

Aceptabilidad, percepción y permisividad de los padres a las diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en los pacientes pediátricos de la Clínica CES Sabaneta.

Paula Andrea Enciso¹, María Claudia Posada¹, Ana María Quintero¹,
Claudia Valencia¹, Juliana Vásquez¹, Sandra Ríos², Juan Manuel Cárdenas³,
Alvaro Jaramillo⁴.

Resumen

El propósito de este estudio fue medir el grado de aceptabilidad, permisividad y percepción por parte de los padres hacia las diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en los pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatría CES Sabaneta. Se seleccionó una muestra de 81 padres de familia, escogidos por conveniencia, sin distinción de edad, sexo, raza, estado socio-económico o escolaridad. Con el fin de evaluar el grado de aceptación, permisividad y percepción de las distintas técnicas, los padres fueron subdivididos en grupos de 10, a quienes se proyectó un vídeo, de aproximadamente siete minutos, sobre el tratamiento y la utilización de las técnicas decir, mostrar y hacer, refuerzo positivo, refuerzo negativo, distracción contingente, restricción física y tabla de restrictiva. A continuación se procedió a recolectar información, mediante un cuestionario técnicamente diseñado y previamente validado por los investigadores con una prueba piloto. Los resultados en cuanto a aceptación, percepción y permisividad, fueron superiores y estadísticamente significativos en favor de las técnicas comunicativas - decir, mostrar y hacer, refuerzo positivo y distracción contingente - sobre las técnicas restrictivas - restricción física o tabla restrictiva -. Sin embargo, se observó que, a pesar de los bajos niveles de aceptación y percepción, el grado de permisividad (autorización) para las técnicas restrictivas aumentaba a medida que se daba una explicación previa y el tipo de procedimiento lo justificaba. **Palabras Claves:** Manejo del comportamiento, aceptabilidad, permisividad, percepción, técnicas de manejo

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the degree of acceptance, authorization and perception of parents towards different behavior management techniques applied to children between 3 and 8 years old who attended the CES Sabaneta Dental Clinic. Eighty one parents were randomly selected and a video in which different techniques were being applied was presented to them, with a prior explanation which included the description and objective of each technique. Afterwards, parents answered a questionnaire designed to evaluate acceptability, authorization and perception. Results indicated that communicative techniques such as tell-show-do, positive reinforcement and contingent distraction were the most accepted. With regards to restrictive techniques, although the degree of acceptance was lower, authorization for restrictive techniques increased if the procedure required some type of physical restraint. **Key Words:** Behavior management, acceptability, perception, behavior management techniques

Introducción

Durante las últimas décadas se han presentado numerosos cambios sociológicos, éticos y legales que han transformado de manera significativa la relación

entre pacientes y profesionales de la salud, convirtiéndola en una más dinámica, en la que el paciente tiene mayor autonomía y es quien, en última instancia, decide el tipo de tratamiento que acepta o rechaza.

1. Odontóloga CES
2. Odontóloga CES, Odontopediatra CES
3. Director Postgrado de Odontopediatría CES
4. Neuropsicólogo, Profesor Universidad EAFIT, UPB

Es importante evaluar los cambios ocurridos en el campo de la Odontología Pediátrica, específicamente en relación con la aceptación de los padres de familia a las técnicas de manejo del comportamiento que se utilizan en la práctica diaria.

A pesar de estos cambios, son pocos los reportes de literatura que han evaluado el grado de aceptación de las técnicas utilizadas tradicionalmente en las distintas culturas, así como propuestas alternativas para el manejo de pacientes^{1,20}. Los reportes indican que los Programas de Odontopediatría tienden a continuar enseñando las mismas técnicas tradicionales y que los especialistas, en la práctica, son reacios a cambiar la forma como tratan sus pacientes².

Con relación a la aceptabilidad de los padres, existen algunos reportes, como el de Murphy y col³, que revelan una preferencia de las técnicas no-farmacológicas sobre las farmacológicas y sugirieron que la aprobación y percepción de los padres depende más del tipo de tratamiento y de la urgencia del procedimiento.

Con respecto a las técnicas no farmacológicas, los resultados del mismo estudio indicaron que era evidente el rechazo de los padres a las técnicas aversivas tradicionales, tales como la restricción física, la mano sobre boca y la tabla restrictiva (*papoose board*).

Lawrence⁴, de otro lado, sugirió que había diferencias importantes cuando los padres evaluaban el comportamiento de niños diferentes a sus hijos y en grupo, a cuando lo hacían sobre sus propios hijos y de manera individual. En este sentido, encontró que los padres en grupo eran más flexibles y aceptaban en mayor grado el manejo autoritario del paciente.

Aunque es evidente que existe un rechazo a muchas de las técnicas, especialmente las de carácter autoritario, también lo es que persisten muchas dudas acerca del grado de aceptación de los padres sobre el manejo del comportamiento hacia a sus hijos. Distintos factores intrínsecos, tales como el tipo de procedimiento, la edad del paciente o el tipo de padres, así como factores

externos como las características socioeconómicas y culturales, aún no han sido evaluados y generan por lo tanto muchas preguntas sobre el grado de aceptabilidad, permisividad y percepción de los padres.

En este sentido, hasta el momento no ha sido estudiado el grado de aceptación de los padres colombianos a las técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en el paciente pediátrico, lo cual justificaría evaluarse debido a las posibles diferencias entre los padres pertenecientes a una cultura latina en comparación con los de la cultura anglo-sajona o judía, que han sido evaluadas en otros estudios^{5,6}.

De otra parte, aunque diversos estudios han evaluado el grado de aceptación, no hay reportes en la literatura sobre otros factores relacionados, tales como el grado de eficiencia con que los padres califican las técnicas, la percepción que tienen de ellas así como el grado de permisividad o autorización que dan para su aplicación.

El objetivo de esta investigación por lo tanto, fue evaluar el grado de aceptabilidad, permisividad y percepción de padres colombianos hacia técnicas de manejo no farmacológicas aplicadas a pacientes entre los 3 y 8 años de edad.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal en una muestra de 81 padres de familia seleccionados por conveniencia sin distinción de edad, sexo, raza, estado socio-económico o escolaridad que acudieron a la Clínica CES Sabaneta para tratamiento odontológico de sus hijos por los estudiantes de pregrado y postgrado de la Facultad de Odontología. A cada uno se le entregó una carta de presentación de la investigación, se le explicó por escrito y verbalmente el procedimiento, se le mostró el video de cada técnica y finalmente se le entregó el cuestionario.

Con el fin de evaluar el grado de aceptación, permisividad y percepción de cada técnica, los padres fueron subdivididos en grupos de 10, a quienes se proyectó un video, de aproximadamente

siete minutos, sobre el tratamiento y la utilización de las técnicas decir, mostrar y hacer, refuerzo positivo, refuerzo negativo, distracción contingente, restricción física y tabla de restrictiva. Cada presentación tenía una duración aproximada de 1 minuto y consistía en el tratamiento convencional de un paciente entre los 3 y 8 años de edad atendido por un odontopediatra que utilizaba un tipo de técnica específica. En cada caso, tanto el paciente como el odontopediatra eran diferentes.

Una vez presentado el video, se procedió a recolectar la información mediante un cuestionario diseñado por los investigadores y validado previamente con una prueba piloto. El cuestionario consistía de 17 preguntas de selección múltiple que evaluaban la permisividad (autorización de los padres para utilizar la técnica), percepción (beneficio y eficiencia) y aceptación (preferencia) para cada una de las técnicas estudiadas.

El análisis de los datos se realizó por medio de la distribución de frecuencias de cada una de las preguntas realizadas en el cuestionario para luego medirlas en porcentajes. Luego, para la comparación de porcentajes se utilizó la prueba χ^2 con una confianza de 95% y un valor $p < 0.05$. Los valores menores de 0.05 indicaban una diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones de las técnicas. Los valores superiores a 0.05 representaban la ausencia de diferencias estadísticamente significativas.

Resultados

En términos generales puede afirmarse que las técnicas comunicativas - decir, mostrar y hacer (DMH), refuerzo positivo (RP), refuerzo negativo (RN) y distracción contingente (DC) - fueron más aceptadas que las técnicas restrictivas - restricción física (RF) y tabla restrictiva (TR) -. La técnica de decir, mostrar y hacer (DMH) recibió una aceptación del 100%. De otra parte, las técnicas de distracción contingente (DC) y refuerzo positivo (RP) presentaron resultados similares, con unos niveles de aceptación del 98.8% y 99.4% respectivamente. La técnica de refuerzo negativo (RN) fue aceptada en un 64.7% mientras que la restricción física (RF) y la tabla restrictiva (RF) fueron las menos aceptadas con

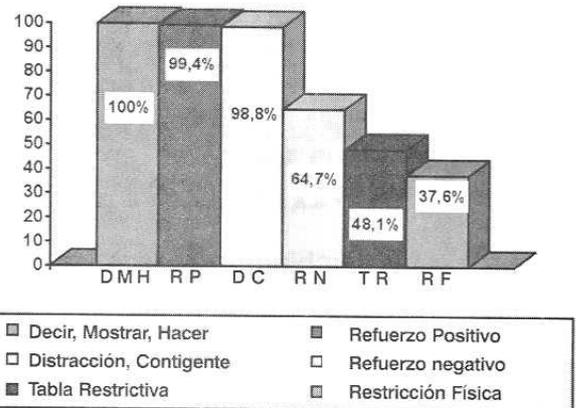


Figura 1. Aceptabilidad de técnicas de manejo por los padres

un 37.6% y un 48.1% respectivamente (Ver Fig. 1).

Las técnicas decir, mostrar y hacer (DMH) con un 94%, distracción contingente (DC) con 91.9% y refuerzo positivo (RP) con un 90% fueron consideradas por los padres como muy eficientes (percepción) ya que permitieron lograr un buen comportamiento del niño. La técnica de refuerzo negativo (RN) fue considerada eficaz en un 53.4%, la restricción física (RF) y la tabla restrictiva (RF) fueron consideradas como las menos eficaces con un 31.5% y un 45.6% respectivamente (Ver Fig. 2)

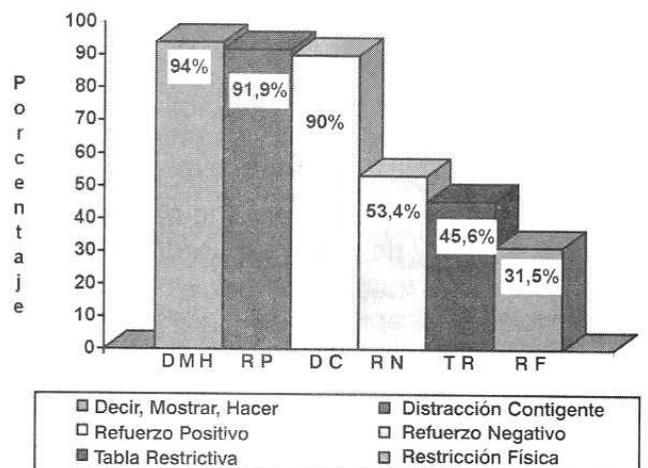


Figura 2. Eficiencia de la técnicas de manejo.

Al igual que con la eficiencia, la percepción de los padres relativo al beneficio de las técnicas para con sus hijos fue mejor para las técnicas comunicativas, con los siguientes resultados: decir, mostrar y hacer (DMH) 92.6%, distracción contingente (DC) 79%, refuerzo positivo (RP) 88.9%, refuerzo negativo (RN) 50.6%, tabla restrictiva (RF) 33.3% y restricción física (RF) 19.8%. (Ver Fig. 3)

Con respecto a la permisividad (autorización), también se presentaron resultados similares entre las técnicas de refuerzo positivo (RP), decir, mostrar y hacer (DMH) y distracción contingente (DC) por parte de los padres con unos porcentajes de 99.6%, 97.5% y 96.3% respectivamente,

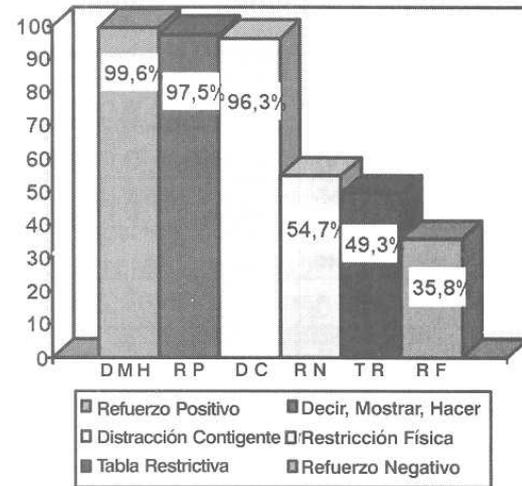


Figura 4. Permisividad de las técnicas de manejo según los padres de familia.

las técnicas DMH, RP y DC eran más eficientes de manera estadísticamente significativa que las técnicas RN, RF y TR y no se encontraron diferencias significativas entre DMH, RP y DC o entre la RF y la TR (ver tabla 1).

Con relación al beneficio que las técnicas pudieran presentar para el paciente, el análisis indicó que al igual que en las otras dos categorías, también se presentaron diferencias significativas entre DMH, DC y RP en comparación con RN, RF y TR. Sin embargo, contrario a lo observado en las otras categorías se encontró que la evaluación era significativamente superior para la técnica de decir, mostrar y hacer (DMH) en comparación con la de distracción contingente (DC). De otra parte al comparar las técnicas restrictivas, también se observó que no se presentaron diferencias entre la restricción física (RF) y la tabla restrictiva (RF) (ver tabla 1).

Finalmente, al analizar el grado de permisividad o autorización también se encontraron mayores niveles de permisividad estadísticamente significativos para las técnicas DMH, RP y DC en relación con RN, RF y TR. De igual manera, al comparar las técnicas comunicativas entre si también fue evidente la ausencia de diferencias entre DMH, RP y DC así como entre RN, TR y RN (ver tabla 1).

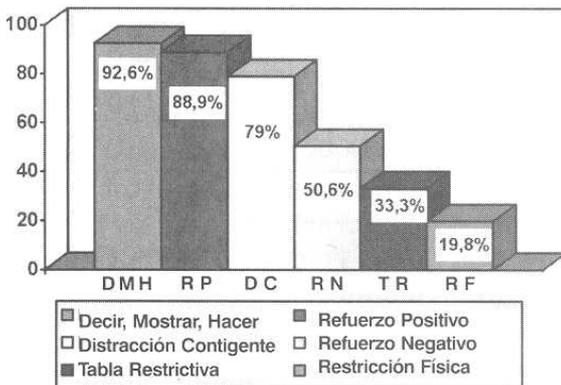


Figura 3. Percepción de las técnicas de manejo según los padres de familia.

mientras que las técnicas de restricción física (RF) con un 54.7% , tabla restrictiva (RF) con un 49.3% y refuerzo negativo (RN) con 35.8% fueron las menos autorizadas. (Ver Fig. 4)

Al hacer el análisis estadístico, se observó que hubo una mayor aceptación estadísticamente significativa de las técnicas decir, mostrar y hacer (DMH), distracción contingente (DC) y refuerzo positivo en comparación con las técnicas de refuerzo (RN), restricción física (RF) y tabla restrictiva (TR). De igual forma no se encontraron diferencias significativas entre DMH, DC y RP o entre RF y TR o entre RN y TR (ver tabla 1).

Con respecto a la categoría de percepción (eficiencia y beneficio) se encontraron las mismas diferencias estadísticas que en el caso de la aceptación. Es decir, los padres consideraron que

Técnicas	Aceptación		Eficiencia		Beneficio		Permisividad	
	Chi ²	p						
DC vs. RN	35.05 *	0,0000	29.57*	0,000	14.32 *	0,0001	26.33*	0,0000
DC vs. RF	70.80 *	0,0000	60.20*	0,000	56.90 *	0,0000	50.38*	0,0000
DC vs. TR	53.22 *	0,0000	39.18*	0,000	34.33*	0,0000	43.34*	0,0000
DC vs. DMH	+	+	0.36	0,5485	6.13*	0,0132	+	+
DC vs. RP	+	+	0.07	0,7863	2.93	0,0868	+	+
RN vs. RF	9.88 *	0,0016	7.30*	0,0069	16.92*	0,0000	5.61*	0,0178
RN vs. TR	3.02	0,0823	0.89	0,3457	4.97*	0,0258	3.05	0,0805
RN vs. DMH	38.34*	0,0000	34.48*	0,0000	35.10*	0,0000	29.08*	0,0000
RN vs. RP	38.34*	0,0000	27.32*	0,0000	28.12*	0,0000	35.32*	0,0000
RF vs. TR	2.04	0,1527	3.14	0,0762	3.83	0,0503	6.40	0,5293
RF vs. DMH	74.43*	0,0000	66.18*	0,0000	87.28*	0,0000	53.55*	0,0000
RF vs. RP	74.43*	0,0000	57.38*	0,0000	78.01*	0,0000	60.41*	0,0000
TR vs. DMH	56.70*	0,0000	44.50*	0,0000	60.99*	0,0000	46.41*	0,0000
TR vs. RP	56.70*	0,0000	39.18*	0,0000	52.60*	0,0000	53.11*	0,0000
DMH vs. RP	+	+	0.75	0,3856	0.66	0,4161	+	+

Tabla 1. Comparación estadística entre las distintas técnicas de manejo del comportamiento para las categorías de aceptación, percepción (eficiencia y beneficio) y permisividad.

(*) Valores estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$) (+) Valores sin significación estadística

Discusión

En primer lugar al hacer una evaluación de los resultados, es evidente los hallazgos de este estudio coinciden con los de otros que indican que las técnicas comunicativas no aversivas tales como decir, mostrar y hacer (DMH), refuerzo positivo (RP) y distracción contingente (DC) son de mayor aceptación por parte de los padres mientras que las restrictivas o autoritarias tales como refuerzo (RN), restricción física (RF) y tabla restrictiva (TR) son de menor aceptación^{3,4,5,6}.

Esto puede explicarse por la tendencia cada vez mayor a nivel social y educativo de buscar una mejor comunicación con el niño dentro su proceso formativo. Contrario a los preceptos aplicados en décadas anteriores que fundamentaban el proceso pedagógico en una disciplina estricta con una marcada autoridad de padres o educadores, la interacción social del individuo desde una temprana edad hoy en día se

basa una comunicación dinámica en la cual el niño es parte activa y determinante de su propia formación^{7,8}.

De otra parte, los grandes cambios sociales y culturales marcados por el proceso de la globalización también tienen un gran impacto sobre el tipo de educación y relación existente entre padres e hijos. Esto podría explicar la similitud en los resultados observados entre los criterios de aceptación de padres colombianos con los de padres anglo-sajones o judíos reportados en otros estudios^{5,6}.

Al hacer un análisis más detallado sobre los grados de aceptación de las distintas técnicas, aunque no se presentaron diferencias significativas entre las de tipo comunicativo, es de resaltar el nivel de aceptación de 100% para la técnica de decir, mostrar y hacer (DMH). A pesar de que nuevas alternativas tales como la distracción contingente (DC) parecen ser de muy buena aceptación, es notoria la importancia

clínica que tiene el uso de la DMH que es quizás la técnica más utilizada tradicionalmente^{9,10}. Este alto grado de aceptación confirma la tendencia actual en otras áreas de la medicina sobre la importancia del consentimiento informado al paciente^{11,12}. De igual forma al analizar el grado de percepción, también fue notorio que los niveles de percepción (eficiencia y beneficio) de las técnicas de manejo comunicativas (DMH, RP, DC, RN) fueron superiores en comparación con los de las restrictivas (RF, TR).

Sin embargo, a pesar del alto grado de aceptación y percepción de las técnicas comunicativas sobre las aversivas, se observó que el grado de permisividad podía ser mayor para las técnicas restrictivas tales como la restricción física (RF) y la tabla restrictiva (TR) en casos en los cuales el tipo de tratamiento justificara dicho tipo de intervención. Es así como en muchas instancias puede presentarse que la técnica no sea aceptada y la percepción sea negativa, pero que el padre permita o autorice la utilización de la misma. Estos hallazgos coinciden con los de Murphy y Fields^{3,5} que sugirieron que la aceptabilidad de las técnicas de manejo eran dependientes del tipo y la urgencia del tratamiento odontológico requerido. Lawrence⁴ por su parte, también encontró que los padres que recibían una explicación previa a la presentación del video fueron más receptivos hacia las técnicas de manejo que aquellos que vieron los videos sin explicación previa.

Con respecto al análisis de las técnicas restrictivas también es de notar la ausencia de diferencias estadísticamente significativas para todas las categorías analizadas entre refuerzo negativo (RN), restricción física (RF) y tabla restrictiva (TR) (ver tabla 1). Es especialmente importante resaltar que el uso de la tabla restrictiva (TR), una técnica controvertida, que algunos autores tales como Scott¹³ reportan que los padres hispanos rechazan más que la restricción física, los resultados de este estudio indican que tuvo una mayor aceptación y fue considerada como más eficiente que la restricción física clásica (RF). De igual forma la evaluación de la percepción reveló que esta también fue mejor para la TR que para RF. Finalmente llama la atención el hecho de que tanto la RF y la TR

tuvieran mayores niveles de permisividad que la técnica de refuerzo negativo (RN) (ver figura 4).

Estos resultados concuerdan con los reportados por Frankl y col¹⁴, que indicaron un alto grado de aceptación por parte de las madres sobre el uso de la tabla restrictiva, cuando la técnica y su justificación eran explicadas con suficiente claridad antes de la realización de procedimiento. Igualmente, los hallazgos de Fields⁵ también sugirieron que la restricción física era una técnica aceptable para lograr la cooperación del niño durante los procedimientos dentales.

Al evaluar la metodología utilizada, es importante considerar que en esta investigación, los padres realizaron la evaluación basados en un video que observaron en grupo con otros padres que podían opinar e influir sobre su criterio. Aunque este factor podría afectar los resultados, no hay evidencia en la literatura que indique que esto pudiera ser así, y de hecho, la similitud en los hallazgos entre estudios como el de Lawrence⁴ que utilizó la observación individual y los de Fields⁵, el de Wilson¹⁵ o este, en los cuales la evaluación se hizo en grupo, sugerirían que es un factor que no altera los resultados.

En cuanto al grado de escolaridad, en la muestra sólo se tuvo en cuenta un nivel educativo mínimo de los padres (saber leer y escribir) y no se tuvieron en consideración el nivel socioeconómico y cultural o el género. Aunque estos son factores que también podrían haber afectado los hallazgos, otros autores como el Musselman¹⁶ indican que estas variables no alteran el grado de aceptabilidad de las técnicas de manejo.

Debe tenerse en cuenta sin embargo, que son diversos los factores que limitan los resultados del estudio y que generan nuevas inquietudes para futuras investigaciones tales como el hecho de que la valoración se realizó por medio de un video previamente editado, y no en vivo donde no hay posibilidad de editar o modificar la realidad. También es importante considerar que los padres evaluaron a pacientes diferentes a sus hijos que además no conocían, por lo cual sería interesante comparar cuales son los grados de aceptación, eficiencia, percepción y permisividad cuando un padre evalúa a su propio hijo. Finalmente también

debe tenerse en cuenta que los padres tampoco conocían al odontopediatra y la explicación sobre el uso de la técnica fue realizada por los investigadores previo a la presentación del video.

Sería de interés evaluar si hay diferencias en la opinión que tienen los padres sobre la técnicas cuando estas son aplicadas por un profesional con el cual hay una relación paciente -odontólogo establecida.

En síntesis, al interpretar los resultados de esta investigación y compararlos con los de otros estudios, se encuentra que en general estos son bastante similares en cuanto al grado de aceptación, percepción y permisividad de las técnicas por parte de los padres, lo cual sugiere que no hay diferencias culturales significativas entre los padres colombianos con los de otras culturas^{5,6}. También es evidente que la tendencia que se observa en otras áreas de la medicina donde se han reportado cambios notorios en la relación médico-paciente sobre la importancia de la comunicación y el consentimiento informado también son aplicables a la odontopediatría^{11,12}. El grado de aceptación y la permisividad estuvieron asociados al grado de información previa que recibieron los padres sobre el tipo de intervención que se le iba a realizar al paciente. Tal como reportaron Clair y Hagan¹² una de las causas más frecuentes asociadas a problemas legales, el suministro insuficiente de información al paciente, hace que cada vez tome mayor importancia la incorporación a la práctica clínica del consentimiento verbal y escrito para la utilización de todo tipo de técnicas de manejo del comportamiento.

Conclusiones

- Las técnicas de manejo del comportamiento comunicativas decir, mostrar y hacer (DMH), refuerzo positivo (RP) y distracción contingente (DC) presentaron niveles estadísticamente mayores de aceptación, efectividad, percepción y permisividad que las técnicas de refuerzo negativo (RN), restricción física (RF) y tabla restrictiva (TR).
- No se presentaron diferencias estadísticamente

significativas entre las técnicas de manejo comunicativas decir, mostrar y hacer (DMH), refuerzo positivo (RP) y distracción contingente (DC).

- No se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las técnicas de manejo comunicativas refuerzo negativo (RN) restricción física (RF) y tabla restrictiva (TR).
- Las diferencias culturales de los padres no parecen afectar el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo del comportamiento.
- A pesar de los mayores niveles de aceptación, percepción y efectividad para la técnicas comunicativas, se encontró que el grado de permisividad dependía tipo de tratamiento y la justificación para su uso.
- Los resultados coinciden con los de otros estudios sobre la importancia del consentimiento informado tanto verbal como escrito previo a la aplicación de las diferentes técnicas de manejo del comportamiento.

Referencias

1. Allen K.: Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Ped Dent.* 12 :79-82, 1990.
2. Kuhn B : Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry : A behavioral science perspective. *Ped Dent.* 16 :13-18, 1994.
3. Murphy M, Goodwin R: Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. *Pediatr Dent* 1984 (4):193-98.
4. Lawrence F, McTigue D, Wilson S: Parental attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1991(6): 193-98
5. Fields H, Machen J, Murphy M: Acceptability of various behavior management techniques relative to types of dental treatment. *Pediatr Dent* 1984 (6): 199-203.

6. Peretz B, Zadiik D: Parent's attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatr Dent* 1999 (21):201-04.
7. Baron R: Aprendizaje. Motivación y Emoción. En Fundamentos de Psicología, pps. 142-183, 268-311, McGraw-Hill, 1989.
8. Forehand W, Wierson M: The role of developmental factors in planning behavioral interventions: Disruptive behavior as an example. *Behav. Therapy* 22 :671-688, 1993
9. Cárdenas J: Pautas para el manejo no farmacológico del comportamiento en el paciente pediátrico. *Rev. Academia Colombiana de Odontología Pediátrica*. 1(1) : 30-34, 1997.
10. Grinberg S: First encounter of the child and dentist : An analysis of the introductory session. *J Dent Child*. 51 : 438-440, 1984.
11. Barrier C : Current trends in behavior management techniques as they relate to new standards concerning informed consent. *Ped Dent*. 12 :83-86, 1990.
12. Clair y Hagan: Informed consent in pediatric dentistry: a comprehensive overview. *Pediatr Dent* 1995; 17(2): 90-96.
13. Scott S, García-Godoy F: Attitudes of hispanic parents towards behavior management techniques. *J. Dent Child* 1998; 123-31
14. Frankl R: The Papoose Board and mothers' attitudes following its use. *Ped Dent* 13(5) :284-89, 1991.
15. Wilson S, Antlise D, McTigue D: Group effect on parental rating of of acceptability of behavioral management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1991 : 13, 4



6. Peretz B, Zadiik D: Parent's attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatr Dent* 1999 (21):201-04.
7. Baron R: Aprendizaje. Motivación y Emoción. En Fundamentos de Psicología, pps. 142-183, 268-311, McGraw-Hill, 1989.
8. Forehand W, Wierson M: The role of developmental factors in planning behavioral interventions: Disruptive behavior as an example. *Behav. Therapy* 22 :671-688, 1993
9. Cárdenas J: Pautas para el manejo no farmacológico del comportamiento en el paciente pediátrico. *Rev. Academia Colombiana de Odontología Pediátrica*. 1(1) : 30-34, 1997.
10. Grinberg S: First encounter of the child and dentist : An analysis of the introductory session. *J Dent Child*. 51 : 438-440, 1984.
11. Barrier C : Current trends in behavior management techniques as they relate to new standards concerning informed consent. *Ped Dent*. 12 :83-86, 1990.
12. Clair y Hagan: Informed consent in pediatric dentistry: a comprehensive overview. *Pediatr Dent* 1995; 17(2): 90-96.
13. Scott S, García-Godoy F: Attitudes of hispanic parents towards behavior management techniques. *J. Dent Child* 1998; 123-31
14. Frankl R: The Papoose Board and mothers' attitudes following its use. *Ped Dent* 13(5) :284-89, 1991.
15. Wilson S, Antlise D, McTigue D: Group effect on parental rating of of acceptability of behavioral management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1991 : 13, 4

