

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea del CRAI-Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la CRAI-Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-Biblioteca
Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

TÉCNICAS DE MANEJO DE COMPORTAMIENTO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Sara Marcela Sarmiento Laverde
Geraldine Jiménez Mendoza

Trabajo de grado para optar por el título de Odontólogo

Director (a):
Lofthy Piedad Mejía Lora
Odontóloga
Odontopediatra

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
División de Ciencias de la Salud
Facultad de Odontología

2017

Tabla de Contenido

Pág.	
Resumen.....	4
Abstract	7
1. Introducción	8
1.1 Planteamiento del problema.....	8
1.2 Justificación.	9
2. Marco teórico	10
2.1. Comportamiento.	10
2.2. Teoría del desarrollo emocional.....	10
2.2.1. Teoría psicoanalítica.	11
2.2.2. Teoría orgásmica.....	11
2.2.3. Teoría mecanicista.	11
2.2.4. Teoría humanística.....	12
2.3. Desarrollo emocional por edad.	12
2.3.1. Etapas de desarrollo cognitivos por edades.	13
2.4. Diagnóstico y clasificación de la conducta.	13
2.4.1. Antecedentes-historia.....	14
2.5. Técnicas de manejo de comportamiento.....	14
2.5.1. Modificación Técnicas de conducta.....	14
2.5.2 Técnicas comunicativas	15
2.5.2.1. Decir –mostrar-hacer:	15
2.5.2.2. Control de voz:.....	15
2.5.2.3. Comunicación no verbal:	15
2.5.2.4. Modelado:	15
2.6. Escala conductual de Frankl.	16
2.7. Técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas.	16
2.7.1. Analgésicos:	16
2.8 Técnicas de manejo de comportamiento farmacológicas	16
2.8.1 Sedación:.....	16
2.9. Revisión sistemática.....	17
3. Objetivos.....	17
3.1 Objetivo general.....	17
3.2 Objetivos específicos.	17
4. Método	17
4.1. Tipo de estudio.....	17
4.2. Selección y descripción de los participantes.....	17
4.2.1 Población.....	17
4.2.2. Valoración del nivel de evidencia científica.	18
4.2.3. Criterios de inclusión	18
4.2.3. Criterios de exclusión	18
4.3 Variable.....	18
4.4. Instrumento.	20

4.5. Procedimiento.....	20
4.6. Plan de análisis estadístico.....	21
4.6.1. Plan de análisis univariado.....	21
4.7. Implicaciones bioéticas.....	21
5. Resultados.....	21
6. Discusión.....	28
7. Conclusiones.....	30
Referencias bibliográficas.....	31
Apéndices.....	35
A. Operacionalización de variable.....	35
B. Instrumento de recolección	36

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Etapas de formación del desarrollo humano.....	11
Tabla 2. Relación de artículos en las bases de datos.....	22
Tabla 3. Descripción de los artículos incluidos	23
Tabla 4. Tabla de resultados de técnicas de distracción	25

Lista de Figuras

	Pág.
<i>Figura 1. Diagrama de flujo de los artículos encontrados.</i>	22

Lista de Apéndices

	Pág.
A. Operacionalización de variable	35
B. Instrumento de recolección	36

Resumen

Introducción: En la consulta pediátrica ha sido un factor determinante el comportamiento del niño para el éxito del tratamiento, pero durante el crecimiento se vive un constante cambio que influye en su conducta, por consiguiente, es necesario que el odontólogo tenga la capacidad de clasificar el comportamiento del menor, para poder elegir la técnica de manejo de comportamiento adecuada.

Objetivo: Determinar qué técnica(s) de manejo de comportamiento no farmacológico mejoran la conducta del niño durante la consulta odontológica, según la literatura. **Materiales y Métodos:** Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: (Dentistry & Oral Sciences Source, PubMed (Medline), Science Direct, Scopus) donde se buscaron las palabras claves por medio de los términos Mesh ("behavior technique" "child" "dental"). **Resultados:** La técnica que demostró mayor significancia estadística según la evidencia científica reportada en la literatura, fue la distracción audiovisual, sin diferencia de edad en el paciente, además de ser la más implementada por los odontólogos y la más aceptada por los padres y los pacientes. La técnica decir-mostrar-hacer, mostró ser una excelente aliada en conjunto con cualquier otra, al disminuir la ansiedad y el estrés. **Conclusiones:** Las técnicas utilizadas en forma aislada no son tan eficaces para el manejo de comportamiento del niño, por lo que se recomienda combinar diferentes técnicas y lograr el resultado deseado, según la edad del paciente.

Palabras clave: Behavior Technique, Child, Dental.

Abstract

Introduction: The pediatric consultation has been a determinant of the child's behavior for the success of treatment, but during growth there is a constant change that influences his behavior, because it is necessary that the dentist has the ability to classify the behavior of the Child, To be able to choose the appropriate waste management technique. **Objective:** Determine which non-pharmacological behavior management technique (s) improves the child's behavior during the dental visit, according to the literature. **Materials and Methods:** A search was made in the following databases: (Dentistry & Oral Sciences Source, PubMed (Medline), Science Direct, Scopus) where keywords were searched by the terms Mesh ("Behavior technique" "child" "dental"). **Results:** The technique that demonstrated the greatest statistical significance according to the scientific evidence reported in the literature was the audiovisual distraction, with no difference of age in the patient, besides being the most implemented by dentists and the most accepted by parents and patients. The tell-show-and-do technique proved to be an excellent ally in conjunction with any other, as anxiety and stress decreased. **Conclusions:** The techniques used in isolation are not as effective for managing the child's behavior, so it is recommended to combine different techniques and achieve the desired result, depending on the age of the patient.

Key words: Behavior, Technique, Child, Dental.

1. Introducción

Según el psicólogo estadounidense John B. Watson, el concepto de comportamiento se define como *“lo que el organismo hace o dice, incluyendo en esta denominación tanto la actividad externa como la interna”*. Teniendo en cuenta esto, es necesario que el odontólogo reconozca los factores que pueden influir en la conducta de los pacientes pediátricos en la consulta para cada caso particular. Aunque el comportamiento o conducta no es una medida exacta, el profesional se puede valer de algunos factores psicosociales para predecir o hacerse una idea de cómo será el comportamiento del menor y así poder realizar un tratamiento integral (1).

Desde todas las áreas, el manejo del comportamiento del paciente en pediatría exige un entrenamiento y un conocimiento del desarrollo psico-emocional del menor. Así por ejemplo, el entorno familiar, el ambiente odontológico, el desarrollo psicológico, motriz, su nivel educativo y el de los padres, entre otros factores pueden derivar en un comportamiento que dificulta la consulta. Mediante una buena anamnesis, el profesional puede comprender el comportamiento del menor y así determinar el uso de técnicas -convencionales o no convencionales- que le ayuden al mejor desarrollo de la consulta odontológica, con la calidad de la atención y la satisfacción de las necesidades del tratamiento (2). De igual manera, el trato del paciente pediátrico requiere desarrollar habilidades que faciliten la comunicación y la modificación positiva del comportamiento del niño en el transcurso de la consulta dental. Si se tienen en cuenta estos factores, la consulta pediátrica será más tranquila para el niño (3).

El propósito de este estudio es averiguar con qué técnica de manejo de comportamiento se han obtenido mejores resultados en la consulta odontológica pediátrica, según el rango de edad. Esta clasificación obedece a que el comportamiento infantil es particular en cada etapa del crecimiento, a medida que el niño crece debe controlar más sus reacciones. La evaluación de su grado de comunicación y su entorno social y familiar, son claves para definir qué manejo se le puede dar al comportamiento del paciente durante la consulta (4). Es posible modificar el comportamiento emocional del niño y se han probado técnicas acordes a cada situación para su mejoramiento. El manejo de las emociones del niño en el consultorio, facilita su colaboración en la consulta y promueve una actitud positiva durante el tratamiento (5).

Existen factores de comportamiento que el profesional no puede modificar. Aun así, debe reconocerlos e identificarlos con el fin de poder aplicar la técnica adecuada a cada paciente. La colaboración del niño, durante su atención odontológica se genera cuando el profesional logra ganar su confianza y la de sus padres o acudientes. La familia es uno de los vínculos fundamentales en el comportamiento de un niño; en ella adquieren valores, expectativas y patrones de conducta con las que se desenvuelve en su entorno. Por eso es oportuno identificar qué tipo de relación existente entre el pequeño con sus padres (6).

1.1 Planteamiento del problema. La atención odontológica debe ser segura y de alta calidad. Se debe garantizar tratamientos satisfactorios y oportunos según las necesidades del paciente. Es primordial que el profesional conozca el comportamiento y las diferentes técnicas para el manejo del niño en la consulta. Al respecto, la literatura da cuenta de la importancia que tiene el papel del odontólogo en la primera cita al influir en el aumento o disminución del miedo y la ansiedad en el menor (7). La primera vez juega un papel decisivo para el curso del tratamiento e incide en las

decisiones sobre cómo asumir el comportamiento del niño, se debe observar los factores de riesgo presentes en el menor, a la vez que se busca la tranquilidad del paciente durante toda la intervención. El manejo de la conducta va dirigido hacia la comunicación con el paciente. El profesional debe preparar una variedad de enfoques en las técnicas de manejo, y así estará en capacidad de evaluar el nivel de desarrollo, actitud, temperamento y estado dental del niño (8).

La literatura también revela que no todas las técnicas implementadas producen resultados significativos de mejorar el comportamiento. En un estudio realizado por el Hospital de niños de Columbus y la universidad de Ohio State en Estados Unidos, donde se implementó la música como método de manejo del comportamiento en cuarenta y cinco niños entre los 4 y 6 años de edad, no se encontró una diferencia significativa en el uso de este método a otros, ya que no se redujo el dolor y la ansiedad de los pacientes, en tratamientos restauradores (9). Es necesario que el profesional haga la elección adecuada de una técnica para cada caso particular, si se centra en usar las técnicas de forma apropiada se va a cumplir el objetivo de atender al niño, brindar seguridad desde la primera cita, y realizar la consulta en un ambiente agradable, rápido y a futuro tener un adulto sano (10).

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las técnicas de manejo del comportamiento más efectiva en la atención de los diferentes procedimientos odontológicos, según la literatura científica? Según algunos autores, los niños se comportan y muestran sus emociones de manera diferente en cada etapa de su desarrollo; por este motivo y para validar el presente estudio, la revisión se definió por rango de edades. Luego se investigó que factores hacen que los niños se vuelvan aprehensivos en la consulta, para poder modificar el comportamiento aún antes que se salga de control (11).

Es indispensable que los odontólogos realicen su trabajo de forma más amena y sencilla. En la actualidad, existen técnicas alternativas no-convencionales como el uso de dispositivos audiovisuales, hipnosis, aromaterapia, etc. Así mismo, la literatura reporta que la técnica que ha dado mejores resultados para la disminución del dolor es la distracción audiovisual, ya que permite que el niño se aleje parcialmente del ambiente odontológico y se tranquilice (12).

En el momento de atender al niño, es necesario conocer las técnicas que podrían aplicarse de manera simultánea y convenientemente para el tipo de situación o tipo de procedimiento que vayamos a realizar. Es necesario una asociación paciente-padre-odontólogo, es decir, hacer un buen uso del canal de comunicación, puesto que en la niñez los padres son protagonistas en sus vidas y lograr que la consulta sea exitosa (13). No olvidar por escrito el consentimiento informado de los padres para la atención y así evitar futuros inconvenientes (14).

1.2 Justificación. El manejo del comportamiento del niño exige un entrenamiento y un conocimiento integral de múltiples factores por parte del profesional, porque este cambia durante la misma consulta en diferentes procedimientos o en diferentes consultas entre individuos de una misma familia etc. Es importante para el odontólogo saber cómo es la conducta del niño en cada etapa del desarrollo, para la cual el profesional se puede basar en las teorías existentes de desarrollo psicosocial, las cuales nos explican, que según la edad el comportamiento va a variar, se va a ver influenciado según el desarrollo individual y repercutirá en la capacidad de confiar en los demás del menor (15), lo que a su vez hace que el menor este prevenido y asustado ante la consulta. Es importante implementar técnicas que nos ayuden a manejar este tipo de comportamiento en los niños, para controlar su ansiedad en la consulta odontológica. Si determinamos que actitud tiene

el niño durante la consulta odontológica, sabríamos que técnica aplicar que nos ayude a ahorrar tiempo en la consulta (16).

Este estudio quiere determinar todas las técnicas que hoy en día se han usado en la consulta pediátrica para manejar el comportamiento del niño y así la consulta sea más eficaz y menos temerosa, por lo cual el odontólogo debe ser capaz de predecir la reacción del niño en la consulta para poder aplicar la técnica adecuada para cada niño.

2. Marco teórico

2.1. Comportamiento. La definición de comportamiento según la literatura en el ámbito psicológico tiene dos definiciones, la primera es la acción que el individuo ha ejecutado y la segunda se define a como la persona procedió frente a estímulos recibidos respecto a su entorno, el comportamiento se define como un fenómeno natural que tiene el individuo ante los seres que lo rodean, la función del comportamiento en primera instancia es la supervivencia del individuo frente a otros individuos, el comportamiento en el ser humano es único y este puede ser consiente e inconsciente todo deriva de la circunstancia que lo afecten (17). Para el estudio del comportamiento un factor importante es la psicología, definida como la ciencia de vida mental tanto de sus fenómenos como de sus condiciones, estos tipos de fenómenos son los que llamamos sentimientos, deseos, razonamientos y decisiones (17), distinguir el comportamiento del niño y relacionarlo con factores específicos del medio ambiente social y familiar nos aproxima a futuras explicaciones de como el niño refiere comportamientos de miedo, angustia y ansiedad durante la consulta odontológica (2).

La conducta humana se conceptualizo” como un cambio en el organismo que se traduce de alguna forma como un comportamiento observable”, en la teoría de Erickson sustenta que a medida que el niño crece, ocurren cambios en su estructura y que está caracterizada por un patrón de conducta diferente, el estadounidense Massler afirma que buena parte de la conducta del niño está condicionada por la relación que este tiene con su madre, por eso en primera instancia será necesario saber con quién convive el niño(a) porque esto nos reflejara el grado de confianza que este se tiene sobre sí mismo. Para el profesional de la salud no es una tarea fácil saber cómo será el comportamiento del niño durante la consulta odontológica, ya que el comportamiento en el niño es único e individual por tal motivo es necesario realizar una excelente anamnesis con los padres y determinar qué tipo de comportamiento tendrá el niño según las etapas de desarrollo psicosocial (2).

2.2. Teoría del desarrollo emocional. El manejo de la conducta del paciente pediátrico nos exige un conocimiento del desarrollo emocional y psicológico del niño, las actitudes de los padres las tendencias sociales, los aspectos éticos y las técnicas utilizadas como restricción física han llevado a que se revisen estas técnicas utilizadas tradicionalmente, como un ejemplo claro serían las técnicas de inmovilización que condicionan el niño para que se le puedan realizar tratamientos odontológicos con el consentimiento previo de los padres.

Como el comportamiento es individual en cada niño no se permite establecer su conducta en las múltiples actividades clínicas realizadas por el odontólogo, para tener un buen entendimiento sobre este concepto es importante conocer la teoría del desarrollo emocional del paciente que va desde el nacimiento hasta la edad adulta. En consecuencia, le permitirá al clínico conocer cómo será el

futuro comportamiento del niño y también poder diferenciar las características que hay de todas teorías del desarrollo emocional según la edad del paciente. El estudio del desarrollo emocional ha sido interpretado de maneras diferentes por varios autores según la literatura. La pregunta que se ha tratado de responder es: ¿que lleva al individuo a comportarse de tal manera y que conduce a su estilo de comportamiento? Como se ha venido hablando son múltiples los factores que pueden determinar comportamiento de un niño en la consulta odontológica, como: si vive con la madre o solo con el padre, si es huérfano o no, si es un niño hiperactivo o aprehensivo, tímido su nivel socio económico etc. (18).

Tabla 1. Etapas de formación del desarrollo humano.

	Oral	Anal	Fálica	Latencia	genital
Edades	De 0 a 18 meses	De 18 a los 3 años	De los 3 a los 6 años	De los 6 años a los 12 años	De 12 años hasta el resto de la vida
Zona de dominancia a erógena	La boca	El ano	El pene o clítoris	Ninguna	El pene o clítoris
Manifestaciones	Succionar, morder o lamer	Juega con su propio excremento y lo retiene durante la defecación	Experimentación de celos, interés sexual, masturbación	Juegos en los que participan elementos de ambos sexos.	Masturbación, atracción por el sexo opuesto y relaciones sexuales.
Fijaciones de conductas asociadas, como consecuencia a la represión	Fumar, exceso al comer y beber. Pasividad y tendencia a depender de los demás	Inclinación hacia la suciedad o a la exagerada limpieza, excesivo desorden o meticulosidad, Inclinación a acumular cosas, obstinación, tacañería.	Complejo de Edipo (en los niños) y de Electra (en las niñas). Preferencia por una persona mayor como Pareja, complejo de Culpa, problemas de identidad sexual.	Ninguna	Ninguna

Nota: Gallego P. (2005) (19).

2.2.1. Teoría psicoanalítica. Esta teoría fue postulada por simón Freud hablo que el desarrollo humano se denomina como un proceso causado por fuerzas subconscientes que desde el nacimiento llevan la formación de la personalidad por medio de la sexualidad del individuo, se caracteriza por tres elementos claves, el ello, el yo y el súper yo, en donde van a ser consolidadas con cinco etapas de formación: anal, oral, fálica, latencia y genital (18).

2.2.2. Teoría orgásmica. Contraria a la teoría psicoanalítica explico el desarrollo emocional del niño por medio del perfeccionamiento de sus habilidades cognoscitivas. El individuo aprende sus habilidades motoras y emocionales atreves iniciativa propia, Piaget adapto esta teoría y hablo de 4 etapas principales: etapa senso-motora, etapa pre-operacional, la de operaciones concretas y la de operaciones formales (18).

2.2.3. Teoría mecanicista. Propone que el desarrollo de un niño desde su nacimiento se da por su capacidad para responder a los cambios del medio externo, donde actúa como un reactor de estímulos que van condicionando su comportamiento y no a fuerzas inconscientes como sugiere

el psicoanálisis o a un desarrollo cognoscitivo como lo señala perspectiva orgánismica. La teoría mecanicista se desarrolla en dos conceptos principales: el conductismo; propuesto por el estadounidense Skinner que habla básicamente de experimentos realizados por el hombre en animales para determinar la conducta según causa y efecto y el aprendizaje social, los cuales desarrollan la personalidad (18).

2.2.4. Teoría humanística. Esta teoría propuesta por el estadounidense Maslow, explica el desarrollo del individuo por medio de la superación de diferentes niveles en las que logra satisfacer necesidades fisiológicas de seguridad, pertenencia estima, amor y autorrealización (18).

A pesar de ser un campo de estudio relativamente nuevo hay muchas teorías sobre el desarrollo emocional. Una de las teorías más destacadas es la de Erik Erikson cuyo trabajo resalta en la teoría psico-sexual de Sigmund Freud. Otro participante importante en el ámbito del desarrollo emocional fue el estadounidense Lawrence Kohlberg, cuyo trabajo se basa en la labor del psicólogo de desarrollo Jean Piaget que se centró en un concepto constructivo del crecimiento (15).

2.3. Desarrollo emocional por edad. En cuanto al desarrollo emocional del niño es importante destacar la teoría Erik Erikson cuyo trabajo se destaca en la teoría psicosexual de simón Freud, el propuso 8 crisis, cada crisis ocurre durante una parte específica de desarrollo del individuo. La primera crisis confianza vs desconfianza ocurre en la infancia desde el nacimiento hasta los 18 meses, si un bebe es bien alimentado el generara confianza en cambio sí es abandonado o maltratado generara desconfianza, la desconfianza misma puede causar que una persona se aislé y tenga miedo de probar cosas nuevas en este caso se verá muy reflejado a un mal comportamiento del niño en la consulta odontológica ,la segunda crisis ocurre en la niñez temprana (1-3 años) en esta etapa el niño desarrolla autoconfianza e independencia a través de la exploración de sí mismo y su entorno, esto sale a flote si los padres ayudan al niño a que el mismo asuma riesgos, por eso es muy importante que los niños crezcan con sus padres, para que estos les puedan generar estímulo de confianza (15).

La tercera crisis es iniciativa vs culpa (3-6 años) en esta el niño debe tener el propósito de planear y hacer las cosas por su propia cuenta tal como vestirse, ir al baño y tareas básicas, se habla de psicología sexual en la edad de preescolar donde el niño tiene un aprendizaje sexual y tiene una capacidad locomotora y perfeccionan el lenguaje, todas estas capacidades predisponen al niño para iniciar la realidad o fantasías en cuanto a género y la expresión de sus sentimientos, aparece el denominado complejo Edipo que es deseo sexual inconsciente por sus progenitores, lo cual los hacen sentir culpables de ese sentimiento, en la cuarta crisis es la etapa de diligencia frente a inferioridad (5-12 años) es crucial para que el niño desarrolle un periodo de sentido de competencia, en este periodo los niños encuentran su periodo de resistencia y desarrollan un sentido del logro, cuando el niño fracasa en sus tareas se sienten potencialmente inferiores a los demás es deber de los padres y profesores ayudar a que el niño desarrolle sus capacidades (15).

La quinta crisis se denomina identidad vs confusión de roles es donde comienza la pubertad (9-18 años) en esta etapa el niño-preadolescente necesita desarrollar un sentido de su propia identidad a través de la autoexploración, si el joven se ve obligado a ajustarse a un ideal de los padres desarrollara una confusión de roles sin saber quién es como individuo, no será consiente de sus gustos sexuales hasta no desarrollar futuras experiencias (15). La sexta crisis es intimidad vs

aislamiento (18-40 años) principalmente en la literatura se habla que se ocupa en la búsqueda de un compañero y una carrera, el individuo debe buscar una pareja adecuada y el camino por sí mismo o sino se encontrara como una persona aislada de la sociedad.

La séptima etapa se denomina generatividad vs estancamiento, es a partir de los 30 a 50 años, en esta crisis el individuo debe tener la sensación de que ha contribuido a la siguiente generación de lo contrario se sentirá como una persona estancada por no haber dejado una impresión en la generaciones futuras, la última etapa de la teoría de Erickson es la crisis integridad vs desesperación se da en la edad adulta tardía (50 años) si la persona mayor retrocede en su vida y se siente satisfecha con sus logros desarrollara un sentido de integridad de lo contrario sufrirá remordimientos y sentimientos de fracasos y va a desarrollar un sentido de desesperación (15).

2.3.1. Etapas de desarrollo cognitivos por edades. Etapa sensoriomotora: ocurre desde el nacimiento hasta la aparición del lenguaje articulado, en el momento del habla del niño (2 años de edad) el conocimiento cognitivo se adquiere mediante juegos de experimentación y la ayuda de los padres se asocia a experiencia con personas, animales y objetos (20).

La etapa pre operacional (2-7 años) es la que se ubica al niño en edad preescolar se adquiere por la capacidad del niño para representar mentalmente el mundo que le rodea, el egocentrismo está muy rodeado en esta etapa, su pensamiento está más condicionado a la concreción de los objetos los cuales pueden ser recordados con solo nombrarlos (20).

La etapa de las operaciones concretas aparece en la edad (12 años en adelante incluyendo la vida adulta, en este periodo se logra llegar a la lógica para obtener conclusiones, por tanto, a partir de este momento se ve sobrellevado a “pensar sobre pensar” en esta etapa se puede llegar a un razonamiento deductivo, la persona es capaz de tomar sus propias decisiones (20).

El europeo Jhon Bowlby psiquiatra y psicoanalista trabajo durante mucho años en una clínica infantil y desarrollo la teoría del apego y la consolido como una tendencia de los seres humanos a establecer vínculos solidos con personas determinadas a través de la vida, para Bowlby el comportamiento de apego es todo aquel que permite a la persona mantener proximidad con otro individuo considerándolo más fuerte que él, en este caso la proximidad que hay entre el niño y sus cuidadores (21).

2.4. Diagnóstico y clasificación de la conducta. La clasificación del manejo de comportamiento, así como la evaluación de su desarrollo emocional, su entorno social, su grado de comunicación, su entorno familiar es indispensables para definir el tipo de manejo de comportamiento que se le dará al niño (18).

El diagnóstico del paciente se realiza cuando este ingresa al consultorio odontológico, pasando por todos los procedimientos operatorios y hasta los postoperatorios, también es necesario observar los cambios que el paciente tiene mientras avanza el procedimiento entre cita y cita.

Es difícil diagnosticar el comportamiento del niño durante la consulta, ya que la conducta que él puede llegar a tener es muy variable, el objetivo principal es realizar una evaluación completa del comportamiento del paciente y de los factores que lo influyen con el fin de hacer una intervención correcta del tipo de técnicas y métodos de intervención terapéutica (18).

2.4.1. Antecedentes-historia. Se debe considerar los antecedentes odontológicos del paciente y las experiencias de consultas previas donde el niño ha asistido lo que pueden causar diversos comportamientos, en la anamnesis se debe manifestar los procedimientos odontológicos que se le han realizado anteriormente, la actitud que este ha tenido durante experiencias previas, el manejo que recibió por parte del odontólogo, así como experiencias médicas que pudieran afectar el comportamiento (miedo a intervenciones preventivas como lo son las inyecciones). Es importante conocer el desarrollo emocional actual del niño, como es su comportamiento en el colegio, si es tímido o hiperactivo, como es su relación con sus amigos y cómo se comporta dentro de su casa, así como conocer los comportamientos previos que ha tenido en su entorno con hermanos y padres para saber si este puede llegar a ser negativo o no (18).

2.5. Técnicas de manejo de comportamiento. La academia americana de odontología pediátrica reconoce que el cuidado dental es de suprema importancia para prevenir enfermedades oro-faciales infección y futuros dolores dentales en la boca del niño, el manejo del comportamiento del niño tiene una serie de técnicas que se usan para bajar el nivel de ansiedad del niño y obtener una actitud positiva en la consulta odontológica (10).

Es importante que el dentista sea capaz de evaluar el desarrollo del niño y temperamento de este antes de empezar la consulta, se debe consultar con los padres si el niño ha tenido experiencias previas dolorosas, esto será muy básico a la hora de querer realizar el tratamiento debido a que si sabemos que ha tenido experiencias dolorosas debemos implementar técnicas modificadas para que esto no se vuelva a repetir (10).

En odontología se han creado técnicas para modelar la conducta del niño en el tratamiento para permitir realizar las consultas con niños de una manera más práctica y tranquila. A continuación, se mostrarán algunas técnicas usadas en el campo de la odontología:

2.5.1. Modificación Técnicas de conducta. Existen diversas técnicas de modificación de la conducta de un niño las más comunes son: Implantar, mantener o incrementar:

Técnicas para implantar conductas se usan cuando el niño (a) no tiene la conducta que se desea instaurar son: moldeamiento: es un aprendizaje que se usa por medio de la observación, se cumple cuando es implementado por algún familiar (mamá), instigación: es una ayuda importante cuando se conduce al paciente de manera visual, física o verbal a realizar correctamente la técnica durante todo el tratamiento, visual: como cuando se le dice al paciente que haga movimiento de lateralidad, en este caso el odontólogo lo hace y el niño lo imita (10).

Instrucciones verbales: son pautas específicas que indican al paciente que comportamiento debe tener, aquí se utilizan palabras cortas y claras (10). Según la literatura también existen otro tipo de técnicas para mantener o incrementar la conducta estos son: reforzamiento; puede ser positivo o negativo, descriptivo o intermitente.

- Reforzamiento positivo: es cualquier estímulo que aumente la buena conducta, el ejemplo más común es cuando se da un premio por el buen comportamiento.
- Reforzamiento descriptivo: aquí se le explica al paciente que es lo que él debe hacer, si él lo hace bien se debe elogiar.

- Reforzamiento intermitente es un programa de reforzamiento donde no se refuerza la conducta deseada en todas sus ocurrencias si no de vez en cuando.
- Reforzamiento negativo: es el aumento de la conducta a través de la supresión de un evento aversivo no es recomendado usarlo en odontología por que producirá en el niño miedo o una conducta de huida (10).

A través de estas técnicas implementadas que ha sido desarrolladas se ha podido mejorar la conducta de comportamiento en los niños cuando asisten al odontólogo, también se conoce en la literatura las técnicas de manejo de ansiedad son: decir-mostrar-hacer, control de voz y distractores visuales y auditivos (10).

2.5.2 Técnicas comunicativas

2.5.2.1. Decir –mostrar-hacer: esta técnica es muy utilizada y sencilla de hacer primero se le explica al niño (a) que le vamos a realizar después le mostramos al niño que instrumentos vamos a usar pero debemos evitar que estos sean elementos filosos para evitar el miedo esta técnica es muy efectiva y causara tranquilidad en el niño (10).

2.5.2.2. Control de voz: esto depende de la situación en como el niño se comporte, si el niño realiza algún berrinche o grita, lo que se debe hacer es alzar la voz y demostrar quién es el que tiene la autoridad, pero si el niño tiene un buen comportamiento se le debe alagar manejando una voz más suave (10).

2.5.2.3. Comunicación no verbal: Se busca establecer comunicación con el paciente y controlar la forma en la que percibe sus emociones, indicada para pacientes que aún no han desarrollado comunicación verbal.

2.5.2.4. Modelado: Tratar de disminuir el miedo del paciente y crear un reforzamiento positivo (10).

Las anteriores fueron técnicas psicológicas en la conducta del niño si estas no son suficientes se debe modificar la conducta con métodos físico o farmacológicos estos son los siguientes:

2.5.2.5. Métodos físicos: manos sobre boca; este método se le debe explicar a los padres y que ellos den la respectiva autorización se debe colocar la mano sobre la boca del niño y se le habla con voz firme de lo que se le va a realizar hasta que el niño coopere y no se puede hacer más de dos veces (10).

Existen también los restrictores físicos estos básicamente se usan para inmovilizar al niño durante la consulta se hace para evitar algún accidente o que el niño realice algún movimiento brusco que pueda causar algún daño durante el tratamiento odontológico. Ya cuando ninguna de estas técnicas funciona se proceden a los métodos farmacológicos como lo son la sedación consciente y anestesia general siempre se deben realizar con el consentimiento de los padres y para mayor seguridad en un ambiente hospitalario donde se pueda hacer un control de los signos vitales en caso de que ocurra alguna emergencia, todo lo anterior debe ser con el previo consentimiento de los padres (10).

2.6. Escala conductual de Frankl. El Dr. Spencer N Frankl y sus colaboradores realizaron una escala de comportamiento que se adaptó en Portugal y ha sido implementada desde el año 2005 debido a su buen efecto y practica sencilla. Se divide en cuatro escalas: tipo 1, 2, 3,4 y se representa por los signos (- -, -, +, ++).

- Tipo 1 (- -): definitivamente negativo: paciente que no coopera con el tratamiento odontológico, es temeroso, rechaza el tratamiento.
- Tipo 2: (-) difícilmente acepta el tratamiento, tiene actitudes negativas, pero no pronunciadas.
- Tipo 3: (+) acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, acata órdenes suministrada por el odontólogo.
- Tipo 4: (++) ríe, colabora con el tratamiento, está interesado (10).

2.7. Técnicas de manejo de comportamiento no farmacológicas. Entre los factores más importantes se tiene en cuenta el manejo del dolor y la ansiedad del niño, un manejo efectivo sobre el control de la ansiedad del niño es por medio de tratamiento no farmacológicos, para esto se debe realizar la consulta de una manera tranquila, sin permitir que el niño vea el procedimiento que se realiza a otros niños, para esto es necesario la presencia de padres durante el procedimiento. Existen técnicas cognitivo-conductuales en función con la edad del paciente en neonatos y lactantes existe la succión no nutritiva, la lactancia materna, la contención física, esto disminuye el dolor asociado a ciertos procedimientos, en niños más mayores se utilizan otras técnicas como el masaje o vibración, distracción contingente (juegos, música), relajación, control de la respiración y refuerzo positivo (22).

Las soluciones azucaradas han demostrado reducir el dolor en el neonato. Pueden ser útiles en lactantes de hasta seis meses. No se han establecido dosis óptimas, pero se recomiendan dosis de sacarosa de 12-25% de entre 0,5-2 ml, administrada directamente en la cavidad oral o aplicándola con un chupete dos minutos antes del procedimiento (22).

2.7.1. Analgésicos: Para dolor leve se utilizan fármacos como paracetamol e ibuprofeno para dolor moderado, fármacos como codeína, tramadol, diclofenaco y para dolor intenso opioides (fentanilo).

2.8 Técnicas de manejo de comportamiento farmacológicas

2.8.1 Sedación: La sedación puede ser utilizada con seguridad y eficacia con los pacientes que son incapaces de cooperar debido a la falta de factores psicológicos o madurez emocional o mental, física, o incapacidad médica. La necesidad de diagnosticar y tratar, así como la seguridad del paciente, médico, y el personal, se debe hacer las siguientes consideraciones para el uso de sedación:

La decisión de utilizar necesidad de sedación las modalidades de orientación de comportamientos alternativos, las necesidades dentales del paciente, el desarrollo emocional del paciente; y consideraciones médicas y físicas del paciente. La sedación se hace con el objetivo de proteger la seguridad y el bienestar del paciente, nos sirve principalmente para el control de la ansiedad, reducir al mínimo el trauma psicológico, y maximizar el potencial de la amnesia, tener control regulación del movimiento durante el procedimiento con el fin de que este sea seguro, la sedación está indicada en pacientes ansiosos, temerosos se debe realizar con consentimiento previo de los

padres y para mayor seguridad en un ambiente hospitalario donde se pueda hacer un control de los signos vitales en caso de que ocurra una emergencia (22). Siempre teniendo en cuenta la seguridad del paciente y que el beneficio sea mayor al riesgo, descartando las demás técnicas de manejo antes de elegirla como una opción (23).

2.9. Revisión sistemática. Es un diseño de investigación observacional retrospectivo que sintetiza resultados de múltiples investigaciones primarias y secundarias se combinan estudios que examinan la misma pregunta (24). Una revisión sistemática se usa cuando existe una pregunta puntual que tiene que ver con la modalidad clínica que estemos manejando. Se tienen en cuenta una cantidad especial para la búsqueda los tipos de estudios más usados son ensayos clínicos y estudios observacionales (24). Todo tipo de revisión sistemática provee una síntesis racional de investigación básica, para poder conseguir una revisión sistemática con buenas bases, se debe tener en cuenta todos los artículos disponibles, pero encontramos en la literatura que cada año van incrementándose la cantidad de publicaciones disponibles, lo que provoca que el acceso sea más difícil, y por ello debemos valernos de términos MeSH y criterios de inclusión de esta manera son más selectivos para la investigación (25).

3. Objetivos

3.1 Objetivo general. Determinar que técnica(s) de manejo de comportamiento no farmacológico mejoren la conducta del niño durante la consulta odontológica, según la literatura.

3.2 Objetivos específicos.

- Describir las técnicas empleadas en la consulta odontológica para el manejo del comportamiento de los niños.
- Comparar cuáles son las mejores técnicas de manejo de comportamiento según el rango de edad, que mejor éxito se han reportado en la literatura.
- Explicar los factores asociados a la efectividad de las técnicas de manejo de comportamiento como aceptación de los padres, efectos secundarios, preparación del odontólogo, encontrados en los artículos que lo reporten.

4. Método

4.1. Tipo de estudio. Se realizó una revisión sistemática, la cual es una investigación observacional retrospectiva y secundaria es decir, recolecta datos de estudios ya publicados para abarcar la mayor cantidad de información disponible y poder llegar a resolver este interrogante clínico con mayor precisión que un estudio primario además, es sistemática porque lleva una metodología organizada, fija criterios de elegibilidad y sintetiza la información (24). Usando como guía los criterios PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) publicada en julio de 2009, la cual es una guía de comprobación estructurada con 27 ítems que indican la forma correcta de realizar una revisión sistemática (26).

4.2. Selección y descripción de los participantes. Estrategias de búsqueda

4.2.1 Población. La recopilación de la bibliografía se llevó a cabo consultando diferentes bases de datos electrónicas, se usaron palabras claves relacionadas con el tema investigado, que aparecen

en el MeSH (Medical Subject Headings) en Pubmed. Los descriptores temáticos se utilizaron en idioma inglés o español en forma individual o combinándolos entre sí, según la base de datos consultada y así obtener un número de publicaciones en modalidad de artículos que presentaran mayor coherencia con el tema revisado y que tuviesen la información adecuada para ser seleccionados.

Para delimitar la búsqueda de la información relevante, se consideraron los siguientes límites, de acuerdo con las posibilidades de uso en las bases de datos bibliográficas.

Para realizar la búsqueda, se seleccionaron los conectores universalmente utilizados: “AND” y se contempla el grado de coincidencia de los artículos en las bases de datos, no se utilizó “OR” porque incluyendo todos aquellos artículos que contengan al menos una palabra. Tampoco “NOT”: porque excluye el segundo término de la búsqueda. Se determinó el grado de coincidencia de los artículos en las bases de datos (indexación de un mismo artículo en diferentes bases de datos electrónicas, identificando el tema, los autores, revista y año de publicación.

Términos MeSH:

- “behavior technique”
- “child “
- “dental”

4.2.2. Valoración del nivel de evidencia científica. Se realizó la selección de los artículos que cumplieron con los criterios de elegibilidad para ser valorados, aplicando la Guía CONSORT (27). y se procedió a establecer el nivel de evidencia científica y el grado de recomendación.

Base de datos: Usando los términos y las ecuaciones de búsqueda se realizó una búsqueda sistemática electrónica en las siguientes bases de datos: Scopus, PubMed, Science Direct y Dentistry & Oral Science Source.

4.2.3. Criterios de inclusión

1. Artículos en los cuales su tipo de estudio fueran ensayos clínicos.
2. Estudios donde se halla usado una escala conductual.
3. Estudios en los que las características de los pacientes estuvieran claramente definidas según los rangos de edad.

4.2.3. Criterios de exclusión

1. Artículos que a pesar de contener en su título el tema no incluían dicha temática en el cuerpo, o que su contenido no sea del área de interés.
2. Artículos que no se puedan obtener en texto completo.
3. Estudios en los que se utilicen técnicas de manejo farmacológicas.
4. Estudios en que los pacientes se encontrasen con una condición sistémica (síndrome de Down, autista, etc.)

4.3 Variable. En el presente trabajo se identificaron las siguientes variables:

Variable: *autor*

Definición conceptual: persona que realiza, causa u organiza algo

Definición operativa: primer apellido del primer autor

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Valores que asume: apellido y nombre del primer autor

Variable: *año*

Definición conceptual: periodo de 365 días dividido en doce meses que empieza el día 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre

Definición operativa: año en que es publicado el artículo

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: Nominal

Valores que asume: año en que se publicó el estudio hasta el 2016

Variable: *revista o libro*

Definición conceptual: publicación periódica de forma de cuaderno con artículos de información o de una materia determinada

Definición operativa: nombre de la revista que tiene el artículo

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Valores que asume: nombre de la revista que tiene el artículo

Variable: *objetivo*

Definición conceptual: es una meta o finalidad a cumplir para que la que se dispone medios determinados

Definición operativa: es el propósito de la investigación

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Valores que asume: el objetivo discutido en el estudio

Variable: *tipo de estudio*

Definición conceptual: es el esquema general que le da unidad y coherencia a todas las actividades que emprenden para buscar respuestas al problema

Definición operativa: tipo de estudio del artículo encontrado

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Valores que asume: corte transversal, casos y controles, cohortes, no menciona.

Variable: *muestra*

Definición conceptual: conjunto de cosas, personas o datos elegidos al azar que considera representativa del grupo al que pertenece.

Definición operativa: cantidad de población evaluada en el estudio

Naturaleza: cuantitativa

Escala de medición: razón

Valores que asume: número discutido en el estudio.

Variables: *género*

Definición conceptual: conjunto de grupo con características comunes

Definición operacional: es la diferenciación que se hace en el estudio entre mujer y hombre

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Valores que asumen: Mujer (0) Hombre (1)

Variables: *comportamiento*

Definición conceptual: Manera de comportarse una persona en una situación determinada o en general.

Definición operacional: es la diferencia de manejo de los pacientes según los estudios

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Valores que asumen: Bueno (0) Malo (1)

Variable: *resultado*

Definición conceptual: es la consecuencia final de una serie de acciones o eventos, expresados cualitativamente o cuantitativamente

Definición operativa: es el resultado que muestra cada artículo de su investigación

Naturaleza: cualitativa

Escala de medición: nominal

Valores que asume: resultados del estudio descritos en el estudio.

Variable: *edad*

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento

Definición operativa: es el crecimiento y madurez de los niños que se incluyen en los estudios que determina los diferentes comportamientos.

Naturaleza: cuantitativa

Escala de medición: continua

Valores que asume: de 0 a 5 años (1) de 6 a 10 años (2) de 11 a 13 años (3)
(Apéndice A)

4.4. Instrumento. Se realizó un instrumento donde se recolecto la información necesaria de los artículos seleccionados (Apéndice B).

4.5. Procedimiento. Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos mencionadas, donde se incluyeron artículos hasta el año 2016. Se tuvo en cuenta que los artículos o fuentes de información descritas fueran de texto completo, al igual que fueran estudios que manejaran intervención (ensayos clínicos aleatorizados). Se tuvo en cuenta la información suministrada de los artículos buscados para encontrar la mejor técnica de manejo de los niños en la consulta odontológica según los rangos de edad.

4.6. Plan de análisis estadístico.

4.6.1. Plan de análisis univariado. En las variables cualitativas se calcularon frecuencias o porcentajes, las variables cualitativas son: objetivo, tipo de estudio, revista, autor, año, muestra, género, comportamiento, resultado.

Las variables cuantitativas se calcularon con medidas de tendencia central como: media o mediana, medidas de dispersión: desviación estándar, el mínimo, el máximo y el recorrido. Las variables cuantitativas son: edad.

4.7. Implicaciones bioéticas. En este estudio se respetaron y se reconocieron los derechos de autor de cada publicación utilizada en la revisión de la literatura realizada en el presente trabajo.

Se observó y se aplicó toda la normatividad vigente en el país sobre derechos de autor para investigaciones científicas, ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993: Promueven el respeto por la propiedad intelectual y protección de los derechos de autor en Colombia. Además, se tiene en cuenta el decreto 1474 de 2002 "Por el cual se promulga el "Tratado de la OMPI, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, sobre Derechos de Autor (WCT)" (28,29).

No se omitió información alguna que se considere de interés para cumplir con los objetivos del estudio realizado.

5. Resultados

La búsqueda se realizó en diferentes bases de datos electrónicas disponibles en la Universidad Santo Tomás de Aquino Bucaramanga, usando las palabras claves por medio de los términos Mesh (Medical Subject Headings), usándolos de forma combinada para lograr la mayor cantidad de artículos que fueran pertinentes con el tema a investigar. Además, se tuvo cuidado en que los artículos no estuvieran repetidos en las diferentes bases de datos, las cuales fueron:

- Dentistry & Oral Sciences Source
- PubMed (Medline) - Acceso Libre
- Science Direct
- Scopus

La estrategia de búsqueda incluyó los siguientes descriptores temáticos, de forma combinada (Términos MeSH):

- “behavior technique”
- “child “
- “dental”

El número de artículos obtenidos en cada una de las bases de datos consultadas, se aprecian en la siguiente tabla:

Tabla 2. Relación de artículos en las bases de datos

Ecuación	Bases de Datos				TOTAL
	Dentistry & Oral Science Source	Science Direct	Scopus	Pubmed	
Primera búsqueda: Technique AND (child OR children) AND dental AND behavior AND clinical AND trial	19	187	49	39	294
Segunda búsqueda: valoración y artículos seleccionados por contener en el título el tema a investigar	4	1	9 (2 repetidos)	5 (2 repetidos)	19 (4 repetidos)

Diagrama de flujo

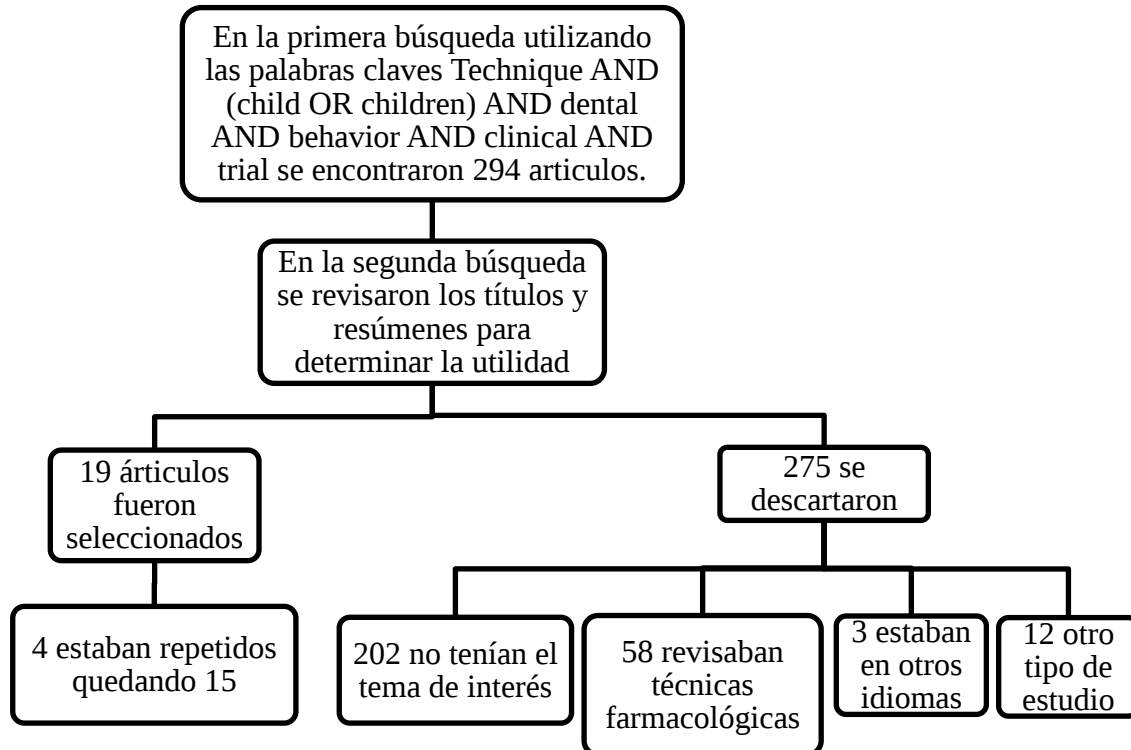


Figura 1. Diagrama de flujo de los artículos encontrados.

Tabla 3. Descripción de los artículos incluidos

Nº	Autor, Año	País	Revista	Muestra	Objetivo
Dentistry & Oral Science Source					
1	Mehrsa P,2014(30)	Irán	Dental Research Journal	46 niños de 4-6 años.	Evaluar la técnica de modelado en comparación con la técnica decir-mostrar-hacer.
2	Nuvvula S,2015(31)	Europa	European Archives of Paediatric Dentistry	90 niños de 7-10 años.	Determinar el efecto de la distracción (3D) en la reducción de la ansiedad dental en niños.
3	Sayed A,2016(32)	India	Journal of the Indian Society of Pedodontics & Preventive Dentistry	90 niños de 9-10 años.	Determinar si una producción visual en vivo con el uso del microscopio operativo (DOM) podría utilizarse junto con la técnica decir-mostrar-hacer para reducir el miedo en el niño durante la consulta odontológica.
4	Farhat M,2009(33)	Canadá	Journal of the Canadian Dental Association	Niños 5-9 años, se dividieron en tres grupos.	Comparar los efectos de estas dos técnicas (modelado y decir-mostrar y hacer) en la frecuencia cardiaca de los niños durante tratamientos dentales para determinar el grado de ansiedad.
Science Direct					
5	Natsumi T, 2012(34)	Japón	Pediatric Dental Journal	Niños de 3 a 5 años de edad.	Examinar características de estrés en niños no cooperativos tratados bajo restricción pasiva y los cambios de la misma en tratamientos posteriores sin necesidad de restricción.
Scopus					
6	Guinot J, 2014 (35)	España	European Journal of Paediatric Dentistry	34 niños de entre 6-8 años.	Evaluar si el comportamiento y ansiedad de los niños mejora cuando una técnica audiovisual se utiliza como distracción durante el tratamiento dental.
7	Kamath PS,2013(36)	India	Journal of Clinical Pediatric Dentistry	160 niños (80 en el grupo control y 80 en el de intervención) en edades de 4 - 10 años.	Evaluar el efecto de una técnica de distracción activa en el comportamiento de los niños que recibieron anestesia local antes del tratamiento dental.

Tabla 3.A. Descripción de los artículos incluidos

8	Olumide F, 2009(37)	Inglaterra	International Journal of Paediatric Dentistry	50 niños, en edades de 8-12 años.	Evaluar si la visualización de un folleto explicando los beneficios del tratamiento disminuía la ansiedad anticipada de los niños.
9	Fox C, 2006(38)	Inglaterra	Community Dent Oral Epidemiology	38 niños entre 5-17 años.	Determinar si ver imágenes positivas de odontología disminuye la ansiedad de los niños previa a la consulta.
10	N Marwah, 2005(39)	India	Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry	40 niños de entre 4-8 años.	Determinar si la música como distracción es un método eficaz para reducir la ansiedad de los niños en la consulta dental.
11	Lu D, 1994(40)	Estados Unidos	Journal of Dentistry for Children	13 pacientes de entre 4 y 11 años de edad.	Determinar si el uso de hipnosis evita o disminuye la percepción de dolor a el momento de inyectar IM a los niños.
12	Boj J, 1989(41)	Estados Unidos	Journal of Dentistry for Children	28 niños de entre 3-4 años.	Identificar si una serie de diapositivas sirve como distracción audiovisual, para modificar la conducta de los niños con discapacidad mental en un examen dental inicial.
Pubmed					
13	Al-Khotani A, 2016(42)	Arabia Saudita	Acta Odontológica Scandinavica	56 niños de entre 7-9 años.	Evaluar la efectividad de la distracción por medio de la visualización de dibujos grabados en video utilizando gafas sobre el comportamiento de los niños que reciben tratamiento dental.
14	Peretz B, 1999(43)	Jerusalén	Journal Clinic Pediatric Dental	50 niños de entre 3 y 7 años.	Evaluar una técnica de distracción activa que incluyó respiración repetida y exhalar en el comportamiento de los niños que reciben inyecciones de anestesia local antes del tratamiento dental.
15	Greenbaum PE, 1990(44)	Estados Unidos	Health Psychol.	40 niños (23 hombres y 17 mujeres de entre 3 1/2 y 7 años.	Determinar si la técnica de control de la voz realmente reduce el comportamiento disruptivo de los niños en odontología.

Tabla 4. Tabla de resultados de las técnicas

N°	Autor, Año	Técnica (Medio utilizado)	Escala de medición	participantes	Resultado (Valor de P)	Efectividad de la técnica
1	Mehra P, 2014 (30)	Película de modelado con la técnica decir-mostrar-hacer donde se realizaba una profilaxis a un niño que al final era recompensado.	Escala de Frankl y de venham.	46 niños en 2 grupos: (23 en grupo control utilizando la técnica decir-mostrar-hacer y 23 en el grupo intervención utilizando un filme de modelado.	No hubo diferencias significativas entre los dos grupos (P = 0,6).	La técnica del modelado es tan eficiente como la técnica decir-mostrar-hacer para controlar la ansiedad en niños.
2	Nuvula, S, 2015 (31)	Música con reproductor mp3 y la distracción audiovisual con gafas de video 3D.	Escala de Frankl, escala de haupt, escala de ansiedad dental de corah modificada.	90 niños (divididos en tres grupos 30 en cada uno: en el grupo I (control) se realizó la técnica de comportamiento de rutina durante la anestesia, el grupo II y III (intervención).	Hubo una reducción significativa de la ansiedad en el grupo II y III con un valor de (p=0.001), sin embargo, en el grupo I no mostro diferencia estadística (p = 0,83).	Se observó altos niveles de satisfacción en los niños que usaron gafas de video 3D durante el tratamiento dental.
3	Sayed A, 2016 (32)	Microscopio dental en funcionamiento (DOM) junto a la técnica decir-mostrar-hacer.	oxímetro de pulso prueba de imagines venham.	90 pacientes, se dividieron en dos grupos por iguales (control e intervención) y se realizaron dos visitas, en la primera visita fue con el DOM y la segunda sin el DOM.	Para todas las pruebas que se realizaron se encontró significancia estadística. (p = ≤ 0,05).	Utilizando el DOM se pudo concluir que es un método de distracción eficaz para reducir la ansiedad durante el tratamiento restaurativo, reduciendo también los movimientos del paciente.
4	Farha M, 2009 (33)	Modelo en vivo por los padres y técnica decir-mostrar-hacer por el dentista.	Oxímetro de pulso.	155 niños se dividieron en 3 grupos Grupo A de 53 (control) grupo B de 51 y C de 51 (intervención).	El modelado en el (grupo A y B) en vivo que se realizó con los padres tuvo (p = 0,034) y en el grupo C con la técnica decir-mostrar-hacer por el dentista tuvo (P = 0,005).	El modelado en vivo es una técnica que vale la pena utilizar en odontología pediátrica.

Tabla 4.A. Tabla de resultados de las técnicas

5	Natsumi T, 2012 (34)	Restricción pasiva.	ECG para analizar la actividad nerviosa autónoma.	Se evaluaron 22 pacientes 11 (control) y 11 de intervención).	No hubo diferencias significativas entre los dos grupos evaluados su valor (p=0.89).	Todos los pacientes demostraron disminución de la frecuencia cardíaca después de que se retiró la restricción pasiva. Por lo tanto, la técnica no debería usarse como una primera opción en la consulta.
6	Guinot J, 2014 (35)	Película de dibujos animados durante el tratamiento.	Escala de Frankl, frecuencia cardíaca, Escala de ansiedad dental de Corah, Venham Prueba de imagen, Escala de caras de Wong-Baker.	Se evaluaron 34 niños mediante 2 intervenciones, una de control y la otra con la película como intervención.	Se encontró significancia estadística con la escala de Frankl entre la visita de control y la de intervención (P=0.001).	Se observó una mejora significativa del comportamiento durante la película, además el 97% de los niños quería seguir viendo su película elegida durante visitas posteriores.
7	Kamath PS, 2013 (36)	técnica de distracción activa WITAUL (Escribiendo en el aire usando la pierna).	Niños de 4-5 años usaron la escala de dolor posoperatorio en edad preescolar modificada y niños de más de 6 años la escala de Dolor de caras.	160 niños (80 en el grupo control a quienes se les obligó a relajarse mediante respiración profunda y 80 en el de intervención).	Se encontró que el uso de WITAUL era estadísticamente significativo en comparación con el método de control (p <0,0001).	Se encontró que es una técnica eficaz de distracción durante la administración de anestesia local en pacientes pediátricos.
8	Olumide F, 2009 (37)	Se mostró un folleto que explicaba los beneficios del tratamiento dental, antes de la consulta.	Escala de Imagen Facial.	50 pacientes (25 en el grupo control a quienes se les dio una cartilla con los beneficios de una dieta sana y 25 en la intervención).	No hubo significancia estadística del folleto sobre la ansiedad autoinformada, aunque disminuye ligeramente en ambos grupos después de leer el folleto. (U=257.5, NS).	No se encontró que la técnica disminuyera el estrés en mayor medida en el grupo intervenido, pero si se vio una reducción antes y después de mostrar los folletos en ambos grupos.

Tabla 4.B. Tabla de resultados de las técnicas

N °	Autor, Año	Técnica (Medio utilizado)	Escala de medición	participantes	Resultado (Valor de P)	Efectividad de la técnica
9	Fox C, 2006 (38)	Se mostró imágenes positivas de odontología durante 2 minutos antes de su cita.	Venham Prueba de imagen.	38 pacientes (19 en el grupo control a quienes se les mostraron imágenes neutras y 19 en la intervención).	Se encontró una diferencia significativa en la ansiedad dental anticipatoria entre la Dos grupos P <0,001).	Mostrar imágenes positivas de odontología previamente a la cita si disminuye la ansiedad en los niños.
10	N Marwah, 2005 (39)	Se puso música durante todo el procedimiento en las 3 citas.	la prueba de imagen de Venham, la escala de clasificación de ansiedad de Venham, la frecuencia del pulso y la saturación de oxígeno(oximetro).	40 niños (20 en el grupo control y 20 en el grupo música el cual se dividió en dos 10 música instrumental y 10 música rimas infantiles.	Se encontró significancia estadística en la frecuencia del pulso, siendo mayor en el grupo control. (P <0,05).	Se evidencio una disminución del estrés en el grupo intervenido (en especial música instrumental) en comparación con el control.
11	Lu D, 1994 (40)	Se indujo los niños a hipnosis, mediante un técnico experimentado en forma de juego.	Evaluación subjetiva del odontólogo al momento de aplicar la anestesia.	13 pacientes en grupo de intervención.	Dos pacientes informaron que la hipnosis ayudo a reducir la ansiedad un poco, uno dijo que no funcionaba, y diez pacientes reportaron un gran alivio.	Se encontró que la hipnosis si ayuda a reducir el estrés en los niños.
12	Boj J, 1989 (41)	Se usó una cinta de diapositivas que describe lo que se espera durante la primera visita dental. Un payaso y una niña de 4 años fueron los modelos.	La frecuencia cardíaca, la escala modificada de Melamed y la evaluación subjetiva de un dentista.	28 niños, divididos en dos grupos 14 control y 14 experimental.	No se encontró una significancia estadística con ninguno. (P=1.0).	No se encontró una mejora en el comportamiento de los niños del grupo intervenido en comparación con el control durante la consulta.

Tabla 4.C. Tabla de resultados de las técnicas

N°	Autor, Año	Técnica (Medio utilizado)	Escala de medición	participantes	Resultado (Valor de P)	Efectividad de la técnica
13	Al-Khotani A, 2016 (42)	Se les mostraron dibujos grabados en video utilizando un sistema de gafas (i-theatre TM) como técnica de distracción audiovisual, durante la consulta.	La escala de Imagen Facial, las calificaciones clínicas modificadas de Venham de ansiedad, escala de comportamiento cooperativo (MVARs), los signos vitales, la presión sanguínea y pulso.	56 pacientes divididos en dos grupos (28 en el grupo control sin distracción y 28 en el grupo intervenido).	El grupo intervenido mostró puntuaciones MVARs más bajas que el grupo control ($p = 0,029$), y disminuyeron durante el tratamiento ($p = 0,04$). El pulso aumentó en el grupo control durante la anestesia ($p = 0,02$), pero no en el intervenido.	La distracción audiovisual con gafas es una técnica efectiva para reducir la ansiedad en los niños durante toda la intervención incluso la aplicación la anestesia.
14	Peretz B, 1999 (43)	La técnica consistió en pedir a los niños que en el momento de la anestesia respirara profundo y exhalara el aire.	Expresión facial de dolor, movimientos del cuerpo y presencia de llanto.	50 niños (25 en el grupo control y 25 en el grupo intervenido).	El grupo de intervención en general demostró menos expresiones de dolor (menos apretamiento de los párpados) ($P = 0,04$).	La técnica demostró ser efectiva para disminuir el estrés y ansiedad en los niños a el momento de la aplicación de la anestesia.
15	Greenbaum PE, 1990 (44)	Control de voz (normal- alta).	Escala de Perfil de Comportamiento.	40 niños divididos en dos grupos (voz alta o normal) Los que no fueron disruptivos formaron un grupo de control.	El grupo de voz fuerte fue menos disruptivo, con una puntuación media más baja que la voz normal ($p < 0,004$).	Esta técnica usada de manera contingente para los comportamientos disruptivos de los niños en la consulta es efectiva.

6. Discusión

Esta investigación tuvo como propósito comparar cuáles son las mejores técnicas de manejo de comportamiento pediátrico no farmacológicas según el rango de edad que se han implementado en la consulta odontológica, teniendo en cuenta que la ansiedad y el miedo son dos conductas muy comunes en los niños durante la primera cita odontológica. El profesional y su asistente deben analizar cuáles son las técnicas de manejo adecuadas y poder implementarlas en la atención para que él/ella tenga más confianza y menos estrés durante el procedimiento que se le vaya a realizar.

En la búsqueda de los artículos se encontró, que la técnica comunicativa decir- mostrar-hacer es una de las más implementadas debido a que el niño con esta técnica entiende que es lo que van a

realizar y se muestra más cooperativo en la consulta, el odontólogo explica al niño lo que se le hará y luego simula lo que sucederá, se debe usar un lenguaje adecuado con el niño. Esta técnica junto con el modelado en vivo demostraron ser eficaces si el modelado se realiza junto con los padres, pero todo está directamente relacionado con la edad del niño; en los niños más pequeños es más efectivo el modelado de la madre el niño siente más confianza; analizando otro tipo de técnicas como las ayudas audiovisuales (técnicas de distracción contingente) también fueron usadas por los odontólogos debido a que ayuda disminuir el temor y la ansiedad, a pesar de que muchos no tenían significancia estadística se demostró que las técnicas de distracción contingente cambian la perspectiva del niño durante la primera visita al odontólogo con un medio audiovisual, como imágenes, videos o música que puedan distraer su atención; con este tipo de técnica no solo se redujo la ansiedad y el estrés del niño sino también la percepción del dolor en los tratamientos odontológicos en el momento de aplicar la anestesia.

Se puede destacar que en la investigación realizada se encontró como ventaja que hubo una excelente base de datos donde se encontró información suficiente para determinar las diferentes técnicas de manejo de comportamiento en niños, más usadas hoy en día. En las lecturas se encontró que las técnicas de decir mostrar hacer son las más implementadas teniendo en cuenta que las primeras intervenciones son para adaptar al niño y que las consultas deben ser cortas; también tuvo relevancia la técnica de distracción contingente ya que en la mayoría de artículos encontrados estas técnicas de comportamiento fueron eficientes a la hora de atender un paciente pediátrico. Si se distrae la atención del paciente antes o durante el procedimiento odontológico, el niño(a) se sentirá en un ambiente de confianza y se podrá ahorrar tiempo de trabajo para el odontólogo. Todas las técnicas de comportamiento utilizadas en este estudio, se midieron con escalas conductuales como la escala de Frankl, escala de venham, escala de ansiedad dental de corah modificada entre otras, lo que permitió darnos una respuesta de cómo es la actitud del niño antes de realizar la intervención odontológica.

En las búsquedas de artículos se observó que la crianza tiene que ver con el temperamento del niño, el acompañamiento de los padres en su educación es de suma importancia con la relación que el niño tenga con el odontólogo; los padres con autoridad tienen niños menos ansiosos durante la consulta, que los padres más permisivos. La técnica manos sobre boca es la menos implementada debido a que el niño se siente intimidado y va resultar poco cooperativo, y los padres que acompañan a los niños durante la consulta no van a estar de acuerdo con esta técnica. Se debe también tener un consentimiento de los padres en caso de que esta técnica se vaya a realizar.

Otra técnica usada en donde el niño tenga un comportamiento definitivamente negativo se recurre a la inmovilización con papoose, esta técnica se implementó con el fin de proteger la integridad física del paciente pero se debe tener en cuenta siempre el consentimiento de los padres, es una técnica que para el niño (a) es traumático y que no va a tolerar debido a que se va sentir presionado e intimidado y que por ende tendrá futuras fobias al odontólogo, por lo tanto es la técnica que no se espera usar en primera instancia.

Es importante para el odontólogo saber manejar las situaciones en la consulta pediátrica odontológica sabiendo que cada niño (a) es diferente y que su comportamiento varía por muchos factores, como el nivel socioeconómico su crianza, si vive o no con los padres, como es el

comportamiento en el colegio, por eso es necesario realizar una anamnesis adecuada y no realizar procedimientos invasivos en la primera cita para ir adaptando al niño en las primeras visitas al odontólogo.

7. Conclusiones

Con base en la revisión sistemática realizada existen varias técnicas de comportamiento no farmacológicas utilizadas actualmente por los odontólogos, y la efectividad de estas técnicas varía según la edad del niño. En niños menores de 4-9 años se encontró que el modelado con la madre es la técnica más efectiva. En general se recomienda el uso de la técnica de distracción contingente, es la más efectiva sin importar la edad. La distracción visual permite que el niño se sienta más confiado y tranquilo durante el procedimiento que se le va a realizar.

Es recomendable iniciar con la técnica de decir-mostrar-hacer para que el niño conozca el procedimiento que se le va a hacer y así disminuir su ansiedad, además se debe tener en cuenta no efectuar procedimientos invasivos en la primera cita para que el menor se vaya adaptando al ambiente odontológico, es importante saber que estas técnicas se deben usar en conjunto para obtener un mejor resultado.

Con los pacientes que tienen un mal comportamiento desde la primera cita, se puede usar la restricción física, pero se debe dejar esta técnica como última opción. Lo primero que se debe realizar es una evaluación del costo-beneficio del procedimiento, puesto que conlleva a futuros miedos, por tanto, se debe realizar una excelente anamnesis y el consentimiento previo de los padres.

Se encontró que la aceptación de los padres en cuanto a las técnicas más utilizadas fue bueno, contrario a las técnicas menos usadas como mano sobre boca o restricción física. En cuanto a los profesionales se determinó que deben conocer y aplicar las diferentes técnicas de manejo de comportamiento. Tener en cuenta su edad, el tipo de tratamiento y colaboración para evitar atenderlo bajo anestesia general.

Referencias bibliográficas

- (1) Delgado, J. & Delgado, Y. M. Conducta o comportamiento. Más allá de las disquisiciones terminológicas. Revista Psicología Científica.com 2006, 22 de diciembre; volumen 17(8(20)).
- (2) Partidas M, Pastora J. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta odontol. venez 1998;36(2):70-3.
- (3) Zaze, Ana Carolina S F, Fraga, Regina C M S, Cunha RF. Evaluation of children's behavior aged 0-3 years during dental care: a longitudinal analysis. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2009 Jul-Sep;27(3):145-150.
- (4) Wilson S, Cody WE. An analysis of behavior management papers published in the pediatric dental literature. Pediatr Dent 2005 Jul-Aug;27(4):331-338.
- (5) Álvarez Arreola, Zuyin Arely. Evaluación de la conducta según la escala de Frankl en niños de 4 a 8 años que acuden al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ; 2014.
- (6) Deza ESd, Enrique J, Jiménez Ruiz A, Cobo P(, Cortés Lillo O, Quevedo L, et al. Aceptación de técnicas de manejo de conducta entre estudiantes. 1994.
- (7) ten Berge M, Veerkamp J, Hoogstraten J. Dentists' behavior in response to child dental fear. ASDC J Dent Child 1999 Jan-Feb;66(1):40, 12.
- (8) Salinas J, Paola S. Estudio de las técnicas de manejo de conducta implementadas en los programas de educación superior de odontología pediátrica en México. 2011.
- (9) Aitken JC, Wilson S, Coury D, Moursi AM. The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients. Pediatr Dent 2002 Mar-Apr;24(2):114-118.
- (10) Clinical Affairs Committee – Behavior Management Subcommittee. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. Pediatr Dent 2006 2005-;27(7 Suppl):92-100.
- (11) ter Horst G, Prins P, Veerkamp J, Verhey H. Interactions between dentists and anxious child patients: a behavioral analysis. Community Dent Oral Epidemiol 1987 October;15(5):249-252.
- (12) Quiroz Torres J, Melgar Hermoza RA. Manejo de conducta no convencional en niños: hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: revisión sistemática. Rev.estomatol.Hered 2012;22(2):129-136.
- (13) Amambal AJ, Barrios LD, Chinchay ML, Chirri TW, Diaz MC, Sosa AL. Manejo conductual del paciente bebe y pacientes especiales, mediante técnicas psicológicas y de restricción física [trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Odontología 2009.

(14) Feigal RJ. Guiding and managing the child dental patient: a fresh look at old pedagogy. J Dent Educ 2001 December;65(12):1369-1377.

(15) Nelso Antonio Bordignon. EL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERIC ERIKSON. EL DIAGRAMA EPIGENÉTICO DEL ADULTO. Revista Lasallista de Investigación 2005(julio-diciembre, año/vol. 2, número 002):50-63.

(16) Medina Y, Mendez S. Comportamiento del niño en la consulta odontológica ante diferentes técnicas de adaptación. 2013 November 1,.

(17) Roca i Balasch J. Conducta y conducta. Acta Comportamentalia 2007 00/;15(SPE):33-43.

(18) Muñoz Natalia, Alvarez Ina, Cardenas Juan Manuel. eficacia de la técnica de distracción contingente con material auditivo en el comportamiento de pacientes entre 4 y 6 años de edad. CES odontologia 1998.

(19) Marcos A, Yépez A. CONSIDERACIONES ENTORNO AL PSICOANÁLISIS DE SIGMUND FREUD. Pocket Oxford Spanish Dictionary: Spanish-English 2009 January 1,.

(20) Cañizales JY. Estrategias didácticas para activar el desarrollo de los procesos de pensamiento en el preescolar. Investigación y Postgrado 2004 07/;19(2):179-200.

(21) Garrido-Rojas L. Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. Revista Latinoamericana de Psicología 2006 12/;38(3):493-507.

(22) Bárcena Fernández E. Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud. Pediatría Atención Primaria 2014 06/;16:37-43.

(23) Eshghi A, Samani MJ, Najafi NF, Hajiahmadi M. Evaluation of efficacy of restorative dental treatment provided under general anesthesia at hospitalized pediatric dental patients of Isfahan. Dent Res J (Isfahan) 2012 July;9(4):478-482.

(24) EPIDEMIOLOGICO R. Revisiones sistematicas de la literatura. 2005.

(25) Yang S, Needleman H, Niederman R. A bibliometric analysis of the pediatric dental literature in MEDLINE. Pediatr Dent 2001 Sep-Oct;23(5):415-418.

(26) Gerard Urrutia y Xavier Bonfill. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicacion de revisiones sistematicas y metaanalisis. El Sevier Doyma .

(27) Gonzlez de Dios J, Buuel lvarez JC, Gonzlez Rodriguez MP. Listas gua de comprobacin de ensayos clnicos: declaracin CONSORT. Library Management 2011;7(3).

(28) Sobre derechos de autor. LEY N o. 23 DE 1982 (enero 28).

(29) Ley 44 de 1993 Derechos de Autor Y Depósito Legal.

(30) Paryab M, Arab Z. The effect of Filmed modeling on the anxious and cooperative behavior of 4-6 years old children during dental treatment: A randomized clinical trial study. *Dental research journal* 2014 Jul;11(4):502-507.

(31) Nuvvula S, Alahari S, Kamatham R, Challa RR. Effect of audiovisual distraction with 3D video glasses on dental anxiety of children experiencing administration of local analgesia: a randomised clinical trial. *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry* 2015 Feb;16(1):43-50.

(32) Sayed A, Ranna V, Padawe D, Takate V. Effect of the video output of the dental operating microscope on anxiety levels in a pediatric population during restorative procedures. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 2016 Jan 1;34(1):60-64.

(33) Farhat-McHayleh Nada, Harfouche Alice, Souaid Philippe. Techniques for Managing Behaviour in Pediatric Dentistry: Comparative Study of Live Modelling and Tell-Show-Do Based on Children's Heart Rates during Treatment. *Journal of the Canadian Dental Association* 2009.

(34) Tsuchihashi N, Uehara N, Takagi Y, Miwa Z, Sugimoto K. Internal stress in children and parental attitude to dental treatment with passive restraint. *Pediatric Dental Journal* 2012;22(2):170-177.

(35) Guinot Jimeno F, Mercadé Bellido M, Cuadros Fernández C, Lorente Rodríguez AI, Llopis Pérez J, Boj Quesada JR. Effect of audiovisual distraction on children's behaviour, anxiety and pain in the dental setting. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry* 2014 Sep;15(3):297.

(36) Kamath PS. A novel distraction technique for pain management during local anesthesia administration in pediatric patients. *The Journal of clinical pediatric dentistry* 2013;38(1):45-47.

(37) Olumide F, Newton JT, Dunne S, Gilbert DB. Anticipatory anxiety in children visiting the dentist: lack of effect of preparatory information. *International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children* 2009 Sep;19(5):338-342.

(38) Fox C, Newton JT. A controlled trial of the impact of exposure to positive images of dentistry on anticipatory dental fear in children. *Community dentistry and oral epidemiology* 2006 Dec;34(6):455-459.

(39) N Marwah, AR Prabhakar, OS Raju. Music distraction - its efficacy in management of anxious pediatric dental patients. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 2008 Jan 1;63(1):38.

- (40) Lu Dominic. The use of hypnosis for smooth sedation induction and reduction of postoperative violent emergencies from anesthesia in pediatric dental patients. *ASDC journal of dentistry for children* 1994 May;61(3):182.
- (41) Boj Juan, Davila Jorge. A study of behavior modification for developmentally disabled children. 1989.
- (42) Al-Khotani A, Bello LA, Christidis N. Effects of audiovisual distraction on children's behaviour during dental treatment: a randomized controlled clinical trial. *Acta Odontologica Scandinavica* 2016 Aug 17;;74(6):494-501.
- (43) Peretz Benjamin, Gluck George. 25. Assessing an active distracting technique for local anesthetic injection in pediatric dental patient. *Journal Clinic Pediatric Dental* 1999.
- (44) Greenbaum PE, Turner C, Cook EW, Melamed BG. Dentists' Voice Control. *Health Psychology* 1990;9(5):546-558.

Apéndices

A. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Naturaleza	Escala de medición	Valores que asume
Revista	Publicación periódica de forma de cuaderno con artículos de información o de una materia determinada	Nombre de la revista que tiene el artículo	Cualitativa	Nominal	Nombre de la revista que tiene el artículo
Autor	Persona que realiza, causa u organiza algo	Primer apellido del primer autor	Cualitativa	Nominal	Apellido y nombre del primer autor
Año	Periodo de 365 días dividido en 12 meses que empieza el día 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre	Año en que es publicado el artículo	Cualitativa	Ordinal	Año en que se publicó el estudio
Objetivo	Es una meta o finalidad a cumplir para la que se dispone medios determinados	Es el propósito de la investigación	Cualitativa	Nominal	El objetivo discutido en el estudio
Tipo de estudio	Es el esquema general que le da unidad y coherencia a todas las actividades que se emprenden para buscar respuestas al problema	Tipo de estudio del estudio encontrado	Cualitativa	Nominal	Cohortes (0) Casos y controles (1) Corte transversal (2) No menciona (3)
Muestra	Conjunto de cosas, personas o datos elegidos al azar que considera representativo del grupo al que pertenece	Cantidad de población evaluada en el estudio	Cualitativa	Razón	Número discutido en el estudio
Género	Conjunto de grupos con características comunes	Es la diferenciación que se hace en el estudio entre: mujer y hombre	Cualitativo	Nominal	Mujer (0) Hombre (1)
Comportamiento	Manera de comportarse una persona en una situación determinada o en general.	Tipo de comportamiento que presenta el paciente en los estudios	Cualitativa	Nominal	Bueno (0) Malo (1)
Resultado	Es la consecuencia final de una serie de acciones o eventos, expresados cualitativamente o cuantitativamente	Es el resultado que muestra cada artículo de su investigación	Cualitativo	Nominal	Resultados del estudio descritos en el estudio
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Es el crecimiento y madurez de los niños que se incluyen en los estudios que determina los diferentes comportamientos.	cuantitativa	continua	de 0 a 5 años (1) de 6 a 10 años (2) de 11 a 13 años (3)

B. Instrumento de recolección**Registro:** _____

Nombre del autor	
Revista	
Año de publicación	19901998 2006 2014 11911999 2007 2015 19922000 2008 2016 1993 2001 2009 1994 2002 2010 1995 2003 2011 1996 2004 2012 1997 2005 2013
Idioma	Español Ingles
Muestra	
Base de datos	Dentistry & Oral Sciences Source PubMed (Medline) - Acceso Libre Science Direct Scopus