



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat de Medicina
i Ciències de la Salut

GRADO EN ODONTOLOGIA
-TRABAJO FINAL DE GRADO-

**ENCUESTA SOBRE TÉCNICAS DE
GUÍA DE CONDUCTA EN
ODONTOPEDIATRÍA**

ANDREA PORTA JIMÉNEZ

Convocatoria: 27 de junio de 2017

RESUMEN

Introducción: En odontopediatría, uno de los objetivos principales es el control de la conducta de los pacientes. Para ello, se hace uso de técnicas de guía de conducta tanto farmacológicas como las que no lo son, con la finalidad de aliviar la ansiedad, lograr un tratamiento dental seguro, y conseguir una actitud positiva frente a la odontología.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es conocer las técnicas de guía de conducta que utilizan en la actualidad los odontopediatras que han realizado el Máster de Odontopediatría de la Universitat de Barcelona y conocer, además, sus preferencias y las de los padres según su opinión.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo transversal mediante una encuesta online destinada a los exalumnos del Máster de Odontopediatría de la Universitat de Barcelona.

Resultados: Las técnicas de comunicación y de modificación de conducta son técnicas ampliamente utilizadas por los encuestados (98,1%), junto con el uso de bloques de mordida o abre bocas (94,2%) y la sedación oral (71,1%). Según su opinión, no se debería usar el control de voz (25%) y la técnica menos usada y que menos les gusta y menos gusta a los padres es la técnica de Mano-Sobre-Boca (61-64%).

Discusión: Los cambios en la manera de educar a los hijos a través del paso del tiempo afectan directamente a la manera en la que los profesionales dentales prestan los servicios de cuidado de la salud oral. Los padres están expresando un incremento en el deseo de participar en el cuidado de la salud de sus hijos. Por esta razón, cobra mucha importancia la opinión de los padres a la hora de utilizar las técnicas de guía de conducta y la obtención del consentimiento informado.

Conclusiones: Los odontopediatras formados en el master de la Universitat de Barcelona utilizan las técnicas de guía de conducta de manera similar independientemente de la edad o del año de graduación. Aun así, existen diferencias según el lugar de nacimiento siendo los españoles los que usan más técnicas de comunicación o de modificación de la conducta. Por último, en su opinión, los padres prefieren las técnicas no farmacológicas a las farmacológicas.

ABSTRACT

Introduction: In paediatric dentistry, one of the principal objectives is controlling the behaviour of the patients. For this, it is necessary to use both pharmacological and non-pharmacological behavioural guideline techniques, resulting in the alleviation of anxiety, a safe dental treatment, and creating a positive attitude to dentistry.

Objectives: The main objective of this study is to know the conduct guidance techniques that are currently used by paediatric dentists who have studied for the Master in Paediatric Dentistry at the University of Barcelona, also to know their preferences and those of the parents too.

Material and methods: An observational cross-sectional study using an online survey is performed, aimed at the ex-students of the Master in Paediatric Dentistry at the University of Barcelona.

Results: Communication and behaviour modification techniques are widely used (98.1%), together with the use of bite blockers or mouth openers (94.2%) and oral sedation (71.1%). In their opinions, voice control should not be used (25%) and the technique that is least used and least liked by both dentists and parents is the technique of Hand-Over-Mouth (61-64%).

Discussion: Over time the changes in the way that children are educated directly affect the way that dental professionals provide oral health care services. Parents are expressing an increased desire to participate in the health care of their children. For this reason, the opinion of parents in the use of behavioural guidance techniques and the obtaining of informed consent becomes very important.

Conclusions: Paediatric dentists trained with the master at the University of Barcelona use similar behaviour guidance techniques irrespective of age or the year of graduation. There are still differences depending on place of birth with Spaniards using more techniques of communication or behaviour modification techniques. Finally, in their opinion, parents prefer the non-pharmacological to pharmacological techniques.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN	5
1.2 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA	6
1.3 TÉCNICAS DE LIMITACIÓN.....	6
1.4 TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS.....	7
2. OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GENERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
2.3 HIPÓTESIS.....	10
3. DISEÑO	11
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	12
4.1 PRIMERA FASE DEL ESTUDIO:	12
4.2 SEGUNDA FASE DEL ESTUDIO:	12
4.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:.....	13
5. RESULTADOS	14
6. DISCUSIÓN.....	20
7. CONCLUSIONES	27
8. BIBLIOGRAFÍA	29

1. INTRODUCCIÓN

La odontopediatría es la especialidad de la odontología que trata el cuidado preventivo y terapéutico de niños y adolescentes, y uno de los objetivos principales es el control de la conducta de estos pacientes. Para conseguirlo, se hace uso de técnicas de guía de conducta tanto farmacológicas como las que no lo son, con la finalidad de aliviar la ansiedad, lograr un tratamiento dental seguro, eficiente y de calidad, y conseguir una actitud positiva frente a la odontología, así como una buena salud dental.¹

Dado que los niños exhiben una amplia gama de desarrollo físico, intelectual, emocional y social, y una diversidad de actitudes y temperamento; es importante que los profesionales tengan un amplio conocimiento de las técnicas de guía de conducta para satisfacer las necesidades de cada niño y ser tolerante y flexible en su ejecución.^{2,3} Por esta razón, la selección de las técnicas se debe adaptar, por un lado, a las necesidades del paciente de manera individual, y por otro lado, a las habilidades del profesional; empleándose como un método integral y continuo destinado a desarrollar y nutrir la relación entre paciente y odontólogo.⁴

Aunque la mayoría de los niños aceptan cualquier experiencia sin la mayor ansiedad, algunos requieren una atención especial. Por lo tanto, desde el momento en el que el niño entra a la consulta, es necesario no sólo establecer una empatía con él, sino también emplear las técnicas de guía de conducta adecuadas, implicando a todo el equipo profesional que trabaja en la consulta.¹

Aunque algunas técnicas de guía de la conducta evolucionan con el paso del tiempo, existen unos conceptos básicos que se mantienen y son fundamentales:⁵

- Acercamiento positivo: sin duda, las expectativas del dentista pueden influir en el resultado de la visita. El niño responderá de acuerdo a lo que se espera de él, por ello para obtener éxito es importante que el dentista se anticipe con actitud positiva.
- Establecer una buena comunicación con el niño: lo que permitirá al profesional ganarse la confianza de éste y de sus padres, así como su aceptación del tratamiento dental.

- Proporcionar un ambiente relajado y cómodo: en este punto es fundamental la ayuda del equipo dental para transmitir una actitud cálida e interesada hacia el niño.
- Organización de la consulta: cada uno de los miembros del equipo debe conocer lo que se espera de él y lo que deben hacer. Esto permite incrementar la eficiencia y mejorar las relaciones con el paciente.
- La actitud del dentista debe mostrar sinceridad que ayudará a reforzar la confianza y la tolerancia. Esto se refiere a la capacidad de mantener la compostura ante situaciones extremas en la conducta del niño y flexibilidad para adaptarse a sus cambios conductuales.

El manejo de la conducta empieza con técnicas de guía de conducta verbales y no verbales que forman las bases para el manejo comunicativo de pacientes colaboradores o no colaboradores⁶ y se clasifican en cuatro grupos:

1.1 TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

La comunicación con el paciente infantil es el primer objetivo para guiar su conducta. El dentista y su equipo deben desarrollar sus habilidades tanto a nivel verbal como paraverbal; deben establecer contacto visual y sonreír y prestar atención a su persona.⁵ La conversación debe ser natural y agradable y es importante que cada uno de los miembros del equipo conozca su papel en este primer momento. Estas técnicas son técnicas ampliamente utilizadas con niños que han desarrollado cierto grado de habilidad comunicativa⁶ (Tabla 1).

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN	
-“Dental home”	-Control de voz
-Instrucciones	-Técnicas no verbales
-Lenguaje pediátrico	-Triple E (Explique-Enseñe-Ejecute)
-Reestructuración de la memoria	-ATA (Ask-Tell-Ask)
-Distracción	-Control de la conducta de los padres
-Ludoterapia	-Reducción de la ansiedad de los padres
	-Humor

Tabla 1. *Técnicas de comunicación en el manejo de la conducta en odontopediatría*

1.2 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

La finalidad de estas técnicas es evitar conductas negativas y por definición consisten en cambiar un comportamiento individual negativo hacia un ideal deseado de forma gradual. Para ello, se debe establecer una comunicación entre el profesional y el paciente marcando inicialmente un objetivo y añadiendo las explicaciones necesarias para aproximarse a éste y así sucesivamente⁵ (Tabla 2).

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA	
-Visitas previas	-Tiempo
-Visita introductoria	-Asociación positiva
-Imitación	-Silencio
-Desensibilización	-Enseñar lo aprendido (teach back)
-Moldeado de la conducta	-Evasión o escape contingente del tratamiento
-Entrevista Motivacional (EM)	-Evasión o escape no contingente del tratamiento
-Refuerzo positivo	-Tiempo de descanso
-Refuerzo negativo	-Aplazamiento del tratamiento
-Reentrenamiento	-Presencia de psicólogos
-PAP (Presencia/Ausencia padres)	-Acupuntura
-Confusión	-Auriculoterapia
-Sugestión	-Hipnosis

Tabla 2. Técnicas de modificación de la conducta en odontopediatría

1.3 TÉCNICAS DE LIMITACIÓN

Es el término que utilizan Boj y cols.⁵ en lugar del término clásico usado muchos años de “técnicas de enfoque físico”. Se definen como aquellas técnicas que limitan o controlan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales. No son técnicas que se utilizan como castigo, sino como procedimientos clínicos aceptados con base científica para llevar a cabo en determinadas situaciones perfectamente tipificadas y específicas. Es necesario conocer y saber aplicarlas adecuadamente y nunca deben entenderse como una forma punitiva. Si se aplican correctamente en los casos indicados y de una forma profesional no suponen ningún daño psicológico para el niño.⁵

La principal indicación para su utilización es en urgencias dentales con niños descontrolados y en pacientes neurológicos que no pueden controlar sus movimientos. Sólo deben utilizarse después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con las técnicas convencionales ya que la alternativa a estas técnicas sería el uso de técnicas farmacológicas⁶ (Tabla 3).

TÉCNICAS DE LIMITACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> -Bloques de mordida, abre bocas -Mano sobre boca (MSB) -Inmovilización médica / Estabilización protectora activa -Inmovilización médica / Estabilización protectora pasiva

Tabla 3. *Técnicas de limitación en el manejo de la conducta en odontopediatría*

1.4 TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS

Las técnicas farmacológicas se encuentran en el otro extremo, ya que estas técnicas se utilizan normalmente con niños con necesidades especiales de salud, niños muy pequeños, y pacientes no colaboradores^{6,7}(Tabla 4).

Aunque hay autores que creen que utilizar las técnicas farmacológicas no permite al profesional trabajar y nutrir el vínculo que se crea entre paciente y odontólogo⁴ actualmente la jerarquía de la aceptación de los padres de las técnicas avanzadas de guía de conducta está cambiando con la aprobación creciente del manejo farmacológico y la aprobación decreciente del manejo físico.⁸

TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> - Sedación inhalada - Sedación oral - Sedación nasal - Sedación rectal - Sedación endovenosa - Anestesia general

Tabla 4. *Técnicas farmacológicas en odontopediatría*

Mediante el proceso de guía de la conducta los profesionales ayudan a los pacientes a identificar comportamientos adecuados e inadecuados, a aprender estrategias de resolución de problemas, a desarrollar control de impulsos y también a obtener empatía y autoestima.¹

El conocimiento de las bases científicas de las técnicas de guía de conducta y las habilidades en comunicación, empatía, tolerancia, sensibilidad cultural, y flexibilidad son requisitos indispensables para una apropiada implementación de éstas. Esto es así ya que estas técnicas nunca deben ser castigos por mal comportamiento; ni deben poder usarse para ninguna estrategia que hiera, avergüence o menosprecie a un paciente.¹

Los comportamientos del odontólogo y de los miembros del equipo son las herramientas principales que se utilizan para guiar el comportamiento de los pacientes pediátricos. La actitud del dentista, el lenguaje corporal, y las habilidades comunicativas son críticas para crear una visita dental positiva para el niño y para ganarse su confianza y la de los padres.^{3,9} Actualmente la comunicación con éstos es muy relevante dada la importancia de los consentimientos informados y el aumento de su participación en la consulta dental.¹⁰ El deseo de los padres de estar presentes en la consulta dental se deriva de su necesidad de verificar visualmente la seguridad de sus hijos y no implica necesariamente la desconfianza hacia el dentista,¹⁰ y, a menudo, los padres se sienten más satisfechos de la cita si satisfacen su necesidad de permanecer dentro de la consulta.¹¹

Los padres influyen en el comportamiento de sus hijos en la consulta dental de muchas maneras. Las actitudes positivas hacia el cuidado de la salud oral deben conducir a un establecimiento temprano del cuidado dental en casa. De esta manera, el cuidado preventivo conducirá a tener menos enfermedad dental, a una disminución de la necesidad de tratamiento, y con ello, a menos oportunidades de tener experiencias dentales negativas.^{3,12}

Por lo tanto, es muy importante conocer el contexto educativo que han establecido los padres. En la actualidad, los estilos, las expectativas y las actitudes contemporáneas de los padres modernos y la sociedad han influido en el uso de técnicas de guía de conducta con un énfasis predominante en las técnicas comunicativas y el manejo farmacológico sobre técnicas aversivas.¹³⁻¹⁵

Por todo ello, el triángulo clásico que se establecía en odontopediatría entre el niño, siendo el vértice del triángulo, y los padres y el odontólogo, se convierte actualmente en una figura piramidal que incluye a la sociedad y todos los cambios que conlleva⁵ (Fig.1).

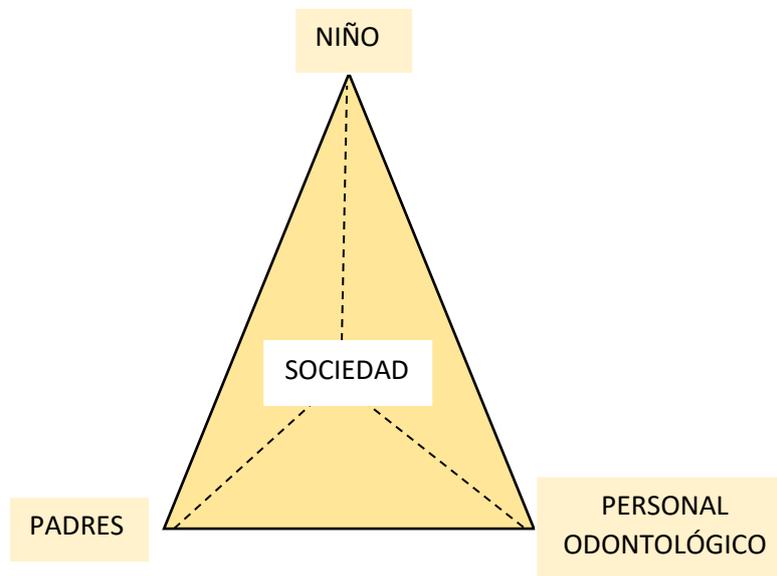


Figura 1. Figura piramidal formada por niño, padres, personal odontológico y sociedad

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del presente estudio es conocer las técnicas de guía de conducta que utilizan en la actualidad los odontopediatras que han realizado el Máster de Odontopediatría de la Universitat de Barcelona.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conocer qué técnicas les gustan más.
- b) Conocer qué técnicas les gustan menos y cuáles creen que no se deberían usar.
- c) Conocer, bajo su punto de vista, qué técnicas gustan más o cuáles gustan menos a los padres.

2.3 HIPÓTESIS

En base a estos objetivos se han planteado las siguientes hipótesis:

Hipótesis de investigación(Hi):

Hi(1): “Los odontopediatras que se han graduado más tarde usan menos técnicas farmacológicas de guía de conducta”

Hi(2): “Los odontopediatras que se han graduado más tarde usan más técnicas de comunicación en el manejo de la conducta”

Hi(3): “Los odontopediatras más veteranos usan más técnicas de limitación”

Hi(4): “Los odontopediatras opinan que los padres prefieren las técnicas no farmacológicas a las farmacológicas”

Hipótesis nulas (Ho):

Ho(1): “Los odontopediatras que se han graduado más tarde no usan menos técnicas farmacológicas de guía de conducta”

Ho(2): “Los odontopediatras que se han graduado más tarde no usan más técnicas de comunicación en el manejo de la conducta”

Ho(3): “Los odontopediatras más veteranos no usan más técnicas de limitación”

Ho(4): “Los odontopediatras opinan que los padres no prefieren las técnicas no farmacológicas a las farmacológicas”

3. DISEÑO

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal mediante una encuesta destinada a los exalumnos del Máster de Odontopediatría de la Universitat de Barcelona.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

Para realizar el estudio se ha llevado a cabo una encuesta online destinada a los exalumnos del Máster de Odontopediatría de la Universitat de Barcelona. El protocolo del estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de l'Hospital Odontològic de la Universitat de Barcelona.

4.1 PRIMERA FASE DEL ESTUDIO:

Durante la primera fase del estudio se recopilaron las cuentas de correo electrónico de los exalumnos con la colaboración y permiso de la dirección y secretaría del máster. Posteriormente, se envió un primer correo electrónico en el que se incluyó la siguiente información para el participante:

“La participación en este estudio es completamente voluntaria y anónima y el participante podrá retirarse del estudio en cualquier momento. Sólo los investigadores de este estudio tendrán acceso a los datos del participante, con un trato totalmente confidencial, y se preservará su intimidad, así como la protección de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los resultados del estudio podrán publicarse sin revelar la identidad de los participantes y éstos podrán contactar en todo momento con uno de los investigadores para plantear cualquier pregunta referente a la investigación”.

4.2 SEGUNDA FASE DEL ESTUDIO:

En la segunda fase del estudio se realizó el envío de la encuesta online diseñada mediante el portal “Formularios de Google” a las direcciones de correo electrónico y se fueron recopilando las respuestas durante los meses de abril y mayo de 2017.

La encuesta informa sobre la confidencialidad del estudio y consta de una primera pregunta obligatoria en la que los participantes de la encuesta deben indicar si aceptan participar o no en el estudio, en caso afirmativo acceden a la encuesta y en caso negativo no pueden acceder a ella, de esta manera queda reflejada la voluntariedad de la participación de los encuestados.

La encuesta consta de una primera parte de recogida de datos en las que se incluyen la edad, el sexo, el lugar de nacimiento y el año de graduación en el Máster de Odontopediatría. La segunda parte de la encuesta consta de 6 preguntas sobre las técnicas de guía de conducta en odontopediatría:

1. ¿Qué técnicas de guía de conducta aplica?
2. ¿Cuáles considera que no se deben aplicar?
3. ¿Cuáles le gustan más?
4. ¿Cuáles le gustan menos?
5. En su opinión ¿Cuáles gustan más a los padres?
6. En su opinión, ¿Cuáles gustan menos a los padres?

Todas ellas se responden mediante selección de ítems de un listado con las distintas técnicas de guía de conducta: técnicas de comunicación, técnicas de modificación de la conducta, técnicas de limitación y técnicas farmacológicas (Anexo 1).

4.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Una vez obtenidas las respuestas, se recogen los datos mediante la aplicación de hojas de cálculo Microsoft Excel 2016 de Microsoft Office 365.

El análisis estadístico de datos se realiza mediante el software “R”, considerado uno de los paquetes estadísticos más flexibles, potentes y profesionales que existe actualmente para realizar tareas estadísticas de todo tipo, que incluye tanto herramientas de análisis de datos sencillas y más complejas como herramientas de generación de gráficas.

5. RESULTADOS

En total se consiguen 111 direcciones de correo electrónico de los 156 exalumnos del máster y se obtienen 52 respuestas (46.8% de participación).

De los participantes en el estudio el 98,1% fueron mujeres y el 1,9% hombres, con la media de edad de 35 años y siendo el lugar de nacimiento el 51,9% de España y el 48% del extranjero (Fig. 2).

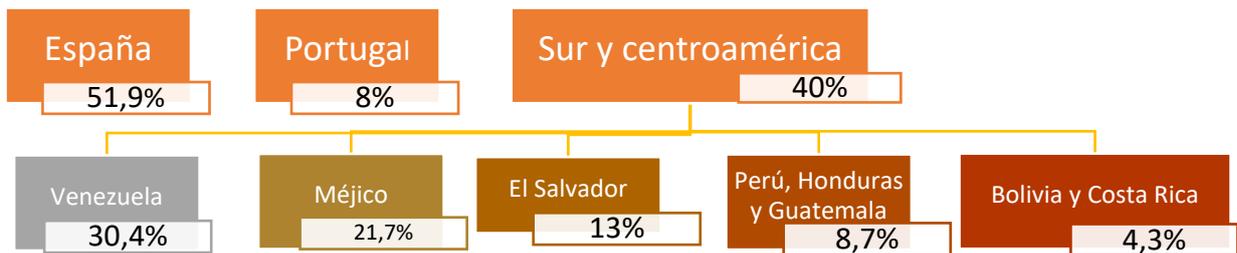


Figura 2. Lugar de nacimiento

En cuanto al año de graduación, teniendo en cuenta que la primera promoción del Máster de Odontopediatría de la Universitat de Barcelona se graduó en el año 1991, se han obtenido más participación de los graduados a partir del año 2000, siendo los graduados de los años 2012 y 2014 los que han participado más en la encuesta con un 12% y un 13%, respectivamente (Fig. 3).

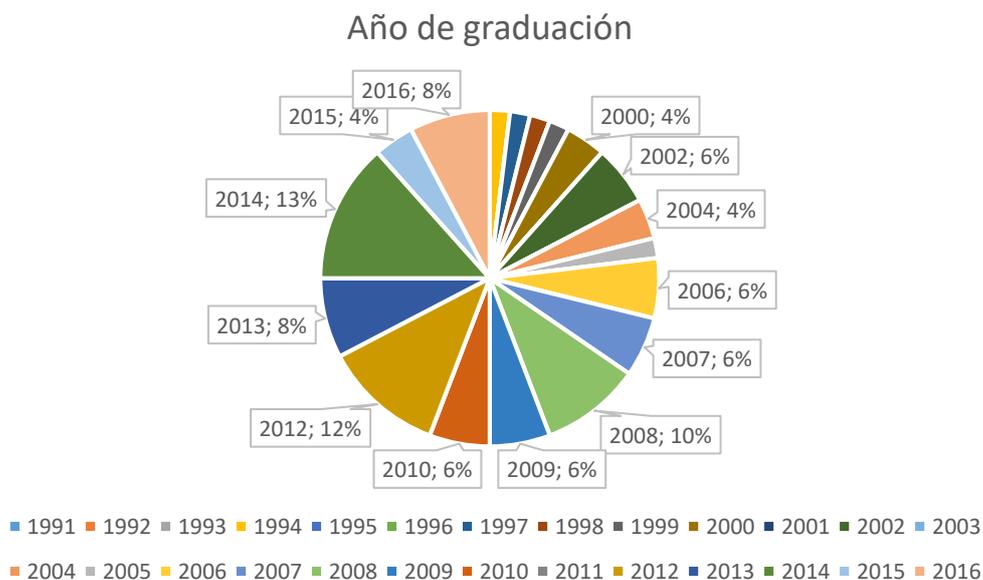


Figura 3. Año de graduación.

En las siguientes gráficas se indican las técnicas de comunicación y las técnicas de modificación de conducta utilizadas por los participantes en la encuesta (Figs. 4 y 5):

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN:

52 respuestas

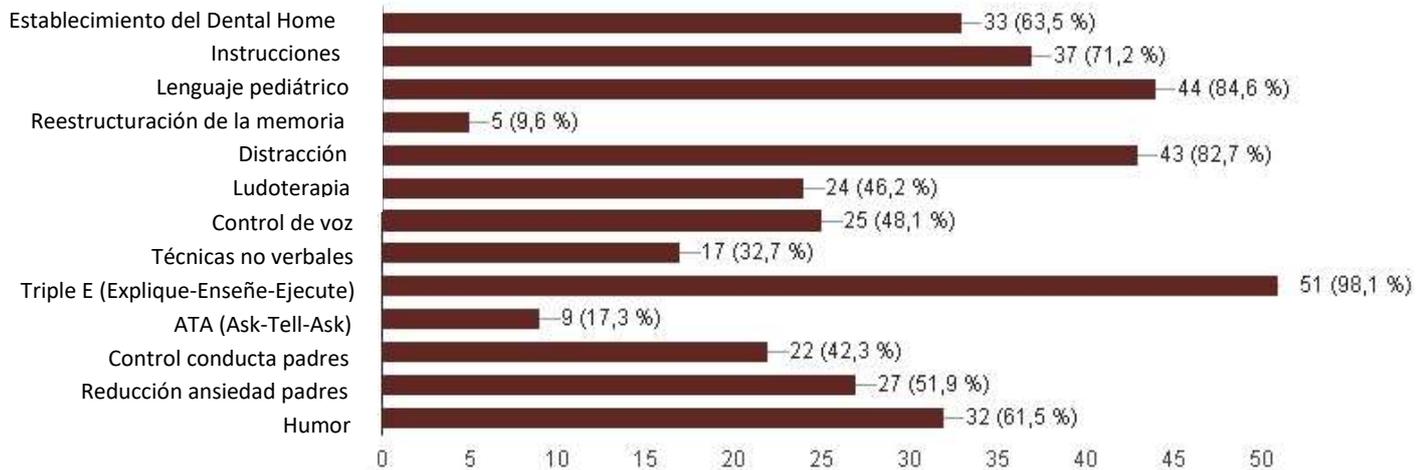


Figura 4. Técnicas de comunicación utilizadas por los encuestados

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA:

52 respuestas

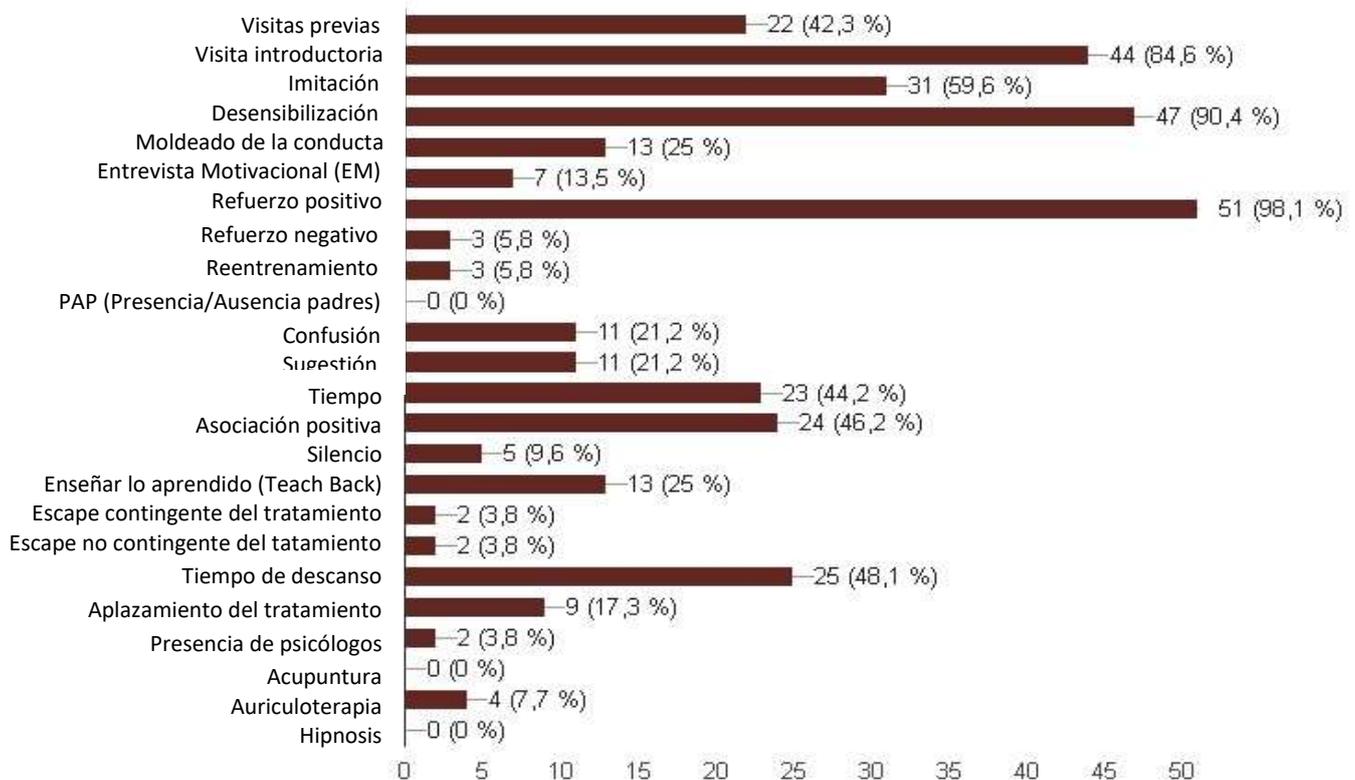


Figura 5. Técnicas de modificación de la conducta utilizadas por los encuestados

Por otro lado, las técnicas de comunicación que consideran que no se deberían aplicar son, en orden decreciente: control de voz (25%), técnicas no verbales (19,2%), humor (9,6%); establecimiento del “Dental Home”, lenguaje pediátrico y técnica de la triple E (5,8%); instrucciones, distracción y ludoterapia (3,8%); y ATA y reducción de la ansiedad de los padres (1,9%).

Mientras que las técnicas de modificación de la conducta que consideran que no se deberían aplicar son, en orden decreciente: el refuerzo negativo (46,1%), aplazamiento de tratamiento (36,5%), confusión (34,6%), hipnosis (15,4%); refuerzo positivo y acupuntura (11,5%); silencio (9,6%), visita introductoria, sugestión, evasión o escape no contingente del tratamiento y presencia de psicólogos (7,7%); desensibilización, tiempo y auriculoterapia (5,8%); visitas previas, imitación y asociación positiva (3,8%); y moldeado de la conducta, reentrenamiento y tiempo de descanso (1,9%).

Las técnicas de limitación que usan los participantes en la encuesta son, en orden decreciente: bloques de mordida (94,2%), inmovilización médica/estabilización protectora pasiva (46,1%), inmovilización médica/estabilización protectora activa (28,8%) y mano-sobre boca (1,9%). Por otro lado, las técnicas de limitación que consideran que no se deben aplicar son: mano-sobre-boca (69,2%), inmovilización médica/estabilización protectora activa (21,1%), bloques de mordida/abrebocas (11,5%) e inmovilización médica/estabilización protectora pasiva (5,8%).

Por último, las técnicas farmacológicas que usan los encuestados son: sedación oral (71,1%), anestesia general (38,5%), sedación endovenosa (9,6%) y sedación inhalada (5,8%); siendo la sedación nasal y la sedación rectal las dos técnicas no utilizadas (0%). Mientras que las que consideran que no se deben aplicar son: sedación rectal (36,5%), sedación nasal (21,1%), sedación oral y sedación endovenosa (15,4%); y sedación inhalada y anestesia general (3,8%).

A continuación, se exponen las tres técnicas que gustan más o menos a los odontopediatras y las que gustan más o menos a los padres según su opinión (Fig. 6):

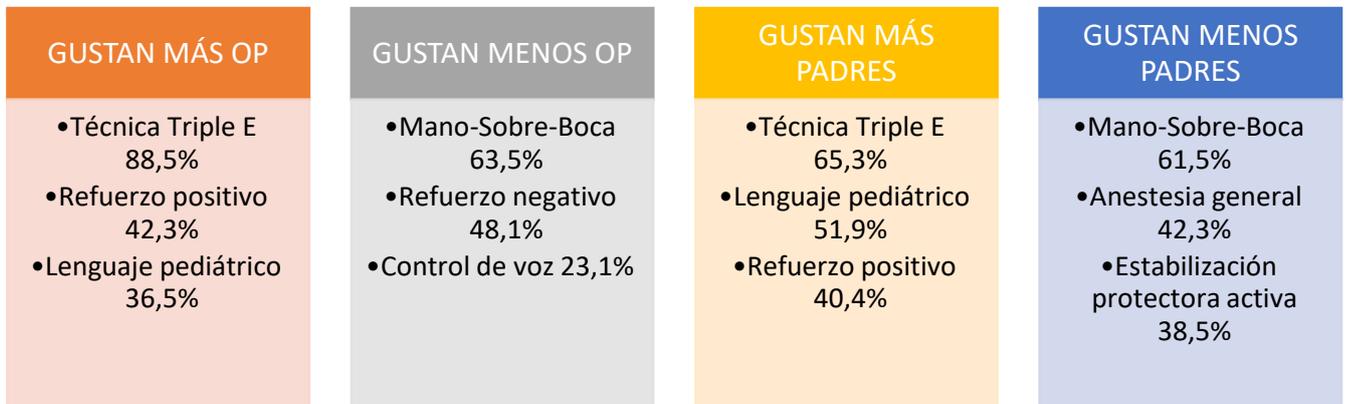


Figura 6. Técnicas que gustan más y que gustan menos a odontopediatras y padres

Una vez realizado el análisis de datos se observa que no existe una relación significativa entre el número de técnicas usadas (de ninguno de los cuatro tipos) y el año en que se terminó los estudios, p -valor > 0.05 , tanto usando el estadístico de correlación de *Spearman* como el de correlación *Policórica* (Fig. 7).

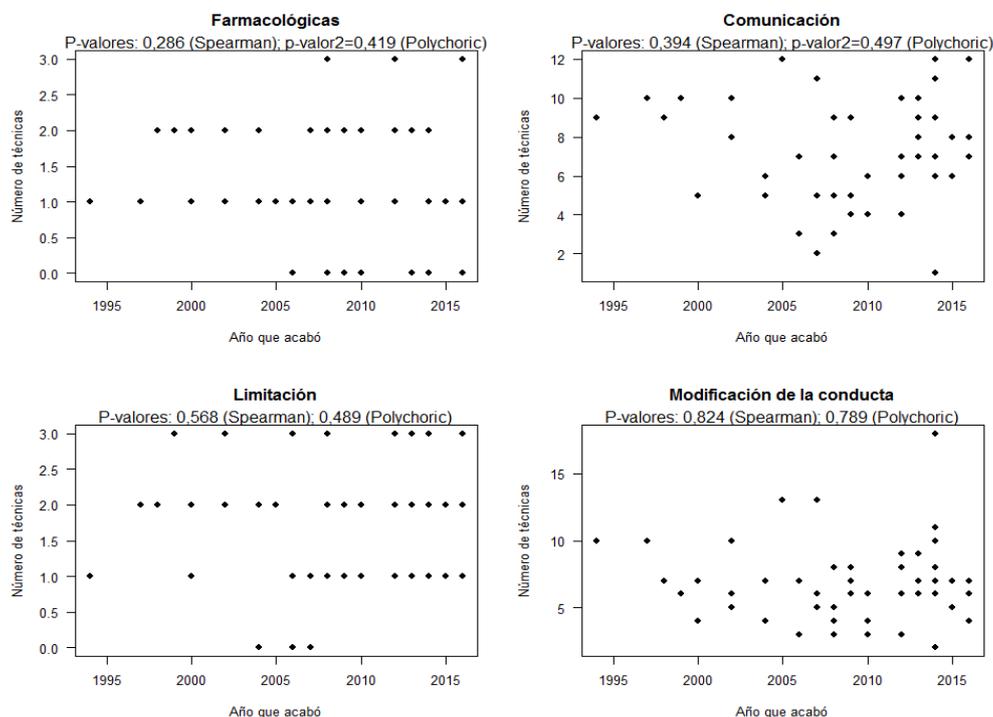


Figura 7. Análisis correlativo entre las técnicas de guía de conducta y el año de graduación

Tampoco existe una relación significativa entre el número de técnicas usadas (de ninguno de los cuatro tipos) y la edad, p -valor > 0.05 , tanto usando el estadístico de correlación de *Spearman* como el de correlación *Policórica* (Fig.8).

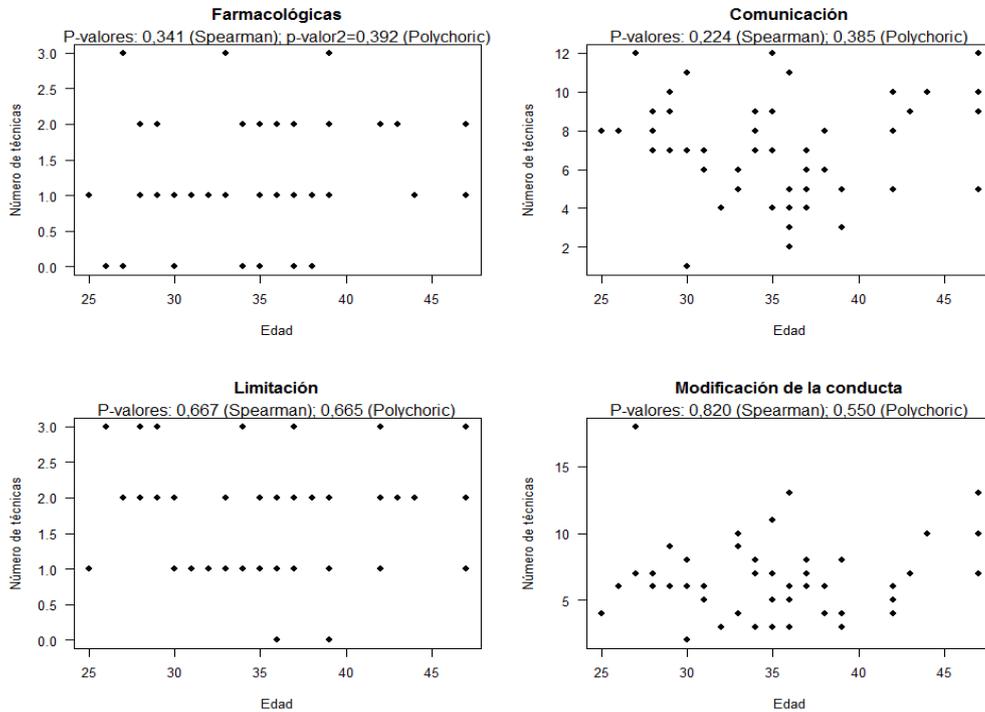


Figura 8. Análisis correlativo entre las técnicas de guía de conducta y la edad

Los participantes españoles usan más técnicas de la comunicación o de la modificación de la conducta que los extranjeros (ambos p -valores < 0.05). Sin embargo, tanto las técnicas farmacológicas como de la limitación son usadas en medida similar (p -valores > 0.05). El estadístico de test que se ha usado es la *U de Mann-Whitney* (Fig.9).

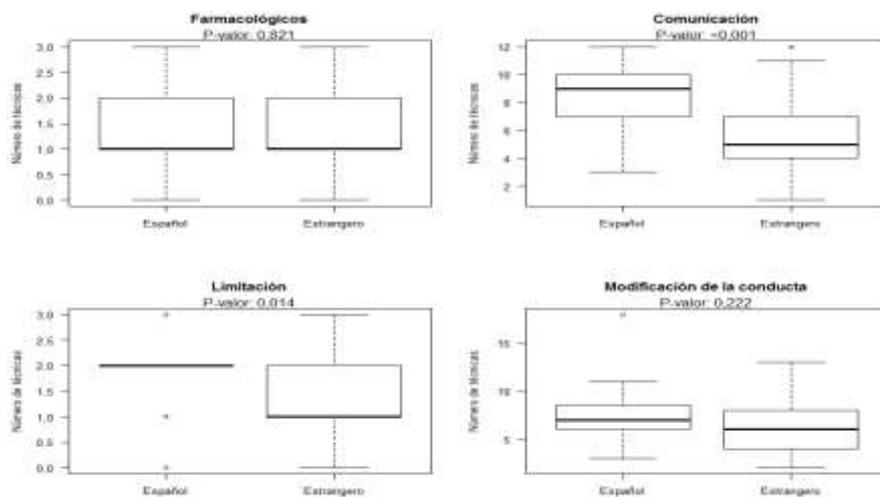


Figura 9. Boxplot técnicas de guía de conducta y lugar de nacimiento

Para analizar las preferencias de los padres según la opinión de los odontopediatras se ha generado la Tabla 5:

##		menos		
##	más	0	1	2
##	0	26	16	7
##	1	0	2	1

Tabla 5. *Preferencias padres sobre técnicas farmacológicas según la opinión de los odontopediatras encuestados*

Por columnas, el número de participantes que contestaron que a los padres les gustan más de ninguna, una o dos técnicas farmacológicas. Por filas, el número de participantes que contestaron que a los padres les gustan más de ninguna o una técnica farmacológica.

Hay más participantes que en su listado de "gustan menos a los padres" aparecen más técnicas farmacológicas que en su listado de "gustan más a los padres".

Para testar si esto es estadísticamente significativo se ha aplicado un test de *Wilcoxon* donde la hipótesis nula es que hay tantos tratamientos farmacológicos que gustan más como que gustan menos a los padres, frente a la hipótesis alternativa que es que hay más técnicas farmacológicas que gustan menos a los padres (Tabla 6):

```
##
## Wilcoxon signed rank test with continuity correction
##
## data: mas - menos
## V = 0, p-value = 1
## alternative hypothesis: true location is greater than 0
```

Tabla 6. *Test de Wilcoxon*

Vemos que el p-valor <0,001 es inferior a 0.05 y por lo tanto los tratamientos farmacológicos gustan menos a los padres (hipótesis alternativa).

6. DISCUSIÓN

El comportamiento de un niño puede hacer que sea un reto proporcionar un tratamiento dental efectivo. Los niños varían en sus respuestas ante sus experiencias dentales, ya que éstas están influenciadas por varios factores: su salud, su cultura, los estilos de educación de los padres, la edad, el nivel cognitivo, el miedo y la ansiedad, la reacción a extraños, la patología, las expectativas sociales, y el temperamento.

De todas las técnicas de guía de conducta en odontopediatría, las técnicas de comunicación son técnicas ampliamente utilizadas.⁶ En el presente estudio, se ha observado que una de las técnicas de comunicación que más utilizan los encuestados es la **técnica de la triple E** (98,1%), término introducido por Boj y cols.⁵, aunque también se le conoce clásicamente por la técnica de Decir-Mostrar-Hacer (Tell-Show-Do). Esta técnica ha permanecido como pilar dentro de las técnicas de guía de conducta y su idea es familiarizar al niño mediante una aproximación al ambiente e instrumentos de la consulta dental. Se lleva a cabo de la siguiente manera: 1) decir y explicar al niño lo que se le va a hacer con el fin de reducir la ansiedad y el miedo, 2) mostrar al niño como se va a llevar a cabo la técnica y 3) efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado. De aquí, además, se deriva la necesidad de utilizar la técnica del **lenguaje pediátrico**, la segunda técnica de comunicación más utilizada por los encuestados (84,6%), ya que para explicar los procedimientos dentales se debe utilizar un lenguaje que el paciente pueda entender, y se deben sustituir por expresiones moderadas o eufemismos aquellas palabras con connotaciones de ansiedad en el niño. Ambas técnicas, además, son las técnicas de comunicación que más gustan a los odontopediatras que participan en el estudio y son las técnicas que más gustan a los padres¹⁶, precisamente por esta razón y por la sencillez de su ejecución, son las técnicas más utilizadas.

La tercera técnica de comunicación más utilizada por los participantes del estudio es la técnica de la **distracción** (82,7%). Ésta se puede definir como un elemento activo y que al igual que el lenguaje pediátrico debe surgir con naturalidad para desviar la atención del niño sobre un determinado procedimiento, teniendo como objetivo disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño.⁵

La autodistracción también resulta un elemento muy útil que utiliza el propio paciente para evadirse, y actualmente resulta fácil conseguirla mediante aparatos electrónicos para oír música o frecuentemente con el uso de los teléfonos móviles, pero no puede reemplazar las técnicas de manejo de conducta convencionales.¹⁷

Por otro lado, hay técnicas de modificación de la conducta que se utilizan en la misma medida que las técnicas de comunicación.⁶ La técnica más utilizada de este grupo es el **refuerzo positivo** (98,1%). Mediante esta técnica es preciso que el profesional muestre con frecuencia su aprobación durante el tratamiento, siempre que el paciente reaccione de manera positiva, expresándolo verbalmente o bien con expresiones faciales de agradecimiento, ya que se cree que las conductas reforzadas con recompensas persisten y aumenta la posibilidad de que vuelvan a ocurrir. Para que resulte efectivo siempre ha de otorgarse después de que se haya producido una buena colaboración y además de manera frecuente si el comportamiento es el adecuado.⁵ Esta técnica, además, es una de las que más gusta a los odontopediatras que han participado en el estudio (42,3%), y según su opinión, también a los padres (40,4%).

En contraposición, la técnica de **refuerzo negativo** que tiene lugar cuando una respuesta o una conducta, va seguida de la terminación de la incomodidad o de la eliminación de un evento desagradable, es una de las técnicas que gustan menos a los odontopediatras que han participado en el estudio (48,1%), ya que, al igual que el refuerzo positivo también incrementa la respuesta, que en este caso puede ser una conducta negativa.

Otra de las técnicas más utilizadas es la **desensibilización** (90,4%). Son muy útiles en odontología infantil variaciones de la técnica clásica usada en psicología para tratar temores, fobias o ansiedades innecesarias, pero en este caso, ni la presentación de situaciones imaginarias ni la total relajación muscular son necesarias para obtener desensibilización. La aplicación de la desensibilización consistiría en aproximarse al estímulo que desencadena el temor bien mediante videos o películas o con explicaciones progresivas que permitan acercarse a éste y romper las asociaciones negativas que se crean en la mente del niño.⁵ En ocasiones es posible conociendo el origen del temor, evitarlo mediante otra técnica o quitarle importancia mediante la distracción. Aunque esta técnica es similar a la triple E, en la técnica de desensibilización es necesario retroceder en los pasos que se establezcan si se produce una conducta no

apropiada. El mayor tiempo necesario en ésta técnica puede considerarse una buena inversión para el éxito de los tratamientos ya que los niños con comportamiento negativo tienen más posibilidades de tener miedo o fobia dental y los niños con fobia dental tienen más posibilidades de tener un comportamiento negativo. Examinar el miedo dental permitirá a los odontopediatras a preparar a los niños más adecuadamente para experiencias de tratamiento positivas.¹⁸

En este estudio se ha observado que la **visita introductoria** como técnica de modificación de la conducta también es usada ampliamente por los encuestados (84,6%). En esta visita se le realiza al niño un procedimiento simple como puede ser una profilaxis dental, que permite una progresiva familiarización con el ambiente dental de manera agradable, y de esta manera el odontopediatra puede obtener más información acerca de la colaboración de su paciente.⁵

En el lado opuesto, una de las técnicas que los participantes en el estudio consideran que no se debe aplicar es el **control de voz** (25%). Esta técnica tiene como objetivo restablecer una comunicación perdida debido a una conducta no colaboradora. Es muy efectiva para interceptar conductas inapropiadas justo en el momento que se inician y lo es menos cuando éstas ya están muy establecidas. Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, para tratar de conseguir la atención del niño y remarcar la intención de que es el propio profesional quien toma las decisiones.⁵ Es una técnica efectiva ya que hace mostrar al profesional cierta autoridad, y hay estudios que afirman que los niños con padres autoritarios tienen mejor comportamiento en la consulta dental¹⁹, pero, por el contrario, es una de las técnicas que menos gusta a los profesionales encuestados (23,1%). Esto puede ser debido a que los odontopediatras piensen que la autoridad la deben mostrar los padres y no los dentistas, considerando además, que la mayoría de los padres contemporáneos son contrarios a la percepción de que sus hijos puedan experimentar algún grado de angustia física o psicológica durante los procedimientos dentales y como resultado, cada vez son menos tolerantes a las técnicas de manejo de conducta que requieran el uso de autoridad o sean restrictivas y aceptan más que se maneje cualquier inconveniente médica y farmacológicamente.¹⁰

Precisamente para reforzar el control de manera autoritaria que se quiere llevar a cabo con el control de voz se pueden usar las **técnicas no verbales**, que son la parte física y paraverbal que refuerza las técnicas de comunicación. La expresión facial, el tono y la cadencia de la voz o la posición del clínico frente al niño, son aspectos que forman parte de estas técnicas y son, en ocasiones, más importantes que la voz, pues transmiten al niño la seriedad del clínico para controlar la situación. Pero una vez más, esta forma de mostrarse autoritario junto con el control de voz, no se debería usar según los participantes en el estudio (19,2%).

En relación a las técnicas de limitación, en este estudio se ha observado que la técnica de limitación más utilizada son los **bloques de mordida o abre bocas** (94,2%), estos dispositivos se emplean para el control de la apertura de la boca. Estarían indicados para algunos niños que necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta o que incluso se niegan a abrirla.⁵

Por otro lado, la **inmovilización médica o estabilización protectora pasiva** es otra de las técnicas de limitación que usan los encuestados (46,1%), para esta técnica se recurre a dispositivos específicos de limitación física para el control del cuerpo.⁵ En el caso que se requiera el uso de personas para realizar la restricción física, ya sea personal del equipo o los padres, esta pasa a ser “activa” y en este caso la utilizan un 28,8%, ya que opinan que es una de las técnicas que menos gusta a los padres con un 38,5%. Estas técnicas de limitación, a pesar de sus fundamentos científicos y su conocimiento por parte de los odontopediatras, pueden crear cierta confusión en los padres, y especialmente en aquellos casos donde sus hijos hayan tenido experiencias dentales negativas, por lo que siempre se debe obtener el consentimiento de los padres antes de realizar cualquier técnica, aunque se considere necesaria.²⁰

Dentro de este grupo, la técnica de **Mano-Sobre-Boca (MSB)** es la técnica de limitación menos utilizada (1,9%) y los encuestados consideran que no se debería aplicar (69,1%). Además, es la que menos les gusta (63,5%) y opinan que es la que menos gusta a los padres (61,5%), coincidiendo con el estudio realizado por Eaton y cols.¹⁶ en el que era la técnica menos aceptada en una encuesta realizada a los padres sobre la aceptación de técnicas de guía de conducta.

La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse. Por ello no podría utilizarse en niños menores de 3 años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos. Consiste en la aplicación firme de la mano del profesional sobre la boca del niño, cuando este se encuentra en pleno ataque de histeria o rabieta con gritos. En voz baja y suave se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y que se retirará la mano en el momento en el que esté dispuesto a cooperar.⁵ La AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry) la eliminó de su guía de conducta puesto que considera que hay otras técnicas que pueden emplearse en su lugar y por el alto grado de disconformidad y conflictividad que el odontopediatra puede tener con los padres.²¹

Por último, de las técnicas farmacológicas la más utilizada por los participantes en el estudio es la **sedación oral** (71,1%). El Midazolam es uno de los fármacos más utilizados en la actualidad en odontopediatría para conseguir una sedación mínima o ansiolisis en niños mayores de 1 año. Tiene dos características que lo hacen de elección frente a otras benzodiazepinas: su liposolubilidad y una vida media corta. Los efectos adversos asociados son escasos y de carácter leve, y se debe informar debidamente a los padres o tutores sobre su uso y reflejar esta información y aceptación del procedimiento en un consentimiento informado.²²

En este caso, los participantes en el estudio hacen un bajo uso de la **sedación inhalada** (5,8%), uno de los tipos de sedación más utilizados en Estados Unidos. En una encuesta realizada por la AAPD a los odontopediatras, el 97% de los encuestados indicaba el uso de sedación con óxido nitroso (N₂O) en la consulta dental.¹⁴ Los autores lo relacionaron con un incremento de la aceptación de la técnica por parte de los padres y cambios en su estilo de vida, y profesionales más jóvenes que prefieren el uso de N₂O en el manejo de los niños en la consulta.²³

Por el contrario, los encuestados hacen uso de otras técnicas farmacológicas como la **anestesia general** (38,5%), aunque opinan que es una de las técnicas de guía de conducta que menos gusta a los padres (42,3%) se utiliza en casos extremos.

En general, aunque la aceptación de los padres sobre las técnicas farmacológicas vaya en aumento¹⁶ en el presente estudio se ha observado que, según la opinión de los participantes, los padres prefieren las técnicas no farmacológicas a las farmacológicas, aunque se requiere un estudio sobre la aceptación de las técnicas farmacológicas a los padres de pacientes pediátricos para poder afirmar esta hipótesis.

En el presente estudio no se han observado diferencias significativas sobre el uso de técnicas de guía de conducta en referencia al año de graduación o a la edad. Esto podría deberse al hecho de haberse formado en el mismo centro o a haber tenido una actualización continuada de conocimientos durante la experiencia profesional.

Se obtuvieron resultados parecidos en el estudio de Adair y cols.²⁴ en el que además no se encontraban diferencias significativas en el género de los profesionales en cuanto al uso de técnicas de guía de conducta, como en el estudio de Wells y cols.,²⁵ aspecto que no se ha podido valorar en este estudio debido a la elevada participación de mujeres en el estudio (98,1%) frente a hombres (1,9%), reflejo de la feminización de la profesión a lo largo de los años.

Las diferencias se han obtenido en relación al lugar de nacimiento, los participantes españoles utilizan más técnicas de comunicación y de guía de conducta que los extranjeros, esto puede deberse a factores culturales, aunque para confirmarlo se requeriría un estudio basado en los distintos factores que podrían influir en estas diferencias.

Tal como han percibido los odontopediatras, los estilos en la educación de los hijos han evolucionado con el paso de los años, estos cambios afectan directamente a la manera en la que los profesionales dentales prestan los servicios de cuidado de la salud oral. Los padres están expresando un incremento en el deseo de participar en el cuidado de la salud de sus hijos y parecen más preocupados por el grado de dificultad que sus hijos pueden experimentar durante los tratamientos.¹⁰

Aunque en este estudio no se ha podido evaluar directamente la preferencia de los padres sobre estar presentes en la consulta dental, en el estudio de Shroff y cols.¹⁰ el 78% de los padres indicaron que prefieren estar presentes durante el tratamiento dental

de sus hijos. Permitiendo a los padres que desean estar presentes en la consulta con sus hijos a estarlo, están más satisfechos con la cita y tienen una actitud más positiva hacia el dentista y la visita y una percepción más positiva de la respuesta de sus hijos a la cita.¹¹

Lo importante es que las decisiones relacionadas con el manejo de conducta de los pacientes se deben tomar en colaboración con los padres. Puede ser difícil para el profesional llegar a un acuerdo sobre un tratamiento con un padre que ha sido influenciado por los medios, por su propia búsqueda por internet o por experiencias dentales personales adversas, pero se debe llegar a un acuerdo y obtener el consentimiento informado.^{26,27}

7. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos del presente estudio, se puede concluir que:

1. Las técnicas de comunicación en el manejo de la conducta son técnicas ampliamente utilizadas, sobre todo la técnica de la triple E, la distracción y el lenguaje pediátrico.
2. Las técnicas de modificación de la conducta se usan en gran medida en el manejo de la conducta de pacientes pediátricos, sobre todo la técnica del refuerzo positivo.
3. La técnica de limitación más utilizada es el abrebocas o bloques de mordida.
4. La técnica de Mano-Sobre-Boca es una técnica casi en desuso.
5. La técnica farmacológica más utilizada es la sedación oral.
6. No existe relación entre el tipo de técnicas usadas y el año de graduación de los exalumnos del master de Odontopediatría de la Universitat de Barcelona. Se corrobora la hipótesis nula.
7. No existe relación entre el tipo de técnicas usadas y la edad de los exalumnos del máster de Odontopediatría de la Universitat de Barcelona.
8. Los odontopediatras españoles usan más técnicas de comunicación y de modificación de la conducta que los odontopediatras extranjeros.
9. Según la opinión de los odontopediatras formados en la Universitat de Barcelona los padres prefieren las técnicas no farmacológicas a las farmacológicas. Se corrobora la hipótesis de investigación.
10. La opinión de los padres y su consentimiento son importantes para la aplicación de las técnicas de guía de conducta.

CONCLUSIONS

Taking into account the objectives of the present study, it can be concluded that:

1. Communication techniques are widely used, especially Tell-Show-Do, distraction and paediatric language.
2. Behaviour modification techniques are used to a great extent in the management of paediatric patient behaviour, especially the positive reinforcement technique.
3. The most commonly used limitation techniques are Mouth Openers or Bite Blockers.
4. The Hand-Over-Mouth technique is basically obsolete.
5. Oral sedation is the pharmacological technique that is most used.
6. There is no relationship between the technique used and the year of graduation of the former paediatric dental students from the University of Barcelona. The null hypothesis is corroborated.
7. There is no relationship between the type of techniques used and the age of the former paediatric dental students from the University of Barcelona.
8. Spanish paediatric dentists use more communication and behaviour modification techniques than foreign paediatric dentists.
9. According to the paediatric dental students trained at the University of Barcelona parents prefer non-pharmacological to pharmacological techniques. The hypothesis of the investigation is corroborated.
10. The opinions and consent of parents are important for the application of the conduct guidance techniques.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2015; 38: 185-98.
2. Wright GZ, Stigers JI. Nonpharmacologic management of children's behaviors. En: Dean JA, Avery DR, Mc-Donald RE, editores. *McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent*. 9ª ed. Maryland Heights, Mo: Mosby-Elsevier; 2011: 27-40.
3. Feigal RJ. Guiding and managing the child dental patient: A fresh look at old pedagogy. *J Dent Educ* 2001; 65: 1369-77.
4. Saadia M, Valencia R. Communicating with the new generations. The challenge for pediatric dentists. *J Pediatr Dent* 2015; 39: 297-302.
5. Boj JR, Cortés O, Hernández M. Control de la conducta en el paciente odontopediátrico. En: Boj JR, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A, Planells P, editores. *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid: Ripano; 2011. p. 107-20.
6. Adair SM, et al. A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry on their use of behaviour management techniques. *Pediatr Dent* 2004; 26: 159-66.
7. AAPD. Guideline on Use of Nitrous Oxide for Pediatric Dental Patients. *Pediatr Dent* 2014; 36:204-8.
8. Patel M, Thikkurissy S, Fields HW. Parental attitudes toward advanced behaviour guidance techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2016; 38: 30-6.
9. Wilson S. Management of child patient behaviour: quality of care, fear and anxiety, and the child patient. *J Endod* 2013; 39: S73- S77.
10. Shroff S, Hughes C, Mobley C. Attitudes and preferences of parents about being present in the dental operatory. *Pediatr Dent* 2015; 37: 51-5.
11. Kim JS, Boynton JR, Inglerhart MR. Parent's presence in the operatory during their child's dental visit: a personenvironmental fit analysis of parent's responses. *Pediatr Dent* 2012; 34: 407-13.
12. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the dental home. *Pediatr Dent* 2015; 37: 24-5.

13. Oliver K, Manton DJ. Contemporary behaviour management techniques in clinical pediatric dentistry: out with the old and in with the new?. *J Dent Child* 2015; 82: 22-8.
14. Wilson S, Gosnell ES. Survey of pediatric dentistry on nitrous oxide and sedation: 20 years later. *Pediatr Dent* 2016; 38: 385-92.
15. American Academy of Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee. Guidance for the pediatric dental patient. Reference Manual 2013-2014. *Pediatr Dent* 2013; 29: 175-84.
16. Eaton JJ, et al. Attitudes of contemporary parents toward behaviour management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2005; 27: 107-13.
17. Bagattoni S, D'Alessandro G, Sadotti A, Alkhamis N, Piana G. Effects of audiovisual distraction in children with special healthcare needs during dental restorations: a randomized crossover clinical trial. *Int J Pediatr Dent*. [Internet] 2017. [Citado el 25 de Mayo]: [aprox. 10 p.] Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com.sire.ub.edu/doi/10.1111/ipd.12304/epdf> Epub en curso de publicación.
18. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent* 2004;26: 316-21.
19. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatr Dent* 2015;37: 59-64.
20. Peretz B, Gluck GM. The use of restraint in the treatment of pediatric dental patients: Old and new insights. *Int J Paediatr Dent* 2002;12: 392-7.
21. 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 Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent* 2010; 32: 223-8.
22. Papineni A, Lourenço-Matharu L, Ashley PF. Safety of oral midazolam sedation use in paediatric dentistry: a review. *Int J Paediatr Dent* 2014; 24: 2-13.
23. Levering NJ, Weile JV. Current status of nitrous oxide as a behaviour management practice routine in pediatric dentistry. *J Dent Child* 2011; 78: 24-30.

24. Adair SM, Schafer TE, Waller JL, Rockman RA. Age and Gender Differences in the use of behaviour management techniques by pediatric dentists. *Pediatr Dent* 2007; 29: 403-8.

25. Wells M, McTigue DJ, Casamassimo PS, Adair S. Gender shifts and effects on behaviour guidance. *Pediatr Dent* 2014; 36: 138-44.

26. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatr Dent* 2004; 26: 111-3.

27. American Academy of Pediatric Dentistry. Guidelines on informed consent. *Pediatr Dent* 2015; 37: 315-17.