

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA**



**“GRADO DE ACEPTACION DE LOS PADRES USANDO LA  
ESTABILIZACIÓN DE PROTECCIÓN PASIVA EN  
LA CONSULTA ODONTOPEDIATRICA”**

**TRABAJO ACADÉMICO  
PARA LA OPTENCIÓN DEL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA**

**Presentado por:  
C.D. CATHERINE GUISELLA, NOVA PALOMINO**

**Asesor:  
DR. JORGE LUIS CASTILLO CEVALLOS**

**TACNA- PERÚ  
2019**

## **DEDICATORIA**

### **A Dios**

*Por darme el regalo de mi vida, mi familia  
Por brindarme tanta fortaleza antes las adversidades de la vida,  
por haber permitido que a lo largo de mi vida pueda haber  
conocido a personas que han sido guías, amigos y maestros.*

### **A mis queridos padres Saúl Nova y Esther Palomino**

*Por ser mis fieles amigos, por darme todo su apoyo, por  
enseñarme que cada caída te hace más fuerte, que cada caída te  
da una enseñanza y cada caída te da las armas para seguir  
adelante triunfando.*

### **A ti, mi compañero Jhon Castaño**

*Que siempre estés listo para brindarme toda tu ayuda, eres mi  
mano derecha durante todo este tiempo, te agradezco por tu  
desinteresada ayuda, tu paciencia, comprensión y por apoyarme  
cuando siempre lo necesito.*

### **A ti, mi hijito Gael**

*Por darme esas fuerzas únicas para poder ser un gran ejemplo  
para ti, gracias por acompañarme en cada día de esta gran  
profesión.*

## INDICE

NDICE.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
<b>I. MARCO TEORICO.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 DESARROLLO DEL NIÑO .....</b>	<b>6</b>
1.1.1. Desarrollo físico: .....	6
1.1.2. Desarrollo cognoscitivo: .....	6
1.1.3. Desarrollo psicosocial: .....	6
<b>1.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN CONDUCTA DEL NIÑO.....</b>	<b>7</b>
1.2.1. Naturales:.....	7
1.2.2. Ambientales: .....	7
<b>1.3 CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE NIÑO .....</b>	<b>10</b>
1.3.2. Según Frankl .....	10
1.3.3. Según Castillo.....	11
<b>1.4 TECNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA.....</b>	<b>11</b>
1.4.1. Técnica comunicativa .....	11
1.4.2. Técnica aversiva.....	12
1.4.3. Técnicas farmacológicas .....	13
<b>1.5 ESTABILIZACIÓN PROTECTIVA .....</b>	<b>13</b>
1.5.1 Estabilización activa:.....	14
1.5.2 Estabilización pasiva:.....	14
<b>II. DISCUSION.....</b>	<b>16</b>
<b>III. CONCLUSIONES.....</b>	<b>19</b>
3.1 Conclusiones.....	19
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>20</b>

## INTRODUCCIÓN

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) cree que todos los bebés, niños, adolescentes y personas con necesidades especiales de atención de la salud, tienen derecho a recibir atención de la salud oral que se encuentra con el tratamiento y los principios éticos de nuestra especialidad. La AAPD ha incluido el uso de estabilización de protección (anteriormente conocido como la restricción física y la inmovilización médica) en su guía sobre el comportamiento de orientación desde 1990(1).

El manejo de la conducta es de suma importancia en el día a día del odontopediatra. El manejo del estrés y la ansiedad en niños es por lo tanto crucial y requiere la utilización con éxito de técnicas en su manejo por ello el conocimiento capacitado del odontopediatra ayudará a mejorar la calidad de atención.

El comportamiento no colaborador o no receptivo de pacientes niños puede ser un gran impedimento para realizar el tratamiento odontológico, además de requerir más tiempo de atención podemos producir daño físico y/o psicológico. Por lo tanto, la utilización de técnicas apropiadas que permitan brindar un tratamiento seguro de alta calidad es importante, durante el tratamiento odontológico en pacientes niños no colaboradores realizamos la estabilización de protección o restricción física donde es muchas veces necesaria a fin de evitar accidentes, principalmente durante los procedimientos.

Los padres tienen muchas veces a evaluar tanto la inmovilización activa y pasiva como inaceptable por ello es necesario informar a los padres detalladamente sobre el uso y las indicaciones previas al uso de esta técnica(2).

El tablero papoose es un dispositivo de estabilización de protección que estabiliza y calma a los pacientes pediátricos durante las condiciones de ansiedad en ciertas situaciones médicas.

Los objetivos del presente estudio fueron: (a) Examinar la aceptación de los padres de la técnica de estabilización de protección con papoose board en odontología (b) Informar a los padres de la conducta de su hijo en función de su evaluación y discutir cómo se gestionará este comportamiento.

Esta revisión incluirá búsquedas en bases de datos electrónicas utilizando los términos: estabilización de protección, restricción física, y Papoose Board.

## **I. MARCO TEORICO**

### **1.1 DESARROLLO DEL NIÑO**

El crecimiento y el desarrollo del niño son una secuencia ordenada de muchos logros físicos, motores, capacidades sensoriales, memoria, lenguaje, razonamiento y emociones; todo ello se producen de manera continua y gradual, de acuerdo a las diferentes circunstancias ambientales, a la época y factores genéticos(3).

#### **1.1.1. Desarrollo físico:**

Todo comienza con el proceso de la gestación del ser humano que dura casi 9 meses e inicia cuando el espermatozoide del padre fertiliza el óvulo materno y da inicio a la vida.

Durante estos 9 meses, se da inicio a la diferenciación celular y aparición de los órganos importantes, como el corazón primitivo, una cabeza, ojos, orejas, boca, riñones, hígado, tracto digestivo, vasos y torrente circulatorio

El primer año de vida es muy importante para el crecimiento y desarrollo del niño, durante este la mayoría de niños sufre un incremento del 50% en la estatura y un aumento casi de 200% en el peso(3,4).

#### **1.1.2. Desarrollo cognoscitivo:**

El sistema nervioso del niño crece con rapidez, del nacimiento hasta los 3 años de edad el cerebro infantil alcanza 75% de su peso adulto. Es así que se produce un desarrollo social, afectivo, motor, del lenguaje y del pensamiento. Todas ellas relacionadas, siendo así un proceso continuo y global, interviniendo unas en otras(3).

#### **1.1.3. Desarrollo psicosocial:**

El desarrollo psicosocial del niño es el resultado de sus pensamientos y emociones que junto con el ambiente o sociedad influyen en su comportamiento; siendo de gran importancia desde muy temprana edad pues influenciará en su futura conducta.

Otra buena guía es la señalada por Sroufe en donde clasifica el perfil psicosocial del niño por grupo de edades(3).

### **0-3 AÑOS**

El niño no tiene la capacidad para entender y razonar; son dependientes de otros para satisfacer sus necesidades, es aquí donde se desarrolla un sentido básico de la confianza con sus cuidadores, conocido como apego. Al cumplir el primer año de edad aumentan sus capacidades psicomotoras consiguiendo levantarse solo, caminar y jugar; empiezan a mostrar interés y curiosidad(3).

### **3-6 AÑOS**

Se inicia el desarrollo del auto concepto y autoestima. El niño va descubriendo sus diferentes emociones y debe distinguir entre las positivas y las negativas. Su imaginación está muy desarrollada y presentan temores específicos; el final de esta etapa es conocida como la etapa del cómo y por qué(3) . **6-12 AÑOS**

El desarrollo cognitivo es muy marcado. Buscan su identidad y aceptación. Tienen temor al ridículo, a los fracasos y al daño corporal. A medida que se acerca al final de esta etapa se le puede involucrar en el cuidado de su salud bucal y desarrollo de buenos hábitos.

### **12-18 AÑOS**

Buscan su independencia, esta es una etapa crítica ya que se producen una serie de transformaciones en los aspectos físicos, fisiológicos y psicológicos que los hacen tener sentimientos ambivalentes; en algunos casos son egocéntricos y la relación con los padres disminuye(3).

## **1.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN CONDUCTA DEL NIÑO**

El comportamiento del niño frente al tratamiento odontológico suele estudiarse en términos de miedo y / o ansiedad dental y manejo del comportamiento dental, existen una serie de factores estas son(3):

### **1.2.1. Naturales:**

Determinados genéticamente o por patologías en el nacimiento.

### **1.2.2. Ambientales:**

Determinados por el entorno donde se encuentra el niño.

- **La influencia de los padres:**

El papel que juega la madre, puede ser de doble efecto. Unas veces sirve de gran ayuda por su comprensión con el profesional y en este caso, su posición en esta tríada: odontólogo-paciente-madre, es positiva. Pero otras veces su posición es negativa y más bien obstaculiza un buen manejo de su niño(5).

Baumrind en sus investigaciones indicó que existe relación entre los estilos de crianza y comportamiento infantil.

Clasificando así a los padres según sus actitudes en:

- o Padres autoritarios
- o Padres permisivos
- o Padres autoritativos
- o Padres negligentes
- o indiferentes

➤ La ansiedad de los padres

Especialmente la ansiedad materna, es influyente en el desarrollo de la ansiedad del niño. Corkey y Freeman ha encontrado estado de ansiedad dental de la madre, el tiempo transcurrido desde la última visita dental de la madre, su regularidad de la asistencia dental, y su aversión de las restauraciones fueron significativamente relacionados con el estado de ansiedad dental infantil. El estudio concluyó que el estado de ansiedad dental materna y morbilidad psiquiátrica materna fueron ambos muy relacionados con el estado de ansiedad dental infantil. A pesar de que la madre es la principal fuente de miedo. Estudios recientes han sugerido también puede afectar a sus hijos(2).

➤ La presencia de los padres / Ausencia

El deseo del niño para la presencia de los padres puede llegar a ser un complemento importante para el manejo del comportamiento. Si un niño se comporta mal, entonces el dentista puede solicitar que el permiso de los padres hasta que el niño se convierte en cooperativa. Esta es una manera eficaz para fomentar comunicación para el niño dispuesto a



interactuar con el dentista. Para que esta técnica funcione correctamente, los padres deben estar dispuestos a cumplir cuando se les pide que salgan, y los padres deben dar su consentimiento por adelantado para salir de la operatoria si se le pide. Los padres pueden sentirse más cómodos con esto es que si se les dice que ellos no tienen que salir de la habitación; moviéndose justo fuera de la línea de visión del niño es suficiente. Cuando el niño coopera, el dentista debe ofrecer alabanza, y el padre debe devolver inmediatamente(2).

- Técnicas de comunicación para padres (y los pacientes apropiados para la edad)

Debido a que los padres son los representantes legales de los menores, con éxito la comunicación bidireccional entre el dentista / el personal y los padres es esencial para asegurar una orientación eficaz de la conducta del niño. El estatus socioeconómico, nivel de estrés, la discordia marital, y las habilidades lingüísticas pueden presentar dificultades para abrir y una comunicación clara(2).

- **La influencia de los hermanos, familiares y amigos.**  
Pueden ser positivos y negativos en la influencia del comportamiento, dependiendo de las experiencias que han vivido los hermanos y éstas pueden ser transmitidas con malicia, falsedad o apoyar con buenos comentarios.
- **La influencia de antecedentes previos: médicoodontológicos**  
Es tal vez la más difícil de corregir, donde el niño ha tenido una mala experiencia odontológica y sabe qué procedimiento le causará molestia o dolor. Por tal motivo la confianza es difícil de ganársela y no se puede engañar al niño. En estos casos lo mejor es estar de acuerdo con lo que el niño refiere y así ganar su confianza(3).

Además de estas variables, existen aquellas que están bajo el control directo del odontólogo, las cuales influyen directa o indirectamente en la conducta del niño:

- ***El atuendo del odontólogo***

Olvidarse de la vestimenta clásica de color blanco y de diseño hospitalario ya que los niños lo relacionan con aquel personaje que en edades tempranas le ha causado algún tipo de malestar.

- ***Efecto de la duración y la hora de la cita***

Las citas deben ser cortas para los niños, son mejor aceptadas y de carácter agradable.

Buscar la mejor hora para su cita en preferencia en la mañana, porque obviamente, tanto el niño como el odontólogo, están emocionalmente mejor dispuestos a abordar una acción delicada.

- ***Efecto del ambiente físico y su atmósfera***

Un ambiente agradable, cómodo con buena ventilación e iluminación y un equipamiento sencillo(3).

La utilización de la música en niños y adolescentes durante la atención odontológica es una buena alternativa en donde el niño es animado a la fantasía. Se puede utilizar música ambiental o canciones infantiles.

### **1.3 CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE NIÑO**

La mayoría de los niños manifiestan patrones de comportamiento aceptables que permiten que el tratamiento dental se realice sin dificultades. Sin embargo, hay pacientes cuyo comportamiento altera el tratamiento.

Las escalas más conocidas para la clasificación de la conducta del niño son(5):

#### **1.3.2. Según Frankl**

o Paciente con comportamiento definitivamente positivo.

o Paciente con comportamiento positivo o Paciente con comportamiento negativo o Paciente con comportamiento definitivamente negativo

### **1.3.3. Según Castillo**

**(1996, clasificación utilizada por la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia)(3)** o Paciente receptivo:

Paciente cooperador que puede ser atendido en condiciones convencionales. Sin embargo hay una variación del comportamiento inicial, algunos pacientes tienen un conducta no cooperadora en su primera experiencia; sin embargo son cooperadores potenciales que con un buen manejo se convierten en pacientes receptivos.

o Paciente no receptivo: Paciente que presenta comportamientos exagerados como rebeldía, hiperactividad, temor y ansiedad, el cual requiere ser atendido bajo condiciones y técnicas especiales.

o Paciente físicamente impedido: Todo paciente con un impedimento físico, sordera, ceguera, motricidad alterada, mudez, etc.

o Paciente física y mentalmente impedido: Paciente en el que su desarrollo psicológico como mental y coeficiente de inteligencia están disminuidos hasta alcanzar en los más graves el retardo mental severo.

o Paciente infante: Pacientes muy pequeños, cuya maduración psicológica no les permite colaborar.

## **1.4 TECNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA**

Para lograr la colaboración y así lograr con éxito que el niño participe con calma y confianza durante el tratamiento odontológico existen técnicas básicas para su comportamiento

Así, el odontólogo debe basarse en técnicas de manejo de la conducta como un complemento a la comunicación con el paciente. Según Pinkham (1995)(3)

### **1.4.1. Técnica comunicativa**

Se requiere que el niño haya alcanzado la madurez suficiente que permita un intercambio entre el mismo y su odontólogo, el cual utilizara un lenguaje apropiado para la edad de su paciente(3).

Estas técnicas son:

- **Desensibilización:** Abordar el tratamiento del paciente desde la actividad de menor complejidad hasta la de mayor complejidad.
- **Decir-mostrar-hacer:** el paciente se introduce en el ambiente dental mediante una formación que puede ser comprendido. Primero el niño se le dice sobre el procedimiento de una manera favorable, a continuación se muestran al niño lo que sucederá o lo que va a ser utilizado, y se deja ver, tocar, oler o el material o instrumento, o ver una demostración del procedimiento.
- **Modelamiento:** Muchas veces los niños tienen a copiar e imitar, por ello es importante que el niño vea por fotos, videos o en vivo a un paciente colaborador al que se le esté realizando un tratamiento parecido.
- **Manejo de la contingencia (refuerzos):** El refuerzo positivo es una forma de reconocer la cooperación del paciente infantil y promover el comportamiento positivo futuro a través de recompensas.
- **Distracción:** Se debe desviar la atención del niño de lo que pueda considerar incomodo o desagradable, preguntándole sobre sus actividades

#### **1.4.2. Técnica aversiva**

Orientada a manejar la conducta de niños que por diversas razones interrumpen o impiden concluir el tratamiento odontológico. Con estas técnicas se busca que el odontólogo pueda manejar la situación y acondicionar al niño psicológicamente o restringirlo físicamente.

Frecuentemente estos niños no colaboran debido a la deficiencia de la maduración emocional o mental o por discapacidades físicas o médica(3,5).

Estas son:

- **Control de voz:** Es un medio de obtener el cumplimiento de un paciente niño, con el tono de modulación y / o volumen para llamar la atención y la cooperación del paciente. El término control de voz es única para la odontología pediátrica. En el control de voz, las

instrucciones deben ser firme y definida, y convincente; para ser más exitoso, la expresión facial debe reflejar el mensaje.

- Estabilización protectora (restricción física): Es la aplicación directa de fuerza física al paciente con o sin su permiso para restringir su libertad de movimiento.
- Hipnosis: Proceso de inducción, donde la persona entra en un estado de conciencia especial, en el que muchas funciones mentales y emocionales actúan diferente.

### **1.4.3. Técnicas farmacológicas**

Indicada cuando el niño es incapaz de tolerar sin molestias los procedimientos dentales a pesar de una técnica anestésica adecuada.

Las técnicas farmacológicas son:

- Sedación consciente: Es un nivel de conciencia deprimida que retiene la capacidad del paciente para conservar, de modo independiente y continuo, la vía respiratoria y reaccionar de manera apropiada a la estimulación física, a las órdenes verbales o a ambas.
- Sedación profunda: Es un estado controlado de conciencia deprimida o inconsciencia, a partir del cual no es fácil despertar al paciente.
- Anestesia General: Estado controlado de inconsciencia que se acompaña de la pérdida de los reflejos protectores(3,4)..

## **1.5 ESTABILIZACIÓN PROTECTIVA**

Para algunos niños, la orientación básica de la conducta es inadecuada para permitir la atención dental segura y de alta calidad.

Esto puede ser debido a la corta edad del niño, las necesidades especiales de salud, el desafío extremo, o temerosidad.

En estos casos, es importante involucrar a los padres para discutir los riesgos, beneficios y alternativas de orientación de la conducta avanzada para que puedan tomar una decisión informada para su hijo.

La estabilización de protección se define como “cualquier método manual, física o dispositivo mecánico, materiales, o equipo que inmoviliza o reduce la capacidad de un paciente para mover su brazos, las piernas, el cuerpo o la cabeza libremente.” Se utiliza para disminuir

el riesgo de lesión durante el tratamiento y puede ser clasificado como activo o pasivo(2,3).

#### **1.5.1 Estabilización activa:**

El padre, odontólogo o asistente ayuda a estabilizar al paciente; Normalmente, esto se lleva a cabo sólo por un período muy corto de tiempo o en tiempos de comportamiento inesperado, físicamente no cooperativo.

Este tipo de estabilización es menos eficaz para prevenir el movimiento desfavorable y se ha asociado con más lesiones en comparación con la estabilización pasiva.

Durante esta restricción sujetamos las manos del niño, inmovilizando manos y rodillas con ayuda de la madre en pie, cuerpo a cuerpo (madre-niño), con la madre sentada en la parte anterior del sillón odontológico en posición de cabalgada, o con el bebé en los brazos de la madre (para bebés con menos de un año de edad).

Consideramos el uso de la restricción activa más aconsejable con la mamá debido al contacto visual y afectivo y por la seguridad que la madre ofrece a su hijo durante la ejecución(6).

#### **1.5.2 Estabilización pasiva:**

Es el uso de un dispositivo para restringir el movimiento del paciente para la seguridad del paciente. Los dispositivos utilizados comúnmente son(7):

- Abre bocas: se emplean en niños de 0 a 3 años, además aquellos que tienen necesidades especiales o aquellos que no colaboran con el tratamiento. Estos pueden ser: Monoblocks de silicona (Tipo McKesson), de metal (Molt, K&K) o descartables (tipo Open Wide o los confeccionados con baja lenguas y gasa).
- Macri: consiste en una hamaca donde el niño coloca las piernas y de esta manera pierde el punto de apoyo.
- Paquete pediátrico de Walter: se emplea una sábana para ayudar a restringir el movimiento del niño.

- Papoose Board: consiste en una plancha con tirantes anchos de tela donde se coloca al niño y se envuelve la parte superior, media e inferior del niño.
- Pediwrap: consiste en un tejido delgado, resistente, con tiras de muchos colores, los cuales envuelven al niño desde los hombros hasta los pies.

A menudo se emplea esta técnica cuando el comportamiento del paciente se deteriora inesperadamente durante una cita o iniciamos esta técnica con el uso de estos dispositivos cuando el pequeño es menor de 3 años y no colabora por nada ante el manejo de conducta. La estabilización de protección también se puede usar durante una cita de sedación para evitar movimientos indeseados por el niño sedado. Según estudios mencionan que los riesgos de la estabilización de protección son daños físicos o psicológicos, pérdida de la dignidad, y la violación de los derechos del paciente, por ello esta técnica es uno de los más controvertidos de técnicas de manejo de la conducta. El uso de la estabilización de protección debe ser documentada incluyendo el tipo de dispositivo, la duración, indicación, la presencia de los padres o la razón de su ausencia, y los resultados adversos.

Los padres tienden a evaluar tanto la inmovilización activa y pasiva como inaceptable y muchos dentistas pediátricos encuentran su uso rara vez aceptable para el tratamiento dental de rutina. Los padres indican que la inmovilización activa es más favorable si el asistente dental realiza o si fue realizada por el dentista.

**SE RECOMIENDA USAR ESTABILIZACIÓN PROTECTIVA con Papoose Board en:**

- Niños con capacidades diferentes, que se sienten mejor y más seguros con la restricción física
- Niños desafiantes, histéricos o poco tolerantes

- Niños que aunque traten de cooperar presentan movimientos involuntarios
- Niños premedicados que no disponen de un nivel de conciencia completo y que pueden reaccionar bruscamente
- Niños que llegan con emergencias dentales que les están provocando temor, y ansiedad.
- Cuando ya es estrictamente necesario pues ya las órdenes para mejorar el comportamiento han sido dadas y no se logró obtener la conducta deseada.
- En citas de control y seguimiento de pacientes que por diferentes motivos fueron intervenidos por anestesia general
- Niños que se les realizara tratamiento odontológico bajo sedación consciente.

## II. DISCUSION

Se realizó una búsqueda en bases de datos electrónicas donde encontramos estudios similares y al hacer una evaluación de los resultados, es evidente los hallazgos de estos estudios ya que coinciden en gran parte.

- Paula Enciso y Col. nos dicen según la evidencia científica, que a pesar de los bajos niveles de aceptación el grado de autorización para las técnicas restrictivas aumentaba a medida que se daba una explicación previa y el tipo de procedimiento lo justificaba(8).  
Estos resultados pueden deberse en gran parte a la poca o escasa explicación previa a ser vista los videos de diversos procedimientos.

Nicolás Cordero, Juan Cárdenas, Luis Gonzalo según la evidencia científica presentan valores similares donde las técnicas comunicativas fueron significativamente más aceptados en comparación con las técnicas farmacológicas y técnicas restrictivas(9).

Ari Kupietzky, Diana Ram investigaron la aceptación parental de la estabilización pasiva a través de una presentación verbal positiva. El grupo de control (CG) recibió una explicación neutral sobre el uso de la



Papoose Board (PB), y el grupo experimental (EG) recibió una presentación verbal positiva. Se visualizó una película de video que representaba a 2 niños sometidos a tratamiento dental con sedación consciente y PB y un tercer niño sometido a tratamiento dental bajo anestesia general. A continuación, se realizó una encuesta posterior a la selección de las actitudes de los padres respecto a las modalidades de tratamiento. Se encontró que los padres EG eran significativamente más receptivos al uso de PB en comparación con los padres CG(10). Estos resultados pueden deberse a que los padres de EG fueron correctamente asesorados sobre el tema de estabilización protectora y atribuyeron el malestar como un tema de un niño reprimido, mientras que los padres de CG lo atribuyeron directamente a la restricción como algo que les ocasiona daño.

- Vanessa Boka y Col. nos dicen según la evidencia científica, que en una muestra de 106 padres de niños con tratamientos dentales en una clínica dental pediátrica universitaria de postgrado, y 123 padres de niños de una clínica dental pediátrica privada.

Se les mostró un video con nueve técnicas de control del comportamiento, los padres calificaron la aceptación de cada técnica en una escala de 0-10.

Donde los padres de los niños atendidos en la clínica Universitaria aceptan la restricción pasiva con Papoose, sedación o la anestesia general siendo estadísticamente significativo en comparación a los padres de los niños atendidos en la práctica privada(11). Esto puede deberse a un factor socioeconómico o factor externo.

Yazmi Montaña y Col. investigaron a padres de niños ASA I y II en dos grupos: (A y B) de 40 niños 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. Cada padre respondió una encuesta de experiencias dentales previas dolorosas del padre, grado de estudios del padre y aceptación de las técnicas. Se

obtuvo que el grupo B aceptó mayor número de técnicas pero analizando individualmente cada técnica este grupo obtuvo la menor aceptación. Las técnicas decir-mostrar- hacer fueron las más aceptadas. En relación a la 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(12).

Esto se debe a los estudios previos a los padres donde se da mayor Cooperación al aceptar las técnicas cuando éstas son explicadas previamente a su aplicación en el niño.

- Maria Nahás y Col. nos dicen según la literatura que existen técnicas diferentes a las farmacológicas que pueden ser utilizadas para acondicionar psicológicamente al niño durante el tratamiento odontológico. De esta manera, se estimula la utilización de tales técnicas con la finalidad de formar una interrelación de confianza y seguridad en la triada dentista-niño y padres y prevenir o disminuir la susceptibilidad a la ansiedad y miedo(6).

### **III. CONCLUSIONES**

#### **3.1 Conclusiones.**

- Se debe informar a los padres de la conducta de su hijo en función de su evaluación y discutir cómo se manejará este comportamiento.
- La decisión de utilizar la estabilización de protección debe ser considerado cuidadosamente, y los padres deben tener toda la información necesaria para dar su consentimiento informado.
- Es importante que los padres entiendan y confíen totalmente en el plan de tratamiento para su hijo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Academia Americana de Odontología Pediátrica. Estabilización de protección para pacientes pediátricos dentales. Manual de referencia. 2017; 40(6): 268-273.
2. Academia Americana de Odontología Pediátrica. Orientación comportamiento para el paciente pediátrico Dental. Manual de referencia. 2015; 40(6): 254-265.
3. Castillo R, Perona G, Kanashiro C, Perea M, Silva F. Estomatología Pediátrica. 1ra ed. Madrid: Ripano; 2014; 4:71-90.
4. Boj J, Catalá M, García C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatria la evolucion del niño al adulto joven. 1ra ed. Madrid: Ripano; 2012; 9:109120.
5. Castillo R. Manejo del Comportamiento del Niño. 1ra ed. Colombia: Latinoamericana AMO; 1996.
6. Nahás M, Abanto J, Bönecker M, Nahás F, Rezende C, Pinto K. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Rev Estomatológica Hered. 2010; 20(2):101.
7. C. F. Las evaluaciones de los padres sobre la eficacia de las técnicas de manejo de la conducta aversivas: un estudio piloto. Journal of Dental Sciences. Estambul; 2014; 9:29-34.
8. Enciso P, Posada M, Quintero A, Valencia C, Vasquez J, Ríos S, Cárdenas J. Aceptabilidad, percepción y permisividad de los padres a las diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en los pacientes pediátricos de la clínica ces sabaneta. Revista CES Odontologia. Medellin; 2001; 14(1):28-35.
9. Cordero N, Cárdenas J, Alvarez L. Aceptación de las Técnicas de Manejo farmacológicas y no farmacológicas en Padres de Pacientes Pediátricos en Odontología. Rev CES Odont. Antioquia; 2012; 25(2):24–32.

10. Kupietzky A, Ram D. Efectos de una Presentación Verbal Positiva sobre la Aceptación Parental de Estabilización Médica para el Tratamiento Dental de Niños Pequeños. *J Pediatric Dentistry*. Israel; 2005; 27(6):380–385.
11. Boka V, Arapostathis K, Vretos N, Kotsanos N. La aceptación de los padres de las técnicas de manejo de conducta utilizadas en odontología pediátrica y su relación con la ansiedad dental de los padres y la experiencia. *J Eur Arco Pediatr Dent*. Grecia; 2014.
12. Montaña Y, Fragoso R, Ruidíaz V, Gaitán L. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. *Rev Odontológica Mex*. México; 2006; 10(3):126–30.