

Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños

Abanto JA, Rezende KMPC, Bönecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(2):101-106.

RESUMEN

Existen en la literatura técnicas diferentes a las farmacológicas que pueden ser utilizadas para acondicionar psicológicamente al niño durante el tratamiento odontológico. Estas técnicas, consideradas de manejo del comportamiento, tienen el objetivo de prevenir, disminuir o ayudar a enfrentar la ansiedad y miedo dental del paciente, sirviendo como importantes aliadas del cirujano-dentista que atiende niños. Este trabajo presenta una revisión de evidencias científicas sobre las propuestas de manejo del comportamiento que pueden ser utilizadas en el consultorio odontológico con bebés, niños de edad preescolar y escolar.

Palabras clave: CONTROL DE LA CONDUCTA / ODONTÓLOGOS / NIÑO.

Non pharmacological approaches for the behavior management of children

ABSTRACT

There are in the literature techniques different from the pharmacological ones, which can be used for conditioning psychologically the child during dental treatment. These techniques, considered as behavioral management, have the aim to prevent, reduce or help to confront the anxiety and fear of dental patient, serving as important allies for the dentist who takes care of children. This paper presents a review of scientific evidence on the approaches of behavior management that can be used in the dental clinic with babies, preschool and schoolchildren.

Key words: BEHAVIOR CONTROL / DENTISTS / CHILD.

Jenny Abanto Alvarez¹

Karia Mayra Pinto e Carvalho Rezende²

Marcelo Bönecker³

Fernanda Nahás Pires Corrêa¹

Maria Salete Nahás Pires Corrêa⁴

¹Especialista, Magíster y Doctoranda en Odontopediatría.

²Especialista en Odontopediatría.

³Profesor Titular del Departamento de Ortodoncia y Odontopediatría.

⁴Profesora del Departamento de Ortodoncia y Odontopediatría.

Facultad de Odontología. Universidad de São Paulo.

Correspondencia

Dra. Jenny Abanto Alvarez

Disciplina de Odontopediatría. Faculdade de Odontologia. Universidade de São Paulo.

Avenida Professor Lineu Prestes, 2227 Cidade

Universitária. São Paulo-SP, Brasil - CEP: 05508000

Teléfono: 55 (11) 3091-7835 Fax: 55 (11) 3091-7854

e-mail: jennyaa@usp.br / jein11@hotmail.com

Recibido : 21 de abril de 2010

Aceptado : 3 de junio de 2010

Introducción

La odontología para niños es marcada por las relaciones entre el dentista y su paciente, por lo que, durante esta interrelación pueden desarrollarse cuadros de ansiedad y/o miedo dental (1, 2), debido a la falta de preparación técnico-científica de algunos profesionales. El miedo dental es un serio y amplio problema. En niños es frecuentemente la principal causa de problemas de manejo del comportamiento, de interrupciones del tratamiento y de subsecuentes derivaciones a especialistas o clínicas especializadas en miedo dental o cuidados especiales.

La ansiedad y miedo dental, principales dificultades durante la atención odontológica, tienen una etiología multifactorial que incluye género, edad y origen cultural del niño, actitud del dentista y ansiedad de la madre, cada una de las cuales favorece en parte a la manifestación del cuadro (1-7). Estos cuadros pueden traer consecuencias negativas futuras para el niño tales

como inhibición psicológica o del comportamiento y eventuales evasiones a situaciones odontológicas. Esto puede acarrear también un perjuicio para la salud bucal del niño, envolviendo problemas asociados como estigmas sociales y sentimientos de vergüenza e inferioridad (8). Un estudio describe que muchos niños, huyen y evitan el tratamiento odontológico por considerarlo desagradable, por consiguiente no tienen los cuidados necesarios con su salud bucal, contribuyendo para el desarrollo de enfermedades como la caries de aparición temprana (9).

De tal manera, es muy importante además de la prestación de servicios preventivos y restauradores, la difusión de una actitud positiva que modifique la imagen inadecuada con respecto al tratamiento odontológico.

Considerando y teniendo en cuenta que la atención odontológica de niños no está basada en el uso de técnicas farmacológicas, serán descritas a continuación las

propuestas preconizadas de manejo del comportamiento para prevenir o disminuir la ansiedad y miedo dental en bebés, niños en edad preescolar y escolar (8, 9-15).

Técnicas de manejo del comportamiento en niños

Decir-mostrar-hacer

Técnica muy utilizada para familiarizar al niño con el equipo, instrumentos y procedimientos odontológicos. El dentista explica y le muestra al niño lo que será hecho. Se debe recordar que el vocabulario tiene que ser adecuado a la edad del niño y que el dentista y auxiliar tienen que estar familiarizados con el uso de éste. Se debe evitar el uso de palabras que provoquen miedo, tales como: dolor, aguja, picadura, sangre, sutura, sacar el diente, etc. En vez de usar estas palabras podemos cambiarlas por otras como: "¿incomoda?" por dolor, "punta" por aguja, "hematíes o rojito" por sangre, "lazo" por sutura, "extraer el diente" por sacar el diente, etc. En bebés y niños hasta los 5 años de edad, los

nombres de instrumentos y equipos, también pueden ser cambiados por nombres que estimulen la imaginación y que traigan recuerdos agradables para el niño, por ejemplo: motor de baja rotación "tractorcito", motor de alta rotación "ducha", abridor de boca "almohada para el diente", dique de goma "paraguas", cureta "cucharita", clamp "anillo", etc. A diferencia de niños en edad preescolar, a los que se encuentran entre 6 y 12 años no les gusta ser tratados como bebés, con éstos el uso de diminutivos deben ser utilizados con cautela, analizando el caso de cada paciente individualmente.

Esta técnica puede ser realizada a través del acondicionamiento indirecto o a distancia del sillón odontológico, mostrando el procedimiento en un objeto inanimado o animado, muñeco educativo (Fig. 1) o madre del niño, respectivamente; o a través del acondicionamiento directo, en el propio niño (Fig. 2). El reacondicionamiento debe ser efectuado todas las veces que el niño muestre una respuesta negativa al tratamiento. En bebés, reacondicionamiento debe ser realizado prácticamente en todas las consultas de retorno, debido al limitado poder de retención a esa edad.

Se recomienda que la técnica de hablar-mostrar-hacer no sea usada



Fig. 1. Técnica Decir-Mostrar-Hacer realizada durante el acondicionamiento indirecto en muñeco educativo.

para el procedimiento de inyección anestésica debido a que la visión de una aguja es considerada demasiado asustadora para un niño. En casos específicos, niños principalmente de edad escolar, de un nivel de ansiedad entre bajo y moderado, el acondicionamiento anestésico puede ser realizado mostrando el carpule sin la aguja o con ésta totalmente quebrada, siendo que el niño sólo podrá ver el goteo del líquido por el tubo anestésico. Al momento de realizar la técnica anestésica propiamente dicha, la aguja deberá ser cubierta con un rodete de algodón y el carpule entregado por el auxiliar a la altura del cuello del paciente que se encuentra echado y con la cabeza inclinada hacia atrás.

Refuerzo positivo

Consiste en el uso de recompensas para estimular el buen comportamiento, generalmente un "juguete" de bajo costo. Es importante recordar que la recompensa no puede ser utilizada como chantaje para realizar el tratamiento y que ésta debe ser ofrecida sólo después de evaluar el comportamiento del niño en la consulta. Es importante siempre asociar la recompensa con el comportamiento que se está intentando cambiar. Generalmente, dejamos que el niño escoja una recompensa o juguete por consulta, cuando sea permitido (Fig. 3). Debe



Fig. 2. Técnica Decir-Mostrar-Hacer realizada durante el acondicionamiento directo en el niño.

recordarse que si el niño recibe la misma recompensa por demasiadas veces, su poder como reforzador puede fracasar. El uso de elogios y de la atención para el niño como recompensas siempre deben ser utilizadas y, además de eso, sirven como óptimas opciones cuando se pierde el poder de la recompensa clásica (por ejemplo: "te comportaste súper bien hoy", "mereces nota 20", "¿ves como eres inteligente y consigues ayudarme?").

Distracción - voz distracción

Estas estrategias tienen el objetivo de llamar la atención del niño y de estimular su imaginación con la finalidad de abstraerlos del procedimiento odontológico (Fig. 4). Para eso se utilizan muñecos educativos u objetos inanimados (recomendado para preescolares), uso de videos de dibujos animados o Video Games (16), contar cuentos o historias, conversar con la madre durante el tratamiento del niño sobre la vida diaria de éste (amigos, juegos favoritos, animales preferidos, etc.). La distracción es probablemente la técnica más efectiva cuando la ansiedad del niño es leve.

Control de la voz

Con mirada amigable, voz pausada y tono de voz suave, el



Fig. 3. Refuerzo positivo. El niño escoge un premio por su buen comportamiento.

dentista puede aumentar el volumen de su voz para llamar la atención, frenar el comportamiento negativo del niño (17) y verificar si la comunicación está siendo efectiva. Es necesario utilizar técnica con buen juicio para no confundir el aumento de la voz con gritos. Esta técnica es raramente utilizada en bebés, debido a la dificultad de entendimiento que éstos poseen hasta los 3 años de edad.

Comunicación no-verbal

Incluye una variedad de formas de expresión diferentes a las palabras. Entre estas tenemos los gestos y expresiones faciales amigables, caricias tranquilizantes, contacto visual y físico suave, uso de señales para interrumpir el tratamiento por parte del niño, entre otras formas. Las señales para interrumpir, o manifestar que algo está incomodando al paciente durante el tratamiento son comúnmente usados por niños con más de 3 años de edad. El paciente realiza una señal de llamada (usualmente levantando el brazo más alejado del dentista) para indicar que desea interrumpir el tratamiento



Fig. 4. Distracción. Consultorio adaptado con muñecos y objetos de interés para el niño.

por un momento. Esta técnica envuelve un gran número de componentes psicológicos incluyendo la construcción de confianza en la relación dentista-paciente y ofrece al paciente una sensación de control (18). La técnica ha mostrado ser efectiva para reducir la ansiedad de los pacientes, incluso aunque éstos no usen la señal (18). No obstante, se debe realizar una detallada observación del niño para tener certeza de no estar produciendo dolor en éste, con la finalidad de evitar situaciones que puedan crear confusión a la hora que éste levanta el brazo.

Modelado

Esta propuesta es utilizada para reducir comportamientos negativos y de ansiedad estimulando al niño a aprender la respuesta o comportamiento apropiado para determinada situación dental. Esto se da, a través de la observación de otro niño con buen comportamiento en tratamiento. El modelado es más efectivo cuando: el modelo observado posee características similares a las del niño objetivo (por ejemplo, mismo género y edad); el modelo es observado desde la entrada, tratamiento, salida de la consulta y cuando éste es recompensado por su buen comportamiento. El modelado puede ser real con un niño, o virtual con el uso de videos. Este último modelo generalmente no presenta resultados tan efectivos con relación a los modelos reales.

En el caso de bebés, pocas veces son encontrados niños en esa edad que puedan servir como modelos y que poseen las características descritas, siendo así, el dentista podrá utilizar un niño mayor o la propia madre del paciente que se

pretende modelar (Fig. 5).

Inhibición latente

Es otro principio importante del acondicionamiento, que tiene como objetivo organizar el tratamiento odontológico iniciándose con procedimientos más simples. Los estudios han mostrado (19, 20, 21) que historias de experiencias odontológicas positivas o neutrales pueden servir como defensa contra el desarrollo de experiencias o asociaciones traumáticas, y, subsecuentemente contra el desarrollo de miedos severos o fobias (Teoría de la Inhibición Latente). Esta teoría implica el inicio de la historia del tratamiento del niño con una o dos consulta(s) de evaluación clínica, orientación de dieta e higiene, profilaxis y flúor, etc. (procedimientos no-curativos), ya que, por el hecho de no realizar ninguna intervención invasiva previa, se ayudaría al niño a enfrentar más adecuadamente futuras consultas potencialmente invasivas (curativas). La implementación de este principio de "inhibición latente" es importante para la prevención del miedo dental y debe ser incorporado en el plan global de tratamiento.

Exposición gradual

Se entiende por ayudar al niño a



Fig. 5. Modelado con la propia madre de la paciente de menos de 3 años de edad.

habituarse lentamente al tratamiento, dejar que se familiarice con el sillón odontológico y equipamiento de trabajo a pequeños pasos (22, 23). Estos pequeños pasos o desensibilización deben variar de una exposición mínima a una máxima, pudiendo ser utilizados en todas las diferentes fases del tratamiento, desde la primera introducción a la situación dental hasta procedimientos odontológicos tales como uso de la fresa dental o anestesia.

Restricción física

Algunos niños, generalmente los bebés y preescolares, presentan actitudes de resistencia, moviendo la cabeza, brazos y piernas durante el tratamiento. Por tal motivo, la protección de éstos por medio de la restricción física es muchas veces necesaria a fin de evitar accidentes, principalmente durante el procedimiento anestésico. La restricción puede ser realizada de dos formas: Activa, sujetando las manos del niño, inmovilizando manos y rodillas con ayuda de la madre en pie, cuerpo a cuerpo (madre-niño) (Fig. 6), con la madre sentada en la parte anterior del sillón odontológico



Fig. 6. Restricción activa cuerpo a cuerpo. Observar que las manos del niño están siendo sujetadas por la madre y las piernas de éste están alrededor de la cintura de la madre.

en posición de cabalgada (Fig. 7), o con el bebé en los brazos de la madre (para bebés con menos de un año de edad) (Fig. 8); o pasiva, con el uso de dispositivos tales como Papoose Board o Pedi-wrap, siendo que éstos son recomendados cuando la restricción activa no puede ser efectuada por la madre o responsable. Sin embargo, consideramos el uso de la restricción activa más aconsejable debido al contacto visual y afectivo y por la seguridad que la madre ofrece a su hijo durante la ejecución.

Se debe recordar que la restricción física no es comúnmente utilizada en niños con edad escolar (más de 5 años de edad), visto que muchos de estos niños entienden bien los comandos solicitados por el profesional y responden positivamente a las otras técnicas descritas anteriormente. Sin embargo, ante actitudes de resistencia, esta técnica puede ser empleada por seguridad del paciente.

Mano sobre la boca

Es de general acuerdo que esta



Fig. 7. Restricción activa en posición de cabalgada. Observar que los codos de la madre están restringiendo los movimientos de las piernas del niño.

técnica tiene que ser usada sólo en niños con más de 3 años de edad, extremadamente difíciles, con comportamientos altamente inapropiados y como último recurso después de haber agotado y fracasado con todas las otras técnicas de manejo del comportamiento citadas anteriormente en este trabajo.

Para utilizar esta técnica es necesario explicarla y obtener el previo consentimiento libre e informado firmado por el responsable del niño, ya que el uso de la técnica sin este documento puede implicar problemas legales. Después de dada la información completa sobre la técnica, se recomienda que el responsable no esté presente en la sala de atención durante el uso de la técnica, con el objetivo de no exponer a los padres a situaciones agobiantes.

La técnica de mano sobre la boca puede ser efectuada de dos formas: con o sin restricción de las vías aéreas, siendo la primera poco utilizada en las últimas décadas (24). Cuando la técnica sin restricción de las vías aéreas está indicada, el profesional coloca su mano gentilmente pero con firmeza, sobre la boca del niño para cesar la explosión verbal y mal comportamiento. Entonces el niño es avisado en su oído que si colabora la mano será removida. Después de eso el paciente es reevaluado. Esto



Fig. 8. Restricción activa con el bebé sujetado por los brazos de la madre.

puede ser repetido varias veces en una misma consulta hasta que el comportamiento mejore lo suficiente como para permitir que el tratamiento prosiga (25, 26). Usar un tono de voz suave y firme es necesario para que el paciente se quede quieto y escuche las instrucciones. Cuando el comportamiento deseado es obtenido a través de la técnica, el niño debe recibir un refuerzo positivo por su obediencia.

Consideraciones finales

De todas las técnicas de manejo del comportamiento en niños existentes en la literatura, las descritas en esta revisión muestran una marcada evidencia científica, siendo que éstas deben ser utilizadas individualmente llevando en consideración las diferencias físicas y psicológicas de los niños en diversas edades. 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-padres y prevenir o disminuir la susceptibilidad a la ansiedad, miedo o fobia dental.

Además de las propuestas tratadas, es necesario considerar, que no siempre la presencia de los padres en la sala de tratamiento será oportuna. Los padres podrán estar presentes siempre y cuando colaboren con el profesional y no aumenten la ansiedad del paciente. En algunos casos el simple acto de pedir a la madre que se retire de la sala de tratamiento ayuda a obtener un comportamiento positivo del niño, el cual tendrá como recompensa el retorno de ésta a dicha sala. Opuestamente, en bebés, la presencia constante de los padres en la sala de tratamiento ayuda a controlar y brindar una estabilidad

emocional al niño. La programación de consultas de corta a mediana duración, que no demanden un desgaste físico y emocional del niño también debe ser considerada.

Para concluir, tenemos que tener conciencia de que en el caso que todas estas técnicas fracasasen o no sean viables, podrá entonces ser considerado el uso de tratamiento psicológico, terapia medicamentosa, sedación consciente o anestesia general.

Referencias bibliográficas

- Liddell A, Gosse V. Characteristics of early unpleasant dental experiences. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1998; 29(3):227-37.
- Lee CY, Chang YY, Huang ST. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Paediatr Dent*. 2008; 18(6):415-22.
- Tullman GM, Tullman MJ, Rogers BJ, Rosen JB. Anxiety in dental patients: a study of three phases of state anxiety in three treatment groups. *Psychol Rep*. 1979; 45(2):407-12.
- Weisenberg M, Kreindler ML, Schachat R. Relationship of the dental anxiety scale to the state-trait anxiety inventory. *J Dent Res*. 1974; 53(4):946.
- Freeman RE. Dental anxiety: a multifactorial aetiology. *Br Dent J*. 1985; 159(12):406-8.
- Majstorovic M, Skrinjaric I, Glavina D, Szivovicza L. Factors predicting a child's dental fear. *Coll Antropol*. 2001; 25(2):493-500.
- Folayan MO, Adekoya-Sofowora CA, D Otuyemi O, Ufomata D. Parental anxiety as a possible predisposing factor to child dental anxiety in patients seen in a suburban dental hospital in Nigeria. *Int J Paediatr Dent*. 2002; 12(4):255-9.
- ten Berg M. Dental fear in children: clinical consequences. Suggested behaviour management strategies in treating children with dental fear. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2008; 9 Suppl 1:41-6.
- Klingberg G, Vannas Löfqvist L, Bjarnason S, Norén JG. Dental behavior management problems in Swedish children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1994; 22(3):201-5.
- Newton JT, Shah S, Patel H, Sturme P. Non-pharmacological approaches to behaviour management in children. *Dent Update*. 2003; 30(4):194-9.
- Kantaputra PN, Chiewcharnvalijkit K, Wairatpanich K, Malikaew P, Aramrattana A. Children's attitudes toward behavior management techniques used by dentists. *J Dent Child (Chic)*. 2007; 74(1):4-9.
- Law CS, Blain S. Approaching the pediatric dental patient: a review of nonpharmacologic behavior management strategies. *J Calif Dent Assoc*. 2003; 31(9):703-13.
- American Academy of Pediatric Dentistry: Special Issue: Reference Manual 1996-1997. *Pediatr Dent*. 1997; 18:40-4.
- Corrêa MSNP. Sucesso no atendimento odontopediátrico - Aspectos psicológicos. São Paulo: Editora Santos; 2002.
- Corrêa MSNP. Odontopediatria na Primeira Infância. São Paulo: Editora Santos; 2005.
- Ingersoll BD, Nash DA, Blount RL, Gamber C. Distraction and contingent reinforcement with pediatric dental patients. *ASDC J Dent Child*. 1984; 51(3):203-7.

17. Greenbaum PE, Turner C, Cook EW 3rd, Melamed BG. Dentists' voice control: effects on children's disruptive and affective behavior. *Health Psychol.* 1990; 9(5):546-58.
18. Corah NL. Effect of perceived control on stress reduction in pedodontic patients. *J Dent Res.* 1973; 52(6):1261-4.
19. Davey GC. Dental phobias and anxieties: evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behav Res Ther.* 1989; 27(1):51-8.
20. de Jongh A, Muris P, ter Horst G, Duyx MP. Acquisition and maintenance of dental anxiety: the role of conditioning experiences and cognitive factors. *Behav Res Ther.* 1995; 33(2):205-10.
21. Ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J. The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *J Anxiety Disord.* 2002; 16(3):321-9.
22. Leitenberg H, Callahan EJ. Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behav Res Ther.* 1973; 11(1):19-30.
23. Hout van W, Emmelkamp P.: Exposure in vivo behandeling bij angststoornissen: procedure en effectiviteit (Exposure in vivo therapy in anxiety disorders: procedure and efficacy). *Gedragstherapie.* 2002; 35(1):7-24.
24. Acs G, Hersch G, Testen RD, Ng MW. A 20-year perspective on the changing use of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. *Pediatr Dent.* 2001; 23(4):301-6.
25. Levitas TC. HOME-hand over mouth exercise. *ASDC J Dent Child.* 1974; 41(3):178-82.
26. Roberts JF. Hand over mouth technique. *Br Dent J.* 1986; 160(5):151.