

90



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENSEÑANZA DEL CONCEPTO DEL  
MANEJO 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 :

MARIA DE LOS ANGELES ESTRADA AVILA.



DIRECTOR: MAESTRO HÉCTOR ORTEGA HERRERA.

MÉXICO, D. F.

*U.B*  
*bc*  
*6/10*  
*[Signature]*

2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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 MAMÁ:** por estar junto a mí desde antes de mi nacimiento así como en cada experiencia buena o mala de mi vida; en los momentos más difíciles y hermosos he recibido tu incondicional ayuda para salir adelante. Eres la mejor mamá que Dios me brindó ...¡GRACIAS!

**A PAPÁ:** en la forma tan especial que tienes al brindarme tu apoyo; y en las ocasiones que me demuestras tu cariño con sinceridad, me haces sentirme querida y apoyada en cualquier circunstancia que me suceda.

**A ANGEL:** te adoro por ser el mejor esposo, hombre, amigo y colega que Dios colocó en mi vida, sin ti el esfuerzo que realicé no hubiera tenido sentido; gracias por tu preocupación, ayuda, paciencia y apoyo incondicional que me proporcionaste para terminar una etapa más en mi vida.

**A MERCEDES:** tu ayuda como hermana, amiga y profesionista, han sido elementales para el término de éste trabajo, que finaliza el suceso más importante y con un alto grado de dificultad que he concluído.

**A DULCE:** el apoyo sentimental recibido por ti concluyen la familia que somos, al ayudarnos mutuamente en cualquier circunstancia que nos sea forjada y superarla juntos, sosteniéndonos de las manos para enfrentar y salir adelante de cualquier obstáculo que se interponga.

**A LA UNAM:** al incluirme en su máxima casa de estudios; estoy muy orgullosa de ser parte de ella y llevar su prestigio internacional que portaré con honor.

**A MI DEMÁS FAMILIA:** por darme indirectamente su apoyo para concluir mis estudios y directamente el amor incondicional a lo largo de mi vida.

# ÍNDICE.

	PÁGINAS
ANTECEDENTES	1
1. TEORÍA DEL CONDUCTISMO	1
2. TEORÍA DEL COGNOSCITIVISMO	5
2.1 El Cognoscitivismo y el Aprendizaje	10
2.1.1 La Atención	12
2.1.2 La Percepción	12
2.1.3 Memoria de Corto Plazo	13
2.1.4 La Repetición	13
2.1.5 La Memoria de largo Plazo	14
2.1.6 La Codificación	15
2.1.7 Recuperación y Olvido	15
2.2. Constructivismo y el Aprendizaje	15
3. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO DESDE LA ODONTOPEDIATRÍA	20
4. CORRIENTES ODONTOLÓGICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA	22
4.1 Comunicación	22
4.1.1 Lenguaje	23

4.1.2 Decir - Mostrar - Hacer	24
4.1.3 Control de Voz	25
4.2 Enfoque Psicológico	26
4.2.1 Refuerzo	26
4.2.2 Desensibilización	26
4.2.3 Imitación	28
4.3 Técnica de Enfoque Físico	28
4.3.1 Bloques de Mordida	29
4.3.2 Mano Sobre Moca (MSB)	29
4.3.3 Restricción del Movimiento del Tronco	30
5. EL PROBLEMA	31
6. PROPUESTAS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	34

## INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo revisa de manera somera las corrientes psicológicas conductivismo y cognoscitvismo para explicar el desarrollo conductual del niño.

En la segunda parte se analiza con una mayor amplitud las teorías del aprendizaje basadas en el cognoscitvismo y el constructivismo.

La tercera sección se identifica la clasificación de la conducta del niño observada desde la Odontopediatría.

El cuarto tema se refiere a las corrientes odontológicas para el manejo de la conducta del niño.

El quinto fragmento se refiere al planteamiento del problema de la mala relación operador paciente, a través de un paciente ficticio.

Por último se exponen algunas propuestas resultado de la revisión teórica de las corrientes de aprendizaje.

## ANTECEDENTES

El éxito para una correcta atención de un paciente odontopediátrico, se basa en saber el manejo del niño, en cómo se nos enseñan éstos conocimientos y cómo los ejercemos profesionalmente, ya que cada paciente es un individuo único psicológica, física y emocionalmente.<sup>1</sup>

Para interpretar los diferentes cambios que un niño puede tener mientras se encuentra bajo el stress en su atención bucodental, hay que saber las diferentes etapas de la conducta humana y sus manifestaciones, bajo diferentes estímulos.

Éstos cambios conductuales humanos son explicados con 2 teorías psicológicas:

### 1. TEORIA DEL CONDUCTISMO.

Inicia a principios del siglo XX, la desarrollan psicólogos estadounidenses creando una "*ciencia de la conducta humana*", con la recopilación de hechos resultados de observar las respuestas conductuales de las personas. Ellos explicaron y verificaron con detenimiento los estímulos presentes en situaciones experimentales; posteriormente, registraron las respuestas conductuales en las mismas. Construyeron su teoría con experimentos sencillos de una manera objetiva y después diseñaron otros más complejos; así de forma inductiva crearon la teoría de la conducta. A éstos investigadores se les llamó *conductistas*, debido a su interés en las conductas evidentes y medibles que estuvieron estudiando.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> KAMETA, Angel, Manejo del niño, clase magisterial del seminario de titulación promoción 29 de la Facultad de Odontología, UNAM, 9 de julio del 2002

<sup>2</sup> CRAIG, J. Grace, Desarrollo Psicológico, 6ª edición, Ed. Prentice Hall, Hispanoamericana, México, Pag 59

Los conductistas más importantes fueron John B. Watson, Ivan Petrovich Pavlov, B. F. Skinner y Edward Thorndike.<sup>3</sup>

La finalidad de John B. Watson (1878-1958) creador de la corriente, fue la predicción y el control de la conducta, buscando transformar a la psicología en una ciencia aplicada y aplicable. Menciona que para formar una respuesta nueva se requiere de un condicionamiento o nuevo estímulo, partiendo de estímulos no convenidos para establecer un estímulo condicionado.<sup>4</sup>

Watson abogaba que el aspecto importante de la psicología era el estudio del aprendizaje, para moldear el comportamiento humano<sup>5</sup> Su principal objetivo fue el estudio de los niños, con el experimento que fue llamado: condicionamiento de Albert, el cual consistía en asociar la visión de un conejo con un ruido estruendoso que atemorizaba a Albert, consiguiendo que éste manifestara una reacción de temor con la presencia del animal, la que inicialmente no existía; a todo lo anterior lo llamó aprendizaje por condicionamiento.<sup>6</sup>

El Conductismo, lo fundamenta Watson en los diferentes experimentos del psicólogo ruso Ivan Pavlov. El experimento fue practicado en un perro, que al escuchar el sonido de una campana acudía para que le dieran de comer y al mismo tiempo salivaba, repitiendo ésta acción en varias ocasiones, el perro identificó que al escuchar la campana se le proporcionaba alimento; así al escuchar la campana el perro salivaba esperando su alimento. De esta manera se consigue un tipo de aprendizaje en el que el estímulo neutro es el sonido de una campana, que provoca como respuesta la salivación a través de la asociación repetida con un estímulo condicionado, que fue la comida.<sup>7</sup>

---

<sup>3</sup> Ib. Pag 37

<sup>4</sup> DELVAL, Juan, El Desarrollo Humano, Décima edición, Ed. Siglo Veintiuno, Pag 58

<sup>5</sup> CRAIG, Grace, J., Op cit, Pag 36

<sup>6</sup> DELVAL, Juan, Op cit, Pag 59

<sup>7</sup> CRAIG, Grace J, Op cit, Pag 35

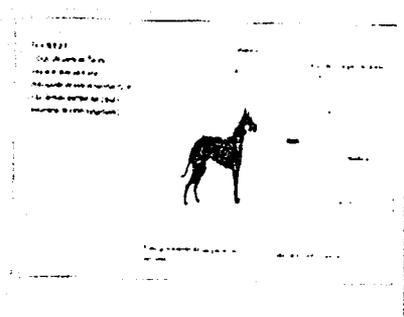


Figura 1 (Dibujo del perro de Pavlov).<sup>8</sup>

Edward Thorndike realizó experimentos del comportamiento operante con un gato encerrado en una caja ,que al encontrar comida en el cerrojo, la puerta se abría para escapar de su interior; a éste fenómeno de aprendizaje lo llamó "*ley de efecto*", en donde las consecuencias de un comportamiento determinan la probabilidad de que se repita.<sup>9</sup>

Los experimentos de Thorndike, son base para los experimentos de B. F. Skinner.

B. F. Skinner (1904-1990) realizaba experimentos con los que media la conducta. Diseñó equipos que pretendían medir y reforzar la conducta. Uno de ellos, "*La caja de Skinner*", es una jaula para animales pequeños que contenía en el interior un pichón o una rata, una barra metálica movable que cuando el animal la oprimía, se depositaba una porción de comida en su charola.<sup>10</sup> Con éste experimento le fue posible medir de manera sistemática la conducta del sujeto bajo distintas condiciones de reforzamiento.

<sup>8</sup> Figura 1, lb, Pag 36

<sup>9</sup> lb. Pag 37

<sup>10</sup> lb. Pag 37

Skinner investigó el comportamiento operante, que es una conducta reforzada con mayores probabilidades de ocurrir nuevamente. Tiende a aprenderse por medio del "condicionamiento por evitación": es el tipo de reforzamiento que consiste en poner término a un estímulo desagradable; el comportamiento debe transmitirse antes de ser reforzado, así con frecuencia la conducta final debe construirse o moldearse poco a poco.<sup>11</sup>

Skinner, creó las máquinas de enseñanza que aplican el principio de moldeamiento, es decir, los estudiantes que las usan aprenden en etapas continuas la solución de problemas sencillos y poco a poco resuelven otros de mayor complejidad. De éste modo la conducta deseada es reforzada por retroalimentación o reconocimientos, que facilitan resolver nuevos problemas.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Ib. Pag 37

<sup>12</sup> Ib. Pag 38

## 2. TEORIA DEL COGNOSCITIVISMO.

Ésta teoría se desarrolla por oposición al conductismo, estudia los procesos internos que manifiesta el ser humano para elaborar información; realiza varios modelos para los diferentes comportamientos y las representaciones internas del medio que rodea al individuo, ligadas con las conductas de éste.<sup>13</sup>

El principal exponente de ésta teoría, fue el psicólogo suizo Jean Piaget (1886-1980) que tenía una formación de biólogo; por tal motivo su teoría se basa en un prototipo biológico humano en el cual la mente se desarrolla y se ajusta a los cambios del medio que lo rodea. Su principal interés fue la estructura del pensamiento, por lo tanto se le nombró "*estructuralista*".<sup>14</sup>

"Los teóricos cognoscitivos nos dicen que el hombre es racional, activo, alerta y competente ya que no se limita a recibir información sino que además la procesa [...], toda persona es un pensador y creador de su realidad, no sólo responde ante estímulos; también les confiere estructura y significado"<sup>15</sup>.

Los primeros estudios de Piaget fueron realizados con cuestionarios aplicados en niños donde, su enfoque fue sobre las respuestas incorrectas. Éstas dieron la pauta para encontrar la forma en que los procesos del pensamiento son desarrollados por el niño, por lo que sospeché que entre los niños y los adultos existe la diferencia de cuanto conocen y de que manera lo conocen.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> DELVAL, Juan, Op cit, Pag 53

<sup>14</sup> CRAIG, J, Grace, Op cit, Pag 41

<sup>15</sup> Ib, Pag 40

<sup>16</sup> Ib, Pag 41



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Fig. 2 Jean Piaget en un experimento realizado a niños.<sup>17</sup>

Jean Piaget, propuso un modelo de desarrollo infantil cognoscitivo que describe: el área de percepción, la del conocimiento y la forma en que un niño piensa.

Identificó 4 etapas principales que describen el desarrollo cognoscitivo del niño, de sus investigaciones concluyó que el niño utiliza esquemas cada vez más complicados para organizar su información y entender el mundo externo; éstas son las siguientes:<sup>18</sup>

#### A) Etapa Motosensorial:

Llamada también sensoriomotor o sensitivomotor: va de los 0 a los 2 años de edad. En esta etapa se señala que la inteligencia del niño se basa en los sentidos y en el movimiento corporal del equilibrio; es incapaz de razonar; sus realidades son concretas y tangibles; ningún concepto de objeto permanece; al

<sup>17</sup> Ib, figura 2, Página 41

<sup>18</sup> Ib. Pag 43

principio codifica su información en términos de acciones y posteriormente en términos de imágenes visuales; por ejemplo su reacción al miedo comienza por sus ojos, voz, oídos, manos y piernas, o sea es motosensorial.<sup>19</sup>

#### B) Etapa Preoperacional:

Ésta comienza de los 2 y termina a los 7 años, es la etapa en la que el niño conoce el mundo por sus propias acciones; su razonamiento es primitivo, es decir, cuando camina cree que las nubes lo hacen al mismo tiempo que él; acepta casi cualquier explicación razonable; su ambiente lo conoce por sus acciones; no se interroga a sí mismo y sus pensamientos son muy reales; no sabe lo que otros están pensando ni que pueden tener ideas diferentes; desarrollan habilidad para codificar información sólo en términos de acciones, visual y simbólicamente, éstas imágenes representan su realidad; su atención es de corta duración; son inquisitivos, o sea, tocan, miran y vocalizan; tienen temor a lo desconocido; su falta de maduración de pensamiento se debe equilibrar dándole instrucciones claras.<sup>20</sup>

#### C) Etapa de Operaciones Concretas:

Va de los 7 a los 11 años, y es cuando el niño está ansioso por aprender; comienza a clasificar los objetos y puede discriminarlos (arriba-abajo, grande-pequeño); comprende que otras personas tienen ideas diferentes y está dispuesto a escuchar; tiene habilidad creciente para conceptuar y generalizar; tiene más confianza en la imagen visual que en los símbolos; requiere de ejemplos concretos de las ideas abstractas y explicaciones de cualquier procedimiento; entiende el concepto de causa y efecto ya que puede razonar y aprender lógicamente; comienza a confiar; las cosas se vuelven internas y el

---

<sup>19</sup> Ib. Pag 46

<sup>20</sup> Ib. Pag 43

niño puede organizar y desarrollar conceptos; reconoce y comprende lo que es el dolor.<sup>21</sup>

#### D) Etapa de Operaciones Formales:

Ocurre de los 12 años en adelante, su periodo de desarrollo es mas complejo; ya es capaz de enfrentar lo abstracto de la realidad; puede ver el futuro y sus potenciales; tiene necesidad de explicaciones detalladas reales, en especial la racionalización de por qué debe cooperar o comportarse cuando a los adultos no se les requiere que lo hagan de tal manera; tiene capacidad para resolver los problemas complejos que se le presenten; tiene una mejor comprensión de causa y efecto (saber qué no es mágico); se desarrollan ideales y actitudes importantes; su razonamiento es inductivo; crece su inteligencia, transforma las acciones motoras en pensamiento y conducta; mejoran sus destrezas sociales y su lenguaje.<sup>22</sup>

Las teorías de Piaget se han utilizado extensamente en la planeación de la educación de niños fundamentándose en sus conclusiones como:<sup>23</sup>

- Los niños necesitan aprender a través de la experiencia.
- Los niños requieren del conflicto cognoscitivo como parte del proceso de equilibrio.
- Los niños necesitan un ambiente abierto en el cual puedan plantear y probar todas sus dudas.

---

<sup>21</sup> Ib. Pag 43

<sup>22</sup> Barber, Thomas, Odontología Pediátrica, Manual Moderno, 1985, México, Pag 46

<sup>23</sup> CRAIG, J. Grace, Op cit, Pag 44

- A los niños se les debe ayudar a establecer relaciones entre objetos y las formas que esos objetos puedan adoptar.

W. H. Miller discute la Teoría del Aprendizaje Social, que concluye en primer lugar que la mayoría de las conductas de las personas son aprendidas de otras personas (la manera de hablar, aprender o enseñar). En segundo lugar, establece que las conductas aprendidas se pueden preservar o ser omitidas, con lo cual auxilian la orientación preventiva de la conducta.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Ib. Pag 49

## 2.1 EL COGNOSCITIVISMO Y EL APRENDIZAJE.

Se les llama modelos cognitivos o cognoscitivos a los modelos basados en el procesamiento de información, condición íntimamente ligada al aprendizaje, Escamilla los divide cómo modelos constructivistas y modelos cognoscitivistas:<sup>25</sup>

- Modelos Constructivistas: derivan de las teorías de Jean Piaget y se explican más adelante.

- Modelos Cognoscitivistas: se basan en el procesamiento de la información.

Estos últimos los propuso Eggen en 1992, asemeja el funcionamiento del cerebro al de una computadora, es también conocido como modelo del procesamiento de la información, por las cualidades que presentan las computadoras para manipular información. La teoría del aprendizaje sugiere que entre el cerebro y la computadora, existen diferentes memorias capacitadas para ejecutar diferentes procedimientos.<sup>26</sup>

En el siguiente esquema se ejemplifica el procesamiento de la información, semejando engranes:

---

<sup>25</sup> Escamilla, José Guadalupe, Selección y uso de técnica educativa, Trillas, Mx, 2000, Capítulo 2 Análisis del Profesor.

<sup>26</sup> ESCAMILLA, José Guadalupe, Op cit, Capítulo 2.



evitado, el registro del estímulo se archiva como registros sensoriales. Por ejemplo: al escuchar una canción la podemos identificar en el lapso de 1 a 4 segundos, si nos interesa, se guarda una copia exacta de la melodía en nuestro registro sensorial.<sup>28</sup>

### **2.1.1 La Atención.**

Es el primer elemento consciente del modelo cognoscitivista, que permite la orientación del estímulo sensorial de nuestra elección. Los registros sensoriales están siempre activos, ante los diferentes estímulos que llegan a ellos.<sup>29</sup> Por ejemplo: al orientar un estímulo a un sentido específico (al tacto y no la visión).

La atención puede auxiliarse mediante estímulos provocativos, físicos, emocionales o enfáticos.<sup>30</sup>

### **2.1.2 La Percepción.**

Ocurre después que la atención, ya que va íntimamente ligado a ésta; proporciona el significado o interpretación de experiencias que tiene el ser humano. Traspasa la información que llega del registro sensorial a la memoria de corto plazo; la percepción puede presentar imperfecciones al no registrar información del registro sensorial, la información registrada ingresa a la memoria de trabajo.<sup>31</sup>

---

<sup>28</sup> Ib, capítulo 2

<sup>29</sup> Ib, capítulo 2

<sup>30</sup> Ib, capítulo 2

<sup>31</sup> Ib, capítulo 2

### **2.1.3 Memoria de Trabajo o de Corto Plazo.**

Es una memoria temporal muy limitada en su capacidad y en su tiempo de almacenamiento, porque sólo almacena cantidades pequeñas de diferentes elementos informáticos de una sola intención. Un adulto almacena de 5 a 9 elementos informáticos, dependiendo de su edad y su madurez. Por ejemplo: al memorizar totalmente el esquema anterior en un tiempo de 30 segundos, es probable recordar entre 5 y 9 palabras al cabo de 1 minuto.<sup>32</sup>

La segunda función de la memoria de trabajo o de corto plazo, es la ubicación que presentan las operaciones mentales u operaciones aritméticas; por la dificultad que presentan en su capacidad y el tiempo de almacenamiento. Lo anterior es aplicable a la enseñanza que tenga un exceso de información en la memoria de trabajo, provoca que el alumno sobrecargue su capacidad de procesamiento, presentando dificultades para lograr el aprendizaje impuesto.

### **2.1.4 La Repetición.**

Es el mecanismo que consiste en recordar varias ocasiones cierta información en voz alta o mentalmente.<sup>33</sup> Son dos funciones las del proceso de repetición:

- 1ª. Se mantiene la información de la memoria de trabajo por un tiempo mayor al esperado.

-2º. Se codifica información en la memoria de largo plazo que es más duradera.

---

<sup>32</sup> Ib, capítulo 2

<sup>33</sup> Ib, capítulo 2

Lo podemos ejemplificar cuando queremos recordar un número telefónico que nos interese y no tenemos donde anotarlo, la estrategia a seguir es la repetición del número en varias ocasiones para no olvidarlo hasta el momento de usarlo, ya cumplido éste objetivo es guardarlo u olvidarlo.

### **2.1.5 La Memoria de Largo Plazo.**

Permite almacenar información de manera permanente; su capacidad es ilimitada, porque puede contener más información de la que una persona pudiera almacenar en toda su vida. La memoria permanente no tiene caducidad, ya que se mantiene por siempre y nunca se puede olvidar; el olvido es una falla del proceso de recuperación.<sup>34</sup>

La memoria a largo plazo tiene una forma semántica, que almacena conceptos, hechos, reglas, generalizaciones, habilidades mentales y estrategias de solución de problemas. Es la cantidad de los conocimientos adquiridos en niveles escolares; la información de la memoria semántica esta en redes interconectadas de códigos visuales y verbales.

El aprendizaje usa interconexiones , llamadas "red proposicional". La proposición es el cúmulo más pequeño de información, cuando se une gráficamente en un diagrama se obtiene la representación de una red proposicional.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Ib, capítulo 2

<sup>35</sup> Ib, capítulo 2

### 2.1.6 La Codificación.

Es el procedimiento de transmitir información de la memoria de corto plazo a la memoria de largo plazo, siendo el proceso con mayor dificultad en el aprendizaje. "La manera en la que se codifica la información determina nuestra capacidad para recuperarla posteriormente"<sup>36</sup>.

La codificación se facilita durante el proceso de aprendizaje cuando se responden todas las preguntas formuladas por los alumnos, cuando estos parafrasean la información obtenida, construyendo por medio del análisis con referente en las definiciones.

### 2.1.7 Recuperación y Olvido.

El olvido es un suceso que ocurre diariamente en la memoria de largo plazo del individuo.<sup>37</sup> Se debe a dos errores:

- 1°. Interferencia: sucede cuando una información nueva, omite a la anterior.
- 2°. Falla en el proceso de recuperación de la información, unida al concepto del texto; es mencionada con la frase "lo tengo en la punta de la lengua".

El traslado de información retenida en la memoria de largo plazo a la de corto plazo, o sea su recuperación depende de la forma en que fue codificada.

---

<sup>36</sup> Ib, capítulo 2

<sup>37</sup> Ib, capítulo 2

## 2.2 CONSTRUCTIVISMO Y EL APRENDIZAJE.

El constructivismo esta formado por las de Piaget, Gestalt, Vygotsky, Ausubel y Bruner. Se interesa por los procesos mentales interpuestos en el aprendizaje, se distinguen de la teoría del cognocitivismo por su orientación, la anterior se enfoca como ya se señaló en el procesamiento de información.<sup>38</sup>

Sus diferencias son:

La teoría cognoscitivista tiene un enfoque analítico, se estudia el todo dividiendo cada una de sus partes que lo forman, porque éste todo al sumarlo, es igual a sus diferentes partes; <sup>39</sup> está sustentado en un punto de vista epistemológico, es decir, objetivista.

El constructivismo, "su enfoque es sistémico, es decir, el todo no siempre es igual a la suma de sus partes" ;<sup>40</sup> son basadas en una epistemología subjetiva. Para comprender lo anterior, nos podemos ayudar del siguiente esquema:

---

<sup>38</sup> Ib, capítulo 2

<sup>39</sup> Ib, capítulo 2

<sup>40</sup> Ib, capítulo 2

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Cuadro 2.6. Diferencias entre el cognoscitivismo y el constructivismo.

Factor a analizar	Cognoscitivismo (prevalece del procesamiento de información)	Constructivismo
Epistemología subyacente	Objetivismo	Subjetivismo
Enfoque	analítico	sistémico
Orientación	al producto	al proceso
Referencialidad	deductiva	relativa
Naturaleza del aprendizaje	por descubrimiento	por estructuración
Origen del cambio	interno	externo

Estas teorías son las que J. J. Piuzo (1991) clasifica como de aprendizaje por reestructuración.

Cuadro 1. Diferencias entre el Cognoscitivismo y el Constructivismo.<sup>41</sup>

En este momento es importante recuperar las ideas de Piaget encaminadas a explicar más ampliamente el como se aprende que el comportamiento psicológico del niño. La idea principal de Piaget fue la búsqueda del equilibrio, que está en las estructuras internas cuando explican lo ocurrido en el exterior del individuo; cuando no se pueden explicar comienza un desequilibrio mental y una lucha por recuperarlo; de éste modo se produce el aprendizaje. Las experiencias nuevas producen un desequilibrio mental, para equilibrarse se requiere de las adaptaciones, que pueden darse por una asimilación o una acomodación:<sup>42</sup>

- La asimilación: es "actividad de adaptación en lo que una experiencia se incorpora a una estructura o esquema existente".<sup>43</sup>

<sup>41</sup> Ib, cuadro 1, capítulo 2

<sup>42</sup> Ib, capítulo 2

<sup>43</sup> Ib, capítulo 2

- La acomodación: "es una actividad de adaptación que implica un cambio en los esquemas existentes".<sup>44</sup>

Según Piaget, el desarrollo infantil se logra cuando el niño tiene experiencias de manipulación directa de objetos, éstas permiten demostrar habilidades al estudiante. Para desarrollarlas, el estudiante debe tener la experiencia previa que vincule el conocimiento abstracto típico. También propone que cada reunión debe iniciar con ejemplos concretos.<sup>45</sup>

El mayor problema que tiene un profesor es la interferencia de un concepto erróneo, que es una idea pensada del conocimiento empírico hacia el conocimiento científico. El profesor debe aclarar cualquier duda que presente el alumno de un conocimiento empírico erróneo, con la ayuda de sus conocimientos científicos. En términos piagetianos: "se ha logrado introducir un desequilibrio en los esquemas mentales de los estudiantes".<sup>46</sup>

Dentro del constructivismo tenemos el concepto del aprendizaje por descubrimiento, idea planteada por Bruner. Sugiere al alumno percatarse que la enseñanza es una combinación de errores y lagunas por resolver, y debe considerar el aprendizaje como significativo e importante. Dentro de ésta propuesta, se sugiere que el estudiante sea parte activa del proceso para adquirir un conocimiento, y no ser únicamente el receptor de la información. El aprendizaje por descubrimiento toma más tiempo realizarlo en clase, pero al ser comprendido profundamente, hace más difícil su olvido.<sup>47</sup>

Menciona Piaget, que "la interacción social es importante para lograr el desarrollo intelectual de un niño";<sup>48</sup> Al no suceder ésta interacción con las personas que nos rodean, cada individuo se formaría su propia cultura.

---

<sup>44</sup> Ib, capítulo 2

<sup>45</sup> Ib, capítulo 2

<sup>46</sup> Ib, capítulo 2

<sup>47</sup> Ib, capítulo 2

<sup>48</sup> Ib, capítulo 2

El psicólogo ruso Vygotsky propone una teoría del aprendizaje social similar a la de Piaget, pero hace énfasis a la interacción social y al uso del lenguaje. A su ley la llama de "*la doble formación*" y dice que el conocimiento es adquirido en dos ocasiones: en el intercambio social (interpersonal), y de manera interna (intrapersonal). Todas las funciones superiores se originan como relaciones entre seres humanos".<sup>49</sup>

Vygotsky dice que el estudiante reconstruye el significado exterior en significado interior; a diferencia de los conductistas que afirman que los estudiantes imitan significados, y los piagetistas que señalan que los estudiantes construyen significados.

Para Vygotsky existe una zona de desarrollo próximo que determina la etapa en la que un estudiante puede aprovechar la asistencia o la ayuda; ésta inicia en el límite de las habilidades que el estudiante puede realizar por sí mismo, sin ayuda; y termina en el límite de las habilidades que el estudiante puede realizar con ayuda de una persona conocedora.<sup>50</sup>

Ausubel, señal que dentro de las condiciones que hay en el aprendizaje significativo, esta la disposición positiva al aprendizaje por parte del estudiante. Según Ausubel existen 2 motivos por los cuales un estudiante está predispuesto negativamente a aprender, y son:<sup>51</sup> que se evalúa el proceso de solución o únicamente el resultado final; y el ambiente en el salón de clases, no permite errores por parte del alumno para restaurarlos y así evitarlos posteriormente.

---

<sup>49</sup> Ib, capítulo 2

<sup>50</sup> Ib, capítulo 2

<sup>51</sup> Ib, capítulo 2

### 3. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA ODONTOPEDIATRÍA

En el ambiente Odontopediátrico tenemos la costumbre de clasificar al niño dependiendo de la conducta que muestre en sus primeras visitas, y decidir la forma de conducirnos con él. Esto hay que cambiarlo es la conducta la que se clasifica, no al niño.

Frankl, Shiere y Fogels, proponen una clasificación de conductas en cuatro categorías, que van desde la definitivamente positiva a la definitivamente negativa, es cuantificable, y sugiere adoptar un curso de acción para poder superar las dificultades, creando una atención adecuada durante el tratamiento dental.<sup>52</sup>

La clasificación es la siguiente:

1.- Cooperativos: son en su gran mayoría los niños que han tenido una atención dental previa, y fueron tratados mediante las correctas técnicas para el manejo de la conducta.

2.- Falta de capacidad de cooperación: son los niños de poca edad con los que no se puede mantener ningún tipo de comunicación ni comprensión. Incluye aquellos con situaciones específicas debilitantes o de discapacidad.

3.- Conducta potencialmente no cooperativa: se subdivide en:

a) conducta descontrolada: que incluye a los niños de 3 a 6 años de edad. Generalmente presentan rabietas con revuelo de brazos y de piernas,

---

<sup>52</sup> Pinkham, J. R., Odontología Pediátrica, Ed. Interamericana McGraw Hill, 2ª. Edición, México 1996, Pag 461

teniendo ansiedad aguda o temor acompañados de llanto con sudoración excesiva y deglución para evitar su tratamiento.

b) conducta desafiante: se observa más a menudo en niños mayores que se acercan a la adolescencia y usan la resistencia pasiva.

c) conducta tímida: engloba a los niños que tienen un medio hogareño sobreprotector con escaso contacto con extraños, y se ocultan detrás de sus padres, pero suelen presentar poca resistencia al separarse de ellos. En su atención dental suelen reprimir sus lágrimas y son muy ansiosos, por lo que no siempre entiende las instrucciones que se le dan.

d) conducta cooperativa tensa: los niños con ésta conducta aceptan el tratamiento que se les realiza, muy a menudo transpiran en manos o la frente de forma visible, incluso tiende a temblar su cuerpo y su voz; sabe controlar sus emociones.

4.- Conducta llorosa: los niños se quejan frecuentemente de dolor pero permiten que el odontólogo proceda en su tratamiento, pero lloran todo el tiempo o emiten constantemente sonidos que resultan frustrante para quien debe tratarlos.

La anterior clasificación aún cuando es práctica, debe ser usada cuidadosamente analizando la tendencia ideológica de los autores.

#### 4. CORRIENTES ODONTOLÓGICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA

El conocimiento de técnica para "manejar" la conducta del niño, tiene como fin establecer una buena comunicación con él, ganándonos su confianza y su aceptación al tratamiento dental, aunado de un ambiente relajado y cómodo.

Las técnicas para el manejo de la conducta del niño, son de tres tipos de comunicación, enfoque psicológico y las de control físico.

##### 4.1. Comunicación.

La comunicación es la base para que cualquier tratamiento sea satisfactorio para el paciente y facilite nuestro trabajo. Debe comenzar desde que el niño entra a la sala de espera, cuando lo recibimos, lo atendemos y hasta que se termina su tratamiento. Debemos de tener la habilidad para fomentar la comunicación verbal como la visual, ésta se adquiere a través de la experiencia.

Barbería nos dice que el conocer al paciente previamente en la sala de espera con las actitudes que realice, nos dará media victoria antes de tratarlo.<sup>53</sup>

Se tiene que familiarizar al niño con el consultorio dental, con los olores, los ruidos, la luz de la unidad dental, el instrumental y todo lo que contiene el equipo mismo, esto se logra permitiéndole tocar y respondiendo a sus preguntas e incluso ayudar durante la realización de su tratamiento.<sup>54</sup> Siempre manteniendo los límites de seguridad de acción del niño.

---

<sup>53</sup> BARBERÍA Leache E., Odontopediatría, Ed. Masson, 2ª edición, Barcelona, España 2001, Pag 128

<sup>54</sup> Ib. Pag 128

Se le debe saludar de forma afectuosa y agradable, preguntándole abiertamente sobre lo que le gusta e interesa y estableciendo la conversación para explicarle ordenadamente los procedimientos a seguir, así mismo reconociéndole su buen comportamiento felicitándole y agradeciéndole su cooperación, se sentirá satisfecho y cooperará más en la próxima cita.<sup>55</sup>

Barbería recomienda se programe una cita preliminar donde se familiarizará al niño con el ambiente dental realizando un recorrido y dando una explicación. Desafortunadamente éstas experiencias no son practicadas por las limitaciones del tiempo del odontopediatra o de los padres.<sup>56</sup>

#### 4.1.1. Lenguaje pediátrico.

Al iniciar la comunicación con el niño seleccionamos el tipo de lenguaje dependiendo de su edad o su nivel cognoscitivo, esto es que nos tiene que entender lo que le decimos sin ninguna complicación y sin mentirle de la acción que se va a realizar, evitando decir palabras que aumenten su miedo o ansiedad.<sup>57</sup>

Si nuestro paciente es muy pequeño podemos agregar fantasías a nuestra conversación, si algo nos preguntan se les responde directamente. Las palabras técnicas se modifican para su comprensión, y depende de cada profesional el nombre que les dé. Por ejemplo.<sup>58</sup>

- Grapas: anillos para los dientes.
- Presión de la grapa: abrazo del oso.
- Dique de hule: impermeable para el diente.

---

<sup>55</sup> Ib. Pag 128

<sup>56</sup> Ib. Pag 128

<sup>57</sup> Ib. Pag 128

<sup>58</sup> Ib. Pag 128

- Bloqueador de mordida de goma: asiento para las muelas.
- Inyección: empujón.
- Dolor: molestia, o incomodidad.

#### 4.1.2. Decir - Mostrar - Hacer.

Conocida como "*Tell-Show-Do*" (TSD), o diga-muestre-haga, o también "*Explique-Enseñe-Ejecute*" (EEE). La idea es facilitar la relación con el niño dentro de un ambiente y gente nuevos, se lleva a cabo de la siguiente manera:<sup>59</sup>

- a) Decir y explicar al niño lo que se le va a hacer antes de comenzar cualquier maniobra, con el fin de reducir la ansiedad y el miedo.
- b) Mostrar al niño cómo se va a llevar a cabo la técnica a realizar.
- c) Efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.

Para lograr el éxito en ésta técnica, se debe pasar de un fase a otra sin interrupción, siendo continua desde que el niño entra a su consulta hasta que sale de ella. Conforme se realizan diferentes procedimientos, se debe de orientar al niño gradualmente para adaptarlo a diferentes tratamientos, se tiene que cuidar mucho el tipo de lenguaje que se usa.<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> Ib. Pag 129

<sup>60</sup> Ib. Pag 130

#### 4.1.3. Control de voz.

Esta técnica se usa generalmente para restablecer la comunicación perdida con el niño debido a una conducta no cooperadora. Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz elevándolo para tratar de conseguir la atención del niño acompañada de una expresión facial que demuestre enojo, y proyecte la intención de que nosotros somos quienes tomamos las decisiones, es de mucha importancia el tono de voz que lo que podemos decir en concreto.<sup>61</sup>

Esta técnica debe cuidar el control de la emoción del operador, para que el tono de voz sea adecuado y no un estridente grito.

En ocasiones podemos realizar esta técnica sólo con una expresión facial, pero inmediatamente obtenida la atención del niño, se le agradece la interrupción de su "mala conducta" dándole las instrucciones y las explicaciones a seguir ya de una manera suave y agradable, llamándole a esta parte de la técnica cambio de ritmo. Se puede usar las veces que sean necesarias.<sup>62</sup>

Estas técnicas psicológicas las podemos ocupar en la modificación de la conducta, la iniciaron los psicólogos conductistas para cambiar las conductas negativas de los niños por conductas positivas y sus principios se basan en la teoría del aprendizaje. Consisten en alterar comportamientos individuales hacia un ideal deseado de forma gradual. Para obtener el éxito se requiere de tiempo y paciencia por parte del operador, aunque muchos profesionales no quieren incluir estos métodos, por considerarlos una pérdida de tiempo.<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> Ib. Pag 130

<sup>62</sup> Ib. Pag 130

<sup>63</sup> Ib. Pag 130

## **4.2. Enfoque psicológico**

### **4.2.1 Refuerzo.**

En base a las ideas de Skinner, la conducta que es premiada tiende a repetirse frecuentemente, y la conducta que es castigada o continúa sin premiarse, tiende a extinguirse o a desaparecer. Los reforzamientos inician con la comunicación verbal y con gestos agradables de nosotros y de nuestro personal auxiliar.<sup>64</sup>

Los reforzadores de tipo positivo pueden ser de tipo social (elogios, expresiones faciales de agradecimiento o sonrisas), o en forma de premios activos (estampas, estrellas, globos, etc) y para que sean efectivos siempre se deben de otorgar después de que se haya realizado una buena colaboración por parte del niño, y nunca deben de darse al final de una visita en la que la conducta del niño no ha sido cooperadora, ya que de ésta forma reforzaríamos su mala conducta.<sup>65</sup>

### **4.2.2. Desensibilización.**

Es la técnica más efectiva y utilizada para reducir la ansiedad innecesaria, incluye la enseñanza de diferentes procedimientos de relajación, para nuestro paciente. Se logra una relajación muscular cuando le describimos escenas imaginarias que no guardan relación con sus miedos.<sup>66</sup>

La técnica se realiza gradualmente, comenzando con las situaciones que provoquen más miedo, hasta ir disminuyendo su ansiedad con el uso de la relajación. Es efectiva porque el niño aprende a sustituir su conducta inapropiada de ansiedad, por una más apropiada mediante la relajación.

---

<sup>64</sup> Ib Pag 130

<sup>65</sup> Ib. Pag 131

<sup>66</sup> BARBERIA, Op cit, pag 131

Hay variaciones en ésta técnica que son útiles en la Odontopediatría, ya que el uso de representaciones imaginarias y una relajación profunda son complicadas de llevarlas a cabo con niños. Éstas variaciones proveen al niño de nuevas y más placenteras asociaciones, para relacionarlas con el estímulo que provoca su ansiedad.

Incluyen el uso frecuente de refuerzos en sus primeras visitas, para así tener al niño relajado, debemos establecer una escala de dificultad de los diversos procedimientos clínicos que se le realizarán, introduciéndolo paulatinamente a su tratamiento, lo que producirá un mínimo de ansiedad, y mejorará la conducta en tratamientos posteriores.<sup>67</sup>

Ejemplo: Historia Clínica.  
Acciones profilácticas.  
Modelos de estudio.  
Radiografías.  
Tratamientos conservadores.  
Tratamientos complicados.

Es muy importante saber que cada procedimiento se debe adecuar a un niño en concreto, y no generalizarse en su aplicación ya que no todos los niños tiene la misma fobia.

Éste método por ser gradual, puede retrasarnos el avance de su tratamiento, pero cuando obtenemos su cooperación queda compensado el tiempo que invertimos.

---

<sup>67</sup> Ib, pag 131

#### 4.2.3. Imitación.

Con ésta técnica un niño no cooperador aprende a comportarse correctamente en su tratamiento, al observar a otro niño que su conducta es cooperadora.<sup>68</sup>

Él método consiste en dejar entrar a un niño al consultorio dental a observar a su hermano u otro niño que coopera en su atención. Otra forma es enseñar películas de niños que reciben tratamiento y su comportamiento es óptimo.

#### 4.3. Técnicas de Enfoque Físico.

Son los procedimientos clínicos aceptados por sus bases científicas de restricción física, para llevar a cabo procedimientos dentales en situaciones clínica específicas. Para usarlos debemos de saber y conocerlos profundamente.

Éstas técnicas son utilizadas para controlar o limitar los movimientos del niño, que nos dificulten su tratamiento dental y al mismo tiempo se obtiene su protección por lesiones involuntarias, "ganando la atención del niño para enseñarle la conducta apropiada" (sic). Lo importante de éstas técnicas es ejecutarlas siempre bajo la autorización de los padres habiendo realizado un estrecho enfoque psicológico, generalmente se utilizan con los niños muy pequeños, con alguna discapacidad mental y con problemas neurológicos graves.<sup>69</sup>

---

<sup>68</sup> Ib, pag 132

<sup>69</sup> Ib, pag. 133

**Indicaciones:**

- Después de agotar las técnicas convencionales.
- Considerarlas antes de planificar una anestesia general.
- Emplearlas como parte de un tratamiento, no como un castigo.
- Explicar los motivos y la manera en que se lleva a cabo, de una forma amable utilizando lenguaje pediátrico.
- Reiterarse el consentimiento de los padres.

**4.3.1 Bloques de Mordida.**

Se usan para el control de los maxilares y el control de la abertura, porque hay niños que se niegan a abrir la boca, pero a otros se le tiene que recordar constantemente que la mantengan abierta.

Dependiendo de la abertura del niño se selecciona el tamaño a usar, como seguridad se le atará un hilo de seda a un extremo como medida de seguridad ante el desplazamiento.<sup>70</sup>

**4.3.2. Mano sobre boca (MSB).**

Conocida también como "*Hand Over Mouth*" (*HOM*), su finalidad es de restablecer la comunicación perdida por el llanto o gritos del niño. Por la falta de comunicación está prohibida en niños menores de 3 años y con pacientes de coeficientes intelectuales bajos.

Se habla en voz baja y suave en el oído, comunicándole que está actuando de una forma inadecuada y que retiraremos la mano en el momento

---

<sup>70</sup> Ib, pag 134

en que esté dispuesto a cooperar. El niño nos dirá lo que desea por medio de expresiones faciales, y en ese instante retiramos la mano y lo elogiamos por su deseo de ayudar, si se reinicia el descontrol se vuelve a aplicar la técnica.

Anteriormente la técnica incluía la variación de que al mismo tiempo se le obstruyeran las vías nasales, reaccionando de éste modo al miedo físico que experimentaba, pero ya está en desuso por los efectos psicológicos que ocasionaba.<sup>71</sup>

#### 4.3.3. Restricción del movimiento de Tronco.

Cuando no podemos controlar los movimientos del niño, recurrimos a dispositivos de limitación física específica, donde encontramos:

- Pedi- Wrap.
- Papoose Board.
- Toallas.
- Sábanas.
- Cinturones.
- Cama Macri.

Para el uso de éstos aditamentos, es necesario dar siempre la información a los padres para la aceptación en el tratamiento de su hijo, antes de tomar la opción de el uso de anestesia general como un último recurso.<sup>72</sup>

---

<sup>71</sup> Ib, pag 135

<sup>72</sup> Ib, pag 136

## 5. EL PROBLEMA

Al iniciar el trabajo con pacientes Odontopediátricos, es indispensable realizar la historia clínica correctamente para saber los datos generales del paciente, así mismo tener el contacto con los padres de los niños, para formular las preguntas que recopilen los datos de la conducta del niño y sus anteriores visitas al Odontólogo.

En ocasiones el paciente infantil tiene agradables experiencias de sus anteriores visitas al Dentista, por la adecuada atención que obtuvo al ser manejado de una manera ideal; manifestado en su conducta.

Recopilé experiencias negativas que han sucedido en varios niños que no fueron atendidos adecuadamente. He reunido algunas de las experiencias en un paciente pediátrico, algunas de ellas son presentadas de manera exagerada, esto es con un propósito didáctico.

Era un niño de 6 años en su primera visita al Odontólogo Integral, que fue llevado por una urgencia;

Julián P.<sup>73</sup>, es un niño que comenta con fobia su primer visita al Odontólogo, desde su arribo a la sala de espera, sentía un ambiente no relajado, ya que escuchaba el llanto incesante del niño que se atendía antes que él. "Salió su "Doctor" con un semblante adusto y sucio realmente grotesco, el cual sin tener cortesía con él, únicamente lo tomó fuertemente de la mano para que entraran al consultorio.

---

<sup>73</sup> Se alteró el nombre por conservar el anonimato

"Estaba temeroso porque no sabía lo que sucedería estando lejos de su mamá, así que comenzó a llorar incesantemente. Su doctor trataba de calmarlo, pero como no lo logró, le colocó la mano en su boca y nariz para que dejara de llorar; Julián estaba tan espantado que se empezó a mover fuertemente para soltarse, al no lograrlo comenzó a sentir que no podía respirar y se tuvo que rendir.

"Julián se dio cuenta de que lo quería picar con una aguja muy grande y que brillaba mucho con la luz de la lámpara. Al mismo tiempo le molestaba sus ojos por la intensidad de la luz. No le explicaron que le sucedería, cuando sintió mucho dolor en su boca y comenzó a forcejear para que lo dejara, provocándole así más dolor. Y sin darse cuenta, mordió muy fuerte los dedos del doctor, que inmediatamente le comenzó a decir palabras insolentes para que abriera la boca.

"Continuaba Julián luchando para irse con su Mamá dando patadas, golpes con los puños, escupía y cuando le colocaban "algo" en la boca le provocaba nauseas; el asistente del doctor, se subió encima de él oprimiéndolo muy fuerte, tanto que no podía respirar; para callarlo le pegaban con los dedos en el pecho o le oprimían fuerte la cabeza contra el pecho del doctor, al continuar vomitando le dijeron que cada vez que sucediera eso, él se lo tenía que comer, no comprendía todas las cosas que le sucedían cuando involuntariamente vomitó y al pasar esto el doctor le tapo la boca con su mano obligándolo a deglutirlo.

"Así pasaron alrededor de 2 horas, cuando terminaron el tratamiento de Julián y le dijeron que si mencionaba cualquier cosa de lo que le hicieron adentro, la próxima cita ... sería peor.

Esto es una exageración, pero puede ser real.

Los motivos probables del comportamiento del niño pueden ser debido a la edad, ya que según Piaget, se encuentra en la etapa preoperacional del desarrollo cognoscitivo.

Otro motivo probable podría ser que en el ambiente familiar donde vive el niño, no existe una relación con el ambiente dental que limitara sus comportamientos.

Respecto al doctor, el comportamiento que presentó en la atención del niño, probablemente se debió a varias circunstancias, como por ejemplo: la hora en que comenzó a trabajar era nocturna o vespertina; fue el último paciente que recibió en su jornada laboral; tuvo un exceso de pacientes en el día, con lo que su sala de espera se encontraba en lleno total; a sí mismo sus citas de atención eran cortas; no contaba con los conocimientos básicos para la atención de un paciente no cooperador; no le agrada dar atención a pacientes infantiles; el escuchar el llanto de un niño, lo hacía sentir nerviosismo o temor al mismo.

Las explicaciones de las conductas de ambos pueden ser muy variadas, pero es importante distinguir que el que tenía la responsabilidad de una mejor respuesta era el doctor, por ser la persona que ha sido entrenada para es tipo de trabajo.

## 6. PROPUESTAS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

Al tener los conocimientos de las teorías psicológicas y del aprendizaje, se tiene establecida una base para proponer la manera de que el alumno tenga el mejor aprendizaje y retención del conocimiento, para su aplicación posterior de una forma adecuada.

El aprendizaje de las diferentes teorías psicológicas, se volverá mas significativo como señala Vygotsky, si se relaciona con experiencias personales de cada alumno, permitiéndole identificar sus propios temores; con respecto a el llanto, o las reacciones del los niños y los padres.

El comportamiento, y en nuestro caso el clínico se aprende según Miller de la imitación de modelos, de allí la gran importancia en la coherencia de nuestras conductas, tanto para la enseñanza del manejo de la conducta del niño, como para el comportamiento al interior del consultorio. Ya que los alumnos también aprendemos bajo la técnica Decir Mostrar Hacer.

El proceso de aprendizaje que tiene cada alumno, varía por la procedencia de sus estudios anteriores; el desarrollo como plantean Piaget y Vygotsky a través de la construcción de conocimientos a partir del análisis sería una estrategia de aprendizaje que facilitaría el proceso del conocimiento en el alumno.

El alumno como cada ser humano tiene diferentes comportamientos ideológicos, que son enseñados desde su infancia en su ambiente familiar y cultural. Esto se refleja en su conducta como un adulto joven, y a su vez en el trato que realice a sus pacientes. De eso se desprende la importancia de reafirmar un comportamiento moral que resista el análisis ético a lo largo de su formación.

Hay que recordar que el aprendizaje sin refuerzos positivos como señala Skinner, puede perpetuar una conducta inadecuada, que se manifieste en la relación con el paciente infantil.

Pienso que todos somos alumnos, como señala Vygotsky, que intercambiamos roles por ser el aprendizaje un fenómeno social. Lo anterior nos permite como señala Brunner aprender por descubrimiento.

De acuerdo a Piaget, el aprendizaje se da por la pérdida del equilibrio interior. Un desequilibrio es el desconocimiento de los propios límites, y a partir de la experiencia se expanda propiciando el desarrollo profesional.

Ahora, desde la psicología como una actividad terapéutica, propongo la posibilidad de evaluar la estabilidad psicológica de los alumnos, que redundaría en un mejor desempeño profesional del egresado.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

Barber, Thomas, Odontología Pediátrica, Editorial Manual Moderno, México 1995, 46-49 pp.

Barbería, Leache E., Odontopediatría, Editorial Masson, 2ª Edición, Barcelona España 2001, 128-1

Craig, J, Grace, Desarrollo Psicológico, Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, México 1994, 33-59 pp.

Delval, Juan, El Desarrollo Humano, Editorial Siglo Veintiuno, Décima Edición, 52-69 pp.

Escamilla, José Guadalupe, Selección y Uso de Técnica Educativa, Editorial Trillas, México 2000, Capítulo dos, Análisis del Profesor.

Kameta Takizawa, Angel., Manejo del Niño, Clase Magisterial del Seminario de Titulación Promoción 29 de la Facultad de Odontología, UNAM, 9 de Julio del 2002.

Pinkham, J. R., Odontología Pediátrica, Editorial Interamericana McGraw Hill, 2ª Edición, México 1996, 461 pp.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**