

131



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**CONDUCTISMO, COGNOSCITIVISMO Y  
APRENDIZAJE SOCIAL COMO ESTRATEGIAS  
EN EL CAMBIO CONDUCTUAL DEL PACIENTE  
ODONTOPEDIÁTRICO**

**T E S I S A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MARÍA LETICIA ESPINOSA TORRES

DIRECTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ  
ASESORA: C.D. BLANCA ESTELA HERNÁNDEZ RAMÍREZ



MÉXICO, D.F.

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



---

## AGRADECIMIENTOS:

### **A DIOS:**

Gracias por darme la oportunidad de vivir la vida que estoy viviendo y lograr que me realice como una persona de provecho, gracias por todas las cosas buenas que pusiste en mi camino y por hacer posible mi más grande sueño: concluir mi carrera. ¡Mil Gracias!

### **A MI MADRE:**

Con todo mi amor, respeto y admiración, te doy las gracias por estar siempre conmigo, por tener un espíritu de lucha inquebrantable, por tus sabios consejos y por el enorme esfuerzo que realizaste al esmerarte en mi educación, logrando fomentar en mí un gran deseo de superación. ¡TE QUIERO MUCHO!

### **A MIS HERMANOS:**

Con mucho cariño, por todo el apoyo y comprensión que me brindaron durante toda la carrera, por hacerme ver mis aciertos y mis errores y llevarme *por un buen camino por medio de sus consejos*, gracias por formar una parte importante dentro de mi vida. ¡LOS QUIERO MUCHO!

### **A MARTHA, GISEL, BEATRIZ Y CLAUDIA**

Gracias por estar en todo momento brindándome incondicionalmente su apoyo, comprensión y gran amistad, son realmente unas personas muy especiales en mi vida. ¡Las quiero mucho!



### **A MI DIRECTORA: C.D. MARÍA ELENA CRUZ NIETO**

Por su gran apoyo e interés en la realización de esta tesina. ¡Gracias por todo!

### **A MI ASESORA: C.D. BLANCA ESTELA HERNÁNDEZ RAMÍREZ**

Con afecto y especial agradecimiento por su asesoría y tiempo invertido y por mostrar siempre esa disposición de ayudarme en la realización de esta tesina. ¡Mil gracias!!

### **A LA UNAM**

Gracias por abrirme sus puertas y por permitirme formar parte de ella, formándome como un universitario más en la máxima casa de estudios que realmente es un orgullo para mí.

A todos los doctores que impartieron el seminario de odontopediatría, especialmente al Dr. Angel Kameta Takizawa con profundo aprecio y gran admiración, gracias por compartirnos parte de sus conocimientos.

y a todas las personas que han creído en mí y me han apoyado todo este tiempo.

GRACIAS.



## ÍNDICE

	PAGS.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>ANTECEDENTES HISTÓRICOS</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>DESARROLLO DEL NIÑO DEL NACIMIENTO A LA ADOLESCENCIA</b>	<b>5</b>
<b>2.1 DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA LOS TRES AÑOS DE EDAD.</b>	<b>6</b>
2.1.1 Cambios cognoscitivos	6
2.1.1.1 Áreas cognoscitivas en el neonato	6
2.1.2 Cambios emocionales	8
2.1.3 Cambios sociales	10
<b>2.2 DE LOS TRES A LOS SEIS AÑOS DE EDAD</b>	<b>12</b>
2.2.1 Cambios cognoscitivos	12
2.2.2 Cambios emocionales	13
2.2.3 Cambios sociales	14
<b>2.3 DE LOS SEIS A LOS 12 AÑOS DE EDAD</b>	<b>15</b>
2.3.1 Cambios cognoscitivos	15
2.3.2 Cambios emocionales	16
2.3.3 Cambios sociales	17



---

<b>2.4 ADOLESCENCIA</b>	<b>18</b>
2.4.1 Cambios cognoscitivos	18
2.4.2 Cambios emocionales	18
2.4.3 Cambios sociales	19
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>CONDUCTISMO, COGNOSCITIVISMO Y APRENDIZAJE SOCIAL</b>	<b>21</b>
<b>3.1 CONDUCTISMO</b>	<b>21</b>
3.1.1 Condicionamiento	23
3.1.2 Estímulo y respuesta	23
3.1.3 Reforzamiento	24
3.1.4 Condicionamiento clásico	25
3.1.5 Generalización de estímulos	26
3.1.6 Contracondicionamiento	27
3.1.7 Condicionamiento operante	28
3.1.8 Análisis experimental de la conducta	29
<b>3.2 COGNOSCITIVISMO</b>	<b>31</b>
3.2.1 Definición de cognición	31
3.2.2 El cognoscitivismo de acuerdo a Jean Piaget	32
3.2.3 Etapas del desarrollo infantil según Jean Piaget	33
<b>3.3 TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL</b>	<b>36</b>
3.3.1 Definiciones de teoría y aprendizaje	36



3.3.2 Aprendizaje por imitación y modelamiento	37
3.3.3 Aprendizaje social en la solución de problemas (ensayo y error).	38
3.3.4 Aprendizaje por medio del uso de símbolos	39

## **CAPÍTULO 4:**

### **TÉCNICAS DE CONTROL Y MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA** **41**

#### **4.1 Condicionamiento del niño en el tratamiento odontológico** **41**

4.1.1 Aceptación del niño al tratamiento dental según Rud y Kesling	42
4.1.2 Clasificación de la conducta de los niños según Frankle	43
4.1.3 Clasificación de la conducta según Wright	44
4.1.4 Factores que contribuyen a los desórdenes de conducta	46

#### **4.2 TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN CON EL NIÑO** **47**

4.2.1 Comunicación	47
4.2.2 Lenguaje pediátrico	48
4.2.3 Decir -Mostrar- Hacer	49
4.2.4 Control de voz	51

#### **4.3 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA** **52**



4.3.1	Desensibilización.	53
4.3.2	Imitación y modelamiento	57
4.3.3	Reforzamiento positivo	60
4.3.4	Mano sobre boca	62
4.3.5	Restricción física	63
4.3.5.1	Objetivos de la restricción física	64
4.3.5.2	Indicaciones	64
4.3.5.3	Contraindicaciones	65
4.3.5.4	Tipos de restrictores físicos	65
4.3.5.5	Restrictores para tronco	66
4.3.5.6	Papoose board	66
4.3.5.7	Pedi - Wrap	66
4.3.5.8	Restrictores para extremidades	67
4.3.5.9	Abrebocas	67
4.3.5.10	Bloqueadores de mordida de goma	67
4.3.5.11	Unidades para bebés	68
<b>CONCLUSIONES</b>		<b>69</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>		<b>70</b>





## INTRODUCCIÓN

El conductismo es una teoría psicológica que nos explica la conducta humana como aquella generada mediante estímulos y respuestas, observables y medibles y que se pueden ver influenciadas por factores externos; los cognoscitivistas nos dicen que la conducta humana esta regulada por el desarrollo del pensamiento, que se va generando de forma gradual desde el nacimiento hasta la vejez que se ve influenciado por factores externos y por último el aprendizaje social nos menciona que la conducta esta determinada por el medio ambiente que rodea al sujeto. El estudiar las tres teorías es importante por que no existe una teoría psicológica que nos explique el desarrollo humano y sus diversas conductas, sino que éstas interactúan unas con otras para explicar dicha conducta.

Al estudiar las diferentes teorías psicológicas podremos comprender nuestra propia forma de pensar y estaremos en condiciones de analizar la conducta humana, apreciando el valor de otras teorías que nos expliquen dicha conducta, seleccionando de estas los aspectos que nos resulten de utilidad para el manejo de la conducta del paciente infantil durante el tratamiento dental, brindando con esto un servicio adecuado a cada uno de nuestros pacientes, ya que no debemos olvidar que cada niño es un individuo único (psicológica, física y emocionalmente) y que al emplear los métodos necesarios obtendremos de ellos una actitud positiva así como su cooperación.

El éxito de la práctica odontológica en niños no sólo depende de las habilidades técnicas del odontólogo sino también de su capacidad para



obtener y mantener la cooperación del niño. La mayoría de los niños se esfuerzan por ser cooperadores; en estos casos el profesional deberá reforzar su conducta, sin embargo, cuando un niño no coopera dicha conducta debe de ser modificada y controlada, antes de realizar cualquier tratamiento clínico, encausando al pequeño paciente, para que aprenda a enfrentarse a las diversas situaciones que exigen los procedimientos dentales. Hay muchos factores que influyen sobre las actitudes de un niño hacia la odontología dentro de los que se pueden encontrar factores ambientales, sociales, culturales y familiares.

Cabe mencionar que es fundamental para el odontólogo contar con el conocimiento básico en el manejo de la conducta del niño para ayudarlo a resolver problemas terapéuticos y crear una educación odontológica que sea reflejada cuando sea adulto. Por otra parte, es posible que las experiencias sufridas a una edad temprana puedan condicionar las actitudes del sujeto, no sólo con respecto a su asistencia dental, sino también en relación con su vida cotidiana.<sup>(1)</sup>

Dentro de este trabajo se expondrán tres teorías que explican el desarrollo de la conducta humana, estas manejan principios psicológicos específicos que nos ofrecen obtener una conducta positiva y cooperadora de casi todos los niños y adolescentes obteniendo con esto una actitud positiva en la conducta de los mismos. Dichas teorías antes mencionadas son:

- ❖ Conductismo.
- ❖ Cognoscitivismo.
- ❖ Teoría del aprendizaje social.



## **CAPÍTULO 1**

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

La odontopediatría de acuerdo a R. Puley, es una rama de la odontología que contempla al niño en su totalidad, tanto en su aspecto físico como psicológico, enfoca los problemas de su boca, los trata y además toma medidas preventivas para evitarle problemas a largo plazo.

El término psicología proviene de las palabras griegas psyche (alma) y logos (tratado, estudio). Es ciencia porque tiene como herramientas la observación, la descripción, la investigación experimental, la repetición y confirmación de los conocimientos que después organiza. La conducta o comportamiento en su manifestación más amplia, incluye las acciones o reacciones observables y los procesos psicológicos que no se observan directamente, pero se pueden inferir de manera indirecta en ciertas manifestaciones, es una ciencia porque obtiene su conocimiento por medio del método científico.

La psicología estudia, el cómo y cuándo, el ser humano adquiere el conocimiento del mundo que le rodea, percibe, atiende, aprende, memoriza, piensa, forma conceptos y resuelve problemas; adquiere la capacidad de comunicarse tanto verbalmente como de forma escrita; analiza las reacciones emocionales y lo que motiva al hombre en todos sus actos, estudia la conducta del individuo en todas sus facetas y en todas sus edades. Por lo que se llega a la conclusión que la Psicología se encarga de



estudiar la conducta humana y, por lo tanto la psicología es la ciencia de la conducta. <sup>(2)</sup>

La psicología infantil es la disciplina científica que tiene por objeto aportar al adulto las claves que le permitan comprender al niño y trabajar con él.

El filósofo suizo Jean Jacques Rosseau sentó las bases de los conceptos modernos de educación del niño en su libro Emile (1762), haciendo hincapié en que los niños atraviesan una serie de etapas físicas y mentales en su desarrollo con reacciones y patrones de conducta que los distingue de los adultos. <sup>(1)</sup>

Gracias a varios filósofos, médicos, fisiólogos y algunos físicos del siglo XIX, se logró que el clima intelectual de la época propiciara la noción de una ciencia de la conducta y prepararon el terreno para que surgiera en 1879, en Leipzig (Alemania) el primer laboratorio dedicado a la investigación psicológica dirigido por Whilhelm Wundt, lo que le valió el título de “padre de la psicología experimental”. En 1879 es a su vez considerado el inicio de la psicología científica. <sup>(2)</sup>

El conductismo se establece a principios del siglo XX por psicólogos estadounidenses que crearon una “ciencia de la conducta humana”. Ellos querían recopilar los “hechos” a través de la observación acerca de las personas definiendo y controlando con cuidado los estímulos presentes, observando las respuestas conductuales de las personas. Comienzan con experimentos sencillos a más complejos. Debido a su interés en conductas evidentes y medibles, a estos investigadores se les denominó conductistas.



Ivan Petrovich Pavlov, eminente fisiólogo (1849-1936), estudia los reflejos condicionados y sienta las bases sobre las que se desarrollan las escuelas modernas de la psicología del aprendizaje.

Más adelante surgió B.F. Skinner, cuyo trabajo sobre la modificación de la conducta mediante el condicionamiento y el descubrimiento de las leyes naturales que rigen el aprendizaje es hasta la fecha una de las aportaciones más importantes a la psicología moderna. Introdujo el concepto de reforzamiento que es una consecuencia de la conducta que aumenta la probabilidad de su aparición.

E.L. Thorndike (1874-1949), menciona que las conexiones neurales determinan las corrientes neuronales, que intervienen en todas las funciones psíquicas. Para él, la vida es una adaptación que se realiza aprendiendo.

Bechterev (1857-1927), descubre el condicionamiento al mismo tiempo que Pavlov, y realiza interesantes experimentos que lo llevan a formular una teoría acerca de los procesos físicos y mentales.

Edward Ch. Tolman, sostenía que en algunos casos el aprendizaje está almacenado de algún modo y sólo en el momento necesario lo utilizan para resolver problemas cuando las condiciones ambientales lo requieren.

J.B. Watson (1878-1958), propone una psicología caracterizada por estudiar los estímulos que actúan sobre los organismos y basarse en la observación de los mismos al adaptarse a su medio ambiente, utilizando las posibilidades



---

hereditarias y al conjunto de hábitos adquiridos, para él la psicología es únicamente el estudio de la conducta o la conducta observable y medible. <sup>(3)</sup>

En la actualidad estas teorías se aplican para la modificación del comportamiento tomando en cuenta las condiciones y factores que propician cada conducta. Estos principios miden el cambio conductual y lo pueden mantener, fortalecer o desaparecer de acuerdo a los patrones de conducta observados con ayuda de reforzadores. <sup>(4)</sup>



---

## **CAPÍTULO 2**

### **DESARROLLO DEL NIÑO DEL NACIMIENTO A LA**

### **ADOLESCENCIA**

Los niños desde el inicio de su existencia pasan por un crecimiento mental y físico, adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos. Estos cambios quizás sean una de las razones por las que sus reacciones difieren en el consultorio dental entre una visita y otra. Por otra parte es imprescindible reconocer que la edad psicológica no siempre corresponde con la cronológica. Sin embargo para el diagnóstico de los problemas de conducta y en la planeación del tratamiento se debe de considerar ambas situaciones. La conducta es la forma en que se comporta una persona, ante cada situación que esta determinada por la dotación biológica, de la sociedad humana y cultural. Existen dos grupos específicos de factores que interactúan para conformar la conducta del niño que son la maduración y socialización. Aunque los mecanismos de aprendizaje operan aún antes del nacimiento, el aprendizaje asociativo simple progresa desde el instante del nacimiento. Mediante él, la criatura se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona a los fenómenos del medio. Por consiguiente, será conveniente que el odontólogo preste atención a las pautas de conducta y al grado de desarrollo que se puede esperar a ciertas edades para saber determinar si el niño esta evolucionando en forma normal. <sup>(5)</sup>



## **2.1 DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA LOS TRES AÑOS**

### **2.1.1 CAMBIOS COGNOSCITIVOS**

El neonato posee capacidad cognoscitiva, se tiene evidencia de que pueden experimentar sensaciones de dolor, tacto y cambios en la posición corporal. Se sabe que desde el primer día de vida, los lactantes pueden oler, ver y escuchar. La capacidad cognoscitiva explica como y por qué un lactante explora los dedos de su madre que lo amamanta, y estudia su cara.

#### **2.1.1.1 ÁREAS COGNOSCITIVAS EN EL NEONATO**

En 1984, Mussen y colaboradores señalaron que durante el primer año de vida ocurre desarrollo cognoscitivo en cuatro áreas principales.

- ❖ La primera es el área de percepción; incluso los niños muy pequeños tienen la capacidad de percibir el movimiento las relaciones faciales y el color.
- ❖ La segunda área cognoscitiva es el reconocimiento de la información, los lactantes pueden reconocer ciertos estímulos como una cara, cuando lo ven desde varios ángulos de observación diferentes, se argumenta que los niños desarrollan esquemas o representaciones mentales de cosas que se encuentran en su conciencia, y que dichos esquemas incluyen algunos de los elementos cruciales del objeto o suceso. Esto les permite reconocer la similitud entre objetos nuevos y otros antiguos, por su capacidad de generalizar dichos elementos.





- ❖ El tercer aspecto es la capacidad de clasificar. Los niños pueden agrupar las cosas por su forma, color y uso, aún en el primer año de edad.
- ❖ La mejora de la memoria es el cuarto del primer año de vida; aún en los recién nacidos muy pequeños es posible demostrar la presencia de cierta función de la memoria. A partir de los seis meses de edad la capacidad para recordar experiencias anteriores resulta evidente. A esta edad, la mayoría de los niños tiene la capacidad de recordar un suceso pasado y utilizar la información obtenida de la experiencia para poder establecer una reacción a los sucesos presentes. Al estudiar la cognición en los recién nacidos hay dos teorías importantes. La primera es la teoría del aprendizaje; el término condicionamiento es el concepto más importante que deriva de esa teoría. Hay dos tipos de condicionamiento el clásico y el operante. El primero ocurre cuando dos estímulos se presentan juntos. El condicionamiento operante se presenta cuando los actos del niño se refuerzan o se recompensan. Esta clase de aprendizaje es posible cuando una madre le da a su hijo que llora una galleta, para tranquilizarlo, se argumenta que el comportamiento recompensado es una conducta que posiblemente se repetirá. La teoría de Jean Piaget acerca del desarrollo cognoscitivo es importante en el recién nacido. Según Piaget, muchos de los logros intelectuales de los niños entre el nacimiento y los dos años de edad son el resultado de las acciones que realiza con objetos presentes en su medio. Piaget argumentó que durante este periodo el niño debe de desarrollar conocimiento en las tres áreas siguientes:



1. - **Permanencia de los objetos:** Los objetos siguen existiendo aún cuando los niños no lo perciban.

2. - **Casualidad:** Los objetos tienen usos y los sucesos tienen causas. Piaget utilizó el término de reacción circular (primaria, secundaria y terciaria) para describir los cambios que se presentan en esta área. Una reacción circular primaria consiste en la repetición de una acción satisfactoria conocida como la succión de un pulgar, una reacción secundaria es la repetición de una relación causal (causa-efecto) descubierta de manera accidental, las terciarias implican la experimentación y dichas conductas a menudo exasperan a los padres.

3. - **Juego simbólico:** Un objeto puede representar a otro. En un principio el desarrollo del lenguaje es muy lento en los recién nacidos; a los 18 meses de edad, el vocabulario expresivo promedio equivale a 10 palabras. En ese momento el vocabulario receptivo es considerablemente mayor que el vocabulario expresivo. Hacia el final del segundo año, el vocabulario expresivo del niño se desarrolla con gran rapidez. En 1983, Levine y colaboradores observaron que el vocabulario promedio de un niño es de 1000 palabras a los tres años de edad.

### 2.1.2 CAMBIOS EMOCIONALES

Son muchas las emociones humanas como la vergüenza, la ira, la felicidad, el temor y la tristeza. Es posible discernirlas al observar reacciones conductuales, al medir las respuestas fisiológicas ó al establecer pensamientos y reacciones de una persona. Al valorar el estado emocional



de un niño pequeño, como regla general, en el primer año de vida del niño, los adultos, le asignan cualquier emoción que consideran que debe sentir en una situación particular. En consecuencia hay una amplia variedad de interpretaciones en los niños mayores y adultos, la manera común de cómo reacciona, analiza y estudia sus propios sentimientos internos afecta mucho la descripción verdadera de una emoción, para el mismo estímulo una persona pudiera llorar y otro reír. Entre los cuatro y diez meses de edad parece producirse el inicio de los estados emocionales. Al aproximarse el niño a su primer año de edad se presentan estos sentimientos de tristeza, felicidad, celos que se convierten en hallazgos constantes

Los temores de lactantes y niños son de gran interés para el clínico que atiende a menores, y es necesario que los considere al formar una estrategia de atención. La incertidumbre y la certeza son dos elementos que surgen en una etapa temprana de la infancia y pueden ser causas de temor. Es importante evitar situaciones de sobresalto para ayudar a los niños a reaccionar de manera adecuada ante las nuevas situaciones. El temor a los extraños es un hallazgo casi universal después de los siete a los doce meses de edad, aunque su intensidad varía de un niño a otro, el miedo es por la separación de los padres, comienza alrededor de los 6 meses de edad, alcanza su máximo entre los 13 y 18 meses, y luego disminuye, la base de este temor es la permanencia de un objeto, debido a este proceso mental, la separación se hace desagradable.



Niño temeroso a la consulta odontológica



Es necesario mencionar que la mayoría de los niños de 32 a 40 meses de edad controlan muy bien el problema de angustia por separación. En 1967, Ainsworth concluyó que los niños que tienen relaciones firmes con quienes los atienden, pueden utilizar dichas relaciones como punto de partida desde el cual aventurarse hacia círculos sociales más amplios, a través de la exploración. Al contrario de los niños que desarrollan relaciones deficientes con quienes los cuidan, no son capaces de realizar esta exploración a causa de su inseguridad.

### **2.1.3 CAMBIOS SOCIALES**

**El primer año:** En los primeros 12 meses de vida, el niño depende absoluta y definitivamente de sus padres. Los cuidados maternos son muy importantes para él en esa época. En los primeros meses el niño no parece distinguir entre una y otras personas. El lactante puede sonreír o balbucear a padres o extraños. El acto reflejo de no sonreír se presenta a los dos años tres meses y representa la primera conducta social importante aparte del llanto, con esta sonrisa el niño comprende que puede lograr un comportamiento diferente del llanto para aumentar su influencia en el hogar. Los primeros sucesos sociales primordiales del primer año de vida son el desarrollo de los vínculos sólidos y firmes con adultos que se interesan y que alientan su desarrollo.

**El segundo año:** El surgimiento de las habilidades fonéticas le permite aprender a relacionarse con la familia. En la perspectiva social los niños buscan ejercer su voluntad. Comienza a surgir la necesidad de probar su independencia. Las estrategias eficaces y coherentes de los padres adquieren importancia. A esta edad, la observación de los modelos de los



papeles sociales (padre, madre, maestros, etc.) se torna relevante y perdura. Los modelos que presentan una conducta constante son los más eficientes. Los niños que observan maneras no agresivas de superar la frustración tienen mayores probabilidades de adoptar dicho sistema. Los que presencian de manera constante comportamientos violentos y agresivos tienen las mismas posibilidades de adoptar dichos métodos. Es importante a esta edad que se conserve el afecto entre padres y el niño, así se incrementa la aprobación y desaprobación verbal. La disciplina debe de ser educacional, los berrinches suelen ser normales y es mejor no prestarles atención. El castigo físico que se excede de la técnica paterna de llamar la atención como una nalgada, por lo general está contraindicada y en realidad puede hacer que el niño que se porta mal se porte peor.

El tercer año: El niño comienza a comer en forma independiente de sus padres, empieza el control de esfínteres, éste no debe de comenzar demasiado pronto, y nunca debe de convertirse en un conflicto entre el niño y sus padres, quienes deben de esperar hasta que éste preparado. El niño ya sabe decir la palabra "no" cuando quiere oponer resistencia. A menudo el niño es motivo de vergüenza para los padres, pues no duda en hacer observaciones frente a cualquier persona. La manipulación genital no es una práctica rara a esta edad, y también puede incomodar a los padres, al final del tercer año, el niño plantea preguntas sobre cómo y, qué y porqué. Comienza a surgir su propia identidad y puede integrar los patrones de otros en su vida propia. El niño de tres años de edad puede tener una variedad de intercambios sociales con otras personas, a causa de la capacidad comunicativa, marca la entrada del niño a la atención dental, aunque esta fecha ya es muy tardía para la primera cita odontológica.



## **2.2 DE LOS TRES A LOS SEIS AÑOS DE EDAD**

### **2.2.1 CAMBIOS COGNOSCITIVOS**

Se conoce como período preescolar. Desde el punto de vista cognoscitivo es una etapa de cambios enormes. La capacidad de razonamiento de los niños aumenta en grado considerable. Las preguntas que generalmente cuestiona son más complejas. Según Piaget este período se denomina preoperacional o preoperativo, dicha fase comienza al término de la sexta etapa del desarrollo sensorimotor, entre los 18 y 24 meses de edad, y dura a los seis o siete años. Piaget denominó preconceptual a la primera fase de la etapa preoperativa, y dura hasta los 4 años de edad. Esta etapa se caracteriza por un rápido desarrollo de la mente y los procesos mentales del niño. Este adquiere la capacidad para el pensamiento simbólico y representación mental de los objetos. En el desarrollo sensorimotor, el niño restringe sus actos a objetos reales. Mientras que en la fase preconceptual juega y elabora fantasías con símbolos mentales. Aunque en la etapa preconceptual las habilidades cognoscitivas, aumentan de manera casi inmensurable, se debe considerar su pensamiento es aún sencillo, el niño generaliza todas las entidades. La mente preconceptual también está centrada. Piaget define esto como el proceso de centrar todos los procesos y razonamientos de cualquier problema mental en un solo aspecto de la estructura total, a tiempo que se hace caso omiso de las restantes, esta etapa va seguida de otra que es: el pensamiento intuitivo, y que comienza hacia los cuatro años y dura hasta los siete u ocho. Es un período de mayor capacidad del niño para agrupar los objetos según su categoría con empleo de pensamientos e imágenes complejas. Hacia fines de este período, el niño comienza a adquirir las



habilidades de lectura y escritura, todo esto combinado con un vocabulario creciente, mayor lapso de concentración, control de impulsos y tolerancia a la separación de sus padres, indica que el niño está listo para empezar la escuela elemental o primaria.

### **2.2.2 CAMBIOS EMOCIONALES**

El proceso de autocontrol y de control de emociones, como la frustración y el miedo, tiene un desarrollo considerable entre los tres y seis años de edad, y es paralelo a un proceso de socialización igual de importante. Surge el sentido de identidad, que adopta hasta cierto grado cualidades femeninas o masculinas. Un sentido de identidad y el desarrollo del concepto de la autoestima surgen durante este periodo. Aparece el autocontrol. Se pueden enseñar métodos de autocontrol a los preescolares, como la distracción cuando se vuelven impacientes o cuando se les inyecta un anestésico local. Durante la edad preescolar la conciencia del niño se desarrolla por normas. En resumen: a los seis años el niño todavía no tiene madurez emocional; pero sí emociones complejas. Ya son capaces de sentir amistad y hostilidad, expresar agresión y experimentar culpas y ansiedad. Son personas susceptibles a las alabanzas y a las críticas.



### **2.2.3 CAMBIOS SOCIALES**

La edad preescolar tiene un enorme desarrollo social en los niños. A los tres años de edad, el niño ya sabe esperar turnos; a los cuatro se vuelve imposible el juego cooperativo, mientras que a los seis los niños ya son capaces de juegos en equipos sencillos. Entre los tres y seis años de edad, el niño adquiere comprensión de su identidad personal y la manera en que tiene que relacionarse con otras personas como padres, amigos, hermanos y figuras de autoridad. Durante estos años se desarrolla el sistema de valores, el niño se impone a la autodisciplina a sus necesidades básicas, y surge la conciencia de culpa. Los conductistas atribuyen que asuman estos papeles apropiados al género y valores sociales, a los efectos de los refuerzos, tanto negativos como positivos, que recibe durante este período. Las teorías del aprendizaje social explican los cambios ocurridos durante este período como producto de las influencias de la paternidad-maternidad y de la conducta de los padres. El niño se vuelve más capaz de reconocer y defender los fundamentos del orden y los valores sociales, es muy importante la función que tienen los padres en esta etapa del desarrollo. También se puede afirmar que los medios de comunicación masiva, como la televisión aporta información que estereotipa la conducta de los niños, y que tales medios tienen mayor influencia que los padres en algunas situaciones.





## **2.3 DE LOS SEIS A LOS DOCE AÑOS DE EDAD**

### **2.3.1 CAMBIOS COGNOSCITIVOS**

Su capacidad mental crece de manera incommensurable. En 1970, White sacó en conclusión que entre los cinco y siete años de edad se organiza el sistema nervioso central, lo que explica el aumento considerable de la capacidad para concentrar la atención en una tarea o problema. Esta etapa escolar que va de los 6 a los 12 años es el período en que los niños dejan de ser analfabetos. Muchos tienen bases adecuadas de gramática y sintaxis, y además capacidad para comunicarse de manera cada vez más compleja, ya sea verbal o por escrito. Según Piaget, el período de referencia corresponde de manera aproximada a la tercera etapa que corresponde a la de operaciones concretas.

En cuanto a operaciones concretas, la representación mental de las acciones pasa a formar parte de las capacidades cognoscitivas del niño durante dicho período. En cuanto al odontólogo que instruye a niños sobre caries dental, es útil que estructure su presentación de medidas preventivas tomando en cuenta las diferencias de capacidad de representación mental en escolares y preescolares, se requieren de dos presentaciones distintas.

Durante el período de seis a doce años, según Piaget, los niños adquieren habilidades para comprender las constantes de longitud, masa, número, peso y diferencias externas. Al término de este período, su mente y habilidad



mental han madurado y pueden asimilar información acerca de la realidad, así como la abstracta y la teórica.

### **2.3.2 CAMBIOS EMOCIONALES**

En esta etapa es cuando los niños aceptan las normas sociales de conducta. El llanto, berrinches y otras expresiones de conducta desaparecen en niños normales como formas de expresar su frustración. El niño es guiado de manera creciente hacia la dedicación de su tiempo a actividades valiosas. Las tareas escolares, la responsabilidades en el hogar y el participar en ciertos deportes, son conductas esperadas en esta etapa.

Otro cambio emocional en los escolares es su capacidad de utilizar las tareas propias de la vida de manera eficaz para evitar el aburrimiento. En este punto buscan a sus padres u otras personas para emprender otras actividades a los 12 años el niño ya tiene una gama amplia de intereses y preferencias, un sentido de emplear el tiempo y la satisfacción de las preferencias e intereses. En esta etapa la imagen corporal empieza a convertirse en una característica emocional de la vida del niño, el aspecto externo adquiere importancia emocional. La apariencia dental tiene gran importancia ya que en un niño de 12 años puede provocar que deje de sonreír, se retraiga y se vuelva solitario. Los comentarios al respecto suelen empeorar la situación. La mayoría de los niños de esta etapa derivan satisfacción emocional sólo con la aceptación social. La falta de tal aceptación, y las bromas pesadas pueden tener efectos emocionales nocivos. Es importante en esta etapa que el niño adquiera flexibilidad emocional con la ayuda de sus padres, hermanos y otros modelos sociales y personas importantes en su vida. La capacidad para manejar las



humillaciones, pérdidas, desaliento, y recuperarse de éstas, debe de iniciarse en esta etapa, de lo contrario la adolescencia se torna un poco difícil.

### **2.3.3 CAMBIOS SOCIALES**

Es socialmente más complejo por la asistencia a la escuela, importancia creciente en otros niños de la misma edad y expansión considerable del entorno social del menor. La escuela reviste importancia extrema y es un entorno extrafamiliar que permite reforzar respuestas sociales aprendidas en casa, aportar otras nuevas, e incluso restringir o excluir alguna más. El maestro se convierte en el primer adulto importante como figura de autoridad en la vida del niño fuera de su familia inmediata. La actitud de muchos niños es positiva acerca de su futura asistencia a la escuela y conservan el entusiasmo por las experiencias que tendrán en ella. El grupo de amigos también es una fuerza socializante poderosa, en ocasiones estos valores son contrarios a los de los padres y maestro trayendo como consecuencia problemas. Un último factor marca la edad escolar. Es la formación de amistades cada vez más intensas, estables e importantes. Por lo general, son con personas del mismo sexo. Lo habitual es que los amigos en esta edad tengan nivel socioeconómico, inteligencia, madurez e intereses similares.



## **2.4 ADOLESCENCIA**

### **2.4.1 CAMBIOS COGNOSCITIVOS**

Durante la adolescencia media o tardía el joven será capaz de realizar tareas refinadas, debe de ser capaz de enfrentar sus problemas educacionales complejos y que tome decisiones vocacionales difíciles. El razonamiento operativo formal y la capacidad de almacenar información en la memoria después de percibirla, son los sellos distintivos de la maduración de la capacidades los adolescentes. La información nueva que recibe el adolescente así como la manera especial en que la analiza, a menudo hacen que parezca rebelde, quejumbroso o crítico, Aristóteles en 1967 llegó a la conclusión de que los adolescentes son apasionados, irascibles y que tienden a dejarse llevar por sus impulsos, además de que son egocéntricos. Esta actitud centrada en su propia persona puede hacer que el joven esté demasiado consciente de sí mismo. La vestimenta, los vehículos, el corte de pelo son prioridades para ellos.

### **2.4.2 CAMBIOS EMOCIONALES**

Los cambios traumáticos y rápidos que ocurren en los adolescentes repercuten en su actitud. La confianza en sí mismo y la identidad personal pueden verse afectadas si no son adecuados los sentimientos de su propia imagen. En las mujeres la menarca puede ser motivo de ansiedad y pueden estar irritables, deprimidas o ambas cosas. El advenimiento de la pubertad y de la producción de hormonas origina sensaciones e impulsos sexuales. La



orientación de la familia, los valores propios del adolescente, los valores de los compañeros y el amor hacia una persona, factores que determinan en última instancia la actitud con que se enfrentarán estas nuevas sensaciones.

### **2.4.3 CAMBIOS SOCIALES**

La adolescencia es la segunda y última fase de la transición social de la niñez a la edad adulta, durante la cual el adolescente es capaz de establecer y conversar relaciones sexuales y amorosas con su pareja, ser independiente de sus padres, colaborar con sus compañeros y tomar sus propias decisiones. Se trata de tareas sociales formidables, que algunos adolescentes no logran dominar. La delincuencia, el suicidio fallido o consumado, el abuso de drogas, alcohol, la huida del hogar, la prostitución y la interrupción de los estudios son ejemplos comunes del fracaso en su adaptación social.

Los compañeros son muy importantes como agentes sociales, en donde los niños de la misma edad se encuentran juntos. La importancia de las personas de la misma edad aumenta conforme disminuye la relación con los padres y la dependencia respecto de éstos. De manera creciente el adolescente siente que le es difícil compartir secretos, pensamientos y fantasías con sus padres. En tales situaciones, su mejor amigo se convierte en su confidente, en un escucha útil y valioso. Los adolescentes forman un grupo de amistades y pueden identificarse con grupos mayores, como en un equipo deportivo o grupo de exploradores. La capacidad del adolescente para sostener relaciones en estos tres niveles es indicativa de socialización



adecuada. La popularidad es muy importante para los adolescentes, y son pocos los que no se preocupan al respecto.

Al parecer, los adolescentes que tienen una buena relación con su grupo de amigos la entablan también con adultos. De igual manera, quienes no reciben la aceptación de otros adolescentes experimentan mayores dificultades con los adultos, y crecen con diversos problemas sociales y emocionales. <sup>(6)</sup>



## CAPÍTULO 3

# CONDUCTISMO, COGNOSCITIVISMO Y APRENDIZAJE SOCIAL

### 3.1 CONDUCTISMO

El conductismo o behaviorismo (conducta) es una psicología estrictamente objetiva que se dedica al estudio científico de la conducta. Sólo toma como objeto las cosas directamente observables y medibles, las reacciones de diversos órganos a estímulos ambientales.

El modelo utilizado por los conductistas es el de estímulo- respuesta, se toma en cuenta los estímulos que se presentan en las personas y las respuestas que se generan, sin hacer interferencias sobre lo que pasa con el organismo (Boring, 1980). Iván Pavlov demostró que la conducta se aprende y está determinada y regulada por agentes externos. Una conducta en particular, sea considerada buena o mala por el individuo mismo o por la sociedad se torna habitual mediante refuerzos positivos o negativos. Así es como una determinada conducta aprendida puede desaparecer también por medio de reforzadores. Su teoría va enfocada a instalar ideas positivas utilizando reforzadores, obteniendo una conducta positiva del individuo. La mayoría de los conductistas modernos no toman en cuenta la mente, el pensamiento ni lo que esto implica. Las conductas de los niños y adultos están reguladas o determinadas por la información. Los niños crecen y actúan según lo



enseñado por sus padres. Poco a poco comienzan a dudar, y cambian al adquirir convicciones por informaciones contrarias que adquiere de su medio que le rodea.

El objetivo de la terapéutica conductista es ayudar al sujeto a cambiar su conducta antisocial mediante diversos recursos, tales como el condicionamiento operante, desensibilización, información correctora y otros. En vista de que el objetivo inmediato del odontólogo es ayudar al paciente a lograr el control de su conducta facilitando el tratamiento odontológico, a menudo puede ser necesario recurrir a técnicas conductistas. Sin embargo, sus esfuerzos pueden tener más éxito cuando los realiza con cierta apreciación del estado psicológico del paciente. Sin esa sensibilidad, puede manipular con éxito a un niño para terminar vaciando su autoestima. La propia estimación de niño aumenta cuando se ha facultado para ser amo de sí mismo por cualquier método que utilice quien lo ayude. Los conductistas nos mencionan al hombre como un ser reactivo que se limita a responder y a reaccionar ante su medio ambiente. Cada persona es formada y moldeada por el proceso de asociación de sus estímulos y respuestas, o por asociación de comportamiento y consecuencias. El proceso de aprendizaje se realiza de forma automática o mecánica, con esto calificando esta explicación de mecanicista en donde el hombre es una máquina que es puesta en marcha por una entrada (estímulo) y que después produce una salida (respuesta).<sup>(7)</sup>





### **3.1.1 CONDICIONAMIENTO**

El condicionamiento es una pauta para organizar un nuevo modelo de conducta con la aplicación de ciertos estímulos. Gran parte de lo que aprendemos se adquiere a través de condicionamiento como tomar alimentos, tomar el cuchillo, la cuchara o el tenedor. Este condicionamiento depende de las relaciones o conexiones entre el estímulo - respuesta.

### **3.1.2 ESTÍMULO Y RESPUESTA**

Un estímulo es cualquier objeto, acontecimiento ó energía o cambio de energía que provoque una respuesta; éstos son externos a nosotros, como el tacto, sabor y olor de otros seres y objetos. Así mismo puede tratarse de una forma de energía física externa como ondas sonoras y luminosas que nos permiten ver y oír objetos o personas, hay estímulos de origen interno desde el centro de nuestro cuerpo como los impulsos naturales ( soñar despierto) hormonas de glándulas endocrinas (adrenalina que provoca excitación) y los estados de necesidad física (hambre, sed, cansancio).

Una respuesta es cualquier actividad del organismo, pueden ser de tres tipos: neurales, musculares y glandulares y comprenden actividades como pensar, hablar, llorar, reír, cantar, masticar y dormir.

Las asociaciones entre estímulo y respuestas son condicionadas accidentalmente o planeados de forma deliberada, de cualquier forma que sea su indole inicial, estas se fijan y aumentan su fuerza a través de un

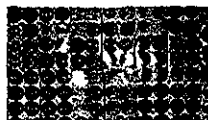


proceso de refuerzo, éste para ser efectivo debe de ser repetido y tener algún valor de recompensa. El número de veces que es preciso repetirlo antes de que ocurra el aprendizaje condicionado varía en gran medida, dependiendo de lo que se esta aprendiendo.

### 3.1.3 REFORZAMIENTO

El refuerzo es un valor de recompensa positivo o negativo. Consiste en la obtención de algo que deseamos (juguetes, dinero, o elogios) o bien, en la eliminación de algo que no deseamos (dolor, castigo, ridículo). La presentación o el retiro de reforzadores se denomina manejo de la contingencia. Los reforzadores siempre aumentan la frecuencia de la conducta. Existen dos tipos de reforzadores, positivos y negativos. Un reforzador positivo es uno cuya presentación contingente aumenta la frecuencia de una conducta. Un reforzador negativo es uno cuyo retiro contingente aumente la frecuencia de una conducta, el reforzador negativo, es por lo tanto, la terminación de un estímulo aversivo.

Los reforzadores pueden ser también clasificados como materiales sociales o de actividad. Los materiales son tal vez los más efectivos para los niños, y frecuentemente perniciosos para la salud bucal. La condición arruinada de los dientes del niño impide el uso de reforzadores materiales tales, como caramelos, goma de mascar y pasteles.



Reforzador material. calcomanías



Los sociales probablemente representan la mayor parte de todos los eventos reforzadores que afectan la conducta humana. El elogio, las expresiones faciales positivas, la cercanía y el contacto físico, son reforzadores efectivos, debido a que la gente ha aprendido a valorar a otras personas, algunos ejemplos de reforzadores sociales son: bien, esta bien, excelente; por medio de expresiones faciales basta con sonreír ó guiñar el ojo; de cercanía escuchar, jugar, caminar juntos, de contacto físico son un apretón de manos, palmear la cabeza, abrazar, tocar etc. Los reforzadores de actividad implican la oportunidad o el privilegio de participar en una actividad preferida después de la realización de una conducta menos deseada. Algunos clínicos consideran el manejo de la contingencia como una forma de soborno pero este es comparado a conceptos tales como el salario, los premios, la comisión, el elogio o las recompensas por una conducta deseable. Para la modificación de la conducta a corto plazo, los procedimientos del manejo de la contingencia sólo se usa retirando o brindando un refuerzo después de mostrados los patrones de conducta deseados, pero varía si se desea un cambio de conducta a largo plazo. Algunas de estas variables incluyen el programa de refuerzo y la formación de nuevas conductas.

### **3.1.4 CONDICIONAMIENTO CLÁSICO**

Este fue estudiado por el filósofo ruso, Iván Pavlov (1903-1927), que nos define algo condicionado como algo adquirido y no presente de manera natural en la conducta humana. La manera en que describe el condicionamiento clásico es aquel proceso que sustituye un estímulo con otro, obteniendo una respuesta por medio del refuerzo o recompensa. Es una asociación entre un estímulo natural y un estímulo nuevo o sustituto. Se dice



que es la forma más básica de aprendizaje. El ejemplo clásico que utiliza para ilustrar este tipo de condicionamiento es el experimento en el que emplea el ruido de una campana (estímulo) en un perro y genera en él una respuesta (salivación) y utilizó un reforzador obtiene (alimento), de esta manera logro que al aplicar el mismo estímulo se obtuviera la misma respuesta y por medio de reforzadores mantener la conducta obtenida. Esto nos indica que al presentarse el estímulo surge una respuesta y que se va llegar al aprendizaje con la constancia a través de los refuerzos o la recompensa.

### **3.1.5 GENERALIZACIÓN DE ESTÍMULOS**

Es la asociación de otros estímulos similares al empleado en el condicionamiento. Las reacciones emocionales positivas pueden ser condicionadas del mismo modo que las negativas. Es muy importante en el proceso de aprendizaje el refuerzo o la recompensa ya que si no esta presente puede haber extinción, que es la desaparición de una respuesta condicionada ante la ausencia de refuerzo. Aunque puede haber una recuperación espontánea (cuando la respuesta no siempre esta ausente) después de una sesión de extinción o falta de recompensa, o bien, presentarse la extinción completa (cuando desaparece la respuesta aunque este presente el estímulo).

Muchas de nuestras conductas son aprendidas a través del condicionamiento de tipo clásico. La mayoría de nuestros temores se adquieren mediante condicionamiento. Dentro de las diferentes respuestas hay respuestas de preferencia: es cuando los estímulos presentes de los que



estamos seguros, felices y cómodos, llegan a estar asociados con nuestros sentimientos positivos, después nos agradan y los buscamos. El apego de un niño a un objeto en particular (manta o juguete), al igual que su apego a las personas (madre o padre), es una respuesta condicionada de preferencia que se desarrolla a partir de experiencias favorables olvidadas hace mucho tiempo. Las reacciones emocionales positivas pueden ser condicionadas del mismo modo que las negativas, reacciones de relajación o de placer que son asociadas a estímulos neutrales.<sup>(2,3)</sup>

### **3.1.6 CONTRACONDICIONAMIENTO**

Procedimiento que consiste en eliminar una respuesta negativa previamente condicionada, sustrayéndola por una nueva respuesta condicionada en la misma situación. Se utiliza para tratar fobias según Golpe, Alter y Reina (1964) como miedo, volar o conducir, el temor a figuras de autoridad y a los hospitales. La técnica más común de contracondicionamiento es la desensibilización o relajación en el adiestramiento, en donde al paciente se le enseña a relajarse profundamente y en ese estado se le pide que llegue a la situación que le causa miedo, al sentir tensión, se le pide que interrumpa la imagen y que vuelva al estado de relajación, al repetir varias veces la asociación la respuesta de relajación reemplaza a la respuesta anterior de ansiedad, primero la imagen y por último el acontecimiento u objeto real, esto sucede porque la antigua respuesta no es reforzada activamente y el paciente al dar una respuesta nueva opuesta a la primera se le refuerza.



### 3.1.7 CONDICIONAMIENTO OPERANTE

Este condicionamiento se generaliza a partir de otro estímulo inicial a otros estímulos similares. En este tipo de condicionamiento a diferencia del clásico es que no es posible emitir automáticamente la conducta. Esta debe de ocurrir antes de poder ser fortalecida por el condicionamiento, o bien antes de otorgar un refuerzo o recompensa, en este tipo de condicionamiento las conductas reforzadas o premiadas tienen mayores probabilidades de ocurrir de nuevo. Por lo tanto se da primero la respuesta con cierta conducta del organismo, que conduce a una situación satisfactoria o refuerzo, este es satisfactorio porque la respuesta se repite. Un ejemplo en esto son los elogios que se dan después de realizar una acción adecuada y a partir de eso nuestro empeño va a ser mejor cuando recibimos halagos, requiere de poco esfuerzo este tipo de condicionamiento y es muy difícil de eliminar y da forma a nuestras respuestas Edgard y Thorndike (1911) estudiaron este comportamiento y vieron lo que llamaron ley de efecto. En donde nos mencionan que las consecuencias de un comportamiento determinan la posibilidad de que sea repetido. Dentro de estos psicólogos podemos mencionar a B.F. Skinner que retomó el trabajo de Torndike y Watson desarrollando de manera sistemática las leyes de conducta, inventó equipo que pudiera medir con cuidado la conducta y poder, en forma automática, producir un reforzamiento (caja de Skinner), se encontró que los seres humanos son predecibles y que su comportamiento se rige por las leyes fundamentales de la conducta, en donde siempre es muy importante el reforzamiento que si es positivo puede ser variado, puede ser desde un gesto de aprobación, una sonrisa, algo interesante a la mirada, o el éxito de un videojuego.



El condicionamiento operante puede también aprenderse por medio del condicionamiento de evitación: En el que el reforzamiento consiste en poner fin a un estímulo desagradable, por ejemplo un ruido desagradable. En dicho condicionamiento se aprende una respuesta a determinado estímulo al reforzarlo repetidas veces. Para poder utilizar el condicionamiento operante para enseñar una acción compleja, la conducta final se debe construir o moldearse poco a poco, y se apremian las aproximaciones sucesivas de la tarea final, esto se condiciona durante el tratamiento odontológico por ejemplo al momento de explicarle la técnica de cepillado adecuada y reforzando este condicionamiento en cada aproximación sucesiva, ya que van de situaciones sencillas a situaciones más complejas.

El condicionamiento clásico y operante son considerados métodos elementales del aprendizaje debido a que ocurren con poca o nula conciencia o esfuerzo por parte del individuo. Aunque elementales en su forma, nuestras respuestas condicionadas son de gran importancia a nuestra vida porque dan forma a muchas de nuestras actitudes, emociones y conducta social.

### **3.1.8 ANÁLISIS EXPERIMENTAL DE LA CONDUCTA ACTUAL**

En los años 90's, al estudio sistemático y a la aplicación de principios del condicionamiento clásico y operante se les denomina análisis experimental de la conducta humana. Existen programas terapéuticos y educativos diseñados para capacitar o volver a entrenar a las personas para que se comporten de manera más adecuada o deseable, dichos programas que moldean la conducta humana para propósitos terapéuticos se llama:



---

Modificación de la conducta. En donde se debe de recompensar los pequeños pasos hacia el logro final de la meta. El condicionamiento es un proceso de aprendizaje importante, pero no constituye una explicación adecuada para todo aprendizaje. No respondemos exclusivamente a nuestro ambiente externo, también aprendemos por ejemplo a enfrentarnos a nuestros padres con base en la experiencia pasada. Los seres humanos no solamente somos sujetos del condicionamiento, también damos solución a los problemas.<sup>(8)</sup>





## 3.2 COGNOSCITIVISMO

### 3.2.1 DEFINICIÓN DE COGNICIÓN

La cognición es una serie de procesos del pensamiento en donde este último juega un papel importante dentro del aprendizaje. El pensamiento incluye procesamiento y recuperación de información contenida en la memoria. Pero además requiere de manipular la información de diversas formas. Estas teorías valoran la interrelación existente entre las influencias externas y el desarrollo interno. Se deriva del conductismo y algunos autores le llaman neoconductismo o conductismo moderno. Su modelo es estímulo-organismo-respuesta. Lo que sucede en el organismo, no puede ser directamente observado, sino inferido de las relaciones que se observan entre estímulos y respuestas.

Bandura (1986) define cognición como la recopilación de los principios fundamentales y actuales de las teorías del aprendizaje social.

La psicología cognoscitivista abarca todos los estudios actuales que están dedicados a explorar los procesos psicológicos que nos permiten adquirir conocimiento, percepción, aprendizaje, pensamiento, atención, memoria, lenguaje, etc.<sup>(2,3)</sup>



### 3.2.2 EL COGNOSCITIVISMO DE ACUERDO A JEAN PIAGET

Jean Piaget psicólogo por excelencia es el teórico por excelencia del desarrollo cognoscitivo o intelectual, lo explica como el desarrollo de la experiencia del niño con el ambiente, sumada a su maduración a cuidado y la educación que influyen sobre la experiencia individual y a la adaptación cognoscitiva (equilibrio), del niño.

Según Piaget el conocimiento progresa hacia niveles de organización cada vez más complejos y estables. En este progreso los procesos fundamentales son los de asimilación y acomodación, mediante los que se llega a la adaptación.

La asimilación es la incorporación de datos de la experiencia, sobre lo creado por la actividad del niño, haciendo posible manejar problemas nuevos con los mecanismos adquiridos

La acomodación consiste en los cambios que hace el niño para resolver problemas nuevos, éste debe de cambiar para adaptarse.

La asimilación y la acomodación llevan a la adaptación, que consiste en un equilibrio entre el pensamiento y su ambiente.

Otro elemento fundamental para entender a Piaget es la reacción circular, que es la repetición de un modo de respuesta sensoriomotriz, hasta que se



fortaleza y consolide puede ser repetido con variaciones con el fin de producir distintos efectos. El desarrollo según Piaget es por etapas secuenciales que se deben de seguir para que se presente la siguiente etapa. La conducta intelectual debe pasar por etapas que son:

- ❖ Hacer.
- ❖ Hacer con conocimiento.
- ❖ Conceptuar.

El enfoque genético de Jean Piaget acerca del desarrollo intelectual es una de las teorías más importantes y mejor articuladas en la psicología contemporánea. De acuerdo con esta teoría, un individuo se mueve continuamente hacia niveles cada vez más altos de integración cognoscitiva, proceso que se encuentra determinado por la confrontación con la realidad física y social, y la adaptación de dicha realidad. Se dice que esta adaptación es secuencial e invariable. La secuencia está constituida por cuatro etapas del desarrollo vinculadas entre sí. <sup>(5)</sup>

### **3.2.3 ETAPAS DEL DESARROLLO INFANTIL SEGÚN JEAN PIAGET**

- ❖ La primera etapa se denomina periodo de inteligencia sensoriomotriz, abarca en general los dos primeros años de vida. Durante este tiempo, el niño aprende a coordinar la estimulación sensorial, abarca la permanencia del objeto y logra un nivel de actividad intencional dirigida hacia una meta, práctica sus reflejos, repitiendo sensaciones placenteras hasta obtener coordinación mano-boca (1-4 meses). La



repetición de eventos como la manipulación, madurará en coordinación con la vista.

- ❖ La segunda etapa llamada de inteligencia preoperacional (2-7 años). Es un periodo prolongado de transición hacia un funcionamiento cognoscitivo de nivel superior. Durante este periodo, el pensamiento del niño se encuentra dominado por sus percepciones. El único logro cognoscitivo es el dominio del símbolo, o pensamiento representacional.
- ❖ La tercera etapa que se manifiesta alrededor de los 7 años se manifiesta en forma de un pensamiento operacional concreto. Durante esta etapa, el pensamiento tiene una base de estímulos percibidos, pero por primera vez, esta caracterizado por propiedades lógicas, como la reversibilidad, la transitividad y la asociatividad. Se alcanza tanto la conservación como la clasificación múltiple. De hecho la etapa de operaciones concretas puede definirse como aquella que implica el dominio de clases, relaciones y cantidades.
- ❖ La cuarta etapa ocurre entre los 10 y los 12 años. Tiene lugar en la última transformación en la naturaleza del pensamiento y concluye en lo que Piaget ha llamado pensamiento operatorio formal. Esta etapa final se caracteriza por la habilidad para pensar reflexivamente y realizar operaciones hipotético- deductivas.<sup>(9)</sup>

Estas etapas sucesivamente complejas, o jerarquías de estructuras de pensamiento lógico, se utilizan para describir como los contenidos particulares de la conducta intelectual se producen en puntos predecibles del ciclo de desarrollo. El interés fundamental de Piaget ha sido la clase de operaciones cognoscitivas del niño, que culminan en la acción, y no en si una



acción determinada, es correcta o exitosa desde el punto de vista de los adultos. Las consideraciones de Piaget se encuentran entre las más explícitas que se relacionan con la distinción entre el proceso y el producto del cognoscitivismo: él piensa que puede aprenderse mucho, e incluso más, de los “errores” u omisiones inherentes al pensamiento del niño, que de observar lo que un niño hace correctamente. <sup>(6)</sup>

En líneas generales, existen tres factores que gobiernan la conducta del niño: su madurez, sus rasgos de personalidad y su ambiente. Los dos primeros factores apenas están sometidos a interferencias y demandas externas en las que intervenga el adulto, mientras que el ambiente es variable y está sometido, hasta cierto punto, a nuestro control.

La madurez es la expresión de cómo el crecimiento y desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos, Dicha madurez se alcanza de forma gradual como en el caso de enseñar a hablar a un niño. Todos los talentos humanos se adquieren mediante un desarrollo progresivo o, lo que es lo mismo, mediante un gradiente de maduración. <sup>(1)</sup>



## 3.3 TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

### 3.3.1 DEFINICIONES

**Teoría:** Conjunto de suposiciones o principios relativos al comportamiento humano.

**Aprendizaje:** Según el filósofo Evans, es un proceso mediante el que llegamos a estar conscientes de nosotros mismos y de nuestras capacidades. El aprendizaje nunca se detiene, por lo tanto cada paso en nuestro desarrollo y cada situación que afrontamos representa aprendizaje.

El aprendizaje social es el proceso mediante el cual las reglas, costumbres y tradiciones de nuestra sociedad son inculcados en nuestra conducta.

Craig nos menciona que el aprendizaje es un proceso generalizado que no se limita a la enseñanza formal sino que comprende la adquisición de la moral y prejuicios. Se dice que con el aprendizaje somos capaces de cambiar y adaptarnos al mundo que nos rodea. <sup>(3,4)</sup>

La teoría del aprendizaje social encuentra la clave de la conducta humana en la naturaleza de cada individuo en la forma en que el medio ambiente lo moldea, obteniendo experiencias propias que permiten descubrir, proporcionar estímulo, adiestra y practicar, por lo tanto dice que el comportamiento se adquiere y se logra por medio del aprendizaje, así mismo



las habilidades, conocimientos, actitudes, opiniones, ideales y valores son aprendidos. Conciben el desarrollo a través de la vida como una acumulación gradual de conocimientos, destreza, memoria y competencia. El niño se convierte en adolescente y luego en adulto por medio de experiencia y aprendizaje gradual y constante, que a su vez da origen a más habilidades y conocimientos. <sup>(10)</sup>

### **3.3.2 APRENDIZAJE POR IMITACIÓN Y MODELAMIENTO**

Todos aprendemos una amplia gama de conductas al observar e imitar (o evitar) acciones de las personas que nos rodean, si nos enfrentamos a una situación desconocida que nos causa tensión, por lo general miramos a nuestro alrededor para descubrir que hacen los demás y actuar de manera similar, algunas veces imitamos de manera conciente y en otras ocasiones de forma deliberada como por ejemplo los niños que imitan a sus padres, estos niños imitan tanto las conductas favorables como las conductas desfavorables; generalmente imitan a personas que son importantes para ellos debido a que son los modelos que más adelante van a adoptar como patrón propio. Aprenden en sus primeros años los múltiples aspectos del papel sexual y expectativas morales de su comunidad, aprenden a expresar agresión, dependencia y conductas socialmente adecuadas como la de compartir. Al llegar a la edad adulta, aprenderán las actitudes y valores propios de su personalidad.



### 3.3.3 APRENDIZAJE EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (ENSAYO Y ERROR)

La solución de problemas difiere del condicionamiento en cuanto a que se requiere cierto esfuerzo de nuestra parte para que ocurra el aprendizaje. El método básico que utiliza se denomina de tanteo o de ensayo y error. Cuando intentamos solucionar un problema buscamos distintas soluciones antes de encontrar la adecuada, en este método se reconoce primero el problema, este también comprende el refuerzo. Los esfuerzos que nos acercan al éxito son reforzados y se repetirán. Los errores o las soluciones inadecuadas por lo general serán eliminadas, de tal manera que seamos capaces de solucionar un problema en particular con mayor facilidad y sin un gran número de errores la próxima vez que se aborde, en ocasiones implica la ayuda de otras personas, la orientación de una persona más experimentada a veces contribuye a que reconozcamos medios potencialmente exitosos a la solución y por lo tanto el tiempo y el esfuerzo dedicados a los errores se reducirán. La solución de problemas en un futuro es más fácil si empleamos nuestra experiencia actual para eludir los errores, mediante el aprendizaje aprendemos a aprender. Desarrollamos disposiciones de aprendizaje o expectativas. Los hábitos de estudio son una forma de disposiciones de aprendizaje, mientras más experiencia se tenga mayor disposición en el aprendizaje, gran parte de nuestra conducta se convierte en hábito. En ocasiones, esta disposición de aprendizaje o hábitos estorban al nuevo aprendizaje.





La flexibilidad es importante en la solución de problemas, dado que evita que pasen por alto los atajos, los caminos fáciles y se compliquen demasiado nuestros problemas.

### **3.3.4 APRENDIZAJE CON AYUDA DEL USO DE SÍMBOLOS**

Es un método utilizado en forma exclusiva por el hombre, los símbolos son algo que representa a otra cosa, uno que es de suma importancia es el lenguaje. Nuestro sistema de símbolos verbales está compuesto de letras del alfabeto combinadas en palabras. Existen símbolos específicos como la palabra perro, o generales como la palabra animal, los generales se refieren a grupos de objetos, operaciones o relaciones, se denominan conceptos. La habilidad para usar símbolos y conceptos da rapidez y eficiencia a nuestros procesos de pensamiento. El aprendizaje intelectual de la niñez es un proceso gradual de adquisición de símbolos, conceptos y significados con frecuencia mediante el ensayo y error. Los primeros símbolos que se comprenden son de objetos (zapato, pájaro), posteriormente los de formas en el espacio (círculo, cuadrado) y colores y más tarde números. El aprendizaje simbólico temprano se logra durante los 5 a 7 años de edad. Lo que no se ha aprendido antes de ingresar a la escuela, se domina al primer o segundo año de escuela, estos aprendizajes simbólicos se convierten en la base a partir de la que se desarrollan nuestra habilidad para manejar las ideas complejas.

Existe otra clase de símbolos en nuestra experiencia, los números y sus signos de operaciones (+, -, x), la música tiene su propio sistema de símbolos al igual que el arte, las señales de tránsito, señales de operaciones,



señales de instrucciones y señales de peligro cotidiano, proporcionan seguridad y eficiencia a nuestra vida.

Existe un sistema de símbolos motores que llamamos indicadores no verbales o lenguaje corporal, son ademanes conocidos, expresiones y posturas que reconocemos y que nos indican las ideas particulares o emociones sin que tenga que mediar palabra, por ejemplo una ceja levantada, un puño apretado, etc. Estas posiciones corporales están reforzadas y se repetirán. Los errores o las soluciones inadecuadas por lo general serán eliminadas, de manera que seamos capaces de solucionar un problema en particular con mayor facilidad y sin un gran número de errores la próxima ocasión.

Casi toda la conducta humana es aprendida, incluso los patrones relativamente simples de la conducta refleja no aprendida pueden ser modificados a través del aprendizaje. Se aprende satisfaciendo nuestras necesidades propias en armonía con las demandas cambiantes de nuestro ambiente. Aprendemos también mediante habilidades motoras que comprende la coordinación de músculos y nervios. Este tipo de aprendizaje comienza aún antes del nacimiento, es más rápido durante la infancia y la niñez, alcanza su punto culminante en la adolescencia y declina en la edad adulta, se dominan casi todas las habilidades físicas que necesitamos. La mayoría del aprendizaje motor nos permite aprender actividades como caminar, escribir, tocar un instrumento musical, conducir un automóvil y emplear utensilios o herramientas.<sup>(3,4)</sup>



## CAPÍTULO 4

### TÉCNICAS DE CONTROL Y MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

#### 4.1 CONDICIONAMIENTO DEL NIÑO PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Para el buen manejo de los niños en el consultorio dental, tenemos que tener en cuenta varios factores que pueden ayudarnos a controlar las diferentes conductas que presenta el niño al momento del tratamiento dental. La preparación que se le proporcione al niño antes de someterlo a un tratamiento dental, será de vital importancia para lograr su adaptación adecuada con el profesionalista y con el medio que encontrará a su alrededor. Por lo que se menciona anteriormente es necesario conocer las diferentes conductas que pueden presentar los niños así tenemos que basándose en la actividad verbal, la tensión muscular y la expresión ocular, Rud y Kisling (1973) crearon la siguiente escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente dental y su capacidad para dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental.



Sala de espera



Consultorio odontopediátrico



#### 4.1.1 ACEPTACIÓN DEL NIÑO AL TRATAMIENTO DENTAL SEGÚN RUD Y KISLING

❖ **Grado 3: Aceptación positiva.**

Voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en él, ojos brillantes, tranquilos o móviles.

❖ **Grado 2: Aceptación indiferente.**

Conversaciones o preguntas dubitativas o demasiado rápidas, movimientos cautelosos e indecisos, falta de atención. La expresión ocular es indiferente, pero la posición en el sillón dental continúa siendo relajada.

❖ **Grado 1: Aceptación con desgana.**

Falta de conversación, respuesta e interés, posición poco relajada en el sillón dental. En cuanto a los ojos, el niño parpadea o frunce el ceño.

❖ **Grado 0. No aceptación.**

Protestas verbales o físicas manifiestas o llanto como berrinches.

Este tipo de observaciones ayudan al clínico a valorar a cada paciente en concreto. Además si se registran en las sucesivas visitas, reflejan también la capacidad de aprendizaje y adaptación del niño al tratamiento dental.<sup>(11)</sup>



#### **4.1.2 CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS SEGÚN FRANKLE**

Esta clasificación divide a las conductas observadas en cuatro categorías, que van desde la definitivamente positiva a la definitivamente negativa es una escala funcional, cuantificable y confiable, sirve también como forma abreviada para el registro de la conducta del niño en el consultorio.

**Tipo 1:** Definitivamente negativa.

*El niño rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremado.*

**Tipo 2:** Negativo.

El niño difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene evidencias de algunas actitudes negativas pero no pronunciadas.

**Tipo 3:** Positivo.

El niño acepta el tratamiento, a veces, es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo con reservas, pero sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.

**Tipo 4:** Definitivamente positiva.

El niño presenta buena relación y armonía con el odontólogo, y muestra interés en los procedimientos odontológicos.



#### **4.1.3 CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SEGÚN WRIGHT**

Wright en 1962 postuló que la mayoría de los clínicos categorizan las conductas de los niños en grupos definibles como los siguientes:

##### **I.- COOPERATIVOS.**

Niños vistos en su mayoría en los consultorios odontológicos y niños que también fueron tratados mediante un correcto enfoque del diga –muestre-haga

##### **II.- FALTA DE CAPACIDAD DE COOPERACIÓN.**

Incluye niños muy pequeños con quienes no se puede establecer comunicación ni se puede esperar su comprensión como por ejemplo los niños especiales.

##### **III.- CONDUCTA POTENCIALMENTE NO COOPERATIVA.**

###### **a) Conducta descontrolada**

Niños pequeños de tres a seis años en su primera visita odontológica, presentando rabietas con revuelo de brazos y piernas, con sugerencia de ansiedad aguda o temor.

###### **b) Conducta desafiante**

Utilizan la resistencia pasiva; se ve más a menudo en los niños mayores que se acercan a la adolescencia. Generalmente reaccionan igual en el hogar.



c) Conducta tímida

El niño puede esconderse detrás del padre, pero suele presentar poca resistencia a la separación. A menudo reprime las lágrimas, es sumamente ansioso, no siempre escucha o atiende las instrucciones.

d) Conducta cooperativa tensa

El niño acepta el tratamiento, su voz puede mostrar algún cambio al hablar; su cuerpo puede temblar y transpirar en forma visible, como las palmas de sus manos o frente y controlan sus emociones.

e) Conducta llorosa

El niño permite que el odontólogo proceda, pero llora todo el tiempo, frecuentemente se queja de dolor y constantemente emite sonidos.



Conducta poco cooperadora



Conducta cooperadora



#### 4.1.4 FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LOS DESORDENES DE LA CONDUCTA

Los niños presentan cierta conducta, habiendo varias características y factores que la originan que caen dentro de tres categorías generales: los biológicos, los de experiencia y los socioculturales. En el caso particular de nuestra actividad profesional las actitudes de la familia, experiencias previas, separación de los padres, miedo a lo desconocido, presencia de los padres durante el tratamiento dental, coeficiente intelectual, edad, sexo, raza, duración de la visita y hora de visita (se recomienda atenderlos en las primeras horas del día). Las reacciones del niño frente al ambiente dental y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental son: la aceptación positiva, la aceptación indiferente, la aceptación con desgana y la no aceptación.<sup>(11)</sup>

Esta última es la que más frecuentemente se presenta en el consultorio dental ya que presentan un grado de alteración emocional y por lo tanto se tendrá que modificar su conducta. No es preciso improvisar métodos para controlar la conducta. Hay variedad de técnicas y recursos ya documentados que nos ayudan en el cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad.

- ❖ Técnicas de comunicación.
- ❖ Técnicas de modificación de la conducta.
- ❖ Técnicas de enfoque físico.





## 4.2 TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN CON EL NIÑO

- ❖ Comunicación.
- ❖ Lenguaje pediátrico.
- ❖ Decir-mostrar-hacer.
- ❖ Control de voz.

### 4.2.1 COMUNICACIÓN

La comunicación con el niño es una clave importante para dirigir la conducta en el consultorio dental. El Clínico debe de tener la habilidad para establecer comunicación tanto a nivel verbal como por contacto visual . Es importante fomentar una buena comunicación para que el niño se sienta física y emocionalmente seguro. En consecuencia al niño se le tendrá que familiarizar con el consultorio en general, mostrándole e indicándole para que sirva el mobiliario, el equipo y en especial el instrumental. Para instruirlo en lo que respecta al servicio que dan los instrumentos, se le permitirá que los toque, sostenga y hasta se le pedirá que ayude durante la realización del trabajo, pero ante todo, se le advertirá que nunca trate de sostener las manos del profesionalista, porque cualquier movimiento brusco dará por resultado una inevitable molestia todo esto con el fin de reducir un poco la ansiedad y el miedo del niño.



#### 4.2.2 LENGUAJE PEDIÁTRICO

Al hablar con un niño, hay que tener mucho cuidado en escoger el lenguaje apropiado, se busca el nivel del niño en cuanto a palabras e ideas y un lenguaje que pueda entender, nunca hay que mentirle al niño. Saber manejar el lenguaje para comunicarse con el niño es esencial, para saber como se le hablará al niño pequeño y como se le hablará al paciente preescolar. En cualquiera de los dos se puede utilizar la técnica de decir-mostrar-hacer, con el fin de reducir un poco la ansiedad y el miedo del niño. A todo lo anterior se deberá incluir una información exacta sobre lo que realmente es un tratamiento dental, para evitar que el niño se forme una imagen falsa respecto al ambiente y manera en que se desarrolla la práctica dental. Es importante no excederse ni preparar excesivamente al niño, ya que eso incrementaría su ansiedad. Al seleccionar el lenguaje, hay que elegir objetos y situaciones familiares para él. En niños pequeños esta indicado añadir algo de fantasía a la conversación. Si los niños preguntan se les responde directamente. Deben evitarse palabras que provoquen miedo en el niño, las palabras técnicas se modificarán según la edad del paciente ejemplos:

- 1.- Radiografía. fotografía.
- 2.- Equipo radiográfico: cámara.
- 3.- Turbina: cepillo especial.
- 4.- Amalgama: Gorro de plata.

Estas palabras se emplearan de acuerdo a cada profesional.



Cuando el odontólogo crea algún tratamiento dental específico puede llegar a causar molestias, se le tendrá que avisar al niño cada uno de los procedimientos que vamos a realizar con un lenguaje comprensible y de acuerdo a la edad del niño, evitando o modificando el lenguaje las palabras como son. cortar, fresar, inyectar, sangre, arrancar, pinchar, etc., que puedan provocar un ambiente estresante hacia el niño. Al mismo tiempo se le condicionara para que levante la mano cada vez que sienta alguna molestia.

#### **4.2.3 DECIR-MOSTRAR-HACER (DMH)**

En la literatura anglosajona se conoce como "tell-show-do". Habitualmente se conoce por la técnica del "diga-muestre-haga" o de la triple E (EEE) de "explique-enseñe-ejecute".

Los puntos básicos de esta técnica es (D) decir y explicar al niño lo que se le va hacer antes de comenzar cualquier maniobra, mostrarle (M) por lo menos como se llevará a cabo y hacerlo (H). Esta técnica se usa de manera sistemática en la introducción del niño a la profilaxis que siempre se elige como el primer procedimiento operatorio, en consecuencia se le dice al paciente que se le cepillarán los dientes; se le mostrará el "cepillo espacial" y cómo gira en la pieza de mano, y después se le limpian los dientes. Es necesario agregar "elogio" a la secuencia DMH, porque es necesario reforzar de inmediato el buen comportamiento durante el tratamiento inicial y en cualquier tratamiento subsecuente. En el caso de que apliquemos analgesia local se le dice al paciente que se le "hará dormir" a su diente, se le muestra el analgésico superficial en una gasa, y la inyección se hará sin demostraciones ulteriores. Las explicaciones no deben detallarse ni



prolongarse, pues suelen confundir al niño y tal vez angustiarse. Por el contrario deben de ser sencillas y casuales. De manera semejante, la demostración será breve y sencilla para que el tratamiento verdadero continúe sin demora indebida. <sup>(12)</sup>



Decir



Mostrar



Hacer



#### 4.2.4 CONTROL DE VOZ

El control de voz consiste en el cambio súbito y abrupto del tono de voz, elevándolo para tratar de conseguir la atención del paciente y proyectar la intención de que el profesional es el que toma las decisiones, es muy importante tomar una actitud de autoridad, no autoritaria, ni agresiva para conseguir la atención del niño. Esta actitud de control de voz puede ir reforzada con expresiones faciales y siempre después de obtener la atención del niño se le agradece por su cooperación y se le dan las instrucciones ya de una manera suave y agradable. Está destinada a restablecer una comunicación perdida con los pacientes debido a una conducta no cooperadora, tratándose generalmente de una rabieta. <sup>(12)</sup>



### 4.3 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

A fin de obtener la cooperación del niño el dentista, no sólo debe de establecer un nivel de comunicación adecuado con él sino también emplear técnicas eficaces de modificación de la conducta. La interpretación exacta de las conductas evidenciadas por el paciente aseguran el éxito en el manejo del niño además de que esta relacionado directamente con el conocimiento, por parte del dentista, de sus características psicológicas y necesidades particulares. Al obtener mayores conocimientos es mayor la posibilidad de tener buenos resultados en las tres importantes áreas de la conducción del paciente. Éstas áreas incluyen: la predicción de la conducta en la situación clínica, el manejo adecuado de los problemas conductuales, así como la habilidad para explicar, racionalizar y modificar las circunstancias que motivaron dicha conducta. Los psicólogos y psiquiatras han desarrollado varias técnicas para modificar las conductas negativas de los pacientes, utilizando algunos de los principios mencionados en las teorías anteriores. Estos métodos se denominan: técnicas de modificación de conducta. Consiste en alterar un comportamiento individual hacia un nivel deseado de forma gradual requiriendo de tiempo y paciencia por parte del clínico para la *aplicación de cualquier técnica, se basa en la introducción planeada de los procedimientos terapéuticos, con el fin de preparar gradualmente al niño y que acepte el tratamiento de modo relajado y con cooperación.* Tomando en cuenta que cada niño es un individuo único: mental, física y emocionalmente y los métodos para obtener esta cooperación van a variar. Así antes que escoger un método para todo propósito en el manejo de los pacientes odontopediátricos, es más fácil pensar en un grupo de técnicas de manejo del comportamiento que pueden ser utilizadas y que van desde las más



simples y sencillas técnicas en relación a persuasión y cortesía, hasta utilizar técnicas más complejas.

El método gradual implícito en la modificación de la conductual puede retrasar inicialmente el tratamiento, pero luego cuando se obtiene la cooperación del paciente este será recompensado, por lo que el tiempo que fue invertido puede considerarse buena inversión.



Niña después de modificar su conducta

Las técnicas que se manejaran para la modificación de la conducta son las siguientes:

- ❖ DESENSIBILIZACIÓN.
- ❖ IMITACIÓN Y MODELAMIENTO.
- ❖ CONTINGENCIA O REFORZAMIENTO POSITIVO.
- ❖ RESTRICCIÓN FÍSICA.

#### 4.3.1 DESENSIBILIZACIÓN

La desensibilización literalmente significa quitar la sensibilidad hacia alguna cosa o cosas, lo que en la experiencia dental significaría las emociones o temores de lo desconocido, asociado con la unidad dental, el instrumental,



los sonidos, etc. La desensibilización real significaría que estas emociones fueran eliminadas o por lo menos reducidas. Los terapeutas de la conducta han encontrado que la desensibilización sistemática es uno de los métodos más efectivos para reducción de la ansiedad mal adaptada. La técnica implica comúnmente enseñar al paciente como inducir un estado de profunda relajación muscular y describir, mientras está relajado, escenas imaginarias vinculadas con sus temores. Estas escenas son presentadas al paciente de manera gradual o por jerarquía, de modo que aquellas que provocan sólo una mínima ansiedad sean descritas al principio. Gradualmente, surgen situaciones de mayor potencial de stress; sin embargo la ansiedad es minimizada por el uso de la relajación. La técnica ha sido efectiva en el manejo de una amplia gamma de fobias, incluyendo temores de rechazo ó de daño físico. Wolpe, sugiere que la desensibilización sistemática es efectiva debido a que el paciente aprende a sustituir una respuesta emocional apropiada o adaptativa (que en este caso sería la relajación), en lugar de una respuesta inapropiada o mal adaptada (ansiedad).

Variaciones de la técnica clásica son muy útiles en la odontopediatría ya que con la desensibilización proveemos al niño de nuevas y más placenteras asociaciones para relacionarlos con el estímulo que provoca la ansiedad, tratamos de condicionar ciertos estímulos presentados en un ambiente relajado y agradable para hacerlos incompatibles con la ansiedad. Para incorporar estos principios de desensibilización sistemática se deberán hacer esfuerzos durante las visitas iniciales para tener al niño relajado. El clínico debe de establecer una escala de dificultad y ansiedad de procedimientos que va a realizar e introducirlos paulatinamente, desde los que producen menos ansiedad para finalizar con los más difíciles. Una secuencia





odontológica sería: examen y profilaxis, sellados de foseas y fisuras o aplicación de flúor, radiografías, tratamientos conservadores y procedimientos quirúrgicos, pero si el paciente teme al ambiente odontológico en general, la desensibilización puede incluir la exposición sucesiva del niño a los siguientes estímulos:

1. Sala de recepción y espera.
2. Dentista y asistentes.
3. Gabinete dental.
4. Sillón dental.
5. Examen bucal.
6. Profilaxis.

Pero cada procedimiento debe de adecuarse a cada niño en concreto y nunca generalizarse. Se trata de romper vínculos entre el objeto temido y las condiciones que provocan el miedo. Para la mayoría de los pacientes con fobias dentales, los miedos evitan que el paciente contacte, con la realidad, en este caso con el objeto temido, lo cual sirve para continuar reforzando una conducta negativa. La desensibilización del temor a la aguja es más difícil, en especial con niños pequeños, de los cuales no es posible esperar que *reaccionen de manera favorable al ver la aguja, y menos en la introducción de ésta en su boca*. Si el temor persiste a pesar de la modificación cuidadosa de la conducta durante las visitas preliminares, se considera la necesidad de recurrir a alguna forma de sedación.



Un niño de 3 años puede tener miedo a una profilaxis con copa de goma por haber escuchado a otro niño decir que le produjo miedo. La desensibilización *consiste en permitir al niño tocar y jugar con la pieza de mano, y explicarle algo como: "Este es mi cepillo especial para dejar tus dientes brillantes, también podremos pulir tus uñas con él", entonces antes de aplicarlo en sus dientes lo aplicamos en su uña, así el niño descubre que el dolor del que había sido anticipado no existe, sus miedos previos empiezan a extinguirse y empieza a creer en nosotros. Es una técnica que en la visita preliminar se lleva al niño al consultorio dental para realizar un recorrido y una orientación. Con anticipación se explica al paciente que ese día no se llevará a cabo ningún tratamiento, tendrá oportunidad de conocer al personal y si las cosas evolucionan de manera satisfactoria, es posible mostrar y explicar algunas de las partes del equipo dental. Se puede realizar esta técnica con niños muy temerosos o con alteraciones emocionales, logrando con esto que su primera cita sea tan agradable y simple como sea posible.*

La técnica de desensibilización es útil en las siguientes situaciones:

- ❖ Durante la visita inicial de un niño al consultorio dental.
- ❖ En visitas subsecuentes en donde se van a llevar a cabo procedimientos nuevos para el niño.
- ❖ Cuando se tratan pacientes referidos que no han sido familiarizados con las técnicas odontológicas.

Ésta es útil para el desarrollo de los temores odontológicos en el paciente nuevo, así como la minimización de la ansiedad y mala conducta asociada en el paciente previamente sensibilizado. En el empleo de este método,



deberá tenerse cuidado especial de usar un lenguaje y conceptos que el niño puede comprender. La confianza, seguridad, empatía y los intentos de hacer la visita lo más agradable posible, sirven para llevar a cabo la inhibición recíproca de los estímulos que provocan la ansiedad. <sup>(13)</sup>



Desensibilización por medio de videos

#### 4.3.2 IMITACIÓN Y MODELAMIENTO

El empleo de estas técnicas es relativamente reciente. El procedimiento básico reciente consiste en permitirle a un paciente que observe uno o más individuos (modelos) que muestren una conducta apropiada en un momento particular. El paciente frecuentemente imitará la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar. El modelo puede estar presente (vivo) o filmado (simbólico) con resultados igualmente exitosos. Adelson y cols., han informado sobre el efecto de la película sobre esta técnica, mencionan que es una forma de modelo sustitutivo sobre el cambio de la actitud del niño que han sido señalados como temerosos por el odontólogo, en donde se muestra el tratamiento de un niño enfrentando con éxito una visita odontológica restauradora. En la situación de la práctica privada, el modelamiento es una técnica que brinda un beneficio importante, con un mínimo de esfuerzo. Esta técnica es de gran utilidad para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental. Un simple método de



aplicación es dejar entrar al niño a la sala operatoria y dejarle ver como está tratando a un hermano suyo, o bien por medio de películas mostrando a un niño que recibe tratamiento, es considerado como uno de los mejores métodos de enseñanza.

La técnica a seguir es la siguiente.

1. Se obtiene la atención del paciente.
2. Se modela la conducta deseada.
3. La guía física de la conducta deseada puede ser necesaria cuando se espera inicialmente que el paciente imite la conducta modelada.
4. Puede brindarse un refuerzo de la conducta guiada.
5. Puede brindarse un refuerzo de las conductas que no requieren guía.
6. Puede brindarse un refuerzo de las conductas apropiadas, iniciadas por el paciente sin modelamiento previo.

Los procedimientos de modelamiento sirven para cuatro funciones básicas:

1. El estímulo para la adquisición de nuevas conductas.
2. Para facilitar conductas que ya están en el repertorio del paciente, en una manera o momento más apropiado.
3. Para desinhibir conductas evitadas a causa de temor.
4. Para suprimir temores. <sup>(14)</sup>



Alderson y Golfried en 1970 nos dicen que es posible aplicar esta técnica sencilla a una variedad de terapéuticas dentales, pero que tal vez se use con mayor frecuencia para introducir al niño angustiado al examen bucal en el sillón dental. Se pide que los padres o de preferencia, otro niño que actúe como modelo, sometiéndose a un examen y profilaxis. Con optimismo, el niño temeroso imitará el comportamiento cooperativo del modelo. Es preciso recurrir al método decir-mostrar-hacer, aunado a refuerzos, para complementar el procedimiento de modificación, que junto con la desensibilización, constituye una técnica eficaz para el problema de familiarizar al niño temeroso con un tratamiento sencillo. Afirman que el niño es capaz de aprender patrones de conducta complejos por la observación de un modelo. Además el aprendizaje a través del modelamiento, es particularmente efectivo.

- A. Cuando el observador está en estado de alerta.
- B. Cuando el modelo tiene relativamente más status y prestigio.
- C. Cuando hay consecuencias positivas asociadas con la conducta del modelo.



Modelamiento



### 4.3.3 REFORZAMIENTO POSITIVO

La ley del refuerzo dice que la conducta que es premiada tiende a aparecer más frecuentemente y la conducta que es castigada o continúa sin premiarse tiende a extinguirse o desaparecer. Esto es importante por que se puede fortalecer un patrón de comportamiento adecuado por medio de los reforzadores, además de que los niños que necesitan un estímulo positivo para sentirse comprendidos y queridos.

Los psicólogos partidarios de las teorías del aprendizaje social del desarrollo infantil consideran que el comportamiento del niño es reflejo de sus reacciones a las recompensas y castigos de su medio. Muchos odontólogos dan a los niños un pequeño regalo después del tratamiento, sin embargo, el regalo es frecuentemente otorgado sin importar el tipo de comportamiento durante la visita. Se recomienda que los reforzadores sean dispensados sólo después de patrones de conducta apropiados. Los principales beneficios en el tratamiento odontológico de los niños se derivan del uso de los reforzadores positivos de tipo social (elogios, expresiones faciales de agradecimiento, sonrisas) o bien en forma de premio activo (calcomanías, cromos, cepillos de dientes, globos, etc.), estos reforzadores se dan inmediatamente después de terminada la consulta como signo aprobatorio de buen comportamiento. El paciente ansioso puede ser reasegurado con estos reforzadores; el niño dubitativo o no experimentado puede tener su conducta conformada a través de un proceso de sucesivas aproximaciones seguidas por la entrega de estos reforzadores; y el paciente cooperador ser estimulado y motivado a nuevas pautas de interés por el uso de reforzadores sociales.



Existen numerosas ocasiones durante el procedimiento odontológico en donde el profesional puede manifestar el aprecio por las conductas definidas por el paciente, por ejemplo: cuando el paciente sigue todas nuestras instrucciones como quedarse quieto, abrir la boca, aplicar las correctas medidas de higiene oral, sin un gesto adicional de tiempo o de material, en estos casos el paciente debe de recibir un signo inmediato de complacencia, el punto importante es que el comportamiento del niño debe reforzarse con frecuencia. Los reforzadores de actividad tienen poca aplicación en el consultorio dental, pero pueden ser usados con éxito en el hogar para los programas tales como control de hábitos o de placa, si los padres pueden ser adecuadamente entrenados para observar y reforzar las conductas apropiadas. Sin embargo, el refuerzo de actividad tiene alguna aplicación en el consultorio dental, y esto es debido a la inherente curiosidad de los niños. Después de las conductas apropiadas, se les puede permitir observar el tratamiento en un espejo de mano, o participar sosteniendo los instrumentos o haciendo ajustes requeridos en el equipo odontológico.

Es importante no reforzar el mal comportamiento. Si el niño impide el tratamiento y no se puede completar lo planeado, es muy posible que concluir abruptamente la sesión y devolver al niño a su madre para que lo reconforte refuerce la conducta deficiente. Es preferible permanecer inmutable y pretender que se ha concluido el tratamiento (por ejemplo, colocando un apósito provisional). El dentista no debe de ridiculizar al paciente por su mala conducta ni exhibir enojo. Las clases de castigo que el odontólogo puede usar para el mal comportamiento se limitan a mostrar decepción y desaprobación, además de no ofrecer ninguna recompensa.



Reforzamiento positivo

#### 4.3.4 MANO SOBRE BOCA

La técnica se describió por primera vez en 1920 por el Dr. Evangeline Jordan; "Si un niño no escucha y continúa gritando, cubra con una servilleta la boca y sostenga firmemente. Su grito continuará hasta la histeria pero el hecho de sostener la boca casi cerrada, hace el sonido más suave y pronto regresa a la razón".

Mientras que Levy y Domoto sostienen que es una forma de castigo Craig, Davis y Rombon toman la posición contraria por lo que Davis y Rombon indican que es una técnica que ayuda a que el niño acepte el tratamiento. McAuley y subsecuentemente Ross describen que elimina en el niño el intento de llegar a situaciones desagradables.

Esta técnica por lo general se considera como una medida bastante extrema en el manejo del niño que no coopera. La técnica consiste en inmovilizar en el sillón dental con gentileza, pero firmemente, al niño que protesta, colocando una mano sobre su boca a fin de mitigar sus protestas y, hablándole en voz baja pero clara al oído decirle que se le quitará la mano





tan pronto deje de llorar (Craig 1971). Cuando el paciente reacciona de manera favorable, se quita de inmediato la mano y se felicita al niño, sin embargo si éste comienza a protestar de nuevo, se repite el procedimiento, el objetivo de esta técnica es inculcar en el niño actitudes positivas además de efectuar el tratamiento, sólo se utiliza en pacientes que no quieren cooperar. Nunca debe de emplearse la técnica en niños temerosos para quienes son convenientes la desensibilización y otros métodos. En consecuencia, es fundamental una valoración acertada de las razones del comportamiento del niño que no coopera antes de recurrir a la técnica mano sobre boca.

#### **4.3.5 RESTRICCIÓN FÍSICA**

Las técnicas de enfoque físico no son técnicas que se utilizan como procedimientos clínicos aceptados con base científica para llevar a cabo ciertos tratamientos dentales en situaciones específicas. Sin embargo, la inmovilización parcial o completa del paciente algunas veces puede ser necesaria para proteger al paciente y al equipo dental, esto debido a diversas situaciones que se presentan como histeria, agresividad ó falta de cooperación debido al temor a lo desconocido o a la mala información que muchas veces procede de padres, amigos ó familiares; así como de una influencia negativa de los medios masivos de comunicación que conllevan al niño a crear un ambiente adverso y un comportamiento inapropiado mientras se realiza el tratamiento dental.

En algunos pacientes como pueden ser aquellos que tienen impedimentos de carácter mental o emocional, es necesario realizar un diagnóstico y



tratamiento de manera protegida por lo que la seguridad del paciente y el dentista justifican el uso de la restricción.

Para tomar la decisión de usar un restrictivo se debe tomar en consideración:

- a) Otras alternativas de técnicas de conducta.
- b) Necesidades dentales del paciente.
- c) Calidad del cuidado dental.
- d) Desarrollo emocional del paciente.
- e) Consideraciones físicas del paciente.
- f) Edad del paciente.

#### **4.3.5.1 OBJETIVOS DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA**

- ❖ Reduce o elimina el movimiento.
- ❖ Protege al paciente y al equipo dental.
- ❖ Facilita la calidad del tratamiento.

#### **4.3.5.2 INDICACIONES**

- ❖ En pacientes que requieran diagnóstico o tratamiento y que no pueden colaborar debido a incapacidad física o mental.
- ❖ En pacientes que requieran diagnóstico o tratamiento y que no pueden cooperar y con quienes las técnicas de conducta existentes han fracasado.
- ❖ Cuando la seguridad del paciente y del dentista están en riesgo de no aplicarse medidas protectoras de restricción.



#### 4.3.5.3 CONTRAINDICACIONES

- ❖ En pacientes cooperadores.
- ❖ En pacientes que no pueden utilizar el restrictor por sus condiciones médicas o sistémicas.
- ❖ En pacientes que hayan sufrido de abuso, violencia o abandono.

Es muy importante que en la historia clínica del paciente cuente con una orden por escrito acompañada de la documentación necesaria para justificar la restricción física.

#### 4.3.5.4 TIPOS DE RESTRICTORES FÍSICOS

La restricción física puede efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales, esta técnica se emplea durante la cita y se limita a niños inmanejables, lactantes que requieran tratamiento urgente por traumatismos, pacientes con ciertas enfermedades neuromusculares, pacientes agresivos y resistentes.<sup>(15)</sup>

El control del cuerpo se consigue a través de diferentes métodos y técnicas. En los niños muy pequeños es necesaria la ayuda de los padres y del personal auxiliar para controlar sus movimientos durante los procedimientos así como niños con retraso mental grave, los medios de restricción física permiten trabajar en mejores condiciones y controlar mejor las respuestas de los pacientes.

Los siguientes son algunos de los restrictores usados habitualmente:



#### 4.3.5.5 RESTRICTORES PARA TRONCO

Papoose board, pedi-Wrap, pieza de sujeción en saco para el sillón dental y Tabla y red.

#### 4.3.5.6 PAPOOSE BOARD

Es sencillo de almacenar y utilizar, se comercializa en diferentes tamaños para niños pequeños y grandes. Incluye estabilizadores de cabeza, no siempre se ajusta a los contornos del sillón dental. Cubre el diafragma del paciente y por eso hay que colocar un estetoscopio en la zona pretraqueal para el control de la respiración cuando se utiliza en pacientes sedados. Un *paciente con una resistencia extrema puede presentar hipotermia cuando la restricción se aplica demasiado tiempo, por lo tanto requiere atención y supervisión constante. El odontólogo lo usa como herramienta para aplicarlo en pacientes con poca cooperación.* <sup>(16)</sup>



Papoose board

#### 4.3.5.7 PEDI-WRAP

No tiene soportes para la cabeza ni para la espalda, hay diferentes tamaños permitiendo algún movimiento aunque el paciente este sujeto, es de algodón tipo red o malla para que ventilación por lo que no hay posibilidad de que el paciente sufra hipotermia. Este tipo de restrictor requiere de unas correas



para mantener la posición de tronco en el sillón dental así como de una buena supervisión para evitar que el paciente pueda resbalarse.

#### **4.3.5.8 RESTRICTORES PARA EXTREMIDADES**

Correas de posey y velcro, cintas y toallas, restrictor de cabeza, cabezal, estabilizador de la boca, sostenedor de boca open-wide, abre bocas (K,K), bloqueadores de mordida de goma y unidades para bebés.<sup>(17)</sup>

#### **4.3.5.9 ABREBOCAS**

Es útil para el tratamiento de pacientes difíciles y los que tienen un control muscular deficiente en pacientes con parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson. Están disponibles en tamaño infantil y para adulto, permite el acceso al lado opuesto de la boca y actúa a través de un mecanismo de tijera es necesario tener cuidado al utilizar el *cubre bocas* ya que puede producir laceraciones en labio, paladar, y la boca no se debe forzar más allá de una posición aceptable.

#### **4.3.5.10 BLOQUEADORES DE MORDIDA DE GOMA**

Se encuentran disponibles en diferentes tamaños; se ajustan a las superficies oclusales de los dientes y hacen que se establezca la boca en posición abierta. Es importante que los bloqueadores de mordida estén asegurados mediante hilo dental para recuperarlos en caso de que se desprendan y también es necesario permitir al paciente descansar unos minutos.



#### 4.3.5.11 UNIDADES PARA BEBES

Luis Reynaldo de Figueiredo, Walter y colaboradores desarrollaron las unidades para bebés la cual se denomina macris (hamaca de niño) destinadas a la realización de la práctica odontológica para bebés (recién nacidos y lactantes) cuyas edades van de 0 a 24 meses. Estos portabebés comenzaron a ser desarrollados a partir de 1978, dentro de la siguiente línea evolutiva:

- 1.-Pacote pediátrico de Walter: es la utilización de una mesa convencional y el envolvimiento del niño en un campo, se sujeta con tiras adhesivas como si fuera un cinturón.
- 2.-Sistema Papoose Board o cama de indio. Usado desde el año 1980.
- 3.-Sistema *perna pierna* o Joelho – Joelho relatado por Mathewson en 1982 cuyo uso es una alternativa para examinación y procedimientos en situaciones especiales y ocasionales.
- 4.-Soporte para portabebés. Se desarrolló en 1985 con el intento de eliminar el sistema primitivo *perna pierna* que a partir de 1986 se le denominó sistema "macri". Cada sistema ha sufrido modificaciones de tamaño forma y elementos conforme al paso del tiempo y a la necesidad de innovación. <sup>(18)</sup>



Cama macri



## CONCLUSIONES

El desarrollo psicológico del niño tiene es claramente influenciado por el medio ambiente que lo rodea como nos menciona la teoría del aprendizaje social y conductismo, tiene un desarrollo sensorial que le permite pensar y actuar de cierta forma por lo que es necesario tener en cuenta que para lograr con éxito el tratamiento dental de un niño en la consulta debemos conocer el desarrollo psicológico, las influencias físicas, mentales y ambientales logrando con esto una excelente relación odontólogo-niño; esto nos ayudará a descubrir las formas en las que cambia un niño, y así poder detectar alguna alteración emocional que presente en sus diferentes etapas de desarrollo y socialización.

*Debido a que el niño será un adulto, es importante que tanto los odontólogos como los padres de familia consideren que brindar una atención adecuada a tiempo y bajo un manejo emocional correcto durante la niñez se evitará que en un futuro se obtenga una conducta negativa del paciente en cuanto al tratamiento dental, o bien, si ya viene con una conducta negativa se reacondicionará esta conducta con las técnicas antes mencionadas y de acuerdo a la conducta que presente cada paciente.*

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magnusson, O. B Odontopediatría Enfoque Sistémico. Barcelona, Ed. Salvat, Barcelona 1985. Pp. 33-49.
2. Mussen. Desarrollo de la personalidad en el niño. 3ª. ed. Ed Trillas. México, 1990.
3. Grace J. Craig Desarrollo Psicológico 6ª. ed. Ed. Prentice Hall. Hispanoamericana, México. Englewod. Pp. 32-61.
4. Idella M. Evans. Psicología para un mundo cambiante 19 ed. Ed. Limusa. México, 1983 Pp. 425 a 473.
5. Barber, T. K. Odontología Pediátrica. Ed. Manual Moderno, México, 1987. Pp. 42- 58
6. Pinkham, J .Odontología Pediátrica. 1ª. ed. Ed. Interamericana, México 1991.
7. Braham. Odontología Pediátrica. Ed Médica Panamericana, México, 1984. Pp: 117-121.





- 
- 8.-Alonso Fernández. *Psicología Médica y Social*. 5ª. Ed. Ed.Salvat. Barcelona España, 1989.
  - 9.-Correa V. José *Fundamentos de Pediatría (Generalidades y neonatología)*. Tomo 1 2ª. Ed. Ed. Corporación para investigaciones biológicas, Medellín Colombia 1999.
  - 10.Casillo M. Ramón. *Manual de Odontología Pediátrica*. Bogotá, Ed. Latinoamericana, Actualidades Médicas Odontológicas, 1996.
  - 11.Barberia L. *Odontopediatría*. ED. Masson, S. A. España 1995. Pp 115-136.
  - 12.R.J. Andlaw. *Manual de Odontopediatría*.4a. Ed . ED. McGraw-Hill Interamericana Healthcare Group. 1999. Pp 19 –23.
  - 13.Finn, S.B. *Odontología Pediátrica*. 9ª ed. Ed. Interamericana, 1976. Pp. 491-492, 503-506, 509-513.
  14. Ripa. L. W. *Manejo de la Conducta Odontológica del niño*. Ed. Mundi. Argentina 1984. Pp. 63-76.



- 
15. Walter, L.R. et al, 1999 Odontologia para bebê: Odontopediatria Do Nascimento A os 3 ANOS, 1ª. Ed, Sao Paulo Brasil Artes Médicas Pp. 9-20, 187.

### REVISTAS

16. Braham, et al, 1994, "physical restraint, child abuse, informed consent: Sociolegal concerns for the nineties" Journal of Dentistry for Children, Vol.61, N°. 3, May-June, Pp. 169-174.
17. Roberts J, 1995 "¿How important are techniques? The empathic approach to working with children", Journal of Dentistry for Children, Vol. 62, No. 1 January- February. Pp. 38-43.
18. Pinkham, R Jimmy. Journal of Dentistry for the Children, vol. 58, Pp. 458-462 Nov / Dic, 1991