

Adaptación del comportamiento del paciente odontopediátrico

Capítulo 5

*Denise Ascensão Klatchoian
Júlio Carlos Noronha
Orlando Ayrton de Toledo*

Introducción

El objetivo de esta directriz es orientar a los profesionales Odontopediatras, que brindan cuidados de salud bucal para pacientes infantiles, sean estos niños, adolescentes o aquellos con necesidades especiales, el uso de técnicas no farmacológicas (conductuales) con la finalidad de realizar la adaptación del comportamiento del paciente. La orientación del comportamiento exitoso permite al equipo de salud ejecutar con seguridad y de forma eficiente un tratamiento de calidad.

Principios científicos fundamentales de las áreas del conocimiento sobre el crecimiento y desarrollo neuro-motor y social de los niños constituyen la base científica para aplicar la orientación del comportamiento.

En virtud de las diferencias de entrenamiento, experiencia y la personalidad de cada clínico, el tipo de aproximación y manejo del comportamiento de un niño puede variar de un profesional a otro. Con una comunicación eficaz, el Odontopediatra y su equipo pueden evaluar el miedo y la ansiedad, así como enseñar mecanismos apropiados para que el niño pueda lidiar con sus sentimientos. Las diversas técnicas de orientación del comportamiento

utilizadas deben ser adaptadas individualmente, con la finalidad de promover en los niños una actitud positiva enseñándolos a cooperar, estar relajados y confiados en el consultorio odontológico. Algunas de las técnicas de adaptación del comportamiento pretenden establecer y mantener la comunicación, en cuanto que otras pretenden eliminar el comportamiento inadecuado. La experiencia odontológica de cada niño debe ser considerada dentro de un contexto. Consecuentemente, el manejo del comportamiento es un arte y una ciencia. No es simplemente una aplicación de técnicas, es más un método continuo, que implica desarrollar y nutrir la relación entre el paciente y el profesional, que finalmente irá a construir la confianza y aliviar el miedo y la ansiedad.

Método

Estas directrices fueron desarrolladas en base a las presentadas en el Manual de Referencia de la Academia Americana de Odontopediatria¹ sobre la adaptación del comportamiento del paciente odontopediátrico. Las búsquedas en el MEDLINE fueron efectuadas usando palabras-claves tales como: “behavior management techniques and children and dentistry; children and dental anxiety; children and

dentistry and fear, “dentist- patient relations”. Los estudios obtenidos fueron evaluados y seleccionados de acuerdo con la calidad metodológica y jerárquica de las evidencias científicas. Por tanto, las orientaciones de la presente directriz son acompañadas del grado de recomendación, estimado a partir del nivel de evidencia científica, conforme al Cuadro¹, en la Introducción de este Manual.

El Comportamiento del Odontólogo

El comportamiento de comunicación de los odontólogos es un factor primordial en la satisfacción del paciente^{2,3[A]}. El profesional de la salud puede estar desatento al estilo de comunicación, pero pacientes y padres están siempre muy atentos^{4[A]}. Algunos comportamientos del dentista están correlacionados a la baja satisfacción de los padres, tales como: la prisa en las consultas, no dedicar tiempo al explicar los procedimientos, impedir la presencia de los padres en el consultorio y demostrar impaciencia^{5[B]}. Estudios de eficiencia de varios tipos de comportamientos del odontólogo en el manejo de pacientes no cooperadores son ambiguos. Los comportamientos del odontólogo como vocalización, dirección, empatía, persuasión, dar al paciente un sentimiento de control y condicionamiento operante fueron relatados como eficaces para pacientes no-cooperadores^{6-8[B]}.

Comunicación

Comunicarse con niños impone desafíos especiales para el odontólogo. El nivel de desarrollo cognitivo del niño dictará el nivel y la cantidad de intercambio de información que puede darse. Es im-

posible para un niño percibir una idea de la cual no tenga ninguna estructura conceptual y sería irreal esperar que, siempre, pueda entender las referencias del dentista. El profesional debe, consecuentemente, tener una comprensión básica del desarrollo cognitivo del niño así como hacer uso de un vocabulario apropiado, enviando mensajes que sean compatibles con el nivel de desarrollo intelectual del niño. El intercambio de información hecho en dos vías da la oportunidad de manejar el comportamiento en una vía por medio de comandos. Este tipo de interacción es llamado “pedidos y promesas”⁹. Cuando la acción es realizada para alcanzar un objetivo (por ejemplo, conclusión del procedimiento odontológico), el odontólogo desempeña el papel de solicitante. Los pedidos provocan las promesas del paciente que, a su vez, establecen un compromiso para cooperar. El odontólogo puede necesitar moldear su pedido en un cierto número de formas, a fin de tornarlo eficaz. Por ejemplo, formular un comando previo con una voz asertiva, y con la expresión facial y lenguaje corporal apropiado, es la base para la técnica de control de voz.

Las 3 bases esenciales de comunicación no verbal con el paciente infantil son:

- “Yo te veo como un individuo y atenderé tus necesidades como tal”;
- “Yo estoy completamente preparado y soy altamente calificado”;
- “Yo soy capaz de ayudarte y no haré nada para herirte innecesariamente”¹⁰.

Evaluación del Paciente

Las reacciones del niño al tratamiento odontológico pueden ser influenciadas

por diversos factores como: edad del niño y su nivel cognitivo^{11-14[B]} ^{15 [A]}; características de temperamento^{16-19[A]}; personalidad^{20-21[A]}; ansiedad y miedo^{16,22,23[A]}; relación a lo desconocido^{22[A]}; experiencias previas^{23[A]} y ansiedad materna^{23,24 [A]}.

Barreras

Lamentablemente, varias barreras puede impedir el alcance de un resultado exitoso. Atrasos en el desarrollo, incapacidad física o mental y una enfermedad aguda o crónica son razones potenciales para la no colaboración. En niños saludables esas razones son frecuentemente más sutiles y difíciles de diagnosticar. Los principales factores que contribuyen para la falta de cooperación pueden incluir, miedos transmitidos por los padres, una experiencia odontológica o médica precedente, preparación inadecuada para el primer encuentro en el ambiente odontológico o costumbres familiares disfuncionales^{11-13 [B]}.

Para aliviar esas barreras, el odontólogo debe transformarse en un educador. Los métodos del odontólogo deben incluir: evaluación del nivel de desarrollo del niño; sus capacidades físicas y motoras; su nivel de comprensión, para que el niño consiga prestar atención y pueda recibir el mensaje que se está queriendo transmitir (esto es, establecer una buena comunicación). Para que se preste una atención odontológica de calidad y con seguridad se debe establecer y mantener una relación tipo “profesor-alumno” con el fin de que se tenga un paciente entrenado¹.

Prolongar el Tratamiento

Las enfermedades odontológicas generalmente no causan amenaza a la vida, el tipo y el sincronismo del tratamiento pueden ser pospuesto bajo determinadas circunstancias. Cuando el comportamiento del niño impide el cuidado de la salud bucal de rutina, mediante el uso de técnicas de comunicación para la adaptación del comportamiento, el odontólogo debe considerar la urgencia de las necesidades para elaborar un plan de tratamiento. La enfermedad, el trauma, el dolor, o la infección de avance rápido, generalmente dictan una atención rápida. Posponer parte o todo el tratamiento, o utilizar intervenciones terapéuticas (por ejemplo, técnica restauradora atraumática (ART)^{25,26}, barniz fluorado, antibióticos para el control de infección), hasta que el niño pueda cooperar puede ser la conducta apropiada siempre que fuese basada en una evaluación individualizada de los riesgos y los beneficios de esa opción¹. El odontólogo debe explicar los riesgos y los beneficios del tratamiento claramente pospuestos o alternativos y para tal, debe obtener del padre o responsable el consentimiento informado²⁷.

Se debe considerar posponer o retardar el tratamiento en los casos en que el comportamiento del paciente se torne histérico o incontrolable. En estos casos, el odontólogo debe parar el procedimiento lo más pronto posible, discutir la situación con el paciente y padres, a fin de seleccionar otra técnica de aproximación o posponer el tratamiento basado en las necesidades odontológicas del paciente. Si existe la decisión de posponer el tratamiento, el profesional debe inmedia-

tamente terminar las etapas necesarias para la conclusión del procedimiento de manera segura.

Se debe reevaluar el riesgo o actividad de caries cuando las opciones de tratamiento estuvieren comprometidas debido al comportamiento del niño. Para una evaluación de riesgo de caries consultar el capítulo 7 de este manual con el fin de obtener medios para clasificar el riesgo actual de la caries y la posibilidad de poder ser aplicada periódicamente para evaluar cambios en el status de riesgo del paciente. Recomendamos un programa preventivo individualizado, que incluya la instrucción apropiada de los padres y una programación de consultas periódicas, después de la evaluación de riesgo de caries del paciente y de las necesidades orales de salud. Los fluoruros tópicos (por ejemplo, flúor gel, barniz de flúor, aplicación profesional durante la profilaxis) pueden ser indicados²⁷. La ART puede ser útil como abordaje preventivo y terapéutico^{25,26}.

Consentimiento Informado

Además de las técnicas de adaptación de comportamiento utilizadas por el profesional, todas las decisiones de orientación deben ser basadas en una evaluación subjetiva que evalúe los riesgos y beneficios del niño. La necesidad de tratamiento, las consecuencias del tratamiento pospuesto y el potencial trauma físico y emocional deben ser considerados. Las decisiones referentes al uso de técnicas de adaptación del comportamiento, el abordaje lingüístico o comunicativo, no pueden ser hechos únicamente por el CD. Debe por lo menos involucrar a uno de los padres y, si fuere necesario, al niño.

El odontólogo es conocedor de los cuidados odontológicos (esto implica el sincronismo y las técnicas de tratamiento); el padre compartirá con el profesional la decisión de tratar o no tratar y debe ser consultado al respecto de las estrategias del tratamiento y los potenciales riesgos. Consecuentemente, el éxito del diagnóstico y las acciones terapéuticas se ve como una asociación entre el dentista, los padres y el niño.

Para obtener el consentimiento informado es fundamental explicar a los padres acerca de, los riesgos y los beneficios de la técnica a ser usada, y de todas las técnicas alternativas profesionalmente reconocidas o basadas en evidencias²⁸. Se debe responder a todas las preguntas de acuerdo a la comprensión de los padres. El abordaje lingüístico, en virtud de ser un elemento básico de comunicación, no requiere ningún consentimiento específico. Todas las demás técnicas de orientación del comportamiento requieren consentimiento informado de acuerdo con el Manual Clínico de la AAPD¹ y con las leyes vigentes en el país. En caso de una reacción repentina al tratamiento odontológico, el profesional tiene la obligación de proteger al paciente y al equipo de asistentes de posibles daños. Después de la intervención inmediata, si las técnicas tuvieran que ser alteradas para continuar el tratamiento, el dentista debe tener un consentimiento informado para métodos alternativos, como medida de seguridad.

Resumen

1. La orientación del comportamiento esta basada en principios científicos. La ejecución apropiada de la orientación del comportamiento requiere la

comprensión de estos principios. La adaptación del comportamiento, entretanto, es más que ciencia pura y requiere habilidades en comunicación, empatía, entrenamiento y escuchar de manera atenta. Así que, la orientación del comportamiento es una forma de arte clínica y una habilidad construida dentro de fundamentos científicos.

2. Los objetivos de la adaptación del comportamiento son: establecer una comunicación, evaluar el miedo y la ansiedad, efectuar la atención odontológica de calidad, construir una relación de confianza entre el odontólogo y el niño y promover una actitud positiva hacia la salud bucal.
3. La urgencia de las necesidades odontológicas del niño debe ser considerada dentro del Plan de tratamiento. Puede ser apropiado posponer o modificar el tratamiento hasta que el cuidado de rutina pueda ser realizado utilizando técnicas apropiadas de adaptación de comportamiento.
4. Todas las decisiones respecto al uso de técnicas de adaptación de comportamiento deben ser basadas evaluando el riesgo. Como parte del proceso para obtener el consentimiento informado, las recomendaciones del dentista al respecto del uso de las técnicas (excepto el abordaje lingüístico o comunicativo) deben ser sometidas a la comprensión y aceptación de los padres. Los padres participan en el proceso de toma de decisión al respecto del tratamiento de sus hijos.
5. El equipo de asistentes debe ser entrenado con cuidado para dar respaldo a los esfuerzos del dentista y para

dar la bienvenida correctamente a los pacientes y los padres en un ambiente amigable para el niño, que facilite la adaptación del comportamiento y vuelva la visita odontológica con actitud positiva.

Recomendaciones para la Adaptación del comportamiento - Recursos Básicos

Comunicación y abordaje lingüístico

El abordaje lingüístico apropiado esta representado por los comandos usados universalmente en Odontopediatría, tanto con el niño cooperador como con el no cooperador. Además de establecer una relación con el niño y permitir finalizar con éxito los procedimientos odontológicos, estas técnicas pueden ayudar al niño a desarrollar una actitud positiva hacia la salud bucal. El abordaje lingüístico comprende un arsenal de técnicas que, combinadas, realzan la evolución de un paciente cooperativo. Más que una colección de técnicas singulares, el abordaje lingüístico o comunicativo es un proceso subjetivo continuo que se transforma en una extensión de la personalidad del dentista. Están asociadas a este proceso las técnicas específicas de “decir, mostrar, hacer”, control de voz, comunicación no verbal, refuerzo positivo y distracción²⁹⁻³⁴ [A]. El profesional debe considerar el desarrollo cognitivo del paciente, así como la presencia de algún déficit de comunicación (por ejemplo, problemas de audición), al escoger las técnicas específicas¹.

Decir-Mostrar-Hacer

Descripción: “Decir-Mostrar-Hacer” es una técnica de comportamiento usada por muchos profesionales de la odontopedi-

tria para moldear el comportamiento del niño. Es una técnica ampliamente aceptada por niños, padres y profesionales de la odontopediatría^{1,29-32} [A]. La técnica abarca explicaciones verbales de los procedimientos en frases apropiadas al nivel del desarrollo del paciente (decir); demostraciones para el paciente de los aspectos visuales, auditivos, olfativos y táctiles del procedimiento a realizar (mostrar); y entonces, sin desviarse de la explicación y de la demostración, llegar a la conclusión del procedimiento (hacer). El “decir, mostrar, hacer” es una técnica usada junto con las habilidades de comunicación verbales y no verbales y refuerzo positivo.

Objetivos: los objetivos de “Decir, Mostrar, Hacer” son:

- Enseñar los aspectos importantes de la visita odontológica y familiarizar al paciente con los elementos del consultorio;
- Moldear la respuesta del paciente a los procedimientos a través de la desensibilización con expectativas bien definidas.

Indicaciones: Puede ser usado en todos los pacientes. Contradicciones: ninguna

Control de la voz

Descripción : El control de la voz es una alteración controlada del volumen, del tono o del ritmo de la voz para influenciar y dirigir el comportamiento del paciente. Los padres no familiarizados con esta técnica pueden beneficiarse de una explicación antes de su uso con el fin de impedir un mal entendido.

Objetivos: Los objetivos del control de la voz son:

- Ganar la atención y la cooperación del paciente;
- Prevenir el comportamiento negativo o la negación del niño;
- Establecer reglas apropiadas en la relación “adulto-niño”.

Indicaciones: Puede ser usado con todos los pacientes. Contraindicaciones: Pacientes con problemas auditivos.

Comunicación no verbal.

Descripción: La comunicación no verbal se establece a través de la postura, expresión facial y el lenguaje corporal del profesional. Esta puede funcionar como un refuerzo para obtener un comportamiento apropiado del niño.

Objetivos: Los objetivos de una comunicación no verbal son:

- Aumentar la eficacia de otras técnicas de abordaje comunicativa;
- Ganar o mantener la atención y la cooperación del paciente. Indicaciones: Puede ser usado en todos los pacientes.

Refuerzo Positivo

Descripción: En el proceso de establecer un comportamiento deseable del paciente es esencial ofrecer el feedback apropiado. El refuerzo positivo es una técnica eficaz para recompensar comportamientos deseados y fortalecer el retorno de esos comportamientos. Tenemos reforzadores sociales como la modulación positiva de la voz, la expresión facial, el elogio verbal y demostraciones físicas apropiadas de afecto por todos los miembros del equipo odontológico. Pueden ser usados reforzadores no sociales, como recorditos y juguetes .

Objetivo: Reforzar el comportamiento deseado.

Indicaciones: Puede ser usado en todos los pacientes. Contraindicaciones: ninguna.

Distracción

Descripción: Distracción es la técnica de desviar la atención del paciente de lo que pueda ser percibido como un procedimiento desagradable. Dar al paciente una pausa corta durante un procedimiento estresante puede ser un uso eficaz de la distracción antes de considerar la aplicación de técnicas más avanzadas de orientación de comportamiento.

Objetivos: Los objetivos de la distracción son:

- Disminuir la percepción de los estímulos desagradables;
- Evitar el comportamiento negativo o negación.

Indicaciones: Puede ser usado en todos los pacientes. Contraindicaciones: ninguna.

Presencia/Ausencia Materna

Descripción: La presencia o la ausencia materna puede, a veces, ser usada para ganar la cooperación durante el tratamiento ^{35[A]}. Existe una gran diversidad de opiniones de profesionales respecto a la presencia o ausencia materna durante el tratamiento odontopediátrico.

La manera de criar los hijos cambio mucho en las últimas décadas³⁶. Los profesionales enfrentan desafíos con un número creciente de niños que muchas veces son mal orientados en el establecimiento de límites por los padres y carecen de la autodisciplina necesaria para enfrentar la experiencia odontológica. Frecuentemente las expectativas de los padres en relación

al comportamiento del niño está fuera de la realidad, en cuanto que las expectativas en relación al dentista que guía su comportamiento son muy grandes³⁷. Sabemos que es importante establecer una buena comunicación entre el dentista, el paciente y la madre. Esto requiere que el dentista concentre su atención tanto en el niño como en su madre, pero principalmente en el Niño. Por tanto, la presencia o la ausencia materna puede variar de muy beneficioso a muy perjudicial. Cada profesional tiene la responsabilidad de adecuar la comunicación y utilizar los métodos que optimicen el tratamiento ajustándolo a sus propias habilidades, a la capacidad del niño en particular y a los deseos de los padres (madre) específicamente envueltos.

Objetivos: Los objetivos de presencia/ausencia materna son:

- Ganar la atención del paciente y mejorar la colaboración;
- Evitar el comportamiento negativo o de excusa.
- Establecer papeles apropiados en la relación dentista-niño;
- Realzar una comunicación eficaz entre el dentista, el niño y los padres;
- Minimizar la ansiedad y conseguir una experiencia dental positiva.

Indicaciones: Puede ser usado en todos los pacientes. Contraindicaciones: Padres que no tienen deseo o capacidad de dar apoyo afectivo (cuando sea necesario).

Técnicas avanzadas de adaptación del comportamiento

La mayoría de los niños pueden ser controlados de forma eficaz con el uso

de las técnicas básicas de adaptación del comportamiento. Estas forman la base fundamental para todas las técnicas de manejo realizadas por el dentista. Entretanto, algunos niños se presentan ocasionalmente con problemas de comportamiento que requieren el uso de técnicas más avanzadas. Las técnicas avanzadas de adaptación del comportamiento son generalmente usadas y enseñadas en programas de entrenamiento avanzado en Odontopediatría e incluyen estabilidad protectora (inmovilización), sedación y anestesia general¹. Son extensiones de la adaptación del comportamiento con la intención de facilitar los objetivos de comunicación, cooperación y realización de un tratamiento de calidad en un paciente difícil. El diagnóstico apropiado del comportamiento y la ejecución segura y eficaz de esas técnicas demandan conocimiento y experiencia que generalmente van más allá de los estudios de graduación.

Estabilización protectora Contención

Descripción: El uso de cualquier tipo de contención protectora en el tratamiento de niños, adolescentes o de personas con necesidades especiales es un tópico que preocupa tanto a los profesionales de la salud cuanto al público³⁸⁻⁴⁰[B]. La definición de estabilización protectora es la de limitación de la libertad de movimientos del paciente, con o sin su permiso, con el fin de disminuir el riesgo de accidentes o heridas y permitir la conclusión segura del tratamiento.

La limitación puede involucrar otra persona, un dispositivo de inmovilización del paciente o una combinación de ambos. El uso de la contención protectora

tiene el potencial de producir serias consecuencias, tales como daño físico o psicológico, pérdida de la dignidad, violación de los derechos de un paciente y hasta la muerte. Debido a los posibles riesgos y consecuencias asociados, el dentista es incentivado a evaluar completamente cada paciente envuelto en su uso y juzgar cada alternativa posible⁴¹.

La estabilización parcial o completa del paciente es a veces, necesaria para proteger el paciente, el odontólogo, el equipo o el responsable, en relación a posibles heridas durante los procedimientos de cuidados odontológicos. La contención protectora puede ser ejecutada por el odontólogo, por el equipo de asistentes por el responsable con o sin el dispositivo restrictivo. El dentista debe siempre usar la estabilización menos restrictiva posible, pero que sea segura, eficaz y protectora. El uso de un soporte de boca en un niño cooperador no es considerado contención protectora.

La decisión para usar la estabilización protectora debe llevar en consideración:

- Modalidades alternativas de orientación del comportamiento;
- Necesidades odontológicas del paciente;
- El efecto en la calidad del tratamiento odontológico;
- El desarrollo emocional del paciente;
- El examen del paciente.

La estabilización protectora, con o sin un dispositivo restrictivo, ejecutado por el equipo odontológico requiere consentimiento informado de los padres. Es importante obtener el consentimiento informado y documentado en la histo-

ria clínica del paciente antes del uso de la estabilización protectora. Debido a la naturaleza adversa de la técnica, el consentimiento informado también debe ser obtenido de uno de los padres antes de realizar la estabilización protectora durante los procedimientos odontológicos. Además de eso debemos dar, siempre y cuando sea apropiada, una explicación al paciente respecto a la necesidad de la restricción, dando oportunidad para que este responda ⁴¹.

En caso de una reacción repentina al tratamiento, el profesional quedará encargado de proteger el paciente y el equipo de cualquier daño. Después de la intervención inmediata para garantizar la seguridad, si las técnicas tuviesen que ser alteradas para continuar el tratamiento, el odontólogo debe tener el consentimiento informado para los métodos alternativos.

La historia clínica del paciente debe incluir:

- Consentimiento informado para la contención;
- Indicación para la contención;
- Tipo de estabilización;
- La duración de la aplicación de la contención;
- Frecuencia de ajustes de evaluación de seguridad de la contención ;
- Evaluación del comportamiento durante la contención .

Objetivos: Los objetivos de la contención del paciente son:

- Reducir o eliminar el movimiento intempestivo;
- Proteger el paciente, el equipo de asistentes, el dentista, o los padres, de cualquier lesión;

- Facilitar los logros de un tratamiento odontológico de calidad.

Indicaciones: La contención del paciente está indicada cuando:

- Los pacientes requieren un diagnóstico inmediato y/o tratamiento limitado y no pueden cooperar debido a la falta de madurez ;
- Los pacientes requieren un diagnóstico inmediato y/o tratamiento limitado y no pueden cooperar debido a incapacidad mental o física;
- La seguridad del paciente, del equipo de asistentes, del dentista, o de los padres estaría en riesgo sin el uso de la estabilización protectora;
- Los pacientes sedados requieren estabilización limitada para reducir los movimientos intempestivos.

Contraindicaciones: La estabilización del paciente esta contraindicada en:

- Pacientes cooperadores no sedados;
- Pacientes que no pueden ser inmovilizados con seguridad debido a condiciones médicas asociadas;
- Pacientes que tuvieron experiencias traumáticas previas, sean físicas o psicológicas, con la estabilización protectora (a menos que ninguna alternativa este disponible);
- Pacientes no sedados y con tratamiento que no sea de emergencia, que requieran consultas largas.

Precauciones: deben ser tomadas las siguientes precauciones en el examen del paciente antes de la estabilización:

- La tensión y la duración de la estabilización deben ser monitoreadas y validadas en intervalos regulares;

- La contención alrededor de las extremidades o del tórax no debe restringir activamente la circulación o la respiración;
- Se debe terminar la contención lo más pronto posible en un paciente que este bajo estrés o severamente histérico para impedir un posible trauma físico o psicológico.

Inhalación con Óxido Nitroso/ Oxígeno

Sedación y Anestesia General

Las modalidades de técnicas avanzadas de adaptación del comportamiento arriba mencionadas podrán ser usadas con seguridad y eficacia en pacientes incapaces de recibir el cuidado odontológico por razones de edad o de la condición mental, física o médica. Las informaciones adicionales pueden ser encontradas en el presente manual, capítulo 26, o en el Manual de Referencia de la Academia Americana de Odontopediatría¹.

Los dentistas que deseen conocer el uso de esas técnicas avanzadas deben buscar un entrenamiento adicional en un programa de residencia y/o un curso extensivo de educación continuada que contenga un entrenamiento didáctico y experimental.

Referencias bibliográficas

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance of the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent* 2010; 32(6): 147-162.
2. Lepper HS, Martin LR, DiMatteo MR. A model of nonverbal exchange in physician-patient expectations for patient involvement. *J Nonverb Behav* 1995; 19:207-222.
3. Reichard A, Turnbull HR, Turnbull AP. Perspectives of dentists, families, and case managers on dental care for individuals with development disabilities in Kansas. *Ment Retard* 2001;39:268-285.
4. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Inter Med* 1944;154:1365-1370.
5. Reichard A, Turnbull HR, Turnbull AP. Perspectives of dentists, families, and case managers on dental care for individuals with development disabilities in Kansas. *Ment Retard* 2001;39:268-285.
6. Weinstein P, Getz T, Raetener P, Domoto P. The effect of dentists' behavior on fear-related behaviors in children. *J Am Dent Assoc* 1982;104:32-38.
7. ten Berge M, Veerkamp J, Hoogstraten J. Dentists' behavior in response to child dental fear. *J Dent Child* 1999;66:36-40.
8. Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: A pilot study. *Pediatr Dent* 2001;23:337-342.
9. Pinkham JR. The roles of requests and promises in child patient management. *J Dent Child* 1993;60:169-174.
10. Chambers DW. Behavior management techniques for pediatric dentists: An embarrassment of riches. *J Dent Child* 1977; 44:30-34.
11. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent* 2004;26:316-321.
12. Rud B, Kisling E. The influence of mental development on children's acceptance of dental treatment. *Scand J Dent Res* 1973;81:343-352.
13. Brill WA. The effect of restorative treatment on children's behavior at the first recall visit in a private pediatric dental

- practice. *J Clin Pediatr Dent* 2002;26:389-394.
14. Allen KD, Hutfless S, Larzelere R. Evaluation of two predictors of child disruptive behavior during restorative dental treatment. *J Dent Child* 2003;70:221-225.
 15. Cunha RF, Delbem ACB, Percinoto C, Melhado FL. Behavioral evaluation during dental care in children ages 0 to 3 years. *J Dent Child* 2003;70:100-103.
 16. Klingberg G, Broberg AG. Temperament and child dental fear. *Pediatr Dent* 1998;20:237-243.
 17. Radis FG, Wilson S, Griffen AL, Coury DL. Temperament as a predictor of behavior during initial dental examination in children. *Pediatr Dent* 1994;16:121-127.
 18. Lochary ME, Wilson S, Griffen AL, Coury DL. Temperament as a predictor of behavior for conscious sedation in dentistry. *Pediatr Dent* 1993;15:348-352.
 19. Jensen B, Stjernqvist K. Temperament and acceptance of dental treatment under sedation in preschool children. *Acta Odontol Scand* 2002;60:231-236.
 20. Arnup K, Broberg AG, Berggren U, Bodin L. Lack of cooperation in pediatric dentistry: The role of child personality characteristics. *Pediatr Dent* 2002;24:119-128.
 21. Arnup K, Broberg AG, Berggren U, Bolin L. Treatment outcome in subgroups of uncooperative child dental patients: An exploratory study. *Int J Paediatr Dent* 2003;13:304-319.
 22. Holst A, Hallonsten AL, Schröder U, Ek L, Edlund K. Prediction of behavior-management problems in 3-year-old children. *Scand J Dent Res* 1993;101:110-114.
 23. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Noren JG. Child dental fear: Cause related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci* 1995;103:405-412.
 24. Johnson R, Baldwin DC. Maternal anxiety and child behavior. *J Dent Child* 1969;36:87-92.
 25. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Guideline on Pediatric Restorative Dentistry. *Pediatr Dent* 2010; 32(6): 187-193
 26. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Interim Therapeutic Restorations (ITR) . *Pediatr Dent* 2010; 32(6): 39-40.
 27. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl):XX. *Pediatr Dent* 2010; 32(6): 143-46.
 28. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on informed consent. *Pediatr Dent* 2010; 32(6):268-70.
 29. Farhat-McHayleh N, Harfouche A, Souaid P. Techniques for managing behaviour in pediatric dentistry: comparative study of live modelling and tell-show-do based on children's heart rates during treatment. *J Can Dent Assoc* 2009; May 75(4): 283. *Cochrane Database Sys Rev*: CN00703173.
 30. Farhat-Mchayleh N, Sabbagh J, Souaid P. Multidisciplinary approach to behavior control of children during dental care: clinical study on the effect of learning by imitation. *Rev Belge Med Dent* 2007; 62 (1):61-8. French.
 31. Peretz B, Gluck G. Magic trick: a behavioural strategy for the management of strong-willed children. *Evid Based Dent* 2006;7(3):76.
 32. Al-Moammar K, Cash A, Donaldson N, McDonald F, Newton T. Psychological interventions for reducing dental anxiety in children. *Cochrane Database Sys Rev*: 2009; (2):CD007691.
 33. Prabhakar AR, Marwah N, Raju OS. A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. *Journal of the Indian Society of Pedodontics &*

- Preventive Dentistry 2007; 25 (4): 177-82. Cochrane Database Sys Rev: CN00738551.
34. Fox C, Newton JT. A controlled trial of the impact of exposure to positive images of dentistry on anticipatory dental fear in children. Community dent oral epidemiol 2006; 34 (6): 455-9. Cochrane Database Sys Rev: CN00573524.
 35. Ramos ME, Kao JY, Houpt M. Attitudes of pediatric dentists toward parental presence during dental treatment of children. J N J Dent Assoc 2010; 81(3):32-7.
 36. Long N. The changing nature of parenting in America. Pediatr Dent 2004; 26:121-124.
 37. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. Pediatr Dent 2004; 26:111-113.
 38. Connick C, Palat M, Puagliese S. The appropriate use of physical restraint: Considerations. J Dent Child 2000; 67: 231, 256-262.
 39. Peretz B, Gluck GM. The use of restraint in the treatment of pediatric dental patients: Old and new insights. Int J Paediatr Dent 2002;12: 932-397.
 40. Brill WA. Parents' assessment and children's reactions to a passive restraint device used for behavior control in a private pediatric dental practice. J Dent Child 2002; 69: 236,310-313.
 41. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. The use of physical restraint interventions for children and adolescents in the acute care setting. Pediatrics 1997; 99:497-498.