



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA  
DEL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO: ANÁLISIS DE  
LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

JOCELYN ADRIANA CARMONA ZAMUDIO

TUTORA: Mtra. OLIVIA ESPINOSA VÁZQUEZ

ASESORA: Mtra. MARÍA GLORIA HIROSE LÓPEZ



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**

### **Universidad Nacional Autónoma de México**

Gracias por brindarme un lugar en esta máxima casa de estudios para formarme académicamente a nivel bachillerato y licenciatura.

### **Facultad de Odontología**

Gracias por formarme académicamente en mi profesión, por permitirme adquirir conocimientos de los profesores que fomentaron muchos conocimientos en mí a lo largo de este tiempo y por ser mi segunda casa durante estos años de tanto esfuerzo.

### **Mtra. Olivia Espinosa Vázquez**

Gracias por compartir conmigo todos estos años de estudio en esta carrera, por guiarme con sabiduría y humildad, gracias por ser mi maestra, mi tutora en este trabajo pero sobre todo gracias por brindarme una gran amistad.

### **Mtra. María Gloria Hirose López**

Gracias por formar parte de este trabajo, por su apoyo, por compartir sus conocimientos conmigo y por su disposición en todo momento.



## DEDICATORIAS

A mis padres y hermana por apoyarme incondicionalmente durante estos años de estudio, por ser mis guías, por nunca dejarme sola, por siempre cuidarme, por su amor y paciencia.

A mi abuela, tíos y primos, por siempre mostrar interés, por ser mis pacientes cuando lo necesité, por siempre darme ánimo y por desearme siempre lo mejor a través de este camino de esfuerzo y perseverancia.

A mis amigas y a mi novio por acompañarme y compartir conmigo el amor por esta carrera, por apoyarme en momentos buenos, malos y felices a lo largo de este camino, por estar conmigo desde el principio hasta el fin en este último paso en mi carrera.

A todos los pacientes que contribuyeron con mi formación académica al permitirme atenderlos a lo largo de mis años de estudio, y en especial gracias a todos mis pacientes niños que con su nobleza, inocencia y cariño hicieron que creciera mi amor por la Odontopediatria.



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LA CONDUCTA EN LA ATENCIÓN DENTAL EN EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO .....	8
CAPÍTULO 2. ESCALAS PARA EL REGISTRO DEL COMPORTAMIENTO Y ESTADO DE ANSIEDAD DE LOS NIÑOS EN LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA .....	10
2.1 Escalas conductuales basadas en la observación clínica .....	10
2.1.1 Escala de Frankl .....	11
2.1.2 Escala de Rud y Kisling.....	12
2.1.3 Escala de Wright .....	13
2.1.4 Escala de Venham .....	15
2.2 Escalas basadas en cuestionarios para la evaluación de la ansiedad .....	16
2.2.1 Escala de ansiedad dental de Corah (DAS) y escala de ansiedad dental de Corah modificada (MDAS) .....	16
2.3 Escalas basadas en imágenes para la evaluación de la ansiedad .	18
2.3.1 Escala prueba de imagen de Venham (VPT) .....	18
2.3.2 Escala de imagen facial (FIS) .....	20
2.3.3 Escala pictórica RMS (RMS-PS) .....	22
CAPÍTULO 3. TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO EN LA ATENCIÓN DENTAL .....	24
3.1 Técnicas no farmacológicas .....	25
3.1.1 Decir-mostrar-hacer .....	25
3.1.2 Comunicación no verbal.....	26
3.1.3 Control de voz.....	27
3.1.4 Refuerzo positivo.....	28
3.1.5 Distracción .....	28
3.1.6 Modelamiento.....	29
3.1.7 El toque .....	30
3.1.8 Desensibilización.....	31
3.1.9 Inmovilización física .....	32
3.2 Evidencia científica reciente respecto a las técnicas del control de la conducta no farmacológicas .....	33
3.2.1 Presencia de los padres en el consultorio dental.....	34



3.2.2 Modelamiento en vivo .....	36
3.2.3 Modelamiento filmado.....	38
3.2.4 Distracción por medio de música.....	39
3.2.5 Distracción audiovisual.....	39
CONCLUSIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45



## INTRODUCCIÓN

La clasificación del comportamiento del paciente pediátrico y la evaluación del estado de ansiedad dental que presenta, así como la evolución de su desarrollo emocional, grado de comunicación y entorno social y familiar, son importantes para definir el abordaje de la conducta que se realizará en la consulta dental.

En Odontopediatría, una conducta no cooperadora causada por miedo, temor o ansiedad dental, puede impedir el éxito del tratamiento dental de los niños.

En el presente trabajo se realizó una revisión de diversos artículos publicados en los últimos años en los que se describen diferentes e innovadoras escalas para el registro del comportamiento de los niños, así como para evaluar el grado de ansiedad que presentan los pacientes odontopediátricos antes del tratamiento dental.

Posteriormente, se revisaron y analizaron diferentes estudios de publicación reciente que hablan sobre las diferentes técnicas no farmacológicas para el manejo de la conducta, ya que debido a los cambios en las actitudes de los padres y de los profesionales de la salud bucodental, la influencia de la sociedad, y de las consideraciones éticas hacia las técnicas del manejo de la conducta principalmente encontradas en la literatura, han sugerido utilizar técnicas no aversivas que sean aceptadas tanto por los pacientes odontopediátricos, como por los padres.

Luego, se describirá lo encontrado en la literatura reciente respecto al papel que juega la presencia o ausencia de los padres en el consultorio dental como técnica para el manejo de la conducta durante el tratamiento dental de los niños; también se incluye lo reportado sobre las técnicas de: distracción por medio de audio (música), el uso de apoyos audiovisuales, modelamiento en vivo que se apoya en los padres, y modelamiento usando como herramienta una filmación. El objetivo de los estudios que reportan estas técnicas es evaluar su éxito al demostrar si existe una disminución del estado de ansiedad y a su vez, un comportamiento



cooperativo por parte de los pacientes odontopediátricos previo o durante el tratamiento.

Por último, se presentan las conclusiones de este trabajo.



## **CAPÍTULO 1. IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LA CONDUCTA EN LA ATENCIÓN DENTAL EN EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO**

El manejo de la conducta es la continua interacción que envuelve al proveedor de la salud dental, el paciente, y sus padres directamente a través de la comunicación y educación.

Los objetivos del manejo de la conducta son establecer la comunicación, disminuir el miedo y la ansiedad, construir una relación de confianza entre el dentista y el niño, además de promover la actitud positiva del niño hacia la salud dental y el cuidado de la salud oral.<sup>1</sup>

El análisis de la conducta que presenta el paciente previo y durante su atención odontológica así como la evaluación sobre el nivel de ansiedad que presenta el paciente, es de suma importancia para poder elegir el tipo de manejo de conducta que llevaremos a cabo con el paciente odontopediátrico.

El comportamiento de un niño en el ambiente de la consulta dental y el estado de ansiedad que presenta, puede estar influenciado por los factores de desarrollo psicológico, experiencias dentales anteriores, actitud de los padres y factores de personalidad. El diagnóstico del comportamiento debe ser dinámico y cambiante y supone un análisis constante del paciente. Es necesario evaluarlo desde la sala de espera, en el ingreso a la consulta, durante el procedimiento operatorio, hasta el postoperatorio; También es necesario determinar los cambios que se presentan a medida que avanza el proceso del desarrollo emocional entre cita y cita.<sup>2</sup>

La correcta valoración del comportamiento de los niños puede ayudar al dentista para planificar citas y hacer el tratamiento dental eficaz

---

<sup>1</sup> American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. 2008. Vol 30 No. 7 Pp. 128

<sup>2</sup>Cárdenas D. j. Odontología Pediátrica. 4a. ed. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas, 2009. Pp. 29



y eficiente.<sup>3</sup>

En última instancia, el objetivo es realizar una evaluación completa del comportamiento del paciente y de los factores condicionantes que lo influyen, con el fin de hacer una selección correcta del tipo de técnicas y métodos de intervención terapéutica.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> AsokaS A, Surendran S, Punugoti D, Nuvula S y Pruya G. A. Validation of a novel behavior prediction scale: A two-center trial. Contemporary Clinical Dentistry 2014. Vol 5. Issue 4 Pp. 514

<sup>4</sup> Cárdenas, Op cit Pp. 29

## **CAPÍTULO 2. ESCALAS PARA EL REGISTRO DEL COMPORTAMIENTO Y ESTADO DE ANSIEDAD DE LOS NIÑOS EN LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA**

Existen diversas escalas descritas en la literatura propuestas por diferentes autores clasificando el comportamiento, conducta o actitud, del niño en el consultorio dental, así como también existen diferentes escalas innovadoras publicadas en los últimos años que tienen como objetivo evaluar y registrar el estado de ansiedad que presentan los niños en la consulta odontológica.

Aunque es difícil hacer el diagnóstico preciso sobre el tipo de comportamiento o nivel de ansiedad del paciente, estas escalas facilitan la valoración y registro de la conducta y el estado de ansiedad del niño en la primera cita así como en las citas subsecuentes, ya que cada una de estas escalas contienen diferentes parámetros que sirven de guía para la evaluación del tipo de conducta o estado de ansiedad en el paciente odontopediátrico.

### **2.1 Escalas conductuales basadas en la observación clínica**

Se ha tomado la propuesta de algunos autores mencionados en la literatura,<sup>5,6,7</sup> quienes crearon diferentes escalas con base en la observación clínica para valorar el tipo de conducta dada por las reacciones del niño frente al ambiente dental, y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental.

Si bien, cada escala cuenta con su propia clasificación descrita por el autor, cada una de ellas contiene ciertos descriptores que caracterizan cada una de las categorías que las conforman, y que se describen con base en la observación clínica, la evaluación de la actividad verbal, la tensión muscular, la expresión ocular, el carácter, y la expresión facial del

---

<sup>5</sup> Boj J. R. Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven. 1ª. ed. Madrid: Editorial Ripano S.A., 2011. Pp. 105

<sup>6</sup> McDonald y Avery, Odontología para el niño y del adolescente. 9ª.ed. Editorial Amolca, 2014 Pp. 31

<sup>7</sup> Castillo M. Estomatología Pediátrica et al. 1ª. ED.-Madrid: Editorial Ripano S.A., 2011. Pp. 79

paciente pediátrico; finalmente, todas las características observadas en el niño permitirán al odontólogo registrar el tipo de comportamiento que presenta el paciente de acuerdo con la escala que desee emplear.

A continuación se describen cada una de las escalas propuestas por los autores consultados, algunas de ellas, conocidas y dominadas por quienes ejercen esta profesión, utilizadas desde el proceso de formación de los odontólogos.

### 2.1.1 Escala de Frankl

La escala global más utilizada y mayormente descrita en la literatura es la escala del Dr. Frankl,<sup>8,9,10</sup> que permite de manera rápida y sencilla evaluar la conducta del paciente durante cada cita odontológica. Esta escala clasifica el comportamiento del niño en cuatro grados: 1, 2, 3 y 4 que están representadas por los signos (--, -, + y ++).

- Grado 1 (--): Definitivamente negativa; rechaza el tratamiento, llanto enérgico, miedo, no es posible la comunicación verbal, negativismo extremo. (figura 1)



Figura 1. Paciente Grado 1 en la escala de Frankl.<sup>11</sup>

- Grado 2 (-): Negativa; no coopera, difícilmente acepta el tratamiento, actitud negativa, mal humor, llanto monotónico, acepta y acata algunas

<sup>8</sup> McDonald y Avery, Op cit Pp. 31

<sup>9</sup> Boj, Op cit Pp. 105

<sup>10</sup>Castillo, Op cit Pp. 79

<sup>11</sup>Fuente directa

órdenes, comportamiento tímido, bloquea la comunicación.

- Grado 3 (+): Positiva; ya que acepta el tratamiento, en ocasiones muestra reservas, se puede establecer comunicación verbal, sigue instrucciones del dentista de manera cooperativa.
- Grado 4(++): Definitivamente positiva; cooperación del paciente, buena comunicación, motivación e interés por el tratamiento. (figura 2)



**Figura 2. Paciente Grado 4 en la escala de Frankl.<sup>12</sup>**

### **2.1.2 Escala de Rud y Kisling**

Rud y Kisling<sup>13</sup> (1973), crearon una escala clasificando el comportamiento en cuatro categorías basándose especialmente en la actividad verbal, tensión muscular y expresión ocular del niño:

- Grado 0: No aceptación; protestas verbales o físicas manifiestas o llanto. (figura 3)

---

<sup>12</sup> Fuente directa

<sup>13</sup> Boj, Op cit Pp. 105



**Figura 3. Paciente Grado 0 en la escala de Rud y Kisling.<sup>14</sup>**

- Grado 1: Aceptación con desgano; falta de conversación, de respuesta y de interés, posición poco relajada en el sillón dental. En cuanto a los ojos, el niño parpadea o frunce el ceño.
- Grado 2: Aceptación indiferente; conversaciones o preguntas dubitativas o demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indecisos, falta de atención. La expresión ocular es indiferente, pero la posición en el sillón dental continúa siendo relajada.
- Grado 3: Aceptación positiva; voluntad de conversar, hacer preguntas, demostrar interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en él, ojos brillantes, tranquilos y móviles.

### **2.1.3 Escala de Wright**

La escala de Wright<sup>15,16,17</sup> (1975), se considera más sencilla al establecer su clasificación en tres categorías:

- Cooperativo: define al niño relajado en la consulta, satisfecho y entusiasta. (figura 4)

---

<sup>14</sup> Fuente directa

<sup>15</sup> McDonald y Avery, Op cit Pp. 31

<sup>16</sup> Boj, Op cit Pp. 104,105

<sup>17</sup> Castillo, Op cit Pp. 79



**Figura 4. Paciente cooperativo en la escala de Wright.<sup>18</sup>**

- Ausencia de habilidad para cooperar: incluye a los niños pequeños con los que no se puede establecer una comunicación, o aquellos con una condición de discapacidad, en estos casos no se esperan cambios inmediatos en la colaboración del paciente. (figura 5)



**Figura 5. Paciente con ausencia de habilidad para cooperar en la escala de Wright.<sup>19</sup>**

- Potencialmente cooperador: Se refiere al niño con un problema típico de conducta, y a diferencia del anterior puede llegar a cooperar.

<sup>18</sup> Fuente directa

<sup>19</sup>[http://nomines.com.ar/Noticias\\_disc\\_17.html](http://nomines.com.ar/Noticias_disc_17.html)

#### 2.1.4 Escala de Venham

Venham<sup>20</sup> (1979), diseñó una escala ampliando el número de conductas o actitudes a tener en cuenta:

- Relajado: sonriente, conversador, muestra el comportamiento deseado por el dentista espontáneamente, o en el preciso momento en que se le pide.
- Inseguro: inquieto, durante los procedimientos estresantes protesta breve y sigilosamente para demostrar incomodidad, expresión facial tensa, es capaz de cooperar bien durante el tratamiento.
- Tenso: el tono de voz, las preguntas y las respuestas reflejan ansiedad; durante los procedimientos dolorosos hay protestas verbales, lloro sigiloso, tensión en las manos y mueve las manos sin interferir en el tratamiento.
- Desgane: dificultad para aceptar la situación del tratamiento dental, y para soportar el miedo de la situación; la protesta verbal aumenta y llora, usa las manos intentando interferir para detener el tratamiento, y éste se realiza con dificultad.
- Ansiedad: el llanto es generalizado sin importar si se está llevando a cabo algún tratamiento o no; gran movimiento corporal que en algún momento necesitará de control físico. (figura 6)



Figura 6. Paciente con ansiedad en la escala de Venham.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Boj, Op cit Pp. 105

<sup>21</sup> Fuente directa

- Fuera de contacto con la realidad de la amenaza: el llanto es muy fuerte y sonoro, grita y suda, es incapaz de escuchar, conducta de escape, el control físico podría ser necesario para controlar los movimientos.

## **2.2 Escalas basadas en cuestionarios para la evaluación de la ansiedad**

La ansiedad dental es un estado comúnmente presentado por el niño ante el tratamiento dental; los instrumentos de mayor uso para la evaluación de la ansiedad en el tratamiento odontológico son las escalas basadas en cuestionarios dirigidos a evaluar tanto los desencadenantes de la ansiedad como los niveles de severidad de ésta.

### **2.2.1 Escala de ansiedad dental de Corah (DAS) y escala de ansiedad dental de Corah modificada (MDAS)**

Corah, psicólogo estadounidense, fue el pionero en el estudio, valoración y tratamiento de la ansiedad que los pacientes experimentan antes de someterse a tratamientos odontológicos. En 1969 elaboró un pequeño cuestionario nombrado escala de ansiedad dental de Corah (DAS, por sus siglas en inglés) para detectar y establecer una graduación de dicha ansiedad.

La escala DAS, consta de cuatro preguntas relacionadas con la historia dental de los pacientes; cada una de ellas cuenta con cinco opciones de respuesta que van organizadas desde el inciso a) hasta el e); de acuerdo con este orden, se les asigna un valor de 1 para las respuestas con inciso a) hasta llegar a un valor de 5 para la respuesta con inciso e); la evaluación del nivel de ansiedad está dada por la sumatoria total de las puntuaciones obtenidas de las respuestas, asignándole así la siguiente clasificación de acuerdo con la puntuación obtenida: (9-12) ansiedad moderada, (13-14) ansiedad alta y de (15-20) ansiedad severa o fobia.<sup>22</sup>

Posteriormente, el cuestionario se amplió y se modificó en 1995

---

<sup>22</sup> [http://www.dentalfearcentral.org/media/dental\\_anxiety\\_scale.pdf](http://www.dentalfearcentral.org/media/dental_anxiety_scale.pdf)



por Humphris y cols., quedando como la escala de ansiedad dental de Corah modificada (MDAS).<sup>23,24</sup> Este cuestionario consta de cinco preguntas en comparación con el anterior; en esta escala modificada la pregunta que se agrega al cuestionario valora el miedo hacia las inyecciones por la anestesia local; cada una de estas preguntas contiene cinco opciones de respuesta que van del inciso a) al e); de igual manera que la anterior, se les da un valor de 1 a la respuesta marcada con el inciso a) que representa un estado de nula ansiedad hasta llegar a un valor de 5 puntos a la respuesta con el inciso e) que representa la máxima ansiedad que puede presentar el paciente. La valoración del grado de ansiedad está dada por la sumatoria final de la puntuación obtenida en cada respuesta, clasificando el nivel de ansiedad de la siguiente manera: (menos de 9 puntos) el nivel de ansiedad es leve o nulo, (9-12 puntos) el nivel de ansiedad es moderado (13-14 puntos) el nivel de ansiedad es elevado y a partir de 15 puntos el nivel de ansiedad es considerado como severo o fobia.

Las ventajas que se pueden mencionar respecto al uso de esta escala como un medio para la evaluación de la ansiedad en los pacientes odontopediátricos es la facilidad y rapidez con la que los pacientes pueden contestar este cuestionario incluso desde la sala de espera, ya que es un cuestionario corto de cinco preguntas; también se puede decir que el acto de contestar esta serie de preguntas no aumenta la ansiedad en los pacientes antes de la cita con el profesional, ya que se puede tomar como un cuestionario de rutina. Si bien, este tipo de cuestionario puede ser contestado por niños de edades avanzadas en donde su nivel intelectual les permite leer, comprender y analizar la serie de preguntas y respuestas; la gran desventaja que se puede encontrar es que este tipo de evaluaciones por medio de cuestionarios, no pueden ser contestadas por los pacientes odontopediátricos de corta edad, es decir, especialmente por los niños que no cuentan con un desarrollo

<sup>23</sup> <http://www.st-andrews.ac.uk/dentalanxiety/faq/#d.en.71194>

<sup>24</sup> <http://www.sedatium.com/pdf/escala-ansiedad.pdf>

cognoscitivo adecuado para la comprensión y el análisis de las preguntas y respuestas descritas en el cuestionario, y por lo tanto no podrían responder de una manera verídica, o incluso no lograrían entender el sentido de las preguntas y no se obtendría un resultado fidedigno, por lo tanto no se podrá obtener una evaluación real sobre el estado de ansiedad que presentan los pacientes previo a la consulta dental.

### **2.3 Escalas basadas en imágenes para la evaluación de la ansiedad**

Existen pocas escalas basadas en imágenes o figuras descritas en la literatura que tienen como objetivo la evaluación del nivel de ansiedad dental. Hoy en día se han publicado algunos artículos con propuestas innovadoras sobre nuevas escalas que permiten evaluar el grado de ansiedad dental de los niños desde edades muy cortas, y que pueden ser aplicadas incluso desde la sala de espera con la ayuda del personal capacitado que se encuentra apoyando en el consultorio dental.

A continuación describiremos una de las principales escalas descrita en la literatura a lo largo de los años, que ha sido utilizada principalmente para la evaluación del nivel de ansiedad en los niños; posteriormente se describirán dos escalas encontradas en publicaciones recientes, que si bien están basadas en diferentes escalas conductuales de observación clínica y en escalas de auto-reporte, han sido modificadas con el objetivo de aportar mejores características para que sean aplicadas en niños desde cortas edades debido a la facilidad que le otorga el uso de las imágenes como indicador principal para la evaluación de la ansiedad.

#### **2.3.1 Escala prueba de imagen de Venham (VPT)**

Una de las pocas escalas basadas en imágenes reportadas en la literatura es la prueba de imagen de Venham (VPT por sus siglas en inglés) descrita por L. L. Venham;<sup>25</sup> esta escala ha sido utilizada para evaluar el nivel de ansiedad antes del tratamiento dental. En ella se les

---

<sup>25</sup> Venham L L, Gaulin-Kremer E. A self-report measure of situational anxiety for young children. *Pediatric Dentistry* 1979 Vol. 1, No. 2 Pp. 91-96

presentan a los niños ocho cartas con dos figuras de dibujos animados representando los estados de ánimo vistos en el ámbito clínico, incluyendo la felicidad, el miedo, la tristeza y la ira entre otros. (figura 7) Cada imagen contiene dos figuras, una que representa un estado “ansioso” y la otra representa un estado “no ansioso”. Se les pide elegir la imagen que mejor refleje su sentir en ese momento, y esto permite evaluar el estado de ansiedad del niño. Si el niño señaló la figura que representa el estado “no ansioso” se asigna una puntuación de 0 y si el niño señaló la figura que representa el estado “ansioso” la puntuación asignada es de 1; la frecuencia de la elección del estado ansioso dentro de cada imagen definirá la puntuación y por lo tanto el nivel de ansiedad que presenta el paciente.



Figura 7. Serie de imágenes de la prueba de imagen Venham (VPT).<sup>26</sup>

La ventaja en esta escala es la facilidad para poderla implementar, ya que la selección de las imágenes es relativamente fácil de llevar a cabo para los niños, y la forma de evaluación que es por medio de las

<sup>26</sup> Venham L, Ibid

puntuaciones asignadas, resulta también muy fácil de realizar; una desventaja que presenta el uso de esta escala, es que las imágenes solamente están representando al sexo masculino, lo que puede dificultar un poco la identificación de las niñas para la elección de la imagen, además de que las imágenes son específicamente dibujos animados; puede que la falta de detalle en las figuras confunda al niño con el significado asignado a cada imagen.

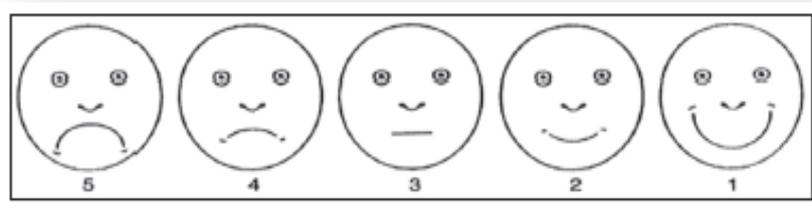
### **2.3.2 Escala de imagen facial (FIS)**

Con el paso del tiempo, se han descrito nuevas escalas que implementan las imágenes como un indicador de ansiedad dental en los niños; éstas son realizadas o basadas en escalas ya establecidas en la literatura, como es el caso de las escalas conductuales basadas en la observación clínica y en alguna escala basada en imágenes como la prueba de imagen de Venham; asimismo, estas escalas permiten ser implementadas desde la sala de espera, incluso por el personal de recepción, con el objetivo de informar al profesional dental sobre el estado de ansiedad que el niño presenta antes de entrar a la consulta dental, lo que ayudará a la correcta elección de la técnica adecuada para el manejo de la conducta del paciente infantil.

Buchanan y Niven<sup>27</sup>(2002), hacen referencia a la escala de la imagen facial (FIS por sus siglas en inglés), cuyo objetivo es evaluar el estado de ansiedad de los pacientes odontopediátricos. Esta escala consta de una fila de cinco caras que van desde muy feliz hasta muy infeliz (figura 8); se le pide a los niños que señalen la imagen que mejor representa su sentir en ese momento antes de entrar a la cita odontológica. La escala es calificada dándole el valor de 1 a las caras que representan el estado más positivo, y 5 a las que representan el estado más negativo.

---

<sup>27</sup> Sharath A. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. Contemporary Clinical Dentistry. Vol. 5. ,2014. Pp. 514-517



**Figura 8. Escala de imagen facial (FIS).<sup>28</sup>**

Para la validación de esta escala, se evaluó la correlación con una escala diseñada para medir el mismo fenómeno, en este caso fue utilizada la prueba de imagen de Venham (VPT), la fuerte correlación entre las puntuaciones de la escala FIS y VPT respalda la validez de la escala de imagen facial (FIS), es decir, que realmente mide lo que pretende medir que es el nivel de ansiedad dental en los niños.

Entre las ventajas principales que podemos encontrar sobre esta escala son la facilidad y rapidez con la que se puede emplear, no sólo en niños escolares, sino también en pequeños de 3 años ya que el grupo de edad más joven en este estudio fue de 3-6 años, en los cuales no hubo diferencia en los resultados aun con la variación de edades; finalmente esta escala se puede emplear por integrantes del equipo dental incluso desde la sala de espera; de esta manera, el personal puede informarle al profesional sobre los resultados obtenidos acerca del índice de ansiedad encontrado en el paciente y éste a su vez, puede llevar a cabo el manejo conductual correcto del paciente al ingresar a la consulta dental.

La desventaja que podemos mencionar es que al igual que en la escala descrita anteriormente, las pocas características que se detallan en las imágenes pueden arrojar poca información para el paciente al no poder relacionar las imágenes con el estado de ánimo que está sintiendo en ese momento. Sin embargo, esta desventaja puede ser beneficiada para los niños pequeños ya que las figuras no tienen mucha complejidad

---

<sup>28</sup> Sharat A, Ibid

en su estructura y será más fácil para ellos relacionarlas con su estado de ánimo.

### 2.3.3 Escala pictórica RMS (RMS-PS)

Otra escala innovadora descrita recientemente por Raghavendra y cols.<sup>29</sup> (2015), es la escala nombrada Escala pictórica-*Raghavendra, Madhuri, Sujata* (RMS-PS), tiene como objetivo al igual que las escalas anteriores, la evaluación de la ansiedad de los niños durante su primera visita al dentista. El (RMS-PS) consta de fotografías originales tanto de una niña (figura 9), como de un niño (figura 10); la fila de cinco fotografías de la cara de los niños va desde muy feliz a muy infeliz, se le pide a los niños elegir la fotografía de la cara con la que más se identifiquen en el momento previo a entrar a la cita odontológica. La puntuación asignada para la cara muy feliz es de 1, y de 5 para la cara muy infeliz.

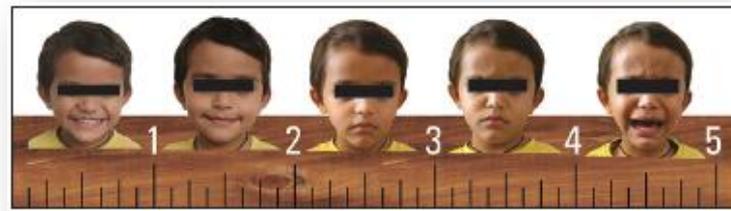


Figura 9. Escala pictórica-*Raghavendra, Madhuri, Sujata*, (RMS-PS) para niños.<sup>30</sup>

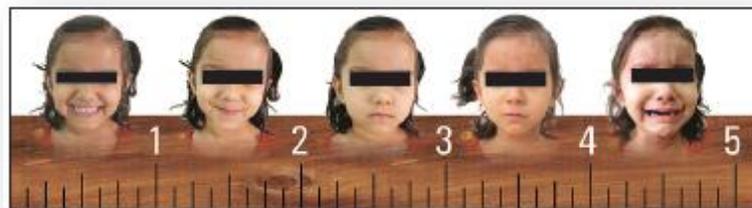


Figura 10. Escala Pictórica-*Raghavendra, Madhuri, Sujata*, (RMS-PS) para niña.<sup>31</sup>

Asimismo, para la validación de esta nueva escala fueron utilizadas

<sup>29</sup> Shetty RM, Khandelwal M, Rath S., RMS Pictorial Scale (RMS-PS): An innovative scale for the assessment of child's dental anxiety. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. Vol 33., 2015. Pp. 48-52

<sup>30</sup> Shetty RM, *Ibid*

<sup>31</sup> Shetty RM, *Ibid*

las escalas VPT y FIS seleccionadas para su comparación con el RMS-PS, ya que también son escalas que usan imágenes para evaluar el nivel de ansiedad en niños pequeños previo a su cita dental, encontrándose así una buena correlación entre VPT y RMS-PS, y una correlación moderada entre las puntuaciones de FIS y RMS-PS, validando así esta escala para el uso de la evaluación del estado de ansiedad de los pacientes infantiles.

Algunas de las ventajas de esta nueva escala para evaluar el nivel de ansiedad en los niños son el tiempo corto que se emplea para aplicar la prueba, además de que es un atractivo visual ya que las fotografías son a color y al ser tomadas de niños reales son de fácil comprensión e identificación en comparación con las imágenes en blanco y negro manejadas en las escalas VPT y FIS, y finalmente las imágenes se mantienen separadas para niños y niñas y así maximizar su aceptación en ambos géneros.

Además, esta técnica puede ser utilizada desde la sala de espera, lo que nos facilita la información inmediata acerca del nivel de ansiedad del paciente antes de entrar a la cita dental; a su vez, puede usarse en visitas posteriores lo que facilita la elección adecuada de las técnicas para el manejo de la conducta que se empleará con cada paciente; puede ser utilizada sola o en combinación con otros métodos para mejorar la evaluación sobre la ansiedad dental de los pacientes odontopediátricos.

Se tiene así, una variedad de escalas, unas que han sido estudiadas y utilizadas desde varias décadas atrás, y otras más de reciente incorporación a la práctica odontológica y a la literatura que demandan del profesional un conocimiento y manejo adecuado del niño en cada una de las etapas infantiles, pues del dominio que se tenga de sus aspectos biopsicosociales, dependerá en gran medida la selección de la técnica que el profesional elija para abordar de manera óptima la conducta del niño. En el siguiente apartado se presenta una revisión de las técnicas del control de la conducta utilizadas en la consulta odontológica, reportadas en la literatura tiempo atrás y recientemente.

### **CAPÍTULO 3. TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO EN LA ATENCIÓN DENTAL**

Una vez que se ha observado la conducta del niño previo a la consulta o en el interrogatorio y se ha determinado su nivel de ansiedad o clasificación del comportamiento, es necesario controlar la conducta del menor, pues sin cooperación por parte del niño no será posible realizar con éxito el tratamiento dental correspondiente.

Las técnicas del manejo de la conducta, encuentran respaldo en la literatura mundial desde que los profesionales de la odontología comenzaron a dedicarse a la atención del paciente infantil en 1925, con el tratado pionero de Jordan que marca el surgimiento de la especialidad.<sup>32</sup>

Uno de los principales pilares en los que se basa la odontología pediátrica es en el uso de diferentes técnicas que ayudan a modificar y/o guiar la conducta durante las citas dentales, y esto se fundamenta a su vez en la capacidad que tiene el profesional de poder entender el desarrollo psicosocial del individuo en los primeros años de vida, cómo influye el desarrollo neurológico y el temperamento del niño para poder enfrentar diferentes situaciones que se le van presentando al empezar la vida.<sup>33</sup>

Un odontólogo que trata a los niños debe tener una variedad de enfoques sobre el manejo de su comportamiento, y en la mayoría de las situaciones debe ser capaz de evaluar con precisión el nivel del desarrollo del niño y predecir la reacción del niño al tratamiento.

Son diversas las clasificaciones presentadas en la literatura sobre las técnicas usadas para el manejo de la conducta con objetivos bien definidos y semejantes; distintos autores describen diferentes clasificaciones sobre las técnicas del manejo de la conducta, las cuales se

---

<sup>32</sup> Guedes-Pinto A. C, Boneker M, Martins C R. Odontopediatria. 1ª. ed. Sao Paulo: Editorial Livraria Santos, 2011. Pp. 40

<sup>33</sup> Guido. P. M de P. Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica. 1ª. ed. Madrid. Editorial: Ripano S.A., D.L 2012. Pp. 141

ubican en diferentes grupos; estos se dividen en técnicas de comunicación, técnicas de modificación de la conducta, técnicas de enfoque físico, etc. Finalmente todas estas técnicas descritas dentro de una u otra clasificación pueden ser usadas en conjunto o aisladas para el objetivo principal que es el manejo y control de la conducta del paciente odontopediátrico.

Para fines de este trabajo, se ha tomado la propuesta de la clasificación de técnicas de manejo de la conducta descrita por el autor Guedes-Pinto,<sup>34</sup> quien de una manera más sencilla clasifica las técnicas para el manejo de la conducta en dos principales grupos: Técnicas no-farmacológicas y farmacológicas; éstas últimas abarcan la sedación consciente o analgesia del paciente odontopediátrico, y no serán descritas en este trabajo puesto que no son el objetivo de esta revisión bibliográfica.

A continuación se describe lo reportado con relación a las técnicas no farmacológicas ya que son las más utilizadas por el profesional en el consultorio dental, y sobre las cuales se hizo esta recopilación bibliográfica.

### **3.1 Técnicas no farmacológicas**

Son aquellas utilizadas para establecer la comunicación con los pacientes, ayudan a modificar la conducta y tienen un enfoque físico.

#### **3.1.1 Decir-mostrar-hacer**

El objetivo de esta técnica es familiarizar al niño mediante una aproximación al ambiente e instrumentos utilizados en la consulta dental, así como disminuir el miedo y la ansiedad del niño, explicándole una situación que es desconocida.<sup>35,36</sup>

Esta técnica consiste en explicaciones verbales de los procedimientos con las frases adecuadas al nivel del desarrollo del

---

<sup>34</sup> Guedes-Pinto, Op cit Pp. 40-50

<sup>35</sup> Boj, Op cit Pp. 114

<sup>36</sup> Cárdenas, Op cit Pp. 34

paciente (decir); demostraciones para el paciente de lo visual, auditivo, olfativo, y los aspectos táctiles del procedimiento en un ambiente no amenazante (mostrar), y posteriormente, sin desviarse de la explicación, se lleva a cabo el desarrollo del procedimiento (hacer).<sup>37</sup> Está indicada en pacientes que han desarrollado comunicación verbal. (figura 11) No está contraindicada para ningún paciente, sin embargo es poco eficaz para pacientes de corta edad ya que aún no se ha desarrollado por completo la comunicación verbal. No se aplica para procedimientos como la anestesia local o tratamientos que impliquen sangrado.<sup>38,39</sup>



Figura 11. Técnica decir-mostrar-hacer.<sup>40</sup>

### 3.1.2 Comunicación no verbal

Los objetivos de la técnica de comunicación no verbal son mejorar la efectividad de otras técnicas basadas en la comunicación, además de obtener y mantener la atención del paciente y del acompañante. La comunicación no verbal refuerza y guía el comportamiento por medio del contacto, de la postura y de la expresión facial.<sup>41</sup> (figura 12)

Esta técnica puede usarse en todos los pacientes, especialmente en pacientes de temprana edad, que aún no han desarrollado la

<sup>37</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Op cit Pp. 128

<sup>38</sup> Boj, Op cit Pp. 114

<sup>39</sup> Cárdenas, Op cit Pp. 34

<sup>40</sup> <https://dentalpeque.wordpress.com/2013/04/03/el-nino-como-paciente-odontologico/>

<sup>41</sup> Guedes-Pinto, Op cit Pp. 40

comunicación verbal. No existe contraindicación alguna para el uso de esta técnica.<sup>42,43</sup>



**Figura 12. Comunicación no verbal; sonrisa y empatía.<sup>44</sup>**

### **3.1.3 Control de voz**

Los principales objetivos del control de voz son reestablecer la comunicación perdida debido a una conducta no colaboradora por parte del niño, así como rechazar el comportamiento desfavorable del paciente, y a su vez, demostrar con firmeza la autoridad del profesional. Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz para tratar de conseguir la atención del niño; es muy efectiva para interceptar conductas inapropiadas en el momento en que se inician.<sup>45,46</sup>

Esta técnica se puede emplear en niños a partir de los tres años de edad, considerando siempre su desarrollo cognitivo; también es útil en aquellos pacientes que han desarrollado ya su comunicación verbal y, especialmente, con aquellos que poseen un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad.<sup>47</sup>

Su uso no está recomendado en pacientes menores de tres años o

---

<sup>42</sup> Cárdenas Op cit Pp. 35

<sup>43</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Op cit Pp. 129

<sup>44</sup> Fuente directa

<sup>45</sup> Boj, Op cit Pp. 113

<sup>46</sup> Cárdenas, Op cit Pp. 35

<sup>47</sup> Cárdenas, Ibid

de corta edad que aún no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.<sup>48</sup>

### 3.1.4 Refuerzo positivo

El refuerzo positivo tiene como objetivo actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de que repita un comportamiento deseado.<sup>49</sup> Es una técnica eficaz para recompensar comportamientos deseados y, por lo tanto, fortalecer la repetición de esos comportamientos. Los refuerzos positivos pueden clasificarse como: reforzadores sociales que incluyen la modulación positiva de voz, la expresión facial, elogios verbales, y las manifestaciones físicas apropiadas de afecto por parte de todos los miembros del equipo dental; y reforzadores no sociales que incluyen premios y juguetes.<sup>50</sup> (figura 13)

Esta técnica puede utilizarse en cualquier paciente y no presenta ninguna contraindicación descrita para su uso.



Figura 13. Refuerzo positivo.<sup>51</sup>

### 3.1.5 Distracción

La técnica de distracción pretende desviar la atención del paciente de lo que puede ser percibido como un procedimiento desagradable. Su

---

<sup>48</sup> Cárdenas, ibid

<sup>49</sup> Cárdenas, ibid

<sup>50</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Op cit Pp. 129

<sup>51</sup> Fuente directa

objetivo es disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño y disminuir su ansiedad.<sup>52</sup>

Se puede llevar a cabo por medio de diálogos, contar cuentos, mostrar videos, música que sea del agrado del niño, juguetes de colores etc., que pueden usarse con el objetivo de desviar la atención del paciente del procedimiento que se está realizando.<sup>53,54</sup> (figura 14)



**Figura14. Distracción con el uso de juguetes.<sup>55</sup>**

Esta técnica puede ser utilizada en cualquier paciente, no está contraindicada como tal, pero es poco eficaz en pacientes de muy corta edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.<sup>56</sup>

### **3.1.6 Modelamiento**

Esta técnica tiene como objetivo disminuir la ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo.

El modelamiento consiste en permitir al niño que observe el comportamiento de otros pacientes durante la consulta. El paciente como observador, imitará el modelo presentado cuando vivencie una

<sup>52</sup> Boj, Op cit Pp. 112

<sup>53</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Op cit Pp. 129

<sup>54</sup> Guedes-Pinto, Op cit Pp. 43

<sup>55</sup> <http://innovaespecialistas.com.ve/>

<sup>56</sup> Cárdenas, Op cit Pp. 36

experiencia similar. El modelo puede hacerse en vivo o por medio de una filmación.<sup>57,58</sup> (figura 15)



**Figura 15. Modelamiento en vivo; con un paciente como modelo.<sup>59</sup>**

Está indicada para pacientes con desarrollo emocional y comunicación verbal suficiente para entender el objetivo de la técnica. No está contraindicada en ningún paciente; sin embargo es de poca utilidad en pacientes de corta edad que aún no tienen el desarrollo emocional adecuado para entender el objetivo de la técnica.<sup>60</sup>

### **3.1.7 El toque**

Esta técnica tiene como objetivo principal controlar los miedos y la ansiedad dental del niño por medio del contacto del profesional hacia el paciente, es decir, el acto de apoyar las manos en la cabeza o el cuerpo del niño y tocarle el rostro de una manera cariñosa que le haga sentirse en un entorno seguro y confiable. (figura 16) Se puede llevar a cabo en todos los pacientes y debe evitarse en todo momento que el contacto

---

<sup>57</sup> Cárdenas, Ibid

<sup>58</sup> Guedes-pinto, Op cit Pp. 42,43

<sup>59</sup> Fuente directa

<sup>60</sup> Cárdenas, Op cit Pp. 36

hacia el paciente refleje una sensación de aprisionamiento físico ya que puede generar reacciones negativas por parte del paciente.<sup>61</sup>



**Figura 16. El toque; paciente con una expresión agradable al ser tocado de una manera sutil por el profesional.<sup>62</sup>**

### **3.1.8 Desensibilización**

La desensibilización es usada comúnmente por los profesionales con el objetivo de minimizar la posibilidad de que los pacientes puedan desarrollar ansiedad dental, pero a la vez es comúnmente utilizada con niños que ya presentan un estado ansioso debido a experiencias dentales previas desagradables.

En esta técnica se busca establecer una jerarquía respecto a los procedimientos que se llevarán a cabo con el paciente a lo largo de su tratamiento dental, es decir, se busca iniciar con procedimientos sencillos hasta llegar finalmente a procedimientos más complicados de aceptar por el paciente. (figura 17)

---

<sup>61</sup>Guedes-pinto, Op cit Pp. 41

<sup>62</sup> Fuente directa



Figura 17. Desensibilización comenzando con una profilaxis.<sup>63</sup>

### 3.1.9 Inmovilización física

Esta técnica busca proteger la integridad física del paciente, con el fin de llevar a cabo el tratamiento de una forma segura para el paciente y para el profesional.

Con la inmovilización física se buscan restringir firmemente las articulaciones, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimar al paciente; puede realizarlo directamente el odontólogo, el personal auxiliar, los padres, o bien, puede usarse un dispositivo de restricción como el *Papoose Board* o una cama con red para pacientes infantiles etc., (figura 18); también se puede inmovilizar la boca del paciente mediante el uso de bloques de mordida o distintos tipos de abre bocas. Se usa en pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o bien, si padece alguna discapacidad física o mental.

Está estrictamente contraindicada en pacientes cooperadores y en pacientes en lo que no exista la posibilidad de hacer una inmovilización segura debido a sus condiciones sistémicas.<sup>64,65</sup>

---

<sup>63</sup> Fuente directa

<sup>64</sup> Guedes-Pinto, Op cit Pp. 44,45

<sup>65</sup> Cárdenas, Op cit Pp. 36,37



**Figura 18. Inmovilización física con el uso de una cama con red para paciente infantil.<sup>66</sup>**

### **3.2 Evidencia científica reciente respecto a las técnicas del control de la conducta no farmacológicas**

Si bien, las técnicas para el manejo de la conducta han sido descritas ampliamente en la literatura y a su vez empleadas por los odontólogos en la atención de pacientes odontopediátricos, en este apartado se describirán algunos estudios documentados en los últimos años que tienen como objetivo evaluar y analizar la efectividad de las técnicas no farmacológicas para el manejo de la conducta en sus diferentes modalidades, llevando a cabo su uso en el control de la conducta de los pacientes odontopediátricos.

En el año 2005, Wilson y cols. (citados en Guido Perona),<sup>67</sup> realizaron una revisión sistemática de las publicaciones encontradas en las revistas americanas de la Academia desde 1970, encontrando 168 artículos en los que hablaban sobre las técnicas para el manejo de la conducta, de los cuales el número de publicaciones que involucran estudios clínicos fueron menos de 30%, de opinión 38%, y 32% de

---

<sup>66</sup> Fuente directa

<sup>67</sup> Guido P, Op cit Pp. 142,143



investigación y descripción de técnicas en el manejo conductual de los niños durante su atención dental.

En el año 2007, Hinojosa<sup>68</sup> y cols., realizaron un estudio con el objetivo de identificar qué método de información acerca de las técnicas de manejo de conducta es el más efectivo para los padres, determinar con cuál perciben un grado menor de ansiedad, así como establecer cuál de las técnicas de manejo conductual tiene mayor aceptación. En el estudio participaron 120 padres de niños en un rango de edad de entre dos y ocho años.

Para la evaluación de la percepción, se diseñó un cuestionario basado en la escala de Likert; para la evaluación de la ansiedad que presentan los padres, se diseñó un cuestionario con base en la escala DASS y otro, con base en la escala de Corah.

Los resultados obtenidos en este estudio fueron, que el medio de información oral fue el que generó menor grado de ansiedad en los padres de los niños comparado con el medio escrito y el audiovisual; la técnica decir-mostrar-hacer fue la que obtuvo mayor aceptación por parte de los padres de familia, seguido de las técnicas no farmacológicas de control de voz, restricción física, mano sobre boca y por último, la menos aceptada fue la técnica farmacológica de anestesia general.

A continuación se describirán algunas publicaciones que han sido reportadas entre los años 2000 y 2015 acerca de estudios realizados sobre las técnicas para el manejo de la conducta utilizadas en los pacientes odontopediátricos:

### **3.2.1 Presencia de los padres en el consultorio dental**

Tras los cambios sociales hoy en día, los métodos menos agresivos son más aceptables tanto para los niños como para los padres, quienes

---

<sup>68</sup> García I A, Parés V G, Hinojosa A A. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatría comparando tres métodos de información. Revista Odontológica Mexicana Septiembre 2007 Vol.11 Núm.3. Pp. 135-139



participan activamente en la atención odontológica de los niños. Si bien, hay muchas opiniones en cuanto a la ausencia o presencia de los padres durante el tratamiento dental de los niños, se debe hacer hincapié en que la presencia o ausencia de los padres es utilizada hoy en día como una técnica para el manejo de la conducta aplicada en los niños. En esta técnica los padres están presentes durante el tratamiento dental de sus hijos y en el caso de que el niño manifieste un comportamiento no cooperativo se le indicará al padre o a la madre que salga del consultorio dental, después de que se logra estabilizar la conducta del niño; como un “premio” se invita a los padres a que pasen nuevamente al consultorio para que continúen presentes durante el tratamiento dental de su hijo. Afshar<sup>69</sup> y cols., realizaron un estudio con el objetivo de observar y analizar el comportamiento de los niños de 5 años de edad en la atención dental cuando los padres se encuentran presentes o ausentes al llevar a cabo el tratamiento odontológico. (figura 19) Los niños seleccionados fueron asignados a dos grupos para el estudio, el grupo 1 estaba conformado por aquellos pacientes cuyos padres estaban presentes durante la cita dental, y el grupo 2 incluía a los pacientes cuyos padres estaban ausentes. El registro del comportamiento de los niños se realizó con base en la escala conductual de Frankl, y el nivel de ansiedad se obtuvo con la prueba de imagen de Venham (VPT).

---

<sup>69</sup> Hossein Afshar, Yahya Baradaran Nakhjavani, Javad Mahmoudi-Gharaei, Mehresa Paryab, Sommaye Zadoosh. The Effect of Parental Presence on the 5 year-Old Children's Anxiety and Cooperative Behavior in the First and Second Dental Visit. Iranian Journal of Pediatrics Jun 2011 Vol. 21(No 2) Pp.193-200



Figura 19. Presencia de los padres durante el tratamiento dental.<sup>70</sup>

En los resultados obtenidos no hubo diferencias significativas en el nivel de ansiedad y cooperación de los niños con base en la presencia o ausencia de los padres durante el tratamiento dental; generalmente los padres prefieren entrar a la consulta dental cuando sus hijos son pequeños, es decir, cuando son menores de 3 años de edad; también se concluye que existen otros factores como las desagradables experiencias dentales anteriores que han sufrido los niños y es por esa razón que se justifica la presencia de los padres durante la primera cita odontológica.

### 3.2.2 Modelamiento en vivo

Al hablar de las técnicas para el manejo de conducta mayormente utilizadas en el consultorio dental, se puede decir que se ha reportado que la técnica "decir-mostrar-hacer" es la técnica más utilizada en odontología pediátrica; a su vez, la técnica de modelamiento directo o en vivo y el modelamiento filmado han dado buenos resultados en el uso con pacientes odontopediátricos en la atención dental. En el caso del uso del modelamiento directo o en vivo usando el apoyo de la presencia de los padres como el modelo a seguir; Salah<sup>71</sup> y cols., publicaron un estudio con el objetivo de evaluar y comparar los efectos de la técnica de

<sup>70</sup> <http://www.ortodonciamayorga.com/consejos-para-padres-durante-la-consulta-dental-como-apoyar-a-tu-hijo/>

<sup>71</sup> Salah Adeen Mohammed Alrshah, Ibrahim Hassan EL Kalla, y Abeer Mostafa Abdellatif., Live Modelling Vs Tell-Show-Do Technique for Behaviour Management of Children in the First Dental Visit. Mansoura Journal of Dentistry 2014 vol.1 Pp. 72-77



modelamiento directo o en vivo contra la técnica decir-mostrar-hacer en su uso con pacientes odontopediátricos con el fin de reducir la ansiedad de los niños durante el tratamiento dental, también tenían como objetivo saber con cuál de los dos padres (madre/padre) se obtuvieron mejor resultados durante el estudio al servir como modelos a seguir en la aplicación de la técnica de modelamiento en vivo durante la primera visita dental.

Seleccionaron a 120 niños en un rango de edad de 6 a 9 años de edad; los niños fueron divididos en tres grupos y separados por género (mujeres/hombres) con la finalidad de saber si existe algún tipo de variación en el nivel de ansiedad entre los niños y las niñas. El grupo A corresponde a los niños que recibieron la técnica de modelamiento en vivo con la madre como modelo a seguir, el grupo B corresponde a los niños que recibieron la técnica de modelamiento en vivo con el padre como modelo a seguir y finalmente el grupo C corresponde a los niños en quienes se utilizó la técnica de decir-mostrar-hacer durante el tratamiento dental.

El nivel de ansiedad fue medido utilizando parámetros fisiológicos como la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno, así como con el uso de la escala de imagen facial (FIS), Los resultados obtenidos con base en estos parámetros indican que el modelamiento en vivo con el apoyo de la madre como modelo fue más eficaz al verse una reducción de la frecuencia del pulso en comparación con los resultados obtenidos en el método decir-mostrar-hacer, con lo que se puede decir que se obtuvo un menor nivel de ansiedad con el uso de la técnica de modelamiento en vivo con la madre como modelo a seguir; también se observó que el nivel de ansiedad disminuyó considerablemente en las niñas en comparación con los niños entendiéndose así que en las niñas existe un menor nivel de ansiedad en la consulta odontológica. Los resultados, en general, favorecen al grupo en el que se aplicó la técnica de modelamiento directo o en vivo con el apoyo de la madre como modelo a seguir.

Finalmente, se puede decir que el modelamiento en vivo o directo es una técnica que da buenos resultados en su uso en la odontología pediátrica; si bien, el modelamiento en vivo se puede realizar con un paciente con edad semejante a la del niño, el apoyo de la madre como modelo a seguir es más eficaz y permite que se desencadene un menor nivel de la ansiedad en los niños durante la primera visita al odontólogo.

### **3.2.3 Modelamiento filmado**

Por otro lado el uso de la técnica de modelamiento filmado, es decir que se apoya en el uso de una película o grabación que consta de una situación dental semejante o igual a la que se enfrentará el niño en su primera cita dental, es otra alternativa de la técnica de modelamiento que ha dado muy buenos resultados en su uso en la primera cita dental de los pacientes odontopediátricos. Paryab y Arab,<sup>72</sup> realizaron un estudio con el objetivo de comparar la técnica de modelamiento filmado contra la técnica decir-mostrar-hacer, y evaluar si existe una disminución sobre el nivel de ansiedad dental que presentan los pacientes durante su primera cita dental.

El estudio fue realizado en 46 niños con un rango de edad de 4 a 6 años; los pacientes fueron divididos en dos grupos, el grupo 1 pertenecía al grupo control, es decir, al grupo en que se llevó a cabo la técnica decir-mostrar-hacer, y el grupo 2 en el que se utilizó la técnica de modelamiento filmado, al igual que en los estudios anteriores, el nivel de ansiedad fue evaluado utilizando parámetros fisiológicos como la medición del pulso; el registro del comportamiento de los niños se realizó con base a las escalas de Venham y Frankl. De acuerdo con estos parámetros no hubo diferencia significativa sobre el nivel de ansiedad entre los niños a los que se les aplicó una u otra técnica. Por el contrario, sí se puede decir que aunque la técnica decir-mostrar-hacer es la base para la educación o modificación del comportamiento de los niños ya que comúnmente es la

---

<sup>72</sup> Mehrsa Paryab y Zeinab Arab. The effect of Filmed modeling on the anxious and cooperative behavior of 4-6 years old children during dental treatment: A randomized clinical trial study., Dent Res (Isfahan) Julio-Agosto 2014 Vol. 11(4) Pp. 502-507



más utilizada durante la primera cita dental por el efecto positivo en la reducción de la ansiedad dental, se ha comprobado que la técnica de modelado filmado es tan eficiente como la técnica decir-mostrar-hacer en la reducción de la ansiedad, y favorece al aumento del comportamiento cooperativo en los niños durante el tratamiento dental.

#### **3.2.4 Distracción por medio de música**

La distracción es otra técnica usada comúnmente en la odontopediatria, básicamente la distracción verbal se utiliza durante la aplicación de anestesia, pero otras modalidades utilizadas en odontopediatria son distractores que incluyen el uso de videos, grabaciones, películas y música, estos distractores se han empleado en pacientes odontopediátricos durante las citas dentales obteniendo un resultado favorable al observarse una disminución de los niveles de ansiedad de los pacientes durante el tratamiento deontológico.

En cuanto a la distracción mediante estímulos auditivos, es mencionado el uso de la música que también es llamada musicoterapia, Prabhakar<sup>73</sup> y cols., evaluaron la técnica de distracción por medio de música como un medio eficaz para la reducción de la ansiedad en los pacientes odontopediátricos. Los resultados obtenidos mostraron que la técnica de distracción con el uso de la música disminuyó el nivel de ansiedad de los pacientes pediátricos, aunque no es muy significativa la diferencia, y a pesar de que el hecho de escuchar música no disminuye la percepción del dolor en los pacientes, estos presentaron una respuesta positiva al referir querer escuchar música en las siguientes visitas dentales.

#### **3.2.5 Distracción audiovisual**

En cuanto al éxito y la aplicación de la técnica de distracción audiovisual

---

<sup>73</sup> Prabhakar, Marwah y Raju. Music distraction-its efficacy in management of anxious pediatric dental patients. J indian Soc Pedod Prevent Dent. Diciembre 2005. Pp. 168-170

en pacientes odontopediátricos, Prabhakar<sup>74</sup> y cols., realizaron un estudio el cual tenía como objetivo principal evaluar y comparar dos técnicas de distracción, es decir, la distracción por medio de algún tipo de audio y la distracción audiovisual, aplicadas para el manejo de la conducta de los pacientes pediátricos dentales ansiosos. (figura 20)



**Figura 20. Distracción por medio de lentes audiovisuales.**<sup>75</sup>

Seleccionaron 60 niños para el estudio con edades comprendidas entre 4 a 8 años, ya que lo consideraron como el grupo de edad en que se muestra un comportamiento más negativo y por lo tanto, es más difícil el manejo de conducta de estos pacientes; los niños fueron divididos en tres grupos; grupo A o grupo control, corresponde a los pacientes en los cuales el tratamiento se realizó sin ningún tipo de distractor; el grupo B corresponde a los pacientes que escucharon algún tipo de audio por medio de auriculares durante el tratamiento dental; y el grupo C a quienes se les mostraron presentaciones audiovisuales en el televisor durante la realización del tratamiento dental. El nivel de ansiedad fue evaluado mediante la prueba de imagen de Venham, la escala conductual clínica de Venham, y los niveles de saturación de oxígeno y frecuencia de pulso.

Los resultados de este estudio mostraron que la distracción

---

<sup>74</sup> Prabhakar , Marwah y Raju. A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. J indian Soc Pedod Prevent Dent. Diciembre 2007. Pp. 177-182

<sup>75</sup> <https://webdental.wordpress.com/category/colaboradores/colaborawd/>



audiovisual era el medio más eficaz para el control de la ansiedad en los niños durante las citas dentales. La reducción de la ansiedad en la técnica de distracción audiovisual puede ser atribuida a que los pacientes, en primer lugar, se sienten en un ambiente cómodo, agradable y familiar; en segundo lugar se debe a que al ver la presentación audiovisual tienen una distracción multisensorial al concentrarse en la pantalla del televisor y en el sonido del programa y esto ayuda al niño a eliminar los desagradables sonidos dentales, tales como el sonido de la pieza de mano.

## CONCLUSIONES

En la odontopediatría el principal reto al que se enfrentan los profesionales de la salud, es a la interacción que tienen que lograr con el paciente infantil, para llevar a cabo un excelente control sobre el manejo de la conducta del paciente y así lograr una atención dental óptima y conseguir el éxito en su tratamiento odontológico.

Hoy en día se cuenta con diferentes escalas para valorar la conducta del paciente infantil, así como el estado de ansiedad dental que presentan antes de su atención odontológica.

Las escalas conductuales basadas en la observación clínica tal como se encuentran descritas en la literatura desde hace muchos años, van dirigidas al profesional, es decir, al observar ciertas características clínicas que presenta el paciente durante la consulta dental, el profesional podrá clasificar el comportamiento del paciente con el fin de elegir la mejor técnica de manejo de conducta para el tipo de conducta observado en el niño, por lo tanto se puede decir que en este tipo de escalas la valoración de la conducta se realiza hasta que el niño está sentado en el sillón dental, es decir, durante la atención odontológica; es entonces cuando el profesional debe tomarse el tiempo para observar las características del comportamiento que está teniendo el niño y de manera rápida decidir qué técnica de manejo de conducta implementará durante el transcurso de la consulta dental.

La ansiedad dental presentada por los niños en el entorno de la atención odontológica, es un factor desencadenante para que se pueda observar un comportamiento no cooperativo por parte del paciente.

Con respecto a las escalas basadas en cuestionarios dirigidos hacia el paciente para evaluar su estado de ansiedad (MDAS), se puede destacar que estas escalas son apropiadas para niños con una capacidad intelectual para leer, comprender y analizar las preguntas y respuestas contenidas en estos cuestionarios, y así tener una evaluación correcta sobre el estado de ansiedad presente en el paciente; también, al ser un



cuestionario de sólo cinco preguntas, se considera un medio fácil y rápido de poderse llevar acabo ya que no representa un tiempo prolongado al ser contestado y por esta razón no tiene ninguna repercusión en el posible aumento de la ansiedad causada por responder esta corta evaluación; el uso de este tipo de escalas para valorar el estado de ansiedad en los niños no es recomendable utilizarla en niños pequeños debido a su falta de desarrollo cognitivo para entender las preguntas y respuestas; por lo tanto, no tendremos un resultado viable para la evaluación que queremos obtener. La ventaja que tiene el profesional con esta escala de ansiedad es que se puede implementar en los pacientes incluso desde la sala de espera, con el propósito de ahorrar tiempo durante la cita dental y también que el profesional anticipe la elección sobre el manejo conductual que llevará a cabo con el paciente.

Las escalas basadas en imágenes para evaluar el estado de ansiedad de los pacientes han sido poco descritas en la literatura, siendo la más utilizada la prueba de imagen de Venham que ha servido a lo largo del tiempo para valorar el estado de ansiedad de los pacientes infantiles.

En los últimos años se han reportado nuevas escalas basadas en imágenes y fotografías que representan el estado de ánimo que sienten los niños antes de entrar a la consulta dental. Las escalas (FIS) y (RMS-PS), tienen éxito debido a las herramientas que usan para captar la atención del niño y son las que nos ayudan a la valoración del estado de ansiedad; para los niños resulta muy fácil elegir una imagen o fotografía que represente de mayor manera el estado de ánimo en el que se encuentran antes de su cita dental, lo que nos permite una correcta valoración del estado de ansiedad incluso en niños a partir de 3 años de edad; esta escala también permite ser implementada desde la sala de espera con la ayuda del personal que colabora en el consultorio dental, con el fin de que el profesional tenga una idea del nivel de ansiedad con el que llega el paciente previo a comenzar con la atención dental, y así poder llevar un buen abordaje de la conducta durante su tratamiento dental.



Las escalas descritas ayudan a la valoración de la conducta y del estado de ansiedad del paciente; el siguiente paso que debe implementar el profesional es la correcta elección del manejo de la conducta del niño; se ha encontrado que las técnicas menos aversivas son las mayormente aceptadas por los padres y los niños, es decir que hoy en día se buscan utilizar en el consultorio dental las técnicas no farmacológicas en comparación con las técnicas farmacológicas que incluyen una sedación o anestesia general del paciente.

No existen muchas publicaciones que hablen sobre el éxito del uso de las técnicas de manejo de la conducta no farmacológicas en odontopediatría; en la revisión de los artículos encontrados para este trabajo, podemos concluir que hoy en día técnicas como la distracción, el modelamiento y la presencia o ausencia de los padres durante el tratamiento dental son ampliamente aceptadas por los padres y los niños, encontrando en algunos de estos estudios, una disminución en el nivel de ansiedad y por lo tanto una conducta cooperativa en los niños al ser empleadas estas técnicas en sus diferentes modalidades, es decir, utilizando la técnica de modelamiento en vivo con el apoyo de los padres, o por medio de un video o filmación; en la técnica de distracción se encuentra que el uso de la distracción con un medio como la música o apoyos audiovisuales ayudan a la reducción de la ansiedad en los niños lo que les permite reflejar un mejor comportamiento durante su tratamiento dental, siendo así medios que facilitan al profesional la atención odontológica de los pacientes y conducen al éxito en su tratamiento dental.

Finalmente, se ha descrito en la literatura y con base en la experiencia que las técnicas para el manejo de la conducta no siempre se utilizan de manera aislada; por ello, también es recomendable hacer uso de estas técnicas apoyándose en otras para cumplir con el objetivo final que es que el paciente muestre una aceptación hacia el entorno dental lo que llevará al éxito de los tratamientos dentales a lo largo de sus citas odontológicas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. 2008. Vol 30 No. 7
- Boj J. R. Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven. Madrid: Editorial Ripano S.A. 2011
- Cárdenas D. Odontología Pediátrica. 4<sup>a</sup>. ed. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas. 2009
- García I A, Parés V G, Hinojosa A A. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatría comparando tres métodos de información. Revista Odontológica Mexicana Septiembre 2007 Vol.11 Núm.3.
- Guedes-Pinto A. C, Boneker M, Martins C R. Odontopediatría. Sao Paulo: Editorial Livraria Santos. 2011
- Guido. P. M de P. Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica. Madrid. Editorial: Ripano S.A. 2012
- Hossein Afshar, Yahya Baradaran Nakhjavani, Javad Mahmoudi-Gharaei, Mehrsa Paryab, Sommaye Zadhoosh. The Effect of Parental Presence on the 5 year-Old Children's Anxiety and Cooperative Behavior in the First and Second Dental Visit. Iranian Journal of Pediatrics. Jun 2011 Vol. 21.No 2
- Marwah, Prabhakar y Raju. Music distraction-its efficacy in management of anxious pediatric dental patients. J indian Soc Pedod Prevent Dent. Diciembre 2005.
- Marwah, Prabhakar y Raju., A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. J indian Soc Pedod Prevent Dent. Diciembre 2007
- McDonald y Avery, Odontología para el niño y del adolescente. 9<sup>a</sup>. Ed. Editorial Amolca. 2014



Mehrsa Paryab y Zeinab Arab. The effect of Filmed modeling on the anxious and cooperative behavior of 4-6 years old children during dental treatment: A randomized clinical trial study., Dent Res (Isfahan) Julio-Agosto 2014 Vol. 11(4)

Ramón C. M. Estomatología Pediátrica. ED.-Madrid: Editorial Ripano S.A. 2011.

Salah Adeen Mohammed Alrshah, Ibrahim Hassan EL Kalla, y Abeer Mostafa Abdellatif., Live Modelling Vs Tell-Show-Do Technique for Behaviour Management of Children in the First Dental Visit. Mansoura Journal of Dentistry. 2014 Vol.1

Sharath A. Validation of a novel behavior prediction scale: A two-center trial. Contemporary Clinical Dentistry 2014. Vol 5. Issue 4

Sharath A. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. Contemporary Clinical Dentistry. Vol. 5. 2014.

Shetty RM, Khandelwal M, Rath S., RMS Pictorial Scale (RMS-PS): An innovative scale for the assessment of child's dental anxiety. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. Vol 33., 2015.

Venham L L, Gaulin-Kremer E. A self-report measure of situational anxiety for young children. Pediatric Dentistry. 1979 Vol. 1, No. 2

[http://www.dentalfearcentral.org/media/dental\\_anxiety\\_scale.pdf](http://www.dentalfearcentral.org/media/dental_anxiety_scale.pdf)

<http://www.st-andrews.ac.uk/dentalanxiety/faq/#d.en.71194>

<http://www.sedatium.com/pdf/escala-ansiedad.pdf>

<https://webdental.wordpress.com/category/colaboradores/colaborawd/>

<https://dentalpeque.wordpress.com/2013/04/03/el-nino-como-paciente-odontologico/>

<http://www.ortodonciamayorga.com/consejos-para-padres-durante-la-consulta-dental-como-apoyar-a-tu-hijo/>

[http://nomines.com.ar/Noticias\\_disc\\_17.html](http://nomines.com.ar/Noticias_disc_17.html)



<http://innovaespecialistas.com.ve/>