



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TÉCNICAS UTILIZADAS POR ALUMNOS DE CLÍNICAS
PERIFÉRICAS TURNO VESPERTINO PARA EL
CONTROL DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE
PEDIÁTRICO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

PATRICIA RIVERA MARTÍNEZ

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: Mtra. LEONOR OCHOA GARCÍA



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.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, porque es un orgullo haber estudiado y egresado de ella.

A mi papás Raúl y Graciela gracias por su apoyo incondicional, sus consejos, su comprensión y su ejemplo. Y sobre todo por su amor. Los quiero mucho.

A mis hermanos y amigos Arturo por ayudarme y explicarme y Grisel gracias por escucharme, por ser mi amiga, ayudarme en todo lo que puedes y por todo tu cariño.

A mis tías Carmen y Julia por cuidarme y quererme, Tía Carmen gracias por ser mi paciente, por ayudarme a conseguir pacientes durante toda la carrera.

Tía Julia gracias por ayudarme en mis trabajos desde la primaria hasta la universidad. Las quiero mucho.

A la Doctoras María Elena Nieto Cruz y Leonor Ochoa García por su apoyo, su tiempo y enseñanzas.

ÍNDICE

Introducción	6
2. Antecedentes y marco teórico	8
2.1 Teoría del desarrollo humano de Piaget	8
2.1.1 Estadio sensoriomotor	9
2.1.2 Estadio preoperatorio	11
2.1.3 Estadio operatorio concreto	11
2.1.4 Estadio operatorio formal	11
2.2 Factores que influyen en el comportamiento del niño durante la conducta dental	12
2.2.1 Miedo	12
2.2.2 Ansiedad	14
2.3 Escala del comportamiento del paciente pediátrico	15
2.3.1 Definitivamente negativo	15
2.3.2 Levemente negativo	15
2.3.3 Levemente positivo	16
2.3.4 Definitivamente positivo	16
2.4 Técnicas de manejo de la conducta del paciente pediátrico	17
2.4.1 Técnicas de comunicación	18
2.4.1 .1 Lenguaje pediátrico	19
2.4.1 .2 Control de voz	20
2.4.1 .3 Distracción	22
2.4.1 .4 Decir-Mostrar-Hacer	23

2.4.2 Técnicas de modificación de la conducta	27
2.4.2.1 Refuerzo	27
2.4.2.2 Desensibilización	30
2.4.2.3 Imitación o Modelado	31
2.4.3 Técnicas de enfoque físico	33
2.4.3.1 Bloques de mordida, abre bocas	34
2.4.3.2 Mano sobre boca	35
2.4.3.3 Inmovilización por parte del profesional	36
2.4.3.4 Inmovilización mediante dispositivos específicos	36
3. Planteamiento del problema	38
4. Justificación	39
5. Hipótesis	40
6. Objetivo	41
6.1 Objetivos generales	41
6.2 Objetivos específicos	41
7. Material y Método	42
7.1 Tipo de estudio	42
7.2 Población de estudio	42
7.3 Muestra	42
7.4 Criterios de inclusión	43
7.5 Criterios de exclusión	43
7.6 Operalización de las Variables	43
7.6.1 Variables dependientes	44
7.6.2 Variables independientes	44
7.7 Análisis de la información	46

8. Recursos	46
8.1 Materiales	46
8.2 Recursos Humanos	46
8.3 Recursos Económicos	46
9. Resultados	47
10. Conclusiones	56
11. Bibliografía	57
12. Anexos	60

Introducción

Las técnicas de control de conducta es un factor determinante para el éxito en el tratamiento del paciente pediátrico. Por este motivo, en Odontopediatría, es importante conocer las etapas de desarrollo del niño y el adolescente, para saber cuáles son las características típicas de cada edad y así conocer que consideraciones se tienen que tener en cuenta para lograr una buena comunicación y aplicar la técnica de control de conducta más acertada.

Por lo tanto el futuro Cirujano Dentista también debe de tomar en cuenta la escala de comportamiento del niño, así como identificar el miedo y la ansiedad, y lo que causa dichas situaciones, ya que éstos pueden ser un factor que impida la correcta atención o que detenga el tratamiento bucodental.

El Cirujano Dentista, por otra parte debe informar a los padres acerca de las técnicas de control de conducta, así como sus ventajas, beneficios, contraindicaciones y se debe considerar su consentimiento informado para la realización de una técnica, sobre todo las de enfoque físico, ya que el uso de éstas podría interpretarse como maltrato hacia el niño por parte del Cirujano Dentista y su personal auxiliar.

Es importante que durante la formación del futuro Cirujano Dentista, se haga especial incapie en el uso correcto de las técnicas de control de conducta, ya que deben ser usadas siempre desde la primera visita y sin excepciones. La atención a niños también causa en los alumnos estrés, más que atender a un paciente adulto.

Por lo anterior expuesto en el presente trabajo se presenta un reporte de investigación realizado en cada una de las Clínicas Periféricas de la Universidad Autónoma de México, Facultad de Odontología, turno vespertino, en el ciclo escolar 2010- 2011, con el propósito de saber, cuáles técnicas de control de conducta conocen los alumnos, cuáles son las que emplean con mayor frecuencia, de igual manera identificar si las mujeres como los hombres emplean las mismas técnicas de control de conducta.

2. Antecedentes y marco teórico

2.1 Teoría del desarrollo de Piaget

La teoría de Jean Piaget (1896-1980) se basa en las fases del desarrollo y propuso que todo ser humano pasa por cuatro etapas de desarrollo cognoscitivo, éstas tiene un orden fijo desde el nacimiento hasta la adolescencia. También afirmaba que el paso de una etapa a la siguiente ocurre cuando el niño alcanza el nivel de maduración física y es expuesto a experiencias relevantes. ^{1,2,3}

Piaget creía que los bloques básicos de construcción de la forma de entender el mundo son estructuras mentales llamados esquemas y son patrones organizados de funcionamiento que se adaptan y forman el desarrollo mental. Al principio los esquemas se relacionan con la actividad física o sensoriomotriz, como levantar o alcanzar juguetes. Conforme los niños se desarrollan, sus esquemas avanzan en un nivel mental que refleja el pensamiento.²

Por otro lado Piaget también propuso que los dos principios básicos de los esquemas infantiles son: la asimilación y la acomodación.⁴

En relación a la asimilación ésta se produce cuando los individuos entienden e incorporan nueva información a su conocimiento ya existente, la acomodación ocurre cuando los individuos ajustan esa información, cambiando su manera de pensar, comprender o actuar. ^{1,2,3,4}

Es importante destacar las etapas de desarrollo que Piaget describió

- Estadio sensoriomotor
- Estadio preoperatorio
- Estadio operatorio concreto
- Estadio operatorio formal.

Cada una de estas fases está relacionada con la edad y consta de diferentes formas de pensamiento. ^{1,2,3,4,5}

2.21 Estadio sensoriomotor

Comprende desde el nacimiento hasta los 2 años, los niños aprenden a coordinar las experiencias sensoriales con la actividad física y motora. Progresa de la acción refleja e instintiva del nacimiento al comienzo del pensamiento simbólico hacia el final de esta etapa. ^{2,3,4}

Este estadio se divide en 6 subetapas que se citan el siguiente cuadro:

Subestadio	Edad	Descripción	Ejemplo
1.Reflejos simples	Desde el nacimiento hasta el primer mes de vida	Coordinación de sensación y acción a través de los comportamientos reflejos	Giro de cabeza, succión y agarre; los recién nacidos succionan de forma refleja cuando se tocan sus labios.

2.Primeros hábitos y primeras reacciones circulares	1 a 4 meses	Coordinación de sensación y dos tipos de esquemas: hábitos (reflejo) y reacciones circulares (reproducción de un nuevo evento que inicialmente ocurrió por casualidad). El centro de atención es todavía el cuerpo del niño	Repetición de una sensación corporal experimentada por primera vez por casualidad (chuparse el dedo, por ejemplo), después los niños pueden acomodar las acciones para chupar su dedo de forma diferente a la que chupan el chupón
3.Reacciones circulares secundarias	4 a 8 meses	Los bebés se fijan más en los objetos, descentrándose de sí mismo, repite acciones que le despiertan interés o resultados placenteros	Un bebé gorgojea para hacer que una persona permanezca cerca, cuando la persona comienza a marcharse el bebé vuelve a gorgojear
4.Coordinación de las reacciones circulares secundarias	8 a 12 meses	Coordinación de la visión y el tacto- coordinación mano-ojo, coordinación de esquemas e intencionalidad.	El bebé usa un palo para acercar el juguete atractivo
5. Reacciones circulares terciarias, novedad y curiosidad	12 a 18 meses	Los bebés sienten curiosidad por las propiedades de los objetos y por todas las cosas que pueden hacer que ocurran a los objetos, experimentan con nuevos comportamientos.	Puede hacer caer un cubo, girar y puede chocarse con otro objeto y desplazarlo
6. Interiorización de esquemas	18 a 24 meses	El bebé desarrolla la habilidad de utilizar símbolos rudimentarios y forman representaciones mentales duraderas	Un bebé que nunca ha tenido un berrinche antes de ver a otro bebé tener un berrinche, retiene un recuerdo del evento, y tiene un berrinche al día siguiente.

Fuente (RICE): Los seis subestadios del desarrollo sensorio-motor de Piaget

2.1.2 Estadio Preoperatorio

Piaget denominó a la niñez temprana de los 2 a 7 años, estadio preoperatorio, llamó así a esta etapa porque los niños todavía no están listos para realizar operaciones o manipulaciones mentales, que requieren pensamiento lógico. Con la aparición del lenguaje las conductas resultan modificadas tanto afectiva como intelectualmente. Los niños comienzan a representar el mundo con sus propias palabras, imágenes y dibujos, y también pueden representarlo a través de símbolos.^{1,3,4,5}

2.1.3 Estadio de Operaciones Concretas

Transcurre de los 7 a los 10 años, coincide con la escolaridad, esta etapa es llamada así porque ahora los niños pueden usar operaciones mentales para resolver problemas concretos (reales).^{3,4}

El niño puede clasificar objetos dentro de conjuntos diferentes, son capaces de fijar reglas y controlarse entres sí, tiene capacidad de reflexión, es decir pensar antes de actuar.^{1,3,4,5}

2.1.4 Estadio de Operaciones Formales

De acuerdo a Piaget, abarca de los 11 años a la edad adulta, es cuando se desarrollan las capacidades para el pensamiento abstracto. Muestran interés por problemas actuales, tiene capacidad de sintetizar, pueden usar lenguaje metafórico y símbolos algebraicos, también son capaces de formar y comprobar hipótesis y elaborar teorías abstractas. Una de las diferencias entre la infancia y la adolescencia es la reflexión espontánea y también la elaboración de planes de vida.^{1,3,4,5}

2.2 Factores que influyen en el comportamiento dental del niño durante el tratamiento dental

Es importante que el Cirujano Dentista pueda identificar el miedo y la ansiedad durante el tratamiento ya que puede impedir que el paciente pediátrico coopere plenamente durante la consulta, lo que implica pérdida de tiempo para el profesional, innecesaria dificultad para realizar el tratamiento y lo más importante resultados insatisfactorios. Psicológicamente el miedo y la ansiedad son dos entidades diferentes.^{6,7,8}

2.2.1 Miedo

Boj dice que el miedo es una reacción o actitud ante una amenaza externa real y corresponde al plano psicológico, a la respuesta física de dolor. Éste tiene, por lo tanto un fundamento real, y se puede expresar en palabras a lo que se teme. Los miedos son normales en el curso del desarrollo, son inevitables y pueden analizarse desde un punto de vista evolutivo. Las situaciones y objetos que desencadenan estas reacciones de miedo se modifican con la edad y tienen que ver con el sentimiento de supervivencia en cada momento evolutivo, en función de las capacidades que se han adquirido.⁹

La etiología del miedo es multifactorial y es una de las principales causas para evitar el tratamiento y se adquiere la mayoría de las veces en la infancia. El incremento del miedo dental está relacionado con experiencias dentales previas traumáticas., dichas experiencias muchas veces fueron dolorosas y también la influencia de los padres.^{6,10}

Es muy frecuente la presencia de miedo en los pacientes de menos edad, especialmente cuando asisten por primera vez a la consulta y desconocen por completo el medio- ambiente, así como el odontólogo y al personal auxiliar.¹¹

Baier en 2003 realizó un estudio en Washigton, Estados Unidos, éste se realizó en 421 niños, el rango de edad fue de 2.8 a 6.8 años, este grupo se escogió ya que corresponde a la edad donde se presenta mayor miedo dental. El 48 % de la población correspondió al sexo femenino y el 52% al sexo masculino, el objetivo de este estudio fue evaluar la proporción de niños con miedo dental y la proporción de niños con conducta negativa y la relación del miedo dental durante el tratamiento en la consulta dental privada. Los resultados que se obtuvieron fue que el 20% de los niños presentaba miedo a ir al dentista. Para medir el comportamiento de los niños durante el tratamiento dental se empleo la escala de Frankly se obtuvo que el 24% y el 54% presentaron conducta positiva. Sin embargo 90 niños que representa el 14% fueron negativos y 7% que equivale a 30 niños fueron definitivamente negativos. Los niños con conducta negativa y definitivamente negativa habían tenido experiencias previas negativas con la anestesia.¹⁰

Es importante que el Cirujano Dentista observe al paciente pediátrico durante su tratamiento, ya que las reacciones frente al miedo pueden producirse en forma silenciosa, mientras el niño permanece con la boca abierta. Así es también importante observar si el paciente aprieta sus manos, si tiene los pies contraídos, o sus ojos están brillosos ya que éstas son señales de alarma que indica que se puede presentar un cambio de conducta bruscamente en cualquier momento y que cause la interrupción del tratamiento.⁵

2.2.2 Ansiedad

La ansiedad fue descrita por Freud, S., en 1936, como el grado de miedo más leve, describió la ansiedad como un estado afectivo de carácter desagradable, generándose de una situación de peligro. ⁵

Sigue comentado el autor que la ansiedad, es un estado emocional que se origina en fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales. En cierto modo es el temor a lo desconocido. El niño tiene más tendencia a sufrir ansiedad que el adulto, ya que la mente infantil está más controlada por los impulsos internos y las fantasías. ^{5,6,12}

En relación al tratamiento dental se observa frecuentemente en niños de mayor edad, sienten temor a la aplicación de anestesia o al sonido de la pieza de alta velocidad. ¹¹

2.3 Escala del comportamiento del paciente pediátrico

Fue descrita originalmente por Frankl y Wright, es el instrumento que más se ha reportado y aplicado en diferentes estudios sobre el manejo del comportamiento; es ampliamente usada en la clínica, debido a que se trata de una medición sencilla, práctica y fácil de aplicar.^{11,13}

La clasificación consiste en cuatro categorías:

2.3.1 Definitivamente negativo

- Rechaza el tratamiento
- Llanto intenso
- Movimientos fuertes de las extremidades
- No es posible la comunicación verbal
- Comportamiento agresivo
- Protestas verbales

2.3.2 Levemente negativo

- Rechazo al tratamiento
- Movimientos leves de extremidades
- Comportamiento tímido

- Bloquea la comunicación
- Acepta y acata algunas órdenes
- Llanto monótono

2.3.3 Levemente positivo

- Acepta el tratamiento de manera cautelosa
- Llanto esporádico
- Es reservado
- Se puede establecer comunicación verbal
- Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo

2.3.4 Definitivamente positivo

- Cooperador
- Buena comunicación
- Motivación e interés por el tratamiento
- Relajación y control de las extremidades ^{11,12}

2.4 Técnicas de control de conducta

Es importante que el Cirujano Dentista tenga en cuenta el objetivo durante el procedimiento dental, el cual es dirigir al niño para que su actitud sea positiva frente al tratamiento. La mayoría de los niños acepta nuevas experiencias sin mayor ansiedad, lo que puede atribuirse a distintos factores como la edad del niño, la personalidad, atención de los padres o habilidad profesional. Sin embargo, algunos requieren atención personal.⁹

También debe tener en cuenta el establecimiento de una buena comunicación, junto con una actitud empática, es la piedra angular para conservar una relación profesional armoniosa con cualquier paciente.¹⁴

Sin embargo se tiene al alcance varias las técnicas de control de conducta que permiten ayudar a superar conductas difíciles y problemas de ansiedad y que ayudan a realizar de manera más eficaz el tratamiento en el niño instándole a mostrar una actitud dental positiva.⁹

Básicamente los objetivos del control de conducta son:

- Establecer una buena comunicación con el niño.
- Ganar la confianza del niño y de los padres, y su aceptación del tratamiento dental.
- Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos de los cuidados dentales
- Proporcionar un ambiente relajado y cómodo
- Realizar el tratamiento de la manera más satisfactoria posible⁹

Barberia como señala que las técnicas de control de conducta se pueden clasificar en:⁶

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

2.4.1 Técnicas de Comunicación

La comunicación con el niño es la verdadera clave para dirigir la conducta. El dentista y su equipo deben desarrollar sus habilidades tanto a nivel verbal como paraverbal, establecer contacto visual y sonreír, estar sentado al mismo nivel que el niño. La conversación debe ser natural y agradable, interesándonos sobre sus gustos y actividades.⁶

Es interesante conocer al niño antes de tenerlo sentado en el sillón dental, los padres pueden informar acerca de lo que el niño sabe sobre temas odontológicos, experiencias previas, hospitalizaciones o sobre si tiene miedo al médico.⁶

También es importante observarlo en la sala de espera. La valoración de la actitud motora del niño refleja su respuesta frente a una nueva situación, pues una mayor actividad puede considerarse como marcador de seguridad y de menos desconfianza, es distinto que le niño esté tomado de la mano de la madre o que esté jugando tranquilamente separado de ella.⁶

Por otra parte no hay duda de la influencia de los padres en nivel de ansiedad de los niños en la consulta; en ocasiones, la observación de la

actitud del padre en la consulta nos dará una pista de la conducta a esperar el niño.⁶

Dentro de las técnicas de comunicación se encuentran:

2.4.1.1 Lenguaje pediátrico

Es importante la elección del lenguaje apropiado por parte del dentista y su equipo. Debe ser un lenguaje que pueda entender el niño y sustituir por expresiones moderadas. Al seleccionar el lenguaje hay que elegir objetos y situaciones familiares, y explicar las cosas de forma que las entiendan, pero no engañar o mentir con las explicaciones.⁹

En general, es aconsejable hablar siempre a su nivel o ligeramente superior, pero no extenderse ni preparar excesivamente al niño, ya que ello podría incrementar su ansiedad. El niño se siente alabado si se le juzga mayor de lo que es, y a la mayoría le gusta oír hablar al profesional de algún tema interesante, lo que permite desviar la atención de los procedimientos dentales. En niños más pequeños se puede agregar algo de fantasía a la conversación.^{6,9}

Boj dice que hay que tratar de responder a las preguntas, pero vigilar que no retrasen con ellos el procedimiento. Por otra parte, deben darse pocas instrucciones pues el niño no puede responder a todo en un corto tiempo y, además deben de ser concretas y razonables, por eso es necesario pronunciar las palabras despacio y claramente.⁹

2.4.1.2 Control de voz

Esta técnica tiene como objeto restablecer una comunicación perdida debido a una conducta no colaboradora. Es muy efectiva para interceptar conductas inapropiadas justo en el momento en el que inician, y lo menos cuando están muy establecidas.⁹

Se trata de una modificación del tono y volumen de la voz, así como de la velocidad con que se habla. No debe confundirse, sin embargo, con gritar al paciente o enfadarse con él. Puede usarse con cualquier paciente, es más útil en aquellos que han desarrollado ya su comunicación verbal y, específicamente, con quienes poseen un comportamiento rebelde que pretender manipular o cuestionar la autoridad. Está contraindicado en pacientes de corta edad que no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.¹¹

Sigue comentando el autor que la expresión facial del profesional debe acompañar el cambio de tono de voz. No deben transmitirse mensajes distintos, uno de forma verbal y otro de forma paraverbal. En ocasiones el clínico puede realizar “control de voz”, sólo con la expresión facial.¹¹

Una vez obtenida la atención por parte del niño, se le agradece la interrupción de mala conducta y se dan las instrucciones y las explicaciones pertinentes ya de una manera suave y agradable. A esta parte de la técnica se le denomina “cambio de ritmo”.^{6,9,11}

En ningún caso debe considerarse como un escape para el profesional de su ansiedad o enfado.⁶

En el estudio que realizó Wilson en el 2005 de revisión de las publicaciones sobre manejo de conducta en artículos de la revista de Odontología Pediátrica y la revista de Odontología para niños, publicadas de 1970 a la fecha, encontró que en 1990 se llevó a cabo el estudio con más bases científicas sobre control de voz, éste fue realizado por Greenbaum en 1990, se estudiaron 40 niños en un rango de edad de 3.5 a 7 años en una clínica académica, éstos fueron asignados al azar en dos condiciones, unos con comando de voz “ fuerte” y otros con comando de voz “ normal” y se filmó a cada uno de los niños durante el tratamiento dental. El resultado que se obtuvo fue que el grupo de comando de voz fuerte tuvo menos problemas, indicando que la voz fuerte es más efectiva, en contraste la voz normal tubo un mínimo efecto en los problemas de conducta y los niños se comportaron más inquietos. Se concluyó que el control de voz, reduce los problemas de conducta durante el tratamiento dental.¹⁵ Figura 1

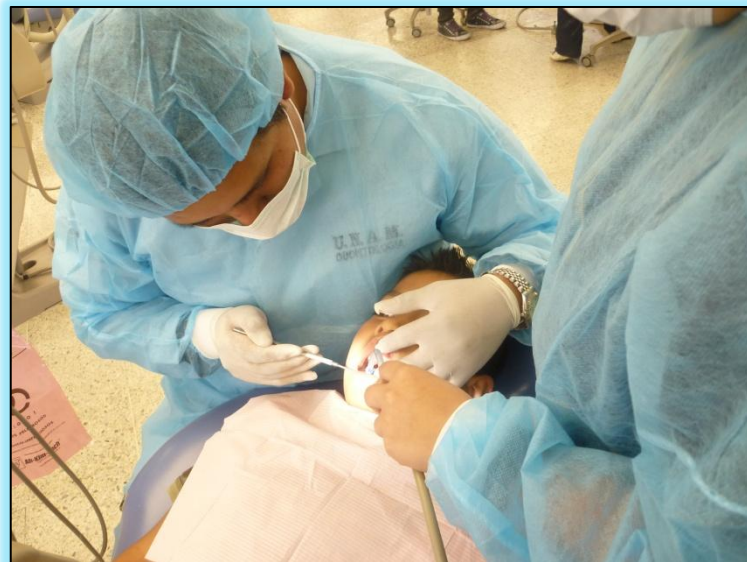


Figura 1. Control de voz .Fuente Directa

2.4.1.3 Distracción

Consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento, al tiempo que se condiciona su conducta mediante el manejo de contingencias. Puede hacerse con la ayuda de medios audiovisuales o auditivos, y más recientemente con realidad virtual. ¹¹

Su objetivo es disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño. ⁹ Figura 2

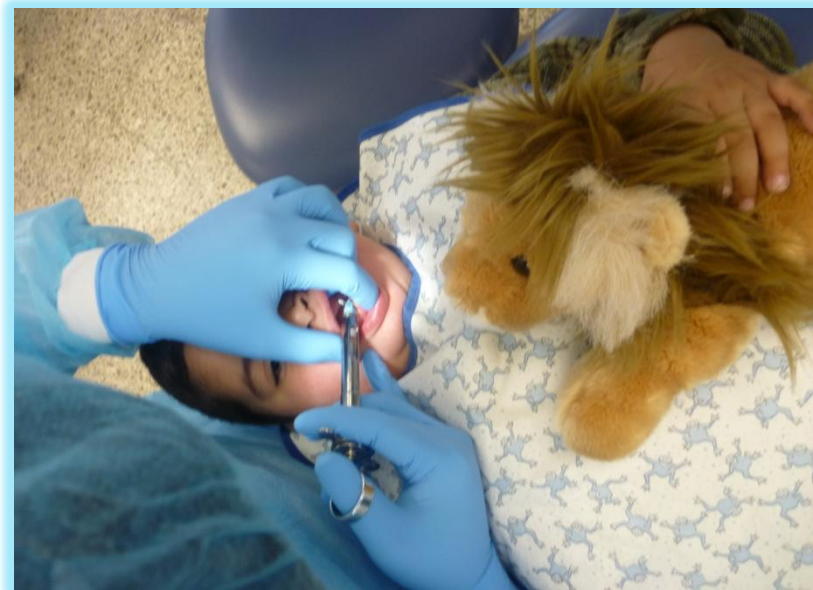


Figura 2 . Distracción Fuente Directa

Algunos investigadores han utilizado música ambiental, canciones infantiles, historias y cuentos; así como también, diversos temas de audición durante el tratamiento de niños pequeños o discapacitados, con la finalidad de lograr una mayor colaboración del paciente pediátrico. ¹⁶

Con el propósito de evaluar el empleo de la música como una herramienta en la modificación de la conducta del niño, a fin de obtener un mayor grado de colaboración y satisfacción durante el tratamiento dental. En 2005 Cruz,

llevó a cabo un estudio la Universidad Cayetano Heredia en Perú, la población estuvo constituida por 50 niños de 3 a 9 años de edad, todos ellos seleccionados al azar. Los resultados no mostraron diferencias significativas en la conducta de los niños hacia el tratamiento dental, entre aquellos que escucharon música y aquellos que no lo hicieron. Sin embargo, los niños que recibieron música presentaron un mayor porcentaje de satisfacción del tratamiento.¹⁶

En Karnatka , India se llevó a cabo un estudio en 2007, a cargo de Prabhakar, en el cual el objetivo era evaluar y comprar dos técnicas de distracción que son distracción con audio y distracción con audiovisual, en el manejo de la ansiedad del paciente pediátrico, la población fue de 60 niños divididos en tres grupos y se llegó a la conclusión que la distracción audiovisual es más efectiva que la distracción con audio.¹⁷

2.4.1.4 Decir , mostrar y hacer

También se conoce como la técnica de “ diga, muestre, haga” o de la Triple E (EEE) de “ explique –enseñe- ejecute”^{6,9}

Es un método que modela el comportamiento y podrá ser utilizado, con la finalidad de introducir al niño a la atención. Es importante la utilización de un vocabulario apropiado para la edad.¹⁸

Desde su introducción por Addelston en 1957 esta técnica ha permanecido como pilar dentro de las técnicas de control de conducta. Se basa en la recopilación de conceptos de la teoría del aprendizaje; su idea es familiarizar al niño mediante una aproximación al ambiente e instrumentos de la consulta dental.⁹

Nevo & Sapira observaron que la utilización del humor es una estrategia eficaz, asociada a la dinámica de “Decir, mostrar y hacer”; a través de un lenguaje especial, con eufemismos, de fácil entendimiento por los niños, con asociaciones divertidas, rimas y juegos de palabras. ¹⁸

La técnica de “ Decir, mostrar y hacer” es realizada con habilidades en la comunicación verbal y no verbal y también con el esfuerzo positivo. ^{6,9}

Los instrumentos deben ser siempre presentados de forma gradual del menos ansiogénico al más ansiogénico. Esta técnica es usualmente realizada en la primera consulta, y repetida siempre en nuevos y desconocidos procedimientos sean iniciados. Es también utilizada para eliminar miedos en pacientes que vivieron experiencias previas negativas con la Odontología. Esta técnica puede ser usada para que el niño se habitue al ruido de los aparatos, a través del acercamiento de los mismos, por varias veces, hasta que pueda habituarse. ¹⁸ Figura 3



Figura 3. Decir- Mostrar- Hacer. Fuente Directa

Se recomienda que esta técnica debe de llevarse a cabo de la siguiente manera:

- Decir y explicar al niño lo que se le va a hacer con el fin de reducir la ansiedad y el miedo
- Mostrar al niño cómo se va a llevar a cabo la técnica,
- Efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.⁹

Se dijo en la conferencia del 2003 de la Academia Americana de Odontología Pediátrica que se habían realizado diversos estudios epidemiológicos de las técnicas de conducta no farmacológicas y el resultado que se obtuvo fue que Decir-Mostrar- Hacer es la técnica usada con mayor frecuencia durante la consulta dental en niños.¹⁹

En el 2009, Sharath, llevó a cabo un estudio en el Colegio Dental Meenakshi, Chennai, India. Con el propósito de evaluar la técnica de control de conducta pediátrica más usada por los alumnos de posgrado de odontopediatría de dicha institución, así como también cual de las escalas de comportamiento de Frakl y Wright era la que se presentaba con mayor frecuencia durante la atención dental. La población fue de 247 niños (144 niños y 103 niñas) con un rango de edad de 3 a 12 años de edad y se evaluó las técnicas de control de conducta y el comportamiento de los niños durante tres visitas al dentista. Los resultados obtenidos fue que la técnica de Decir-Mostrar -Hacer fue la que se uso en los 247 casos durante las tres visitas realizadas por los niños, en comparación con las otras técnicas para el control de la conducta como control de voz, refuerzo y mano en boca, que fueron usadas en contadas ocasiones para el control de la conducta. Y la conducta que más se presentó según la escala de Frankl y Wright fue definitivamente positivo en 161 niños.⁸

Peretz llevó a cabo un estudio en el 2003, con el propósito de evaluar las diferencias de las técnicas de conducta usadas por dentistas hombres y mujeres de Israel, éste en base a una encuesta realizada en febrero de 1999, donde participaron 70 dentistas (43 dentistas de sexo femenino y 27 dentistas de sexo masculino) y se les preguntó cuál técnica de control de conducta usaban más en su práctica privada, se obtuvieron los siguientes resultados señalados en la tabla A.

Técnica de control de conducta	Hombres	Mujeres	Total
Decir- Mostrar- Hacer	96%	98%	97%
Refuerzo	81%	86%	84%
Modelado	78%	90%	86%
Control de voz	85%	85%	85%
Papoose Board	44%	28%	34%
Mano en Boca	30%	26%	28%

Fuente⁷: Peretz, Child-Management Techniques. Are There Differences in the Way Female and Male Pediatric Dentists in Israel Practice? *Braz Dent J* (2003) 14(2): 84

Como se puede observar en la tabla no se puede decir que hay una diferencia significativa entre las técnicas usadas por ambos sexos. Sin embargo el 97% de los dentistas israelitas encuestados usan Decir- Mostrar –Hacer con mayor frecuencia y sólo el 28% usa mano en boca.⁷

2.4.2 Técnicas de modificación de la conducta

2.4.2.1 Refuerzo

Es un poderoso principio de aprendizaje mediante condicionamiento operante (es decir se puede intervenir en las consecuencias) está basado en el hecho que las conductas del hombre son influidas por sus consecuencia. Si el resultado de una actividad es positivo (recompensa) la conducta será repetida (reforzada). Sin el resultado es negativo, la conducta pierde fuerza o se extingue.²⁰

El premio o reforzadores, pueden ser de variada naturaleza: son primarios si tienen importancia biológica o satisfacen una necesidad biológica y secundaria si es necesario previamente asociarlos con reforzadores primarios por ejemplo: dinero, afecto, atención, aprobación.^{6,20} Figura 4



Figura 4. Refuerzo. Fuente Directa

El dentista tiene que operar en el ambiente del niño para reforzar las conductas positivas de su paciente y para evitar recompensar aquellas negativas. Hay reforzadores en forma de premio activo como las calcomanías, cromos, cepillos de dientes entre otros y hay reforzadores sociales que son los más empleados y ente ellos el más usados es el elogio.²⁰ Figura 5



Figura 5. Refuerzo. Fuente Directa

Elogio - ¿Qué es el elogio?

Cualquier conducta adecuada que se quiere observar nuevamente. Pequeños avances hacia la conducta final deseada equivalentes a conformación progresiva de conductas.

¿Cómo elogiar?

Dar instrumentos simples, precisas y claras, proveer atención positiva (contacto visual, palabras agradables, contacto afectuoso físico), ser simple y específico sobre lo que se quiere, no destruir el afecto positivo añadiendo crítica después del elogio.²⁰

¿Cuándo elogiar?

Inmediatamente, para, lograr el máximo efecto, cada vez que ocurra la conducta, ya que la consistencia es importante, ya establecida la conducta esta puede ser elogiada inmediatamente.

La situación contraria, no reforzar una conducta indeseable, si se piensa que dejar la consulta es la respuesta más poderosa que un paciente puede recibir, la salida de ella debe ser bajo ciertas condiciones. Figura 6



Figura 6. Refuerzo. Fuente Directa

¿Qué se ignora?

Conductas inadecuadas pero tolerables, técnicas dilatorias, evitar la consulta o la demora del tratamiento, distracción, conductas molestas, ruidos, interrupciones, solicitudes y órdenes.²⁰

¿Cómo ignorar?

Separarse del niño con la instrucción de cambiar de actitud, no responder en absoluto, ser firme y continuar ignorado al niño, elogiar el primer signo de conducta deseada. Hay que recordar que el niño puede acelerar y aumentar la o las conductas inadecuadas antes de cooperar.²⁰

2.4.2.2 Desensibilización

Es uno de los métodos más efectivos y más utilizados para reducir la ansiedad innecesaria. Es una de las técnicas usadas con más frecuencia por los psicólogos en el tratamiento de temores, fobias o ansiedades innecesarias. La técnica generalmente incluye enseñar métodos de relajación al paciente y describirle entonces escenarios que guardan relación con sus miedos. La desensibilización es efectiva porque el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación.⁹ Figura 7



Figura 7.Desensibilización.Fuente Directa

El método gradual implícito en la modificación conductual puede retrasar inicialmente el avance del tratamiento, pero cuando se obtiene toda la cooperación del paciente este retraso queda más que compensado, por lo que el tiempo invertido en un principio puede considerarse una buena inversión.⁹

2.4.2.3 Imitación o modelado

El modelado es la exposición del paciente de uno o más individuos que demuestren un comportamiento adecuado. La literatura refiere que el modelado fue descrito por primera vez por Bandura en 1967 como el proceso por el cual se adquiere una conducta a través de la observación de un modelo.¹⁹

Greenbaun y Melamed reportaron que el primer estudio de modelamiento en odontología pediátrica fue en 1969 y muchos otros estudios le siguieron en 1980. De acuerdo con estos dos estudios, existen dos maneras de llevar a cabo esta técnica de control de conducta, el modelo puede estar presente (en vivo) o filmado (simbólico), con resultados igualmente exitosos, son eficientes para controlar el miedo y la ansiedad del niño acerca de los tratamientos dentales y promueve la conducta adaptativa. El paciente como observador, va a imitar al modelo presentado cuando viva una experiencia similar.^{18,19} Figura 8



Figura 8. Imitación. Fuente Directa

Cuanto más cerca sea la edad del modelo de la edad del niño que va a ser acondicionado, mayor será la posibilidad de éxito con ésta técnica. A través de la observación el niño es capaz de aprender nuevos y adecuados patrones de comportamiento. ¹⁸

La técnica por imitación proporciona muchos beneficios, en lugar de tener niños contagiándose de la ansiedad de su propia madre u otras madres en la sala de espera, los niños pueden ser llevados a las salas operatorias para ver a otros niños que sirven de modelos para recibir tratamientos ¹³

En el 2009 Farhat realizó un estudio en la *Universidad Dental de Saint Joseph*, Libano, fue un estudio clínico con el objetivo principal de comparar los efectos del modelamiento en vivo y los de Decir- Mostrar-Hacer en niños cuyo ritmo cardiaco iba a ser medido durante el tratamiento. El ritmo cardiaco fue elegido para el análisis, ya que es un parámetro biológico simple para medir y ver si se presentaba un aumento del ritmo cardiaco, debido a que es el indicador fisiológico del miedo y la ansiedad. ¹⁹

La población elegida por Farhat fueron 155 niños de 5 a 9 años de edad presentándose por primera vez a atención dental en la *Universidad de Saint Joseph* y se dividió en 3 grupos. El grupo A fue compuesto por niños que fueron preparados para el tratamiento dental por modelado en vivo y su madre como modelo. El grupo B también preparado por modelado en vivo pero con su padre como modelo, y el grupo C se preparo a los niños con la técnica de Decir-Mostrar-Hacer. Se tomó el ritmo cardiaco en cada uno de los niños. El resultado del modelamiento en vivo con la madre como modelo fue el más efectivo para reducir el ritmo cardiaco.¹⁹

2.4.3 Técnicas de enfoque físico

Se definen como aquellas técnicas que limitan o controlan los movimientos de los niños para su protección al realizar tratamientos dentales.

Estás no se deben utilizar como castigo, sino como procedimientos clínicos aceptados con base científica, para poderlas llevar a cabo en determinadas situaciones, específicas aplicarlas adecuadamente.

Los objetivos básicos son:

- Ganarse la atención del niño
- Lograr la conducta apropiada que se espera de él
- Darle más seguridad mediante movimientos
- Protegerlo de lesiones
- Hacer más fácil el procedimiento dental tanto para el niño como para el clínico

La principal indicación para su utilización son urgencias dentales en niños descontrolados y pacientes neurológicos que no pueden controlar sus movimientos.

Estas técnicas deben de aplicarse en una atmósfera relajada, con tranquilidad. Sólo deben utilizarse después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con las técnicas convencionales .⁹

2.4.3.1 Bloques de mordida, abrebocas

Se emplean para el control de la abertura de la boca. Algunos niños necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta durante los tratamientos, mientras que otros presentan más problemas, ya que incluso se niegan a abrir la boca. Existen distintos dispositivos que se seleccionan en función de la edad del niño y en caso de utilizar bloques de mordida se le atará hilo de seda como dispositivo de seguridad. ^{6,9} Figura 9



Figura 9. Abrebocas. Fuente Directa

2.4.3.2 Mano sobre boca

Esta técnica de conducta fue descrita por la Dra. Evangeline Jordon en 1925. La finalidad de esta técnica es restablecer la comunicación con un niño. Su utilización está prohibida en niños menores de tres años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos.¹⁸

La técnica mencionada consiste en la aplicación firme de la mano del profesional sobre la boca del niño, cuando éste se encuentre en pleno ataque de histeria o rabieta con gritos.

Es necesario apoyarse en el asistente para que controle las manos y piernas para frenar la agitación y evitar patadas. En voz baja y suave el Cirujano Dentista le dice al niño al oído que está actuando de una forma inadecuada y que retiramos la mano en el momento que esté dispuesto a cooperar. Generalmente, mediante la comunicación paraverbal (gestos, miradas y expresiones faciales), el niño indica que ya está dispuesto a ayudar, entonces el clínico retira la mano y elogia inmediatamente su conducta.⁹

Figura 10



Figura 10 . Mano en Boca. Fuente²²: Realización de técnica mano en boca

2.4.3.3 Control físico por parte del profesional

Ésta técnica consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos no apropiados de brazos y piernas del niño por parte del profesional y de sus auxiliares.

En determinados procedimientos, como la aplicación de la anestesia local, se requiere que el profesional posicione su brazo alrededor de la cabeza del niño para evitar los movimientos de éste y mientras tanto la auxiliar controla los movimientos de los brazos hacia la jeringa.

Para muchos niños, el hecho de que la auxiliar apoye su mano sobre la de ellos es suficiente para frenar sus reacciones bruscas, y además se sienten protegidos. Una de las indicaciones de ésta es que no debe ser usada en el niño aprensivo, puesto que, comúnmente, sólo servirá para aumentar sus temores. ^{6,9,12}

2.4.3.4 Control físico mediante dispositivos específicos

Cuando el personal ya no puede controlar los movimientos de los niños, hay que recurrir a dispositivos de limitación física específicas, para el control de todo el cuerpo. ^{6,9,12}

Se incluyen toallas, sábanas, cinturones y dispositivos comerciales como el Papoose board (tabla rígida con envoltorio de tela) . Pedi –Wrap (dispositivo de nylon con cierres de velcro) . ^{6,9,12}

Las técnicas de enfoque físico, a pesar de sus fundamentos científicos y su conocimiento por parte del odontopediatra, pueden crear cierta confusión en los padres debido a su desconocimiento. Lo cierto es que con más información a los padres sobre las técnicas necesarias a emplear, aumenta

la aceptación por parte de éstos de las mismas. Es evidente que ante la aplicación de técnicas de enfoque físico hay que obtener consentimiento por parte de los padres.^{6,9,12} Figura 11



Figura 11. Restricción Física. Fuente Directa

En el 2007, se llevó a cabo una tesis a cargo de C.D María Elena Nieto Cruz, el estudio se realizó en la clínica Periférica las Águilas, turno vespertino con el objetivo de identificar si los alumnos de dicha clínica conocían y aplicaban las diferentes técnicas de control de conducta en pacientes pediátricos, la población fue de 25 alumnos y el resultado que se obtuvo fue el siguientes; la técnica de control de conducta que más conocen los alumnos es restricción física en un 25 %, seguida de mano en boca en un 23% y la menos conocida fue escape con solo un 1 % . Por otra parte la técnica que más llevan a cabo es en un 32% control de voz, seguida de un 19% por Decir-Mostrar-Hacer. A pesar de ser la técnica de restricción física y mano sobre boca las más conocidas por los alumnos, solo el 13% aplican la primera y el 11% la segunda.²²

3. Planteamiento del problema

Los alumnos de las Clínicas Periféricas turno vespertino, muchas veces desconocen el uso y manejo correcto de las diferentes técnicas para el control de la conducta del paciente pediátrico, por lo tanto genera que estas técnicas sean usadas de manera incorrecta, provocando miedo y ansiedad en el niño.

Éstas pueden o no ser usadas durante el tratamiento dental y en ocasiones esto es causado por el desconocimiento de las mismas, lo que provoca que el futuro Cirujano Dentista se niegue o atienda de manera deficiente a los niños durante la consulta dental presente o futura.

De aquí surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Los alumnos de Clínicas Periféricas turno vespertino, conocen y aplican las técnicas de control de conducta en el paciente pediátrico?

¿Aplicarán las mismas técnicas de control de conducta hombres y mujeres?

4. Justificación

Las técnicas de control de conducta en el paciente pediátrico junto con la comunicación son de suma importancia para un tratamiento dental exitoso.

Sin embargo algunos alumnos de las Clínicas Periféricas pueden restar importancia a dichas técnicas, por lo tanto éstas son usadas de manera incorrecta, lo que genera miedo y ansiedad en los niños. El conocer y aplicar correctamente las técnicas de control de conducta llevarán al éxito al Cirujano Dentista en el tratamiento bucodental con el paciente pediátrico.

De aquí surge la importancia del presente estudio para poder identificar si los alumnos de Clínicas Periféricas turno vespertino conocen y aplican de manera exitosa las diferentes técnicas de control de conducta.

5. Hipótesis

H₁- Los alumnos de Clínicas Periféricas turno vespertino conocen y aplican de manera correcta las técnicas de control de conducta del paciente pediátrico

H₀- Los alumnos de Clínicas Periféricas turno vespertino no conocen y no aplican de manera correcta las técnicas de control de conducta del paciente pediátrico

H₁- Mujeres y Hombres de Clínicas Periféricas turno vespertino aplican las mismas técnicas de control de conducta del paciente pediátrico

H₀- Mujeres y Hombres de Clínicas Periféricas turno vespertino aplican diferentes técnicas de control de conducta del paciente pediátrico

6. Objetivos

6.1 Objetivo general:

Identificar si los estudiantes de la carrera Cirujano Dentista en las diferentes Clínicas Periféricas turno vespertino, conocen y aplican las técnicas de conducta en el paciente pediátrico.

6.2 Objetivos específicos:

- ◆ Conocer si emplean las técnicas de control de la conducta del paciente pediátrico
- ◆ Identificar las causas por las cuales los alumnos de Clínicas Periféricas turno vespertino, negarían la atención dental a un paciente pediátrico
- ◆ Identificar el conocimiento sobre algunas técnicas de control de la conducta
- ◆ Determinar si los hombres y las mujeres utilizan diferentes técnicas de conducta
- ◆ Identificar las técnicas de control de la conducta del paciente pediátrico que con mayor frecuencia emplean los alumnos de Clínicas Periféricas turno vespertino

7.7. Material y Método

Se solicitó la autorización de los jefes de enseñanza de las clínicas periféricas del turno vespertino y de los doctores que imparten la Clínica Integral de Niños y Adolescentes en el turno vespertino 2011.

Una vez obtenida la autorización se aplicó el cuestionario a los 194 alumnos, dicho cuestionario conformado por 7 reactivos que permitieron recabar la información sobre las técnicas de control de conducta utilizadas por los alumnos de Clínicas Periféricas, turno vespertino.

7.1 Tipo de estudio

Observacional y Transversal

7.2 Población de estudio

Estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista que cursan la asignatura de Clínica Integral de Niños y Adolescentes en las Clínicas Periféricas, turno vespertino, en el ciclo escolar 2010-2011.

7.3 Muestra

Por razones de factibilidad y dado que se desconoce el número de alumnos que asisten el día de la entrevista, el cálculo del tamaño de la muestra se realizó por conveniencia eligiendo 194 alumnos cursando la Clínica Integral de Niños y Adolescentes, turno vespertino ciclo escolar 2010-2011.

7.4 Criterios de inclusión

- ✓ Alumnos de quinto año de la carrera de Cirujano Dentista

- ✓ Alumnos cursando la Clínica Integral de Niños y Adolescentes del turno vespertino en el ciclo escolar 2010-2011

7.5 Criterios de exclusión

- Alumnos de quinto año de la carrera de cirujano Dentista cursando la Clínica Integral de Niños y Adolescentes en el ciclo escolar 2010-2011 que faltaron el día de la realización del cuestionario

- Alumnos de quinto año de la carrera de Cirujano Dentista que no se encuentren cursando la Clínica Integral de Niños y Adolescentes en el ciclo escolar 2010-2011

7.6 Operalización de las variables

7.6.1 Variables dependientes

✓ Sexo

Definición conceptual. Características fenotípicas

Definición operacional. Se realizó mediante el conteo de los alumnos cursando la Clínica Integral de Niños y Adolescentes del turno vespertino. En el ciclo escolar 2010-2011

Escala de medición. Cualitativa

✓ Edad

Definición conceptual: Número de años cumplidos

Definición operacional. Se realizó pregunta para conocer la edad de los alumnos cursando la Clínica Integral de Niños y Adolescentes del turno vespertino en el ciclo escolar 2010-2011

Escala de medición. Cuantitativa

7.6.2 Variables independientes

✓ Preferencia en la atención al paciente pediátrico

Definición conceptual. Emplear o hacer funcionar una cosa para un fin determinado

Definición operacional. Se realizó mediante una pregunta en el cuestionario a) Siempre b) En ocasiones o algunas veces c) Nunca

Escala de medición. Cualitativa

- ✓ Utilización de técnicas de control de conducta durante la atención al niño en la Integral de Niños y Adolescentes.

Definición conceptual. Emplear o hacer funcionar una cosa para un fin determinado

Definición operacional. Se realizó por mediante el conteo de una pregunta en el cuestionario aplicado a) Siempre b) En ocasiones c) Nunca

Escala de medición: Cualitativa

- ✓ Conocimiento de las técnicas conducta

Definición conceptual. Conjunto de información almacenada mediante experiencias previas o el aprendizaje

Definición Operacional. Se realizó por medio de un cuestionario donde se pregunto a los alumnos cuáles técnicas de control de conducta conocían, cual técnica esta contraindica en menores en tres años y en cuál o cuáles técnicas de control de conducta , se necesita la autorización del padreo tutor para llevarlas a cabo.

Escala de medición. Cualitativa

- ✓ Impedimentos por parte de los alumnos para la atención del paciente pediátrico en la Clínica Integral de Niños y Adolescentes, turno vespertino, ciclo escolar 2010-2011,

Definición conceptual. Dificultar o imposibilitar la ejecución de una actividad específica.

Definición operacional. Se realizó mediante una pregunta con las siguientes opciones a) No me gustan los niños b) No conozco las técnicas de control de conducta c) No tengo habilidad d) Me estreso e) Ninguna

Escala de medición : Cualitativa

7.7 Análisis de la información

Se vació la información captura en una base de datos en Excel para realizar el análisis a través de porcentajes.

8. Recursos

8.1 Materiales

- Pluma
- Papel
- Word, Excel, Power Point
- Computadora personal
- Cuestionarios

8.2 Recursos humanos

- 194 alumnos de quinto año de la Facultad de Odontología, UNAM
- 1 Tesista
- 1 Tutora de tesina
- 1 Asesora de tesina

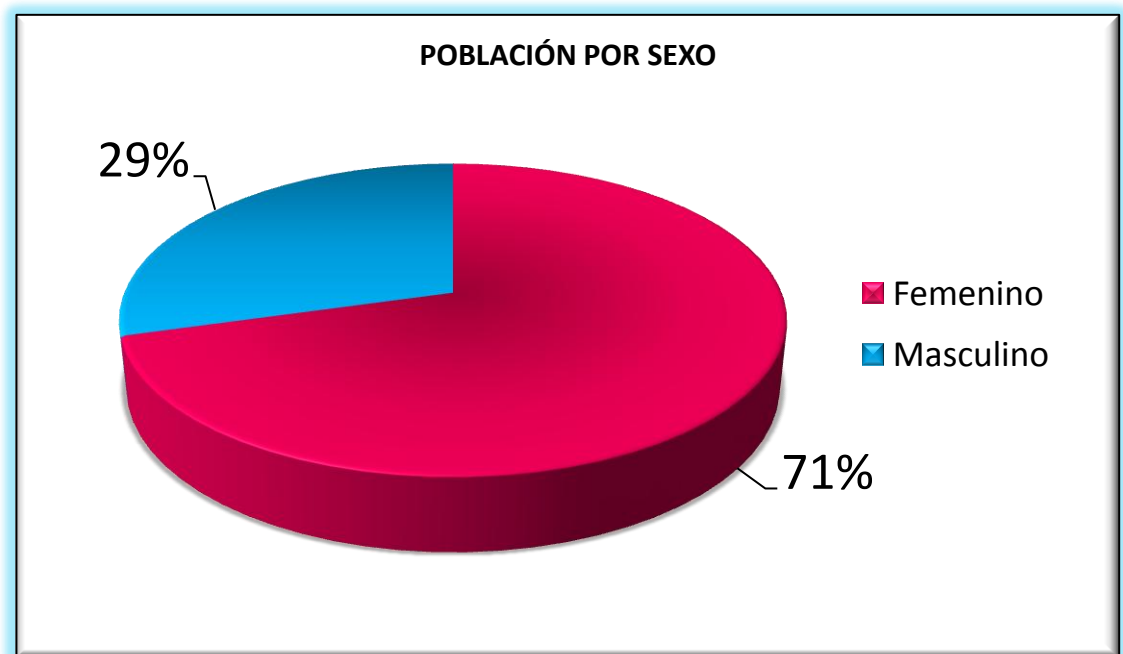
8.3 Recursos Económicos

- A cargo de la tesista

9. Resultados

Los resultados de la aplicación del cuestionario son los siguientes:

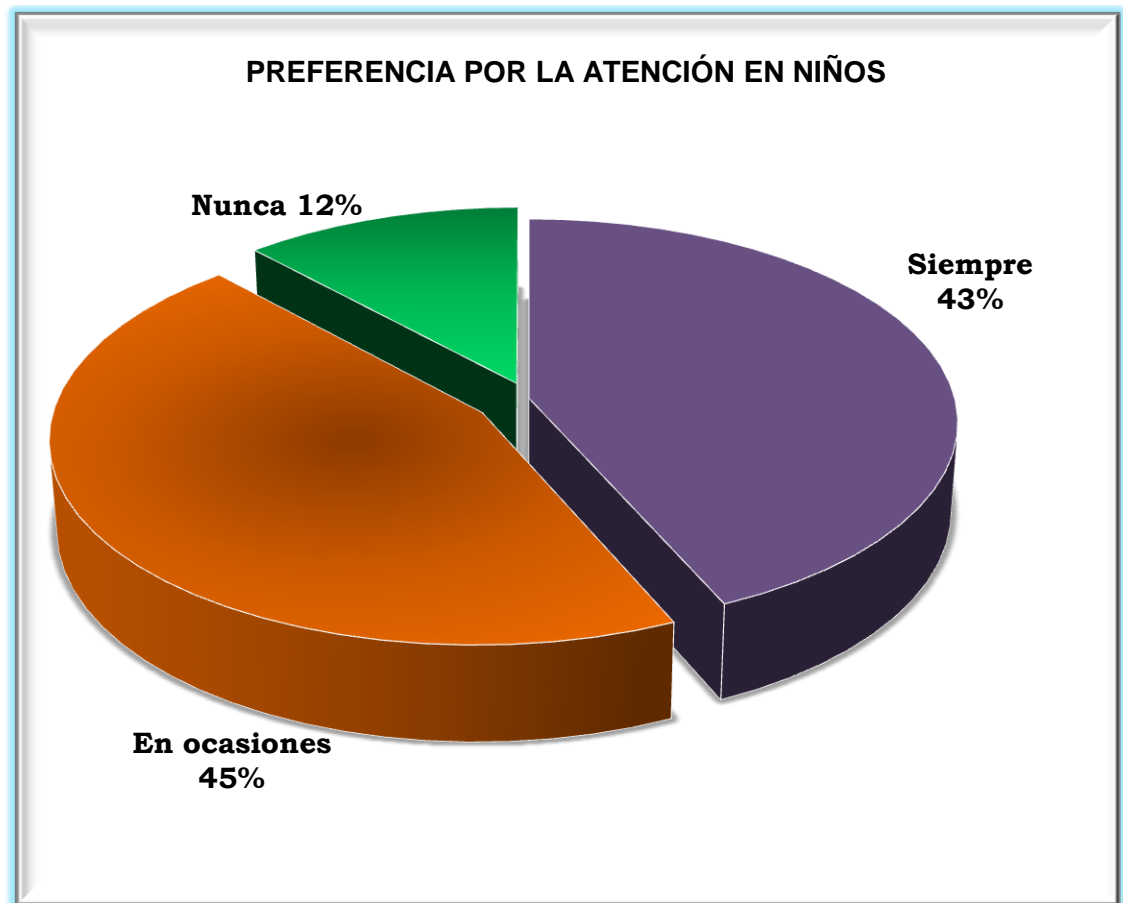
Gráfica 1



Fuente directa

De los 194 alumnos a los cuales se les aplicó el cuestionario, el 71 % de los encuestados pertenecen al sexo femenino y 29 % pertenecen al sexo masculino. El promedio de edad de los alumnos encuestados es de 23.8 años.

Gráfica 2



Fuente directa

¿Te gusta atender a niños?

El 43% de la población que corresponde a 84 encuestados respondió que siempre le gusta atender a niños, el 45% que representa a 87 encuestados señaló que sólo en ocasiones y el 12% que corresponde a 23 encuestados contestaron que prefieren evitar la atención a niños.

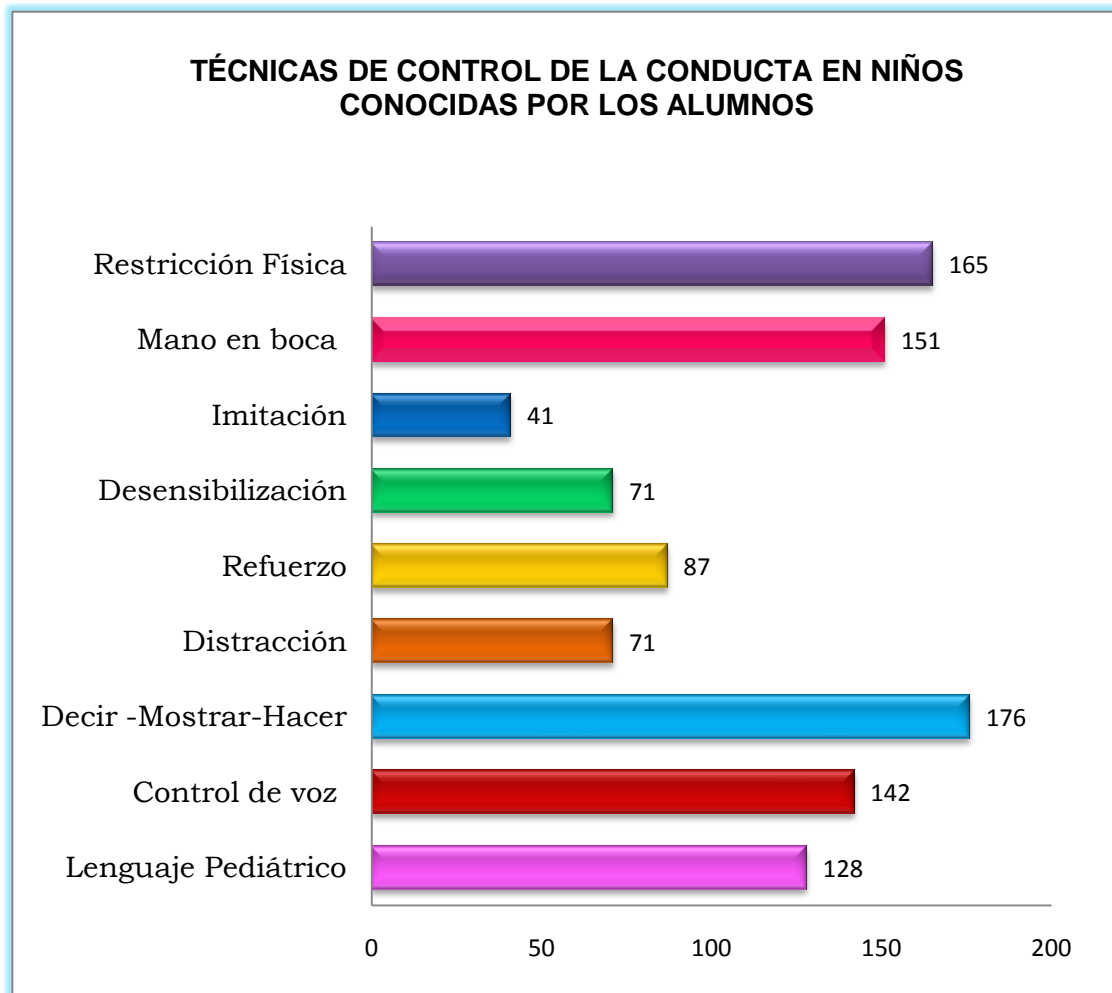
Gráfica 3



Fuente directa

¿Llevas a cabo alguna técnica de manejo de conducta en la práctica clínica integral de niños? , el 57% respondió que siempre usa una técnica de control de conducta del niño, el 42% que sólo en ocasiones y el 1% no utilizan una técnica de control de conducta durante la atención bucal al niño.

Gráfica 4



Fuente directa

¿Cuáles técnicas para el control de la conducta en niños conoces?

La técnica de control de conducta que más conocen los alumnos es la de Decir- Mostrar- Hacer con el 17%, seguida de la técnica de Restricción Física un 16%, siendo la técnica de Imitación la menos conocida, pues sólo 41 alumnos conocen y representa el 4%.

Gráfica 5



Fuente directa

Los alumnos de sexo masculino usan con mayor frecuencia la técnica de Decir- Mostrar y hacer en un 39%, seguida de Lenguaje Pediátrico en un 25%, las técnicas que usan con menor frecuencia son Desensibilización y Distracción ambas en un 5%, cabe señalar que la que no usan es la técnica de Imitación con un 0%.

Gráfica 6



Fuente directa

Las alumnas de sexo femenino usan con mayor frecuencia la técnica de Decir- Mostrar y hacer en un 44%, seguida Lengua Pediátrico en un 33%, las técnicas que usan con menor frecuencia son Desensibilización en un 4%, cabe señalar que la que no usan es la técnica de Imitación con un 0%.

Grafico 7

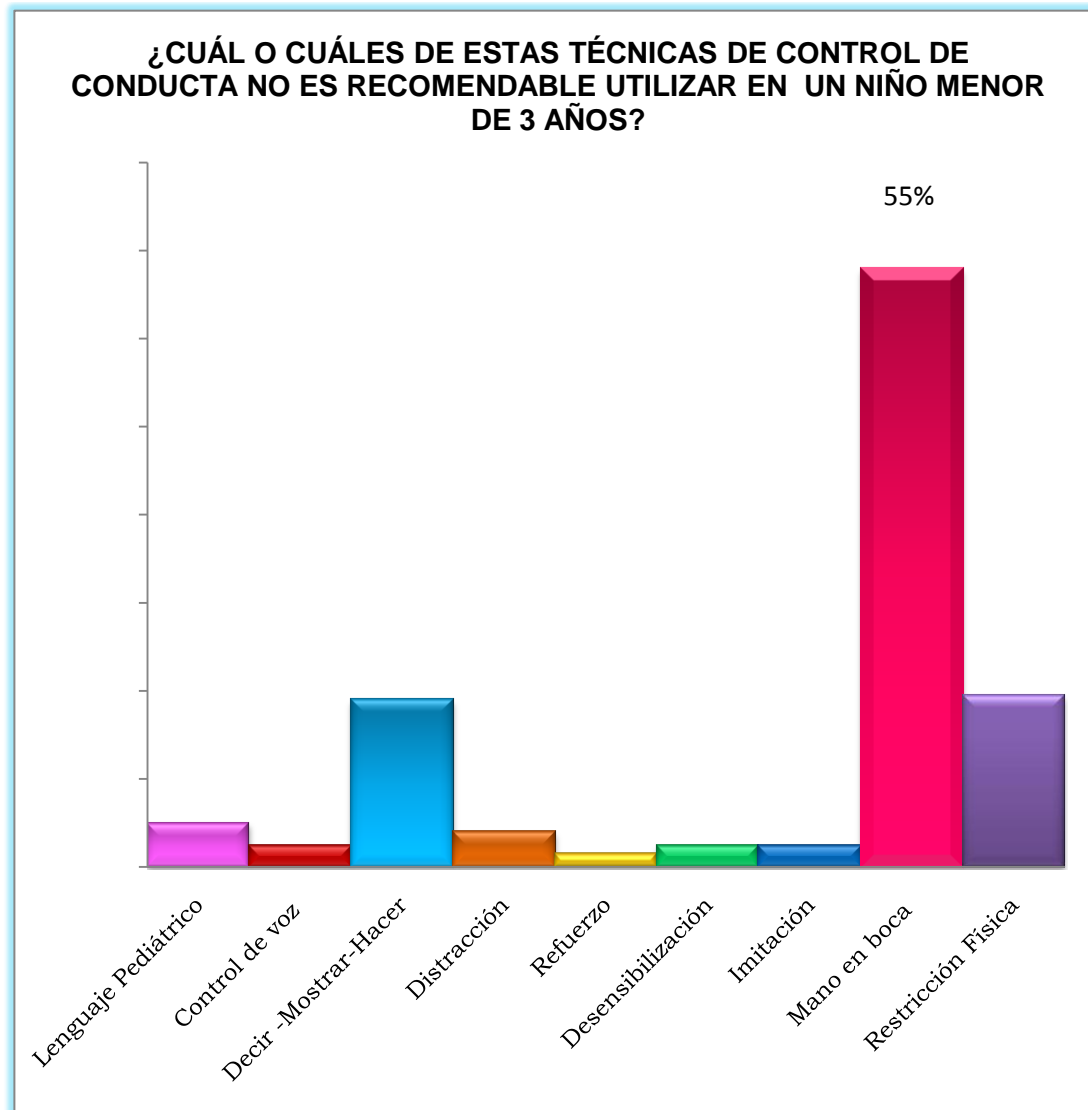


Fuente directa

¿Cuál de las siguientes situaciones te impedirían atender a un niño?

El 49% que corresponde a 95 alumnos señala al estrés como la principal causa por la cual el alumno no atendería a un paciente pediátrico y el 19% de los alumnos no tendría ningún impedimento para brindar atención a los pacientes pediátricos.

Gráfica 8

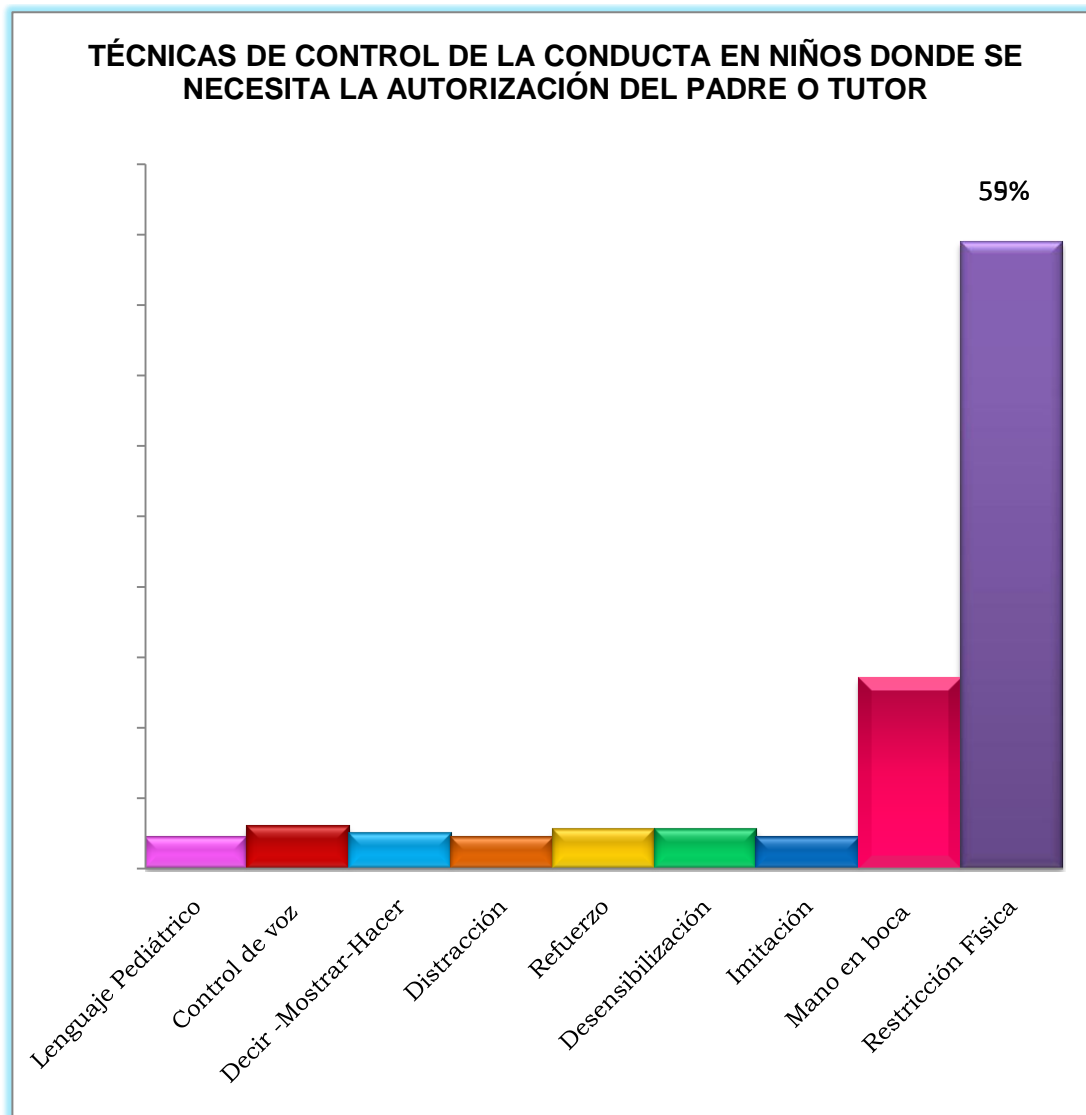


Fuente directa

¿Cuál o cuáles de estas técnicas de control de conducta no es recomendable utilizar en un niño menor de 3 años?

El 55 % que corresponde a 136 alumnos encuestados señalaron la técnica de mano en boca como la contraindicada en menores de 3 años de edad

Gráfica 9



Fuente directa

¿Cuál o cuáles de estas técnicas de control de conducta es necesario tener la autorización del padre o tutor por escrito?

El 59 % que corresponde a 178 alumnos encuestados señalaron la técnica de Restricción física como la única técnica en la cual se debe pedir la autorización del padre o tutor para poder llevarla a cabo

9. Conclusiones

El manejo del paciente pediátrico es el pilar de una atención odontológica exitosa, ya que ayuda a controlar el miedo y la ansiedad del niño durante la consulta dental, estas situaciones pueden ser ocasionadas debido a los procedimientos que se llevaran a cabo durante el tratamiento.

Por ello es de gran importancia que el futuro Cirujano Dentista conozca y lleve a cabo las diferentes técnicas de control de conducta, para elegir la que más convenga de acuerdo a las características del paciente, su edad y su nivel de desarrollo.

Los alumnos de las clínicas periféricas turno vespertino, muestran tener poco conocimiento de las técnicas de control de conducta en el paciente pediátrico, ya que algunos de ellos desconocen las indicaciones y contraindicaciones de dichas técnicas , así como también el contenido del consentimiento válidamente informado. Por otra parte el estrés, es la causa principal por la cual los alumnos le negarían la atención a un paciente pediátrico, mientras otros refieren no tener habilidad para atender al paciente pediátrico. La técnica de control de conducta que emplean con mayor frecuencia tanto hombres como mujeres es Decir- Mostrar- Hacer, seguido de lenguaje pediátrico y la técnica de Imitación es la menos usadas por los alumnos.

Finalmente podemos señalar que cada paciente es único por lo tanto se debe seleccionar una técnica de control de conducta que sea la más adecuada de acuerdo a la etapa de crecimiento y desarrollo en la que se encuentre , así como también el grado de cooperación durante la consulta dental.

11. Bibliografía

1. Rice P. Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital. 2ª.ed.Cd. México: Editorial Pearson, 1997.Pp. 38-39,108.
2. Feldman R. Desarrollo en la infancia. 4^{ta} ed. Cd. México: Editorial Pearson, 2008. P.p. 158-162.
3. Santrock J. Psicología del desarrollo: El ciclo vital. 10ª.ed.Cd. España: Editorial McGraw-Hill / Interamericana, 2006. P.p. 44-47.
4. Papalia D. Desarrollo Humano. 11ª.ed.Cd. México: Editorial McGraw-Hill,2010. P.p.38-40, 261, 348,44,522.
5. Bordoni N. Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Cd. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2010. Pp. 68-71.
6. Barbería E. Odontopediatría.2ª.ed.Cd. Barcelona: Editorial Masson, 2002. Pp.118-119, 127-136.
7. Peretz B, Glaicher H, Ram D. Child management technique. Are there differences in the way female male pediatric dentists in Israel practice?. Brazilian Dental Journal.2003; 14(2): 82-86.
8. Sharath A, Rekka P, Muthu M, Rathna V, Sivakumar N. Children's behavior pattern and behavior management techniques used in a structured postgraduate dental program. J Indian Soc Pedod Prev Dent, 2009; 27(1): 22-26.

9. Boj J. . Odontopediatría. Cd. Barcelona: Editorial Masson, 2004. Pp.255, 258-259,263-269.
10. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent.* 2004; 26(4):316-321.
11. Cárdenas D. Fundamentos de Odontología Pediátrica. 4^{ta} ed. Cd. Medellín: Editorial Corporación para investigaciones biológicas, 2009. P.p. 27-39.
12. Mc Donald R. Odontología pediátrica y del adolescente. 6^a .ed.Cd. Madrid: Editorial Harcourt Brance, 1998. P.p. 38-39.
13. Welbury R. Paediatric Dentistry, 3^a.ed.Cd. Usa: Editorial Oxford, 2005. P.p 34-36.
14. Pinkham J. Odontología Pediátrica. 3^a .ed. Cd. México: Editorial McGraw-Hill,2004. P.p 85-86
15. Wilson S, Cody W. An analysis of behavior management papers published in the pediatric dental literature. *Pediatr Dent.* 2005; 27(4):331-338.
16. Cruz CM, Díaz-Pizán ME. La música como método alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. *Rev Estomatol Herediana* 2005; 15(1): 46 - 49
17. Prabhakar AR, Marwah N, Raju O. A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2007; ;25(4):177-82

18. Nahás M. Odontopediatria na Primeira Infancia. Cd. São Paulo, 2009. P.p. 130-134, 153-157.

19. Farhat N, Harfouche A, Souaid P. Techniques for managing behaviour in pediatric dentistry: comparative study of live modelling and tell-show-do based on children's heart rates during treatment. J Can Dent Assoc. 2009 ;75(4):283

20. Escobar F. Odontología Pediátrica. 2ª. Ed. Cd. Caracas: Editorial Actualidades medico odontológicas Latinoamérica. P.p. 50-51

21. bidi.unam.mx; Biblioteca Digital UNAM

12. Anexo

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Técnicas de Control de conducta para la atención del paciente pediátrico

Folio. 001

Lee con atención las preguntas y subraya la respuesta que sea de tu preferencia

CUESTIONARIO

SEXO:	F	M	EDAD: AÑOS	CLÍNICA PERIFÉRICA:
-------	---	---	---------------	---------------------

1. ¿Te gusta atender niños?

- a) Siempre
- b) En ocasiones o algunas veces
- c) Nunca

2. ¿Llevas a cabo alguna técnica de manejo de conducta en la práctica clínica integral de niños?

- a) Siempre
- b) En ocasiones
- c) Nunca

3. ¿Cuáles técnicas para el control de la conducta en niños conoces?

- a) Lenguaje Pediátrico
- b) Control de voz
- c) Decir -Mostrar-Hacer
- d) Distracción
- e) Refuerzo
- f) Desensibilización
- g) Imitación
- h) Mano en boca
- i) Restricción Física

4. Coloca en orden descendente el número de las 3 técnicas de control de conducta que usas con mayor frecuencia

- 1) Lenguaje Pediátrico
- 2) Control de voz
- 3) Decir -Mostrar-Hacer
- 4) Distracción
- 5) Refuerzo
- 6) Desensibilización
- 7) Imitación
- 8) Mano en boca
- 9) Restricción Física

--	--	--

5. ¿Cuál de las siguientes situaciones te impedirían atender a un niño?

- a) No me gustan los niños
- b) No conozco técnicas de control de conducta
- c) No tengo habilidad
- d) Me estreso
- e) Ninguna

6. ¿Cuál o cuáles de estas técnicas de control de conducta no es recomendable utilizar en un niño menor de 3 años?

- a) Lenguaje Pediátrico
- b) Control de voz
- c) Decir -Mostrar-Hacer
- d) Distracción
- e) Refuerzo
- f) Desensibilización
- g) Imitación
- h) Mano en boca
- i) Restricción Física

7. ¿Cuál o cuáles de estas técnicas de control de conducta es necesario tener la autorización del padre o tutor por escrito?

- a) Lenguaje Pediátrico
- b) Control de voz
- c) Decir -Mostrar-Hacer
- d) Distracción
- e) Refuerzo
- f) Desensibilización
- g) Imitación
- h) Mano en boca
- i) Restricción Física