

TÉCNICAS DE CONTROL Y MANEJO DE LA CONDUCTA APLICADAS ODONTOPEDIATRIA Y ORIENTADAS AL HIGIENISTA DENTAL

AUTOR:

Elisabet Francisco Pasialo

Higienista Bucodental de la Comunidad de Madrid

Resumen

El papel fundamental para el éxito de cualquier tratamiento dental dentro del ámbito odontopediátrico es el conocimiento y la aplicación de las diferentes técnicas de control y manejo de la conducta que faciliten una intervención (previa, durante y futura) positiva de la experiencia dental en niños. Obteniendo dicho conocimiento los higienistas dentales podrán abordar las distintas situaciones que se presentan dentro de la consulta dental de una manera más eficaz.

Introducción

Las funciones del higienista son muy variadas en la consulta dental, pero unas de las más importantes son la prevención y la educación bucal. Además, deben concienciar a la población sobre la importancia de una buena salud oral. Oficialmente, el BOE define las competencias fundamentales del técnico en higiene bucodental de la siguiente manera:

“promover la salud bucodental de las personas y de la comunidad, mediante el desarrollo de actividades preventivas y técnico-asistenciales que incluyen, la exploración, la evaluación, la promoción y la realización de técnicas odontológicas en colaboración con el odontólogo o médico estomatólogo. Como miembro de un equipo de salud bucodental realizará su actividad profesional con criterios de calidad, seguridad y optimización de recursos”(2)

Un grupo especial en el que es fundamental la aplicación de las anteriores funciones son los niños.

La odontopediatría es la rama de la odontología que estudia la boca del niño y sus enfermedades. Concretamente, el aspecto más importante en odontopediatría es el control de la conducta, pues sin cooperación por parte del niño no es posible realizar con éxito el tratamiento dental. Por este motivo es fundamental comprender su conducta y la de los padres o tutores que le acompañan. (3)

La mayoría de los niños acepta nuevas experiencias sin mayor ansiedad, pero algunos pacientes odontopediatricos requieren una atención más especializada, ya que tienden a padecer ansiedad y miedo en la consulta dental. Este hecho dificulta la intervención en los distintos tratamientos pero, gracias al conocimiento y aplicación de las diferentes técnicas psicológicas aplicadas en la odontología actual, el equipo de profesionales dentales (médicos estomatólogos, odontólogos, higienistas y auxiliares) puede abordar un gran número de conductas y dirigir las de manera positiva frente al tratamiento.

Las técnicas de control de la conducta son métodos encaminados a controlar las diversas emociones (miedo o ansiedad) y manejar conductas infantiles dentro del consultorio dental. Pero el manejo de dichas conductas no se puede entender únicamente como a aplicación de determinadas técnicas en situaciones concretas, sino que además se debe prestar atención al resto de factores que pueden determinar la conducta del niño como la edad, la hora de la visita, la experiencia previa, la actitud de la familia, etc., así como potenciar la individualidad de cada niño ya que esta relación previa es el inicio de una buena comunicación y la clave del éxito para dirigir la conducta futura.(1)

Justificación

El objetivo del siguiente artículo es el conocimiento y posterior aplicación de las distintas técnicas psicológicas aplicadas en la odontología, enfocadas a pacientes odontopediaticos y orientadas al equipo de higienistas. De este modo podemos reducir o controlar la ansiedad, evitar o minimizar el dolor, hacer que el niño esté confortable y seguro, enseñarle un comportamiento correcto, inculcar una actitud positiva hacia su salud oral y posibilitar un tratamiento eficiente y efectivo.(1)

Marco teórico

Teorías del desarrollo

A fin de comprender el tratamiento conductual para ayudar a los niños a aceptar los cuidados dentales, necesario un conocimiento básico del desarrollo cognitivo y psicológico. Las teorías del desarrollo proporcionan un marco para explicar los patrones y problemas del desarrollo. (1,14)

Teorías del desarrollo cognitivo y psicológicos

Teoría psicoanalítica: En ella los impulsos y las motivaciones internas originadas en la niñez y el inconsciente constituyen esta teoría. Dichos impulsos y motivaciones son la base de las etapas del desarrollo y afirma que cada una de esas etapas se construye sobre la anterior.

Sigmund Freud (156-1939), médico austriaco, propuso esta teoría y según él el desarrollo en los primeros seis años se produce en tres etapas, cada una caracterizada por el interés y el placer sexual centrados en una zona particular del cuerpo. La conducta observable es explicada en función de las fuerzas internas. (3)

Teoría del aprendizaje: Skinner (1904-1990). El comportamiento humano es producido por eventos ambientales y controlados por las consecuencias de éstos. Es o que se conoce como en enfoque E-R (estímulo - respuesta) y consiste en la teoría de que una persona realizará

conductas que en el pasado estuvieron seguidas de respuestas positivas y en cambio no repetirá aquellas que cuya respuesta fuese un estímulo negativo.(3)

Teoría cognoscitiva: Piaget (1896-1980) psicólogo suizo y teórico de fases elaboró dicha teoría. Ésta tiene tres conceptos importantes: *esque-ma, asimilación y acomodación*. Los *esquemas* son categorías del conocimiento que ayudan a interpretar y comprender el mundo. El proceso de recibir nueva información en los esquemas pre-exis-tentes se conoce como *asimilación*. El acomodo implica la modificación de esquemas existentes, o ideas, como resultado de nueva información o nuevas experiencias. Piaget (1896-1980) pensaba que todos los niños tratan de llegar a un equi-librio entre asimilación y acomodo. Cuando los niños pasan por las etapas del desarrollo cognitivo, es importante man-tener un equilibrio entre la aplicación de conocimiento previo (asimilación) y el cambio de comportamiento para tomar en cuen-ta el nuevo conocimiento (acomodación). El equilibrio ayuda a ex-plicar cómo es que los niños son capaces de pasar de una etapa de pensamiento a la siguiente. Según Piaget existen cuatro etapas del desarrollo cognitivo: Periodo sensorio motor, Periodo preoperacional, Periodo operacional concreto y Periodo operacional formal.(14)

Miedo y ansiedad

El miedo es una emoción básica provocada por la percepción de un peligro presente o inmediato (real o no) que favorece la supervivencia por la evitación del peligro. Facilita una acción rápida en presencia de un peligro y una actuación adecuada, que depende de un nivel de miedo óptimo, ya que un nivel de miedo extremo no nos permite actuar adecuadamente y nos puede entorpecer.

La ansiedad también se relaciona con la anticipación de peligros o amenazas e incluye manifestaciones similares al miedo, pero se diferencia de éste, en cuanto a que el estímulo en la ansiedad no está presente, en el miedo sí. En el miedo los estímulos son muy concretos e identificables en cambio en la ansiedad es un acumulo de ellos. La ansiedad se desencadena

ante la presentación de un estímulo previo en cambio en miedo después de un estímulo posterior. Y en último lugar, la posibilidad de actuar en el miedo es más difícil ya que se tiende a atacar pero, en la ansiedad, sí se puede controlar.

Factores que influyen en la conducta del niño en el gabinete dental

- 1. Edad:** Cuanto menor es la edad del paciente la ansiedad y la conducta en el gabinete dental tiende a ser menos correcta.(1)
- 2. Hora de la visita:** es recomendable citar a última hora de la mañana a los pacientes pequeños o con problemas de conducta para evitar que provoquen
- 3. Ambiente agradable:**

-La *sala de espera* deberá estar decorada especialmente para el paciente infantil, poniendo a su disposición juegos para las diferentes edades, cuento e incluso una televisión con programas infantiles y educación dental. (1)

- El *personal de clínica*

utilizará uniformes de color e incluso con dibujos ya que los niños asocian el color blanco con los médicos y les producirá aversión. Figura 1. (1)



Figura 1: Ejemplo de uniformes animados

- 4. Duración de la visita:** Es recomendable que la duración de la visita no sobrepase los 30 minutos, ya que después de ese tiempo la atención de los niños disminuye tienden a cooperar menos.(1)

- 5. Miedos:** en la clínica dental encontramos dos tipos de miedo: miedo al abandono y miedo a lo desconocido. El primero es más frecuente en niños preescolares. Además es necesaria la preparación previa, asegurarle que sus padres le esperan e incluso es recomendable dejar la puerta de la consulta abierta. En cuanto al segundo miedo, la primera toma de contacto es fundamental y el acercamiento al niño debe realizarse sin instrumentos, intentando no desaparecer de su campo de visión con un nuevo instrumento.(1)
- 6. Experiencia previa:** En función del tipo de experiencia previa del paciente, la realización de los tratamientos en la consulta será más facilitadora o no. Cuando los niños acuden con experiencias negativas suelen ser más temerosos y realizar conductas no apropiadas. Para evitar este tipo de comportamientos es aconsejable mostrar y sensibilizar previamente a los niños el gabinete dental, y si aún persiste dichos comportamientos, se utilizarán las técnicas de modificación y control de conducta que se describen a continuación. (1)
- 7. Actitud de la familia:**
- Existe una transmisión de los miedos y actitudes de los padres a los niños.(1)
 - Los miedos subjetivos pueden ser adquiridos por imitación.(1)
 - Los padres inconscientemente dan señales de su miedo y ansiedad cuando preparan al niño para su visita odontológica de una forma especial, diciéndoles que no le van a pinchar, que no le va a doler... y prometiendo premiarlos si se portan bien.(1)
 - En odontopediatría, hay que tener en cuenta que la relación profesional paciente, se convierte en niño-profesional-familia.(1)
 - Los padres son el nexo de unión entre el niño y el profesional, por eso, no debemos ignorarlos, ya que el entorno familiar influye positiva o negativamente sobre este niño. Conociendo a los padres podemos prever cómo será el hijo. (1)

Existen diferentes comportamientos de los padres con respecto a sus hijos:

“Sobreprotección: *Se da sobre todo con padres que desean hijos con insistencia, con hijos únicos, hijos enfermos o padres de edad avanzada. Este niño no aprende a perder, porque sus padres han eliminado de su entorno cualquier obstáculo o dificultad. Al niño no se le ha permitido enfrentarse a sus problemas y como consecuencia de ello, crecen temerosos sin confianza en sí mismos. Esta actitud es visible a menudo por la forma de coger la madre al niño. Estos padres insisten en permanecer dentro del gabinete con su hijo, sea cual fuere la edad del niño. Rechazo Existen padres que van desde la indiferencia por falta de tiempo debido a sus trabajos, hasta el rechazo abierto o abandono. Estas conductas paternas dan lugar a niños con reacciones estoicas, pero también a niños agresivos y que gritan con el fin de conseguir llamar la atención en algún momento. (1)*

Autoritario: *Estos padres exigen de sus hijos comportamientos que no corresponden con su edad cronológica. Estos padres no ayudan a sus hijos a dominar el miedo, sino que los oprimen. Dan lugar a hijos que no ofrecen una resistencia abierta al dentista, pero sí que desarrollan tácticas de pérdida de tiempo para evitar el desagradable trago. (1)*

Demasiado indulgente: *Los niños de estos padres aprenden rápidamente a sus padres, cuando les niegan algo reaccionan de forma exigente y egoísta. En la consulta del dentista actúan exactamente igual. Adecuado Es el más difícil de describir. Los padres han de ser cariñosos y querer a sus hijos, pero a la vez ser firmes y no. (1)”*

8. La presencia de los padres o tutores en el gabinete:

La opinión de los padres sobre su presencia durante el tratamiento dental ha evolucionado, ya que, si hace unas décadas aceptaban que sus hijos entrasen solos al gabinete, hoy en día, debido a la sobreprotección, los padres quieren involucrarse en el tratamiento dental entrando. (1)

Es recomendable la exclusión de los padres fuera del gabinete dental, ya que suelen ser una fuente de influencia de ansiedad en los niños y el origen de distracción porque provocan una atención dividida entre niño y el profesional. Sólo será necesaria su presencia en el gabinete en las primeras visitas, en la cita de prevención y educación bucodental, urgencias, niños muy pequeños con vocabulario escaso y en pacientes con discapacidad. (1)

Temperamento: se refiere al estilo de comportamiento o a la manera en la cual los niños interactúan con su ambiente, es el modo característico que tiene una persona, para acercarse, reaccionar ante los demás y ante diversas situaciones. (1)

Patrones del temperamento

- *Paciente pediátrico fácil:* tiene estados de ánimo cuya intensidad va de apacible a moderado, usualmente positivos, responden bien ante la novedad y el cambio. (1)
- *Paciente pediátrico difícil:* presenta estados de ánimo intenso y con frecuencia negativo; llora a menudo y a gritos; también ríe a carcajadas. Bajo nivel de respuesta ante la novedad y el cambio.(1)
- *Paciente pediátrico de difícil manejo:* tiene reacciones medianamente intensas, positivas o negativas, responde con lentitud ante la novedad y el cambio.(1)

Perfiles de participación del niño en la consulta dental

- Colaborador: Paciente que acude a la consulta de manera tranquila, obedece las directrices que se le dan y finaliza el tratamiento sin ningún impedimento.(1)
- Potencialmente colaborador: Pacientes entre los 3 y los seis años. Necesitan una atención más especializada, ya que están condicionados por las fábulas o cuentos. Estos pacientes poseen la capacidad de cooperar , por lo que su conducta puede ser modificada llegando a convertirse en un paciente colaborador.(1)
- Colaborador tenso: Es un paciente que colabora todo lo necesario y acepta el tratamiento ,pero por la ansiedad y el miedo que padece en el momento de la consulta,

tenderá a hablar e integrarse poco, agarrarse fuerte en el sillón y continuar en un estado de tensión durante todo el tratamiento e incluso generar algún grito. Debemos tratar de darle confianza y tranquilidad para que sean capaces de relajarse y colaborar.(1)

- Colaborador resignado: Paciente que colabora en todo, no se inmuta e incluso si le duele aguanta. Se deja hacer de todo sin protestar. Sin embargo, se comporta de manera cerrada y triste. Como esta conducta resulta atípica para un niño debe valorarse algún problema de fondo como falta de afecto o rigidez familiar.(1)
- Colaborador disciplinado: Es una paciente con sentimientos de adversidad aunque colabora ya que está educado hacia el autocontrol. Su comportamiento es debido a experiencias anteriores adversas porque debemos trasladarle empatía hacia el miedo que padece y emplear técnicas condicionadoras. (1)
- Colaborador hiperactivo: Es un paciente inquieto debido a la edad (4 años) o por el grado de ansiedad que posee en el momento de la conducta. podemos aplicar la técnica decir-mostrar- hacer y pedirles que se queden muy quietos durante el tratamiento. Se le pautarán unas directrices finas y claras para la realización del tratamiento.
- Colaborador dormilón: Pacientes de corta edad, con hambre..., etc. Se suele utilizar el abre bocas para realizar el tratamiento.(1)

Técnicas de manejo y control de la conducta en odontopediatría

La academia Americana de Odontopediatría realizó una clasificación de las técnicas de manejo de la conducta en función de si están destinadas a mantener la comunicación o a intentar extinguir conductas inapropiadas. Se distinguen en básicas, avanzadas y de modificación de la conducta. (Tabla 1)

TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA BÁSICAS	TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA AVANZADAS	TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA
<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicación y guía comunicativa ● Comportamiento del odontólogo ● Accesibilidad del paciente ● Presencia o ausencia de los padres ● Decir- mostrar-hacer ● Control de voz ● Comunicación no verbal ● Reforzamiento positivo ● Distracción ● Óxido nitroso/inhalación de oxígeno 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mano sobre boca ● Restricción física ● Sedación ● Anestesia general 	<ul style="list-style-type: none"> ● Refuerzo ● Desensibilización ● Imitación o modelado

(Tabla 1)

A continuación describiremos las técnicas básicas no farmacológicas enfocadas hacia el equipo de higienistas:

Técnicas de comunicación:

El lenguaje pediátrico debe ser un lenguaje que pueda entender y sustituir por expresiones moderadas o eufemismos aquellas palabras con connotaciones que puedan provocar ansiedad o temor y que nos permita la colaboración del niño. Al seleccionar el las palabras hay que elegir objetos familiares y explicar las cosas de forma que las entiendan, pero no hay que engañar o mentir con las explicaciones.(3)

Este lenguaje debe adaptarse a la edad y a las capacidades cognitivas del niños, es decir a su nivel de comprensión o ligeramente superior, pero no extenderse ni preparar excesivamente al niño, ya que ello podría incrementar excesivamente su ansiedad.(3)

El niño suele sentirse alabado cuando se le juzga con mayor edad de la que realmente tiene y en los niños más pequeños se pueden añadir algo de fantasía. Hay que tratar de responder sus preguntas, pero intentar que con ello no retrasen los procedimientos. (3)

Técnica Decir-mostrar-hacer o técnica de la triple E (Explique- Enseñe- Ejecute):

Se basa en una recopilación de conceptos debería del aprendizaje; la idea familiarizar al niño mediante una aproximación al ambiente, instrumental de la consulta dental y los procedimientos se le van a realizar. Se realiza mediante la secuencia siguiente:(3)

- a) **Decir y explica** al niño en un lenguaje adecuado lo que se le va a hacer con el fin de reducir la ansiedad.
- b) **Mostrar** al niño como se va a realizar la técnica.
- c) **Ejecutar** la técnica como se le ha explicado y mostrado.(3)

Ejemplo: de profilaxis dental

1. Decir: con un aparato que echa agua vamos a limpiar muy bien la boca,
2. Mostrar: Con ayuda de un tipodonto mostrar cómo vamos a realizar la técnica.
3. Ejecutar: Ahora deja que te limpie los dientes, gracias.(3)

Técnica de control de voz: Se trata de una modificación del tono y volumen de la voz, así como la velocidad con que se hace. No debe confundirse sin embargo, con gritar al paciente o enfadarse con él. Puede implicar un aumento o una disminución del tono, por lo que muchas veces se hace hablándole en tono muy bajo al oído del niño(a). El objetivo de esta técnica es el establecimiento de comunicación con el niño y autoridad con el paciente.

Técnica de distracción: Es un elemento activo que debe surgir con naturalidad para desviar la atención del niño sobre un determinado procedimiento. Su objetivo es disminuir la probabilidad de percibir la acción como desagradable, aumentando así, la tolerancia del niño. Por ejemplo: enterarnos por temas ajenos al tratamiento, siempre intentando captar la atención del niño. (3)

Ludoterapia: a partir de la segunda etapa del desarrollo, entre los 2 y 4 años de edad, en la cual el niño a través del juego, dejándose llevar por la fantasía, empieza a poner metas de sus acciones. Es decir, se puede utilizar el juego como medio de educación.

Además, puede tener un efecto terapéutico que permite la descarga de fuerzas sobrantes, temor y ansiedad, ayuda a compensar sentimientos contradictorios, así como refuerza el instinto de imitación.

El juego debemos iniciarlo nosotros mismos, pues así nos mostramos más accesibles y reforzamos la comunicación con el paciente infantil. Es necesario disponer de ayudas (marionetas, caleidoscopios, juegos electrónicos, etc.) que faciliten captar su atención. Un momento adecuado puede ser tras después de la aplicación de anestesia local. (3)

Dependiendo de la edad y el nivel de madurez del niño precisará más o menos nuestra participación en el juego. Por ejemplo con un niño de tres años podemos utilizar las marionetas en cambio con uno de 10 años podemos utilizar un juego electrónico. (3)

Técnica de comunicación no verbal: Consisten en la utilización de actitudes tales como cambio de la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento. El objetivo de dicha técnica consiste en establecer comunicación con el niño y controlar la forma en que percibe sus emociones. Es muy útil en pacientes muy pequeños. (3)

Técnicas de modificación de la conducta

Refuerzo positivo aumenta la frecuencia de las conductas deseadas, ya que al premiar dicha conducta tiende a aparecer con más frecuencia pero la conducta que es castigada no se premia y tiende a desaparecer. Aunque se tiene que tener en cuenta la reaparición de la conducta extinta por la interrupción de aplicación de los refuerzos por lo que se deben repetir a lo largo del tratamiento odontológico. (1) (Fig.2)



Fig.2. Ejemplo de Reforzamiento positivo.

Se deben reforzar comportamientos concretos: como cuando aparece la conducta adecuada y la transición en la que aparece dicha conducta. (3)

Los tipos de refuerzos que se pueden realizar son los siguientes:

- ❖ Sociales: elogios, expresiones faciales positivas..., etc.(3)

- ❖ Materiales: Pastas de dientes, juguetes, dibujos, diplomas..., etc.(3)

- ❖ De actividad: permitir que el paciente observe algo que le guste mediante un espejo.(3)

Técnica de imitación es una técnica empleada en psicología para el tratamiento de los temores, y se puede ser aplicada a una variedad de tratamientos dentales, donde el niño puede aprender observando como otros reciben el tratamiento. (1,3)

El proceso básico consiste en la observación de uno o más niños que muestran una conducta apropiada en una situación particular, y así puedan comprender lo que se espera de ellos cuando se den determinadas instrucciones. En general los patrones complejos de conducta son aprendidos rápidamente por imitación. Las técnicas por imitación pueden ser aplicadas a grupos de niños. Otro método que se ha mostrado efectivo es enseñar a un grupo una película de un niño que recibe tratamiento. Fig.3. (1,3)



Fig.3. Ejemplo de Técnica de Imitación.

El modo en que los niños aprenden por imitación es muy importante porque los modelos que tienden a ser imitados las frecuentemente son aquellos que se perciben como poderosos y con control sobre el imitador. Esta técnica es positiva en pacientes aprensivos sin experiencia dental.

Técnica de desensibilización es una técnica para disminuir algunos miedos aprendidos o reacciones fóbicas en pacientes con o sin experiencia dental anterior. Los niños pierden progresivamente el miedo y su ansiedad, y aumentan su cooperación a medida que acuden a sus visitas de tratamiento. (1, 3)

La técnica generalmente incluye enseñar métodos de relajación al paciente y describir circunstancias que guardan relación con sus miedos. Los procedimientos han de presentarse de manera gradual y jerárquica desde los niveles más bajos de ansiedad hasta las etapas que generan mayor ansiedad en el tratamiento.

Aceptación del tratamiento dental: Escalas de valoración

Las escalas de valoración son muy similares a una lista de control y nos permiten realizar una evaluación graduada de la conducta o rasgo observado. Se describe el grado de intensidad o frecuencia de una conducta o característica. Existen distintas escalas que nos

permiten la evaluación y el reconocimiento de la ansiedad y comportamiento del niño. Las más utilizadas se describen a continuación:

Escalas de valoración de Rud y Kisling (1973) basadas en la actividad: verbal, tensión muscular y expresión ocular. (3) (tabla 2)

Grado 0: No aceptación	Grado 1: Aceptación con desgana.	Grado 2: Aceptación indiferente.	Grado 3. Aceptación positiva.
Protestas verbales o físicas manifestantes de llanto.	Falta de conversación de respuesta. Posición poco relajada en el sillón.	Conversaciones o preguntas dubitativas o demasiado rápidas. Movimientos cautelosos. Falta de atención. La expresión ocular es indiferente. La posición en el sillón dental es relajada.	Voluntad de conversar y realizar preguntas. Demostración de interés. Posición relajada en el sillón con los brazos apoyados en él. Ojos brillantes, tranquilos móviles.

(Tabla 2)

La escala de valoración de Frankl, evalúa el comportamiento exhibido por el niño en las diferentes etapas del tratamiento dental, esta comprende cuatro categorías con puntajes del 1 para definir el comportamiento definitivamente negativo y de 4 definitivamente positivo (15):

- Tipo 1: *Definitivamente negativo*: Rechaza el tratamiento, llanto intenso, movimientos fuertes de las extremidades. No es posible la comunicación verbal. Comportamiento agresivo.(13)
- Tipo 2: *Negativo*: Rechaza el tratamiento, llanto intenso, movimientos fuertes de las extremidades. No es posible la comunicación verbal. Comportamiento agresivo.(13)
- Tipo 3. *Positivo*: Acepta el tratamiento de manera cautelosa, llanto esporádico, es reservado, se puede establecer comunicación verbal.(13)
- Tipo 4. *Definitivamente positivo*: Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta, relajado.(13)

Modelo de Walton para la identificación de la conducta no adecuada en el gabinete dental.

(5)(Tabla 3)

	Tipo de pensamiento	Clave de identificación en consulta	Corrección
Atención	“Pacientes no colaboradores que tratan de llamar la atención.	<ul style="list-style-type: none"> - Habla mucho. - No puede dejar las manos abajo. - No se queda quieto en el sillón dental- 	<ul style="list-style-type: none"> - Decir, Mostrar, Hacer. - Lenguaje pediátrico.
Poder	Pacientes no colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> - Agresividad. - Pataletas 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de control de la voz.

Venganza	Pacientes no colaboradores que utilizan posteriormente la venganza.	- agresividad, tratan de morder o golpear.	- Requieren técnicas de restricción físicas y colaboración de los padres o tutores.
Inadaptación	Pacientes no colaboradores cuya meta es impedir la realización del tratamiento.	- Llantos y gruñidos.	Estas orientadas a técnicas están orientadas a facultativos.

(Tabla 3)

La manera de conseguir un alto grado de aceptación del tratamiento del niño se consigue invirtiendo el tiempo suficiente en las primeras visitas, para dejar que el paciente odontopediátrico se adapte poco a poco al ambiente en la consulta dental. (3)

Conclusiones

La labor principal del higienista dental es la educación en los hábitos de higiene dental y para lograr esta meta dentro del ámbito odontopediátrico, es clave el conocimiento de pautas y estrategias que permitan la adaptación y acercamiento a los niños, de tal manera que éstos obtengan como resultado una experiencia positiva y agradable dentro del consultorio dental y experimenten el menor grado de ansiedad y miedo en el futuro.

Bibliografía

1. Romera J, Emilia M. Odontopediatría en atención primaria. Málaga, ES: Editorial Publicaciones Vértice, 2012. p. 17-48.
2. Técnico Superior en Higiene Bucodental. BOE.2014.
Juan R. Boj... [et al.] Odontopediatría .Barcelona Masson 2004.p. 257-261, p. 264-269.
3. Egozcue MI, Manfredi C, Basso ML. Odontopediatría y psicología. Ediciones Kargieman, Buenos Aires: 1988.
4. Rodríguez S, Pinto F, Alcocer J. (2009) Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil.Odontología Vital Septiembre 2009.
5. Texeira Antunes VB, Guinot Jimeni F, Bellet Dalmau LJ . Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. Revisión bibliográfica. Vol.16. Nº2, 2008
6. García Montaña Y, Ríos Fragoso R, Cuairán Ruidíaz V, Gaitán Cepeda L A. Grado de adaptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Revista odontológica Mexicana.
7. Guale O, Denisse K .Manejo del comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica.
8. Universidad de Guayaquil. Modificación del comportamiento del paciente infantil en el tratamiento odontopedriaticos, Facultad Piloto de Odontología.
9. Padrós Serrat E, Boj Quesada JR, Estaún Ferrer S, Ustrell Torrent J M. El dibujo como método para valorar la ansiedad dental en niños .Odontología pediátrica, Vol. 4, Nº 1 -Enero - Abril 1995.
10. Alarco Cadillo L, Casas Apayco L, Reyes Bossio M, Ramírez Torres M.C. Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia audiovisual, en el

control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años. Revista de odontopediatría latinoamericana.

11. Marcano A A, Figueredo A M, Orozco G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. Revista de odontopediatría latinoamericana
12. Fonseca García L, Sanchis Forésb C. Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. Revisión bibliográfica.
13. Duggal M, Cameron A, Toumba J. Odontología pediátrica. editorial Manual Moderno. Enero 2014. p. 6-11.
14. Pardo Aldave K, Díaz Pizán ME, Villegas Vilchez LF, Bernabé Ortiz E. Efecto del extracto etanólico de *Melissa officinalis* (toronjil) en la modificación de la conducta del niño ansioso en la consulta dental. Revista Estomatológica Herediana. vol. 19, núm. 2, p. 91-95. Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú. Julio-Diciembre (2009).
15. Boj Quesada, J.R. Azanza, N. La presencia de los padres durante el tratamiento dental de los niños: un tema realmente controvertido. Avances en odontoestomatología 1990, 6: 265-269.