



ARTÍCULO  
ORIGINAL

# Técnicas en el manejo de La conducta del paciente ODONTOPEDIÁTRICO

Bartolomé Villar, B. Vilar Rodríguez, C. Cañizares, V. Torres Moreta, L.  
*Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. Cient. Dent. 2020; 17; 1; 27-34*



**Bartolomé Villar, Begoña**  
Profesora titular del Departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea de Madrid (UE).

**Vilar Rodríguez, Cristina**  
Profesora adjunta del Departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias Biomédicas (UE).

**Cañizares, Victoria**  
Odontóloga. Práctica profesional privada

**Torres Moreta, Luz**  
Profesora adjunta del Departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias Biomédicas (UE).

**Indexada en / Indexed in:**  
- IME  
- IBECS  
- LATINDEX  
- GOOGLE ACADÉMICO

## Correspondencia:

**Correspondencia:**  
Begoña Bartolomé Villar  
c) Clara del Rey 79, 3<sup>º</sup>B  
28002 Madrid  
Tfno.: 661622167  
begona.bartolome@universidadeuropea.es

Fecha de recepción: 14 de noviembre de 2019.  
Fecha de aceptación para su publicación:  
7 de abril de 2020

## RESUMEN

**Introducción:** El objetivo del presente trabajo fue evaluar las técnicas convencionales más utilizadas por el odontólogo para el manejo de la conducta del paciente infantil en la consulta dental. Diversas técnicas pueden ser aplicadas dependiendo del desarrollo físico y emocional del paciente y de la capacidad del profesional. La Academia Americana de Odontopediatría, en su guía sobre técnicas del comportamiento, las divide en: técnicas de comunicación, otras técnicas básicas y técnicas avanzadas, recomendando las pertenecientes al primer grupo.

**Material y método:** Se realizó un cuestionario en la plataforma de Google, remitido vía email a 190 odonto/estomatólogos que tratasen pacientes infantiles, obteniendo un total de 115 respuestas adecuadas para el análisis de 8 técnicas convencionales de manejo de la conducta. El estudio estadístico se realizó en el programa SPSS aplicando el test de ANOVA para una significación de  $p=0,05$ .

**Resultados:** La técnica más utilizada por los diferentes profesionales fue la técnica decir-mostrar-hacer seguida de refuerzo positivo y control de voz. Técnicas de modificación de la conducta ocuparon un segundo término: desensibilización seguida muy de cerca por imitación. La técnica menos empleada fue la anestesia general. No encontramos diferencias significativas en relación al sexo en ninguna de las técnicas analizadas excepto en el uso de premedicación ( $p: 0,027$ ), siendo los varones los que más frecuentemente la utilizaban. No se encontraron diferencias significativas en relación a la especialidad ni con la edad de los profesionales.

**Conclusiones:** Las técnicas comunicativas fueron las preferidas por los odonto/

## TECHNIQUES IN THE MANAGEMENT OF THE ODONTOPEDIATRIC PATIENT'S CONDUCT

## ABSTRACT

**Introduction:** The objective of this work was to evaluate the conventional techniques most used by the dentist for the management of the behavior of the child patient in the dental office. Various techniques can be applied depending on the physical and emotional development of the patient and the professional's ability. The American Academy of Pediatric Dentistry, in its guide on behavioral techniques, divides them into: communication techniques, other basic techniques and advanced techniques, recommending those belonging to the first group.

**Material and method:** A questionnaire was carried out on the Google platform, sent via email to 190 dentists / stomatologists who treated child patients, obtaining a total of 115 appropriate responses for the analysis of 8 conventional behavior management techniques. The statistical study was carried out in the SPSS program by applying the ANOVA test for a significance of  $p = 0.05$ .

**Results:** The technique most used by different professionals was the say-show-do technique followed by positive reinforcement and voice control. Behaviour modification techniques occupied a second term: desensitization followed closely by imitation. The least used technique was general anesthesia. We found no significant differences in relation to sex in any of the techniques analyzed, except in the use of premedication ( $p: 0.027$ ), with men being the most frequently used. No significant

estomatólogos siendo las técnicas avanzadas las menos utilizadas.

## PALABRAS CLAVE

Guías comportamiento odontopediatría; Técnicas manejo paciente infantil; Pacientes pediátricos; Encuestas control conducta.

differences were found in relation to the specialty or the age of the professionals.

**Conclusions:** The communication techniques were preferred by the professionals, with the advanced techniques being the least used.

## KEY WORDS

Pediatric dentistry behavior guides; Child patient management techniques; Pediatric patients; Behavior control surveys.

## INTRODUCCIÓN

La disminución de la ansiedad y miedo dental en el paciente infantil es uno de los objetivos clave para conseguir una buena colaboración y por ende un tratamiento exitoso. Dichos elementos pueden llegar a suponer un grave problema de salud ya que, en muchas ocasiones, conllevan un rechazo a acudir a la consulta, lo cual agrava la patología preexistente; dificulta el tratamiento, con más tiempo para su realización y más problemas en el manejo de la conducta, resultando en una experiencia estresante y desagradable tanto para el profesional como para el propio paciente<sup>1</sup>. Es pues esencial identificar a los niños ansiosos desde la edad más temprana posible, a fin de realizar una modificación precoz de la conducta.

Diversos factores han sido involucrados como posibles desencadenantes de ansiedad dental infantil: Influencia de experiencias negativas de padres/amigos y/o familiares, presencia/ausencia de los padres en la consulta pudiendo generar ansiedad por separación o sobreprotección<sup>2</sup>, factores ambientales, edad, sexo, personalidad y aspectos psicológicos del paciente<sup>3</sup>.

En la actualidad existen diversas técnicas de manejo del comportamiento para ayudar a los niños a cooperar en los procedimientos dentales. Todas ellas tienen como objetivo establecer una comunicación efectiva para aliviar el miedo y la ansiedad del paciente, construir una relación de confianza con el niño para, de este modo, permitir al odontólogo realizar los tratamientos dentales de alta calidad y promover en el niño una actitud positiva hacia la salud, el cuidado dental y una buena disponibilidad ante futuros tratamientos<sup>4</sup>. No debemos olvidar que cada niño es único por lo que será labor del odontopediatra seleccionar y aplicar aquellas técnicas más apropiadas para cambiar el comportamiento inadecuado, así como aumentar la capacidad de adaptación para aprender nuevas estrategias que disminuyan el nivel de miedo. A la hora de seleccionar la técnica de manejo más adecuada, además de individualizarla según el paciente (edad, desarrollo intelectual y/o emocional), se deben considerar otros factores como conocimientos y experiencia del dentista, acondicionamiento de las instalaciones, aceptabilidad de padres/niño, tipo de procedimiento, experiencias médicas y dentales previas...<sup>5</sup>.

Según la Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) la técnica elegida debe ser efectiva, socialmente válida, debiendo evaluarse el riesgo asociado a la técnica y el coste (tiempo empleado)<sup>6</sup>. En su guía sobre las técnicas de comportamiento se establecen tres grupos diferenciados:

- Técnicas de comunicación: decir-mostrar-hacer, observación directa, preguntar-decir-preguntar, control de voz, comunicación no verbal, refuerzo positivo y distracción.
- Otras técnicas básicas: presencia/ausencia paterna/materna, reestructuración de la memoria e inhalación por óxido nítrico.
- Técnicas avanzadas: estabilización protectora, sedación y anestesia general<sup>4,7</sup>.

Las técnicas empleadas como la mano sobre boca con/ sin restricción de vía aérea no han sido incluidas como técnicas recomendadas por la Academia, siendo retirada de la guía en el año 2006<sup>8</sup>; de ahí que un trabajo realizado en 2004 sobre 65 programas acreditados de educación avanzada en odontopediatría, tan solo el 28% de ellos utilizaron todavía esta técnica como aceptable y un 18% ni siquiera la enseñasen<sup>9</sup>. Sin embargo, un estudio realizado a 704 odontopediatras, miembros de dicha Academia, encontró que un 50% de ellos seguían considerando la técnica aceptable y un 41% consideraban que debería seguir siendo reconocida por la AAPD, concluyendo que el control de voz es la mejor alternativa a su retirada, seguido de la sedación mínima/moderada con el consecuente aumento en la utilización de técnicas avanzadas<sup>10</sup>. Diversos trabajos difieren en su utilización abarcando cifras de un 28% por dentistas israelíes<sup>11</sup> a un 88% de odontopediatras americanos<sup>12</sup>. Además, los dentistas de mayor edad eran más partidarios de su aplicación alguna vez en comparación con los jóvenes que prácticamente nunca la usaban<sup>13</sup>.

Actualmente se tiende al empleo de técnicas menos agresivas debido a las exigencias legales, éticas y a la consideración por parte del profesional de las preferencias de los padres, ya que estos consideraban que ciertos métodos pueden llegar a causar traumas psicológicos en niños altamente temerosos<sup>14</sup>. Diversos estudios expresan que la estabilización protectora con ciertos dispositivos y/o por parte

del equipo dental y la técnica de mano sobre boca no son bien aceptadas por los padres<sup>8, 15-21</sup>, si bien un mayor conocimiento de las técnicas (por ejemplo, a través de folletos informativos, explicaciones personales o videos) podrían educarlos a una mayor aceptación de las mismas<sup>14, 21</sup>. La mayoría de los padres consideran que la edad y maduración del niño, el tratamiento a realizar y la urgencia del mismo, son factores a tener en cuenta para la aceptación o no de una determinada técnica<sup>20</sup>. Así, ante tratamientos más cruentos como extracciones o situaciones de emergencia, técnicas farmacológicas avanzadas son juzgadas como aceptables<sup>22, 23</sup>. Por todo ello, hoy día existe un incremento en la utilización de técnicas farmacológicas respecto al pasado como sedación con óxido nitroso<sup>7, 19, 20, 23</sup> o incluso anestesia general<sup>24</sup>.

Dentro de las técnicas recomendadas por la AAPD, las más aceptadas, tanto por padres como por profesionales, generalmente son las comunicativas, sobre todo decir-mostrar-hacer (utilizada incluso de forma rutinaria<sup>5</sup>) seguida de refuerzo positivo<sup>8, 20, 25</sup> (Figura). Sin embargo, una revisión sobre 168 artículos llevada a cabo en 2005, concluyó que la evidencia científica sobre las técnicas de manejo de conducta es limitada y que la técnica decir-mostrar-hacer nunca debe ser empleada como una técnica aislada siendo necesario combinarla con otras (como distracción) para tener un efecto positivo; también encontraron que la técnica de control de voz tuvo una eficacia demostrada<sup>26</sup>. Igual opinión reflejan Folayan e Idehen<sup>27</sup> asegurando que es indispensable una combinación de técnicas para poder disminuir la ansiedad del paciente infantil.



Figura. Refuerzo positivo: premio tras extracción.

Los requisitos legales, el avance de los medios tecnológicos que ponen a disposición del odontólogo nuevas alternativas para el control del comportamiento y la participación cada vez más activa de los padres en el tratamiento dental hacen que el profesional valore qué técnica es la más recomendada, en qué circunstancias y sobre qué tipo de paciente. A pesar de ello, un estudio realizado a 4.180 miembros de la AAPD indicó que la mayoría de los profesionales no habían variado en el empleo de técnicas de conducta (a excepción de mano sobre boca) ni pensaban hacerlo en los próximos años<sup>28</sup>. El objetivo del presente trabajo fue evaluar las técnicas convencionales más utilizadas por el odontólogo para el manejo de la conducta del paciente infantil en la consulta dental.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un cuestionario en la plataforma de Google que fue remitido vía email a 190 odonto/estomatólogos, profesores universitarios, que dentro de su actividad profesional tratasen pacientes infantiles. Obtuvimos una participación final de 132 profesionales de manera voluntaria y anónima (69,47% de participación) pero sólo 115 cuestionarios presentaban datos adecuadamente cumplimentados para poder analizarlos (60,52%). A todos los participantes se les informaba sobre la finalidad de la encuesta, solicitando su consentimiento.

En el cuestionario se recogían datos de filiación respecto a la edad, sexo y actividad profesional principal y se ofrecían 8 técnicas de manejo de la conducta: decir-mostrar-hacer; refuerzo positivo, imitación, desensibilización, control de voz, restricción física, premedicación y anestesia general, debiendo puntuarse consecutivamente la técnica más frecuentemente utilizada con el número 1 hasta la menos con el número 8.

El estudio estadístico se realizó en el programa SPSS realizándose una comparación de medias entre las diferentes técnicas y aplicando el test de ANOVA para determinar la significación ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

De las 132 respuestas, solo 115 cuestionarios se pudieron analizar, descartando 17 por tener datos incompletos o puntuaciones repetidas, correspondiendo 86 a mujeres (74,78%) y 29 (25,21%) a varones. Prácticamente un 50% de los profesionales estaban en un rango de edad entre 25-35 años (49,56%) seguido de un 23,47% entre 36-45 años, un 13,04% mayores de 55 años y con porcentajes muy parecidos los menores de 25 y los comprendidos entre 46-55 años (6,08% y 7,8% respectivamente).

Un 43,47% de los profesionales ejercían su mayor actividad como odontólogos generales, seguidos de un 20% los dedicados a la odontopediatría. Dado el escaso número de casos pertenecientes al grupo dedicado a periodoncia

y prostodoncia se aunaron ambos grupos en uno solo para su manejo estadístico (6,08%). (Tabla 1).

Las técnicas más utilizadas por los diferentes profesionales fueron las comunicativas con preferencia por la técnica decir-mostrar-hacer con una puntuación media de  $1,44 \pm 1,48$ , seguido de refuerzo positivo  $2,36 \pm 1,06$  y control de voz  $4,02 \pm 1,31$ . Técnicas de modificación de la conducta ocuparon un segundo término: desensibilización  $4,12 \pm 1,23$ , seguida muy de cerca por imitación  $4,20 \pm 1,23$ . Las técnicas avanzadas fueron las menos empleadas, fundamentalmente la anestesia general con una puntuación de  $7,37 \pm 1,58$  sobre 8, utilizando la premedicación una mayor frecuencia que la restricción física ( $6,03 \pm 1,27/ 6,47 \pm 1,15$  respectivamente).

No encontramos diferencias significativas en relación al sexo en ninguna de las técnicas analizadas excepto en el uso de premedicación ( $p: 0,027$ ), siendo los varones los que más frecuentemente la utilizan (media de 5,59 en varones y 6,19 en mujeres) (Tabla 2).

Analizando mediante el test de Anova la correlación entre las diferentes técnicas con la edad de los profesionales no observamos diferencias significativas, aunque en el caso de la restricción física el valor se acerca a la significación ( $p: 0,089$ ), siendo los menores de 25 años los que más la emplean.

Comparamos también el empleo de las diferentes técnicas según la especialidad del profesional encontrando que la distribución de la puntuación media de cada una de las ocho técnicas fue muy homogénea por tipo de especialidad, no existiendo diferencias significativas (Tabla 3).

## DISCUSIÓN

Diversos estudios reflejan la preocupación por encontrar las técnicas más eficaces para obtener una buena colaboración del paciente infantil en la consulta odontológica. La mayoría de ellos han obtenido sus resultados mediante la utilización de cuestionarios vía e-mail a diferentes profesionales obteniendo un porcentaje de respuesta muy variable, desde un 26% en un estudio a 4117 miembros odontopediatra<sup>7</sup> a un 85,3%, dirigido a 128 dentistas de diferentes localizaciones de Nigeria<sup>29</sup>. Nuestro resultado es intermedio siendo la participación efectiva de un 60,52%.

El tamaño muestral también oscila desde muestras pequeñas como el trabajo de Levy y Domoto<sup>12</sup> a 34 odontopediatras de Washington a muestras tan amplias de 4180 miembros de la AAPD<sup>28</sup>. Nuestra muestra estuvo constituida por 115 cuestionarios, muy cercana a los 112 odontopediatras de Peretz y cols.,<sup>11</sup> 100 cirujanos maxilofaciales del estudio de Keskinruzgar y cols.,<sup>30</sup> 128 dentistas generales<sup>29</sup>, 111 odontopediatras<sup>31</sup> y 104 odontopediatras del trabajo de Coxon y cols.,<sup>32</sup>.

El porcentaje de participación fue mucho más elevado para las mujeres (74,78%), dato semejante al reflejado por

## TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS PROFESIONALES ENCUESTADOS SEGÚN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL PRINCIPAL.

Odontología General	50 (43,47%)
Odontopediatría	23 (20%)
Ortodoncia	14 (12,17%)
Cirugía	12 (10,43%)
Endodoncia	9 (7,82%)
Periodoncia + Prostodoncia	7 (6,08%)

otros trabajos<sup>11, 29, 31-34</sup> frente a otros donde son los varones los más participativos<sup>28, 30, 35-37</sup>.

La mayoría de los odontólogos del presente trabajo (50%) pertenecían al grupo de edad entre 25-35 años, resultado cercano al 68% de profesionales entre 23-30 años del estudio de Keskinruzgar y cols.,<sup>30</sup> pero dato discordante del trabajo de Carr y cols.,<sup>13</sup> donde el grupo más numeroso fue entre los 40-50 años. Edades intermedias encontramos en el estudio de Kawia y cols.,<sup>35</sup> en el que el 75,6% eran menores de 40 años; en el de Oredugba y Sanu<sup>29</sup> donde el 48,4% tenían entre 30-39 años o el de Abushal y Adenub<sup>38</sup> en el que la edad predominante fue de 30-39 años (47,7%).

Las técnicas de control de la conducta en el paciente infantil más aceptadas tanto por padres como por profesionales son las de comunicación. Al igual que la mayoría de los trabajos<sup>7, 11, 28-35, 38-42</sup>, la técnica más comúnmente empleada en nuestro estudio fue la de decir-mostrar-hacer. Tan sólo el estudio de Walli y cols.,<sup>43</sup> realizado a 200 cirujanos, refleja un porcentaje más alto en el empleo de la técnica de distracción (33,5%) y control de voz (30,5%) frente a decir-mostrar-hacer (29,5%). La segunda técnica elegida por su frecuencia por los profesionales fue el refuerzo positivo, considerando tanto elogios de forma verbal como premios otorgados cuando la conducta ha sido colaborativa. Están en concordancia con nuestros resultados los trabajos de Peretz y cols.,<sup>11</sup> Keskinruguzgar y cols.,<sup>30</sup> Adair y cols.,<sup>28</sup> Levy y Domotto<sup>12</sup>, Oredugba y Sun<sup>29</sup>, Abushal y Adenub<sup>38</sup> y Coxon y cols.,<sup>32</sup>. Otros autores señalan otro tipo de técnicas como distracción (73%), comunicación no verbal o relajación<sup>34</sup>. Destacar el trabajo de Kawia y cols.,<sup>35</sup> realizado a 74 dentistas de Tanzania, donde la segunda técnica es la restricción/ estabilización física (98,6%), técnica poco aceptada en la actualidad tanto por padres como por odontólogos, y el de Wells y cols.,<sup>7</sup> realizado sobre 1081 miembros activos de la AAPD donde la utilización de óxido nítrico (54%) fue la segunda opción más empleada.



Dentro de las técnicas avanzadas se incluyen los procedimientos farmacológicos y la estabilización protectora bien sea por parte del profesional, padres o auxiliares, siendo, generalmente, las menos empleadas por la mayoría de los profesionales (hecho constatado en nuestro estudio); sin embargo, ciertos autores han observado un aumento en el empleo de técnicas sedativas (preferentemente sedación con midazolam<sup>41</sup> y anestesia general<sup>37</sup>), principalmente entre los dentistas más jóvenes<sup>13</sup>. Así, el estudio de Adair y cols.,<sup>28</sup> llevado a cabo sobre 2.751 odontopediatras señala cómo a pesar de que las técnicas de comunicación son las más empleadas, la inmovilización y las técnicas farmacológicas son utilizadas con elevados porcentajes por la gran mayoría de los encuestados: óxido nitroso 86%, inmovilización activa 73%, anestesia general 71%, inmovilización pasiva 68%, sedación consciente 62%. Otros autores reflejan cómo estas técnicas son empleadas sobre todo por profesionales de más de 30 años siendo aplicadas fundamentalmente en clases sociales bajas<sup>7</sup> que consideran de vital importancia su empleo sobre todo en pacientes con necesidades especiales, influyendo la posición y años de experiencia para el método de sedación utilizado<sup>36</sup>.

El hecho de que las técnicas restrictivas sean cada vez menos aceptadas por los padres y que, en muchas ocasio-

nes, su empleo pueda generar ciertos problemas éticos o legales, ha provocado que ya desde el año 2006 la AAPD haya eliminado de sus guías de manejo de la conducta ciertas técnicas como la de mano sobre boca con/sin restricción nasal; de ahí que dicha técnica no haya sido incluida dentro de nuestro cuestionario. Es interesante destacar el estudio llevado a cabo sobre 54 odontopediatras de Punjab donde ninguno señaló utilizar restricción física en sus pacientes, eligiendo medidas conservadoras como la conversación normal<sup>41</sup>. Sin embargo, son muchos los dentistas que actualmente siguen utilizándola a pesar de que el porcentaje sea escaso<sup>29, 31, 43, 44</sup>; si bien algunos reflejan porcentajes más elevados como el de Kawia y cols.,<sup>35</sup> con una aplicación del 29,7% de sus encuestados o Adair y cols.,<sup>28</sup> con un 21%. Carr y cols.,<sup>13</sup> indican cómo los dentistas mayores la emplean más que los jóvenes y Levy y Domotto<sup>12</sup> señalan cómo un 88% de los odontopediatras de su estudio la utilizaban fundamentalmente en niños de 2-5 años. Algunos autores la siguen considerando aceptable pensando que debería continuar siendo reconocida por la Academia<sup>45</sup> e incluso cómo su aplicación puede verse asociada a variaciones geográficas y por ende culturales (mucho empleo en USA y poco en Australia)<sup>33, 37</sup>. Este desuso de la técnica ha provocado que la técnica de control de voz se propugne

TABLA 2. MEDIA DE LAS 8 TÉCNICAS EMPLEADAS POR SEXO.

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Significación
<b>DECIR-MOSTRAR-HACER</b>					
V	29	1,62	1,860	0,345	0,461
F	86	1,38	1,347	0,145	
Total	115	1,44	1,488	0,139	
<b>REFUERZO POSITIVO</b>					
V	29	2,45	1,352	0,251	0,693
F	86	2,33	0,951	0,103	
Total	115	2,36	1,061	0,099	
<b>IMITACIÓN</b>					
V	29	4,14	1,302	0,242	0,755
F	86	4,22	1,212	0,131	
Total	115	4,20	1,230	0,115	
<b>PREMEDICACIÓN</b>					
V	29	5,59	1,476	0,274	0,027
F	86	6,19	1,163	0,125	
Total	115	6,03	1,270	0,118	
<b>CONTROL DE VOZ</b>					
V	29	4,34	1,370	0,254	0,122
F	86	3,91	1,289	0,139	
Total	115	4,02	1,318	0,123	
<b>DESENSIBILIZACIÓN</b>					
V	29	4,34	1,289	0,239	0,263
F	86	4,05	1,217	0,131	
Total	115	4,12	1,236	0,115	
<b>RESTRICCIÓN FÍSICA</b>					
V	29	6,52	1,214	0,225	0,799
F	86	6,45	1,144	0,123	
Total	115	6,47	1,157	0,108	
<b>ANESTESIA GENERAL</b>					
V	29	7,10	1,988	0,369	0,304
F	86	7,45	1,420	0,153	
Total	115	7,37	1,580	0,147	

como una buena alternativa y que se haya incrementado la utilización de técnicas avanzadas<sup>10</sup>. Así, un estudio realizado a 311 odontopediatras encuentra que dentro de estas

técnicas, la más frecuentemente utilizada es la anestesia general (52%), seguida del óxido nitroso (46%) y sedación oral (44%)<sup>42</sup>. Allen y Santanley<sup>40</sup> señalan cómo la utilización

**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS TÉCNICAS POR ACTIVIDAD PROFESIONAL PREDOMINANTE. CÓDIGO DE PROFESIÓN: ODONTOLÓGIA GENERAL (1), ENDODONCIA (2), ORTODONCIA (3), ODONTOPEDIATRÍA (4), CIRUGÍA (6), PERIODONCIA Y PROSTODONCIA (5+7).**

TÉNICAS	Código profesión	Nº de casos	Puntuación media	Desviación típica	Significación
DECIR-MOSTRAR-HACER	1	50	1,78	1,972	0,386
	2	9	1,11	0,333	
	3	14	1,14	0,363	
	4	23	1,39	1,469	
	6	12	1,00	0,000	
	5+7	7	1,00	0,000	
REFUERZO POSITIVO	1	50	2,54	1,249	0,330
	2	9	2,11	0,782	
	3	14	1,86	0,363	
	4	23	2,48	1,275	
	6	12	2,17	0,389	
	5+7	7	2,29	0,488	
IMITACIÓN	1	50	4,12	1,409	0,510
	2	9	4,67	1,000	
	3	14	4,50	1,019	
	4	23	4,26	1,010	
	6	12	4,08	1,084	
	5+7	7	3,57	1,397	
PREMEDICACIÓN	1	50	5,92	1,291	0,714
	2	9	5,78	1,856	
	3	14	6,29	1,139	
	4	23	6,35	1,301	
	6	12	5,92	1,165	
	5+7	7	5,86	0,378	
CONTROL DE VOZ	1	50	4,02	1,270	0,272
	2	9	5,00	2,000	
	3	14	3,64	0,842	
	4	23	3,91	1,240	
	6	12	4,00	1,595	
	5+7	7	3,86	0,900	
DESENSIBILIZACIÓN	1	50	4,04	1,195	0,518
	2	9	4,00	1,500	
	3	14	4,29	1,069	
	4	23	3,87	1,424	
	6	12	4,67	1,231	
	5+7	7	4,43	0,787	
RESTRICCIÓN FÍSICA	1	50	6,50	1,298	0,318
	2	9	6,11	1,537	
	3	14	6,64	0,842	
	4	23	6,13	1,058	
	6	12	6,67	0,888	
	5+7	7	7,14	0,378	
ANESTESIA GENERAL	1	50	7,14	1,959	0,660
	2	9	7,00	1,581	
	3	14	7,71	0,611	
	4	23	7,57	1,472	
	6	12	7,50	1,168	
	5+7	7	7,86	0,378	

de las diferentes técnicas depende del grado de colaboración del niño reservando ciertos métodos, como la sedación, restricción, mano sobre boca y reprimenda verbal, especialmente para aquellos niños no colaboradores.

Diversos autores han encontrado la existencia de diferencias significativas en el empleo de las técnicas según edad, sexo, tipo de especialidad y años de práctica<sup>13, 36</sup>. Nosotros no encontramos diferencias en relación al sexo, excepto para la premedicación siendo más utilizada por los varones. Crossley y Joshi<sup>33</sup> observan cómo las mujeres están más cómodas con la técnica de control de voz pero menos con la premedicación oral y la restricción. Wright<sup>37</sup> señala cómo las mujeres utilizan más frecuentemente técnicas más permisivas mientras que los hombres las farmacológicas, Wells y cols.<sup>7</sup> indican una preferencia de las mujeres por la técnica de decir-mostrar-hacer, óxido nítrico, sedación oral y restricción física frente a los varones. Keskinruzgar y cols.<sup>30</sup> observan diferencias significativas entre mujeres y hombres en el control de voz (88,9%/61,6%), siendo las mujeres las que con mayor frecuencia utilizan técnicas para el manejo del comportamiento; hecho contrapuesto al de Kawia y cols.<sup>35</sup> donde las técnicas de decir-mostrar-hacer, el control de voz, el óxido nítrico, sedación oral y restricción pasiva fueron significativamente más frecuentes entre las mujeres. Strom y cols.<sup>34</sup> muestran que los hombres son más partidarios que las mujeres de tratar pacientes ansiosos y que estas utilizan con mayor frecuencia la técnica de decir-mostrar-hacer. Otros estudios no observan diferencias entre la mayoría de las técnicas según el sexo, aunque señalan un mayor empleo de anestesia general y restricción física por los varones<sup>11</sup>.

En relación a la edad del profesional, no encontramos diferencias significativas entre ninguno de los estratos etarios establecidos si bien los menores de 25 años empleaban más las técnicas restrictivas, dato concordante con el estudio de Porta<sup>31</sup> pero contrapuesto al de McKnight-Hanes y cols.<sup>44</sup> los cuales observan cómo el grupo de edad de 40-49 años fue el que más empleó técnicas restrictivas (mano sobre boca y restricción física) y sedación/anestesia general, fundamentalmente odontopediatras más que dentis-

tas generales. Algunos autores reflejan cómo los dentistas jóvenes son los que más usualmente emplean estrategias de conducta<sup>33, 35, 37</sup>; otros apuntan cómo la edad influye en la técnica empleada existiendo diferencias significativas en la técnica de distracción y mano sobre boca, siendo los odontólogos mayores de 60 años los que empleaban menos el óxido nítrico en comparación con los jóvenes mientras que estos aceptaban mejor el control de voz<sup>33</sup>, resultado semejante al de Carr y cols.<sup>13</sup> que también encuentran una mayor utilización de la sedación consciente (óxido nítrico) por los menores de 50 años.

Tampoco hemos encontrado relación al analizar las técnicas con las diferentes especialidades o con los años de experiencia. Diversos trabajos señalan cómo las técnicas más especializadas son más frecuentemente usadas por odontopediatras frente a generalistas, fundamentalmente la sedación, restricción física, modelado y comunicación no verbal, pero no en referencia a la anestesia general<sup>38</sup>; mientras que técnicas como decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y control de voz son aplicadas con mayor frecuencia por los dentistas generales<sup>5</sup>. En referencia a los años de experiencia, un trabajo sobre odontopediatras reflejó que el control de voz fue significativamente más frecuente en aquellos profesionales con mayor experiencia, mientras que el uso de óxido nítrico, sedación y anestesia general en aquellos con menor experiencia<sup>7</sup>.

## CONCLUSIONES

- 1.- La técnica convencional más utilizada por los odontólogos fue decir-mostrar-hacer seguida del refuerzo positivo, control de voz, desensibilización e imitación. Las técnicas avanzadas (premedicación, restricción física y anestesia general) fueron las menos empleadas.
- 2.- No encontramos diferencias significativas en cuanto a la edad y dedicación profesional principal para la aplicación de las diferentes técnicas. En relación al sexo, solo observamos diferencias significativas en el empleo de premedicación, siendo los varones los que con mayor frecuencia la utilizaban.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J* 2013; 58: 390-407.
2. Suprabha BS, Rao A. Role of parents in behavior guidance of children in dental operatory: Current trends. *Int J Adv Res* 2015; 3 (1): 466-470.
3. Bartolomé Villar, B. Torres Moreta, L. Méndez Zunino, M. Almenara Rodríguez, M<sup>a</sup> G. Factores que influyen en la ansiedad dental del paciente infantil. *Cient Dent* 2019; 16; 47-53.
4. Review Council. Behavior guidance for the pediatric dental patient. Reference manual 18/19; 40 (6): 254-67.
5. Sharath A, Rekka P, Muthu MS, Rathna Prabhu V, Sivakumar N. Children's behavior pattern and behavior management

techniques used in a structured postgraduate dental program. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2009; 27: 22-6.

6. Farhat-McHayleh, N, Harfouche A, Souaid P. Techniques for managing behavior in pediatric dentistry: Comparative study of live modelling and tell-show-do based on children's heart rates during treatment. *JCDA* 2009; 75 (4): 283-283f. [www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-4/283.html](http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-4/283.html)
7. Wells MH, McCarthy BA, Tseng Ch H, Law CS. Usage of behavior guidance techniques differs by provider practice characteristics. *Pediatr Dent* 2018; 40 (3): 201-8.
8. Cordero N, Cárdenas JM, Álvarez LG. Aceptación de las técnicas de manejo farmacológicas y no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos en odontología. *Rev CES Odont* 2012; 25 (2): 24-32.
9. Adair SM, Rockman RA, Schafer TE, Waller JL. Survey of behavior management teaching in pediatric dentistry advanced education programs. *Pediatr Dent* 2004; 26: 151-158.
10. Oueis HS, Ralstrom E, Miriyala V, Molinari GE, Casamassimo P. Alternatives for hand over mouth exercise after its elimination from the clinical guidelines of the American academy of paediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 2010;32(3):223-8.
11. Peretz B, Glaicher H, Ram D. Child-Management Techniques. Are there differences in the way female and male pediatric dentists in Israel practice? *Braz Dent J* 2003; 14 (2): 82-6.
12. Levy RL, Domoto PK. Current techniques for behavior management: a survey. *Pediatr Dent* 1979; 1 (3): 160-4.
13. Carr K, Wilson S, Nimer S, Thornton J. Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. *Pediatr Dent* 1999; 21 (6): 347-53.
14. Adair SM. Behavior management conference panel I report—rationale for behavior management techniques in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2004; 26: 167-170.
15. Muhammad S, Shyama M, Al-Mutawa SA. Parental attitude toward behavioral management techniques in dental practice with schoolchildren in Kuwait. *Med Princ Pract* 2011; 20: 350-355. DOI: 10.1159/000323758.
16. Venkataraghavan K, Shah J, Kaur M, Trivedi K, Dhah S, Virda M. Pro-activeness of parents in accepting behavior management techniques: A cross-sectional evaluative study. *J Clin Diag Res* 2016; 10 (7): ZC46-ZC49. DOI: 10.7860/JCDR/2016/18378.8162.
17. Oliver K, Manton DJ. Contemporary behavior management techniques in clinical pediatric dentistry: out with the old and in with the new? *J Dent Child (Chic)* 2015; 82 (1): 22-8.
18. Boka V, Arapostathis K, Vretos N, Kotsanos N. Parental acceptance of behavior management techniques used in paediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience. *Eur Arch Paediatr Dent* 2014; 15 (5): 333-39.
19. Eaton JJ y cols. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2005; 27: 107-113.
20. Acharya S. Parental acceptance of various behaviour management techniques used in pediatric dentistry: A pilot study in Odisha, India. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2017; 17 (1): e3728. DOI: 10.4034/PBOCI. 2017.171.26.
21. Scott S, García-Godoy F. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. *J Dent Child* 1998; March-April: 128-131.
22. Fields HW, Goodwin M, Machen JB. Acceptability of various behavior management techniques relative to types of dental treatment. *Pediatr Dent* 1984; 6 (4): 199-203.
23. Al Zoubi L, Schmoeckel J, Mustafa Ali M, Alkilzy M, Splieth CH. Parental acceptance of advanced behaviour management techniques in normal treatment and in emergency situations used in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent* 2019; 20 (4): 319-23.
24. Saadia M, Valencia R. Communicating with the new generations. The challenge for pediatric dentists. *J Clin Pediatr Dent* 2015; 39 (4): 297-302.
25. Alammouri M. The Attitude of parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry. *J Clin Pediatr Dent* 2006; 30 (4): 310-313.
26. Bradt, J, Teague A: Music interventions for dental anxiety. *Oral Dis* 2017; 24 (3): 300-306.
27. Folyan MO, Idehen E. Factors influencing the use of behavioral management techniques during child management by dentists. *J Clin Pediatr Dent* 2004; 28 (2): 155-162.
28. Adair SM, Waller JL, Schafer TE, Rockman RA. A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry on their use of behavior management techniques. *Pediatr Dent* 2004; 26: 159-166.
29. Oredugba FA, Sanu OO. Behavior management techniques employed by Nigerian dentists for their child patients. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2009; 9: 271-6.
30. Keskinruzgar A, Ozcan Kucuk A, Delikan E. Knowledge attitude and practices of oral and maxillofacial surgeons regarding behavior guidance techniques for managing child patients. *Cumhuriyet Dental Journal*: 2018; 21(4): 311-18.
31. Porta Jiménez A. Encuesta sobre técnicas de guía de conducta en Odontopediatria. Trabajo final de Grado en Odontología. Universidad de Barcelona. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Barcelona. 2017.
32. Coxon J, Hosey MT, Newton JT. Knowledge of behavioural management principles amongst specialist paediatric dental practitioners in the United Kingdom. *Behav Cogn Psychother* 2017, 45, 185-192.
33. Crossley ML, Joshi G. An investigation of paediatric dentists' attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK. *Br Dent J* 2002; 192 (9): 517-21.
34. Strøm K, Rønneberg A, Skaare AB, Espelid I, Willumsen T. Dentists' use of behavioural management techniques and their attitudes towards treating paediatric patients with dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent* 2015; 16(4): 349-55.
35. Kawia HM, Mbawalla HS, Kahabuka FK. Application of behavior management techniques for paediatric dental patients by Tanzanian dental practitioners. *Open Dent J* 2015; 9: 455-461.
36. Alajaji N. Pharmacological management preference among pediatric dentistry. *IJMDC* 2019; 3 (6): 516-520. <https://doi.org/10.24911/IJMDC.51-1549024274>.
37. Wright FA, Giebartowski JE, McMurray NE. A national survey of dentists' management of children with anxiety or behavior problems. *Aust Dent J* 1991; 36: 378-83.
38. Abushal MS, Adenubi JO. The use of behavior management techniques by dentists in Saudi Arabia: A survey. *Saudi Dent J* 2000; 12 (3): 129-34.
39. Levy RL, Domoto P. Current techniques for behavior management: A survey. *Pediatr Dent* 1979; 1 (3): 160-4.
40. Allen KD, Stanley RT, McPherson K. Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1990; 12 (2): 79- 82.
41. Grewal N. Implementation of behavior management techniques: how well accepted they are today. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2003; 21: 70-4.
42. Wilson S, Alcalino EA. Survey on sedation in paediatric dentistry: a global perspective. *Int J Paediatr Dent* 2011; 21: 321-332.
43. Wali A, Siddiqui TM, Khan R, Batool K. Knowledge, Attitude, and Practices of Dental Surgeons in managing Child Patients. *Int J Clin Pediatr Dent* 2016; 9 (4): 372-378. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1393. Epub 2016 Dec 5.
44. McKnight-Hanes C, Myers DR, Dushku JC, Davis HC. The use of behavior management techniques by dentists across practitioner type, age, and geographic region. *Pediatr Dent* 1993; 15 (4): 267-271.
45. Bimstein E, Azari AF, Sotto JJ, Riley III JL. Students' perceptions about pediatric dental behavior guidance in an undergraduate four-year dental curriculum. *J Dent Educ* 2009; 73: 1366-71.