



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**ACTITUD DE LOS PADRES, ANTE LA RESTRICCIÓN FÍSICA Y MANO SOBRE BOCA COMO TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA COMPARANDO DOS MÉTODOS DE INFORMACIÓN.**

# TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y EL  
ADOLESCENTE

PRESENTA:

IRMA LIZETH FARFÁN URIAS

**DIRECTORA:** ESP. C.D SANDRA ARACELI CURIUCA ROCHA

**ASESORA:** MTRA. MARTHA ASUNCIÓN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

**2012**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Un agradecimiento a quienes colaboraron a la realización de esta investigación: ESP. C.D. Sandra Araceli Curioca Rocha, Cirujana dentista especialista en Odontopediatría, por el material informativo relacionado con las técnicas de manejo conductual; Mtra. Martha Asunción Sánchez, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, por la orientación en materia de estadística, al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, por su asesoría tutorial y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, por permitirme ser parte de esta institución.

## **DEDICATORIA**

### **A MIS PADRES**

A quienes agradezco infinitamente que día con día hayan cuidado mis pasos, en mis triunfos y fracasos, y me enseñaran las herramientas y los valores que se necesitan para caminar con fuerza en la vida, por enseñarme que las puertas no deben cerrarse, y mostrarme el placer de hacer las cosas; sin ustedes no habría sido posible mi éxito.

**¡LOS AMO!**

# ÍNDICE

## CONTENIDO

1. Resumen.....	1
2. Abstract.....	3
3. Introducción.....	5
4. Marco teórico.....	7
4.1 Perspectivas de la atención odontopediátrica.....	7
4.2 Conducta.....	10
4.3 Aspectos Psicológicos del niño.....	12
4.4 Miedo Dental.....	14
4.5 Clasificación del paciente según su conducta .....	18
4.6 Técnicas de manejo conductual.....	20
4.6.1 Restricción física.....	27
4.6.2 Mano sobre boca... ..	31
4.7 Triada odontológica .....	34
4.8 Actitud.....	36
4.9 Escala de Thurstone y Likert .....	39
4.10. Perspectivas en otros países sobre la actitud de lo padres con respecto a las técnicas de manejo conductual.....	41
4.1. Cuadro de estudios Nacionales e Internacionales acerca de la aceptación de los padres ante las técnicas de manejo conductual.....	43

5. Planteamiento del problema.....	48
6. Hipótesis.....	49
7. Objetivos.....	50
8. Material y métodos.....	51
9. Técnicas.....	55
10. Resultados.....	57
11. Discusión.....	62
12. Conclusión.....	65
Referencias bibliográficas.....	67
Anexos.....	71

## 1. RESUMEN

**Antecedentes:** Uno de los principales retos de la Odontología Pediátrica es el manejo de la conducta, lo cual constituye un elemento fundamental del éxito en la consulta odontopediátrica. Un componente esencial en el control de la conducta del paciente pediátrico que pocas veces es tomado en consideración, es la percepción de los padres ante el tratamiento dental y la ansiedad que esto puede generar en ellos, lo que a su vez puede ser transmitido a sus hijos, repercutiendo en el grado de cooperación de éstos dentro del consultorio dental. Esta ansiedad está asociada frecuentemente a la falta de información de los padres respecto a los procedimientos dentales y a las técnicas de manejo conductual.

**Objetivo:** El propósito de esta investigación fue medir la actitud por parte de los padres, ante la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo conductual en la consulta odontopediátrica, comparando dos métodos de información (verbal y visual), atendidos en la Clínica multidisciplinaria Reforma de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

**Métodos:** Se seleccionó una muestra de 60 padres, escogidos sin distinción de edad, sexo, raza, estado socio-económico o escolaridad. Fueron divididos en dos grupos, al grupo A se le proporcionó información verbal sin fotografías ni videos acerca de las técnicas de manejo conductual, y al otro grupo B le fue proporcionada información visual con fotografías de las mismas técnicas. Se recolectó la información, mediante un instrumento de evaluación diseñado y validado previamente para medir la actitud de los tutores.

**Resultados:** Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas de la actitud de los padres con respecto a ambos métodos de información. Sin embargo se demostró que dependiendo del tipo de información dada se obtendrá una mejor actitud. Ante el tratamiento dental.

**Conclusiones:** El medio de información verbal fue el que generó mejor actitud ante la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo conductual, comparado con el método de información visual. Las diferencias fueron estadísticamente significativas.

**Palabras clave:** Actitud, técnicas de manejo conductual, métodos de información.



## 2. ABSTRACT

**Background:** One of the main challenges of Pediatric Dentistry is the management of behavior, which is an essential element of success in pediatric dentistry consultation. An essential component in controlling the behavior of the pediatric patient is rarely considered, is the perception of dental treatment by parents and anxiety that can result in them, which in turn can be transmitted their children, affecting the degree of their cooperation within the dental office. This anxiety is often associated with lack of information from parents about dental procedures and techniques of behavior management.

**Objectives:** The purpose of this research was to measure the attitudes of parents, physical restraint and to hand over his mouth as behavioral management techniques in pediatric dentistry consultation, comparing two methods of information, children's guardians of patients treated at the multidisciplinary clinic reform of the School of Advanced Studies Zaragoza.

**Methods:** A sample of 60 tutors, selected regardless of age, sex, race, socioeconomic status or education. In order to evaluate the attitude of parents about behavior management techniques, were divided into two groups, 30 of them were given verbal information without pictures or videos about the restraint and hand over mouth, and another group visual information was furnished with pictures of the same techniques. Then we proceeded to collect information, using a previously validated questionnaire designed to measure the attitude of the tutors.

**Results:** The results showed statistically significant differences in the attitudes towards both methods of information. However it was shown that depends on the type of information received by parents to get a better attitude.

**Conclusions:** The medium of verbal information was generated by the best attitude to physical restraint and hand over his mouth as behavioral management techniques, compared with the method of visual information. Statistically significant difference

**Keywords:** Attitude, behavior management techniques, methods of information.

### 3. INTRODUCCIÓN

Uno de los principales retos de la Odontología Pediátrica es el manejo de la conducta, lo cual constituye un elemento fundamental para el éxito en la consulta odontopediátrica. Un componente esencial en el control de la conducta del paciente infantil que pocas veces es tomado en consideración, es la percepción de los padres ante el tratamiento dental y la ansiedad que esto puede generar en ellos, lo que a su vez puede ser transmitido a sus hijos, repercutiendo en el grado de cooperación de éstos dentro del consultorio dental. Esta ansiedad está asociada frecuentemente a la falta de información de los padres por parte del odontopediatra respecto a los procedimientos dentales y a las técnicas de manejo conductual.<sup>1,10,11</sup>

Las técnicas de manejo de conducta son procedimientos que se utilizan para conseguir la aceptación por parte del niño hacia el tratamiento en el sillón dental, inspirando una actitud positiva. Diversos estudios han evaluado la actitud de los padres hacia las técnicas de manejo de conducta con la escala de Likert. Actualmente la información que reciben los padres acerca de las técnicas de manejo conductual es un factor que distorsiona su percepción hacia el tratamiento dental, debido a medios como el Internet, la mercadotecnia o las experiencias previas adversas.<sup>24</sup>

La capacidad del manejo del paciente infantil es esencial para los odontopediatras que desean tratar con éxito a los niños en edad preescolar. Sin embargo los dentistas generales que no tienen habilidades clínicas en el manejo adecuado del comportamiento, pueden provocar afectación en el comportamiento de estos pacientes, por lo que la odontología pediátrica restaurativa puede ser poco práctica para algunos niños. El tratamiento de los niños difíciles sin un

manejo eficaz del comportamiento puede parecer cruel para el niño, puede ser percibido como insuficiente por los padres, y puede ser agotador para el clínico.<sup>4,5</sup>

El manejo adecuado de la conducta de los niños, es la responsabilidad más importante de los odontopediatras. El establecimiento de una buena relación con los pacientes infantiles no sólo es importante para completar los procedimientos dentales necesarios, sino que también crea una base sólida para su salud dental en el futuro. El principal objetivo durante el procedimiento dental es dirigir al paciente para que su actitud sea la adecuada frente al tratamiento; esto podrá lograrse si el paciente y los padres confían en el profesional, es importante el entendimiento de la conducta de los padres ante las diferentes situaciones que se presentan en sus hijos, y conocer las formas más adecuadas para establecer una relación con ellos. Es importante que el odontopediatra considere estos aspectos para conseguir una alianza terapéutica, sin olvidar la comunicación con los padres, y brindar de esta manera la información necesaria y lograr así el triángulo clásico en odontopediatría.<sup>1,10,19,25</sup>

Algunos autores afirman que la personalidad de los padres es muy importante, ya que se refleja en la personalidad del niño, y el odontopediatra debe saber enfrentarse a ello.<sup>24</sup>

El objetivo de este estudio fue identificar qué método de información es el más efectivo, así como establecer una mejor aceptación hacia la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo conductual para promover en los padres una mejor actitud hacia el tratamiento odontopediátrico.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 PERSPECTIVAS DE LA ATENCIÓN ODONTOPEDIATRICA**

La odontología como ciencia de la salud, predispone un ambiente y experiencia que provoca y estimula la respuesta natural de miedo en las personas, lo cual puede dificultar la aceptación de ciertas técnicas o métodos para recibir un tratamiento. Por lo tanto, la visita al odontólogo es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a las consultas abandonando el tratamiento, evidenciando de esta forma, que esta conducta atenta contra la salud oral del paciente.<sup>1,2</sup>

En odontopediatría se abarcan todos los aspectos del cuidado de la salud bucal en los niños y adolescentes, basándose en el conocimiento básico de las diferentes ciencias odontológicas, médicas y del comportamiento que se aplica a la situación única del desarrollo del niño y de la persona joven. Comenzar la prevención en una edad temprana hace posible preservar la salud de la erupción dental y mantener las estructuras bucales sanas.<sup>3</sup>

Para ello, es necesario que el profesional se encuentre preparado para manejar las situaciones que se presenten en la consulta dental, es necesario el uso de estrategias de manejo del comportamiento que van desde el sentido común, hasta la utilización de las técnicas de manejo conductual, sin embargo, existen profesionales que no tienen una formación en la aplicación de estas técnicas así como métodos psicológicos para el manejo de pacientes ansiosos; tomando esto como uno de los aspectos que provocan mayor afectación en el comportamiento de estos pacientes.<sup>4,5</sup>

Recientemente hay mayor tendencia a que los niños sean tratados por odontopediatras, que por odontólogos generales; ya que los principales objetivos de la especialización incluyen: aumentar el conocimiento y la sensibilización para la prevención de enfermedades orales y la enseñanza de una variedad de enfoques de comportamiento necesarios, en el manejo de niños ansiosos.<sup>6</sup>

Cabe mencionar que las enfermedades orales como la caries y la enfermedad periodontal, de las cuales no están exentos los pacientes infantiles; se pueden prevenir con hábitos de salud adecuados que son preferentemente adquiridos durante la infancia, además el paciente tiene que aceptar los cambios en este estilo de vida, que incluyen el evitar un consumo frecuente de carbohidratos así como también visitar al odontopediatra cada 6 meses para revisión de rutina. Esto requiere de un buen cumplimiento por parte de los niños y sus padres. Con el fin de mejorar este cumplimiento y desarrollo de nuevos hábitos, la intervención terapéutica debe ir acompañada de educación para la salud; pero este es un proceso complicado, especialmente cuando se trata de establecer hábitos de conducta preventiva donde los resultados no se ven inmediatamente, porque depende de algunos componentes: como son los pensamientos, el entorno social y su capacidad para seguir instrucciones, la interacción entre el odontopediatra y el paciente son muy importantes ya que se debe adoptar un enfoque amigable con el fin de obtener la satisfacción del paciente y su papel activo en esta relación.<sup>6,7,8,9</sup>

Sin embargo, los niños pueden temer a un tratamiento específico o un tratamiento dental en general, reducir el miedo dental en los niños es papel importante de los odontopediatras. Un tratamiento exitoso en el niño temeroso requiere de tiempo, esfuerzo y experiencia del profesional. Así que deben de utilizarse técnicas de manejo conductual, dando información y explicación racional a los padres para obtener un tratamiento exitoso. La etiología del miedo dental en

los niños es multifactorial, se relaciona con las experiencias anteriores dolorosas o la influencia del miedo en la madre.<sup>6,10</sup>

Uno de los aspectos fundamentales para el tratamiento odontológico del paciente infantil es obtener su cooperación en los procedimientos que el profesional va a realizar, obteniendo una actitud positiva hacia sus experiencias odontológicas, para poder aplicar todas las técnicas preventivas y restaurativas sin causar ningún tipo de estrés o trauma psicológico posterior al tratamiento. No obstante el cumplimiento del paciente en las consultas dentales, es importante para permitir que el tratamiento odontopediátrico sea lo menos agotador tanto para el niño como para el profesional.<sup>1,11,12</sup>

## 4.2 CONDUCTA

La conducta se define como un conjunto de acciones observables y medibles de una persona en relación con su entorno. La conducta que exhibe el paciente infantil que acude a consulta dental está relacionada a diversas variables que inciden en su comportamiento. Entre las que se consideran de mayor importancia son:

- a) La ansiedad materna.
- b) Las vivencias negativas previas.
- c) Cuando los padres desconocen la importancia de salud bucal de sus hijos o la naturaleza de los tratamientos odontológicos.<sup>13</sup>

Algunos aspectos en el comportamiento del niño tienen relación directa con la influencia de sus padres, ya que estas actitudes pueden describirse bajo algunas circunstancias que permiten anticipar hasta cierto punto el comportamiento de los niños. De las cuales se mencionaran algunas:<sup>13</sup>

Sobre afecto: Situación frecuente en los padres que han tenido a sus hijos en edad avanzada, en el hijo único, en el adoptado, etc. En el consultorio el niño demuestra poco valor, recurriendo a su madre, abrazándole o tomándole de la mano.



Sobreprotección: Se observa con frecuencia en madres que quieren monopolizar todo el tiempo de su hijo, sin permitirles jugar con otros; El niño manifiesta un comportamiento autoritario, quiere controlar todas las situaciones, pretende guiar al dentista en lo que este hace, presentando una falta de disciplina.

Sobre ansiedad: Actitud observable en padres jóvenes e inexpertos, ejerciendo sobre el niño sobreprotección motivado por el temor y ansiedad. El niño así tratado depende de sus padres para tomar decisiones por lo que cualquier problema menor es causa suficiente para interrumpir el tratamiento.<sup>13</sup>

Rechazo: Puede estar representada por celos de los padres, mala situación económica, inmadurez, etc. El niño suele ser desobediente e imperioso, propenso a pataletas y puede ser mentiroso.

El esquema de Massler establece que las conductas que pueden ser observadas en los niños antes y durante la consulta odontológica, están asociados con su desarrollo físico, mental y emocional. En la infancia, el ambiente odontológico es extraño y amenazante, no existe coordinación suficiente para obedecer órdenes, la resistencia y el llanto es normal y reacciona con violencia y pánico cuando es separado de los brazos maternos. En la niñez temprana, el niño no habla con personas extrañas, puede responder a indicaciones directas pero retorna a la infancia y busca refugio en la madre cuando se enfrenta a situaciones que le provocan ansiedad o miedo. En la edad preescolar, la conducta es impredecible y puede oscilar de la no cooperación a la docilidad, de la sumisión a la cooperación inteligente y feliz; el niño acepta procedimientos odontológicos sencillos pero cuando estos se hacen más complejos sufre un proceso de regresión y desea volver a su madre. El escolar, tiene la capacidad de aceptar la autoridad del odontólogo y prefiere estar solo con él; aunque persisten muchos temores, algunos desde la niñez y otros recién adquiridos.<sup>14,15</sup>

### 4.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL NIÑO

Debe considerarse como una serie de procesos por medio de los cuales las tendencias individuales heredadas genéticamente como el temperamento, la personalidad y las aptitudes cognoscitivas, interactúan con los factores ambientales particulares para modelar el comportamiento. Los seres humanos experimentan procesos de desarrollo en diferente intensidad de acuerdo a la época de vida, estos procesos involucran:

a) Desarrollo físico: crecimiento corporal, capacidades sensoriales, habilidades motoras y salud.

b) Desarrollo cognoscitivo: aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad.

c) Desarrollo psicosocial: personalidad, vida emocional y relaciones sociales. <sup>15,16</sup>

La teoría de Erikson cubre todo el proceso de desarrollo de los seres humanos, dando mayor importancia a las fuerzas sociales de maduración del niño y el adolescente. Se definen ocho etapas en el desarrollo de la vida, cada una en función de la resolución con éxito de una crisis o giro decisivo. Cada crisis necesita ser resuelta en un particular momento del desarrollo y su objetivo es el equilibrio entre dos alternativas." En esta teoría señalan que a medida que el niño crece, ocurren cambios en sus estructuras y que cada etapa está caracterizada por un patrón de conducta diferente, dando importancia al medio ambiente familiar indicando que: "buena parte de la conducta del niño está condicionada por su relación con la madre, vínculo que deberá ser estudiado, si se desea realmente entender a los niños. Detrás de la falta de cooperación de un infante, puede

encontrarse un padre punitivo, una madre excesivamente protectora o una vida insegura en el hogar; lo que determina su patrón de conducta y puede condicionar su tratamiento en el sillón dental”.<sup>14,16,17</sup>

La teoría del aprendizaje social, menciona que el niño aprende los comportamientos sociales por observación e imitación de modelos. Las personas aprenden en un contexto social. También reconoce la influencia cognoscitiva sobre el comportamiento sosteniendo que el aprendizaje que se logra a través de la observación es más importante que el refuerzo directo o el castigo. Esta teoría muestra que la identificación de los niños con los padres es el elemento que más influye en la manera como adquieren el lenguaje, enfrentan la agresión, desarrollan un sentido moral y aprenden los comportamientos que la sociedad considera apropiados para cada género.<sup>16,17</sup>

#### 4.4 MIEDO DENTAL

El miedo es una reacción o actitud frente a una amenaza real que surge de un objeto externo aceptado como perjudicial, y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física del dolor.

Existen dos tipos de miedo:

- Miedo objetivo: Es aquel que es producido por estimulación directa de los órganos sensoriales que están en contacto físico con la experiencia. Por lo tanto, resulta de la verdadera experiencia (miedo aprendido).
- Miedo subjetivo: Es aquel que se basa en sentimientos y actitudes que hayan sido sugeridas al niño por quienes le rodean, sin necesidad de que el niño haya padecido el incidente en lo personal. Es el resultado de una asociación de ideas, de la imaginación, inseguridad en relación con una situación poco habitual (miedo adquirido).<sup>18</sup>

La ansiedad y miedo dental, son principales dificultades durante la atención odontológica, ya que tienen una etiología multifactorial que incluye género, edad y origen cultural del niño, actitud del dentista y ansiedad de los padres. De tal forma, es muy importante además de la prestación de servicios preventivos y restauradores, la difusión de una actitud positiva que modifique la imagen adecuada con respecto al tratamiento odontológico.<sup>18</sup>

El comportamiento del niño favorable o no a la asistencia odontológica es explicado en una perspectiva integral, condicionado por factores de naturaleza intrínseca y los que derivan de su entorno social total. Para el odontopediatra resulta útil categorizar las conductas que los niños presentan en la consulta, ya

que esta puede observarse desde los primeros contactos con el paciente. Sin embargo, la forma de elección de algunas técnicas es a veces indeseable desde un punto de vista de la sociedad. <sup>1</sup>Es lógico que los niños mas pequeños presenten más ansiedad en el ámbito dental; a medida que crecen y maduran tienden a presentar conductas más apropiadas, mayor colaboración y menos miedos. El perfil psicológico puede ser hasta más importante que la edad para determinar la conducta de los niños en las consultas. <sup>19,20</sup>

Existen estudios que han evaluado las actitudes de los padres y el comportamiento del niño relacionados con el manejo dental; evaluando como los padres perciben el enfoque del manejo del niño que llora en la consulta dental, no encontrando ninguna relación significativa con respecto a la situación socio-demográfica. Sin embargo, se encuentra correlación significativa entre la ansiedad materna y el comportamiento no cooperador del niño.<sup>20</sup>

Los padres muy ansiosos tienden a afectar negativamente el comportamiento de sus hijos, aunque hay datos que revelan que los niños de todas las edades pueden ser afectados por la ansiedad materna, el efecto es mayor en menores de 4 años de edad (Figura 1). Esto puede ser debido a la estrecha relación padre-niño.<sup>21,22</sup>



Figura 1. Tomado de: "Odontología pediátrica", Escobar.

Existe asociación entre los estilos de crianza y los comportamientos infantiles, clasificando así a los padres en tres grupos:

1. Padres autoritarios: Son los que valoran el control y la obediencia incuestionable. Tratan de hacer que los niños se sujeten a una norma de conducta establecida y los castigan arbitraria y enérgicamente cuando la infringen. Son más desapegados y menos cálidos que otros padres. Los niños suelen manifestar descontento, retraimiento y desconfianza.

2. Padres permisivos: Son aquellos que valoran la auto-expresión y auto-regulación. Exigen poco y dejan que los niños revisen sus propias actividades. Cuando tienen que imponer reglas, explican las razones. Son cálidos, no controladores y son poco exigentes.

3. Padres autoritativos: Son los que valoran la individualidad de sus hijos, pero también señalan las limitaciones sociales. Son cariñosos e indulgentes pero también exigen un buen comportamiento.

4. Padres negligentes o indiferentes: Son aquellos que en algunas ocasiones, por tensión o depresión se enfocan en sus propias necesidades y no a las de el hijo, suelen ser apáticos, incompetentes, irresponsables o emocionalmente aislados lo que desencadena una atmosfera familiar caótica.<sup>22</sup>

Actualmente la información que reciben los padres acerca de las técnicas de manejo conductual es un factor que distorsiona su percepción hacia el tratamiento dental, debido a medios como el internet, mercadotecnia o experiencias previas.<sup>2</sup> Sin embargo, algunas de estas técnicas pueden ser

malinterpretadas por los padres si no reciben la información adecuada, por esta razón es necesario proporcionar información previa sobre dichas técnicas.<sup>10</sup>

Para que la consulta con el odontopediatra obtenga los resultados esperados, es necesario revisar los elementos exteriores antes mencionados, pero además, es de vital importancia para una consulta integral, analizar los factores propios del paciente infantil. En función de lo anterior, podremos elegir la técnica de manejo conductual adecuada para su mayor colaboración en el tratamiento dental.

## 4.5 CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE SEGÚN SU CONDUCTA

Existen diferentes sistemas que ayudan a clasificar la conducta del niño en la consulta dental. Uno de estos sistemas utilizados es la escala de conducta de Frankl. Esta escala divide la conducta en cuatro categorías:

Grado 1: Definitivamente negativo; rechaza el tratamiento, llanto con rabieta, negativismo extremo.

Grado 2: Negativa; no coopera, actitud negativa, malhumor, resentimiento.

Grado 3: Positiva; acepta el tratamiento, desea complacer al dentista y sigue sus instrucciones, en ocasiones muestra reservas.

Grado 4: Definitivamente positiva; buena relación con el dentista, interés y disfruta.<sup>6,23</sup>

### **Wright:**

- Paciente cooperador.
- Paciente potencialmente cooperador.
- Paciente sin habilidad para cooperar.

### **Lampshire:**

- Paciente cooperador.
- Paciente tenso-cooperador.



- Paciente aprehensivo exteriorizado.
- Paciente miedoso.
- Paciente terco o desafiante.
- Paciente hipermotivo.
- Paciente excepcional.

Por lo anterior, la manera de conseguir un alto grado de aceptación del tratamiento en un niño, se consigue interviniendo el tiempo suficiente en las primeras visitas, para dejar que el niño se adapte gradualmente a la nueva situación que experimenta; los padres deben comprender la importancia de dejar que el proceso de adaptación sea gradual y deben colaborar con el dentista para conseguir los mejores resultados.<sup>15</sup>

Los padres tienen importancia en la transmisión de los miedos a los niños, la ansiedad de los padres, influirá negativamente en la colaboración del niño. En ocasiones la expresión facial de las emociones de los padres ante un tratamiento dental con su hijo puede poner en alerta al niño y anticipar una conducta sin colaboración.

Las experiencias previas dentales negativas hacen difícil conseguir la colaboración del niño, sin embargo también es importante las experiencias previas de los padres, ya que la ansiedad generada se transmite directamente, cuanto más nerviosa, insegura y tensa sea la reacción de los padres, mayor es el riesgo de que el niño presente ansiedad.<sup>19</sup> Esta ansiedad se asocia frecuentemente a la falta de información de los padres con respecto a los procedimientos dentales y el manejo de control conductual.<sup>12</sup>

## 4.6 TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL

Las técnicas de manejo de conducta son procedimientos que se utilizan para conseguir la aceptación por parte del niño hacia el tratamiento dental en el consultorio, inspirando una actitud positiva.<sup>24</sup>

La Academia Mexicana de Odontología Pediátrica (AADP), clasifica a estas técnicas en dos grupos:

1) Técnicas básicas de manejo del comportamiento, incluyendo:

- Decir-mostrar-hacer.
- Control de voz.
- Comunicación verbal y no verbal.
- Distracción.
- Presencia/ ausencia de los padres.
- Manejo de la contingencia.
- Modelamiento.

2) Técnicas avanzadas de manejo de conducta, incluyendo:

- Mano sobre boca.
- Restricción física/ estabilización protectora.
- Hipnosis.
- Sedación.
- Anestesiageneral.<sup>10</sup>

## DECIR-MOSTRAR-HACER

Propuesta por Adelston en 1958. Incluye explicaciones verbales de los procedimientos con frases apropiadas para la edad y grado de desarrollo del paciente, se utiliza principalmente en pacientes de primera vez, sirve para prevenir el inicio y posterior desarrollo de temores odontológicos; ocupa el primer lugar en la preferencia de los padres. La técnica se debe hacer en forma sistemática. Primero se explica al paciente como se va a efectuar el tratamiento (Figura 2), luego se muestra fuera de la boca (Figura 3) y finalmente se realiza el tratamiento explicado (Figura 4).<sup>23</sup>



Figura 2. Decir



Figura 3. Mostrar



Figura 4. Hacer

## **CONTROL DE VOZ**

Consiste en la modificación del timbre, intensidad y el tono de la propia voz con el objetivo de obtener la atención y comprensión del paciente, establecer los roles apropiados entre el profesional y el paciente, y revertir o evitar conductas negativas.<sup>23</sup>

## **TÉCNICAS COMUNICATIVAS**

Son aquellas que ayudan al odontólogo a través de la comunicación, a guiar al paciente a lo largo de la consulta. Para esto se requiere que el paciente haya alcanzado la madurez suficiente que permita una interacción.<sup>23</sup>

## **DISTRACCIÓN**

Es una técnica que consiste en desviar la atención del niño de lo que se considera un procedimiento incomodo. Para ello se pueden utilizar diferentes medios, uno de ellos es dar al paciente un breve descanso después de una situación estresante, escuchar un cuento, ver una película etc. (Figura 5). El objetivo de esta técnica es disminuir la percepción de lo desagradable, revertir o evitar conductas negativas y puede ser utilizada en cualquier paciente sin contraindicaciones (Figura 6).<sup>24</sup>



Figura 5 Distracción



Figura 6 Distracción

## MANEJO DE CONTINGENCIA

Ésta técnica se basa en tener una retro-alimentación con el paciente, dar refuerzos o reforzador después de una conducta deseada. El refuerzo puede ser positivo cuando su presentación aumenta la frecuencia de la conducta deseada (Figura 7), o negativo cuando su retiro es el que aumenta esta frecuencia. Es necesario hacer énfasis en la razón por la que se entrega el refuerzo de tal modo que la conducta sea repetida en la próxima consulta. <sup>24</sup>



Figura 7. Reforzador Positivo. Tomado de: "Odontología Pediátrica" Escobar.

## MODELAMIENTO

Ésta técnica sirve para:

- Estimular la adquisición de nuevas conductas.
- Facilitar conductas que ya existen en el paciente de una forma inadecuada.
- Desinhibir conductas evitadas a causa de temor.
- Suprimir temores

El odontopediatra permite al paciente observar conductas de otros pacientes durante la consulta, de esta manera el puede imitar este comportamiento (Figura 8).<sup>24</sup>



Figura 8. Modelamiento. Tomado de: "Odontología Pediátrica" Escobar.

## HIPNOSIS

Proceso de inducción donde la persona entra en un estado de conciencia especial (estado alternativo de conciencia), en el que muchas funciones mentales y emocionales actúan de manera diferente, donde se puede ejercer una mayor influencia sobre ellas, con el fin de obtener información del inconsciente fácilmente, inducir a la persona a determinado tipo de conductas, ampliar el umbral del dolor o visualizar el futuro con ventajas determinadas.<sup>24</sup>

## SEDACIÓN

Estado inducido por drogas durante el cual el paciente responde normalmente órdenes verbales. Aunque la función cognitiva y la coordinación están afectadas, las funciones cardiovasculares y ventilatorias permanecen sin variación (Figura 9).<sup>24</sup>

Existen tres tipos de sedación:

- a) Sedación mínima.
- b) Sedación moderada o consciente.
- c) Sedación profunda.



Figura 9. Sedación. Tomado de: "Odontología Pediátrica" Escobar .

## ANESTESIA GENERAL

Es la pérdida de la conciencia inducida por drogas en la cual el paciente no responde a los estímulos, pierde la función ventilatoria independiente y la función cardiovascular puede estar disminuida; se utiliza en pacientes no cooperadores que presentan procedimientos largos (Figura 10).



Figura 10. Anestesia General. Tomado de: "Odontología Pediátrica" Escobar.



#### **4.6.1 RESTRICCIÓN FÍSICA**

Algunos niños, generalmente bebés y preescolares, presentan actitudes de resistencia, moviendo la cabeza, brazos y piernas durante el tratamiento. Por este motivo, para su protección se utilizan técnicas de limitación; término utilizado actualmente para sustituir el enfoque físico, que definen como las técnicas que limitan o controlan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales. La inmovilización también llamada estabilización protectora o restricción física muchas veces es necesaria con el fin de evitar accidentes, durante el tratamiento odontológico.<sup>22</sup>

Los objetivos básicos para su utilización son:

- 1.- Ganarse la atención del niño.
- 2.- Enseñarle la conducta apropiada que se espera de él.
- 3.- Darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlarle sus movimientos.
- 4.- Protegerlo de lesiones.
- 5.- Hacer más fácil los procedimientos dentales tanto para el niño como para el operador.<sup>15</sup>

La restricción puede ser realizada de dos formas:

1.- Activa, sujetando las manos del niño, inmovilizando manos y rodillas con ayuda de la madre en pie, cuerpo a cuerpo (madre-niño), con la madre sentada en la parte anterior del sillón odontológico en posición de cabalgada o, con el bebé en los brazos de la madre (para bebés con menos de un año de edad) (Figura 11).



Figura11. Restricción Activa.

2.- Pasiva, con el uso de dispositivos tales como Papoose Board (Figura 12) o camilla con red (Figura 13), siendo que estos son recomendados cuando la restricción activa no puede ser efectuada por la madre o responsable. Cabe recordar que comúnmente la restricción física no es utilizada en niños mayores de 5 años. Sin embargo, ante actitudes de resistencia puede ser recomendada por seguridad del paciente.<sup>22</sup>



Figura 12. Papoose Board



Figura 13. Camilla

Un estudio realizado en Brasil en el año 2003, para valorar la aceptación de los padres ante las técnicas de manejo conductual, mostraron que los padres de los pacientes no aceptaron la restricción física y mano sobre boca para ser utilizada en sus hijos por las siguientes razones:

- a) Porque puede causar un trauma o miedo.
- b) Aparición de una técnica agresiva.

c) La desconfianza de su eficacia; sin embargo, los autores mencionan que los resultados observados se deben a los diferentes aspectos sociales y económicos de los grupos sociales, marcando la importancia que tiene el proporcionar información acerca de las técnicas antes de ser aplicadas para asegurar su mayor aceptación.<sup>10</sup>

#### 4.6.2 MANO SOBRE BOCA

La técnica de mano sobre boca es usada solo en niños mayores de 3 años de edad, extremadamente difíciles, con comportamientos altamente inapropiados y cómo último recurso después de haber agotado todas las otras técnicas de manejo conductual. La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que no tiene la capacidad para comunicarse. Esta técnica puede ser efectuada en dos formas: con o sin restricción de las vías aéreas, siendo la primera poco utilizada en las últimas décadas, el profesional coloca su mano gentilmente con firmeza, sobre la boca del niño para cesar la explosión verbal y mal comportamiento, de esta forma el niño es avisado en su oído con voz suave y firme que si colabora la mano será removida (Figura 14). Esto puede ser repetido cuantas veces sea necesario en una consulta hasta que el comportamiento mejore lo suficiente para permitir que el tratamiento prosiga.

15,25



Figura 14. Mano sobre boca

Las técnicas que se utilizan nunca deben tener una connotación de castigo, ni reflejar la frustración del dentista ante la dificultad del tratamiento; conocer cuáles son las expectativas, temores y dudas ayudara a la práctica del profesional.<sup>15</sup>

Diversos estudios indican que las técnicas verbales de manejo conductual son mejor aceptadas que las farmacológicas, mientras que las técnicas que implican restricción física son inaceptables para la mayoría de los padres.<sup>26</sup>

Cuando los padres han sido informados acerca de las técnicas de manejo conductual previamente a su aplicación durante el tratamiento dental, y al observar su implementación ante el comportamiento de sus hijos, podría considerarse como una contribución al reconocimiento de la necesidad de utilizar estas técnicas; sin embargo esta percepción puede ser modificada con el tipo de información recibida.<sup>26</sup>

En ocasiones con más información a los padres sobre las técnicas disponibles para controlar la ansiedad de su hijo, se aumentara por un lado, la aceptación por parte de ellos de las diferentes técnicas y al mismo tiempo ayudará a disminuir su propia ansiedad al conocer las posibles ayudas para su hijo. Es fundamental que en el momento de las explicaciones, el tono de voz del profesional transmita confianza y seguridad así como modular el volumen de manera que ayude a calmar la ansiedad.<sup>15</sup>

Se han realizado investigaciones acerca de la aceptación de los padres y la ansiedad ante las diferentes técnicas de manejo conductual cuando se les brinda diferentes tipos de información; reportando que el método de información oral genera menor ansiedad mientras que el video no es efectivo para este fin.<sup>24</sup>

La mayoría de las investigaciones en relación con el comportamiento del niño dentro del consultorio dental se han centrado en la relación ansiedad-comportamiento; sin embargo, muy poco se ha investigado en cuanto a la actitud que tienen los padres de familia frente al manejo de sus hijos por parte del odontólogo.

Una publicación en Suecia, evaluó el comportamiento de 4505 niños en la consulta privada de 4 a 11 años de edad, encontró un 10.5% con problemas para el manejo del comportamiento, que fueron mas comúnmente los niños mas pequeños, en otro informe con la misma muestra de pacientes, se encontró también que el miedo dental y los problemas de manejo de conducta disminuyeron con la edad, donde el estado emocional general y la ansiedad dental materna influyo en el desarrollo del miedo dental. Llegando a la conclusión que los niños que presentan timidez y tendencias negativas de emociones en la consulta dental deben ser considerados con riesgo de problemas de desarrollo de miedo al dentista.<sup>21</sup>

## 4.7 TRIADA ODONTOLÓGICA

El estado de ansiedad influye notoriamente en la calidad de los tratamientos, así como también en la salud mental del odontólogo. El principal objetivo durante el procedimiento dental es dirigir al paciente para que su actitud sea la adecuada frente al tratamiento; esto podrá lograrse si el paciente y los padres confían en el profesional, es importante el entendimiento de la conducta de los padres ante las diferentes situaciones que se presentan en sus hijos, y conocer las formas más adecuadas para establecer una relación con ellos. Cuando el odontólogo se relaciona con su paciente debe considerar estos aspectos para conseguir una alianza terapéutica, sin olvidar la necesidad de una comunicación entre el clínico y los padres, ya que esto tiene gran importancia en aspectos como el consentimiento informado y la participación más activa de ellos; por lo tanto al trabajar con niños la relación pasa a ser de uno a dos, entre el dentista, el niño y los padres estableciendo de esta manera el triángulo clásico de odontopediatría (figura 15).

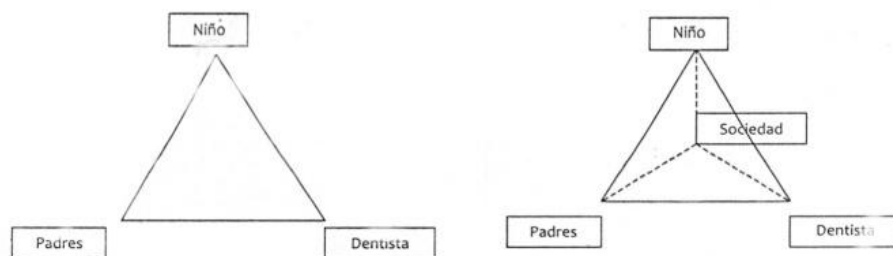


Figura 15. Triángulo clásico. Tomado de "La interacción paciente dentista a partir del significado psicológico de la boca" Rojas A.G.



El niño queda en el vértice del triángulo, siendo el foco de atención tanto de los padres como del dentista. No obstante si esto se complementa con la aplicación de una serie de técnicas para disminuir la ansiedad y aprehensión del paciente, se lograra que desarrolle una conducta positiva ante el tratamiento dental.<sup>1,10,15,16,25</sup>

Uno de los principales retos en odontopediatría es el manejo de la conducta del paciente infantil ya que es un componente clave para el éxito de la atención odontológica, considerándose estas técnicas como modelos de aprendizaje. No existe una sola secuencia para el tratamiento de todos los niños en el consultorio dental, y diferentes técnicas deben ser aplicadas según las necesidades de cada paciente. Por esta razón es necesario entender los procesos de crecimiento y desarrollo del individuo desde el nacimiento, ya que durante las primeras etapas de la vida se producen los mayores cambios en el organismo, siendo necesario adecuar el manejo del paciente a la etapa en la que se encuentra el niño.<sup>24, 25, 26</sup>

La interpretación exacta de las conductas mostradas por el paciente aseguran el éxito en el manejo del niño y permiten adecuar las técnicas para cada paciente, en particular durante su experiencia odontológica y reforzar modos de comportamiento que faciliten su adaptación al tratamiento y mejorar sus motivaciones y habilidades para el auto cuidado.<sup>13</sup>

## 4.8 ACTITUD

El término actitud actualmente es muy utilizado, dentro del campo de la psicología se define como: “Un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos o situaciones que se relacionan con ella”.<sup>27</sup>

Las actitudes se componen de tres aspectos diferentes:

1) Cognoscitivo: formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como la información que tenemos del mismo.

2) Afectivo: perteneciente a las emociones o sentimientos que acompañan a las ideas. Este es el componente más característico de las actitudes, ya que en él radica la principal diferencia entre las creencias y las opciones que caracterizan al componente cognoscitivo.

3) De la conducta: perteneciente a la tendencia a reaccionar hacia los objetos de determinada manera.

Estos tres componentes se conocen como el modelo ABC; por sus siglas en inglés:

- A. Affect (afecto).
- B. Behavior (comportamiento o conducta).
- C. Cognition (cognoscitivo).

Las actitudes pueden ser adquiridas o modificadas repentinamente como resultado de una experiencia. Por otro lado también pueden sufrir cambios graduales a lo largo de los años, como resultado de una acumulación de experiencias.<sup>27</sup>

Algunos de los procesos por los que se adquieren actitudes son:

1.- Condicionamiento clásico: Puede producir reacciones emocionales que desencadenen estímulos.

2.- Reforzamiento: Involucra la manipulación y las posibilidades del reforzamiento y suele ser utilizado como técnica en el aprendizaje de actitudes.

3.- Modelo humano: La aproximación más confiable para producir actitudes.<sup>27</sup>

Las actitudes no tienden a permanecer siempre igual, se modifican dependiendo de una situación determinada, algunos métodos del cambio de actitud como son el reforzamiento y la modelación del comportamiento que procuran cambiar en primer lugar el componente de la conducta.<sup>27</sup>

El procedimiento básico del modelamiento consiste en exponer a una persona ante uno o más individuos presentes, que demuestren las conductas que habrá de adoptar. El efecto de un procedimiento de modelamiento puede no solo ser la adopción de ciertas conductas modeladas, sino también los cambios en los aspectos correlativos de actitud y afecto de estos comportamientos.<sup>27</sup>

Los procedimientos del modelamiento se han relacionado con la eliminación de fobias o comportamiento de miedo por medio de la presentación de modelos, puede servir para inducir el aprendizaje de un modelo a través de la observación o facilitar el desempeño de las conductas sociales adecuadas. El modelamiento es quizá la técnica efectiva más rápida para la eliminación de miedos y ansiedades.<sup>27</sup>

## 4.9 ESCALA DE THURSTONE Y LIKERT

Thurstone en 1928 publicó un artículo titulado “las actitudes pueden medirse”; menciona que la opinión es la expresión verbal de la actitud. No podemos acceder directamente a la observación de la actitud. Pero la opinión verbal expresada por los sujetos puede servir como indicador de la actitud.<sup>28</sup>

La actitud (su componente afectivo) es una variable unidimensional que se representa en un *continuum psíquico*. Un continuum es una entidad, que tiene un origen y un término tales que los damos por suficientes. De modo que una escala de actitudes es algo hipotético, que por el tratamiento de conductas verbales nos permite formular una posición o dirección de los individuos sobre el continuum.<sup>28</sup>

Existen diferentes tipos de escalas que miden el componente afectivo de la actitud, de los cuales se distinguen 4 tipos que siguen la tipología de Stevens:

Nominales: Consisten en la clasificación de algún objeto en dos o más categorías (por ejemplo. Si/No). En este tipo de escala el orden de las categorías carece de importancia, pues lo único que nos proporciona es la equivalencia de los individuos en relación a los objetos.

Ordinales: Esta escala se basa en el orden de los objetos aunque no nos aporta ninguna idea sobre la distancia que existe entre ellos, permite clasificar a los individuos en función del grado en que posee un cierto atributo. Por ejemplo, si en una determinada pregunta hacemos contestar con las categorías: a) totalmente de acuerdo, b) de acuerdo, c) indiferente, d) en desacuerdo y e) totalmente en desacuerdo.

De intervalo: Con esta escala sabemos la distancia pero no el principio métrico sobre el que se han construido los intervalos.

De proporción: Con esta escala se logra construir intervalos iguales, y además situar un punto cero de la escala.

Las escalas de actitud tipo Thurstone y la de calificaciones sumadas de Likert, son escalas que pertenecen a lo que se denomina escalas ordinales. Ambas escalas, difieren de su construcción y administración pero las dos utilizan series de afirmaciones o ítems sobre los cuales se obtiene una respuesta por parte del sujeto.<sup>28</sup>

Las actitudes, además de presentar desajustes en la vida también tienen impacto en la salud oral, por lo que es importante evaluarla, los cuestionarios que con mayor frecuencia son utilizados para medir la actitud son las escalas de likert, que consiste en preguntas con cinco opciones de respuesta, calificada desde el 5 para el nivel máximo y uno para el nivel mínimo, este se considera como un instrumento de fácil aplicación para medir la actitud.

Partiendo de esto, cabe señalar la importancia de identificar la relación que existe con el comportamiento y la influencia que tienen las actitudes de los padres, sobre el control de las conductas del paciente infantil, que se encuentra en consulta odontológica.

#### **4.10 PERSPECTIVAS EN OTROS PAÍSES SOBRE LA ACTITUD DE LOS PADRES CON RESPECTO A LAS TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL**

Existen algunos estudios que reportan las actitudes de los padres ante las técnicas de manejo conductual del niño en la consulta odontológica. Un artículo publicado en 1998 en el que se describe la importancia y uso de las técnicas de manejo conductual durante la consulta odontológica, reporta el efecto negativo que causa la restricción física y mano sobre boca en algunos padres de familia.<sup>20</sup>

Con respecto a la actitud de los padres hacia el manejo de conducta de sus hijos existen algunos estudios, como el de Stuart y colaboradores quien realizó un estudio en padres hispanos en Texas San Antonio, para determinar las actitudes de los padres hacia el manejo de conducta de sus hijos; utilizó dos medios de información reportando en los resultados que los padres que recibieron información verbal mostraron mayor agrado al uso de estas técnicas, aunque no todas fueron aceptadas. Y los que recibieron información con video consideraron inaceptable el manejo de conducta de sus hijos.<sup>22</sup>

En México un estudio realizado por el Doctor Montaña y sus colaboradores, demuestran que el 85% de los padres aceptan las técnicas realizadas en la consulta pediátrica y un 75% de los padres considera inaceptable estas técnicas, no mostrando diferencia estadísticamente significativa.<sup>29</sup>

Durante los últimos años se han presentado numerosos cambios sociológicos, éticos y legales que han transformado de manera significativa la relación entre pacientes y profesionales de la salud, en la que el paciente tiene mayor autonomía y es quien, en última instancia, decide el tipo de tratamiento que acepta o rechaza. A pesar de estos cambios, son pocos los reportes en la literatura que han evaluado el grado de aceptación de las técnicas utilizadas

tradicionalmente en las distintas culturas, así como propuestas alternativas para el manejo de diversos pacientes.<sup>30</sup>

Aunque es evidente que existe un rechazo a muchas de las técnicas, especialmente las de carácter autoritario, también lo es que persisten muchas dudas acerca del grado de aceptación de los padres sobre el manejo del comportamiento hacia sus hijos. Aunque diversos estudios han evaluado el grado de aceptación, no hay reportes sobre otros factores relacionados como el grado de eficiencia con que los padres califican las técnicas, la percepción que tienen de ellas así como el tipo de información recibida por el profesional o autorización que dan para su aplicación.<sup>31,32</sup>



#### 4.11 CUADRO DE ESTUDIOS NACIONALES E INTERNACIONALES ACERCA DE LA ACEPTACION DE LOS PADRES ANTE LAS TECNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL

Autor	País	Población	Objetivo	Hallazgos
<b>INTERNACIONALES</b>				
Brill et al. (2000) <sup>23</sup>	Baltimore Maryland	976 pacientes	Describir la aparición de patrones y tipo de comportamiento del paciente infantil. Identificar los factores predictivos de comportamiento en diversas situaciones clínicas	Se observaron cambios en el comportamiento en hombres y mujeres durante los procedimientos dentales. 11 % de pacientes presentaron edades de 0 a 5 años. 23% de 5 a 8 años.
Enciso et al (2001) <sup>30</sup>	Sabaneta	81 padres de familia	Medir el grado de aceptabilidad, permisividad y percepción por parte de los padres hacia las diferentes técnicas de comportamiento.	Las técnicas comunicativas: Decir-mostrar-hacer (94%) Refuerzo positivo (91%) Distracción (90%) Fueron más aceptadas que las técnicas restrictivas. Restricción física (31%)
Adair et al. (2007) <sup>33</sup>	Canada	2,457 Odontopediatras	Evaluar las diferencias en el uso de las técnicas de manejo de conducta entre dentistas pediátricos de mayor edad y menor edad	Los varones encuestados superaron el número de mujeres en una proporción 2:1, en edades de 46 y mayores de 46 años. Las mujeres 53% eran del grupo más joven y 14% del grupo de mayor edad. La minoría utilizo mano sobre boca e inmovilización.
Ashkenazi et al. (2002) <sup>6</sup>	Israel	300 niños	Importancia del miedo al dentista y el conocimiento de dentistas pediátricos certificados y dentistas generales en el	La mayoría de los niños tratados por odontopediatras no presentaron miedo dental en comparación con los niños

			cuidado oral	tratados por dentistas generales (75% vs 39%, $p < 0.01$ ). Los niños tratados por odontopediatras mostraron gusto por la consulta dental que aquellos que fueron tratados por dentistas generales (50% vs 31%, $p < 0.01$ )
Folayan et al. (2004) <sup>4</sup>	Nigeria	70 niños	Identificar los factores que influyen en el uso de las técnicas de manejo de conducta durante el tratamiento dental con niños.	Se observó asociación estadísticamente significativa entre los tipos de tratamiento y la combinación de técnicas de comportamiento durante los procedimientos dentales invasivos.

Baier et al. (2004) <sup>10</sup>	Washington	421 niños	Evaluar la proporción de niños con miedo al dentista con comportamiento negativo y la relación de miedo dental y el comportamiento negativo en la práctica privada	20% fue la proporción de niños con miedo dental. 21% niños con comportamiento negativo. Los niños más pequeños son los que con mayor frecuencia tienen miedo al dentista y los niños expuestos a un tratamiento que implica anestesia local, tienen mayor probabilidad de mostrar un comportamiento negativo.
Malcheff et al. (2009) <sup>3</sup>	Ann Arbor Michigan	2,157 miembros de la Academia Americana de Dentistas Pediátricos	Determinar el comportamiento y las actitudes de los dentistas pediátricos en la examinación oral del paciente infantil	53% de los profesionales indicó que revisaron niños de 12 meses de edad o menos. Mostrando actitudes positivas sobre la examinación oral
Howard et al. (2011) <sup>34</sup>	Boston	500 odontopediatras	Determinar el tipo de personalidad de dentistas pediátricos y factores asociados.	97% de lo que respondieron se mostraron muy satisfechos con su profesión.
Zimmerman et al. (2009) <sup>35</sup>	Minnesota Mineapolis	500 padres	Determinar las actitudes de los padres sobre los materiales de restauración como factores que influyen en el uso actual de la odontología pediátrica.	61% tenía la preocupación de (1) estética, (2) costo, (3) toxicidad, (4) durabilidad. La mayor preocupación de las coronas de acero cromo fue en orden decreciente: (1) estética, (2) costo. 43% mostró preferencia por las amalgamas y 28% no aprobó el uso de estas, vinculado con el status socioeconómico.
Shapiro et al.	Israel	16 participantes	Evaluar el efecto de la	SADE (Adaptación sensorial)

(2009) <sup>36</sup>			adaptación sensorial en la ansiedad de los niños con discapacidades del desarrollo	dental) Existió incremento en la relajación y cooperación en la SADE dependiendo como se ponga el medio ambiente dental regular (RDE). Esto se refleja en la duración de los comportamientos ansiosos (SADE=9.04min Vs RDE= 23.44min, p<0.01), significa que la magnitud de los comportamientos (SADE=849 Vs RDE= 15.50, p<0.01). Los niveles de cooperación (SADE= 3.31Vs RDE= 1.94,p<0.01).
<b>NACIONALES</b>				
Colares et al (2002) <sup>31</sup>	Brasil	177 niños	Identificar los factores asociados con el comportamiento no cooperador de niños de edad preescolar en el consultorio dental.	1% de los niños mostro comportamiento definitivamente positivo, 59% comportamiento positivo, 28% comportamiento negativo, 12% definitivamente negativo y 68% de los niños con padres que tienen educación superior mostraron un comportamiento positivo. Factores: Miedo (57%), dolor (24%), medio ambiente e cadena (17%), temperamento del niño (10%), anestesia (14%), comportamiento negativo del dentista (13%), dialogo (47%), empatía del dentista (21%).
Ramos et al. (2005) <sup>11</sup>	Brasil	400 padres	Evaluar la aceptación de cuatro técnicas empleadas para el	Los niveles de aceptación fueron: 98% Decir-mostrar-hacer

			manejo de conducta del niño durante el tratamiento dental	96% Control de voz 81% Restricción física 85% Mano sobre boca
Soto et al. (2006) <sup>13</sup>	México	60 padres	Identificar la actitud de algunos padres de familia con relación a la primera consulta dental de sus hijos.	No se observó una importancia estadísticamente significativa ya que los padres no mostraron cambios de actitud.
Montaño et al. (2006) <sup>29</sup>	México	80padres	Determinar el grado de aceptación de padres hacia las técnicas no farmacológicas de manejo conductual, comparando dos métodos de información.	La aceptación de las técnicas indicó que los padres a los que se les brinda una explicación previa tuvieron una mayor aceptación que los padres que recibieron información con fotografías. Decir-mostrar-hacer (90% vs 85%) Control de voz (47% vs 17%) Desensibilización (57% vs 25%) Mano sobre boca (22% vs 5%) Restricción física (27% vs 20%)
Islas et al. (2007) <sup>2</sup>	México	10 padres	Evaluar la ansiedad y percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta comparando tres métodos de información.	La técnica mejor percibida fue decir-mostrar-hacer y la menor aceptada fue la anestesia general. El método de información oral generó menor ansiedad en los padres mientras que la información transmitida con video y escrita generó mayor ansiedad.

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un componente esencial en el control de la conducta del paciente infantil que pocas veces es tomado en consideración, es la percepción de los padres ante el tratamiento dental y la ansiedad que esto puede generar en ellos, lo a que su vez puede ser transmitido a sus hijos repercutiendo en el grado de cooperación de éstos dentro del consultorio dental.

Existen pocos estudios en México que evalúan la actitud de los padres ante la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo conductual en la consulta dental odontopediátrica por lo cual surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la actitud que tienen los padres ante la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo conductual en la consulta dental pediátrica?

¿Cuál es el método de información que provoca mayor aceptación de los padres hacia las técnicas?

## **6. HIPÓTESIS**

De acuerdo a los estudios encontrados, la actitud de los padres ante la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo conductual en la consulta dental pediátrica es aceptable para la cooperación de sus hijos durante la rehabilitación oral, siempre y cuando se explique ampliamente sobre las técnicas a usar.

El método de información que reciben los padres al iniciar la consulta dental de sus hijos es importante para lograr una alianza terapéutica, por lo que suponemos que la información recibida de forma verbal será la más aceptada.

## **7. OBJETIVOS**

1.- Evaluar la actitud de los padres de familia acerca de la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo de conducta con dos métodos de información.

2.- Establecer que método de información genera mejor actitud por parte de los padres.

3.- Demostrar que el método de información visual es el método que genera una actitud negativa por parte de los padres ante la restricción física y mano sobre boca como técnica de manejo de conducta.



## **8. MATERIAL Y MÉTODOS**

**Tipo de estudio:** Descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Fueron incluidos en el estudio 60 padres de familia de pacientes atendidos en la clínica multidisciplinaria Reforma, en un periodo de tres meses que fueron divididos en dos grupos:

Grupo A: Se dio explicación verbal sobre la restricción física y mano sobre boca.

Grupo B: Se dio explicación con fotografías de la restricción física y mano sobre boca.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Padres que deseen participar en el estudio.

Padres que estén de acuerdo con responder el cuestionario y conocer las técnicas.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Padres que no acepten.

### **VARIABLES:**

Dependiente: Actitud de los padres.

Independiente: Tipo de comunicación (verbal, no verbal).

Intermitentes: Edad, sexo, ocupación, escolaridad.

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVELES DE MEDICIÓN	CATEGORIAS
<b>DEPENDIENTE</b>			
Actitud	Predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social. Organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.	Cualitativa nominal	0.- Positiva 1.- Negativa
<b>INDEPENDIENTE</b>			

Comunicación	Proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra. Intercambio de sentimientos, opiniones o cualquier otro tipo de información mediante habla, escritura u otro tipo.	Cualitativa nominal	1.- Verbal 2.- Visual
<b>INTERMITENTES</b>			
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Ordinal	19-30años 31-42años 43-54años 55-65años 66-76años
Sexo	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra en los organismos heterogaméticos.	Cualitativa nominal	1.- Masculino 2.- Femenino
Ocupación	Acción y efecto de ocupar u ocuparse, proviene del latín "occupatio", se utiliza como sinónimo	Cualitativa nominal	0.- Hogar 1.- Empleado

	de trabajo, oficio, empleo o actividad.		2.- Otro
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia en una escuela para recibir la enseñanza adecuada.	Cualitativa ordinal	0.- Primaria 1.- Secundaria 2.- Preparatoria 3.- Licenciatura

## 9. TÉCNICAS

Para la evaluación de la actitud se diseñó un cuestionario basado en una escala de Likert que consistió en 11 ítems (enunciados) de acuerdo a dos técnicas de manejo conductual: restricción física y mano sobre boca.

La escala de Likert, se caracteriza por ser una escala de medición aditiva conformada de un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales el encuestado tiene que elegir una de las opciones que se presenta como posibles respuestas. Cada respuesta tiene un puntaje determinado según sea el sentido del enunciado: positivo o negativo.

Los 11 ítems contaron con cinco opciones a responder: a) totalmente desacuerdo, b) en desacuerdo, c) neutral, d) de acuerdo, e) totalmente de acuerdo. Cuando el sentido del enunciado tenía una idea positiva la opción de totalmente de acuerdo se calificó con cinco puntos, de acuerdo con cuatro puntos, neutral con tres puntos, desacuerdo con dos puntos y totalmente en desacuerdo con un punto. Cuando el enunciado expresaba una idea negativa la opción totalmente de acuerdo se le calificó con un punto, de acuerdo con dos puntos, neutral con tres puntos, desacuerdo con cuatro puntos y totalmente en desacuerdo con cinco puntos.

Los cuestionarios fueron aplicados en la Clínica Multidisciplinaria Reforma de la Facultad de estudios superiores Zaragoza en el año 2010, a 60 padres de niños que acudieron a consulta odontopediátrica.

Los padres fueron divididos al azar en dos grupos: 30 padres para el grupo A, 30 para el grupo B. El grupo A recibió información verbal y el grupo B recibió una explicación oral con diapositivas y fotos que contenía información

acerca de las técnicas de manejo de conducta, misma donde se explico la forma de aplicar cada una de estas.

En todos los casos se especificó que el estudio tenía fines de investigación, fueron explicados los objetivos del estudio, así los padres aceptaron recibir la información y responder el cuestionario.

Los resultados de los cuestionarios fueron calificados de acuerdo al puntaje que Likert propone para la medición de actitudes, los datos obtenidos fueron capturados y se utilizó para su análisis el software estadístico SPSS versión 15.

Como medidas descriptivas para los datos cualitativos se calcularon frecuencias y porcentajes, para las cuantitativas medias y desviación estándar. Se calcularon los cuartiles Q1 y Q3 para obtener los valores de corte de cada ítem.

Como medidas de comparación se utilizó chi cuadrada para las proporciones y para las variables cuantitativas ANOVA de una vía.

## 10. RESULTADOS

En el presente estudio los resultados demostraron que 51 padres eran del sexo femenino y 9 del sexo masculino, sus edades fueron entre 19 a 76 años. De los 60 padres, a la mitad ellos se les dio información verbal 25 mujeres (83%) y 5 hombres (17%), y la otra mitad información visual que correspondieron a 26 mujeres (87%) y 4 hombres (13%). (Cuadro 1).

**CUADRO1.** Descripción de la población con respecto al tipo de información.

<b>Variable</b>	<b>Información Verbal</b>	<b>Información Visual</b>	<b>Total</b>
<b>Grupo de edad</b>			
19 – 30	11(37%)	14(47%)	25
31–42	15(50%)	12(40%)	27
43–54	4(13%)	3(10%)	7
55–65	0(0%)	-	0
66–76	-	1(3%)	1
<b>Sexo</b>			
F	25(83%)	26(87%)	51
M	5(17%)	4(13%)	9
<b>Parentesco</b>			
Papa	4(13%)	4(13%)	8
Mama	22(73%)	24(80%)	46
Otro	4(13%)	2(6%)	6
<b>Escolaridad</b>			
Primaria	7(23%)	8(27%)	15
Secundaria	17(57%)	13(43%)	30
Preparatoria	3(10%)	7(23%)	10
Licenciatura	3(10%)	2(7%)	5
<b>Ocupación</b>			
Hogar	21(70%)	21(70%)	42
Empleado	8(27%)	7(23%)	15
Otro	1(3%)	2(7%)	3

Para establecer un punto de corte se utilizaron cuartiles para cada uno de los ítems y de esta forma se comparó el cuartil bajo (Q25%) con el cuartil más alto (Q75%) asignando una puntuación. (Cuadro2).

**CUADRO 2.** Cuartiles de cada ítem de acuerdo a tipo de información.

Variable	Información Verbal		Información Visual	
	Q1	Q3	Q1	Q3
E1	4	5	4	5
E2	2	5	2	3
E3	2	4	2	3
E4	4	5	4	5
E5	4	5	4	5
E6	3	4	2	5
E7	3	4	2	3
E8	3	4	2	4
E9	4	5	4	5
E10	4	5	3	5
E11	3	5	2	5

Al comparar los ítems con respecto al tipo de información, los padres respondieron negativamente en el método de información visual a los siguientes ítems, al ítem 2 que se refiere a la ansiedad que presentan los padres al conocer las técnicas a utilizar en su hijo, demostrando actitud negativa en la información visual (17 [57%]), ítem 5 refiriéndose a la calma y tranquilidad que sentían los padres al saber que se estaba utilizando una de las técnicas, respondiendo negativamente ante esto (21 [70%]) y 8(13 [59%]), estos ítem fueron los que demostraron que con el tipo de información visual los padres mostraban actitud negativa ante las técnicas de manejo conductual. (Cuadro3).



**CUADRO 3.** Porcentaje de las respuestas con respecto a la actitud de los padres de acuerdo a cada tipo de información.

Variable	Información Verbal n =30		Información Visual n =30	
	Actitud Negativa	Actitud Positiva	Actitud Negativa	Actitud Positiva
<b>E1</b>	19(63%)	11(37%)	14(47%)	16(53%)
<b>E2</b>	10(52%)	9 (47%)	17(57%)	13(43%)
<b>E3</b>	9(47%)	10(53%)	9(30%)	21(70%)
<b>E4</b>	13(43%)	17(57%)	15(50%)	15(50%)
<b>E5</b>	18(60%)	12(40%)	21(70%)	9(30%)
<b>E6</b>	14(47%)	16(53%)	10(56%)	8(44%)
<b>E7</b>	13(43%)	17(57%)	11(37%)	19(63%)
<b>E8</b>	11(37%)	19(63%)	13(59%)	9(40%)
<b>E9</b>	15(50%)	15(50%)	16(53%)	14(47%)
<b>E10</b>	17(57%)	13(43%)	13(50%)	13(50%)
<b>E11</b>	10(48%)	11(52%)	9(52%)	8(47%)

Los resultados demostraron que los padres que recibieron información visual tenían actitud negativa ante el uso de restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo conductual (información verbal 43.3% vs información visual 73.3%,  $p < 0.001$ ) (Figura 16).

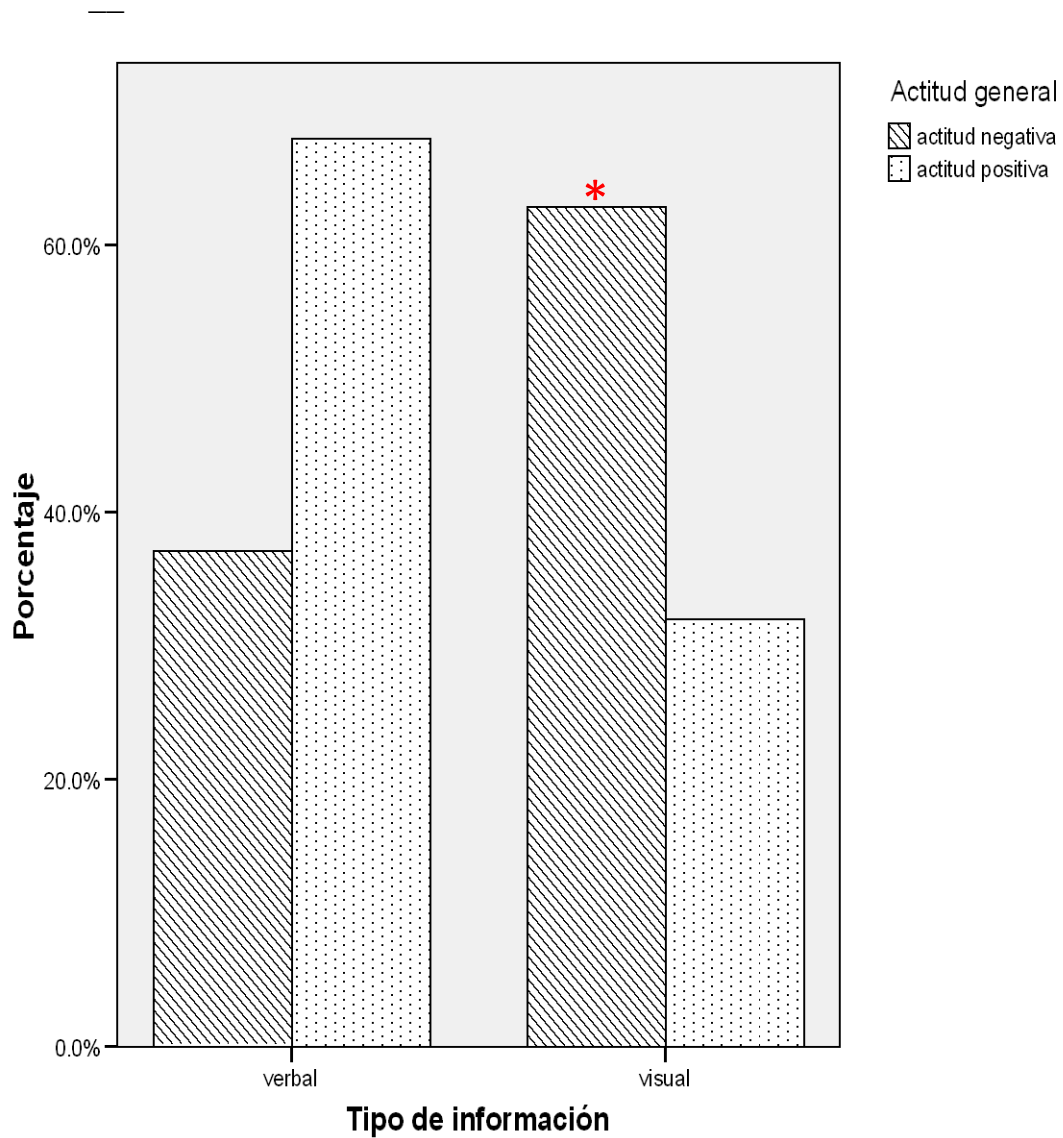


Figura. 16 Porcentaje de padres que presentaron actitud positiva y negativa con respecto al tipo de información. \*prueba x2  $p < 0.001$

Con respecto a la actitud de los padres con el tipo de información en general no se encontró diferencia estadísticamente significativa. (Figura 17)

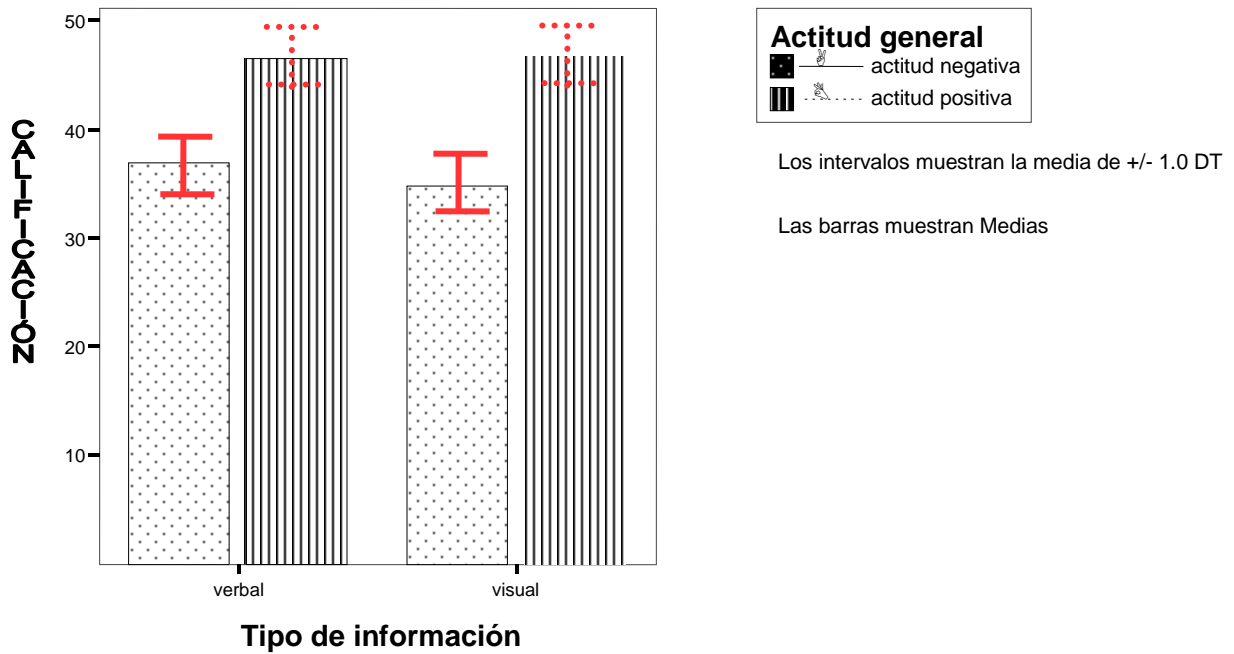


Figura. 17 Promedio y desviación estándar de la actitud de los padres con respecto a tipo de información.

## 11. DISCUSIÓN

En la literatura es posible encontrar artículos que evalúen la actitud de los padres hacia las técnicas de manejo conductual con base a la escala de Likert. En el presente estudio se utilizó esta escala y dos métodos de información (verbal y visual), para evaluar la actitud de los padres hacia la aplicación de la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo de conducta durante la consulta dental de sus hijos. Esto nos brinda resultados que se interpretan como una aproximación a la evaluación de la actitud, lo cual se puede usar para realizar estudios de actitud de los padres hacia dichos procedimientos.

Algunos estudios<sup>29</sup> que evalúan las actitudes de los padres y el comportamiento del niño en la consulta dental, muestran que se presenta una mejor actitud hacia las técnicas verbales y farmacológicas, mientras que la peor actitud la generan las técnicas restrictivas. Sin embargo se encontró que existe relación entre la ansiedad materna y el comportamiento no cooperador del niño. En esta investigación se mostró que los padres tuvieron mejor actitud y aceptación a las técnicas restrictivas, proporcionando una explicación previa al tratamiento dental de sus hijos, mostrando que una vez que los padres están informados acerca de las técnicas de manejo conductual, generan menor ansiedad sobre el tratamiento.

En una investigación realizada en el 2001,<sup>30</sup> evaluó el grado de aceptabilidad, permisividad y percepción por parte de los padres hacia las diferentes técnicas de manejo del comportamiento, utilizando como método de información un video que mostraba el tratamiento dental con las diferentes técnicas de manejo conductual, encontrando que los padres mostraron un bajo porcentaje de aceptación en las técnicas de restricción física y mano sobre boca. Los resultados obtenidos en este estudio demostraron que al proporcionar

información visual a los padres sobre las técnicas, obtuvimos un resultado similar, mostrando una actitud negativa, Sin embargo, la mejor actitud fue hacia la restricción física y mano sobre boca fue obtenida con un método de información verbal, afirmando que el tipo de información que se brinda a los padres puede ser un factor que influya sobre su criterio. Por lo tanto, al evaluar los resultados sugerimos que mientras se proporcione una información lo suficientemente clara y detallada acerca de las técnicas de manejo conductual es suficiente para lograr mejor actitud en los padres.

Estudios anteriores<sup>2</sup> revelan que cuando los padres han sido informados acerca de las técnicas de manejo conductual previamente a su aplicación, podría considerarse como una contribución a que se reconozca la necesidad de la utilización de estas técnicas en sus hijos; la cual puede ser modificada con el tipo de información brindada. En este estudio también se obtuvo un resultado similar; al brindar información visual, los padres se mostraron negativos a la aceptación de las técnicas, mientras que con la información verbal mostraron actitud positiva. De tal manera podemos afirmar que la actitud está influenciada por el tipo de información recibida. Al analizar estos resultados se llegó a la conclusión que es importante brindar información a los padres antes de realizar cualquier procedimiento dental, para lograr una alianza terapéutica logrando de esta manera que confíen en el odontopediatra y así lograremos una mejor aceptación para utilizar las técnicas necesarias que ayuden a obtener un mejor comportamiento en el paciente infantil.

En el 2006,<sup>13</sup> una investigación realizada a 60 padres para identificar la actitud que presentaban en la primera consulta dental de sus hijos, demostró que no hubo ningún cambio en los padres En nuestro estudio, realizado con el mismo tamaño muestral, se demostró que si existe un cambio dependiendo el tipo de información que reciben acerca de las técnicas de manejo conductual. De este

modo se puede pensar que las creencias, experiencias y conocimientos previos que tienen los padres influye notoriamente en los resultados, en este estudio fue más influyente la explicación verbal para obtener una actitud positiva.

Otras investigaciones<sup>21,32</sup> realizadas con relación a la aceptación de los padres y la ansiedad que reportan hacia las diversas técnicas de manejo de conducta cuando se les brinda diferente tipo de información, revelan que con el medio de información oral los padres generan menor ansiedad, mientras que un video no es tan efectivo para este fin. En este estudio como observamos en los resultados, podemos afirmar que la información que brinda el profesional a los padres de los pacientes debe ser efectiva para generar una actitud positiva ante la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo de conducta, con la finalidad de mejorar la atención que ofrece el odontopediatra en el consultorio dental, reduciendo factores que arriesgan el manejo conductual del paciente en el sillón dental así como esperar la mejor actitud por parte de los padres.

Finalmente podemos aseverar que el presente estudio es de gran utilidad para establecer una aproximación a la actitud de los padres en relación a la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo conductual que a su vez son las que se perciben más agresivas. Sin embargo, es de importancia considerar el tipo de información que deberán recibir los padres antes de iniciar un tratamiento dental y de esta forma mejorar la percepción que se tiene acerca de la restricción física y mano sobre boca.

## 12. CONCLUSIÓN

### *Hipótesis.*

*De acuerdo a los estudios encontrados, la actitud de los padres ante la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo conductual en la consulta dental pediátrica es aceptable para la cooperación de sus hijos durante la rehabilitación oral, siempre y cuando se explique ampliamente sobre las técnicas a usar.*

### *Conclusión.*

La información que el odontopediatra brinda a los padres de los pacientes debe ser efectiva y de forma verbal para generar una actitud positiva, con la finalidad de mejorar la atención que se brinda en la consulta dental, reduciendo de esta forma factores que arriesguen el manejo conductual del paciente durante el tratamiento dental .

### *Hipótesis.*

El método de información que reciben los padres al iniciar la consulta dental de sus hijos es importante para lograr una alianza terapéutica, por lo que suponemos que la información recibida de forma verbal será la más aceptada.

### *Conclusión.*

El medio de información verbal fue el que generó mejor actitud ante la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo conductual, comparado con el método de información visual.

Este estudio fue de gran utilidad para establecer una aproximación acerca de la actitud de los padres en relación a las técnicas de manejo conductual, evaluando la actitud podemos establecer un método de información más acertado

para que los padres de los pacientes generen actitud positiva durante el tratamiento dental de sus hijos.



## REFERENCIAS

1. Rojas AG, Misrachi LC. La interacción paciente-dentista a partir del significado psicológico de la boca. Rev. Odontostomatológica 2004;20 (4):30-38
2. García A, Parés VG, Hinojosa AA. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. Rev. Odontol. Mex. 2007; 11:135-139.
3. Malcheff S, Pink T, Sohn W, Rohr M, Briskie D. Infant oral health examinations: Pediatric Dentists Professional Behavior and attitudes. J. Pediatr Dent, 2009; 31: 202-209
4. Folayan MO, Idehen E. Factors influencing the use of behavior al management techniques during child management by dentists. J. Clin Pediatr Dent, 2004; 28:155-161.
5. Weerheijm KL, Veerkamp JS, Groen HJ, Zwarts LM. Evaluation of the experiences of fearful children at special dental care centre. ASDC J Dent Child, 1999 ;66 :253-257.
6. Ashkenazi M, Faibish D, Sarnath H. Dental fear and knowledge of children treated by certified pediatric dentists and general practitioners. ASDC J Dent Child, 2002; 69:297-303.
7. Graber OR, Moraes AB, Rontani PR, Birman GE. Relation of oral yeast infection in Brazilian infants and use of a pacifier. J Dent Child, 2001; :33-36.
8. Parthar G, Yoon R, Chussid S. Maternal-child oral health behaviors and caries experiences in the child. J Clin Ped Dent 2009; 34:135-139.
9. Niji R, Arita K, Abe Y, Lucas M, Nishino M, Mitome M. Maternal age birth and other risk factors in early childhood caries. J. Pediatr. Dent 2010; 32: 493-498

10. BaierK, MilgromP, RusselS, Manell, YoshidaT. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. J Ped Dent 2004; 26:316-320.
11. Ramos MM, Carrara CF, Gomide RM. Parental acceptance of behavior techniques for children with clefts. J Dent Child 2005; 72:74-77.
12. Nash David A. Engaging children's cooperation in the dental environment through effective communication. J Ped Dent 2006; 28: 455-459.
13. Núñez SI, Parés VG, López PR. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. Rev. Odont Mex 2006; 10: 30-35.
14. Mercado R.C, Estomatología pediátrica. Barcelona: Ed. Ripano; 2010: p.72-90
15. Massler, M. La psicología en odontología para niños. Odontología clínica de Norteamérica. Serie 6, Vol.18. Buenos Aires: Ed. Mundi;1974
16. Escobar MF, Odontología Pediátrica, Caracas: Ed. Amolca; 2004.p. 31-42.
17. Rimm y Masters. Terapia de la conducta. Mexico: Ed Trillas: 1970.p.146-171.
18. Goran K. Odontopediatria: abordaje clínico.Caracas Ed amolca pp; 2011. p. 2-4
19. Abanto AJ, Pinto KM, Rezende C, Bönecker M, Nhás PF. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Rev. Estomatol Herediana 2010; 20 (2): 101-106
20. ScoutS,Garcia-GodoyF. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. J. Dent. Child 1998:128-131..
21. Sheskin BR, Klein H, Lowenta IU. Assessment of children's anxiety throughout dental treatment by their drawings. J Dent Child 1982; :99-106.

22. Bandura A. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad, Madrid: Ed. Alianza 1983. Cap 2.p. 147-185
23. Brill AW. Child behavior in a private pediatric dental practice associated with types of visits, age and socio-economic factors. J Clin Ped Dent 2000; 25:1-7.
24. J. R. Boj, La evolución del niño al adulto joven, Barcelona: Ed. Ripano; 2010 pp:97-120.
25. Pinkham. JR Odontología Pediátrica, Mexico: EdMc graw hill 1991 p. 10-20
26. Roberts J. How important are techniques? The empatic approach to working with children. J. Dent: Child 1995;38-43.
27. Morales J, Moya M. Psicología Social, Madrid: Ed. McGrawHill.1994.p. 497-523.
28. Eleja barrieta FJ, Iñiguez L. Construcción de escalas de actitud tipo Thurstone y Likert.1984.Disponible en: <http://aprendenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewfile>. citado: octubre 2010.
29. Montañó YG, Fragoso RR, Ruidíaz VC, Cepeda LG. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatria. Rev. Odontol Mex 2006; 10:126-130.
30. Enciso AP, Posada MC, Quintero AM, Valencia C, Vasuez J, Rios S, Cardenas JM, etal. Aceptabilidad, percepción y permisividad de los padres a las diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en los pacientes pediátricos de la Clínica CESS abaneta. Rev. Ces Odontol 2001;14:28-35.
31. Colares V, Richman L. Factors associated with uncooperative behavior by Brazilian preschool children in the dental office. ASDC J. Dent. Child 2002; 69:87-91.

32. Souki AK, Salazar CR, Estrada AP, Duarte FN. Comportamiento del niño en el consultorio odontológico. Acta odontológica Venezolana 1999 Dic;37 (3).p. 15-19.
33. Adair MS, Schafer TE, Waller JL, Rockman RA. Age and gender differences in the use of behavior management techniques by pediatric dentists. J. Pediatr. Dent 2007; 29: 403-408
34. Needleman H L, Bang S, Johnson JR, Peek BM, Graham D. Personalitytypes of pediatric dentists: comparative analisis and associated factors. J. Pediatr. Dent 2011; 33: 37-44
35. Zimmerman JA, Feigal RJ, Hodges JS. Parental attitudes on restorative materials as factors influencing current use in pediatric dentistry. J. Pediatr. Dent 2009;31: 63-70
36. Shapiro M, Melmed RN, Cohen HD, Parush SP. Effect of sensory adaptation of children with development disabilities: A new approach. J. Pediatr. Dent 2009; 31: 222-228.

## ANEXOS



Folio: \_\_\_\_\_



**UNAM "FESZARAGOZA"**

### ESPECIALIDAD EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

#### CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA ACTITUD DE LOS PADRES ANTE LA RESTRICCIÓN FÍSICA Y MANO SOBRE BOCA COMO TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA. CON EL METODO DE INFORMACION VISUAL

Se lleva a cabo una investigación para evaluar la actitud de los padres ante la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo conductual del paciente infantil durante la consulta odontológica en la Clínica Multidisciplinaria Reforma, por lo que es muy importante su opinión. Este cuestionario es totalmente confidencial.

#### DATOS DE QUIEN RESPONDE EL CUESTIONARIO

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Frecuencia de asistencia a la Clínica Reforma \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Lea el enunciado cuidadosamente y señale con una **X** en la opción que considere adecuada para usted.

**TD=** Totalmente en desacuerdo

**D=** Estoy en desacuerdo

**N=** Neutral (no estoy de acuerdo, no estoy en desacuerdo)

**A=** Estoy de Acuerdo

**TA=** Totalmente de acuerdo

	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>N</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
1- Considero que son necesarias las técnicas de manejo conductual en la consulta odontológica					
2 - Me provoca ansiedad el saber las técnicas que pueden ser utilizadas en mi hijo					
2- Me siento nervioso e incómodo al saber el uso de las técnicas de manejo conductual					
3- Quedé satisfecho con la explicación que se me dio					

5-Me siento calmado y tranquilo si se llegara a utilizar restricción física en mi hijo					
6- Me parece agresiva la técnica de mano sobre boca					
7- Me gustaría que se utilizara restricción física en mi hijo					
8- Me gustaría que se utilizara mano sobre boca en mi hijo					
9- Me siento con la confianza de dejar a mi hijo en la consulta odontopediátrica					
10- Una vez enterada de las técnicas de manejo conductual prefiero no traer a mi hijo a consulta					
11- Me parecen inapropiadas las técnicas de manejo conductual.					

**“Gracias por su colaboración”**



**UNAM "FESZARAGOZA"**

**ESPECIALIDAD EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA ACTITUD DE LOS PADRES ANTE LA  
RESTRICCIÓN FÍSICA Y MANO SOBRE BOCA COMO TÉCNICAS DE MANEJO  
CONDUCTUAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO DURANTE LA CONSULTA  
ODONTOLÓGICA. CON EL METODO DE INFORMACION VERBAL**

Se lleva a cabo una investigación para evaluar la actitud de los padres ante la restricción física y mano sobre boca como técnicas de manejo conductual del paciente infantil durante la consulta odontológica en la Clínica Multidisciplinaria Reforma, por lo que es muy importante su opinión. Este cuestionario es totalmente confidencial.

**DATOS DE QUIEN RESPONDE EL CUESTIONARIO**

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Frecuencia de asistencia a la Clínica Reforma \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_



**Instrucciones:** Lea el enunciado cuidadosamente y señale con una **X** en la opción que considere adecuada para usted.

**TD=** Totalmente en desacuerdo

**D=** Estoy en desacuerdo

**N=** Neutral (no estoy de acuerdo, no estoy en desacuerdo)

**A=** Estoy de Acuerdo

**TA=** Totalmente de acuerdo

	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>N</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
1- Considero que son necesarias las técnicas de manejo conductual en la consulta odontológica					
2- Me provoca ansiedad el saber las técnicas que pueden ser utilizadas en mi hijo					
3- Me siento nervioso e incómodo al saber el uso de las técnicas de manejo conductual					
4- Quedé satisfecho con la explicación que se me dio					

5- Me siento calmado y tranquilo si se llegara a utilizar restricción física en mi hijo					
6- Me parece agresiva la técnica de mano sobre boca					
7- Me gustaría que se utilizara restricción física en mi hijo					
8- Me gustaría que se utilizara mano sobre boca en mi hijo					
9- Me siento con la confianza de dejar a mi hijo en la consulta odontopediátrica					
10- Una vez enterada de las técnicas de manejo conductual prefiero no traer a mi hijo a consulta					
11-Me parecen inapropiadas las técnicas de manejo conductual.					

**“Gracias por su colaboración”**