UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

Aplicación y efectividad de las técnicas de modificación de la conducta en la consulta odontológica pediátrica: revisión bibliográfica

Autor: Landázuri Guerrero, Laurent Marcel
Tutor: Paredes Chinizaca Paola Natali, Dra.

Riobamba, Ecuador
2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN - MODALIDAD TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

ODONTOLOGO

TÍTULO:

Aplicación y efectividad de las técnicas de modificación de la conducta en la consulta odontológica pediátrica: revisión bibliográfica

AUTOR:

Landázuri Guerrero, Laurent Marcel

TUTOR:

Paredes Chinizaca Paola Natali, Dra.

Riobamba, Ecuador

2026

© DECLARATORIA DE AUTORÍA

Nosotros, Laurent Marcel Landázuri Guerrero, con cédula de identidad 1550163123, autora del trabajo de titulación: "Aplicación y efectividad de las técnicas de modificación de la conducta en la consulta odontológica pediátrica: revisión bibliográfica, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mi exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 03 de julio de 2026.



LAURENT MARCEL LANDÁZURI GUERRERO
NUI: 1550163123

DECLARATORIA SOBRE EL USO DE HERRAMIENTAS DE IA

Yo, Laurent Marcel Landázuri Guerrero, con cédula de identidad 1550163123, autora del presente trabajo de titulación, declaro que el uso de herramientas de inteligencia artificial en la elaboración del presente trabajo de titulación se limitó exclusivamente al apoyo en la organización de ideas y a la mejora de la redacción y claridad expositiva, en los apartados de introducción, marco teórico y marco metodológico, sin implicar la generación autónoma de contenidos académicos, análisis, resultados, conclusiones ni aportes propios del proceso investigativo.

Asimismo, dejo constancia de que las decisiones académicas, el desarrollo conceptual, el enfoque metodológico, el análisis de fuentes y la interpretación de resultados son de mi exclusiva responsabilidad.

Finalmente, declaro que el uso de dichas herramientas no sustituyó mi criterio académico, ni vulneró las disposiciones institucionales sobre plagio, propiedad intelectual y autoría, manteniéndose el cumplimiento de las normas de citación y referenciación, con el fin de garantizar la transparencia académica y el uso ético y responsable de tecnologías emergentes en la elaboración del trabajo de titulación.

En Riobamba, 03 de julio de 2026.

LAURENT MARCEL LANDÁZURI GUERRERO
NUI: 1550163123

DEDICATORIA

Primero doy gracias a **Dios**, con el todo lo puedo porque siempre me fortalece, por ser mi guía en cada paso de este camino, por darme la sabiduría necesaria para alcanzar esta meta y por nunca abandonarme en los momentos más difíciles.

A mis padres, en especial a mi madre **Kenya**, el mejor regalo que me dio la vida, a quien he dedicado el alma de este trabajo. A pesar de que el título lleve mi nombre, el verdadero esfuerzo, huella, y todo sacrificio son de ella. Gracias por ser un ejemplo que seguir para tus hijos y tu nieta, por tus oraciones en silencio, palabras de aliento que nunca faltaron, por nunca dejarme solo y gracias por ser la razón de quien soy, por forjarme como hombre de bien, por no rendirte nunca y por demostrarme con tus ejemplos que el amor más grande se expresa en los pequeños gestos de cada día. Todo lo que llegue a ser en la vida, lo seré gracias a ti.

A mis hermanos, **Angel, Pavel y Ariel**, por su amor y su paciencia infinita, por cada palabra de aliento en los momentos en que más lo necesitaba, por nunca dejar de creer en mí y el nunca dejarme solo en este camino. Su apoyo incondicional fue el combustible que me permitió llegar hasta aquí.

A todos ustedes, con el corazón lleno de amor y gratitud.

Laurent Marcel Landázuri Guerrero

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a **Dios**, por brindarme fortaleza, sabiduría y perseverancia necesarias para superar cada desafío.

A mi madre **Kenya**, por ser mi principal fuente de amor, apoyo e inspiración, por siempre estar a mi lado, por creer en mí y por enseñarme con su ejemplo a no rendirme ante las dificultades. A mis hermanos por su cariño, compañía y apoyo incondicional

A la poderosa **Universidad Nacional de Chimborazo**, por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente y por proporcionarme los conocimientos, experiencias y herramientas necesarias para alcanzar este importante logro académico.

Mi más sincero y profundo agradecimiento a mi tutora, la Dra. **Paola Natali Paredes Chinizaca** junto a su esposo PhD. **Lenin Esteban Loaiza Dávila**, cuya orientación, paciencia, compromiso y acompañamiento durante el desarrollo de este trabajo de titulación. Sus conocimientos, recomendaciones y apoyo fueron fundamentales para la culminación de esta investigación

Laurent Marcel Landázuri Guerrero

INDICE

RESUMEN 9
ABSTRACT 10
INTRODUCCIÓN 11
OBJETIVOS 13
MARCO REFERENCIAL 14
Estado del arte 14
2.1. Características según la edad del paciente 14
2.1.1. 0-4 meses 14
2.1.2. 4-8 meses 14
2.1.3. 8-12 meses 15
2.1.4. 1er año 15
2.1.5. 2 años 15
2.1.6. 3 años 15
2.1.7. 4 años 15
2.1.8. 5 años 15
2.1.9. 6-11 años 15
2.2. Factores emocionales en la consulta odontológica 16
2.2.1. Miedo y temor dental 16
2.2.2. Ansiedad dental infantil 16
2.2.3. Fobia dental 17
2.3. Evaluación conductual 17
2.3.1. De Frankl 17
2.3.2. De Venham 18
2.4. Principios del manejo no farmacológico 18
2.4.1. Orientación preventiva 18
2.4.2. Ambiente controlado y seguro 18
2.4.3. Permitir al niño la sensación de control 19
2.4.4. Importancia del rol del odontopediatra y los padres 19
2.5. Técnicas de comunicación 19
2.5.1. Lenguaje pediátrico 19
2.5.2. Técnica “Decir-Mostrar-Hacer” 19
2.5.3. Variantes de la técnica Decir-Mostrar-Hacer” 20

2.5.4. Control de voz 21
2.6. Técnicas de modificación de la conducta 21
2.6.1. Refuerzo positivo 21
2.6.2. Distracción 21
2.6.3. Modelado y desensibilización gradual 22
2.6.4. Reestructuración cognitiva y técnicas psicoconductuales 22
2.6.5. Técnicas alternativas: terapia del juego, cuentos terapéuticos 22
2.7. Técnicas limitantes 22
2.7.1. Inmovilización o restricción física 22
2.7.2. Mano sobre boca 23
2.7.3. Dispositivos auriculares (bloque de mordida, abreboca) 23
2.8. Eficacia clínica de las técnicas de manejo conductual 23
2.9. Protocolo para la selección y aplicación de técnicas no farmacológicas de manejo y modificación de la conducta en odontopediatría 24
METODOLOGÍA 25
3.1. Enfoque de la investigación 25
3.2. Tipo de investigación 25
3.3. Diseño de investigación 25
3.4. Fase de proceso de revisión 25
3.5. Población, tipo de muestreo y tamaño 25
3.6. Formulación de preguntas de investigación 26
3.7. Protocolo PRISMA 2020 26
3.7.1. Preguntas PICO 26
3.7.2. Criterio de selección 27
3.7.3. Estrategia de búsqueda 27
3.7.4. Flujograma Prisma 28
RESULTADOS Y DISCUSIÓN 31
4.1. Resultados 31
4.2. Discusión 35
CONCLUSIONES 37
RECOMENDACIONES 38
BIBLIOGRÁFIA 39
ANEXOS 44

RESUMEN

Introducción: La atención odontológica infantil suele generar miedo y ansiedad que comprometen la cooperación del paciente y la calidad del tratamiento. Por ello, la odontopediatría prioriza estrategias no farmacológicas de manejo conductual, reservando las opciones farmacológicas o físicas para casos donde estas resultan insuficientes. No obstante, la elección de la técnica adecuada aún depende principalmente del criterio individual del profesional, sin un protocolo claro basado en evidencia actualizada. **Objetivo:** Analizar la aplicación y efectividad de las técnicas de modificación de conducta usadas en la consulta odontopediátrica, para identificar las más adecuadas y desarrollar un protocolo práctico de selección. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica sistemática con enfoque documental, basada en PRISMA 2020 y estructurada con el esquema PICO. La búsqueda se ejecutó en PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO, Latindex and Redalyc, combinando descriptores MeSH y DeCS con operadores booleanos. De 122 registros identificados, tras aplicar los criterios de elegibilidad, se incluyeron 22 estudios en la síntesis final, organizados en tres matrices analíticas. **Resultados:** Las técnicas identificadas van desde estrategias comunicativas básicas (decir-mostrar-hacer, control de voz, refuerzo positivo, distracción) hasta técnicas farmacológicas y físicas, además de alternativas emergentes como realidad virtual y musicoterapia. La evidencia confirma que la realidad virtual reduce significativamente la ansiedad, el dolor y la frecuencia cardíaca en pacientes pediátricos, y que las variantes modernizadas del decir-mostrar-hacer aportan beneficios adicionales frente a la técnica convencional, especialmente en poblaciones con necesidades especiales. La edad del paciente, el nivel de ansiedad previo (escala de Frankl) y el tipo de procedimiento (diagnóstico vs. invasivo) resultaron determinantes para la selección técnica, permitiendo sintetizar un protocolo basado en cinco criterios de decisión. **Conclusiones:** La selección de una técnica de manejo conductual debe basarse en un protocolo individualizado que considere edad, nivel de ansiedad y tipo de procedimiento, ya que estos factores condicionan la efectividad clínica y la aceptación de los padres. El protocolo propuesto constituye una herramienta práctica basada en evidencia para guiar la toma de decisiones en la consulta odontopediátrica.

Palabras clave: Manejo conductual, odontopediatría, ansiedad dental infantil, decir-mostrar-hacer, realidad virtual, cooperación del paciente pediátrico, protocolo clínico.

ABSTRACT

Pediatric dental care often generates fear and anxiety that compromises patient cooperation and treatment quality. For this reason, pediatric dentistry prioritizes non-pharmacological behavior management strategies, reserving pharmacological or physical options for cases in which these prove insufficient. However, the choice of an appropriate technique still depends primarily on the individual clinician's judgment, in the absence of a clear, evidence-based protocol. To analyze the application and effectiveness of behavior modification techniques used in pediatric dental consultations, to identify the most suitable ones, and to develop a practical selection protocol. We conducted a systematic bibliographic review using a documentary approach, based on PRISMA 2020 and structured using the PICO framework. The search was performed in PubMed/MEDLINE, combining MeSH and DeCS descriptors with Boolean operators. Of 122 records identified, 22 studies met the eligibility criteria and were included in the final synthesis and organized into three analytical matrices. The identified techniques range from basic communicative strategies (tell-show-do, voice control, positive reinforcement, distraction) to pharmacological and physical techniques, as well as emerging alternatives such as virtual reality and music therapy. The evidence confirms that virtual reality significantly reduces anxiety, pain, and heart rate in pediatric patients, and that modernized variants of tell-show-do provide additional benefits over the conventional technique, particularly in populations with special needs. Patient age, prior anxiety level (Frankl scale), and procedure type (diagnostic vs. invasive) proved to be determining factors in technique selection, allowing for the synthesis of a protocol based on five decision criteria. The selection of a behavior management technique should be based on an individualized protocol that considers age, anxiety level, and procedure type, as these factors condition clinical effectiveness and parental acceptance. The proposed protocol constitutes a practical, evidence-based tool to guide decision-making in pediatric dental consultations.

Keywords: Behavior management, pediatric dentistry, childhood dental anxiety, tell-show-do, virtual reality, pediatric patient cooperation, clinical protocol.



Reviewed by:
Ms.C. Ana Maldonado León
ENGLISH PROFESSOR
C.I.0601975980

INTRODUCCIÓN

La atención odontológica en niños representa uno de los desafíos más complejos dentro de la práctica clínica, ya que involucra no solo aspectos biológicos, sino también dimensiones psicológicas y conductuales que son propias de la infancia (1). A nivel mundial, la ansiedad y el miedo dental infantil son considerados problemas frecuentes dentro de la odontopediatría, debido a que el niño aún se encuentra desarrollando su madurez emocional, su capacidad de comunicación y su comprensión frente a los procedimientos odontológicos (2,3). Estas reacciones suelen manifestarse incluso antes de que el niño ingrese al consultorio, y están condicionadas por experiencias previas, la actitud del entorno familiar y la percepción que socialmente se construye alrededor del tratamiento dental (2,4).

Se estima que aproximadamente el 20% de los niños presenta algún nivel de ansiedad dental, con repercusiones directas sobre su comportamiento durante la consulta (3). Esta cifra no es menor: un niño ansioso no solo dificulta la ejecución de los procedimientos, sino que también pone en riesgo la calidad de la atención y su propia adherencia al tratamiento a largo plazo (2,5). De tal manera, un manejo conductual ha tenido un lugar de privilegio en la odontopediatría moderna, dejando desde conductas coercitivas y adoptando actitudes humanas, respetuosas y respaldadas por la evidencia científica (1,5). Por esa vía, las investigaciones recientes han demostrado una efectividad en métodos como (decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, distracciones, modelado y control de voz), todas estas con el fin de optimizar la colaboración de los pacientes pediátricos y generar desde edades tempranas vivencias positivas durante la consulta odontológica (1,6).

Sin embargo, pese a estos avances, la ansiedad y el miedo al dentista siguen siendo fenómenos ampliamente prevalentes a nivel mundial, considerados incluso como una barrera real para el acceso oportuno a los servicios de salud bucal (3). En contextos latinoamericanos, esta problemática se intensifica: la transmisión del miedo desde los padres hacia los hijos, la escasa educación en salud oral y las barreras de acceso a servicios odontológicos de calidad configuran un escenario especialmente desafiante (4,7,8). En el ámbito odontopediátrico, la escasa colaboración del paciente pediátrico se muestra por el llanto, una oposición física, movimientos toscos y no querer el tratamiento completamente (1,5). Estos comportamientos no solo ocasionan estrés al odontopediatra y los padres del paciente, pues también ocasionan malas anécdotas que con el tiempo duran, ocasionando malas experiencias que causaría una desaprobación total a tratamientos futuros (2,4). Dando como consecuencia, tratamientos inconclusos, quedan postergarlos, o por último terminen siendo evitados que terminan con secuelas en la salud bucal del paciente pediátrico (3). Cabe agregar que, pese a la variedad de técnicas conductuales que existen, no hay una buena sistematización en cuanto a la efectividad de acuerdo con la edad, tiempo de procedimiento, y nivel de ansiedad (5,6). Este desfase ocasiona una mala toma de decisiones clínicas basadas en evidencia, dejando al odontopediatra sin un plan para emplear en situaciones específicas por la ausencia de una guía (5).

Ante este panorama, se hace evidente la necesidad de analizar de manera integral las técnicas de modificación de conducta disponibles en odontología pediátrica, evaluando su aplicabilidad y efectividad para mejorar la experiencia clínica del paciente infantil (5,6). Desde el plano teórico, este estudio contribuye al conocimiento científico al sistematizar información actualizada sobre los fundamentos, indicaciones y resultados reportados en la

literatura reciente para cada una de estas técnicas (5,6). En el campo odontológico, se brinda al odontopediatra una guía para escoger el manejo conductual óptimo, de acuerdo con las características de cada paciente odontopediátrico, para mejorar el ambiente clínico, con el fin de evitar intervenciones invasivas y que comprometan a futuro las experiencias que favorecen los hábitos en la salud bucal (1,5). Directamente, los beneficiados son los propios niños, teniendo una consulta más empática y especialmente enfocada en su imperativo emocional (1). De una forma indirecta, los beneficiados son los padres del paciente, notando que sus hijos tienen una experiencia odontológica excelente, el cual forma un lazo con el odontopediatra y las consultas (1,8). En la formación académica, esta investigación favorece a una buena educación en estudiantes y profesionales, al incluir una dimensión tanto clínica y conductual en visión odontológica completa (5).

Por último, desde el punto de vista viable, el estudio se muestra completamente practico, debido al acceso a las bases de datos científicas actuales, soportes bibliográficos digitales y con el apoyo institucional disponible para su elaboración en el plazo programado. En consecuencia, el presente trabajo tiene como propósito analizar la aplicación y efectividad de las distintas técnicas de modificación de conducta empleadas en la consulta odontológica pediátrica, mediante una revisión bibliográfica de literatura científica reciente, con el fin de identificar las estrategias más adecuadas para mejorar el comportamiento del paciente infantil y optimizar la calidad de la atención brindada.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la aplicación y efectividad de las diferentes técnicas de modificación de la conducta empleada en la consulta odontológica pediátrica, mediante una revisión bibliográfica de literatura científica reciente.

Objetivos Específicos

- Identificar las principales técnicas de modificación de conducta utilizadas en la atención odontológica pediátrica.
- Evaluar la efectividad de las distintas técnicas de manejo conductual en la reducción de la ansiedad y mejora de la cooperación del paciente infantil.
- Desarrollar un protocolo práctico basado en evidencia científica para la selección y aplicación de técnicas de manejo y modificación de conducta en pacientes odontopediátricos, ajustado según edad, nivel de ansiedad y tipo de procedimiento dental.

MARCO REFERENCIAL

Estado del arte

La Odontopediatría constituye una especialidad odontológica dedicada al cuidado de la salud bucal en la población infantil, abarcando desde el nacimiento hasta la etapa adolescente y el conjunto de patologías que pueden presentarse en ese período. Dentro de esta disciplina, el control de la conducta del paciente ocupa un lugar central, dado que contribuye a que la atención dental se desarrolle en un ambiente controlado, seguro y propicio para la ejecución del tratamiento (1). Una orientación conductual apropiada no persigue únicamente el éxito clínico inmediato, al contrario, también el desarrollo de una actitud favorable y duradera del niño hacia la atención odontológica (1,5).

En la actualidad, el miedo que hay en el entorno dental es un fenómeno muy frecuente en la infancia, que se puede expresarse en forma de ansiedad, episodios de llanto, rechazo activo al tratamiento o escasa colaboración durante la consulta (2,3). Ante esta realidad, el especialista en odontopediatría tiene como propósito central acompañar al paciente pequeño en sus experiencias previas, ya sean positivas o negativas, con el fin de mejorar su conducta durante la consulta y contribuir a una mejor experiencia en el ámbito de la salud oral (2,6). Las revisiones bibliográficas disponible indica que las técnicas no farmacológicas de modificación conductual (entre las que se incluyen el decir-mostrar-hacer, el refuerzo positivo, la distracción y el modelado) favorecen la cooperación del niño y reducen las conductas de oposición durante la consulta dental (5,6).

El o la odontopediatra debe considerar una serie de técnicas que permitan que el niño se sienta seguro tanto en el consultorio como en su relación con el o la odontopediatra (1). De entre dichos factores se destacan la edad del paciente, su grado de madurez cognitiva, el vocabulario empleado por el clínico, las experiencias odontológicas anteriores, la naturaleza del procedimiento a realizar y el nivel de participación de los padres (1,5). Por ende, el conocimiento principal del comportamiento infantil y de las características de cada etapa del desarrollo permite seleccionar intervenciones más pertinentes que van a favorecer el comportamiento del niño durante su consulta (7,9).

2.1. Características según la edad del paciente

2.1.1. 0-4 meses

Durante esta etapa, el lactante muestra una marcada sensibilidad a los estímulos del entorno, sigue objetos con la mirada, cierra la mano al recibir algo en ella e inicia vocalizaciones diferenciadas según el estado en que se encuentre, como hambre, dolor o bienestar. También comienza a reconocer el rostro materno, eleva la cabeza y logra mantenerla erguida por breves momentos (10).

2.1.2. 4-8 meses

Las respuestas del bebe se vuelven progresivamente voluntarias y disminuye la reactividad automática ante los estímulos. Surge la sonrisa social, el niño explora sus propias manos y emite sonidos que expresan diversas emociones, como placer o satisfacción. Se hace visible la oposición del pulgar al sujetar objetos, temor a lo desconocido, se consolidan los vínculos afectivos con la familia y el niño logra mantenerse erguido de forma independiente (10).

2.1.3. 8-12 meses

El niño comienza a extender sus pies, piernas, además de sus dedos índice y pulgar. Además de manipular y examinar los objetos, tiene una postura erguida, comienza a buscar cosas u objetos que se pierden de su campo visual y reacciona de una manera positiva a los juegos con los padres. El llanto se vuelve su medio para poder llamar la atención, sus gritos suelen aparecer como una respuesta tanto a la frustración y al enojo (10).

2.1.4. 1er año

Consigue caminar y sentarse de una manera autónoma, demuestra un pequeño sentido de independencia y comienza con gestos de saludar, aplaudir y despedirse. Manifiesta desconfianza hacia los desconocidos, reacciona con irritación ante situaciones que percibe como incorrectas y en ocasiones, responde a indicaciones verbales simples. Su comprensión del lenguaje supera su capacidad expresiva; sin embargo, su tolerancia a la atención dental resulta todavía muy limitada (1,10).

2.1.5. 2 años

A esta edad ya se desplaza de forma independiente, combina palabras para construir frases sencillas y muestra rasgos de personalidad propios. Realiza trazos básicos con materiales de dibujo y atraviesa un período de transición en las esferas física, emocional e intelectual. La mejora del lenguaje le permite expresar sus necesidades y emociones, y puede manifestar miedo especialmente frente a sonidos de alta intensidad (9,10).

2.1.6. 3 años

Consolida su sentido de identidad y se diferencia claramente todo lo de su entorno, ya sean personas u objetos. Su comportamiento alterna entre actitudes buenas y de oposición, muestra un fuerte deseo de hacer las cosas por sí mismo, experimenta temores relacionados principalmente con lo que percibe visualmente, y comienza a establecer vínculos, disfrutando de la convivencia con los de su misma edad (9,10).

2.1.7. 4 años

Se distingue por una actitud considerablemente interrogativa, realiza preguntas de una manera constante y acude a lenguaje poco inapropiado en momentos de tensión. Es la etapa de que los temores llegan su mayor grado. Durante la ira lo expresa mediante malas conductas como golpear o morder. Su miedo a un daño corporal se acentúa, y por otro lado los miedos a ruidos fuertes y a persona desconocidas se aminora (9,10).

2.1.8. 5 años

El desarrollo motor alcanza un nivel superior de madurez, lo que le permite al niño correr y saltar con mayor coordinación. Es capaz de leer textos más extensos, distingue entre conductas correctas e incorrectas, disfruta de la compañía de sus amigos y experimenta satisfacción personal cuando logra realizar tareas de manera exitosa (9,10).

2.1.9. 6-11 años

Durante esta etapa suele observarse cierto descuido en relación con la salud oral, e incluso el abandono de las visitas al odontopediatra, pese a que el niño haya recibido orientación al respecto durante etapas anteriores. Es un periodo de importantes cambios

físicos y psicológicos, en el que el niño adquiere responsabilidades y debe adaptarse a normas y exigencias tanto en el hogar como en el ámbito escolar (1,10).

2.2. Factores emocionales en la consulta odontológica

La manera en la que el niño responde a la atención dental está determinada por múltiples variables, entre ellas su etapa de desarrollo, las vivencias odontológicas anteriores, su temperamento, los vínculos afectivos con su familia y su nivel de ansiedad habitual (2,4). En el rango de los 3 a los 7 años, la capacidad imaginativa, la memoria de tipo emocional y el razonamiento lógico aun en formación hacen que percepciones sensoriales como el sonido del instrumental o la posición reclinada en el sillón puedan desencadenar reacciones de miedo (2,4).

Las investigaciones recientes indican que la ansiedad dental en niños y adolescentes tiene una prevalencia considerable y se ubica entre las principales causas de comportamiento brusco en el entorno odontológico. Asimismo, la evidencia científica muestra que la implementación de estrategias adecuadas logra reducir de manera significativa la tensión, el llanto y la resistencia física, lo que se traduce en una mayor colaboración del paciente durante la consulta.

2.2.1. Miedo y temor dental

El miedo es una reacción emocional de carácter normal que surge ante motivos específicos del ambiente odontológico que el niño interpreta como una amenaza (2).Se trata de sensaciones molestas generadas por ciertos elementos propios del tratamiento dental. En la población pediátrica, esta respuesta es adaptativa y temporal: generalmente es de baja intensidad, acorde con la edad del paciente, y tiende a aminorarse a medida que el niño madura (4).

El temor dental, por su parte, se define como una sensación de incertidumbre o aprensión ante la posibilidad de enfrentar dolor, incomodidad o situaciones desconocidas en el contexto odontológico (2).A diferencia del miedo, que suele vincularse a un estímulo puntual y presente, el temor puede manifestarse de forma anticipatoria, por ejemplo, cuando el niño pregunta antes del procedimiento si le va a doler o muestra inseguridad previa al inicio de la atención (1,2).

Los factores que desencadenan con mayor frecuencia estas respuestas en la consulta incluyen la aplicación de anestesia local, el ruido generado por los instrumentos rotatorios y el aislamiento del campo operatorio (2). Se han documentado variaciones estadísticamente significativas en los niveles de miedo en función de la edad del paciente durante la atención clínica, así como diferencias según el sexo en procedimientos de profilaxis. (1,2)

2.2.2. Ansiedad dental infantil

La ansiedad en la infancia se describe como un estado de tensión psicológica, preocupación o expectativa negativa vinculado con la visita al odontólogo o con los procedimientos que esta implica (3). Su característica distintiva es que puede presentarse incluso antes del contacto directo con el estímulo temido, manifestándose desde la sala de espera o desde el momento en que el niño es informado de que acudirá a la cita odontológica. Este estado puede interferir con la comunicación, limitar la disposición a cooperar y comprometer el desarrollo apropiado del tratamiento odontopediátrico (6).

En el campo de la odontopediatría, la ansiedad dental cobra especial relevancia por la diversidad de factores que pueden originarla, como antecedentes de experiencias dolorosas, el comportamiento de los cuidadores, el desconocimiento del entorno clínico y la complejidad del procedimiento (2,4). Identificar la ansiedad oportunamente facilita la elección de técnicas no farmacológicas que mejoren la adaptación del paciente y su disposición a participar activamente en el tratamiento (4).

2.2.3. Fobia dental

La fobia dental es el extremo más severo e invalidante dentro del ámbito odontopediátrico. Se distingue por una reacción de ansiedad intensa, persistente y claramente detonada por estímulos identificables, ya sean elementos específicos del entorno dental (como el sonido del instrumental o la jeringa anestésica) o el contexto odontológico en su totalidad (2). A diferencia de la ansiedad común, la respuesta fóbica es desproporcionada con respecto al estímulo real y genera un deterioro funcional de relevancia clínica (4).

Desde un punto de vista diagnóstico, es un trastorno psiquiátrico formal que se identifica cuando el paciente presenta de manera sostenida reacciones de miedo extremo que alteran su vida cotidiana y lo llevan a evitar sistemáticamente la atención dental. En la población infantil, esto puede expresarse como un estado de pánico agudo ante la exposición al agente detonador (2).

Las consecuencias de una fobia dental en la consulta sin tratamiento son notables, la evitación de la consulta ocasiona una degradación en la salud bucal del paciente, que por lo general en estos casos el paciente acude únicamente por situaciones de urgencia, y esto ocasiona una intensificación aún más el cuadro fóbico (2,3).

2.3. Evaluación conductual

2.3.1. De Frankl

Es una herramienta de diagnóstico empleada en la consulta odontopediatra que facilita una valoración de una forma tanto ágil y práctica de la conducta del paciente pediátrico en el entorno odontológico (11).

Se clasifica la conducta del paciente en cuatro niveles progresivos, que van desde el rechazo absoluto a recibir atención hasta una actitud de plena cooperación, lo que orienta al profesional en la selección de la estrategia de manejo conductual más apropiada para cada caso (11).

Tabla 1. Escala de Frankl

TIPO 1 - - (Rechazo total del tratamiento)
El paciente pediátrico llora fuerte, presenta miedo evidente, agresión tanto fisica y verbalmente, cualquier intervención la rechaza. Grita, muerde, golpea e intenta levantarse del sillón. No hay posibilidad en avanzar con técnicas básicas sin modificar primero el abordaje (11).
TIPO 2 – (Resistencia)
El paciente pediatrico presenta tensión, resistencia, o actitudes evasivas, sin presencia de llanto fuerte y menos agresión. Está callado, tenso, emocionalmente está cerrado, e inventa excusas para evitar el tratamiento. Su respuesta es poca a las instrucciones del odontopediátra. Poco margen para intervenir con técnicas no farmacológicas (11).

TIPO 3 + (Acepta el tratamiento con cautela)
El paciente pediátrico acoge el tratamiento sin entusiasmo. Demuestra cierta tensión y precaución, sigue las instrucciones y no obstaculiza el tratamiento. Existe comunicación fluida con el odontopediatra. Con la ayuda de técnicas básicas y refuerzos positivos se logra un buen tratamiento (11).
TIPO 4 ++ (Cooperación óptima, interés activo)
El paciente demuestra una excelente relación en la consulta, demuestra interés por el tratamiento, realiza preguntas, sonríe y se divierte. Colaborar positivamente, e incluso hace caso a las órdenes del odontopediatra. Facilita acabar el tratamiento sin ayuda del manejo conductual (11).

Nota. Información extraída de,(11) .

2.3.2. De Venham

La Escala de Venham constituye una herramienta de valoración conductual ampliamente utilizada en odontopediatría, mediante la cual se cuantifica el nivel de ansiedad del paciente en una escala de 0 a 5. Un puntaje de 0 refleja a un niño relajado y cooperador, con buena capacidad comunicativa, mientras que un puntaje de 5 corresponde a un cuadro de ansiedad severa, caracterizado por llanto intenso, rechazo activo al tratamiento y nula disposición a colaborar. Esta clasificación resulta útil para que el profesional identifique el estado emocional del niño y defina la estrategia conductual más adecuada (11).

Tabla 2. Escala de Venham

PUNTAJE	CLASIFICACIÓN
0	Paciente relajado, sonriente, comunicativo y cooperador.
1	Inquietud leve, hay una tensión o molestia leve.
2	Temor evidente, existen preguntas ansiosas y un leve llanto.
3	Un rechazo moderado, llanto y protesta verbalmente.
4	Una ansiedad marcada, llanto generalizado y movimientos corporales.
5	Una extrema ansiedad, desconexión total con el odontopediatra, conducta de escape y una cooperación totalmente nula.

Nota. Información extraída de, (11).

2.4. Principios del manejo no farmacológico

2.4.1. Orientación preventiva

Este principio se fundamenta en la realización de citas previas al inicio formal del tratamiento, con el propósito de que el niño vaya familiarizándose progresivamente con el entorno del consultorio dental, de modo que pueda afrontar con mayor seguridad las situaciones que le generan temor durante la consulta (1,12).

2.4.2. Ambiente controlado y seguro

Este principio se concreta mediante la organización de un espacio físico acogedor, diseñado pensando en el bienestar del paciente pediátrico, en el que se inicia y consolida el vínculo entre el profesional y el niño. Dicha relación comienza al explorar al paciente con una actitud respetuosa, emplear un vocabulario adecuado a su etapa de desarrollo, valorar su individualidad y brindarle la confianza necesaria para que se sienta seguro (1,12).

2.4.3. Permitir al niño la sensación de control

Esta estrategia consiste en otorgar al paciente cierto margen de participación en la toma de decisiones, invitarlo a involucrarse activamente en la consulta y habilitarlo para manipular instrumentos seguros, como el eyector de saliva o el espejo bucal (5). De esta manera, el niño percibe su participación como algo voluntario y no impuesto. Es igualmente importante brindar al paciente la posibilidad de expresar sus miedos, escucharlos con atención y hacerle sentir que el profesional comprende y se interesa genuinamente por lo que siente (5).

Abordar el miedo del niño antes, durante y después del procedimiento contribuye a generar un clima de seguridad y a incrementar su nivel de cooperación (1,5). Con el fin de orientar la conducta del paciente pediátrico en el transcurso del tratamiento, se han diseñado diversas técnicas que pueden emplearse de forma individual o en combinación, según las necesidades y características de cada paciente (1,5).

2.4.4. Importancia del rol del odontopediatra y los padres

El manejo conductual exitoso depende de la interacción coordinada entre el odontólogo, el niño y su familia (5). La evidencia disponible indica que cuando los padres participan en la preparación psicológica del niño, se reduce la ansiedad previa a la consulta y mejora la aceptación del tratamiento (8). El profesional, por su parte, debe proyectar una actitud empática, serena y con control emocional, dado que los niños son especialmente sensibles a las expresiones faciales, los gestos y el tono de voz del adulto que los atiende (4).

2.5. Técnicas de comunicación

2.5.1. Lenguaje pediátrico

El uso de un lenguaje apropiado es fundamental para garantizar la cooperación del niño durante la consulta. El vocabulario empleado debe ajustarse a la edad del paciente, siendo comprensible para su nivel de desarrollo o levemente más avanzado, ya que esto puede funcionar como un estímulo motivador (9). El vocabulario sustitutivo permite reemplazar términos técnicos como anestesia, ácido ortofosfórico, dique de goma, explorador, corona, turbina o sellantes por expresiones más amigables como agua dormilona, jabón de dientes, paraguas, cuenta dientes, sombrero de dientes, cepillo con motor o pinta dientes. Se debe evitar el uso de palabras que puedan incrementar el miedo del paciente, como pinchar, extracción, dolor o sangre (1,9).

2.5.2. Técnica “Decir-Mostrar-Hacer”

Denominada en inglés Tell–Show–Do, es una de las estrategias de orientación conductual de mayor aplicación en la práctica odontopediátrica (1,13). Su desarrollo se articula en tres fases: primero se describe al niño en términos simples y positivos lo que se va a realizar; luego se le muestran los instrumentos o el procedimiento de manera progresiva; y finalmente se ejecuta la atención clínica (13). Su propósito principal es reducir la aprensión del paciente hacia el entorno dental, disminuir su ansiedad y propiciar una actitud más colaboradora durante la consulta (1,13).

2.5.3. Variantes de la técnica Decir-Mostrar-Hacer”

Dada la evolución en el desarrollo cognitivo infantil y el uso extendido de recursos lúdicos y tecnológicos en la actualidad, se han propuesto adaptaciones de la técnica original Decir–Mostrar–Hacer (13). Entre ellas figuran el Tell–Play–Do, el Tell–Play–Do con juego dental en smartphone, el Ask–Tell–Ask y el Tell–Show–Play-Doh. Estas variantes conservan el principio central de explicar y familiarizar al niño con el procedimiento, pero incorporan elementos como el juego, la simulación, la expresión emocional y el uso de herramientas digitales para reducir la ansiedad y potenciar la cooperación (13).

2.5.3.1. Tell-Play-Do

En esta variante introduce el juego como componente esencial del proceso de adaptación del niño al entorno odontológico (13). En su desarrollo, primero se explica el procedimiento con un lenguaje sencillo y acorde con la edad del paciente; luego, el niño participa activamente ejecutando ese procedimiento sobre un modelo, muñeco o figura con apertura bucal, valiéndose de instrumental dental de juguete (13).

Esta estrategia permite que el paciente pediátrico se familiarice con el ambiente clínico y comprenda de forma práctica lo que ocurrirá durante su atención. Al participar a través del juego, la situación desconocida se transforma en una experiencia más cercana, manejable y comprensible, lo que contribuye a reducir el temor al tratamiento (13).

2.5.3.2. Tell-Play-Do con juego dental en smartphone

En esta modalidad incorpora aplicaciones o juegos digitales relacionados con procedimientos odontológicos (13). El niño interactúa con un juego en el teléfono en el que visualiza, de manera animada, instrumentos como la pieza de mano, el eyector o los materiales de restauración; posteriormente se lleva a cabo el procedimiento clínico real (13).

Esta variante aprovecha el interés natural de los niños por los dispositivos digitales. Al explorar un juego que simula situaciones dentales, el paciente se familiariza con el procedimiento antes de vivirlo en el sillón, y la atención se redirige hacia una actividad lúdica que puede contribuir a reducir la ansiedad y mejorar la cooperación durante la atención restauradora (13).

2.5.3.3. Ask-Tell-Ask

Esta técnica se sustenta en la comunicación directa con el paciente. En primer lugar, el odontólogo indaga sobre las emociones, pensamientos o inquietudes del niño respecto al procedimiento; a continuación, proporciona una explicación accesible del tratamiento empleando un lenguaje adecuado a su edad; finalmente, vuelve a preguntar cómo se siente tras haber recibido esa información (13).

El punto principal es que el niño asuma un rol activo en la consulta y pueda expresar sus emociones. No obstante, según la revisión de Lekhwani et al., (13) esta variante no obtuvo los mejores resultados en comparación con otras modificaciones, dado que algunos pacientes pueden experimentar mayor ansiedad al verbalizar sus miedos directamente ante el odontólogo (13).

Por ello, su aplicación resulta más pertinente en niños con mayor capacidad expresiva o en pacientes que ya han establecido un vínculo de confianza con el profesional (13).

2.5.3.4. Tell-Show-Play-Doh

En esta variante se utilizan materiales moldeables (como plastilina o juegos dentales tipo Play-Doh) para simular el procedimiento odontológico (13).

El infante mira y repite el tratamiento de una forma recreativa, como un ejemplo, realiza una cavidad en un dientecito de juguete y lo restaura con un material del mismo color (13).

Esta técnica facilita un aprendizaje visual, táctil y recreativo simultaneo. Al tocar, sentir los instrumentos y el realizar el tratamiento antes de recibirlo, luego el niño lo asimila como una aventura ya conocida y menos amenazante. En las investigaciones publicadas recientes, este método demostró una efectividad favorable, en especial por juntar la explicación, la demostración y la participación mediante el juego (13).

Las variaciones de la técnica “Decir–Mostrar–Hacer” permiten mejorar en el tema de la adaptación del paciente a la consulta dental con planificaciones más interactivas y precisas a las características emocionales. Tell–Play–Do y Tell–Show–Play-Doh integran el juego físico como elemento central, mientras que Tell–Play–Do con smartphone recurre a entornos digitales para simular el contexto odontológico. Ask–Tell–Ask, en cambio, prioriza la comunicación verbal y la expresión emocional del paciente. En conjunto, estas modificaciones favorecen una mayor comprensión del procedimiento, una reducción de la ansiedad y una actitud más cooperadora durante la atención odontopediátrica (13).

2.5.4. Control de voz

El control de voz implica ajustar deliberadamente la intensidad y el tono al comunicarse con el niño, con el fin de captar su atención y reconducir conductas inapropiadas durante la consulta (1).Aunque su uso puede generar debate, la evidencia disponible indica que, empleado de forma respetuosa y puntual, puede ser una herramienta eficaz para restablecer el orden del entorno clínico sin provocar afectaciones psicológicas en el paciente (5).

2.6. Técnicas de modificación de la conducta

2.6.1. Refuerzo positivo

En esta técnica se basa en reconocer y recompensar, ya sea de manera verbal o a través de pequeños incentivos materiales, las conductas deseables del niño durante la consulta, con el objetivo de fomentar su cooperación (5). Expresiones como "lo estás haciendo muy bien" o "eres muy valiente" fortalecen las habilidades del paciente para afrontar la situación y generan asociaciones positivas con el entorno odontológico (7).

De la misma manera, pueden emplearse recompensas simbólicas como stickers o reconocimientos, siempre que su función sea reforzar una conducta cooperadora y no ejercer presión sobre el niño (7).

2.6.2. Distracción

Consiste en emplear estímulos visuales, auditivos o cognitivos para desviar la atención del niño de aquellos elementos que le generan temor (14). Entre los recursos utilizados se encuentran la música, los videos, los relatos guiados, los juguetes sensoriales y las herramientas tecnológicas (15). La distracción audiovisual y la musicoterapia cuentan

con respaldo científico en la reducción de la ansiedad, tanto en sus dimensiones fisiológicas como subjetivas, en pacientes pediátricos. (16)

La realidad virtual ha sido descrita también como una herramienta contemporánea de distracción con potencial para disminuir la ansiedad dental en la infancia, especialmente en procedimientos que resultan particularmente estresantes para el paciente (17).

2.6.3. Modelado y desensibilización gradual

El modelado consiste en exponer al niño a la observación de otro paciente o de un modelo audiovisual que se comporta de manera adecuada durante el tratamiento dental (5). La desensibilización progresiva resulta especialmente indicada en pacientes con niveles elevados de ansiedad, ya que los expone de forma paulatina a los estímulos odontológicos, reduciendo gradualmente su reactividad emocional ante ellos (5,18).

2.6.4. Reestructuración cognitiva y técnicas psicoconductuales

Estrategias como la respiración diafragmática, la visualización guiada y el control de la tensión muscular han sido incorporadas al manejo odontopediátrico en pacientes mayores de 7 años, con el propósito de generar una sensación de autocontrol frente a la situación clínica (19).

Estas técnicas promueven la implicación activa del niño en la regulación de su propia ansiedad y resultan más aplicables cuando el paciente dispone de mayor capacidad de comprensión y autorregulación (18).

2.6.5. Técnicas alternativas: terapia del juego, cuentos terapéuticos

Investigaciones recientes en el contexto latinoamericano han incorporado estrategias lúdicas como dramatizaciones, muñecos dentales y juegos de roles, orientadas a transformar la consulta en un espacio percibido como menos amenazante por el niño (20). Estas propuestas buscan que el paciente se aproxime al tratamiento de manera simbólica, facilitando tanto la comunicación como la adaptación al entorno odontológico (20).

2.7. Técnicas limitantes

Algunos pacientes demuestran comportamientos que necesitan técnicas de manejo más fuertes, por su limitada madurez psicológica o emocional les dificulta colaborar de una manera común, estos casos se dan en pacientes de corta edad o que tengan discapacidades tanto intelectuales como físicas (1,21). El empleo de estas está destinada a profesionales con una formación en odontopediatría, por lo tanto, no se debería usar en profesionales que no tengan preparación, ya sea por sus indicaciones, los riesgos que ocasiona (21)

2.7.1. Inmovilización o restricción física

La restricción física, también denominada estabilización protectora, restricción mecánica corporal o inmovilización, puede emplearse cuando existe una indicación clínica debidamente justificada, con el propósito de prevenir lesiones y garantizar que el procedimiento se realice en condiciones de seguridad (21).

Cuando se recurre a este tipo de medida, el profesional debe tener pleno conocimiento de los riesgos médicos, psicológicos y legales que implica. El consentimiento

informado debe obtenerse, explicarse y registrarse antes de iniciar el tratamiento, constituyendo un respaldo tanto clínico como ético del procedimiento (21).

Su aplicación puede realizarse mediante las manos o el cuerpo del profesional, del asistente dental o de un familiar, o bien a través de dispositivos específicos, siempre que exista indicación precisa, consentimiento documentado y registro adecuado (21).

2.7.2. Mano sobre boca

Históricamente, esta técnica fue descrita como un recurso para restablecer la comunicación con un niño que, siendo capaz de comunicarse, adoptaba una actitud desafiante (1). No obstante, en la actualidad se considera una práctica controvertida y no se recomienda como estrategia habitual de manejo conductual, dadas sus implicaciones éticas, emocionales y legales (1,21).

2.7.3. Dispositivos auriculares (bloque de mordida, abreboca)

Estos dispositivos se emplean para mantener la apertura bucal durante procedimientos de larga duración o cuando el paciente no logra sostener la boca abierta de manera continua (1). Facilitan el trabajo clínico del odontólogo y deben diferenciarse de la estabilización protectora, ya que en pacientes colaboradores pueden constituir simplemente una ayuda instrumental para llevar a cabo el procedimiento con mayor seguridad y comodidad (21).

2.8. Eficacia clínica de las técnicas de manejo conductual

Una revisión sistemática realizada por Ortega y colaboradores concluye que las técnicas no farmacológicas, cuando se aplican de forma combinada y ajustada al nivel de desarrollo del niño, resultan eficaces para reducir las conductas negativas durante la consulta odontopediátrica (6).

En la misma línea, revisiones publicadas recientemente sostienen que las intervenciones no farmacológicas pueden contribuir a disminuir la ansiedad dental pediátrica y a mejorar la disposición cooperadora del paciente (5).

Las técnicas con mayor respaldo científico según la evidencia reciente son:

- Decir-mostrar-hacer
- Refuerzo positivo
- Distracción audiovisual
- Modelado
- Desensibilización gradual
- Musicoterapia
- Realidad virtual (1,5,6,22).

La evaluación rigurosa mediante instrumentos conductuales validados, como la Escala de Frankl o la Escala de Venham, permite seleccionar la técnica más adecuada para cada paciente, incrementando así la efectividad del manejo (13).

2.9. Protocolo para la selección y aplicación de técnicas no farmacológicas de manejo y modificación de la conducta en odontopediatría

El manejo y la modificación de la conducta en odontopediatría son pilares fundamentales para reducir la ansiedad dental, favorecer la cooperación del niño y posibilitar la atención clínica sin necesidad de recurrir, en primera instancia, a intervenciones farmacológicas.(5) Por esta razón, las estrategias no farmacológicas deben constituir la primera línea de abordaje, dejando las técnicas farmacológicas o físicas para aquellos casos en que el manejo conductual no resulte suficiente (5). La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) ha establecido el término "una guía conductual" como sustituto de "manejo conductual", recalcando un punto de vista más participativo y menos centrado en el control del comportamiento (1).

La selección de las técnicas no se debe argumentar con un único criterio, al contrario, con un análisis integrado de muchos factores determinantes (1). Uno de los más importantes es la edad del paciente, el nivel de ansiedad y el procedimiento odontológico. La primera se guía sobre qué técnicas son más pertinentes de acuerdo con la madurez cognitiva, como la de decir-mostrar-hacer es correcta en pacientes pediátricos de entre los 3 y los 6 años, otra como la respiración guiada o la reestructuración cognitiva resultan más acertadas a partir de los 7 años (5,13,19). El grado de la ansiedad, evaluado con las escalas de Frankl o Venham, nos permite decidir si se necesita de estrategias básicas o combinación de técnicas (13). Del mismo modo, los procedimientos no invasivos suelen abordarse con estrategias simples, en tanto que intervenciones invasivas como exodoncias, pulpotomías o aplicación de anestesia local pueden requerir técnicas complementarias como la distracción audiovisual o la realidad virtual (1,13,17).

A estos factores se suman los antecedentes clínicos del paciente, el comportamiento registrado en consultas previas, el temperamento, la urgencia del tratamiento y el grado de involucramiento familiar (5). La AAPD recomienda que todos estos aspectos queden documentados antes de seleccionar cualquier técnica, incluyendo el correspondiente consentimiento informado (21).Asimismo, la participación de la familia debe integrarse como parte del protocolo, dado que su orientación e implicación activa contribuyen a disminuir la ansiedad del niño y a potenciar su cooperación durante la consulta (8).

En definitiva, este protocolo debe concebirse como una guía de toma de decisiones flexible, articulada en torno a la valoración inicial del paciente, la selección individualizada de la técnica más adecuada y la reevaluación continua de la conducta a lo largo de la consulta. (1,5) De este modo, se favorece una atención odontopediátrica más segura, humanizada y ajustada a las necesidades particulares de cada niño. (1,5)

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la investigación

Este trabajo se enmarca en un enfoque **cualitativo**, según Hernández-Sampieri et al. (23), dado que su desarrollo no implica la medición numérica de los datos primarios, sino la revisión, análisis e interpretación crítica de producción científica publicada en torno a las estrategias conductuales aplicadas durante la atención odontológica en la infancia.

3.2. Tipo de investigación

Según su finalidad se trata de una investigación tipo **documental-bibliográfica**, sustentada íntegramente en fuentes secundarias recuperadas de bases de datos científicas reconocidas a nivel internacional. Y su alcance o nivel corresponde a una investigación **descriptiva**, orientada a caracterizar, organizar y sintetizar los hallazgos disponibles en la literatura científica sobre el manejo conductual en odontopediatría, sin pretender establecer vínculos causales entre variables (23).

3.3. Diseño de investigación

El presente estudio adoptó como diseño una **revisión bibliográfica sistemática.** La modalidad metodológica reconocida en el Reglamento de titulación de la Universidad Nacional de Chimborazo (24), que se distingue por la aplicación de procedimientos estructurados, transparentes y replicables orientados a localizar, seleccionar, valorar críticamente y sintetizar la evidencia existente en relación con una interrogante de investigación previamente definida. Todo el proceso se ejecutó bajo las directrices de la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), con el fin de asegurar el rigor y la reproducibilidad de cada etapa metodológica (25).

3.4. Fase de proceso de revisión

Para responder la pregunta PICO planteada, se desarrolló el proceso de revisión en tres etapas secuenciales, alineadas con los lineamientos de la declaración PRISMA 2020. En primer lugar, se ejecutó la búsqueda de la información en las bases de datos científicas seleccionadas (PubMed/MEDLINE), empleando descriptores MeSH (*Medical Subject Headings*) y DeCS (*Descriptores en Ciencias de la Salud*), combinados mediante operadores booleanos (AND, OR, NOT) para construir las ecuaciones de búsqueda en PubMed/MEDLINE. Posteriormente, los registros obtenidos fueron sometidos a los criterios de elegibilidad definidos con anterioridad, mediante una revisión progresiva por título, resumen y texto completo, en la que se descartaron los duplicados, los documentos sin relación directa con el manejo conductual no farmacológico en odontopediatría y aquellos que no cumplían los criterios de inclusión, hasta consolidar la muestra definitiva de artículos. Finalmente, de cada estudio incluido se extrajo la información relevante (autor, año, tipo de diseño, población, técnica evaluada y hallazgos principales), la cual fue organizada en tres matrices analíticas correspondientes a los objetivos específicos de la investigación, permitiendo sintetizar la evidencia de manera coherente con la estructura del trabajo.

3.5. Población, tipo de muestreo y tamaño

En la población se comprendió el conjunto de publicaciones científicas localizadas en las bases de datos definidas para esta revisión (PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO, Latindex y Redalyc) que tratan el manejo conductual en la consulta

odontológica pediátrica, dentro del período comprendido entre 2016 y 2026. Como resultado de la fase de identificación inicial, se recuperaron **122 registros**.

Se aplicó un muestreo **no probabilístico por conveniencia**, guiado por criterios de elegibilidad establecidos con anterioridad al inicio de la búsqueda, garantizando la coherencia en la selección de los estudios.

En el tamaño de la muestra el contexto de una revisión bibliográfica, el número de estudios incluidos no se determina mediante cálculo estadístico convencional, sino que emerge del propio proceso de selección sistemática. Una vez ejecutadas las fases de cribado, elegibilidad y lectura de texto completo conforme al protocolo PRISMA 2020, la muestra definitiva quedó integrada por **22 artículos** que satisficieron la totalidad de los criterios de inclusión y fueron incorporados al análisis cualitativo.

3.6. Formulación de preguntas de investigación

Con el propósito de delimitar con precisión el alcance de la búsqueda y orientar la selección de los estudios más pertinentes, se formularon cuatro preguntas de investigación bajo el esquema **PICO**

Pregunta 1: ¿El uso de técnicas no farmacológicas de modificación conductual contribuye a reducir la ansiedad y favorecer la cooperación del paciente pediátrico en el entorno odontológico?

Pregunta 2: ¿Qué técnicas de modificación conductual se emplean con mayor frecuencia en la consulta odontopediátrica?

Pregunta 3: En la consulta odontológica infantil, ¿qué nivel de efectividad presentan las distintas técnicas conductuales frente a otras intervenciones o a la ausencia de estas?

Pregunta 4: ¿La implementación de un protocolo estructurado y basado en evidencia para elegir técnicas conductuales produce mejores resultados clínicos que el criterio empírico del profesional?

3.7. Protocolo PRISMA 2020

3.7.1. Preguntas PICO

¿El uso de técnicas no farmacológicas de modificación conductual contribuye a reducir la ansiedad y favorecer la cooperación del paciente pediátrico en el entorno odontológico?

Tabla 3. Pregunta PICO

Componente	Descripción
P-Población	Pacientes pediátricos
I-Intervención	Técnicas no farmacológicas de modificación de la conducta
C-Comparación	Ausencia de intervención conductual o uso de alternativas distintas
O-Outcomes	Cooperación incrementada y niveles reducidos de ansiedad dental

3.7.2. Criterio de selección

Tabla 4. Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos científicos originales difundidos dentro del período 2016–2026	Trabajos publicados fuera del rango temporal establecido (2016–2026)
Estudios publicados en revistas indexadas de reconocido impacto científico (PubMed, Scopus, Web of Science) o en plataformas regionales (SciELO, Latindex, Redalyc)	Artículos no indexados o con restricción de acceso
Documentos disponibles en texto completo y con acceso abierto	Publicaciones duplicadas identificadas entre las distintas bases de datos consultadas
Publicaciones redactadas en español o inglés	Documentos redactados en idiomas diferentes al español o al inglés
Trabajos que examinen estrategias de modificación conductual en el ámbito de la odontopediatría	Estudios orientados de forma exclusiva a intervenciones de naturaleza farmacológica
Estudios que reporten datos sobre efectividad clínica, niveles de ansiedad dental o grado de cooperación del paciente infantil	Investigaciones sin vinculación directa con la modificación de conducta en odontología pediátrica
Formatos documentales aceptados: revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas, ensayos clínicos controlados, estudios de casos y metaanálisis	

3.7.3. Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se diseñó a partir de la combinación de descriptores MeSH (Medical Subject Headings) y términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), articulados mediante operadores booleanos (AND, OR, NOT) en las plataformas de búsqueda seleccionadas. Las ecuaciones aplicadas en cada base de datos fueron las siguientes:

Tabla 5. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados
PubMed/MEDLINE	("Behavior Control"[Mesh] OR "Behavior Therapy"[Mesh] OR "behavior modification") AND ("Pediatric Dentistry"[Mesh] OR "Dental Care for Children"[Mesh]) AND ("Dental Anxiety"[Mesh] OR "Dental Fear")	40
PubMed/MEDLINE	("Tell-Show-Do" OR "Positive Reinforcement" OR "Communication"[Mesh]) AND "Pediatric Dentistry"[Mesh] AND "Cooperative Behavior"[Mesh]	21

PubMed/MEDLINE	("Virtual Reality" OR "Audiovisual Distraction" OR "Music Therapy"[Mesh] OR "Play Therapy"[Mesh]) AND "Pediatric Dentistry"[Mesh] AND "Dental Anxiety"[Mesh]	34
PubMed/MEDLINE	("Behavior Control"[Mesh] AND "Pediatric Dentistry"[Mesh]) AND ("Treatment Outcome"[Mesh] OR "Efficacy") NOT "General Anesthesia"[Mesh]	27
TOTAL		**122**

3.7.4. Flujograma Prisma

La selección de estudios se desarrolló en cuatro etapas sucesivas conforme al flujograma PRISMA 2020, resumidas a continuación.

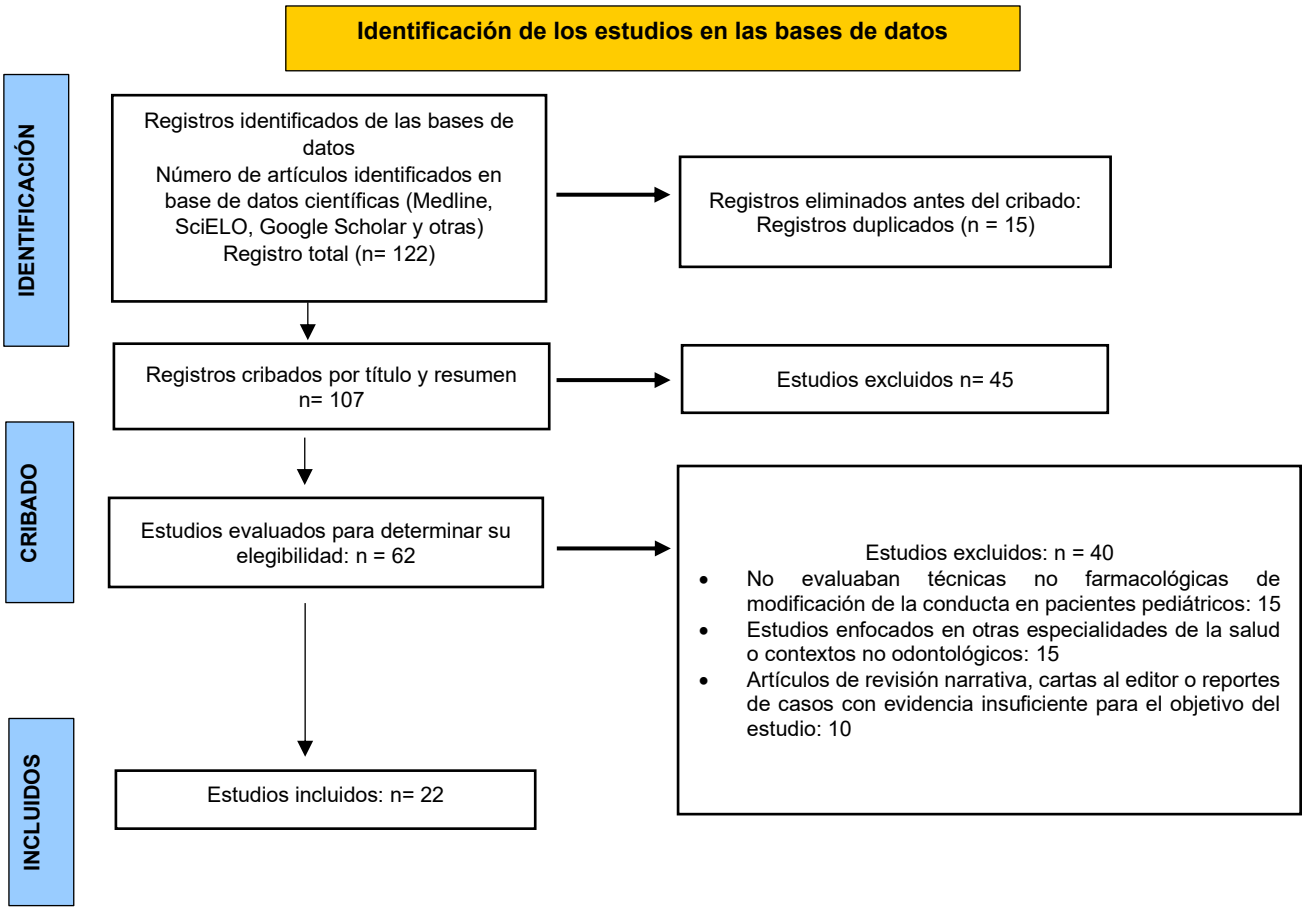


Figura 1: Flujo de búsqueda y selección de estudios
Fuente: Elaborado por los autores. Adaptado de PRISMA

3.8. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos e información

El método central de recolección de información fue la revisión documental sistemática, ejecutada a través de búsquedas estructuradas en bases de datos internacionales de alto impacto y plataformas regionales, siguiendo en todo momento las pautas metodológicas establecidas por PRISMA 2020 para las fases de identificación, tamizaje, evaluación de elegibilidad e inclusión definitiva (25).

Se elaboró una matriz de extracción de datos diseñada específicamente para los propósitos de esta investigación. En ella, cada artículo seleccionado fue registrado de acuerdo con los siguientes campos: autoría, año y país de publicación, diseño del estudio, técnica conductual analizada, características de la muestra, principales resultados obtenidos en términos de cooperación, ansiedad y eficacia clínica, así como las conclusiones y limitaciones señaladas por los propios investigadores. Esta herramienta facilitó la organización homogénea de la información y sirvió como base para la síntesis cualitativa de los hallazgos.

3.9. Evaluación de la calidad metodológica

Tabla 6. Identificación de las principales técnicas de modificación de conducta

N°	Autor/Año	Título original	Base de datos	CRF-QS
1	AAPD, 2025	Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient	PubMed	18/19
2	Gizani et al., 2022	Basic Behavioural Management Techniques	PubMed	19/19
3	Kohli et al., 2022	Psychological Behavior Management Techniques	PubMed	19/19
4	Alarco-Cadillo et al., 2021	Musicoterapia y Distracción Audiovisual	Scielo	17/19
5	Massignan et al., 2022	Aceptación parental de técnicas conductuales	PubMed	18/19
6	Sharma et al., 2021	Evaluación conductual en odontopediatría	PubMed Central	15/19

Tabla 7. Síntesis de resultados sobre reducción de ansiedad y mejora de la cooperación en las técnicas revisadas

N°	Autor/Año	Título original	Base de datos	CRF-QS
7	Yan et al., 2023	Virtual Reality Distraction Interventions	PubMed	19/19
8	Bagher et al., 2023	Virtual Reality Distraction in Anxious Patients	PubMed	18/19
9	Varshitha et al., 2023	Virtual Reality Eyewear in Hearing-Impaired Children	PubMed	18/19
10	Vitale et al., 2025	Tell-Show-Do vs AI-Based Video	PubMed	18/19
11	Nadaf et al., 2025	Tell-Show-Do-Play Technique	Google Scholar	18/19
12	Ramos Guerrero et al., 2021	Musicoterapia en niños con discapacidad	Scielo	17/19
13	Kasimoglu et al., 2025	Reducción de ansiedad mediante VR	PubMed	18/19
14	Elicherla et al., 2024	Comparación de técnicas conductuales	PubMed	18/19
15	Bhowmick et al., 2025	Ansiedad dental pediátrica	PubMed Central	17/19
16	Alshatrat et al., 2025	Realidad virtual inmersiva y dolor	PubMed	18/19

Tabla 8. Factores para un protocolo de selección según edad, ansiedad y procedimiento.

N°	Autor/Año	Título original	Base de datos	CRF-QS
17	AAPD, 2025	Factores para selección de técnicas conductuales	Pubmed	18/19
18	Candan et al., 2023	Predictores de aceptación parental	PubMed	16/19
19	Salerno et al., 2024	Aceptación de técnicas avanzadas	PubMed	16/19
20	Kothari et al., 2019	Factores asociados a ansiedad dental	PubMed Central	16/19
21	Lekhwani et al., 2023	Comparative evaluation of Tell-Show-Do technique and its modifications in managing anxious pediatric dental patients among 4-8 years of age	PubMed	18/19
22	Sánchez et al. 2020	Manejo De Conducta De Los Niños Durante La Atención Dental	PubMed	17/19

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 9. Identificación de las principales técnicas de modificación de conducta

Autor(es)/Año	Diseño	Técnicas identificadas	Hallazgo principal
AAPD, 2025-2026 (1)	Guía clínica de consenso	Comunicación no verbal, decir-mostrar-hacer (TSD), control de voz, refuerzo positivo, distracción, desensibilización, estabilización protectora, sedación, anestesia general (1).	Clasifica las técnicas en básicas (no farmacológicas) y avanzadas (farmacológicas/físicas), recomendando individualización según el paciente (1).
Gizani et al., 2022 (26)	Revisión sistemática y metaanálisis	TSD, distracción audiovisual, distracción auditiva (música), modelado. (26)	Todas las técnicas básicas mostraron efectividad aceptable; la distracción fue superior en medidas subjetivas de ansiedad. (26)
Kohli et al., 2022 (27)	Revisión sistemática y metaanálisis	TSD, distracción audiovisual, técnicas psicológicas convencionales y modernas (27)	En procedimientos no invasivos las técnicas convencionales bastan; en invasivos, las técnicas modernas resultaron superiores (27)
Alarco-Cadillo et al., 2021 (15)	Estudio comparativo	Musicoterapia y distracción audiovisual (alternativas) vs. TSD, desensibilización, modelado (convencionales) (15)	Las técnicas alternativas mostraron resultados positivos como complemento de las convencionales (15)
Massignan et al., 2022 (8)	Metaanálisis	TSD, control de voz, restricción física, sedación, anestesia general, estabilización protectora (8)	Clasifica las técnicas según grado de aceptación parental; las comunicativas son las más aceptadas (8)
Sharma et al., 2021 (28)	Retrospectivo (n=328)	Modelado en vivo y TSD (28)	El uso combinado de ambas técnicas se asoció a mejoras en la escala de Frankl (28)

Elaboración propia: Marcel Landázuri

Análisis del resultado: La Tabla sintetiza las principales técnicas de modificación de conducta descritas en la literatura odontopediátrica de los últimos diez años. La guía clínica de la AAPD (1) constituye el referente normativo vigente, clasificando las técnicas en básicas (comunicación no verbal, decir-mostrar-hacer, control de voz, refuerzo positivo, distracción y desensibilización) y avanzadas (estabilización protectora, sedación consciente y anestesia general), cuya selección debe individualizarse según el paciente. De la misma manera, Gizani et al., (26)y Kohli et al., (27), por medio revisiones sistemáticas de metaanálisis, estuvieron de acuerdo en que las técnicas básicas sostienen una efectividad favorable, además

indican que las herramientas modernas como (distracción audiovisual, realidad virtual) demuestran una ventaja extra en tratamientos invasivos. En la región latinoamericana, Alarco-Cadillo et al., (15) demostraron evidencia sobre técnicas opcionales como (musicoterapia y distracción audiovisual) como alternativa de las convencionales, mientras tanto que en el metaanálisis sobre aceptación paterna ayuda a ordenar técnicas según el nivel de aprobación por parte de los tutores

Tabla 10. La síntesis de resultados sobre reducción de ansiedad y mejora de la cooperación en las técnicas revisadas

Autor(es)/Año	Diseño/Muestra	Técnica evaluada	Resultado principal
Yan et al., 2023 (17)	RS y metaanálisis (12 ECA, n=818)	Realidad Virtual (RV)	Reducción significativa de ansiedad, dolor y FC; señalan riesgo de sesgo de publicación (17).
Bagher et al., 2023 (29)	ECA (n=36, 6-14 años)	RV	Reducción significativa del cortisol salival/conductancia; sin diferencia significativa en FC (29)
Varshitha et al., 2023 (30)	ECA (n=40, 6-11 años, hipoacusia)	RV + TSD modificado vs. TSD modificado solo	La combinación RV+TSD-M redujo más el pulso postoperatorio (30)
Vitale et al., 2025 (31)	ECA	TSD vs. video animado con IA	Ambas técnicas redujeron la ansiedad; el video con IA mostró un beneficio adicional (31)
Nadaf et al., 2025 (32)	ECA	TSD-Play vs. TSD convencional	TSD-Play mostró menor incremento de frecuencia cardíaca y mejores puntajes FLACC/Houpt (32)
Otero Larnia et al., 2021 (33)	Estudio comparativo (niños con discapacidad)	Musicoterapia	Disminución de niveles de ansiedad y mayor relajación (33)
Kasimoglu et al., 2025 (34)	ECA cruzado (n=90, pulpotomía)	RV activa vs. pasiva vs. Control	La RV contribuyó positivamente a la adaptación del niño al tratamiento (34)
Elicherla et al., 2024 (35)	ECA doble ciego (n=50, primera cita)	TSD vs. ATA	Tell-Show-Do fue más eficaz que ask-tell-ask para aliviar la ansiedad dental en niños. (35)
Bhowmick et al., 2025 (36)	ECA (n=40, 4-8 años, exodoncia)	TSD vs. distracción audiovisual	Ambas efectivas; la audiovisual mostró ventaja al estimular dos sentidos (36)
Alshatrat et al., 2025 (37)	ECA (n=154)	RV inmersiva	Reducción significativa del dolor, con o sin anestesia local (37)

Elaboración propia: Marcel Landázuri

Análisis del resultado: Demuestra unos hallazgos sobre la efectividad de las técnicas analizadas. Yan et al., (17), en una revisión sistemática con metaanálisis de 12 ensayos clínicos (n=818), demuestra que la realidad virtual minimiza notablemente la ansiedad, el dolor y la frecuencia cardíaca en los niños. Bagher et al., (29) y Varshitha et al., (30) confirman este efecto en poblaciones específicas, incluyendo niños con hipoacusia, donde la combinación de realidad virtual con decir-mostrar-hacer modificado mostró resultados superiores a la técnica aislada. Por su parte, Vitale et al., (31) y Nadaf et al., (32)comparan el decir-mostrar-hacer tradicional con variantes modernizadas (video animado con inteligencia artificial y la modalidad TSD-Play), encontrando en ambos casos beneficios adicionales frente a la técnica convencional Otero Larnia et al., (33) demuestran, además, la efectividad de la musicoterapia en pacientes discapacitados, aumentando el rango de las opciones no farmacológicas disponibles.

Tabla 11. Protocolo para la selección y aplicación de técnicas no farmacológicas de manejo y modificación de la conducta en odontopediatría

Eje de decisión	Variable evaluada	Herramienta / criterio de valoración	Técnicas sugeridas según el eje
Edad del paciente	Edad cronológica y nivel de desarrollo cognitivo	Anamnesis y observación clínica inicial	***Menores de 3 años:*** familiarización, participación de los padres y citas cortas (21). ***De 3–6 años:*** comunicación verbal/no verbal, decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y modelado (21). ***Mayores de 7 años:*** respiración guiada, reestructuración cognitiva y comunicación estratégica (21).
Nivel de ansiedad previo	Ansiedad basal y cooperación antes del procedimiento	Escala de Frankl y venham	***Ansiedad leve-moderada:*** técnicas comunicativas básicas (13). ***Ansiedad alta:*** Combinación de técnicas como decir-mostrar-hacer, distracción, musicoterapia o realidad virtual (38).
Tipo de procedimiento	Grado de invasividad del tratamiento	Clasificación clínica: no invasivo o invasivo	***Procedimientos no invasivos:*** técnicas básicas (21). ***Procedimientos invasivos:*** combinación de técnicas no farmacológicas y mayor preparación psicológica del paciente (39).
Antecedentes y contexto clínico	Historia médica, temperamento, conducta en consultas previas, y urgencia del tratamiento	Historia clínica y el consentimiento informado	Selección individualizada de la técnica según antecedentes, conducta previa, urgencia y complejidad del tratamiento (40).

Participación familiar	Ansiedad parental y disposición para colaborar	Observación y diálogo con el cuidador	Educación e involucramiento activo de los padres antes, durante y después de la consulta (41)

Elaboración propia: Marcel Landázuri

Análisis del resultado: Se resume el protocolo propuesto para una buena selección de técnicas no farmacológicas de manejo conductual en la consulta odontopediátrica, estructurando en 5 criterios de elección: la edad del paciente, el nivel de ansiedad previo, el tipo de procedimiento, los antecedentes y contexto clínico, y la participación familiar. Esta síntesis integra los hallazgos de los dos objetivos anteriores con los criterios que la AAPD (21) recomienda documentar antes de seleccionar cualquier técnica (historia médica, temperamento, conducta previa, dolor y urgencia del tratamiento). El estudio realizado en población turca identifica que la edad del niño, su puntuación en la escala de Frankl y el nivel educativo de los padres predicen significativamente la aceptación de determinadas técnicas, mientras que el estudio publicado en BMC Pediatrics (40), evidencia diferencias relevantes en la aceptación parental entre niños neurotípicos y niños con trastorno del espectro autista, lo que respalda la necesidad de protocolos diferenciados según el perfil del paciente. El protocolo incorpora, además, el tipo de procedimiento como eje determinante, dado que los procedimientos diagnósticos generan niveles de ansiedad comparativamente más altos que otros procedimientos rutinarios, y establece la participación familiar como criterio transversal para reducir la ansiedad anticipatoria del niño. (13,38,39,41)

4.2. Discusión

Los hallazgos de la presente revisión demuestran que el manejo conductual del paciente odontopediátrico se sustenta en un repertorio amplio y heterogéneo de técnicas, que van desde estrategias comunicativas básicas hasta herramientas tecnológicas emergentes. La guía de la AAPD (1) sigue siendo el marco de referencia internacional, y su vigencia se ve reforzada por las revisiones sistemáticas de Gizani et al., (26) y Kohli et al., (27), que validan empíricamente la efectividad de las técnicas básicas descritas desde hace décadas. Sin embargo, ambos estudios coinciden en una limitación importante: la evidencia sobre la superioridad de una técnica sobre otra sigue siendo limitada, lo que plantea un vacío que las investigaciones más recientes han intentado cubrir mediante la incorporación de tecnología.

Por otro lado, la realidad virtual emerge como una de las innovaciones más estudiadas en el intervalo analizado. Yan et al., (17) muestra un efecto estadísticamente que sobresale de la ansiedad, el dolor y la frecuencia cardíaca, una conclusión apoyada por varias investigaciones en varias poblaciones, añadiendo a pacientes con discapacidad auditiva. Este modelo insinúa que la realidad virtual no es solo conveniente en general, pues supone una herramienta integradora para pacientes con capacidades especiales, ya que las investigaciones clásicas de manejo conductual (enfocadas en las técnicas comunicativas tradicionales) no consideradas con el mismo nivel de profundidad. Pese a ello, es esencial el aclarar estos resultados con prudencia. El mismo Yan et al., (17) aconseja sobre la vulnerabilidad del sesgo de publicación, y la dimensión muestral de los ensayos siguen siendo reducidos para generalizar conclusiones a gran escala.

Respecto al decir-mostrar-hacer, técnica considerada el pilar histórico del manejo conductual no farmacológico, los hallazgos de Vitale et al., (31) y Nadaf et al., (32) son en especialmente importantes ya que no buscan cambiarla, sino actualizarla. La integración de videos animados con IA o la adición de un componente recreativo (TSD-Play) demostró unos beneficios extras sin desechar una buena comunicación tradicional. Esto muestra una inclinación clara en las bibliografías recientes, pues más que reemplazar las técnicas clásicas, las innovaciones buscan potenciarlas, lo cual se asemeja con las sugerencias de la AAPD (1) de especificar y juntar las estrategias según el paciente.

La musicoterapia, documentada por Otero Larnia et al., (33) y Alarco-Cadillo et al., (15), representa otra línea de evidencia consistente, particularmente útil en poblaciones con discapacidad o necesidades especiales. Su efectividad, aunque menos estudiada que la realidad virtual, refuerza la idea de que el manejo conductual contemporáneo no farmacológico se mueve hacia un enfoque multisensorial, alejándose progresivamente de técnicas más invasivas o aversivas como la restricción física o el control de mano sobre boca, las cuales (según el metaanálisis sobre aceptación parental) presentan los niveles más bajos de aprobación por parte de los padres.

Los resultados confirman que la selección de una técnica no puede ser uniforme. El estudio en población turca (38) y el publicado en BMC Pediatrics (40) evidencian que variables como la edad, el nivel de ansiedad previo (medido mediante la escala de Frankl) y el perfil del paciente (neurotípico o con trastorno del espectro autista) condicionan significativamente tanto la efectividad de la técnica como su aceptación parental. Esto apoya la de adecuación de presentar un protocolo de selección, en vez de un enfoque general que

se aplica a todos los pacientes pediátricos. De la misma forma, por el procedimiento (el diagnóstico vs restaurador o invasivo) se reconoce como una variante extra que debería agregarse a cualquier algoritmo de decisiones clínicas, ya que los procedimientos diagnósticos, contra intuitivamente, ocasionan grados de ansiedad comparativamente elevados. Estos resultados apoyan el protocolo esquematizado en la Tabla 11, que planifica la selección de técnica de acuerdo con los 5 criterios de decisión (la edad, el nivel de ansiedad, el tipo de procedimiento, los antecedentes clínicos y la participación familiar), brindando al profesional en odontopediatría una guía práctica que está sustentada en evidencia para especificar el manejo de la conducta.

En general, las literaturas revisadas permiten confirmar que el manejo conductual en la odontopediatría ha mejorado desde un punto de vista claramente comunicativo hacia un modelo integrado (la tecnología, la musicoterapia y las técnicas clásicas) coexisten y se complementan entre sí. No obstante, persisten limitaciones metodológicas comunes a la mayoría de los estudios incluidos: tamaños muestrales reducidos, heterogeneidad en las escalas de medición de ansiedad (Frankl y Venham (11)) y ausencia de seguimiento a largo plazo que permita evaluar si los beneficios conductuales se mantienen en consultas posteriores. Estas limitaciones constituyen, precisamente, una oportunidad para la investigación futura en el contexto odontopediátrico latinoamericano, donde la evidencia local sigue siendo escasa en comparación con la producción asiática y europea identificada en esta revisión

CONCLUSIONES

Se identificó que las técnicas de modificación de conducta utilizadas en la consulta odontopediátrica abarcan desde estrategias comunicativas básicas (decir-mostrar-hacer, control de voz, refuerzo positivo y distracción) hasta técnicas avanzadas farmacológicas y físicas, además de alternativas emergentes como la realidad virtual y la musicoterapia, todas ellas respaldadas por la guía clínica vigente de la AAPD.

Las literaturas examinadas muestran que las técnicas analizadas son eficientes al momento de la reducción de la ansiedad y que aumentan la cooperación infantil, sobresaliendo la realidad virtual como la novedad actual que tiene un gran respaldo en artículos clínicos recientes, consecutivamente por las variantes modernizadas del decir-mostrar-hacer y la musicoterapia, especialmente en poblaciones con capacidades especiales.

Se concluye que para la selección de las técnicas de manejo conductuales debe argumentarse en un protocolo que se tome en cuenta tanto la edad del paciente, su nivel de ansiedad previo, el tipo de procedimiento a que se va a realizar y el perfil clínico específico del paciente odontopediátrico, puesto que estos elementos van a condicionan tanto la efectividad como la aceptación de los tutores. El protocolo se esquematiza en la tabla 11, la cual representa una herramienta para la práctica en la toma de decisiones clínicas en la consulta odontopediátrica.

RECOMENDACIONES

Se sugiere que los estudiantes de odontología den mayor atención al desarrollo de técnicas de manejo conductual verbal y no verbal, ya que permiten establecer una confianza con el paciente pediátrico, disminuir el miedo y favorecer una mejor cooperación durante la consulta.

Se recomienda que en la historia clínica se evalúe al paciente pediátrico de forma integral, considerando edad, nivel de ansiedad, conducta previa, antecedentes médicos, tipo de procedimiento y participación de los padres, para seleccionar la técnica adecuada y continuar con el tratamiento correspondiente.

Se recomienda que los estudiantes conozcan obligatoriamente las técnicas farmacológicas y no farmacológicas de manejo conductual, debido a que ambas ayudan a controlar la ansiedad dental infantil y permiten mejorar la conducta del paciente durante la atención odontológica.

Se sugiere aplicar primero técnicas no farmacológicas, como decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, distracción, modelado y comunicación adecuada, dejando las técnicas farmacológicas para casos donde la ansiedad o falta de cooperación no pueda ser controlada con métodos básicos.

BIBLIOGRÁFIA

1. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient [Internet]. 2025 [citado el 25 de junio de 2026];(The Reference Manual of Pediatric Dentistry):379–99. Disponible en: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf

2. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. Eur J Paediatr Dent [Internet]. junio de 2017 [citado el 25 de junio de 2026];18(2). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28598183/

3. Grisolia B, Santos D, Paula Pires A, Monteiro I, Heloisa B. Prevalence of dental anxiety in children and adolescents globally: a systematic review with meta-analyses. Int J Paediatr Dent. 2021;(2). doi:10.1111/ipd.12712

4. Shindova MP, Belcheva AB. Dental Fear and Anxiety in Children: a Review of the Environmental Factors. Folia Medica [Internet]. Medical University of Plovdiv; 2021 [citado el 2 de julio de 2026]. p. 177–82. Disponible en: https://doi.org/10.3897/folmed.63.e54763 doi:10.3897/folmed.63.e54763 PubMed PMID: 33932006.

5. Dhar V, Gosnell E, Jayaraman • Jayakumar, Law C, Majstorović M, Marghalani AA, et al. Nonpharmacological behavior guidance for the pediatric dental patient. Pediatr Dent [Internet]. 2023 [citado el 25 de junio de 2026];45(5):385–410. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37904260/

6. Ortega M, Tapia Calderón MT, Cedillo Mora GE, Ramos Montiel RR, Navas Perozo RM. Efectividad de las técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Revisión sistemática. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. el 25 de febrero de 2021;11(1). doi:10.47990/alop.v11i1.230

7. Paredes Chinizaca P, Reinoso Ortíz S. Efectividad de las técnicas de modificación conductual de pacientes pediátricos en procedimientos odontológicos con anestesia. Polo del Conocimiento. el 13 de agosto de 2023;8(8):2798–816. doi:10.23857/pc.v8i8.6752

8. Massignan C, Soares J, Pires M. Parental acceptance toward behavior guidance techniques for pediatric dental visits: a meta-analysis. Braz Oral Res. 2022;36(5). doi:10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0127

9. Figueredo AM, Acosta de Camargo MG. Herramientas para la comunicación en odontopediatría según el desarrollo del lenguaje. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. el 29 de noviembre de 2022;12(1). doi:10.47990/alop.v12i1.338

10. Vázquez-Salas A, Hubert C, Villalobos A. Características infantiles y contextuales asociadas con el desarrollo infantil temprano en la niñez mexicana [Internet]. 2020 [citado el 25 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/347178845_Caracteristicas_infantiles_y_contextuales_asociadas_con_el_desarrollo_infantil_temprano_en_la_ninez_mexicana

11. Orellana Calderón MB, Cedillo Armijos M de L. Evaluación de la eficacia de las escalas de comportamiento en odontopediatría: revisión de la literatura. Anatomía Digital. el 28 de septiembre de 2024;7(3.2):118–41. doi:10.33262/anatomiadigital.v7i3.2.3110

12. Loayza S, Azanza S. Revista de Odontopediatría Latinoamericana [Internet]. 2017 [citado el 25 de junio de 2026]. p. 106–15. Vista de Eficacia de dos técnicas de acondicionamiento para la atención odontológica de niños de 6 a 10 años de edad de una escuela pública de Quito-Ecuador. Disponible en: https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/138/74

13. Lekhwani PS, Nigam AG, Marwah N, Jain S. Comparative evaluation of Tell-Show-Do technique and its modifications in managing anxious pediatric dental patients among 4-8 years of age. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2023;41(2):141–8. doi:10.4103/JISPPD.JISPPD_242_23 PubMed PMID: 37635473.

14. Valenzuela M, Ramos V, Ramos Mr V. Técnica de distracción audiovisual para el control de la ansiedad en niño [Internet]. abril de 2019 [citado el 25 de junio de 2026]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852019000100004

15. Alarco-Cadillo L, Casas Apayco L. Vista de Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años [Internet]. 2017 [citado el 25 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/127/80

16. Marqués-Martínez L, Andrés J, García-Miralles E, Borell-García C, Aura-Tormos JI, Barona CG. Music Therapy for Managing Dental Anxiety in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Evidence. Children [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2025 [citado el 2 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.mdpi.com/2227-9067/12/10/1382 doi:10.3390/children12101382

17. Yan X, Yan Y, Cao M. Effectiveness of virtual reality distraction interventions to reduce dental anxiety in paediatric patients: a systematic review and meta-analysis. J Dent. 2023;132:104455. doi:https://doi.org/10.1186/s12903-024-04919-x

18. Valenzuela Bautista M, Ulloa Rueda M. Técnicas de manejo conductual aplicadas en atención odontológica a nivel. Ethos Scientific Journal. el 27 de agosto de 2025;3(2):104–16. doi:10.63380/ESJ.V3N2.2025.150

19. Aimé de Bilbao A, Figueroa de Garzón M, Sogbe de Aglle R. Estrategias Psicoconductuales en la Consulta Odontopediátrica. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2021. doi:10.47990/aloplibest2021

20. Bartolomé Villar B, Zunino MM, Rodríguez CV, Blanco JJA. Técnicas alternativas del manejo de la conducta en odontopediatría. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. el 21 de enero de 2021;11(1):8. doi:10.47990/ALOP.V11I1.217

21. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Use of Protective Stabilization for Pediatric Dental Patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry [Internet]. mayo de 2025 [citado el 2 de julio de 2026];400–6. Disponible en: https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_Protective.pdf

22. Kong X, Song N, Chen L, Li Y. Non-pharmacological interventions for reducing dental anxiety in pediatric dentistry: a network meta-analysis. BMC Oral Health. 2024;24(1):1151. doi:10.1186/s12903-024-04919-x

23. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio M del P. Metodología de la investigación. Int. J. Morphol [Internet]. 2014 [citado el 2 de julio de 2026]. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

24. Universidad Nacional de Chimborazo. Consejo Universitario. Universidad Nacional de Chimborazo [Internet]. 2023 [citado el 5 de julio de 2026]. REGLAMENTO DE TITULACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO . Disponible en: https://www.unach.edu.ec/images/reglamentos/2023/CODIFICACIO%CC%81N%20REGLAMENTO%20DE%20TITULACION-signed.pdf

25. Page MJ, Mckenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews [Internet]. doi:10.1136/bmj.n71

26. Gizani S, Seremidi K, Katsouli K, Markouli A, Kloukos D. Basic behavioral management techniques in pediatric dentistry: A systematic review and meta-analysis. J Dent. el 1 de noviembre de 2022;126. doi:10.1016/j.jdent.2022.104303 PubMed PMID: 36152953.

27. Kohli N, Shivayogi M. Dental Research Journal [Internet]. 2022 [citado el 2 de julio de 2026]. Psychological behavior management techniques to alleviate dental fear and anxiety in 4-14-year-old children in pediatric dentistry: A systematic review and meta-analysis - PubMed. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35915712/

28. Sharma A, Tyagi R. Behavior Assessment of Children in Dental Settings: A Retrospective Study. Int J Clin Pediatr Dent. el 1 de enero de 2021;4(1):35–9. doi:10.5005/JP-JOURNALS-10005-1078 PubMed PMID: 27616856.

29. Bagher SM, Felemban OM, Alandijani AA, Tashkandi MM, Bhadila GY, Bagher AM. The effect of virtual reality distraction on anxiety level during dental treatment among anxious pediatric patients: a randomized clinical trial. J Clin Pediatr Dent. 2023;47(4):63–71. doi:10.22514/jocpd.2023.036

30. Varshitha K, Uloopi KS, Vinay C, Rojaramya KS, Chaitanya P, Ahalya P. Effectiveness of Distraction with Virtual Reality Eyewear in Managing 6-11-year-old Children with Hearing Impairment during Dental Treatment: A Randomized Controlled Trial. Int J Clin Pediatr Dent. el 1 de noviembre de 2023;16(6):820–3. doi:10.5005/JP-JOURNALS-10005-2588 PubMed PMID: 38344382.

31. Vitale MC, Pascadopoli M, Zampetti P, Balbi A, Scribante A. Reducing dental anxiety in children through tell-show-do technique vs. additional instructions with an artificial intelligence-based animated video: randomized clinical trial. Journal of Clinical Pediatric Dentistry. el 1 de septiembre de 2025;49(5):38–46. doi:10.22514/JOCPD.2025.098/HTM

32. Nadaf W, Bhagat N, Yadav N. The Efficacy of a Tell-Show-Do-Play (TSD-Play) Behavioral Management Technique in Reducing Anxiety and Improving Cooperation in Pediatric Dental Patients: A Randomized Controlled Trial. Acta Scientific Dental Sciences [Internet]. el 4 de septiembre de 2025 [citado el 2 de julio de 2026];9(10). Disponible en: https://actascientific.com/ASDS/pdf/ASDS-09-2047.pdf

33. Otero Larnia M, Guerrero LAR, Casas-Apayco L, Bobadilla CMC. Eficacia de la musicoterapia para reducir la ansiedad dental en niños con discapacidad. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. el 11 de enero de 2021;11(1):12. doi:10.47990/ALOP.V11I1.207

34. Kasimoglu Y, Alpaycetin E, Ince G, Tuna Ince EB. Reduction of Dental Anxiety in Children Using Virtual Reality: A Randomised Controlled Trial. Eur J Paediatr Dent. 2025;26(3):185–91. doi:10.23804/EJPD.2024.2109 PubMed PMID: 39465519.

35. Elicherla NR, Saikiran KV, Anchala K, Elicherla SR, Nuvvula S. Evaluation of the effectiveness of tell-show-do and ask-tell-ask in the management of dental fear and anxiety: a double-blinded randomized control trial. J Dent Anesth Pain Med. 2024;24(1):57. doi:10.17245/JDAPM.2024.24.1.57 PubMed PMID: 38362257.

36. Bhowmick S, Bajana P, S. Patel K, Sharma K, R AV, Srija K, et al. Impact of tell show do and audio-visual distraction techniques on pediatric dental anxiety: A comparative study. Bioinformation. el 31 de julio de 2025;21(7):2221–5. doi:10.6026/973206300212221 PubMed PMID: 41170042.

37. Alshatrat SM, Sabarini JM, Hammouri HM, Alsaleh MM, Al-Bakri IA, Tabnjh AK. Effect of immersive virtual reality on pain in different dental procedures in children: a randomized controlled clinical trial. Frontiers in oral health. 2025;6. doi:10.3389/FROH.2025.1539018 PubMed PMID: 41041487.

38. Candan M, Kutlu E, Yilmaz Karaman İG. Predictors of Parental Acceptance towards Contemporary Behavior Management Techniques Used in Pediatric Dentistry: A Preliminary Study on Turkish Population. Children (Basel). el 1 de octubre de 2023;10(10). doi:10.3390/CHILDREN10101592 PubMed PMID: 37892255.

39. Kothari S, Gurunathan D. Factors influencing anxiety levels in children undergoing dental treatment in an undergraduate clinic. J Family Med Prim Care. 2019;8(6):2036. doi:10.4103/JFMPC.JFMPC_229_19 PubMed PMID: 31334176.

40. Salerno C, Cirio S, Maspero C, Roner M, D'Avola V, Cagetti MG. Parent's acceptance of advanced behavior management techniques on children during dental treatment. BMC Pediatr. 2024;24:764. doi:10.1186/s12887-024-05234-8

41. Sánchez Caro A. Revista USS [Internet]. 2020 [citado el 2 de julio de 2026]. MANEJO DE CONDUCTA DE LOS NIÑOS DURANTE LA ATENCIÓN DENTAL. Disponible en: https://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/1293/1762

ANEXOS

MATRIZ DE ARTÍCULOS UTILIZADOS EN LAS TABLAS DE RESULTADOS						
N° Matriz	**Autor / Año**	**Título del Artículo**	**Tipo de Estudio**	**Objetivo**	**Tabla de Resultados**	**Referencia en Tesis**
TABLA 9. Identificación de las principales técnicas de modificación de conducta (6 artículos)						
30	AAPD, 2025	Behavior guidance for the pediatric dental patient	Guía clínica de consenso	Objetivo 1	Tabla 12	Ref. (1)
14	Gizani et al., 2022	Basic behavioural management techniques in paediatric dentistry: a systematic review and meta-analysis	Revisión sistemática y metaanálisis	Objetivo 1	Tabla 12	Ref. (26)
82	Kohli et al., 2022	Psychological behavior management techniques to alleviate dental fear and anxiety in 4-14-year-old children in pediatric dentistry: a systematic review and meta-analysis	Revisión sistemática y metaanálisis	Objetivo 1	Tabla 12	Ref. (27)
83	Alarco-Cadillo et al., 2021	Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años	Estudio comparativo	Objetivo 1	Tabla 12	Ref. (15)
78	Massignan et al., 2022	Parental acceptance toward behavior guidance techniques for pediatric dental visits: a meta-analysis	Metaanálisis	Objetivo 1	Tabla 12	Ref. (8)
116	Sharma et al., 2021	Behavior Assessment of Children in Dental Settings: A Retrospective Study	Estudio retrospectivo	Objetivo 1	Tabla 12	Ref. (28)

TABLA 10. Síntesis de resultados sobre reducción de ansiedad y mejora de la cooperación en las técnicas revisadas (10 artículos)						
5	Yan et al., 2023	Effectiveness of virtual reality distraction interventions to reduce dental anxiety in paediatric patients: a systematic review and meta-analysis	Revisión sistemática y metaanálisis	Objetivo 2	Tabla 13	Ref. (17)
28	Bagher et al., 2023	The effect of virtual reality distraction on anxiety level during dental treatment among anxious pediatric patients: a randomized clinical trial	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	Objetivo 2	Tabla 13	Ref. (29)
108	Varshitha et al., 2023	Effectiveness of distraction with virtual reality eyewear in managing 6-11-year-old children with hearing impairment during dental treatment: a randomized controlled trial	ECA	Objetivo 2	Tabla 13	Ref. (30)
19	Vitale et al., 2025	Reducing dental anxiety in children through tell-show-do technique vs. additional instructions with an artificial intelligence-based animated video: randomized clinical trial	ECA	Objetivo 2	Tabla 13	Ref. (31)
54	Nadaf et al., 2025	The efficacy of a tell-show-do-play (TSD-Play) behavioral management technique in reducing anxiety and improving cooperation in pediatric dental patients: a randomized controlled trial	ECA	Objetivo 2	Tabla 13	Ref. (32)
62	Otero Larnia et al., 2021	Eficacia de la musicoterapia para reducir la ansiedad dental en niños con discapacidad	Estudio comparativo	Objetivo 2	Tabla 13	Ref. (33)

77	Kasimoglu et al., 2025	Reduction of dental anxiety in children using virtual reality: a randomised controlled trial	ECA cruzado	Objetivo 2	Tabla 13	Ref. (34)
103	Elicherla et al., 2024	Evaluation of the effectiveness of tell-show-do and ask-tell-ask in the management of dental fear and anxiety: a double-blinded randomized control trial	ECA doble ciego	Objetivo 2	Tabla 13	Ref. (35)
109	Bhowmick et al., 2025	Impact of tell show do and audio-visual distraction techniques on pediatric dental anxiety: a comparative study	ECA	Objetivo 2	Tabla 13	Ref. (36)
120	Alshatrat et al., 2025	Effect of immersive virtual reality on pain in different dental procedures in children: a randomized controlled clinical trial	ECA	Objetivo 2	Tabla 13	Ref. (37)

Tabla 11. Protocolo para la selección y aplicación de técnicas no farmacológicas de manejo y modificación de la conducta en odontopediatría (6 artículos)

38	AAPD, 2025-2026	Behavior guidance for the pediatric dental patient	Guía clínica de consenso	Objetivo 3	Tabla 14	Ref. (21)
53	Candan et al., 2023	Predictors of parental acceptance towards contemporary behavior management techniques used in pediatric dentistry: a preliminary study on Turkish population	Estudio transversal	Objetivo 3	Tabla 14	Ref. (38)
75	Salerno et al., 2024	Parent's acceptance of advanced behavior management techniques on children during dental treatment	Estudio transversal	Objetivo 3	Tabla 14	Ref. (40)

96	Kothari et al., 2019	Factors influencing anxiety levels in children undergoing dental treatment in an undergraduate clinic	Estudio descriptivo	Objetivo 3	Tabla 14	Ref. (39)
121	Lekhwani et al., 2023	Comparative evaluation of Tell-Show-Do technique and its modifications in managing anxious pediatric dental patients among 4-8 years of age	Ensayo clínico comparativo	Objetivo 3	Tabla 14	Ref. (13)
122	Sánchez et al., 2020	Manejo De Conducta De Los Niños Durante La Atención Dental	metaanálisis	Objetivo 3	Tabla 14	Ref. (41)

Puntuación CRF-QS																						
N°	**Título**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**Total**	**Categoría**
1	Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	18	Excelente
2	Basic Behavioural Management Techniques	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
3	Psychological Behavior Management Technique	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
4	Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena calidad
5	Parental acceptance toward behavior guidance techniques for pediatric dental visits: a meta-analysis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	18	Excelente
6	Behavior Assessment of Children in Dental Settings	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	15	Buena
7	Effectiveness of virtual reality distraction interventions to reduce dental anxiety in paediatric patients: a systematic review and meta-analysis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
8	The effect of virtual reality distraction on anxiety level during dental treatment among anxious pediatric patients: a randomized clinical trial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
9	Effectiveness of distraction with virtual reality eyewear in managing 6-11-year-old children with hearing impairment during dental treatment: a randomized controlled trial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
10	Reducing dental anxiety in children through tell-show-do technique vs. additional instructions with an	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente

	artificial intelligence-based animated video: randomized clinical trial																					
11	The efficacy of a tell-show-do-play (TSD-Play) behavioral management technique in reducing anxiety and improving cooperation in pediatric dental patients: a randomized controlled trial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	Excelente
12	Eficacia de la musicoterapia para reducir la ansiedad dental en niños con discapacidad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena calidad
13	Reduction of dental anxiety in children using virtual reality: a randomised controlled trial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
14	Evaluation of the effectiveness of tell-show-do and ask-tell-ask in the management of dental fear and anxiety: a double-blinded randomized control trial	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
15	Impact of tell show do and audio-visual distraction techniques on pediatric dental anxiety: a comparative study	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena calidad
16	Effect of immersive virtual reality on pain in different dental procedures in children: a randomized controlled clinical trial	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	18	Excelente

17	Behavior guidance for the pediatric dental patient	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
18	Predictors of parental acceptance towards contemporary behavior management techniques used in pediatric dentistry: a preliminary study on Turkish population	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	16	Muy buena calidad
19	Parent's acceptance of advanced behavior management techniques on children during dental treatment	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	16	Excelente
20	Factors influencing anxiety levels in children undergoing dental treatment in an undergraduate clinic	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	16	Muy buena calidad
21	Comparative evaluation of Tell-Show-Do technique and its modifications in managing anxious pediatric dental patients among 4-8 years of age	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
22	Manejo De Conducta De Los Niños Durante La Atención Dental	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	17	Muy buena calidad