

Aceptación de técnicas de manejo de conducta entre estudiantes

J. R. Boj,* P. Cobo,** L. Quevedo,** A. Jiménez,*** O. Cortés ** y E. Espasa ***

Todos los autores están en la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

RESUMEN

Hemos realizado un estudio sobre el grado de aceptación de las técnicas de manejo de conducta entre los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona (España). Se valoraron nueve técnicas de manejo diferentes por parte de alumnos de tercer y quinto curso de Odontología y alumnos de postgrado. Los resultados demostraron que la aceptación de las diferentes técnicas aumentó con el nivel de conocimientos odontológicos dental. Las técnicas menos aceptadas fueron: restricción física activa, restricción física pasiva y anestesia general.

Palabras clave: Estudiantes de odontología. Conducta. Anestesia general.

SUMMARY

A study of acceptability of behavior management techniques among dental students was performed at the Dental School of the University of Barcelona, Spain. Nine different techniques were rated by third year, fifth year and postgraduate students. The results showed that the acceptance of the techniques increased with the level of dental education. The less accepted techniques were active and passive restraint, and general anesthesia.

Key words: Dental students. Behavior management. General anesthesia.

Introducción

Las técnicas de manejo de conducta deben evolucionar y mejorarse ya que las actitudes de la sociedad respecto cómo deben tratarse a los niños están cambiando. Murphy et al. (1) y Fields et al. (2) indicaron en 1984 que muchos padres consideraron como inaceptable y como injustificado el uso de las técnicas «mano sobre boca» y «papoose board®» (instrumento para realizar restricción física) en sus hijos. Las técnicas diga-muestrahaga y refuerzo positivo están am-

pliamente aceptadas ya que no aumentan el nivel de stress de los padres. Las explicaciones pueden formar y modificar la opinión expresada por las familias. Lawrence et al. (3) encontraron que los padres informados aceptaban significativamente más las técnicas de manejo que los padres no informados; además observaron que los padres que indicaron mayor stress basal aceptaban menos las técnicas de manejo de conducta (3). Baron et al. (4) describieron el efecto positivo que tiene el apoyo social por parte del dentista sobre los padres. Este apoyo estaba asociado con menor stress y ansiedad de estado referidos por los padres, y una mayor confianza en el profesional de la salud. Por lo tanto, es realmente importante dedicar un tiempo para dar a los padres todas las explicaciones necesarias antes de usar técnicas de manejo «cuestionables». Es mejor dar esta información de forma individual. Wilson et al. (5) observaron que la actitud de los padres cuando reciben las explicaciones en grupo tienen peor predisposición hacia la aceptabilidad de ciertas técnicas debido a la presión e influencia social, que si se dan las explicaciones individualmente.

Es necesario obtener consentimiento de los padres para emplear técnicas que éstos pudieran no apro-

* Profesor Titular.

** Profesor Master Odontopediatría.

*** Profesor Asociado.

bar. Hagan et al. (6) y Klein (7) remarcaron la importancia de la información antes de obtener consentimiento para el uso de restricciones físicas o sedación. En la actualidad, para usar estas técnicas sería más seguro para el clínico obtener el consentimiento por escrito. Choate et al. (8) indicaron que todavía hay una falta de conocimiento por parte de algunos odontopediatras respecto a los cambios en las leyes que regulan el «consentimiento informado» y un desinterés y cierta resistencia por conocer las implicaciones que estos cambios tendrían en las técnicas de manejo. Probablemente el consentimiento es importante para una técnica ampliamente aceptada por la profesión como es el control de voz (9). La técnica de mano sobre la boca presenta gran resistencia a ser admitida por parte de los padres incluso si se usa tal y como la describió Levitas (10). La técnica de mano sobre boca con restricción de la vía aérea ya fue cuestionada por Bowers (11) en 1982, y en la actualidad consideramos prohibido su uso ya que el niño reacciona por el miedo que siente ante la agresión física que supone el no permitirle respirar. Después de varios casos de reacciones en pacientes sedados que pusieron en peligro su vida (12, 13), la American Academy of Pediatric Dentistry (14) publicó las recomendaciones para emplear sedación consciente, sedación profunda y anestesia general. La práctica de la sedación es difícil por el aumento de la legislación al respecto, los costes de seguro de responsabilidad, aumento de los honorarios por sedación, elevado precio del equipo para monitorizar al niño y la dificultad para cumplir con las «recomendaciones para sedación» (15).

La enseñanza de las técnicas de manejo de conducta también está cambiando (16, 17). Hay un descenso generalizado en el uso de sedación y de la técnica mano-sobre-boca en los programas de postgrado de odontopediatría de los Estados Uni-

dos (17). Algunos autores (18, 19, 20) han insistido en la efectividad de métodos de manejo no tradicionales; que incluirían: relajación, distracción, desensibilización, y modelos reales o filmados. Sin embargo, la introducción de técnicas de manejo nuevas y seguras, basadas en principios psicológicos ha sido lenta porque es necesario dedicar un tiempo adicional y los gastos son mayores (21).

No se sabe mucho sobre la aceptación y opiniones de los estudiantes de odontología sobre los métodos de manejo en nuestro campo. En concreto no hemos encontrado ninguna publicación en la literatura que trate esta cuestión. Los objetivos del presente estudio fueron analizar el grado de aceptación de las técnicas de manejo por parte de los estudiantes, y ver las diferencias de valoración según la experiencia del alumno. Para ello los estudiantes contestaron a un cuestionario y se les dio la oportunidad de expresar

sus comentarios en una hoja aparte.

Material y método

El estudio fue realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona, España. En la presente investigación participaron 50 estudiantes de tercer curso, 50 de quinto curso y 20 alumnos de diversos postgrados que recibían un curso de doctorado sobre técnicas de manejo de conducta en odontopediatría.

Los estudiantes de tercer curso tenían conocimientos teóricos impartidos en clase, pero sin experiencia clínica; los estudiantes de quinto curso habían recibido tres años de enseñanza teórica en Odontopediatría y tenían dos años de experiencia clínica en la materia; los alumnos de postgrado tenían más conocimientos teóricos y más experiencia clínica.

Se utilizó un cuestionario con nueve apartados (Tabla 1). Los estudiantes debían valorar cada una de las

Tabla 1 - Cuestionario utilizado

	Aceptación del alumno	Expectativa de la aceptación de los padres
1. Sedación		
2. Diga-muestre-haga		
3. Anestesia general		
4. Imitación		
5. Control de voz		
6. Restricción activa		
7. Restricción pasiva		
8. Mano-sobre-boca		
9. Desensibilización		

Escala de valoración

- 0 inaceptable
- 1 difícilmente aceptable
- 2 aceptable
- 3 muy aceptable

nueve técnicas dos veces: una desde su punto de vista y otra sobre cómo esperaban que los padres aceptarían cada técnica. Para ello se utilizó la siguiente escala de valoración: 3) muy aceptable, 2) aceptable, 1) difícilmente aceptable, y 0) inaceptable. A los estudiantes se les dio una hoja aparte para comentarios que el estudiante deseara realizar.

Nuestra hipótesis era que la aceptación de técnicas por parte de los estudiantes aumentaría con los años de educación odontológica. Nosotros preveíamos que los alumnos de postgrado valorarían las técnicas como más aceptables y que los estudiantes de tercer curso las valorarían como menos aceptables. En ocasiones resulta difícil para los odontólogos generales entender las técnicas y la filosofía del manejo de la conducta. Nosotros pensábamos que también sería difícil para los estudiantes, y que a mayor conocimiento en odontopediatría, menores serían estos problemas.

Resultados

La distribución de los resultados se muestra en la Tabla 2. Se empleó el Test de Kruskal-Wallis (test no-paramétrico por rangos) para comparar los resultados de los alumnos de tercero, quinto y postgrado, y descubrir si había diferencias. La Tabla 3 (aceptación del alumno) y la Tabla 4 (expectativa de la aceptación de los padres) muestran los resultados obtenidos de este test. Se consideraron significativos los valores de p menores de 0,05.

Algunos de los comentarios más relevantes hechos por los estudiantes son los siguientes.

Estudiantes de tercer curso

- «El uso de la restricción es agresivo».
- «Con la sedación y la anestesia general el niño no tiene la libertad para elegir el tratamiento».
- «El niño sufre con algunas técnicas».

Tabla 2 - Porcentaje de aceptación de las técnicas de manejo

		Aceptación del alumno			Expectativa de la aceptación de los padres		
		3º	5º	PG	3º	5º	PG
1. Sedación	0	0	0	0	0	4	0
	1	8	4	15	42	38	40
	2	56	44	50	40	50	60
	3	36	52	35	18	8	0
2. Diga-muestre-haga	0	0	0	0	0	0	0
	1	0	0	0	2	2	0
	2	30	20	5	18	8	15
	3	70	80	95	80	90	85
3. Anestesia general	0	12	4	0	40	26	45
	1	60	32	45	52	48	40
	2	28	50	35	8	24	15
	3	0	14	20	0	2	0
4. Imitación	0	0	2	0	0	0	0
	1	24	10	0	4	2	0
	2	48	44	10	48	38	20
	3	28	44	90	48	60	80
5. Control de voz	0	0	4	0	10	0	0
	1	30	8	0	26	38	15
	2	36	50	20	40	30	55
	3	34	38	80	24	24	30
6. Restricción activa	0	28	22	5	56	42	15
	1	40	52	30	30	50	55
	2	30	24	50	12	6	30
	3	2	2	15	2	2	0
7. Restricción pasiva	0	34	8	10	76	22	20
	1	58	30	30	22	44	65
	2	8	56	40	2	32	15
	3	0	6	20	0	2	0
8. Mano sobre boca	0	12	14	0	32	22	10
	1	34	38	10	48	58	50
	2	46	42	50	20	18	40
	3	8	6	40	0	2	0
9. Desensibilización	0	0	0	0	0	0	0
	1	10	8	0	6	10	0
	2	28	42	20	38	40	30
	3	62	50	80	56	50	70

Escala de valoración: 0 = inaceptable
2 = aceptable

1 = difícilmente aceptable
3 = muy aceptable.

3º = estudiantes de tercer curso.
5º = estudiantes de quinto curso.
PG = alumnos de postgrado.

Tabla 3 - Test de Kruskal-Wallis (Aceptación del estudiante)

	χ^2	Valor de p	Interpretación
Sedación	3,85	0,1452	N.S.
Diga-muestre-haga	5,35	0,0687	N.S.
Anestesia general	16,7	0,0002	S.
Imitación	21,7	0,0000	S.
Control de voz	14,8	0,0006	S.
Restricción activa	11,0	0,0040	S.
Restricción pasiva	34,7	0,0000	S.
Mano-sobre-boca	17,1	0,0002	S.
Desensibilización	5,45	0,0653	N.S.

N.S. = No significativo.
S. = Significativo ($p < 0,05$).

Tabla 4 - Test de Kruskal-Wallis (Expectativa de la aceptación de los padres)

	χ^2	Valor de p	Interpretación
Sedación	0,65	0,7206	N.S.
Diga-muestre-haga	1,87	0,3913	N.S.
Anestesia general	5,68	0,0583	N.S.
Imitación	6,30	0,0427	S.
Control de voz	2,55	0,2788	N.S.
Restricción activa	9,81	0,0074	S.
Restricción pasiva	36,9	0,0000	S.
Mano-sobre-boca	5,21	0,0739	N.S.
Desensibilización	2,93	0,2303	N.S.

N.S. = No significativo.
S. = Significativo ($p < 0,05$).

- «Los niños tienen derecho a dar su opinión».
- «La restricción puede dificultar la comunicación con el niño».
- «Algunas técnicas son una experiencia traumática».

- «En la práctica privada el dentista puede perder pacientes si usa el control de voz».
- «Con algunas técnicas los padres creen que no sabes cómo tratar a los niños».

Estudiantes de quinto curso

- «Los instrumentos para restricción física son agresivos e inaceptables».
- «A los padres les disgustan ciertas técnicas porque les hacen sentirse culpables de la conducta de sus hijos».
- «Es preferible la sedación a la restricción».
- «Los padres rechazan las técnicas de manejo porque sobreprotegen a sus hijos».
- «Muchos padres no valoran la salud bucal y el cuidado dental».

Estudiantes de postgrado

- «Para considerar la aceptabilidad de una técnica deberíamos tener en cuenta el stress experimentado por el dentista con algunas técnicas».
- «Las explicaciones a los padres son la clave para la aceptación de las técnicas».
- «Muchas veces debido a una falta de tiempo y paciencia el dentista no da explicaciones».
- «Hay que considerar los beneficios y riesgos al usar sedación y anestesia general».
- «Si los padres saben exactamente los riesgos existentes, entonces hay una mayor aceptación de la restricción, sedación y anestesia general».
- «El nivel de educación de los padres es importante».
- «Muchos padres consideran que el tratamiento dental no es lo bastante importante como para necesitar anestesia general».

Discusión

Los resultados obtenidos confirmaron nuestra hipótesis. El grado de aceptación de las técnicas aumenta con el grado de conocimientos odontológicos. Al analizar la aceptación de los estudiantes de las técnicas de manejo encontramos diferencias significativas en seis de ellas: anestesia general, imitación, control

de voz, ambas restricciones y mano sobre boca. Las otras tres técnicas (sedación, diga-muestra-haga, desensibilización) ya habían tenido una alta aceptación entre los estudiantes de tercer curso.

En el análisis de la expectativa de los estudiantes respecto a la aceptación de los padres la diferencia es significativa en tres técnicas (imitación y los dos tipos de restricción) y próxima a serlo en anestesia general y mano-sobre-boca. El mayor cambio en aceptación se observa con las restricciones activa y pasiva, dos de las técnicas más controvertidas.

La sedación tuvo niveles de aceptación más altos de lo que esperábamos. Ninguno de los estudiantes calificó esta técnica como inaceptable. Resultó curioso comprobar que la sedación no era cuestionada ni siquiera por los estudiantes de tercer curso. Sólo un 4% de los estudiantes de quinto consideraron a la sedación como inaceptable desde el punto de vista de los padres. Nosotros esperábamos que el grado de aceptación de la anestesia general sería similar al de la sedación, pero no hubo relación. La anestesia general obtuvo poca aceptación desde los dos puntos de vista.

Las nueve técnicas de manejo se enseñan en nuestra universidad a los alumnos de pregrado y postgrado. El hecho que el 24% de los estudiantes de tercer curso y el 10% de los de quinto calificaran la imitación como difícilmente aceptable, y el 2% de los de quinto como inaceptable nos plantea la necesidad de cambiar la forma en que se presenta esta técnica a los alumnos.

Como odontopediatras observamos que nuestras técnicas de manejo en ocasiones son cuestionadas no sólo por los padres sino también por los odontólogos generales y especialistas en otros campos. Si estudiantes con más conocimientos aceptan más las técnicas cuestiona-

bles es lógico asumir que ocurriría lo mismo con odontólogos más informados, y obviamente los estudiantes de odontología serán los dentistas del futuro. Por ello pensamos que deberíamos dar más información específica y más conocimientos sobre las técnicas de manejo a nuestros estudiantes. De esa forma los dentistas entenderían y aceptarían más nuestras estrategias para tratar con niños. La percepción negativa por parte de otros profesionales sobre técnicas controvertidas se debe al hecho de que no las conocen suficiente. Creemos que usadas correctamente, las técnicas de manejo de conducta no tienen efectos perjudiciales a largo plazo, y que los niños resultan excelentes pacientes cuando maduran.

Finalmente, al analizar los comentarios hechos por los estudiantes vemos la evolución producida por los años de educación, pero también hay que considerar el factor edad. Al leer comentarios realizados por los alumnos de tercero (los más jóvenes) como: «experiencia traumática» o «el niño sufre» comprobamos que la edad también debe tenerse en cuenta para comprender sus opiniones.

Bibliografía

1. MURPHY M.G., FIELDS H.W., MACHEN J.B.: Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. *Pediatr Dent*, 6: 193-198, 1984.
2. FIELDS H.W., MACHEN J.B., MURPHY M.G.: Acceptability of various behavior management techniques relative to types of dental treatment. *Pediatr Dent*, 6: 199-203, 1984.
3. LAWRENCE S.M., MCTIGUE D.J., WILSON S., ODOM J.G., WAGGONER W.F., FIELDS H.W.: Parental attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*, 13: 151-155, 1991.
4. BARON R.S., SNYDERSMITH M., LOGAN H., KAO C.F., FITZPATRICK M.: The effects of short term social support from dentists on the stress experienced by parents of pediatric patients. *Pediatr Dent*, 13: 333-338, 1991.
5. WILSON S., ANTALIS D., MCTIGUE D.J.: Group effect on parental rating of acceptability of behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*, 13: 200-203, 1991.
6. HAGAN P.P., HAGAN J.P., FIELDS H.W., MACHEN J.B.: The legal status of informed consent for behavior management techniques in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 6: 204-208, 1984.
7. KLEIN A.: Physical restraint, informed consent and the child patient. *J Dent Child*, 55: 121-122, 1987.
8. CHOATE B.B., SUE SEALE N., PARKER W.A., WILSON C.F.G.: Current trends in behavior management techniques as they relate to new standards concerning informed consent. *Pediatr Dent*, 12: 83-86, 1990.
9. PINKHAM J.R., PATERSON J.R.: Voice control: an old technique reexamined. *J Dent Child* 52: 199-202, 1985.
10. LEVITAS T.C.: HOME: Hand over mouth exercise. *J Dent Child*, 41: 178-182, 1974.
11. BOWERS L.T.: The legality of using hand over mouth exercise for management of child behavior. *J Dent Child*, 49: 257-265, 1982.
12. AUBUCHON R.W.: Sedation liabilities in pedodontics. *Pediatr Dent*, 4: 171-180, 1982.
13. GOODSON J.M., MOORE P.A.: Life threatening reactions after pedodontic sedation: an assessment of narcotic, local anesthetic and antiemetic* drug interaction. *J Am Dent Assoc*, 107: 239-245, 1983.
14. American Academy of Pediatric Dentistry: Guidelines for the elective use of conscious sedation, deep sedation, and general anesthesia in pediatric patients. *Pediatr Dent* 7: 334-337, 1985.
15. HOUP T.M.: Death following oral sedation. *J Dent Child*, 55: 123-124, 1988.
16. ACS G., BURKE M.J., MUSSON C.A.W.: An updated survey on the utilization of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. *Pediatr Dent*, 12: 298-302, 1990.
17. ACS G., MUSSON C.A.W., BURKE M.J.: Current teaching of restraint and sedation in pediatric dentistry: a survey of program directors.

-
- Pediatr Dent, 12: 364-367, 1990.
18. MCTIGUE D.J.: Behavior management of children. Dent Clin North Am, 28: 81-93, 1984.
 19. GATCHEL R.J.: Impact of a videotaped dental fear-reduction program on people who avoid dental treatment. J Am Dent Assoc, 12: 218-221, 1986.
 20. BOJ J.R., DAVILA J.M.: A study of behavior modification for developmentally disabled children. J Dent Child, 56: 452-457, 1989.
 21. ALLEN K.D., STANLEY R.T., MCPHERSON: Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. Pediatr Dent, 12: 79-82, 1990.

Agradecimientos: Ramón Mora (Universidad de Barcelona) por su valiosa ayuda en el análisis estadístico.