

# **Revisión temática acerca de la orientación comunicativa y del comportamiento en el paciente pediátrico en la consulta odontológica.**

Andrea Paola Niño Coneo<sup>1</sup>  
Alejandra Castro Valderrama<sup>1</sup>  
Yasmy Quintero Moncada<sup>2</sup>  
Aline Leite de Farias<sup>2</sup>  
Juan Manuel Cárdenas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente del posgrado de Odontopediatría Clínica y Ortodoncia Preventiva, Universidad CES, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup>Facultad de Odontología, Universidad CES, Medellín, Colombia.

## **Introducción**

La orientación del comportamiento en el paciente pediátrico requiere una preparación y un discernimiento en el desarrollo emocional y psicológico del niño. El Miedo y la Ansiedad Dental (MAD) en muchos momentos llevan a los padres a eludir o prolongar el tratamiento de sus hijos, un fenómeno descrito como evasión dental. Las tendencias sociales recientes, los variables estilos parentales, los cuestionamientos éticos y las controversias ético-legales han llevado a la exploración de nuevos métodos diagnósticos y alternativas de manejo comunicativo y farmacológico, reevaluando el uso de muchas técnicas restrictivas utilizadas tradicionalmente.

La literatura reporta distintas guías clínicas prácticas que presentan unos parámetros generales sobre el manejo del comportamiento clínico, el diagnóstico, la comunicación con el paciente y sus acudientes, así como las diferentes estrategias y métodos de orientación del comportamiento. Sin embargo, un gran número de las guías publicadas son en otros idiomas y basadas en contextos culturales diferentes. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión temática con el fin de presentar pautas de orientación del comportamiento enfocadas al ámbito socio-cultural latinoamericano.

## **Los objetivos de esta revisión de la literatura fueron:**

Evaluar y revisar los factores condicionantes del comportamiento del paciente en la consulta en odontopediatría, así como las escalas e instrumentos de medición utilizados para predecir y clasificar el comportamiento.

Revisar los principios de la orientación comunicativa con el paciente y su familia, así como los escenarios y características de esta en el entorno social actual, con la inclusión de nuevos instructivos tecnológicos del ejercicio clínico.

## **Metodología**

La búsqueda de la literatura fue limitada entre los años 2009 y 2024 utilizando los términos PubMed, SciELO, Google Académico, ALOP y AAPD

## **Definiciones**

**Comunicación:** Es la manera en la que dos o más personas interactúan a través de palabras habladas o escritas, gestos y expresiones, las cuales permiten una transferencia de significados que facilitan la comprensión mutua y un buen comportamiento.

**Comportamiento:** Este término se refiere a acciones automáticas o intencionales, deliberadas o espontáneas que detallan un conjunto de respuestas que una persona manifiesta en su relación con el entorno.

**Consentimiento informado:** Método que brinda a los pacientes información relevante sobre los posibles riesgos y beneficios de un procedimiento a realizar.

**Emoción:** modificación del estado de ánimo que puede ser vigorosa y transitoria, amena o inapropiada que se acompaña de cierta respuesta somática.

**Miedo y Ansiedad dental:** Es una reacción multisistémica ante la percepción de un riesgo o inseguridad, la cual es una vivencia personal que varía entre las personas, especialmente en el contexto de la consulta y tratamiento odontológico (1), (2), (3) .

**Técnica de orientación:** Método conductual, comunicativo y específico de orientación y acompañamiento que proporciona el profesional al paciente y a sus padres o cuidadores durante el procedimiento para fomentar la confianza y disminuir la ansiedad según la necesidad de cada paciente.

## **Evaluación y diagnóstico del comportamiento**

### **Consideraciones generales:**

La valoración del comportamiento del paciente en Odontopediatría es un ejercicio que debe ser integral, dinámico y constante basado en un análisis en su desarrollo evolutivo, temperamento, experiencias previas y su condición sistémica, así como su entorno familiar y social, tipo de padres, crianza e influencia del medio ambiente escolar y digital. Debido a su naturaleza descriptiva no es posible realizar un diagnóstico concreto y exacto, por lo tanto el objetivo clínico es llevar a cabo una evaluación exhaustiva del comportamiento del paciente, junto a sus factores condicionantes con el fin de elegir adecuadamente las estrategias de intervención terapéutica (4).

El diagnóstico es un proceso de evaluación continua de la disposición y la conducta del paciente, como respuesta a sus estímulos específicos. Implementar una comunicación permite evaluar la conducta del paciente con sus estados emocionales tales como:

**Timidez:** el carácter tímido suele estar vinculado a niveles elevados de ansiedad. En estos casos el paciente tiende a ser muy reservado, suele estar más cerca de la madre evitando el contacto visual (2), (3).

**Temor:** se refiere a experiencias negativas y llanto constante para expresar su miedo. En algunas ocasiones los niños se oponen a ingresar, lo que lleva a que los padres los tengan que desplazar físicamente (2), (3).

**Agresividad:** es el rechazo del paciente al tratamiento, mostrando irritabilidad ante sus padres y al personal de salud (2), (3).

**Actividad aumentada:** se trata de pacientes ansiosos, excesivamente activos que toman el tiempo y el espacio donde se encuentren para jugar y divertirse con los distintos elementos, suelen ser curiosos, lo que los lleva a realizar muchas preguntas (2), (3).

**Actitud amigable:** es el comportamiento basado en una buena comunicación física y verbal que consta de una disposición abierta la cual, permite una agradable acogida ante la separación de sus padres (2), (3).

**Indiferencia:** es una actitud caracterizada por falta de interés, poca participación y escasa adherencia frente a cualquier tema (2), (3).

### **Factores Condicionantes**

El comportamiento del paciente está regido además por factores condicionantes tanto intrínsecos como su personalidad, temperamento y experiencias previas, al igual que extrínsecos como su estructura familiar, el medio ambiente, y los estereotipos sociales los cuales deben tenerse en cuenta en la planeación del plan de tratamiento.

### **Factores Intrínsecos**

**Desarrollo evolutivo:** es el desarrollo integral del individuo que permite definir el comportamiento esperado según la edad del paciente y el tipo de comunicación a establecer. El diagnóstico y el manejo varían considerablemente (3), (2).

**Temperamento:** se refiere a los rasgos externos de la personalidad los cuales se evidencian por la manera como el niño interactúa con su entorno, como reacciona frente a estímulos y la capacidad de adaptación que tiene frente a él. Se conoce como el carácter y el estado de ánimo del individuo, y aunque es estable y heredable, es modificable. Distintos reportes aseguran que es un buen indicador del comportamiento odontológico (2), (3), (5).

**Antecedentes odontológicos:** Los antecedentes relevantes como hospitalizaciones, experiencias odontológicas previas y procedimientos dolorosos pueden influir en la disposición del paciente al tratamiento, por lo tanto es esencial conocer su historial médico y odontológico, su comportamiento frente a estos procedimientos y el manejo que ha recibido (3).

**Condición General:** las condiciones momentáneas y pasajeras desde cuadros gripales a compromisos sistémicos más complejos, están ligados con el comportamiento del paciente en la consulta. Un paciente con sensación de malestar general, fiebre, mareo o alguna otra sintomatología puede modificar su actitud positiva conllevando a un comportamiento perturbador; otros factores que pueden influir serían la hora de la atención, la perturbación del sueño y el llanto de otros pacientes.

### **Factores extrínsecos**

**Entorno familiar:** el entorno familiar y su estructura incluyendo el tipo de padres, número de hermanos, el tipo de educación y la condición socio-cultural y económica

entre otros son importantes de entender al establecer comunicación con el niño y pueden influir sobre su comportamiento.

**Estilos parentales de crianza:** son métodos que los padres y cuidadores brindan a sus hijos para el desarrollo emocional, social y conductual influyendo en su personalidad y cómo interactúa con la sociedad (6).

**Entorno socio-cultural:** influye en el comportamiento es el que se desempeña el niño por fuera de su casa; características como si proviene de un ambiente rural o urbano, el tipo de colegio, la capacidad de interacción con sus padres y figuras de autoridad, diferentes a los padres así como los estereotipos y las redes sociales a las que tiene acceso deben evaluarse (6).

### **Escalas e Instrumentos de Clasificación del comportamiento**

Con el objetivo de medir los parámetros usuales de evaluación del comportamiento y el estado emocional existen numerosas escalas reportadas en la literatura, las cuales evalúan distintos elementos como la respuesta motriz, el contacto visual, la respuesta a estímulos y el nivel de ansiedad y miedo dental del niño. Entre las Escalas más utilizadas para medir comportamiento están la Escala de Frankl, la Escala de Venham y la clasificación de Wright. También hay diversas escalas psicométricas y encuestas estandarizadas para evaluar el estado emocional tales como la clasificación de imagen facial, la clasificación pictórica, la clasificación de Venham y la Escala de miedo de Ansiedad Dental en niños (CFSS-DS) (7).

### **Escalas de comportamiento**

**Escala de Frankl:** Es uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre el manejo del comportamiento. Aunque aún no ha sido completamente validada, se emplea ampliamente en la práctica clínica debido a su sencillez y facilidad de uso, esta se clasifica en cuatro categorías: definitivamente negativo, levemente negativo, levemente positivo y definitivamente positivo (**Tabla 1**) (7), (8).

**Escala de Comportamiento de Venham:** esta consiste en seis ítems que evalúa el nivel de cooperación del paciente. La escala describe el comportamiento del niño en detalle y brinda información del comportamiento negativo y disruptivo. Está basada en la evaluación objetiva, específica y fácilmente observable y clasifica el comportamiento del niño en seis grupos. El operador indica el comportamiento del paciente eligiendo un número del 1 al 6 según la escala después de cada cita o durante momentos específicos de la atención (7).

**Clasificación de Wright:** Clasifica el comportamiento de acuerdo a la capacidad o potencial que tiene el paciente para cooperar, la cual se divide en tres categorías que incluyen los pacientes cooperadores, incapaces de cooperar y potencialmente cooperadores (**Tabla 2**) (7), (9).

### **Escalas de valoración emocional**

**Clasificación de imagen facial:** consiste en una serie de cinco caras que representan estados emocionales que van de muy feliz hasta muy infeliz. Se les pide

a los niños que indiquen la cara que más lo representan en ese mismo instante. El puntaje va de 1 a 3 como no ansioso y de 4 a 5 como ansioso (**Imagen 1**) (10).

**Clasificación de Venham:** se trata de una hoja que presenta ocho pares de figuras donde cada par incluye una imagen que representa ansiedad y la otra no, cada figura recibe una clasificación numérica de 1 para imagen ansiosa y 0 para la no ansiosa; se le pide al paciente que seleccione la figura con la que se sienta más identificado previamente al ingreso de la consulta. La imagen elegida representa el nivel de ansiedad donde 0=Sin ansiedad, 1-3= Ansiedad leve, 4-6=Ansiedad moderada, 7-8=Ansiedad severa. De 0 a 4 es considerado como “no ansioso” y de 5 a 8 “ansioso”. Esta escala es fácil de aplicar, tomando entre uno y dos minutos la respuesta (**Imagen 2**) (10).

**Escala de Ansiedad y Miedo dental en Niños (CFSS-DS):** es una prueba psicométrica que evalúa el miedo y la ansiedad dental del niño por medio de un cuestionario tipo Likert respondido por uno de los padres. Consiste de 15 ítems, cada uno de los cuales recibe una calificación que oscila de 1 a 5 (de sin miedo a mucho miedo). La puntuación máxima es de 75, teniendo en cuenta desde los 38 puntos o más se asocia al miedo dental (**ver tabla 3**) (11).

### **Clasificación de padres**

**Padres Motivados:** estos padres están activamente involucrados en el proceso de atención de sus hijos. Son proactivos en la comunicación, colaboradores, aceptan la orientación y siguen las indicaciones del odontólogo (3).

**Padres Ansiosos:** aquellos padres pueden ser bastantes sobreprotectores, se observan con ansiedad y nerviosismo durante las citas siendo esto desfavorable ya que se puede transmitir a sus hijos. Suelen hacer preguntas repetitivas y están muy pendientes de cada momento. Es importante tranquilizarlos, brindarles información clara y alentarlos a mantener una actitud calmada (3).

**Padres con Experiencias dentales negativas previas:** pueden difundir ansiedad o miedo con respecto a sus experiencias vividas anteriormente afectando desfavorablemente la actitud del niño (3) (7).

**Padres Autoritarios:** Se trata de individuos controladores que necesitan mucha información y están involucrados en todas las decisiones de tratamiento, y pueden llegar a ser desafiantes (3), (7).

**Padres manipuladores:** Son padres también controladores, pero que no confrontan, sino que buscan de manera inconsciente modificar el tratamiento de manera indirecta y no a través de una comunicación clara (3).

**Padres indiferentes:** se trata de padres poco participativos que no suelen comunicarse o realizar preguntas, y son pasivos frente a la toma de decisiones y recomendaciones del profesional (3).

### **Orientación Comunicativa**

La orientación comunicativa consiste en un abordaje integral que permite determinar una relación con el paciente y su familia, esta debe ajustarse a las necesidades de cada paciente y ser guiada por el profesional con el fin de generar un ambiente cálido pero asertivo. La experiencia del paciente en la consulta odontológica comprende todos los instantes de interacción paciente y grupo profesional. Esta incluye además la relación por fuera de la consulta y la posibilidad de brindar acceso al profesional en distintas instancias de carácter clínico, educativo o pedagógico. En este sentido, la comunicación digital y el uso de plataformas se ha convertido en un aspecto instrumental. Canales tales como el uso de una página web, Instagram o Facebook ayudan a reforzar el vínculo y sirven como herramientas de motivación y educación en hábitos de salud oral y mejorar la adherencia al tratamiento. De igual forma el uso de plataformas para consultas virtuales o sistemas de mensajería tales como WhatsApp o Messenger permiten una comunicación asequible, constante y eficiente. Los objetivos de la orientación comunicativa incluyen: (12)

**Empatía:** permite interpretar en contexto los sentimientos del paciente, comunicar ese entendimiento y comprobar su exactitud; la empatía se puede definir en tres niveles: como una actitud (afectiva) como una competencia (cognitiva), como comportamiento. Busca construir una conexión emotiva con el paciente logrando que el este perciba un ambiente cómodo y a gusto (12).

**Confianza:** permite que el paciente junto con sus padres experimente seguridad en el periodo en el que el profesional aborda sus necesidades en la consulta demostrando y aplicando su experticia. El buen manejo es fundamental para aumentar la motivación y prevención (3), (8).

**Motivación:** permite cultivar un interés genuino por el bienestar del paciente impulsándolo a cuidar de sí mismo y a mantener la constancia en su tratamiento. Esta actitud proactiva no solo mejora la eficiencia del tratamiento sino que también promueve hábitos saludables (3).

**Adherencia:** busca que el paciente se convierta en un autor activo en su proceso de salud, de manera que perciba que el tratamiento es un logro personal desarrollando buenos hábitos de higiene oral, buen uso de aparatología ortopédica y corrección de hábitos alimenticios y funcionales.

**Vínculo:** resultado de una adecuada gestión comunicativa y de una experiencia agradable que permite una relación afectiva y duradera con principios de confianza y empatía (13).

### **Estrategias y técnicas de orientación del comportamiento:**

Dada la diversidad y las particularidades de cada individuo, desde los aspectos físicos, intelectuales, emocionales y sociales, así como los diferentes tipos de carácter y temperamentos, es considerable disponer de amplia diversidad de técnicas de orientación del comportamiento para el abordaje clínico del paciente. Sin embargo, la orientación del comportamiento no consiste en la utilización de técnicas aisladas, sino de un método unificado para cultivar la relación entre el paciente y el odontopediatra (13).

## **Objetivos de la orientación del comportamiento**

Es importante que al definir una estrategia de orientación comunicativa permita elegir técnicas de orientación del comportamiento a utilizar y que estas permitan cumplir con los siguientes objetivos clínicos:

**Seguridad:** previene cualquier riesgo de compromiso de la vía aérea ya sea por broncoaspiración o deglución de materiales u otros objetos, además es indispensable evitar laceraciones en los tejidos blandos con instrumentos rotatorios o punzantes o lastimar físicamente para garantizar la seguridad del paciente (13).

**Calidad del tratamiento:** proporciona un tratamiento de calidad al seleccionar la técnica correcta para llevar a cabo procedimiento que cumplan con los criterios clínicos aceptados (13).

**Comunicación:** el propósito es fomentar una interacción positiva y evitar la confrontación incluso cuando el paciente transmita rechazo al tratamiento (13).

**Eficiencia:** es vital el tiempo que aporta el paciente como el odontólogo al momento de los procedimientos, así se consigue que la atención sea corta y efectiva garantizando una experiencia positiva (13).

## **Consideraciones Generales de la Orientación del Comportamiento**

**Comunicación Asertiva:** se distingue por ser respetuosa y sincera, caracterizándose por la emisión de mensajes claros en el momento adecuado. Es fundamental que sea bidireccional permitiendo que el profesional actúe como un oyente activo, atento a la comunicación verbal y no verbal del paciente y sus acompañantes (13).

**Anestesia local:** una adecuada anestesia local es uno de los pilares en la orientación del comportamiento, ya que el dolor es el factor que genera mayor ansiedad y rechazo. En muchas ocasiones se evita su administración por inseguridad del profesional, lo cual es contraproducente. El temor del paciente generalmente se debe más que al dolor físico, a la expectativa y estereotipo social que existe sobre la inyección. En niños se recomienda seguir ciertas especificaciones como mantener la aguja oculta, el uso de anestesia tópica previa a la infiltrativa, buena técnica de maniobrar los tejidos blandos y el uso de aguja de bajo calibre y realizar la aplicación de forma lenta (13).

**Medio ambiente y sistema de trabajo:** el consultorio odontológico debe lograr un entorno visualmente atractivo y diseñado con elementos para el uso de los niños, transmitiendo tranquilidad lo que facilita una buena disposición durante la consulta, además la organización y la puntualidad en la programación de las citas, minimiza la ansiedad y mejora la cooperación (13).

**Destreza clínica:** es fundamental para asegurar un tratamiento efectivo y seguro en procedimientos odontológicos, algunos pueden ser durante la anestesia, durante el aislamiento del campo, el uso de la pieza de alta velocidad como la rapidez y la habilidad garantizando un trabajo efectivo (13).

**Estrategia de equipo:** en un sistema de coordinación el cual se realiza en conjunto con todo el personal profesional y no profesional, que abarca todas las áreas con el fin de que todos estén capacitados para el manejo y la comunicación con el paciente de diferentes formas como por telefonía y mensajes virtuales informando actividades de cuidado e higiene oral (13).

**Elaboración de Plan de Tratamiento:** un buen método de organización del trabajo es importante para garantizar un plan de tratamiento oportuno y adecuado mejorando así la experiencia de los pacientes durante la consulta (13).

**Uso de Regalos:** favorece la conexión creando un lazo emocional con el profesional mejorando la experiencia odontológica del paciente y esto no debe depender de un buen comportamiento ni de un regalo; lo deseado es que el paciente sienta interés por parte del profesional, así no se hubiese sentido cómodo durante el tratamiento (13).

**Presencia de Padres:** la presencia de los padres de manera constante en la consulta permite al profesional integrarlos en el plan de tratamiento logrando así una seguridad emocional al niño, transformándose en una protección legal para el profesional (8), (13) (14).

### **Técnicas comunicativas**

**Decir-mostrar-hacer:** esta técnica busca disminuir el miedo y la ansiedad causada por el desconocimiento y la expectativa del niño mediante la descripción del procedimiento de forma clara para la edad del paciente con ejemplos visuales, auditivos, olfativos y táctiles induciéndolo y familiarizándolo al proceso final (8) (14), (15), (7).

**Preguntar-decir-preguntar:** consiste en preguntarle al paciente sobre el procedimiento programado, seguido con demostraciones se describe el procedimiento y el paso a paso a seguir, así aclarando dudas y confirmando que el paciente comprendió la información por medio del dialogo efectivo (8).

**Modelado:** esta técnica también es conocida como visualización positiva preoperatoria. Trata de permitir que el paciente y su familia puedan observar gráficas, fotografías o videos positivos de la atención odontológica antes de que esta comience y que puedan hacer preguntas relevantes o aclarar dudas. Idealmente se busca que sea lo más precisa sobre el procedimiento clínico que se va a realizar. El modelado también se puede hacer presencial en silla con el uso de modelos como muñecos o



mediante la observación del tratamiento a otro paciente, preferiblemente conocido como un hermano o uno de los padres (7), (13).

**Refuerzo Positivo y elogio descriptivo:** es recompensar conductas deseadas con elogios específicos, expresiones faciales y gestos físicos de afecto y su objetivo es reforzar conductas deseadas sin contraindicaciones (14), (15).

**Control de voz:** consiste en adaptar el volumen, tono o ritmo de la voz para conseguir la atención del paciente, prevenir conductas negativas y ejercer autoridad de forma correcta y respetuosa (13), (14), (15), (8).

**Comunicación no verbal:** se distingue por el uso de contacto físico, postural, expresiones y gestualidad para orientar el comportamiento, ampliando la efectividad de modalidades de atención sin limitaciones (13), (14), (15).

**Desensibilización:** consiste en un proceso gradual de adaptación al entorno odontológico en el cual se expone al paciente de una manera repetida y gradual a situaciones, estímulos o temores identificados para reducir los niveles de miedo y ansiedad. Esto se logra mediante la recreación de un escenario simulado por fuera de la consulta como la observación de videos, libros, tours virtuales, o juego de roles con los padres con antelación al día de la atención. También se pueden realizar sesiones simuladas adaptativas en el consultorio donde el paciente explora, toca, recorre y observa la consulta (8), (7).

**Escape Contingente:** busca modificar un comportamiento inapropiado e impertinente con ayuda de la auto-regulación del paciente al mostrar una señal como levantar la mano para detener por un tiempo el procedimiento. Esta técnica es adecuada en aquellos paciente que poseen un desarrollo cognitivo adecuado (13), (14), (15).

**Reestructuración memorística:** es una técnica conductual que transforma recuerdos negativos de eventos difíciles (como una visita al odontólogo) en recuerdos positivos usando información sugerida después del evento. Aprobada y eficaz para reducir miedos y mejorar comportamientos en visitas posteriores. Involucra cuatro componentes: recordatorios visuales, refuerzo positivo verbal, ejemplos concretos de detalles sensoriales, y una sensación de logro. Por ejemplo, se puede mostrar una foto del niño sonriendo antes del evento, elogiar su comportamiento, y hacer que muestre comportamientos positivos y su objetivo es transformar experiencias dentales pasadas difíciles o negativas en positivas, además de mejorar el comportamiento en visitas dentales futuras (13),(14), (15).

**Entrevista motivacional:** ayuda a los pacientes y sus padres a analizar y aclarar la toma de decisiones. Se basa en la utilización de preguntas abiertas, afirmaciones, escucha y reflexiva centrada en el paciente para abordar patrones de resistencia más elevados, por lo que esta entrevista ofrece motivación a la persona (8).

### **Técnicas de distracción**

**Distracción Audiovisual:** se caracteriza por distraer al paciente lo suficiente durante el tratamiento para disminuir la ansiedad, al mismo tiempo que se condiciona su comportamiento. Esto puede lograrse mediante el uso de medios audiovisuales o auditivos como cuentos o dibujos animados desviando su atención y que no estén

relacionados con la atención odontológica. Se puede utilizar como complemento para las técnicas de Decir-mostrar-hacer o Preguntar-decir preguntar (8), (16), (17).

**Musicoterapia:** otra de las estrategias de distracción utilizadas es la musicoterapia que se define como la utilización de la música y/o de sus elementos como el sonido, ritmo, melodía y armonía con fines terapéuticos relevantes, la cual se combina con la invitación al niño a utilizar su imaginación. Se puede lograr con la proyección de videos musicales o también solicitándole al paciente que cierre sus ojos o que acepte el uso de un tapaojos para que escuche música relajante o sonidos como la lluvia o las olas del mar (16), (17).

**Cuentería- Storytelling:** la técnica de cuentería o storytelling busca distraer el paciente mediante la narración de historias por el profesional de modo que se logre interacción y retroalimentación del paciente, mediante el uso de cambios de entonación de la voz y la gesticulación. Se basa en narrar historia con un guion simple como el de un cuento infantil donde haya una trama, un clímax, suspenso y un desenlace llevando al niño a usar su imaginación y por ende disminuir sus niveles de ansiedad (16).

**Distracción interactiva:** esta técnica se basa en la utilización de la tecnología como el uso de dispositivos como teléfonos celulares, ipads, o gafas de realidad virtual que le permitan por medio de la pantalla táctil o un joystick jugar un videojuego o interactuar con un espacio virtual que recorre mientras se realiza el tratamiento odontológico, también el uso de Play-Doh jugando al odontólogo. El objeto es lograr que el paciente interactúe con la actividad y se desconecte de su entorno (**ver imagen 3**) (18).

## **Técnicas de estabilización**

### **Estabilización protectora**

En ciertas ocasiones es necesario estabilizar físicamente parcial o totalmente al paciente, con el objetivo de resguardar su integridad física, así como la del profesional, el personal de apoyo y los padres; el propósito de llevar el tratamiento de manera segura y conforme a los parámetros clínicos ideales (13). Se puede implementar en pacientes que no son colaboradores resultante de su poca edad, madurez intelectual o discapacidad física y en aquellos pacientes con condiciones médicas o psicológicas (8). Es importante que la técnica se utilice con técnicas de comunicación no verbal positiva en un ambiente sereno y tranquilo donde el niño se sienta seguro con la presencia de sus padres y que no perciba agresividad por parte del profesional o el equipo de trabajo. Debe obtenerse el consentimiento informado previo de los padres así como brindarles una explicación detallada de estabilización (8).

**Estabilización activa:** se realiza con la participación de unos los padres o acudientes en conjunto con el profesional y su asistente. Se busca que el acudiente se ubique encima del paciente en posición boca abajo, y ejerza una presión leve sobre las articulaciones sin lastimarlo y de modo que el niño lo pueda visualizar durante todo el procedimiento (19).

**Estabilización pasiva:** esta se realiza con el uso de un dispositivo para restringir el movimiento del paciente para su seguridad. Los dispositivos que se utilizan comúnmente son Papoose Boards (Olympic Medical Corporation, Seattle, WA) o Rainbow Wraps (Specialized Care Co Inc., Hampton, NH) tienen envolturas de tela para ayudar a reducir el movimiento de brazos y piernas, pero evitando presión excesiva (19).

**Estabilización Intraoral:** la estabilización de la apertura bucal es importante con el fin de evitar lastimar al paciente durante el procedimiento, o causar un evento adverso como laceraciones, cortadas o traumas. También para proteger al operador y la asistente y prevenir que el paciente los pueda morder o lastimar al cerrar. Existen diferentes tipos de dispositivos como el abre bocas de McKesson (Hu-Friedy, Chicago, IL), un dispositivo de goma en forma de cuña y generalmente bien aceptado por los pacientes, o el abre bocas en tijera más utilizado en anestesia general. Es importante mantenerlo sujeto en posición haciendo presión digital, ya que se desajustan y pueden ser expulsados fácilmente por el paciente. También como medida de precaución, es recomendable amarrarlos con un hilo dental en caso de que sea necesaria recobrarlo de la vía aérea (19).

## **Técnicas farmacológicas**

Las técnicas de sedación y analgesia tienen como objetivo principal, producir una depresión del sistema nervioso central (SNC) con el fin de impulsar un estado de relajación y control del dolor sin que haya pérdida de la conciencia y la autonomía respiratoria. Esto facilita al profesional realizar un procedimiento determinado en pacientes ansiosos. Existen distintos tipos de sedación, los cuales se clasifican de acuerdo con el grado de profundidad que produzca el fármaco utilizado, así como por la vía de administración. De acuerdo con la profundidad, la sedación se clasifica en cuatro categorías que incluyen: ansiólisis (grado I), sedación consciente (grado II), sedación profunda/analgesia (grado III) y anestesia general (grado IV).

**Sedación Inhalada con Óxido Nitroso:** la sedación inhalada con óxido nitroso es un método adicional de manejo del comportamiento segura y efectiva que genera una disminución leve del sistema nervioso central, que permite al paciente mantener una vía aérea despejada (8).

De acuerdo con la clasificación descrita anteriormente se clasifica como grado I, haciéndola segura para la utilización en ambientes ambulatorios. Dado que el paciente permanece consciente, es recomendable utilizar técnicas de orientación del comportamiento comunicativas y destructivas. Provee además un nivel de analgesia relativa, pero requiere ser utilizada en combinación con la administración de anestesia local. Está indicada en pacientes con capacidad de cooperar, con niveles moderados de miedo y ansiedad dental y clasificado como ASA I o ASA II, con experiencia negativas previas y que requiera un procedimiento invasivo como anestesia local, el tratamiento restaurador convencional, terapia pulpar exodoncias o toma de impresiones. Está contraindicada en pacientes de muy corta edad, menores de 5 años, o en situación de discapacidad con imposibilidad de cooperación, altos niveles de miedo y ansiedad dental, procedimientos complejos o tratamiento muy extenso que requiera varias citas de atención (8), (19).

**Sedación profunda:** la sedación profunda administrada por vía intravenosa consiste en una depresión profunda del sistema nervioso central donde el paciente tiene respuesta únicamente a estímulos dolorosos o vigorosos y es clasificada como grado III; aunque conserva la autonomía respiratoria y no requiere intubación, si requiere un monitoreo constante de la saturación de oxígeno, frecuencia y ritmo cardíaco, presión arterial, CO<sub>2</sub> exhalado, la cual deber ser realizada únicamente por personal experto en anestesiología con entrenamiento avanzado. Puede realizarse en un ambiente intra-hospitalario o de manera ambulatoria en el consultorio odontológico siempre y cuando sea realizada por un anestesiólogo por medio de un servicio especializado en anestesia ambulatoria habilitado que cuente con el personal de apoyo, así como con los equipos de monitoreo constante y resucitación exigidos, así como el respaldo de los protocolos de atención paramédica en caso de una emergencia. Se utilizan medicamentos de alta potencia tales como el propofol, benzodicepinas, ketamina, opioides, dexmedetomidina, entre otros y se requiere de una cita de valoración preoperatoria realizada por el anestesiólogo. Para ser realizada en el consultorio el paciente debe ser ASA I o ASA II; algunas indicaciones de sedación en pacientes de corta edad en los cuales no sea posible lograr cooperación o establecer una comunicación adecuada, en pacientes en situación de discapacidad o en procedimientos de alta complejidad, como puede ser una cirugía oral o un tratamiento restaurador extenso. Está contraindicada su uso en consultorios en pacientes médicamente comprometidos (ASA III o mayor) (16), (8).

**Anestesia General:** la anestesia general es un estado donde hay amnesia, anestesia e inconsciencia reversible. Requiere de asistencia ventilatoria y vigilancia hemodinámica continua. La anestesia general se puede realizar en todo tipo de pacientes, pero se debe reservar para pacientes médicamente comprometidos (ASA III o mayor), pacientes con contra indicación absoluta a los anestésicos locales y en procedimientos de alta complejidad, como puede ser una cirugía oral o un tratamiento restaurador extenso. Requiere una valoración preoperatoria por el equipo de anestesiología y dado el nivel de riesgo requiere ser realizada en ambiente intra-hospitalario por un equipo de anestesiología que cuente con la infraestructura física y el apoyo del personal especializado en caso de presentarse un evento adverso que requiera manejo de emergencia y resucitación (16), (8), (14).

### **Técnicas alternativas**

Tradicionalmente, la ansiedad dental se ha manejado utilizando técnicas farmacológicas. Sin embargo, durante la última década se han publicado nuevos enfoques de tratamiento alternativo, incluidas las terapias psicológicas y complementarias de relajación. Aunque muchos de estos enfoques requieren más investigación, cada vez hay más reportes clínicos sobre su uso. A continuación, se describen algunas técnicas reportadas.

**Terapia animal asistida:** la terapia animal asistida ha sido beneficiosa en una variedad de entornos, incluido el entorno dental. Es una técnica orientada en donde el objetivo es mejorar las interacciones o disminuir la ansiedad, el dolor, o el miedo con ayuda de un animal entrenado. Las citas deben programarse en un tiempo y duración específica para incluir un animal de compañía que haya sido sometido a pruebas de temperamento, entrenamiento riguroso y certificación (7). En dado caso de que la mascota asista puede ser de ayuda en la sala de espera. El animal que esté disponible en compañía durante la cita puede ayudar a romper las barreras de

comunicación y establecer una buena relación. Es esencial incluir la salud y la seguridad del animal, del cuidador y del paciente. Se debe tener en cuenta las contraindicaciones como: alergias, asma, el sistema inmunológico comprometido u otra contraindicación médica y si el niño presenta miedo al animal de terapia. Está indicado en casos que se busque mejorar la comunicación con el paciente, disminuir los niveles de miedo y ansiedad dental y distraerlo. Se contraindica en casos de alergia al animal de compañía o temor del niño frente al animal. El animal de compañía debe estar acompañado del personal veterinario experto con entrenamiento en el manejo de animales de compañía en el campo de la salud (8).

**Ambientes Odontológicos Adaptados Sensorialmente (SADE):** se trata de generar un ambiente clínico enfocado a disminuir y eliminar estímulos fuertes por medio de una iluminación tenue, el uso de tapaojos, aislamiento del ruido con música de relajación o la utilización de audífonos que bloquean el sonido exterior, utilización de mantas pesadas y calientes entre otros, con el fin de disminuir la ansiedad y generar una sensación de calma y serenidad. Está indicado en pacientes con niveles muy elevados de miedo y ansiedad dental, experiencias negativas traumáticas, personalidades muy ansiosas y pacientes diagnosticados con trastorno del espectro autista (TEA) (8).

**Sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS):** es una técnica de comunicación que utiliza unos sistemas variables para la comunicación oral mediante la exposición del lenguaje por medio de objetos, fotos, dibujos o pictogramas en la enseñanza estructurada, a niños de corta edad, así como pacientes con trastorno del espectro autista (TEA) y/o en situación de discapacidad que ofrece una guía necesaria para saber qué es lo que van a hacer, cómo, quién y cuánto tiempo va a estar en la actividad desarrollada. Consiste en la utilización de imágenes con un icono distinguible para manifestar una petición o un requerimiento que el paciente o persona comparte, los cuales corresponden a objetos, personas y conceptos. El paciente puede dar inicio a la comunicación sin que el receptor necesite una formación especial. Su objetivo es permitir al individuo con capacidades de comunicación verbal limitada que manifieste peticiones o ideas utilizando imágenes simbólicas. Se puede presentar un tablero alusivo a la cita, como el espejo, la pieza de mano o la jeringa triple, que el profesional puede utilizar para comunicar los pasos necesarios para completar, similar a lo que se haría con la técnica decir-mostrar - hacer. El paciente a su vez puede tener signos como una señal de pare para mostrar que necesita una corta suspensión del procedimiento (8). Está indicada como un enfoque complementario en la orientación del comportamiento de pacientes con capacidades de comunicación verbal limitadas o nulas (8).

## **Aromaterapia**

Según la Asociación Nacional de Aromaterapia Holística (NAHA), es la habilidad y ciencia de usar extractos aromáticos naturales de plantas para armonizar y fomentar la salud física, mental y espiritual. Esta práctica natural y no invasiva busca abordar a la persona en su integridad, no solo los síntomas, y apoyar el proceso de curación innata del cuerpo mediante el uso adecuado de aceites esenciales. Los aceites pueden aplicarse de cuatro formas: ingestión oral, aplicación externa, baños y vaporización. En un entorno clínico, la aromaterapia puede crear un ambiente acogedor, reduciendo la ansiedad y el dolor. Los aceites más comunes para reducir

la ansiedad incluyen lavanda y geranio; para dolores de cabeza, bergamota y romero; y para dolores musculares, orégano y menta (16), (17).

## **Mindfulness**

El mindfulness para los niños es destacado por su capacidad para ayudar a manejar el estrés y mejorar la regulación emocional. La práctica constante de mindfulness provoca cambios neurológicos duraderos, favoreciendo relaciones interpersonales y cambios de conducta.

Se presentan varias técnicas útiles:

**Frasco de calma:** esta técnica utiliza un bote con líquido y brillantina. Al agitarlo y respirar profundamente, se promueve la concentración y la calma.

**Imágenes de dientes expresando emociones:** ayuda a los niños a reconocer y comunicar sus emociones, lo que facilita el uso de técnicas para regularlas.

**Meditaciones guiadas:** se sugieren audios de diferentes meditaciones como “La ranita” y “El botón de pausa” para fomentar la atención y la calma.

## **Ejercicios de respiración:**

**Llave de agua:** simula una llave de agua mientras se exhala lentamente, ayudando a relajar los músculos.

**S.T.A.R:** consiste en sonreír, tomar un respiro profundo, animarse y relajarse, promoviendo una exhalación controlada.

**Arrullando el peluche:** consiste en colocar un peluche en el abdomen del niño en la consulta dental. Acostado se le pide que lo arrulle con su respiración mientras se realiza el procedimiento odontológico. Esto ayudaría a controlar la frecuencia cardíaca.

Estas técnicas buscan proporcionar a los niños herramientas efectivas para gestionar el estrés y regular sus emociones. (20).

Pictograma de rutina de cepillado (**Imagen 4 y 5**) (21).

## **Consideraciones Ético-legales**

La atención prestada a la comunicación y orientación del comportamiento es de suma importancia desde una perspectiva clínica como legal. A pesar de que las legislaciones varían entre países, en las últimas dos décadas ha habido un cambio en este ámbito lo que ha resultado en un mayor empoderamiento de los pacientes y sus custodias legales en la toma de decisiones (22).

La atención que se preste a la comunicación y orientación del comportamiento es fundamental desde un punto de vista clínico y legal. Las legislaciones difieren entre países, en las últimas décadas se han demostrado cambios radicales en este campo,

trayendo como resultado un aumento en la obtención de decisiones por parte del paciente y sus custodios legales. Algunas consideraciones importantes incluyen:

**Consentimiento Informado:** desde la perspectiva legal de un consentimiento, legalmente se debe adquirir un consentimiento legal y escrito que refieran amenaza, efectos o complicaciones del procedimiento y a su vez forma parte de una comunicación asertiva. Por lo tanto se debe explicar a los padres y acudientes de manera específica y aclarar dudas frente al procedimiento (13).

**Asentimiento:** admite mejorar la comunicación y obtener autorización de los padres de una manera rápida y eficaz; se refiere al hecho de que los padres al estar presentes no expresan su desaprobación, autorizan tácitamente la utilización de estrategias y técnicas de orientación del comportamiento.

**Documentación en la historia:** la documentación diaria de la historia clínica es esencial para un buen registro, el consentimiento, el diagnóstico, la conducta y la evolución se debe constatar en cada cita, con firma del padre o acudiente del paciente (13).

**Acudientes diferentes a los padres:** en la actualidad es común que los padres no estén presentes en las citas de sus hijos por temas laborales, por lo que constantemente asisten con abuelos u otros acudientes, pero es importante que en la primera cita asistan los padres para indicar el o los procedimientos detalladamente y realizar el respectivo consentimiento. En dado caso de no ser posible, firma el acompañante, contando por canal virtual o telefónico para hacerlos parte del tratamiento y de ser necesario obtener directamente de ellos un consentimiento con el fin de registrarlo en la historia (23).

## Conclusiones

Las necesidades odontológicas del paciente en odontopediatría pueden resumirse en la importancia de ofrecer una experiencia positiva durante la consulta, basada en un diagnóstico preciso del comportamiento del paciente, su historia familiar y antecedentes odontológicos, para garantizar una atención segura y de calidad.

La orientación del comportamiento es un área cambiante y dinámica que exige una permanente reevaluación y adaptación a los permanentes cambios sociales, educativos, éticos y legales de la sociedad, así como a los permanentes cambios y desarrollos en el manejo psicológico, comunicativo y farmacológico.

La orientación comunicativa es una de las mayores herramientas que el profesional tiene para poder establecer un vínculo duradero con el paciente y su familia que complementa la utilización clínica de las diferentes estrategias y técnicas de orientación del comportamiento.

La revisión de la literatura de los últimos 15 años indica que hay cada vez una mayor cantidad de técnicas y opciones de tipo comunicativo, distractivo, interactivo, tecnológico y farmacológico, así como nuevas técnicas alternativas para el abordaje clínico del paciente que le permiten al especialista más allá de brindar una experiencia satisfactoria al paciente y su familia.

## Imagen y Tablas

**Tabla 1**

Escala Frankl de calificación conductual		
1	--	Definitivamente negativo. Desaprobación del procedimiento, llanto intenso, temor u otras señales
2	-	Negativa. Resistencia falta de colaboración, resistencia a aprobar el procedimiento, fatal de colaboración, postura deficiente
3	+	Positivo. Buena disposición, aprobación del procedimiento, actitud cautelosa
4	++	Definitivamente positivo. Adecuada conexión e interacción, risas y disfrute

Elaboración propia

Tomado de American Academy of Pediatric Dentistry, 2020 (8)

**Tabla 2**

Clasificación de Wright	
Comportamiento colaborativo	Actitud que se caracteriza por una correcta correlación entre niño, profesional y grupo odontológico. Manifiestan buena disposición en los tratamientos dentales y por tales motivos se trabaja en de forma eficiente y con tranquilidad.
Carencia de habilidad cooperativa	Dificultad que tienen los niños para colaborar por su falta de conocimiento y maduración tanto física y mental en su corta edad (- de 2 ½) o por alguna condición especial.
	<p>Suele ocurrir en niños de 3 a 6 años. Son niños muy emotivos. Típicamente suponen brotes repentinos e inesperados de conductas impulsivas, agresivas y violentas o arrebatos de agresividad, llanto y movimiento de extremidades.</p> <p>En niños de edades más grandes no suele presentarse, pero también puede ocurrir ya sea porque no se sienten cómodos en el entorno que lo rodea. Es indispensables tomar control desde un principio para precaver daños físicos del mismo paciente como de las demás personas; explicar y dar toda la información de</p>
	Comportamiento incontrolado



Colaborador potencial		lo que se llevará a cabo ayuda a que los niños entiendan y controlen su comportamiento.
	Conducta desafiante	Es más común en niños de escolaridad primaria y algunas veces ocurre en otras edades. La actitud de estos niños suele ser difícil, desafiante, son indisciplinados, agresivos y no acatan ninguna orden. Siempre indican frases negativas o simplemente no hablan y expresan el negativismo con movimientos de cuerpo (con su dedo, cabeza o en una cita odontológica apretando los dientes y labios mostrando que no quiere). El profesional debe probar una manera de relacionarse con ese niño para tratar de que un momento de desagrado para el paciente se convierta en un momento interesante y agradable.
	Conducta tímida	A diferencia de los pacientes desafiantes los pacientes tímidos suelen ser más colaboradores. Los niños tímidos siempre se están ocultando y aunque lo hagan no muestran resistencia física al momento de alejarse de los padres. Comúnmente suelen llorar, gemir, pero no de forma exagerada, presentan mucha ansiedad y dudas y como resultado no entienden lo que se les indica.
	Cooperador tenso	Comprenden y aceptan el tratamiento, pero pueden llegar a estar bastante tensos. Se refleja en su expresión corporal toda la tensión, pero continúan y vigilan los movimientos de los profesionales. Algunos momentos su tono de voz es quebrada y entrecortada, pueden presentar sudoración en las manos o cara.
	Comportamiento quejumbroso	Los niños tímidos y colaboradores son los que más presentan este comportamiento, puesto que se quejan de todos los procedimientos por más simples que sean. Autorizan al profesional a llevar a cabo el tratamiento, pero se muestran inquietos todo el tiempo. El llanto demuestra el miedo del paciente, pero puede generar en el odontólogo molestia.

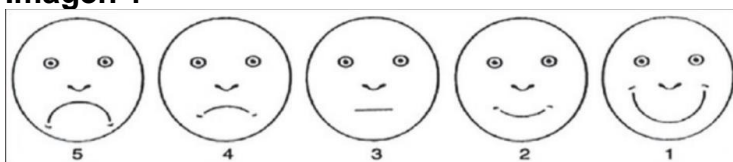
Elaboración propia  
Tomado de López de Francisco, 2020 y García Martín, 2014 (7), (9)

**Tabla 3**

Encuesta sobre el miedo de los niños - subescala dental	
1	Odontólogo
2	Doctores
3	Inyección
4	Que una persona te revise la boca
5	hacer apertura de la boca
6	Que te toque un desconocido
7	Que alguien te mire
8	Que te taladre el odontólogo
9	La visión del odontólogo taladrando
10	El sonido del odontólogo taladrando
11	Que te metan instrumental en la boca
12	Dificultad para respirar
13	Asistir a un centro medico
14	Personal con traje blanco
15	Que el odontólogo te limpie los dientes

Elaboración propia  
Tomado de Raj y colaboradores, 2013 (11)

**Imagen 1**



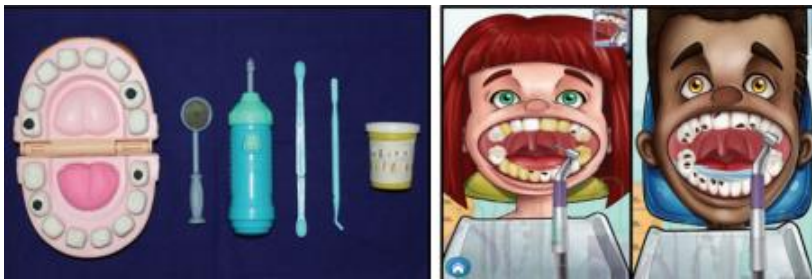
Tomado de Donoso y colaboradores, 2020 (10)

**Imagen 2**



Tomado de Donoso y colaboradores, 2020 (10)

### Imagen 3



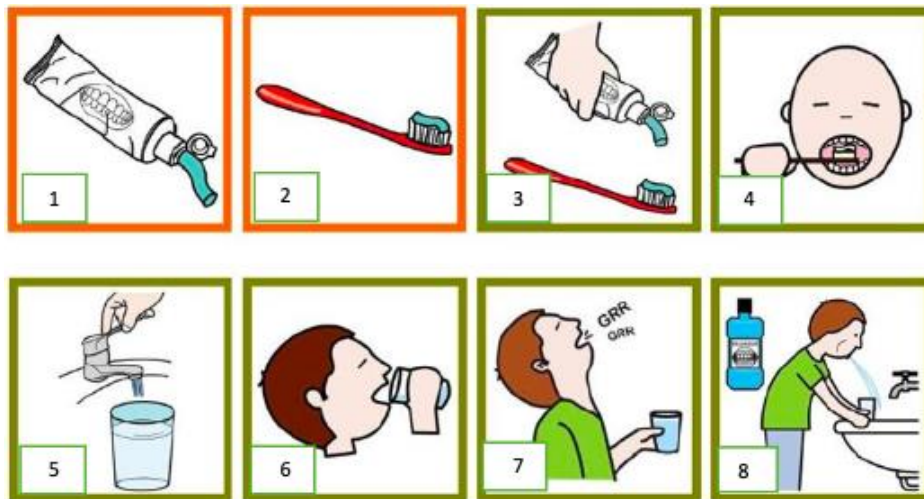
Tomado de Radhakrishna S, 2019 (18)

### Imagen 4



Tomado de Acuña J, 2020 (21)

## Imagen 5



Tomado de Acuña J, 2020 (21)

## Referencias

1. Vidalón, H, Hellen M. Ansiedad y respuesta fisiológica en niños de 6 a 10 años en su primera visita odontológica al Centro de Salud Virgen del Carmen, Lima-Perú. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2021.
2. Hinojosa B. Manual de la clínica integral del niño. [Pachuca de Soto]: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2009.
3. Cárdenas D. Manejo del Comportamiento del Paciente Pediátrico. 4a edición. Cárdenas D., editor. Medellín, Colombia; 2009. 27–40 p.
4. Aime De Bilbao, A, Figueroa de Garzón, M, Sogbe de Agell, R. Estrategias Psicoconductuales en la Consulta Odontopediátrica. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría ALOP; 2021. 27–40 p.
5. Barbosa Rédua, M, de Andrade, M. Manual De Referências Para Procedimentos Clínicos Em Odontopediatría. Sao Paulo: Santos; 2010.
6. Segarra Ortells C, Ribelles Llop M, Borrell García C, Marqués Martínez L, Leyda Menéndez A. Relaciones entre los estilos de crianza actuales, el empleo de las técnicas de orientación del comportamiento y su enseñanza en Odontopediatría. Revisión bibliográfica. Rev Odontopediatr Latinoam. 2022 Feb 8;12(1):14.
7. López de Francisco, M. FACTORES FAMILIARES Y SOCIODEMOGRÁFICOS EN NIÑOS DE MANEJO DE COMPORTAMIENTO EN ODONTOPEDIATRÍA. [sevilla]: Universidad de Sevilla; 2020.
8. American Academy of Pediatric, Dentistry. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. 2020. 321(39):19.
9. García Martín J, Seoane Romero J, Romero Méndez M, Álvarez-Brasa C,, García-Pola Vallejo M. El paciente como fuente de conocimiento. Características del paciente pediátrico y del paciente ortodóncico. Santiago de Compostela: NINO-

Centro de Impresión Digital; 2014. 214 p.

10. Donoso - Delgado LC, Campos - Campos KJ. Comparación de tres escalas de ansiedad: RMS pictorial scale (RMS-PS); Venham picture test (VPT) y Facial image scale (FIS). *spor.* 2020 Jan 23;18(2):26–34.
11. Raj S, Aradhya K, Nagakishore V. Evaluation of Dental Fear in Children during Dental Visit using Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* 2013 Apr;6(1):12–5.
12. Cáceres Matta SV, Trigos León VI, Carmona Arango LE. Gafas de realidad virtual como ayuda de distracción y disminución de la ansiedad en niña de 7 años que se somete a procedimiento de extracción dental. Reporte de caso. *Rev Cient Odontol (Lima).* 2023 Mar 27;11(1):e146.
13. Cárdenas D. FUNDAMENTOS DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. 5a edición. Medellín, Colombia: CIB fondo editorial; 2017. 85–102 p.
14. Ibrahee M. Behavior Guidance in Pediatric Dentistry - A Review. *IJDOS.* 2021 May 12;2454–7.
15. Townsend J, Wells M. Behavior Guidance of the Pediatric Dental Patient. In: *Pediatric Dentistry.* 6a edición. Elsevier; 2019. p. 352-370.e2.
16. Quiroz Torres J, Melgar R. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. 2012. 2012;22(2):129–36.
17. Cisneros, S, Valenzuela, M, Jerez, E. TÉCNICAS ALTERNATIVAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN ODONTOPEDIATRÍA. 2023. 6(2):1–8.
18. Radhakrishna S, Srinivasan I, Setty J, Murali K, Anjana M, Kuthpady M. Comparison of three behavior modification techniques for management of anxious children aged 4–8 years. *J Dent Anesth Pain Med.* 2019;19(1):29.
19. Basso M. Sobre técnicas y estrategias para el manejo y guía de la conducta en odontología pediátrica. Análisis de la literatura. *Rev Asoc Odontol Argent.* 2021 Aug 15;
20. Limón Hernández, M. Eficacia de la técnica mindfulness en el manejo de conducta de pacientes odontopediátricos. [Tepatitlán de Morelos, Jalisco, México]: Universidad de Guadalajara; 2022.
21. Acuña J, Invernizzi Mendoza C. Uso de Pictograma en paciente con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en odontología. Relato de caso. 2020. 2(1):23–7.
22. Izzeddin-Abou R, Jiménez F. Bioética en Odontología, una visión con principios. 2013. 26(1):68–76.
23. Guarderas Puebla V. ACTITUD DE LOS PADRES Y SU INTERFERENCIA EN LA PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS. [Quito, Ecuador]: Universidad de las Américas; 2016.