucha paciencia, hablarles mucho y tranquilizarles.^{10,16}

2.4.1.5 Colaborador disciplinado

Es un niño con sentimientos de adversidad, que esta educado hacia el autocontrol o que es muy mayor como para montar un numerito y se controla la vergüenza. Su comportamiento se debe a experiencias anteriores adversas.^{10,16}

Debemos demostrar que conocemos su miedo y lo entendemos, emplear técnicas condicionadoras, y agradecerle su colaboración.^{10,16}

2.4.1.6 Colaborador hiperactivo

Se les debe advertir que no habrá sorpresas, y que por eso puede y debe quedarse quieto. Se marcaran unas pautas claras y fijas para que así nos deje trabajar.^{10,16}

2.4.1.7 Colaborador dormilón

Son niños de edad corta, que llegan al consultorio con hambre o con sedación. Se les puede dejar dormir y trabajar con abrebocas.^{10,16}

2.4.1.8 Adverse abiertamente

Es un niño que llega con mucho miedo. Es difícil conseguir que se siente en el sillón y abra la boca. Si se sienta lo hace rígido y cierra la boca, oprime los dientes con fuerza, evita el contacto ocular e ignora cualquier otro tipo de comunicación. La expresión más habitual es "no pienso abrir la boca".^{10,16}

Estos niños suelen rebelarse ante las órdenes de sus padres o de otras personas con autoridad. Se pactará con él el tratamiento a realizar ese día.^{10,16}

2.4.1.9 Adverse manipulador

Suelen ser niños con malas experiencias anteriores, maleducados. Son niños muy ruidosos, que pegan patadas, golpes, pisotones, es fácil que tosa, vomite o grite de forma histérica para llamar la atención de sus padres.^{10,16}

En estos casos el desencadenante es el miedo ante el tratamiento, clásicamente este es el comportamiento de los niños que han aprendido a manipular a sus padres y conseguir sus deseos mediante estos ataques de ira y por lo tanto en la consulta harán igual.¹⁰

Deben saber que con nosotros "no hay nada que hacer" que "aquí es diferente " y tenemos que cambiar el ciclo de comportamiento aprendido, reduciendo su ansiedad e indicando unas reglas y pautas claras de conducta a seguir.¹⁰

2.4.1.10 Falta de capacidad de colaboración

En esta categoría se incluyen los niños menores de tres años, con los cuales no se puede establecer comunicación, y los discapacitados. A causa de la edad, no tienen capacidad para cooperar. Para este grupo de niños se emplearan técnicas especiales de manejo de la conducta, así como la sedación e incluso la anestesia general.¹⁰

2.5 Factores ambientales que influyen en el comportamiento del niño

2.5.1 Experiencia previa

Los niños que han recibido tratamiento dental con experiencias negativas tienden a ser más miedosos y menos cooperadores en la primera visita. Es importante la manera en que se presenta la información en estos niños, ya que puede sensibilizarlos negativamente e incrementar la ansiedad.¹⁰

La experiencia negativa puede ser originada no solo por el daño producido durante el tratamiento, también por actitudes no favorables del profesional, o por otras experiencias no placenteras en la consulta dental.¹⁰

Cómo evitarlo:

Es importante tener una visita de reconocimiento previa al tratamiento con el niño. En esta visita se le explicara de antemano que no se le va a hacer absolutamente nada durante ese día, esto hay que recalcarlo y hacerlo.¹⁰

Durante la primera visita tendremos nuestro primer contacto con el niño, nos presentamos, hablando con él, le enseñamos nuestra consulta y todo lo que en ella hay, con un vocabulario adecuado a su edad y palabras equivalentes. Si todo va bien, realizamos una exploración visual de su boca, y medidas de profilaxis, si lo vemos bastante motivado le indicaremos que en la próxima visita comenzaremos con nuestro tratamiento, si aún no está lo suficientemente motivado, volveremos a citarlo para consulta de motivación y/o técnicas de modificación de la conducta.¹⁰

Esta técnica está basada en los principios de la teoría del aprendizaje. Se refiere a algo que se dice o hace para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que entre en la consulta dental. La primera visita odontológica es crucial en la formación de las actitudes del niño con respecto a la odontología. Si la primera visita es agradable allana el camino para los éxitos futuros.¹⁰

2.5.2 Actitud de la familia

Existe una transmisión de los miedos y actitudes de los padres a los niños. Los miedos subjetivos pueden ser adquiridos por imitación.¹⁰ Los padres inconscientemente dan señales de su miedo y ansiedad cuando preparan al niño para su visita odontológica de una forma especial, diciéndoles que no le van a pinchar, que no le va a doler y prometiendo premiarles si se portan bien.¹⁰

En odontopediatría, hay que tener en cuenta que la relación profesional-paciente, se convierte en niño-profesional-familia. Los padres son el nexo de unión entre el niño y el profesional, por eso, no debemos ignorarlos, ya que el entorno familiar influye positiva o negativamente sobre este niño. Conociendo a los padres podemos prever cómo será el hijo.¹⁰

2.5.3 Actitud de los padres

Existen diferentes comportamientos de los padres con respecto a sus hijos:

- **Sobreprotección:** Se da sobre todo con padres que desean hijos con insistencia, con hijos únicos, hijos enfermos o padres de edad avanzada. Este niño no aprende a perder, porque sus padres han eliminado de su entorno cualquier obstáculo o dificultad. Al niño no se le ha permitido enfrentarse a sus problemas y como consecuencia de ello, crecen temerosos sin confianza en sí mismos. Esta actitud es visible a menudo por la forma de coger la madre al niño. Estos padres insisten en permanecer dentro del gabinete con su hijo, sea cual fuere la edad del niño.¹⁰
- **Rechazo:** Existen padres que van desde la indiferencia por falta de tiempo debido a sus trabajos, hasta el rechazo abierto o abandono. Estas conductas paternas dan lugar a niños con reacciones estoicas, pero también a niños agresivos y que gritan con el fin de conseguir llamar la atención en algún momento.¹⁰

- **Autoritario:** Estos padres exigen de sus hijos comportamientos que no corresponden con su edad cronológica. Estos padres no ayudan a sus hijos a dominar el miedo, sino que los oprimen. Dan lugar a hijos que no ofrecen una resistencia abierta al dentista, pero sí que desarrollan tácticas de pérdida de tiempo para evitar el desagradable trago.¹⁰
- **Demasiado indulgente:** Los niños de estos padres aprenden rápidamente a manipular a sus padres, cuando les niegan algo reaccionan de forma exigente y egoísta. En la consulta del dentista actúan exactamente igual.¹⁰
- **Adecuado:** Es el más difícil de describir. Los padres han de ser cariñosos y querer a sus hijos, pero a la vez ser firmes y no permitir todos sus caprichos. Darles protección para que se sientan seguros, pero también independencia para que aprendan a valerse por sí mismos. Estos padres nos traerán hijos que no nos causaran ningún problema, siempre y cuando sepamos cómo tratarlos.¹⁰

2.6 Ambiente y plan de conducción en la consulta odontopediátrica

Existen factores que están bajo el control directo del odontólogo, que influyen directa o indirectamente en la conducta del niño, como:

- Efecto de la hora de la visita.
- Efecto de un entorno agradable.
- La vestimenta del odontólogo.
- Efecto de la duración de la visita.
- Efecto de la presencia del padre o tutor en el ambiente de trabajo.¹⁰

2.6.1 Efecto de la hora de la visita

Los pacientes con problemas de conducta o muy pequeños deben ser citados por la mañana temprano, ya que no están cansados y pueden ofrecer mayor rendimiento.¹⁰

Los niños con problemas más difíciles de conducta o pacientes disminuidos se citaran a última hora de la mañana, para que provoquen el menor disturbio a otros niños y se les pueda dedicar la atención requerida. A medida que aumenta la edad del niño, disminuye la importancia del horario de visita.¹⁰

Por todo lo anterior, será deseable que por las mañanas se citasen a los niños más pequeños y pacientes con problemas de conducta y por las tardes a los niños de mayor edad y colaboración.¹⁰

2.6.2 Efecto de un entorno agradable

Debido al tipo de pacientes que estamos tratando, se debe tener en cuenta la preparación de un ambiente agradable que predisponga a la colaboración del niño y los padres.¹⁰

La sala de espera deberá estar decorada especialmente para el paciente infantil, poniendo a su disposición juegos para las diferentes edades, libros ilustrados, ya que el niño le gusta participar con las cosas nuevas que encuentra.¹⁰

La música suave en todo consultorio agrega una atmosfera sedante. También resulta útil disponer de un sistema audiovisual para el entretenimiento de los niños, así como para la educación dental.^{1,10}

2.6.3 La vestimenta del odontólogo

El personal de la clínica deberá llevar un uniforme de color, evitando el blanco ya que el niño lo relacionara con los médicos, produciéndole ansiedad.¹⁰

En atención primaria no se podrá llevar a cabo lo anterior de una forma tan esmerada, pero siempre podemos dar unos "toques" que lo mejoren como es la decoración de las paredes con algún poster infantil, entregar hojas en la sala de espera para colorear con motivos dentales, o ponerle a la bata algún detalle que le pueda resultar simpático y le reste

seriedad. Los niños se sienten mejor cuando hay otros niños presentes y los padres en presencia de otros padres.²

2.6.4 Efecto de la duración de la visita

La hora y la extensión de la cita son elementos que influyen en el comportamiento de los niños. Las citas cortas para los niños infantes son mejor, ya que pueden interpretar la cita como un paseo o una distracción.¹

En niños preescolares, las visitas deberán ser inferiores a 30 minutos, ya que su atención disminuye pasado este tiempo, perdiendo su capacidad de colaboración. Se deben hacer pausas. El grado de atención en visitas largas puede depender más de la personalidad del niño que del factor edad. Es importante que el tratamiento sea lo más rápido posible.¹

2.6.5 Efecto de la presencia del padre o tutor en el ambiente de trabajo

La opinión de los padres sobre su presencia durante el tratamiento dental ha evolucionado, ya que, si hace unas décadas aceptaban que sus hijos entrasen solos a la consulta, hoy en día, debido a la sobreprotección, los padres quieren involucrarse en el tratamiento dental entrando.^{2, 17}

En 1898, Belcher noto que la exclusión del padre o la madre del consultorio, puede contribuir a desarrollar el comportamiento favorable del niño, al paso de los años, Starkey se convirtió en uno de los más arraigados defensores de esta causa, esta actitud queda justificada por:

- El niño mantiene la atención dividida, ya que el profesional da órdenes y sus padres también. El niño le hace más caso a los padres, ya que los conoce más que a nosotros.

- El profesional también mantiene dividida su atención entre el niño y los padres, ya que sin querer nos ponemos a hablar con ellos y el niño nota la falta de atención hacia él.
- El padre dice o agrega órdenes inoportunas, por ejemplo: abre, que el pinchazo no duele nada.
- La ansiedad de los padres pasa a los hijos.
- Nosotros estaremos más relajados para hablar "tonterías" con los niños o en su caso establecer una restricción mediante la voz o mano-boca.¹⁰

Circunstancias que se necesita de la presencia del padre:

- Si entran, lo harán callados o en una esquina del consultorio, permaneciendo fuera de la visión del niño y sin distraerlo.
- Entraran en la primera visita para la obtención de datos e historia clínica.
- En la cita de prevención para involucrarlos en el concepto de salud dental, deben colaborar en la higiene.
- Ante urgencias, sobretodo de niños pequeños.
- Con menores de tres años, pues su vocabulario es incomprendible para nosotros, además nos ayudan en la restricción física si fuera necesaria.
- Con disminuidos mentales o físicos. En general estos padres suelen estar muy motivados y colaboran bien con nosotros.
- Cuando existan problemas de comunicación, extranjeros, sordomudos.¹⁰

2.7 Lenguaje pediátrico

Se debe cuidar el vocabulario utilizado para asegurar la colaboración del niño. El lenguaje que se utilice, debe ser adaptado a su edad, con un lenguaje que pueda entender, a su nivel o ligeramente superior, ya que esto lo alabará.¹⁰ (Ver cuadro 1)

Cuadro 1. Técnicas de comunicación para un vocabulario sustitutivo

Palabras	Asociaciones/eufemismos
Dique de goma	Impermeable/sabanita del diente/sombrilla
Taza de goma	Vasito
Alta rotación	Avioncito/duchita para lavar el diente
Baja rotación	Motocicletita
Jeringa anestésica	Avioncito con remedio que hace el diente dormir
Rollo de algodón	Almohadita
Jeringa triple	Airecito/duchita
Explorador	Pescador de animalitos
Espátulas	Palita/cucharita
Clamp de aislar	Anillo del diente
Lima	Espadita
Flúor (gel o barniz)	Vitamina para que el diente se quede fuerte
Radiografía	Foto del diente
Bacterias	Animalitos que pueden ser diversos colores y/o con zapatitos de colores que manchan los dientes (de acuerdo con la imaginación del profesional) ¹⁸

2.8 Técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas

En la actualidad existe controversia sobre el uso de técnicas de manejo de la conducta utilizadas tradicionalmente en Odontopediatría. El rechazo por parte de los padres, así como las diversas implicaciones éticas y legales han llevado a que se revalúen muchas actitudes y técnicas especialmente aquellas de tipo aversivo.¹⁰

Se ha demostrado que la comunicación es la clave para dirigir la conducta. Si establecemos una buena comunicación con el niño, se sentirá física y emocionalmente seguro, mostrándose colaborador. Gestos como reír o guiñar un ojo, ambiente, miradas, contacto físico como tocar, abrazar o sostener la mano mejora la efectividad de otras técnicas.¹⁰

Es importante potenciar su individualidad:

- Cada niño es "especial".
- Se le llamara por su nombre o apodo.
- Potenciaremos que pregunte, escuche, mire.
- Que el niño se sienta el protagonista.¹⁰

Que el niño reconozca su individualidad, es el inicio de una buena comunicación.¹⁰ El manejo del comportamiento en odontopediatría persigue los siguientes objetivos:

- Reducir o controlar la ansiedad.
- Evitar o minimizar el dolor.
- Hacer que el niño este confortable y seguro.
- Enseñarle el comportamiento correcto.
- Inculcarle una actitud positiva hacia su salud oral.
- Posibilitar un tratamiento eficiente y efectivo.¹⁰

Las técnicas de modificación de conducta se pueden clasificar en tres grupos:

- Para implantar una conducta
- Mantener o incrementar una conducta
- Reducir una conducta.

A continuación se detallará cada una y se hará más énfasis en aquellas que tengan mejor aplicación en el ámbito odontológico.¹⁹

2.8.1 Control de voz

El control de voz tiene como objetivo restablecer una comunicación perdida debido a una conducta no colaboradora. Este método requiere del odontólogo más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la idea de: "Aquí mando yo". (Es una alteración controlada del volumen y tono de voz para direccionar e influenciar en el comportamiento del paciente). El control de voz es una combinación de la comunicación no-verbal con la verbal, pues la información no es transmitida apenas con palabras, sino por contacto visual, expresión facial y postura.^{9,12,20-22}

Como procedimiento de coacción moral, el control de voz tiene el objetivo de desviar la atención del niño de su conducta inadecuada, llamándolo para interactuar con el profesional. Otro objetivo sería rechazar el comportamiento desfavorable a la atención odontológica, además de demostrar con firmeza la autoridad profesional, por medio de frases como "tus padres saben que necesitas este tratamiento y me escogieron para tratarte".²⁰



Imagen 1. Control de voz.²³

Indicaciones:

Se puede emplear en niños a partir de los 3 años de edad (considerando siempre su desenvolvimiento cognitivo).²⁰

Contraindicaciones:

Pacientes de muy corta edad.^{1,21}

2.8.2 Decir-mostrar-hacer

Es un método utilizado para iniciar al niño en la atención odontológica. Consiste en explicar los procedimientos al paciente (decir), demostrar cómo los objetos funcionan y qué reacciones provocan, en todos los aspectos, visual, auditivo y olfativo (mostrar) y finalmente realizarlos (hacer). El uso de un vocabulario apropiado a la edad, con eufemismos y asociaciones divertidas de fácil entendimiento por los niños, rimas y juegos de palabras, es una estrategia eficaz para ser asociada a la técnica del decir-mostrar-hacer, recordando que es esencial dar atención a las habilidades en la comunicación verbal y no-verbal durante el contacto con el niño.^{12,16,20-22}

Es imprescindible que el profesional no se valga de mentiras y/o chantajes para obtener el comportamiento que espera de determinado niño, pues ciertamente eso implicará la interrupción de los lazos de confianza que por ventura se hayan establecido y reconquistarlos es tarea muy ardua, si no imposible. Decir la verdad significa filtrar lo que es indispensable ser dicho a cada edad, sin que ocurra explicación excesiva del procedimiento y objeto, lo que inclusive es contraindicado.²⁰

Los instrumentos se deben presentar siempre de forma gradual, del menos ansiogénico al más ansiogénico. Esta técnica es usualmente realizada en la primera consulta y repetida siempre y cuando procedimientos nuevos y desconocidos se inicien. Es también utilizada para eliminar miedos de los pacientes que vivenciaron experiencias previas negativas con la odontología (técnicas de desensibilización). De gran utilidad es el uso del espejo durante la realización de los procedimientos, a fin de que el niño acompañe lo que se está haciendo y tenga la posibilidad de desarrollar una relación de confianza con el profesional.²⁰



Imagen 2. Decir-mostrar-hacer.²⁴

Objetivo:

Disminuir la ansiedad mediante la explicación acerca de una situación que es desconocida para el paciente. La técnica de decir-mostrar-hacer también se puede usar con la finalidad de acostumbrar al niño al ruido de los aparatos, con la aproximación de ellos, por varias veces, hasta que el niño concuerde.^{10,21}

Indicaciones:

Se puede usar para todos los pacientes.^{10,21}

Contraindicaciones:

No está contraindicada para ningún paciente.^{10,21}

2.8.3 Escape contingente

Se busca que el paciente tenga control de la situación de modo que con una indicación suya, como por ejemplo al levantar la mano, se interrumpa temporalmente el tratamiento. Debe además usarse con un condicionamiento de modo que el odontólogo tenga el tratamiento siempre y cuando el comportamiento sea el apropiado.²¹



Imagen 3. Escape contingente.²⁵

Objetivo:

Busca modificar un comportamiento disruptivo mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente.^{21,26}

Indicaciones:

Pacientes que tengan un desarrollo emocional e intelectual que les permita entender la técnica.^{23,26}

Contraindicaciones: Pacientes incapaces de entender el objetivo de la técnica debido a su corta edad, inmadurez emocional o falta de desarrollo de la comunicación verbal.^{23,26}

2.8.4 Refuerzo positivo

Es una técnica efectiva al recompensar al paciente por comportamientos deseables y, entonces, reforzar la recurrencia de ese comportamiento. La tendencia es que, al ser motivados, repitan el comportamiento positivo en la próxima consulta. El refuerzo positivo puede clasificarse como social (expresión facial alegre, demostraciones de afecto, elogios) o no-social (premios, juguetes).^{7, 9, 22,27}

Saber premiar al niño en el momento cierto, exaltando el buen comportamiento, es bastante productivo. Las reacciones de los niños al recibir el premio son diversas, desde la alegría hasta la irritación y la recusa en recibirlo. En este último caso, el profesional debe actuar

naturalmente y no insistir para que el niño lo acepte, pero sí avisarle que el premio será guardado, hasta el día que regrese al consultorio y quisiera recibirlo. A lo largo de las consultas, ese comportamiento va desapareciendo, hasta que un día ese niño escoge su regalo con satisfacción.²⁰



Imagen 4. Refuerzo positivo.²⁸

-Objetivos:

Reforzar comportamiento deseado.^{1,9}

-Indicaciones:

Puede usarse en cualquier paciente.^{1,9,21}

-Contraindicaciones:

Ninguna.^{1,9,21}

2.8.5 Refuerzo negativo

Esta es una forma de comunicación verbal que no se debe emplear durante la atención odontológica. Frases que aumenten la frustración del niño por no haber conseguido colaborar no son productivas y no harán que él modifique su comportamiento. Agredirlos con adjetivos peyorativos, acusándolos de antipáticos, feos o llorones, solo dificultará aún más la aproximación, que debe ser lo más agradable posible. No se deben utilizar frases como: “Hoy tú te comportaste muy mal, no me gustó lo que hiciste”; “me quedé muy triste

porque no hiciste lo que te mandé”, además, es claro, que posiblemente despierten el miedo con frases como “no va a doler nada” o “si duele me avisas”.²⁰

El niño es capaz de comprender, considerando, es lógico, su edad, la necesidad e importancia de su colaboración para la realización de un tratamiento eficaz, y para eso es necesario el recurso de la paciencia y dedicación. La coacción moral utilizada de esta forma, a pesar de algunas veces indicada por la literatura, a nuestro ver no es más eficiente que la atención, el cariño, la paciencia y la comprensión del profesional para con las dificultades de los niños.²⁰



Imagen 5. Refuerzo negativo.²⁹

-Objetivos:

Modificar el comportamiento del niño mediante la expresión de rechazo.²⁶

-Indicaciones:

Pacientes que tengan la capacidad de comunicarse de manera verbal.²⁶

-Contraindicaciones:

No debe utilizarse en niños de corta edad que no tengan un desarrollo emocional comunicativo para entender el condicionamiento.^{23,26}

2.8.6 Tiempo y fuera

Es una variación del refuerzo negativo para pacientes de mayor edad. Consiste en suspender temporalmente el tratamiento en la misma cita o dar por terminada la cita y pedirles al paciente y a sus padres que regresen cuando esté preparado para cooperar. Esta técnica solo debe utilizarse en situaciones muy específicas donde hay un alto grado de desarrollo emocional y un pleno entendimiento y cooperación por parte de los padres.²⁰



Imagen 6. Tiempo y fuera.³⁰

Objetivo:

Busca modificar un comportamiento disruptivo mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente de modo que el tratamiento se condicione a su propia voluntad de cooperar.²⁶

Indicaciones:

Pacientes pre-adolescentes y adolescentes.²⁶

Contraindicaciones:

Pacientes incapaces de entender la técnica debido a su corta edad e inmadurez emocional.²⁶

2.8.7 Distracción contingente

Es una técnica usada para desviar la atención del niño de los procedimientos desagradables por medio de la diversión. Situaciones donde se prevé descontrol o cuando el estímulo producido por el profesional ya llevó al paciente a un estado incómodo donde pueden

frecuentemente ser bien conducidas con la creación de un estímulo verbal que despierte gran interés por el niño.^{20,31}

Diálogo, contar cuentos, cantar músicas que le gusten al niño, juguetes de colores e interesantes artículos pueden usarse a fin de desviar la atención del paciente del procedimiento que se está realizando. Comparaciones pueden hacerse, por ejemplo, entre la ropita de muñecas y la de las niñas, así como comentarios con los niños sobre fútbol o el carrito que ellos llevaron, cada detalle de los juguetes y de las características de los niños puede ser explotado. La televisión o los videos también son recursos que se pueden utilizar, aunque no son tan efectivos para distraer y reducir la ansiedad que los niños pequeños sienten durante el tratamiento; juguetes que ellos puedan agarrar, apretar, asegurar son los más efectivos.^{20, 31}



Imagen 7. Distracción contingente.³²

Objetivo: Distraer al paciente del tratamiento con el fin de disminuir su ansiedad.^{21,26,31}

Indicaciones: Puede usarse en cualquier paciente.^{19,27}

Contraindicaciones: No está contraindicada para ningún paciente. Sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.^{21,26}

2.8.8 Modelado o imitación social

La técnica de modelado o imitación social consiste en permitir al niño observar a otros niños adaptarse a un tratamiento odontológico y así prepararlos para aceptar el tratamiento y mostrarle lo que se espera de ellos.^{7,33,234}

El paciente, como observador, imitará el modelo presentado cuando vivencie una experiencia similar. El modelo puede estar presente (en vivo) o en video (simbólico) con resultados igualmente bien sucedidos. Y, cuanto más próxima la edad del modelo a la edad del niño a ser condicionado, mayor la posibilidad de éxito con esta técnica. Muñecos también pueden servir de modelos y también ayudan a distraer el niño.^{20,27,33,35}

Mediante la observación, el niño es capaz de aprender nuevos y adecuados estilos de comportamiento. Esta también se puede considerar una técnica de comunicación verbal, principalmente cuando el uso del modelo es al vivo.²⁰



Imagen 8. Modelado o imitación social.³⁶

-Objetivo:

Disminuir la ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo.²⁶

-Indicaciones:

Pacientes que tengan desarrollo emocional y comunicación verbal para entender el objetivo de la técnica.²⁶

-Contraindicaciones:

No se contraindica en ningún paciente. Sin embargo es de poca utilidad en pacientes de corta edad que no tengan un desarrollo emocional para entender la técnica.²⁶

2.8.9 Inmovilización o restricción física

Existen varias maneras de realizar la inmovilización física y el posicionamiento del niño durante el tratamiento. Lo más importante es que esa posición permita visibilidad y punto de apoyo adecuados para el trabajo del cirujano dentista y del equipo. El uso de los diferentes métodos de restricción física puede ser justificado por ofrecer más seguridad y protección al paciente y al equipo en contra eventuales accidentes durante los procedimientos clínicos, facilitando la ejecución de las maniobras odontológicas.^{20,22}

La decisión de inmovilizar al paciente debe considerar además alternativas de manejo de comportamiento, la necesidad y la calidad del tratamiento, el desarrollo emocional y las condiciones físicas del paciente. El consentimiento libre y aclarado debe obtenerse de los padres, por escrito, después de habersele dado explicaciones de tiempo de duración, riesgos y beneficios.²⁰



Imagen 9. Inmovilización o restricción física.³⁷

Objetivo:

Proteger la integridad física del paciente con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y con los parámetros clínicos de calidad ideales. También se busca proteger la integridad física del odontólogo y el personal auxiliar.^{17,20,21}

Indicaciones:

La inmovilización física puede indicarse para pacientes que no cooperan:

- Inmadurez;
- Problemas físicos o mentales;
- Fracaso de todas las otras técnicas de tratar el comportamiento;
- Cuando hubiera riesgo de accidentes para el paciente y/o el profesional.^{10,17,21,26}

Contraindicaciones:

Está contraindicada para pacientes cooperativos y para aquellos que no pueden ser inmovilizados debido a condiciones sistémicas.^{17,21,26}

2.8.10 Mano sobre boca

Esta técnica fue descrita en 1920 por la doctora Evangeline Jordan. Es una técnica muy controversial que tiende a ser utilizada cada vez menos. Consiste en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca del niño con el fin de aislar el sonido y lograr la comunicación. Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz y se condiciona la remoción de la mano a la colaboración del niño. Cuando este acepta, se remueve la mano. No debe utilizarse colocando la mano simultáneamente sobre la boca y nariz impidiendo la respiración como se reportó durante un tiempo en la literatura. Se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres antes de aplicarla.^{10,24,26,34}

El propósito de esta técnica es conseguir la atención del niño y detener su explosión verbal, de modo que se pueda establecer una comunicación. Tras conseguirlo el odontólogo deberá emplear técnicas de apoyo de la conducta conseguida (refuerzos positivos). Esta técnica es

poco aceptada por los padres y tiene gran cantidad de controversias, posibles problemas legales, sobre todo en EE.UU.^{10,27,34,38}

Esta técnica se debe emplear en niños sanos, mayores de tres años, esto asumiendo el poder razonar con estos niños, el objetivo es que el niño histérico escuche lo que se le quiere decir. Después de evaluar la conducta del niño y determinar que la técnica está justificada se puede aplicar, se sugiere:

- Colocar la mano en la boca del niño para atenuar el ruido.^{9,35}
- Colocar la cara cerca de la suya y hablar directo a su oído. “Si quieres que quite mi mano, deber dejar de gritar y escucharme, solo quiero hablar contigo y ver tus dientes”.^{2,9}
- Después de unos segundos, esto se repite y se agrega, “¿Estás listo para que remueva mi mano?”.⁹
- Con una última advertencia de estar en silencio, se remueve la mano.⁹
- Conforme se aleja la mano, puede haber otro gemido, en ese caso se coloca la mano de nuevo como ya se explicó, y se agrega, “¿Quieres a tu mamá?” “Está bien pero debes estar tranquilo, ella entrará tan pronto como terminemos”. De nuevo la mano se remueve suavemente.⁹
- Conforme el niño se tranquiliza, se comienza a hablar de su ropa, su mascota, sobre cualquier otra cosa sin hacer referencia a lo que ha pasado. Sí existe un intento del niño de comenzar a llorar, recordar que se volverá a poner la mano puede ser suficiente. De este punto en adelante se ayudará al niño a ganar confianza en sí mismo. El niño perderá el miedo al dentista porque habrá aprendido que no existe una amenaza para su seguridad.⁹

“La técnica de mano sobre boca puede ser la expresión más pura de entendimiento, preocupación y amor que un dentista puede mostrar a un niño cuyo temor al tratamiento dental es infundado”.⁹



Imagen 10. Mano sobre boca.³⁹

Objetivo:

Establecer comunicación y autoridad con el paciente.^{21,26}

Indicaciones:

Un paciente sano que tenga desarrollada la comunicación verbal y tenga potencial de cooperación pero que exhiba un comportamiento desafiante y rebelde.^{21,26}

Contraindicaciones:

Pacientes que no tengan capacidad para cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental.^{21,26}

2.8.11 Comunicación no verbal

La comunicación no-verbal refuerza y guía el comportamiento por medio del contacto, de la postura y de la expresión facial. Esta estrategia se utiliza de una variedad de cambios ocurrida en el cuerpo, como timbre de los pliegues vocales, tipo de respiración, gestos manuales, contacto de los ojos. Esta pequeña lista de fenómenos sucede en natural sincronía con los aspectos verbales de adaptación del comportamiento. Y ellos son efectivos cuando pensamientos y sentimientos del profesional contribuyen para eso. Los sonidos y las palabras no se diferencian en las primeras etapas de la infancia, así, el niño

construye su comprensión primeramente a través de la reacción al tono de voz y de la comprensión que tiene de gestos.²⁰

La comunicación no-verbal se establece por sonrisas y simpatía, amabilidad y entendimiento que irradian de las personas a través de la mirada y también por medio del toque sutil, que, asociados a la descripción del procedimiento, pueden afectar positivamente la experiencia odontológica del niño. El contacto de la piel, las caricias, el abrazo son fundamentales para que el niño se sienta aceptado y amado.²⁰

La empatía del profesional en el contexto de la interrelación con los padres y paciente permitirá mejor entendimiento de las necesidades del niño y de los padres, facilitando el trabajo. La empatía se alimenta de la autoconciencia. Quien no tiene idea de lo que siente se queda completamente perdido cuando se trata de saber lo que el otro está sintiendo. El tono revelador, el cambio de postura, el silencio elocuente o el temor denunciados pasan desapercibidos. Toda relación proviene de la sintonía emocional, de la capacidad de empatía, de saber cómo el otro se siente. El profesional necesita estar atento a las señales no-verbales presentadas por el niño y, porque no decir, intuir las, en base a las expresiones faciales, gestos, tono de voz y tipo de llanto.²⁰



Imagen 11. Comunicación no verbal.⁴⁰

Objetivo:

Tiene como objetivos mejorar la efectividad de otras técnicas de tratamiento basadas en la comunicación, además de obtener y mantener la atención del paciente y del acompañante.²⁶

Indicaciones:

Puede usarse en todos los pacientes. Es especialmente útil en pacientes de temprana edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.^{17,21,26}

Contraindicaciones:

Ninguna.^{17,21,26}

CAPÍTULO 3. LA PROPUESTA

3.1 Hipótesis del estudio

H1 Los estudiantes de las clínicas IV-VII de la clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU conocen las diferentes técnicas de manejo del comportamiento no farmacológicas del paciente odontopediátrico, pero no la utilizan.

3.2 Variables

- Dependientes: técnicas de manejo de comportamiento del paciente odontopediátrico.
- Independientes: nivel de conocimiento de las técnicas de manejo de comportamiento, factores ambientales y de comportamiento, género y clínica.

3.2.1 Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensiones	Escala
Técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas del paciente odontopediátrico vigentes	Son los diferentes método empleados para crear, mantener o incrementar conductas deseables y reducir conductas que entorpezcan el desempeño en la clínica odontológica. ³²	-Control de voz -Decir-mostrar-hacer -Escape contingente -Refuerzo positivo -Refuerzo negativo -Tiempo y fuera contingente -Distracción -Modelado o imitación social -Inmovilización o restricción física -Mano sobre boca -Comunicación no verbal	Nominal
Nivel de conocimiento de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas	Es la medida de la capacidad conceptual y práctica de los métodos utilizados para modificar la	-Bueno -Regular -Malo	Ordinal

	conducta del niño.		
Factores ambientales	Son los diferentes elementos que influyen directa o indirectamente en la conducta del niño durante la consulta odontopediátrica.	-Efecto de la hora de la visita -Efecto de un entorno agradable la vestimenta del odontólogo -Efecto de la duración de la visita. -Efecto de la presencia del padre o tutor en el ambiente de trabajo.	Nominal
Género	Estado social y legal que identifica al ser humano como hombres o mujeres.	-Masculino -Femenino	Ordinal
Clínica	Grupos de niveles en donde que se realizan los diferentes requisitos de trabajos.	-IV -V -VI -VII	Ordinal

CAPÍTULO 4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Este estudio es de alcance descriptivo, pues, en el mismo se describieron las diferentes técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas usadas en el paciente odontopediátrico que asiste a la clínica de odontología Dr. René Puig Bentz de la UNPHU; de corte transversal, debido a que la información, se recogió en un momento único de la investigación.

4.2 Localización y tiempo

Esta investigación se realizó en la Clínica Dr. Rene Puig Bentz de la UNPHU, en el área de odontopediatría, con la participación de los estudiantes de las clínicas IV-VII en el periodo de mayo-agosto 2015.

Este campo evaluó si los estudiantes conocen todas las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas que se utilizan en el paciente odontopediátrico y si saben emplearlas en el momento que se requiera.

4.3 Universo y muestra

Universo: Los estudiantes de odontología de la UNPHU de clínicas IV, V, VI, VII.

Muestra: La muestra estuvo compuesta por la cantidad de estudiantes cursando las clínicas IV,V,VI, VII , utilizando la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

N= total de la población (72 estudiantes)

$Z_a^2 = 1.96$ (si la seguridad es del 95%)

p= proporción esperada (en este caso 5%=0.5%)

$q=1-p$ (en este caso $1-0.05=0.95$)

d =precisión (en este caso deseamos un 3%)

Dando como resultado la fórmula un total de 41.

4.3.1 Técnica de muestreo

La técnica de muestreo a utilizar en esta investigación fue el muestreo aleatorio sistemático que consiste en elegir un individuo al azar de las clínicas pre seleccionadas y a partir de éstas, a intervalos constantes, se eligieron los demás hasta completar la muestra.

Clínica IV: 18 estudiantes

Clínica V: 20 estudiantes

Clínica VI: 9 estudiantes

Clínica VII: 25 estudiantes

4.4 Unidad de análisis estadístico

Nivel de conocimiento sobre las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas.

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión

Para los fines de este estudio se incluyeron los estudiantes de odontología de la UNPHU de las clínicas IV, V, VI, VII.

- Criterios de exclusión

-Estudiantes de odontología de ciclo pre-clínico no fueron incluidos en este estudio porque no tienen contacto con el paciente odontopediátrico.

-Estudiantes de odontología de ciclo clínico que estuvieran cursando la clínica I, II y III.

4.6 Técnica y procedimiento para la recolección de la información

Para llevar a cabo la recolección de los datos se le explicó al estudiante en qué consistía la investigación; se le entregó un consentimiento informado, y con este firmado, la investigadora le hizo entrega del cuestionario sobre los conocimientos del manejo del paciente odontopediátrico.

El proceso para la recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- Se verificó si el estudiante cumplía los criterios de inclusión.
- Se le explicó al estudiante en qué consistía la investigación.
- Se entregó al estudiante el consentimiento informado.
- El estudiante firmó el consentimiento informado.
- Llenado del instrumento de recolección de datos por parte del estudiante.
- Luego de recolectadas las informaciones, se procedió a organizarlas de acuerdo al orden expuesto en los objetivos con relación a las variables y el instrumento de recolección de datos. El objetivo específico número uno se relacionó con las preguntas número cuatro y cinco; las respuestas de la pregunta número cuatro fueron evaluadas de manera individual para determinar cuál respuesta obtuvo el mayor porcentaje; la pregunta número cinco fue evaluada de igual forma. El objetivo específico número dos se relacionó con la pregunta número seis, donde las respuestas de dicha pregunta se evaluaron de manera individual, para determinar también cuál de las opciones fue seleccionada mayor cantidad de veces. Los objetivos específicos tres y cuatro se relacionó con las preguntas iniciales no numeradas previas a empezar la encuesta; el objetivo general se relacionó con las preguntas número siete, ocho y nueve; donde las respuestas de dichas preguntas se agruparon en tres rangos en base a las respuestas seleccionadas que fueron correctas; el rango malo (1-2 respuestas correctas), rango regular (3-5 respuestas correctas) y rango bueno (6-7 respuestas correctas). El análisis se realizó en un programa de Excel y los resultados obtenidos fueron organizados en tablas y gráficos integrados por frecuencias y porcentajes; por esta razón el informe que esta investigación brinda está organizado de forma tal que conteste satisfactoriamente las preguntas y los objetivos planteados en el estudio.

4.7 Plan estadístico de análisis de la información

El análisis de la información comprende una recolección de datos del nivel de conocimiento de los estudiantes sobre las técnicas de comportamiento no farmacológicas. En el análisis de la información se mide la existencia de relación entre las variables.

Datos a utilizados:

Cualitativos: se representa a través de frecuencias o porcentajes que expresan cuantos elementos pueden estar dentro de una categoría.

Cuantitativos: se presenta en forma numérica mediante mediciones a través de una escala que indica la cantidad presente de la variable medida.

Textuales: se plasma la expresión de los estados de encuestas.

4.8 Aspectos éticos implicados en la investigación

Esta investigación se trata en la presentación de resultados evidentes, fiables reproducibles, exentos de tendencias viciosas, cumpliendo los requisitos legales. También se contempla que los resultados de la investigación son entregados a la comunidad científica con toda honestidad, se tiene en cuenta el consentimiento informado, donde se le proporcionó al estudiante la información necesaria y decidió libremente participar en la encuesta. También la omisión de los nombres de los participantes.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

5.1 Resultados del estudio

A continuación se presentan los resultados del estudio realizado, organizados en tablas de frecuencia y gráficos de porcentajes para ilustrar y comparar los datos. Se encuentran en el orden en que se realizaron las preguntas de investigación para dar respuestas a los objetivos planteados.

Tabla 1: Distribución del género con relación a la clínica.

Nivel de Clínica	Género		Total
	Femenino	Masculino	
Clínica IV	5	6	11
Clínica V	7	4	11
Clínica VI	7	0	7
Clínica VII	11	1	12
Total	30	11	41

Fuente: propia de los autores.

Al analizar la Tabla 1, la cantidad de los estudiantes participantes en el estudio distribuidos por género y clínicas; el mayor número en el tamaño de la muestra total pertenece al género femenino, una cantidad homogénea entre la clínica IV y V, y una mayor cantidad en la clínica VII.

Tabla 2. Conocimiento de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas de los estudiantes de la clínica IV-VII de la Clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU.

Conocimiento Técnicas Manejo de Comportamiento	Nivel de Clínica								Total	Porcentaje
	Clínica IV		Clínica V		Clínica VI		Clínica VII			
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino		
Control de Voz	4	5	5	3	6	0	9	0	32	17%
Decir-Mostrar-Hacer	4	5	5	3	7	0	10	0	34	18%
Escape contingente	1	0	0	0	0	0	1	1	3	2%
Refuerzo Positivo	2	0	0	3	4	0	8	0	17	9%
Refuerzo Negativo	1	0	0	1	2	0	6	1	11	6%
Tiempo y Fuera	0	0	1	0	4	0	5	0	10	5%
Distracción Contingente	2	2	1	2	4	0	5	0	16	8%
Modelado o Imitación Social	1	0	0	0	2	0	3	0	6	3%
Inmovilización o restricción física	2	2	3	4	5	0	7	1	24	12%
Mano sobre boca	3	0	2	3	6	0	9	0	23	12%
Comunicación no verbal	1	2	2	1	4	0	6	1	17	9%
Total	21	16	19	20	44	0	69	4	193	100%

Fuente: propia de los autores.

Al analizar los datos obtenidos en la Tabla 2, sobre el conocimiento de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas con relación al nivel de clínica (IV,V,VI,VII), se observa que a medida que aumenta el nivel de clínica, es más conocida por los estudiantes la técnica decir-mostrar-hacer con un 18% de la muestra total. La técnica menos conocida, fue escape contingente con un 2% de la muestra total, destacándose la clínica VII con mayores conocimientos de la misma, debido al nivel de clínica en el que se encuentra y los conocimientos adquiridos por las prácticas de las clínicas anteriores.

Tabla 3. Las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas más utilizadas por los estudiantes de las clínicas IV-VII de la Clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU.

Técnicas Manejo de Comportamiento mas utilizadas	Nivel de Clínica								Total	Porcentaje
	Clínica IV		Clínica V		Clínica VI		Clínica VII			
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino		
Control de Voz	2	3	3	2	6	0	7	0	23	18%
Decir-Mostrar-Hacer	0	3	4	3	7	0	10	0	27	21%
Escape contingente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Refuerzo Positivo	3	1	1	2	0	0	7	0	14	11%
Refuerzo Negativo	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2%
Tiempo y Fuera	1	0	1	1	2	0	2	0	7	6%
Distraccion Contingente	1	0	1	2	2	0	3	0	9	7%
Modelado o Imitacion Social	1	0	0	0	2	0	0	0	3	2%
Inmovilizacion o restriccion fisica	3	6	6	2	3	0	4	1	25	20%
Mano sobre boca	2	2	1	0	4	0	4	0	13	10%
Comunicación no verbal	0	0	0	0	1	0	2	0	3	2%
Total	13	15	17	12	27	0	41	1	126	100%

Fuente: propia de los autores.

Según los datos obtenidos en la Tabla 3 con relación a las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas más utilizadas por los estudiantes con relación a su nivel de clínica y género, se observa, a medida que aumenta el nivel de clínica los estudiantes utilizan más la técnica decir-mostrar-hacer con un 21% de la muestra total, destacándose el género femenino. La técnica menos utilizada por los estudiantes es escape contingente, por la necesidad de tiempo y experiencias para el desarrollo en su totalidad de la misma sin interferir en su trabajo clínico.

Tabla 4. Factores ambientales que pueden influir en la conducta y comportamiento del niño en la práctica odontopediátrica de la Clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU.

Factores ambientales	Nivel de Clínica				Total	Porcentaje
	Clínica IV	Clínica V	Clínica VI	Clínica VII		
Efecto de la hora de la visita.	3	1	0	3	7	8%
Efecto de un entorno agradable.	5	4	2	6	17	20%
La vestimenta del odontólogo.	0	3	1	3	7	8%
Efecto de la duración de la visita.	8	6	4	11	29	34%
Efecto de la presencia del padre o tutor en el ambiente de trabajo.	5	8	5	7	25	29%
Total	21	22	12	30	85	100%

Fuente: propia de los autores.

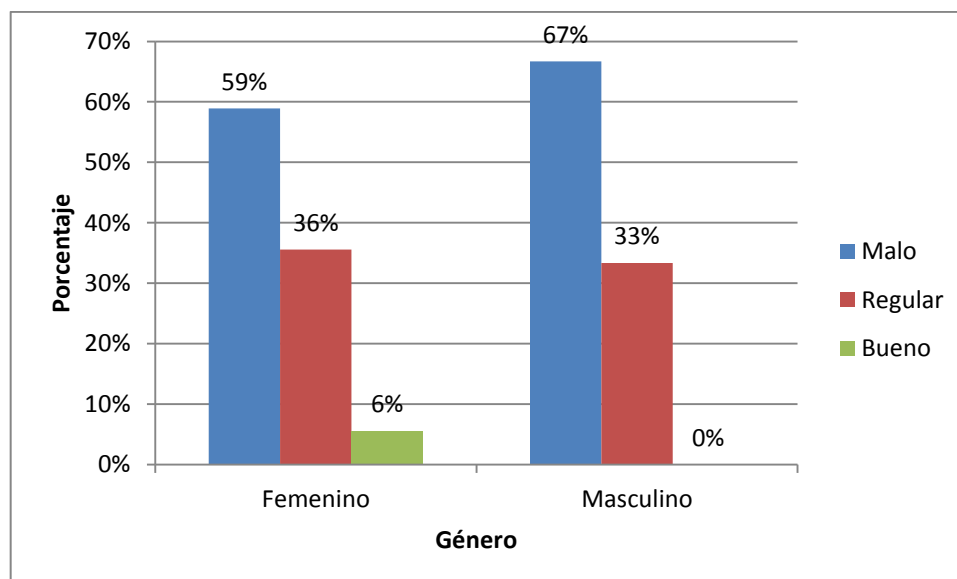
Los resultados obtenidos en la Tabla 4 indican que todos los factores ambientales pueden influir para modificar la conducta y comportamiento del niño. Un 34% de la muestra total indican que el factor que más puede influir es el efecto de la duración de la visita, donde la clínica VII es la más destacada, porque los estudiantes de la misma, tienen más experiencias para manejar mejor la duración de la visita y obtener que las mismas sean más cortas, sin embargo los estudiantes de la clínica IV tienen más recientes los conocimientos teóricos sobre la modificación de la conducta y comportamiento del paciente pediátrico adquiridos en la asignatura de odontopediatria.

Tabla 5. Relación del género de los estudiantes de la Clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU, con los conocimientos de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas del paciente odontopediátrico.

Nivel de conocimiento	Género			Total
		Femenino	Masculino	
Manejo en Consulta	Malo	17	8	25
	Regular	12	3	15
	Bueno	1	0	1
Manejo en Procedimiento	Malo	17	8	25
	Regular	11	3	14
	Bueno	2	0	2
Manejo en Anestesia	Malo	19	6	25
	Regular	9	5	14
	Bueno	2	0	2
Total		90	33	123

Fuente: propia de los autores.

Grafica 1. Relación del género de los estudiantes de la Clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU, con los conocimientos de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas del paciente odontopediátrico.



Fuente: propia de los autores.

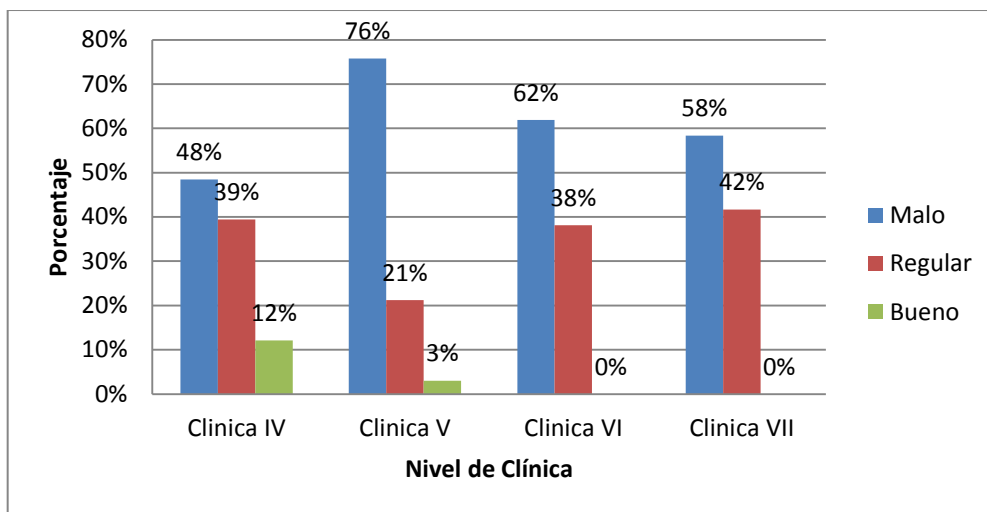
Al analizar la Tabla 5, en cuanto al conocimiento de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas por género, se observa que en las diferentes categorías, el género femenino obtuvo mejores resultados en base a sus conocimientos, siendo la categoría “manejo en procedimientos” la más destacada del mismo género. En la Gráfica 1, se puede observar que a pesar de que la menor cantidad de participantes fue del género masculino, al sacar el porcentaje de la suma, este género se caracterizó por su mayor porcentaje en la categoría “malo”.

Tabla 6. Relación de los estudiantes de las clínicas IV-VII de la Clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU, con los conocimientos de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas del paciente odontopediátrico.

Nivel de Clínica	Técnica manejo de comportamiento no farmacológica									Total
	Manejo en Consulta			Manejo en Procedimiento			Manejo en Anestesia			
	Malo	Regular	Bueno	Malo	Regular	Bueno	Malo	Regular	Bueno	
Clínica IV	7	3	1	5	4	2	4	6	1	11
Clínica V	9	2	0	9	2	0	7	3	1	11
Clínica VI	4	3	0	5	2	0	4	3	0	7
Clínica VII	5	7	0	6	6	0	10	2	0	12
Total	25	15	1	25	14	2	25	14	2	41

Fuente: propia de los autores.

Gráfica 2. Relación de los estudiantes de las clínicas IV-VII de la Clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU, con los conocimientos de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas del paciente odontopediátrico.



Fuente: propia de los autores.

Al estudiar la Tabla 6 y la Gráfica 2 se puede observar a medida que aumenta el nivel de clínica, se van reduciendo los conocimientos en la categoría “bueno” sobre las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas; en la categoría “regular” van aumentando su porcentaje a partir de la clínica V. En sentido general los estudiantes de clínica IV presentan, en promedio, los mejores conocimientos de las diferentes técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas en pacientes odontopediátricos.

5.2 Discusión

De acuerdo con los objetivos propuestos para la realización de este trabajo, y siguiendo el esquema de los resultados, se procedió a contrastar los datos obtenidos con otros estudios de la literatura.

Analizando el conocimiento de los estudiantes según el nivel de clínica sobre las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas tenemos que el mayor porcentaje pertenece a la técnica decir-mostrar-hacer de los estudiantes de clínica VII (10/34) con un 38%. Coincide con los autores Taveras et al,² que en su estudio esta técnica represento ser la más conocida por los estudiantes participantes del estudio.

En relación a los resultados obtenidos sobre la técnica de manejo de comportamiento más utilizada por los estudiantes en base a su nivel de clínica, se muestra la técnica decir-mostrar—hacer, de los estudiantes de la clínica VII (10/27) con un 33%, coincidiendo con los autores Badia et al,¹ que en su estudio sobre las técnicas de manejo de comportamiento del paciente pediátrico, llegaron a la conclusión de que la técnica más utilizada es decir-mostrar-hacer. Siendo el escape contingente 5% la menos conocida pero no la menos manejada.

En cuanto a los factores ambientes y como pueden influir para modificar la conducta y comportamiento del niño, se observó que el mayor porcentaje corresponde al efecto de la duración de la visita (29/85), reflejándose el mayor porcentaje en la clínica VII con un 35%; estos resultados coincide con los autores Gallegos, et al,⁶ sobre su estudio del manejo de la conducta del paciente maltratado, donde afirman lo importante que es conocer el perfil psicológico del paciente, debido a que su pasado puede generarle estrés post-traumático y modificar la conducta del niño solo al mirar la vestimenta del odontólogo. También los autores García, et al,⁵ en un artículo sobre las técnicas utilizadas por el odontopediatra para el manejo de la conducta del niño, manifiesta que los métodos que utilice el odontólogo para abordar y tratar al niño son determinantes en las reacciones y

actitudes que se puedan presentar en la situación odontológica. La presencia del padre o tutor en el ambiente de trabajo según el estudio realizado es relevante en una frecuencia de 25/85, coincidiendo con la literatura revisada por los autores Cordero, et al,³ en su estudio sobre la aceptación de las técnicas de manejo farmacológicas y no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos. Los mismos comprobaron que los padres pueden modificar la conducta del paciente pediátrico con su presencia y rechazo de las técnicas restrictivas.

5.3 Conclusiones

Por tratarse de infantes, queda claro que el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico es vital para llevar a cabo un tratamiento odontológico eficaz sin provocar futuros temores y desconfianza al profesional de la salud. Por esta razón, el objetivo principal de esta investigación fue determinar los conocimientos que los estudiantes tienen de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas ya que los estudiantes trabajan directamente con el paciente pediátrico y deben enfrentar las diferentes situaciones de conducta que se les presenten; muchas de las cuales, por tratarse de niños, requieren de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológica.

Luego de estudiar el tema y conducir un estudio de campo sobre el mismo se pudo observar que la técnica que más conocen los estudiantes fue decir-mostrar-hacer. Como resultado directo esta fue también la técnica más utilizada. En el otro extremo de la balanza se obtuvo la técnica menos conocida escape contingente. En el caso de esta última técnica, varios estudiantes reconocieron haberla utilizado en muchas ocasiones, a pesar de no recordar el nombre teórico de la misma.

En cuanto a los factores ambientales que pueden influir en la conducta y comportamiento del niño en la cita odontopediátrica se obtuvo como elemento principal la duración de la visita (29/85); esto se debe a que el mayor impacto negativo en el infante ocurre cuando este, siente que invaden su espacio personal por mucho tiempo.

La presencia de los padres durante la consulta odontopediátrica llamó la atención de los investigadores, pues estudios anteriores mostraban que la presencia de los padres durante la consulta contribuía a desencadenar diferentes situaciones de estrés para el paciente odontopediátrico, pero no en un porcentaje tan alto. Lo interesante resultó ser que, contrario a los estudios anteriores, en el análisis y tabulación de los datos de este estudio, la presencia de los padres mostró tener mucha trascendencia.

Al realizar una comparación entre las diferentes clínicas y los géneros, se obtuvo un porcentaje más alto en la categoría bueno del género femenino con un 6%; de igual forma la clínica que posee mejores conocimientos en el renglón bueno es la clínica IV con un 12% y esto se debe a que tienen más frescos los conocimientos adquiridos y las técnicas suministradas durante la asignatura de odontopediatría desde el punto de vista teórico.

Esto confirma nuestra hipótesis: los estudiantes de las clínicas IV-VII de la clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU, conocen las diferentes técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas del paciente odontopediátrico, pero no todos las utilizan.

5.4 Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos donde se manifestó el nivel de conocimiento de las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas de los estudiantes de las diferentes clínicas, se recomienda:

-Que se impartan estudios complementarios como charlas, seminarios, talleres y otros cursos, con el objetivo de que el estudiante se mantenga familiarizado y actualizado con respecto a las técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas que se emplean en el área de odontopediatría.

-Capacitación al estudiante por medio de afiches informativos, con los diferentes protocolos a seguir con respecto a las técnicas de manejo de comportamiento en el área de odontopediatría. De esta forma el estudiante podrá recordar las técnicas en el momento de la consulta y podrá implementar la más conveniente según sea el caso.

-Que los estudiantes de preclínico participen en prácticas o ayudantías en el área de odontopediatría previo a su ingreso a la clínica integral, para que vean cómo se llevan a la práctica los conocimientos que adquieren en el salón de clases y estén familiarizados con las diferentes técnicas en su aplicación real.

10. Referencias Bibliográficas

1. Badia Z, Concepción A, Salcedo S. Técnicas de manejo de comportamiento del paciente pediátrico en la práctica odontológica general, en el Distrito Nacional: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2002.
2. Taveras P, Hernández W, Pérez Matos P. Nivel de conocimientos de los estudiantes de la clínica III y IV acerca de las técnicas del manejo del comportamiento de los niños que asisten a la clínica odontológica de UNIBE. Universidad Iberoamericana, Santo Domingo; 2005.
3. Cordero N, Cárdenas JM, Álvarez LG. Aceptación de las técnicas de manejo farmacológicas y no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos en odontología. Revista CES Odontología. 2012; 25(2): 24-32. [acceso 26 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v25n2/v25n2a02.pdf>
4. Abanto JA, Rezende KMPC, Bönecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Rev. Estomatol Herediana. 2010; 20(2):101-106. [acceso 26 de noviembre 2014]. Disponible en: <https://prezi.com/afafqkxqos9w/propuestas-no-farmacologicas-en-el-manejo-de-conducta/>
5. García A I, Parés V, Gustavo E, 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. Revista Odontológica Mexicana. 2007[acceso 18 de septiembre 2014]; 11(3): 135-139. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/15809/15010>
6. Gallegos L, Miegimolle M, Planells P. Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado. Acta odontol. venez. 2002[acceso 20 de septiembre 2014]; 40(3): 315-319. Disponible

en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652002000300014&script=sci_arttext

7. Soto RM, Reyes DD. Manejo de las emociones del niño en la consulta Odontológica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2005. [acceso diciembre 3 de 2014]. Disponible en: publicacion@ortodoncia.ws
8. Buenas tareas. [Buenastareas.com]. Manejo Psicológico De La Conducta Infantil En Odontología; 2010 [acceso noviembre 26 de 2014]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Manejo-Psicologico-De-a-Conducta-Infantil/5805121.html>
9. Silvia P, Jiménez S. Estudio de las técnicas de manejo de conducta implementadas en los programas de educación superior de odontología pediátrica en México. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2011.
10. Jiménez Romera M. Odontopediatria en atención primaria. Vol. 2 Málaga: Editorial Publicaciones Vértice; 2012.
11. Buenas tareas. [Buenastareas.com]. Perspectivas del desarrollo humano; 2013 [acceso diciembre 8 de 2014]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Perspectivas-Del-Desarrollo-Humano/46020639.html>
12. Josefa P., Medina P. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Revista CES Odontología. 1998 [acceso 21 de abril de 2014]; 36(2). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp
13. Boj J. Odontopediatria. España: Elsevier; 2004.

14. Calero I, Aristizabal L, Villavicencio J. Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica. *Revista Estomatología y Salud*. 2012 [acceso 21 de abril de 2015]; 20(1). Disponible en: revistaestomatologiaysalud.com
15. Sadurní Brugué M, Rostàn Sánchez C, Serrat Sellabona E. *El desarrollo de los niños paso a paso*. Barcelona: UOC. 2008.
16. Jimenez Romera M. *Odontología en atención primaria*. Madrid: Editorial Vértice; 2007.
17. Cameron A, Widmer R. *Manual de Odontología Pediátrica*. España: Harcourt Brace Publisher International; 1998.
18. Cameron Angus C. *Manual de odontología pediátrica*. 3^{ra} ed. España: Elsevier; 2010.
19. Ferro T, María J. Técnicas de modificación conductual aplicables en la clínica odontológica. *Revista CES Odontología*. 2005[acceso 20 de abril de 2015]; 43(2). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/tecnicas_modificacion_conductual_clinica_odontologica.asp
20. Guedes-Pinto Antonio C, Bonecker M, Delgado Rodrigues Celia RM. *Odontopediatría*. Santos; 2010.
21. Bordoni N, Escobar N, Castillo Mercado R. *Odontología Pediátrica*. Argentina: Editorial Medica Panamericana; 2010.
22. Arauzo Sinchez C. Grado de aceptación de las técnicas de manejo de conducta infantil por los padres de niños de 4 a 8 años de edad atendidos en el departamento de

odontología del Instituto Nacional de Salud del niño durante el año 2013, Lima-Perú".
Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2013.

23. Control de voz. [acceso 15 de septiembre de 2015]. Disponible en:
<http://www.padresonones.es/noticias/ampliar/1619/10-preguntas-y-respuestas-sobre-la-%E2%80%A6-caries>
24. Decir-mostrar-hacer. [acceso 15 de septiembre de 2015]. Disponible en:
https://www.google.com.do/imgres?imgurl=http://www.clinicadentalvsd.com/wp-content/uploads/2014/07/16072013-IMG_5495.jpg&imgrefurl=http://www.clinicadentalvsd.com/the-pediatric-dentist/&h=853&w=1280&tbnid=WojnoZIsobmPvM:&docid=XQAIb4FI7XA4VM&ei=_Dv4VcLOEYf5eOS_tsAH&tbm=isch&ved=0CF8QMyhcMFw4ZGoVChMIwry5irD5xwIVhzweCh3knw14
25. Escape contingente. [acceso 13 de septiembre de 2015]. Disponible en:
https://www.google.com.do/imgres?imgurl=http://dentistaentuciudad.com/blog/wp-content/uploads/2013/04/caries.jpg&imgrefurl=http://dentistaentuciudad.com/blog/autor/leticiadp/page/12/&h=333&w=500&tbnid=e47WBnmbjZdYhM:&docid=3N7pqlzwJ6lPLM&ei=J2H3VZHhFMHteuTekng&tbm=isch&ved=0CEkQMyhGMEY4ZGoVChMI0ZDKsd_3xwIVwbYeCh1krwQP
26. Universidad Autónoma de Zacatecas "Francisco Salinas". [Sede Web]. México: Universidad Autónoma de Zacatecas; s. f. [acceso 14 de diciembre de 2014]. De Barrón Mazoco, Gabriela Cruz, Cruz Aguilar NY. Manejo clínico de la conducta. Disponible en:
<http://www.uaz.edu.mx/odontologia/segunda%20fase/MANEJO%20CL%3%8DNIC%20DE%20LA%20CONDUCTA.HTM>
27. Pucha M. Tipos de comportamiento y su manejo odontológico en niños de 3 a 8 años, que acuden al consultorio dental del patronato provincial de amparo social de la ciudad

de Loja, durante el periodo abril-septiembre del 2011. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2011.

28. Refuerzo positivo. [acceso 13 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://www.google.com.do/imgres?imgurl=http://odontofresh.com/wp-content/uploads/2012/12/odontopediatria-odontofresh.jpg&imgrefurl=http://odontofresh.com/especialidades/odontopediatria/&h=240&w=598&tbnid=Qkmzer3hXtATAM:&docid=r47AwIr-DULp8M&ei=I2L3VcCYBMTZef_sq_gJ&tbnid=isch&ved=0CD4QMyg7MDs4ZGoVChMIgLbOqeD3xwIVxGweCh1_9gqf
29. Refuerzo negativo. [acceso 13 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://www.google.com.do/imgres?imgurl=http://img.hacerfamilia.es/fotoweb/fotonoticia_20141121125202_800.jpg&imgrefurl=http://veritaslaverdad.blogspot.com/2015/03/aprendizaje-y-condicionamiento.html&h=533&w=800&tbnid=D4qWl30JAjHnJM:&docid=nNWqNa8YpcQ9PM&ei=q2L3Vd5vi6R734Gw-AE&tbnid=isch&ved=0CD8QMygdMB1qFQoTCJ7xt-rg98cCFQvSHgod3wAMHw
30. Tiempo y fuera. [acceso 15 de septiembre de 2015]. Disponible en: <https://www.google.com.do/imgres?imgurl=http://www.playkids.com.mx/blog/wp-content/uploads/2015/02/tiempofuera.jpg&imgrefurl=http://www.playkids.com.mx/blog/category/tips/&h=323&w=667&tbnid=oSwwXeYDjKT61M:&docid=onmIDg-11BLw0M&itg=1&ei=1WX3VdK-K8u3eIDkopl&tbnid=isch&ved=0CEIQMyggMCBqFQoTCJLdvs7j98cCFcsbHgodALIIsw>
31. Muñoz N, Maria Alvarez I, Cardenas J. Eficacia de la técnica de distracción contingente con material auditivo en el comportamiento de pacientes entre 4 y 6 años de edad. . Revista CES Odontología. 1998[acceso 21 de abril de 2014]; 11(2). Disponible en: revistas.ces.edu.co

32. Distracción contingente. [acceso 15 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://www.google.com.do/imgres?imgurl=http://www.dentistasvaldemoro.com/html/7246_CREA_COLEGIATA_S_L_P/img/big_78997_85131_odontopediatria_valdemoro.jpg&imgrefurl=http://www.dentistasvaldemoro.com/odontopediatria-en-valdemoro_78997.html&h=344&w=700&tbnid=scyqiGEL_iGFQM:&docid=etZltF-KP5F-eM&ei=TGb3VdeEicW4eObMt6AK&tbm=isch&ved=0CDYQMygUMBRqFQoTCNfa1aXk98cCFUUCHgodyZuYNpA
33. Cadavit P, Giaimo C, Cardenas J. Eficacia de la técnica de modelado con video preoperatorio en pacientes de 4 a 6 años de edad. Revista CES Odontología. 1999[acceso 21 de abril de 2015]; 12(1). Disponible en: revistas.ces.edu.co
34. García Montaña Y, Ríos Fragoso R, Cuairán Ruidíaz V, Gaitán Cepeda L. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Revista Odontológica Mexicana. 2006[acceso 21 de abril de 2015]; 10(3). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=43&IDARTICULO=9117&IDPUBLICACION=999>
35. Alberto Solís C. Comportamiento del niño en el consultorio dental. Veracruz: Universidad Veracruzana; 1986.
36. Modelado o imitación social. [acceso 13 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://www.google.com.do/imgres?imgurl=http://4.bp.blogspot.com/-77FnDO2E8LQ/USmGB6EtrzI/AAAAAAAAAH0/4d6G2PY4LB0/s1600/Las-primeras-visitas-al-odont%2525C3%2525B3logo-450x337.jpg&imgrefurl=http://mallyodontologia.blogspot.com/2013/02/adaptacion-del-nino-la-consulta.html&h=337&w=450&tbnid=hNyCnliHIIHLRM:&docid=NPRteOawz_lxxM&ei=n2b3VfWHLs_les2QsfAC&tbm=isch&ved=0CCIQMygIMAhqFQoTCLXTrM3k98cCFc-yHgodTUGMLg

37. Inmovilización o restricción física. [acceso 15 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://www.google.com.do/imgres?imgurl=http://www.drcollinsandassociates.com/images/IMG_0004-1.JPG&imgrefurl=http://www.drcollinsandassociates.com/blog/date/pageNum/2/2011-12-01.html&h=1200&w=1600&tbnid=Tdhu7oc7j3IqfM:&docid=mq-YxP_OaxWXsM&ei=OC_4VazxK8Kpe6Gks-gD&tbm=isch&ved=0CDkQMygXMBdqFQoTCKztrPSj-ccCFcLUHgodIdIMPQ
38. Enciso P, Posada M, Quintero A, Valencia C, Vasquez J, Rios S, et al. 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. Revista CES Odontología. 2001[acceso 21 de abril de 2015]; 14(1). Disponible en: revistas.ces.edu.co
39. Mano sobre boca. [acceso 15 de septiembre de 2015]. Disponible en: <https://www.google.com.do/imgres?imgurl=http://b1ca250e5ed661ccf2f1-da4c182123f5956a3d22aa43eb816232.r10.cf1.rackcdn.com/contentItem-2930408-13505605-5ciha705de1iz-or.png&imgrefurl=https://flowvella.com/s/10f7/6CE66DC8-66A7-4B2B-B550-794D8DC10E76&h=583&w=700&tbnid=ikZE4y6tFZL0mM:&docid=jipc1APyJVP1XM&ei=tmf3VbPHHsTqeZfdjpAE&tbm=isch&ved=0CBsQMygBMAFqFQoTCLP6odLI98cCFUR1Hgodl64DQg>
40. Comunicación no verbal. [acceso 15 de septiembre de 2015]. Disponible en: <https://www.google.com.do/imgres?imgurl=http://www.odontoplus.cl/wp-content/uploads/2014/07/002.jpg&imgrefurl=http://www.odontoplus.cl/dentadura-humana-conoces-realmente-tu-boca/&h=1067&w=1600&tbnid=gm71Moh5pyhZDM:&docid=qnobP1duKPPP2M&ei=wjD4VaipLcOoesGNgZgF&tbm=isch&ved=0CCQQMygJMAIqFQoTCKiSnrCl-ccCFUOUHgodwUYAUw>

41. [acceso 15 de septiembre de 2015]. Disponible en:
<https://www.google.com.do/imgres?imgurl=http://www.edpdental.com/wp-content/uploads/2013/12/pediatric-dentist.jpg&imgrefurl=http://www.edpdental.com/blog/&h=576&w=833&tbnid=a3q-ZuJDjHK6LM:&docid=gs0ay1JTFSjefM&ei=2Sn4VfqBHsrXeLbSmqAI&tbm=isch&ved=0CCcQMygNMA1qFQoTCLrsy-Se-ccCFcorHgodNqkGhA>

Anexos

11. Anexos

Anexo 1.

Consentimiento informado

Por este medio se le está invitando a participar en este estudio de investigación “Manejo de diferentes técnicas de comportamiento no farmacológicas en el paciente odontopediátrico de la Clínica Dr. Rene Puig Bentz de la UNPHU”.

El cual consiste en:

-Una encuesta tipo cuestionario con ejemplos de diferentes situaciones clínicas sobre sus conocimientos de las técnicas de comportamientos no farmacológicas para el manejo del paciente odontopediátrico.

Si usted está de acuerdo en participar en esta investigación se le pedirá al final del cuestionario su firma donde indica su consentimiento a participar en esta investigación.

Aclaraciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- No tendrá ningún costo.
- No tendrá ninguna remuneración.

Yo _____ he leído y comprendido las informaciones anteriores y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Firma del estudiante

Fecha

Anexo 2.

Instrumento de recolección de datos

Evaluación con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes de odontología de la Clínica Dr. René Puig Bentz de la UNPHU, sobre el manejo de las diferentes técnicas de comportamiento no farmacológicas en el paciente odontopediátrico.

Sexo: F____ M____

Clínica: _____

1. Te sientes cómodo trabajando con niños:

___Si

___No

2. Con los conocimientos aprendidos en la clase de odontopediatría te sientes con la capacidad de trabajar con niños:

___Si

___No

3. Tu mayor dificultad al trabajar con niños es:

___Comunicación con el paciente

___Convencer al niño de dejarse trabajar

___Colocar anestesia

___No saber manejar la conducta del niño

___Poder concluir el tratamiento

4. Marca con una X la técnica de manejo de comportamiento no farmacológica que conozcas:

___Control de voz

___Decir-mostrar-hacer

___Escape contingente

___Refuerzo positivo

- Refuerzo negativo
- Tiempo y fuera
- Distracción contingente
- Modelado o imitación social
- Inmovilización o restricción física
- Mano sobre boca
- Comunicación no verbal

5. ¿Cuáles son las que más has utilizado?

- Control de voz
- Decir-mostrar-hacer
- Escape contingente
- Refuerzo positivo
- Refuerzo negativo
- Tiempo y fuera
- Distracción contingente
- Modelado o imitación social
- Inmovilización o restricción física
- Mano sobre boca
- Comunicación no verbal

6. Marca con una X cuál de estos factores ambientales en experiencias anteriores han modificado la conducta del niño en la consulta odontopediátrica:

- Efecto de la hora de la visita.
- Efecto de un entorno agradable.
- La vestimenta del odontólogo.
- Efecto de la duración de la visita.
- Efecto de la presencia del padre o tutor en el ambiente de trabajo.
- Todos

7. Se presenta en la consulta odontopediátrica niño de 6 años de edad para una profilaxis, llorando, ¿Qué técnicas aplicarías?

- Control de voz
- Decir-mostrar-hacer
- Escape contingente
- Refuerzo positivo
- Refuerzo negativo
- Tiempo y fuera
- Distracción contingente
- Modelado o imitación social
- Inmovilización o restricción física
- Mano sobre boca
- Comunicación no verbal

8. Niño de 4 años de edad en medio del procedimiento (operatoria) empieza a moverse, cerrar la boca y no quiere cooperar. ¿Con cuales técnicas modificarías el comportamiento del niño?

- Control de voz
- Decir-mostrar-hacer
- Escape contingente
- Refuerzo positivo
- Refuerzo negativo
- Tiempo y fuera
- Distracción contingente
- Modelado o imitación social
- Inmovilización o restricción física
- Mano sobre boca
- Comunicación no verbal

9. Necesitas realizar cirugía simple a niña de 9 años de edad, pero la paciente tiene miedo a la anestesia. ¿Qué técnicas utilizarías para reducir la ansiedad de la paciente?

- Control de voz
- Decir-mostrar-hacer
- Escape contingente
- Refuerzo positivo
- Refuerzo negativo
- Tiempo y fuera
- Distracción contingente
- Modelado o imitación social
- Inmovilización o restricción física
- Mano sobre boca
- Comunicación no verbal

Anexo 3. Hoja de firma para recolección de datos

Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña				
Escuela de Odontología Dr. Rene Puig				
Fecha:		Tanda:		
Firma Doctor/a:				
	Clinica IV		37	Julian Sena
1	Oneyda Perdon		38	Nerys Hilario
2	Giovanni Mancebo		39	Neftalio Bisono
3	Manuel Contreras		40	Ludy Espinal
4	Jeanna Marrero			
5	Carolina Jimenez			Clinica VI
6	Priscila Peña		41	Aida Manzueta
7	Angel Nolasco		42	Dreysmary Alcantara
8	Jherelyn Ureña		43	Aura Sanchez
9	Raysa Hernandez		44	Marielis Castillo
10	Jose David Cabrera		45	Junior Baez
11	Rossi Ruiz		46	Fanny Roa
12	Maricel Medina		47	Andreina Chalas
13	Ana Jimenez		48	Leslie Diaz
14	Shaira Santana		49	Edith Peña
15	Cristal Bautista		50	Melissa Carpio
16	Emigdio Garrido			
17	Susan Capellan			Clinica VII
18	Candy Duran		51	Grace Moreno
19	Francis Martina		52	Mirfi Tejada
20	Darismaldy Sosa		53	Olga Castillo
			54	Sarah Herrera
	Clinica V		55	Jose Rosario Silverio
21	Emely Morrillo		56	Alicia Herasme
22	Paul Artilés		57	Yessica Martinez Lugo
23	Paola Reyes		58	Ruth Gomez
24	Janna Muñoz		59	Paola Martinez
25	Vryam Valdez		60	Claudia Selma
26	Victor Rodriguez		61	Luis de los Santos
27	Victor Valentin		62	Johanna Zabala
28	Jatnarys Soto		63	Damaris Guzman
29	Sileni Arias		64	Kelvin Nova
30	Nehemias Mateo		65	Paola Marte
31	Gabriela Polanco		66	Nalda Disla
32	Katherine Burgos		67	Shamir Montilla
33	Aimer Cedano		68	Luisa Fernandez
34	Diandra Peña		69	Miosotis Perez
35	Lissette Mateo		70	Enovi Hidalgo
36	Lorena de Peña		71	Cristal Rosario
37	Julian Sena		72	Ana Lavigne
38	Nerys Hilario			
39	Neftalio Bisono			
40	Ludy Espinal			

Glosario

- Ansiogénico: agente capaz de causar ansiedad, circunstancia o persona.²²
- Arraigados: hace firme y duradero una costumbre.¹⁰
- Barniz: disolución de resina en aceite.²⁰
- Chantaje: amenaza para sacar provecho de una persona.²²
- Clamp: anclaje de dique de goma o refuerzo del diente.²⁰
- Coacción moral: obligación de hacer o decir algo en contra de la voluntad de la persona.²²
- Contingente: que puede suceder o no suceder.²³
- Disruptivo: termino que procede del inglés disruptivo y que se utiliza para nombrar aquello que produce una ruptura brusca.²⁵
- Estudio prospectivo: estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo en el futuro.³
- Estudio transversal: estudio que se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual como los estudios de prevalencia.³
- Eufemismos: palabra menos ofensiva.²⁰
- Modelado: es una representación de un objeto, sistema o idea, de forma diferente al de la entidad misma. Un modelo de un objeto puede ser una réplica exacta de este, o una abstracción de las propiedades dominantes del objeto.⁷

Hoja de Firmas de trabajo de grado:

Manejo de diferentes técnicas de comportamiento no farmacológicas en el paciente odontopediátrico de la Clínica Dr. René Puig Bentz. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Periodo Mayo-Agosto del 2015

Sustentantes:

Pamelina Liriano Then

Abigail Guzmán Manzueta

Dra. María Guadalupe Silva

Asesor Metodológico

Dra. Francis González

Asesor Temático

Dr. Eduardo Khouri

Comité Científico

Dr. Rogelio Cordero

Director escuela odontología