



## Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría

Yazmi García Montaña,\* Rodolfo Ríos Fragoso,<sup>§</sup> Vicente Cuairán Ruidíaz,<sup>||</sup> Luis Alberto Gaitán Cepeda<sup>¶</sup>

### RESUMEN

Las técnicas de manejo conductual son métodos para controlar la conducta infantil. El objetivo de este estudio fue determinar el grado de aceptación de padres hacia técnicas no farmacológicas de manejo. Se dividieron padres de niños ASA I y II en dos grupos: grupo A con explicación por escrito y fotografías de las técnicas y grupo B sólo con fotografías. Cada padre respondió una encuesta donde se recopilaron: Edad del niño(a), sexo, experiencias dentales previas dolorosas del padre, grado de estudios del padre y aceptación de las técnicas. Los resultados indicaron que el grupo B aceptó mayor número de técnicas pero analizando individualmente cada técnica este grupo obtuvo la menor aceptación. Las técnicas, lenguaje pediátrico y decir-mostrar-hacer fueron las más aceptadas. La explicación previa a los padres de las técnicas de manejo conductual es necesaria al decidir utilizar técnicas de modificación del comportamiento y técnicas de control físico en sus hijos.

### ABSTRACT

Behavioral management techniques are methods to control children behavior. The objective of this study was to determine parental acceptance degree to non-pharmacologic behavioral management techniques. Parents of ASA I and II children were divided into two groups: **group A** written and visual explanation of behavioral techniques were offered; and **group B** only pictures were showed. Each parent had to answer some questions, and the data was recorded: gender, age, parents previous dental experiences, degree of studies and technique acceptance. **Results:** Group B parents, accepted behavioral management techniques better than Group A. However when analyzing individually each technique, this same group showed less acceptance. Pediatric language and tell-show-do techniques were most accepted. Previous explanation of techniques is necessary when deciding the use of a modeling or a physical restraint technique on their children.

**Palabras clave:** Psicología infantil, control de la conducta, manejo de la conducta.

**Key words:** Acceptance degree, behavioral management techniques, infant psychology.

### INTRODUCCIÓN

La aceptación se define como recibir voluntariamente lo que se da, ofrece o se encarga.<sup>1</sup> La odontología como una ciencia de la salud, predispone un ambiente y experiencia que en mucho estimula y provoca la respuesta natural de miedo en las personas, lo cual puede dificultar la aceptación de ciertas técnicas o métodos para recibir un tratamiento.<sup>2</sup>

El manejo del comportamiento del paciente en odontopediatría representa una interacción continua con el niño y el padre dirigida hacia la comunicación y la educación. El objetivo del especialista al manejar el comportamiento del paciente es disminuir el miedo y la ansiedad al promover un entendimiento de la necesidad de una buena salud dental y el proceso por el cual ésta se logra. La comunicación entre el dentista y el niño se construye sobre un proceso dinámico de diálogo, expresión facial y tono de voz. Es a través de esta comunicación que los dentistas pueden disminuir el miedo y la ansiedad, enseñar mecanismos apropiados de imitación y guiar al niño a cooperar, relajarse y tener confianza en sí mismo durante la consulta dental.<sup>3</sup>

La literatura describe técnicas o métodos para lograr el manejo de la conducta infantil de forma no farmacológica. De esta gran variedad de técnicas utilizadas y que se consideraron para este estudio existen las técnicas de comunicación, técnicas de modificación del comportamiento y técnicas de control físico.<sup>4,5</sup> Dentro de las técnicas de comunicación tenemos las siguientes: 1) *Lenguaje pediátrico*, que consiste en hablarle al niño con un lenguaje creativo y comprensible para él en todo momento, adaptando las palabras utilizadas a la edad del niño. 2) *Decir, mostrar y hacer*, que consiste en familiarizar al niño con el ambiente, instrumentos y personas nuevas del con-

\* Alumna de la Especialidad de Estomatología Pediátrica del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

§ Jefe del Servicio de Estomatología Pediátrica del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

|| Jefe del Departamento de Estomatología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

¶ Profesor Investigador de la División de Estudios de Posgrado e Investigación. Facultad de Odontología, UNAM.

sultorio. 3) *Control de voz*, en donde el especialista adopta una actitud autoritaria con un cambio repentino y súbito en el tono de voz y está destinada a restablecer la comunicación perdida con el paciente. Dentro de las técnicas de modificación tenemos las siguientes: 1) *Desensibilización*, en donde el especialista se enfoca en lograr una relajación muscular del niño y describirle escenas que guarden relación con sus miedos con el fin de que el niño sustituya una conducta inapropiada de ansiedad por una más apropiada mediante la relajación. 2) *Imitación* en donde el niño aprende de la situación dental viendo a otros niños recibir el tratamiento. Por último, dentro de las técnicas de control físico tenemos las siguientes: 1) *Mano sobre boca*, que tiene como objetivo restablecer la comunicación con un niño que es capaz de comunicarse pero que muestra una actitud desafiante. Consiste en colocar la mano del operador sobre la boca del niño en pleno ataque de histeria y en voz baja decirle al oído que la actitud que muestra no es la correcta y que se retirará la mano en cuanto esté dispuesto a cooperar.<sup>6-9</sup> 2) *Restricción física*, en donde el profesional ya no puede controlar los movimientos del paciente y debe recurrir a dispositivos de limitación física específicos para controlar sus movimientos.<sup>9,10</sup>

El propósito de este estudio fue determinar el grado de aceptación de las técnicas de manejo del comportamiento en los padres a los que se da la información previamente y compararlo con los padres a los que no se les da, lo cual es muy importante ya que así podemos confirmar que al igual que en otros países, en nuestro país y específicamente en este hospital, la explicación y el porqué del uso de las técnicas de manejo conductual odontopediátricas no farmacológicas a los padres es una medida indispensable para mejorar el servicio, calidad y eficacia en la atención odontopediátrica y así lograr en los niños un comportamiento más cooperador al disminuir la transmisión de ansiedad de los padres a los hijos.

## MÉTODOS

El tipo de estudio fue exploratorio, comparativo, transversal y consistió de una muestra de 80 padres o madres de niños que acudieron al Servicio de Odontopediatría del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" en el periodo de diciembre del 2002 a marzo del 2003. Se incluyeron a padres de niños con estado físico ASA I y II ya que son niños sanos o con enfermedad sistémica leve controlada en los cuales está indicada la aplicación de las técnicas de manejo conductual, también se incluyeron padres biológicos y no biológicos y a padres de niños de edades entre 4 y

10 años, ya que la aplicación de dichas técnicas está indicada en este rango de edades.<sup>4</sup> Las variables a estudiarse fueron: sexo y edad del niño, experiencias previas dentales dolorosas del padre y su escolaridad, ya que creemos que ambas pudieran influenciar negativa o positivamente la aceptación de las técnicas y finalmente la aceptación de las técnicas de lenguaje pediátrico, decir, mostrar y hacer, control de voz, desensibilización, imitación, mano sobre boca y restricción física para poder determinar qué tan informados están los padres acerca de ellas y cuáles técnicas son las de mayor y menor aceptación.

La secuencia de la investigación fue realizada al azar en los padres como sigue: Los padres de los niños fueron seleccionados y colocados en dos grupos (A y B) de 40 elementos cada uno, en donde a cada padre del grupo A se le dio un folleto con explicación previa por escrito y con fotografías de las siete técnicas de manejo del comportamiento arriba mencionadas y en el grupo B se entregó un folleto sin explicación por escrito y sólo con fotografías de las mismas técnicas. Posteriormente, a cada padre de ambos grupos se le dio un cuestionario en donde se recopilaron los siguientes datos: Edad del niño(a) y sexo, experiencias previas de tipo doloroso del padre al dentista, grado de estudios del padre y la aceptación de la técnica.

La edad del niño en ambos grupos (A y B) se dividió en tres estratos 4-6 años, 7-8 años y 9-10 años de edad. En las experiencias previas de los padres se les cuestionó si habían tenido o no alguna experiencia físicamente dolorosa al dentista anteriormente. El grado de estudios se dividió en tres niveles:

- 1) Nivel de estudios escuela secundaria o menos
- 2) Nivel escuela preparatoria-carrera técnica
- 3) Nivel licenciatura-posgrado.

Para analizar el grado de aceptación de las técnicas se realizó una escala de medición de acuerdo a las siguientes puntuaciones:

De 0 a 1 técnicas aceptadas = bajo Grado. De 2 a 4 técnicas aceptadas = grado medio y de 5 a 7 técnicas aceptadas = grado alto.

Para analizar estadísticamente los resultados obtenidos se utilizó una prueba no paramétrica ( $\chi^2$ ) tomando un nivel de confianza del 95% ( $p < 0.05$ ).

Para la realización de este estudio se siguieron las normas éticas planteadas por el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" y por medio de una hoja de consentimiento informado expresamente diseñada para el estudio, que fue aceptada y firmada por los padres, se garantizó que la información obtenida fuera

estrictamente anónima y confidencial con fines únicamente científicos y educativos.

## RESULTADOS

Los datos demográficos de sexo y edad del niño mostraron una distribución equitativa en ambos grupos por lo cual en el grupo A el 57% de los participantes fueron padres de niños del sexo masculino y 42.5% del femenino mientras que en el grupo B el 47.5% correspondió al sexo masculino y 52.5% al femenino. En cuanto a la edad, la mayoría de padres de ambos grupos ubicó a sus hijos en el estrato de edad entre 9 y 10 años (Grupo A 52% y Grupo B 35%). En el estrato de edades de 7-8 años la distribución fue de 22% en el Grupo A y 32% en el Grupo B y finalmente en el estrato de edades de 4-6 años se distribuyó en 25% grupo A y 32% grupo B.

Las experiencias dolorosas previas al dentista de los padres no arrojaron datos que indicaran diferencia entre ambos grupos y se pudo observar que en realidad pocos padres refirieron haberlas tenido (*Cuadro I*).

En cuanto al nivel de escolaridad, la distribución de los padres en ambos grupos fue similar (*Cuadro II*).

El grado de aceptación de los padres hacia las técnicas de manejo conductual generó los siguientes resultados: en el grupo A la mayor parte de los encuestados (47.5%) se ubicó dentro del grado de aceptación medio, aceptando en promedio entre 2 y 4 técnicas de manejo de la conducta infantil. El grupo B por el contrario ubicó su mayoría de participantes (50%) dentro del grado de aceptación alto, aceptando en promedio entre 5 y 7 técnicas de comportamiento infantil (*Cuadro III*).

La aceptación de las técnicas indicó que los padres a los que no se les dio la explicación previa (Grupo B) aceptaron mayor número de técnicas en general, es decir, que al contabilizar el total de técnicas aceptadas por los padres de este grupo se aceptó un mayor número en comparación con el grupo A, pero al analizar individualmente la aceptación de cada técnica en cada grupo (A y B) se observó una menor aceptación de los padres, a los cuales no se les dio la explicación previamente, sobre todo en técnicas de modelaje y control físico en donde se obtuvieron los siguientes resultados: La técnica de *Lenguaje pediátrico* en el grupo A fue aceptada por un total de 32 (80%) padres mientras que en el grupo B por 30 padres (75%) lo cual no muestra diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.059$ ). La técnica *Decir-Mostrar-Hacer* en el grupo A fue aceptada por un total de 36 (90%) padres mientras que en el grupo B fue aceptada por 34 (85%) padres, lo cual no indica diferencia estadísticamente

**Cuadro I.** Experiencias previas dentales dolorosas del padre.

Grupo	Experiencias dolorosas	Frecuencia	Porcentaje
A	Sí	9	22.5
	No	31	77.5
Total		40	100.0
B	Sí	8	20.0
	No	32	80.0
Total		40	100.0

Fuente: Directa

**Cuadro II.** Nivel de estudios de los padres.

Grupo	Nivel estudios	Frecuencia	Porcentaje
A	Secundaria o menos	18	45.0
	Preparatoria-carrera técnica	17	42.5
	Licenciatura	5	12.5
	Total	40	100.0
B	Sec. o menos	22	55.0
	Preparatoria-Carrera técnica	15	37.5
	Licenciatura	3	7.5
	Total	40	100.0

Fuente: Directa

**Cuadro III.** Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual odontopediátricas.

Grupo	Grado de aceptación*	Frecuencia	Porcentaje	P
A	Bajo	6	15.0	1.0
	Medio	19	47.5	
	Alto	15	37.5	
	Total	40	100.0	
B	Bajo	2	5.0	0.259
	Medio	18	45.0	
	Alto	20	50.0	
	Total	40	100.0	

Fuente: Directa

\* El grado de aceptación equivale al número de técnicas aceptadas en total por los padres en donde el grado bajo = 0-1 técnicas aceptadas, grado medio = 2-4 técnicas aceptadas y grado alto = 5-7 técnicas aceptadas.

significativa ( $p = 0.498$ ). La tercera técnica *Control de voz* fue aceptada por 19 (47.5%) padres del grupo A y por 7 (17.5%) del grupo B, lo cual indicó que sí existe diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos para esta técnica ( $p = 0.004$ ). La técnica de *Desensibilización* fue aceptada por 23 (57.5%) padres del grupo A y 10 (25%) del grupo B, lo cual indicó también diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos para esta técnica ( $p = 0.003$ ). La quinta técnica llamada *Imitación* mostró una aceptación de 21 (52.5%) padres del grupo A y 22 (55%) del grupo B lo cual no indicó diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.822$ ). La técnica de *Mano Sobre Boca* fue aceptada por 9 (22.5%) padres del grupo A y 2 (5%) padres del grupo B, lo cual mostró que sí existe diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos para esta técnica ( $p = 0.02$ ). La última técnica evaluada, *Restricción física* fue aceptada por 11 (27.5%) padres del grupo A y 8 (20%) del grupo B, lo cual no muestra diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.430$ ) (*Cuadro IV*).

## DISCUSIÓN

Estudios previos realizados en donde se evaluaron las actitudes de los padres hispanos hacia las técnicas de manejo conductual odontopediátricas concluyeron que los padres se muestran mucho más cooperadores al aceptar las técnicas cuando éstas son explicadas previamente a su aplicación en el niño.<sup>11-14</sup> En este estudio se pudo observar que los padres a los cuales no se les explicaron previamente las técnicas, mostraron aceptación a un mayor número de técnicas comparadas con el grupo al que sí se le dio previa-

mente la información por escrito. Pero al analizar cada técnica en forma individual se llegó a la misma conclusión que los estudios realizados por estos investigadores, ya que las técnicas de control de voz, desensibilización y mano sobre boca mostraron diferencia estadística significativa que sugiere que se requiere de explicación previa para que dichas técnicas sean aceptadas y comprendidas por los padres y puedan entonces ser efectuadas durante el tratamiento dental de sus hijos.

Se ha reportado que las técnicas de *Restricción física* y *mano sobre boca* son las menos aceptadas a diferencia de la técnica de *Decir, mostrar y hacer* que fue la más aceptada.<sup>14,15</sup> Los resultados de este estudio sí coinciden con los encontrados por estos autores en donde la técnica más aceptada por ambos grupos fue *Decir, mostrar y hacer* y *Lenguaje pediátrico* probablemente porque para ambos grupos el término por sí solo explica de lo que se trata la técnica. Las menos aceptadas en este estudio fueron *Restricción física* y *Mano sobre boca* igualmente por ambos grupos y esto puede deberse a la misma razón de que los términos por sí mismos hablan de una acción invasiva y un tanto agresiva que es difícil de aceptar para la mayoría de los padres si estas técnicas no son explicadas previamente y realizadas con su consentimiento, como se demostró en este estudio.

El artículo de Satu L, Heikki T, Wino H. "The relationship of parental dental anxiety and child's caries status", *J Dent Child* 1989; 33: 191-95,<sup>16</sup> hace hincapié en la importancia del papel de los padres en el tratamiento dental, especialmente de la madre en donde determinan que el nivel de ansiedad del niño, está directamente relacionado con el nivel de ansiedad de la

**Cuadro IV.** Aceptación de las técnicas de manejo del comportamiento infantil por parte de los padres.

Técnica	Frecuencia Grupo A*	Porcentaje %	Frecuencia Grupo B*	Porcentaje %
Lenguaje pediátrico	32	21.4	30	26.5
Decir-mostrar-hacer	36	23.8	34	30.2
Control de voz	19	12.5	7	6.2
Desensibilización	23	15.3	10	8.8
Imitación	21	13.9	22	19.4
Mano sobre boca	9	5.9	2	1.7
Restricción física	11	7.2	8	7.2
Total	151	100%	113	100%

Fuente: Directa

\* En donde el 100% de las técnicas del grupo A es igual a 151 técnicas aceptadas por el total de padres y el 100% de las técnicas del grupo B es igual a 113 técnicas aceptadas por el total de padres. Esto debido a que la mayoría de los padres aceptaron más de una técnica de manejo del comportamiento infantil.

madre, así como la influencia negativa de las experiencias previas de la madre al dentista. Observaron también que un nivel de educación bajo combinado con visitas irregulares al dentista se asociaban con un nivel más alto de ansiedad en el niño y por lo tanto con una conducta negativa durante el tratamiento operatorio.<sup>16</sup> En este estudio como observamos en los resultados, esto no se confirmó, ya que la mayor aceptación se localizó en los niveles de estudio bajo y medio, al igual que no se encontró una influencia directa entre la ansiedad de los padres y su nivel de aceptación hacia las técnicas de manejo conductual no farmacológicas.

### CONCLUSIONES

- Los padres que participaron en este estudio a los cuales no se les explicaron previamente las técnicas de manejo conductual no farmacológicas aceptaron una mayor cantidad de éstas, pero al analizar individualmente el número de técnicas aceptadas se observó que los padres aceptan un menor número de técnicas cuando éstas no son explicadas previamente.
- Las técnicas más aceptadas fueron *Lenguaje Pediátrico y Decir, Mostrar y Hacer* y las menos aceptadas *Restricción Física y Mano sobre Boca*.
- Por lo tanto, los resultados de este estudio sugieren que la información con la que cuentan los padres acerca de las técnicas de manejo de conducta es insuficiente y por lo tanto es necesario explicar a los padres los procedimientos o alternativas para manejar la conducta de sus hijos.

### REFERENCIAS

1. *Diccionario Trillas de la Lengua Española*. 1era ed: México, D.F. 1990: 41.

2. Barber T. *Pediatric Dentistry*, 1era ed. Ediciones Mosby. St. Louis Missouri; 1982: 341.

3. Houpt M. Management of the child behavior in the dental environment. *Compend Contin Educ Dent* 2002; 14: 64-68.

4. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Guideline of Behavior Management. *Pediatr Dent* 2001-02; 22: 42-8.

5. Feigal R. Pediatric behavior management thorough nonpharmacologic methods. *ASDC* 1995; 43: 327-32.

6. Pinkham J. Behavior management of children in the dental office. *Dent Clin North Am* 2000: 471-86.

7. Kendrich F. Practical tips managing children's behavior. *J Dent Child* 1999; 25: 258-64.

8. Glasrud P. Dentist's characteristics and child behavior management techniques. *ASDC* 1984; 51: 337-43.

9. Winder RL. Management of the child dental patient. *Oakla Dent Assoc* 2001; 91: 42-7.

10. Connick CH, Palat M, Pugliese S. The appropriate use of physical restraint. *J Dent Child* 2000: 250-62.

11. Stuart S, García G. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. *J Dent Child* 1998; 21: 128-131.

12. Havelka C, McTigue D, Wilson S, Odom J. The influence of social status and prior explanation on parental attitudes toward behavior management techniques. *Pediatr Dent* 1992; 14: 367-81.

13. Lawrence SM, McTigue DJ, Wilson S, Odom JG, Waggoner WF, Fierlds HW Jr. Parental attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1991; 13: 151-5.

14. Wilson S, Antalis D, McTigue DJ. Group effect on parental rating of acceptability of behavioral management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1991; 13: 200-3.

15. Peretz B, Zadik D. Parents attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatr Dent* 1999; 21: 201-4.

16. Satu L, Heikki T, Wino H. The relationship of parental dental anxiety and child's caries status. *J Dent Child* 1989; 33: 191-95.

Dirección para correspondencia:

**Luis Alberto Gaitán Cepeda**

Facultad de Odontología, UNAM

División de Estudios de Posgrado e

Investigación, Jefe del Laboratorio

de Patología Clínica y Experimental

Tel: 5622-5559

Correo electrónico: lgaitan@servidor.unam.mx