



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**INTERACCIÓN PSICOLÓGICA PARA
FAVORECER LA RELACIÓN DEL ALUMNO DE
ODONTOLOGÍA HACIA EL PACIENTE INFANTIL
DURANTE LA CONSULTA DENTAL.**

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:

PAULINA EUGENIA HERNÁNDEZ GARCÍA

TUTOR: Esp. PATRICIA MARCELA LÓPEZ MORALES

ASESOR: Mtro. RUBEN LÓPEZ PÉREZ



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

Primero quiero agradecer a Dios por haberme dado la vida, y poner en mi camino a todas aquellas personas que me rodearon de momentos felices y me ayudaron a culminar esta parte de mi vida que es mi carrera.

Agradezco a mis padres, en especial a mi madre, el ser más maravilloso que me ha regalado la vida, que siempre mostró ser una guerrera invencible y mi amiga siempre constante, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos y desvelos, que me enseñó a salir adelante, y que de las caídas siempre hay algún aprendizaje por muy duro que sea.

Pero sobre todo por hacer de éste éxito nuestro éxito. Te amo Mami.

Le agradezco infinitamente a mi tía Pilar por todo el apoyo tanto económico como moral que me ha brindado desde que tengo uso de razón a mí y a mi familia ya que sin ella no podría haber sido posible el éxito.

Agradezco al Ángel guardián que desde hace 9 años tengo, A ti María Elena, que en todo momento te he tenido presente. Aunque físicamente ya no estés conmigo, siempre te recuerdo con el mismo cariño que siempre me diste así como tus consejos y la fe que tenías en mí para poder terminar mis estudios. Gracias Nena.

A mis hermanas Laura y Regina, que siempre tuvieron la certeza de que terminaría con éxito mi carrera, que siempre me animaron con sus ocurrencias y con sus ganas de seguir adelante, además de su ayuda tanto física como sentimentalmente.

A mi abuelo Jesús, a ese hombre importante en mi vida, que siempre ha estado pendiente de mí y de mis hermanas, ayudándonos y apoyándonos en todo momento preocupado porque nada nos faltara. Gracias Abue.

A mi Tía Lupita y Vicente, ese gran matrimonio que siempre me brindó cariño y ayuda sin importar cuál fuera, siempre me aconsejaron, y que sin duda admiro porque siempre están juntos ayudándose y apoyándose.

A ti Beto, el gran amor de mi vida, que sin duda, llegó en el momento en el que más lo necesitaba, cuando la vida me había quitado a una persona muy importante en mi vida, te mandó a ti, para que convirtieras ese momento de dolor en muchos de felicidad. Te agradezco tu amor y tu apoyo en todo momento, tus ganas de vivir y la energía que me inyectas para seguir adelante, que siempre estás conmigo así sea en el momento más difícil. Gracias por ser parte de esto, que sin tu ayuda no habría sido posible.

Al Dr. Charlie y a su familia que me brindan apoyo y ayuda cuando lo necesito y que hasta la fecha siguen ayudándome y apoyándome como el primer día en el que los conocí, y que sin duda es un gran amigo, una gran persona y un gran ser humano. Muchas gracias.

A mis Amigos Ana, Tosh, Karla, Vianka, Edgar, por todos los momentos felices que pasamos juntos, por sus risas y por hacer de la carrera un momento muy feliz.

A mi tutora Dra. Patricia López, por aceptar ser mi tutora, pues cuando todos me cerraron las puertas, ella no dudo en ayudarme, aún, con todo el trabajo que tiene siempre tuvo un espacio para escucharme y orientarme. Gracias.

A mi asesor Dr. Rubén López, por ayudarme siempre que lo necesité, por tener la paciencia de explicarme lo que no entendía.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a mí Facultad de Odontología, por ser mí casa durante 5 años.

Por eso y más Gracias.....

ORGULLOSAMENTE UNAM

INDICE

INTRODUCCIÓN	
1. ANTECEDENTES	
1.1. Conducta, Miedo y Ansiedad	6
1.1.1. Definición y conceptos	6
1.2. Enfoques Psicológicos	7
1.2.1. Teoría Psicoanalítica	8
1.2.2. Teoría del Aprendizaje	8
1.2.3. Teoría Cognoscitiva	9
1.3. Enfoque humanista	10
1.3.1. Empatía	10
1.4. El paciente infantil	11
1.4.1.- Definición	11
1.4.2.- Características biopsicosociales	12
1.4.3.- Factores que modifican la conducta infantil en la consulta dental	15
1.5. Modificación de la conducta infantil	16
1.5.1. Condicionamiento operante	17
1.5.2. Reforzamiento	17
1.5.3. Modelamiento e imitación	18
1.5.4. Extinción	19
1.6. Generalización	20
1.7. Importancia de los talleres interactivos de sensibilización	21
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
3. JUSTIFICACIÓN	25
4. HIPÓTESIS	27
5. OBJETIVOS	27
6. METODOLOGÍA	29
7. RESULTADOS	31
8. DISCUSIÓN	42
9. CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	48



INTRODUCCIÓN

Las teorías de la conducta se han desarrollado a partir de diferentes enfoques psicológicos, que van desde los más ortodoxos como el psicoanálisis Freudiano, o el conductismo Pavloviano de laboratorio, hasta las corrientes cognitivas o de la llamada psicología positiva actual.

Como quiera que sea, cada una de estas corrientes psicológicas, implican un concepto del ser humano, una manera de concebir a la persona en todos sus procesos, sus modos de reaccionar, aprender, sentir, etc.

En la práctica de la atención odontopediátrica, nos encontramos con una realidad cotidiana: el temor, miedo, ansiedad y con un sinnúmero de dudas y conductas que se vuelven aversivas cuando se trata de atender al niño. La mala información y mal formación de los conceptos que se tienen desde el mismo núcleo familiar, generan en el niño sentimientos y emociones que se reflejan en conductas que van desde la negación para entrar en la clínica, hasta eventos de agresividad defensiva que implican golpes, gritos, lágrimas y hasta lesiones, a sí mismo o a los profesionales de la salud.

En base a un enfoque humanista, lo más importante a considerar es el mejoramiento de la conducta del niño en la práctica dental, y la relación que se entabla entre el profesional de la salud y el paciente, ambos como sujetos de un mismo proceso, y por tanto, de una misma relación.



1. ANTECEDENTES

1.1. Conducta, miedo y ansiedad

Desde un punto de vista humanista, la ansiedad puede considerarse hasta cierto punto una reacción normal y sana hacia la odontología por parte del niño. El miedo y la ansiedad sirven como un sistema de alerta.¹

1.1.1. Definición y conceptos

La *conducta* es una acción que puede ser observada y medida. Observar la conducta de un niño es a menudo mucho más fácil de determinar que la de un adulto, debido a que las acciones del niño son en general, más honestas.²

Psicológicamente, el miedo y la ansiedad son dos entidades distintas. El *miedo* es la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde, en el plano psicológico, a la respuesta física al dolor. El miedo es concreto, tiene fundamento real y se puede expresar con palabras a qué se teme; es un indicador del nivel de consciencia que se tiene del estado de desarrollo de uno mismo y de las consecuencias que derivan de ello, a la vez que permite monitorear la mejor comprensión del entorno y sus peligros.³

Es importante distinguir entre miedo o temor objetivo y subjetivo:

- *Temor objetivo*. Es aquel producido por estimulación directa de los órganos sensoriales que están en contacto físico con la experiencia (miedo aprendido).

¹ BARBERÍA E., *Odontopediatría*, Editorial Masson. Barcelona 2001, p.p. 115-139.

² KOCH, et al., *Odontopediatría. Enfoque clínico*, Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1994, p.p.40-49.

³ BARBERÍA E., Op.Cit., p.p. 115-139.



- *Temor subjetivo*. Es aquel que se basa en sentimientos y actitudes que hayan sido sugeridas al niño por quienes le rodean sin necesidad de que el niño haya padecido el incidente en lo personal (miedo adquirido).⁴

La *ansiedad* es un estado emocional que se origina en fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales. La ansiedad, expresada a veces como temor a lo desconocido, es difusa y no se relaciona con una amenaza específica. Hablamos de ansiedad útil cuando nos encontramos ante un nivel de ansiedad moderado que encaja dentro del conjunto de respuestas adaptativas ante una situación extraña o nueva. Sin embargo, cuando las respuestas de las personas, lejos de ser adaptativas se convierten, en exageradas y problemáticas, hablamos de ansiedad patológica o neurótica.⁵

1.2. Enfoques Psicológicos

La psicología, como ciencia cuyo objeto primordial es el ser humano, ha dado origen a diferentes enfoques, es decir, diferentes maneras de estudiar a la persona. Es importante destacar que para cada uno de estos enfoques existe un punto de partida, el cual radica en el concepto que tiene de ser humano, pues es desde este concepto donde postula su teoría y práctica.

En este trabajo se brinda un espacio a estas especificaciones, que permitan, tanto hacer la pregunta sobre el propio concepto del ser humano, así como perfilar la postura que desde aquí se adopta para plantear la propuesta.

⁴ BOJ J, CATALÁ M, GARCÍA BALLESTA C, MENDOZA A., *Odontopediatría*, Editorial Masson. Barcelona, 2004, p.p.40-49.

⁵ Cf. BARBERÍA, Op. Cit.



1.2.1. Teoría Psicoanalítica

Postulada por Freud, entiende el desarrollo humano como un proceso causado por fuerzas inconscientes, que desde el nacimiento llevan a la formación de la personalidad, por medio del desarrollo de la sexualidad del individuo.⁶

La conducta observable se explica en función de fuerzas internas. La neurosis, los conflictos, las tensiones, la angustia y la frustración, motivan el funcionamiento humano. El psicoanálisis valora la importancia del inconsciente, el funcionamiento de la psique y los impulsos que interactúan; oponen fuerzas existentes en la psique del individuo: impulsos sexuales e instintos, el placer como principio, la energía de los impulsos y la carga afectiva.

1.2.2. Teoría del Aprendizaje

Albert Bandura es el principal expositor de la teoría del aprendizaje social. Esta manera de pensar se originó del conductismo de Pavlov, Watson y Skinner.⁷

El proceso del aprendizaje tiene una importancia fundamental en el desarrollo de la personalidad. El patrón relativamente consciente de nuestros modos de actuar, pensar y sentir, que comúnmente llamamos personalidad, la cual, es el resultado del aprendizaje de las experiencias de interacción con otros miembros de la sociedad, que influyen en nuestra conducta futura.

⁶ CÁRDENAS J. D; **Fundamentos de odontología**, Editorial Corporación para investigaciones Biológicas ; 4° edición, Medellín, Colombia 2009; p.p.27-39

⁷ LAHEY B. B., **Introducción a la Psicología**, Editorial Mc Graw Hill, 6° Edición, Madrid 1999, p.p.515-528.



1.2.3. Teoría Cognoscitiva

Este modelo amplía el estudio del comportamiento saliéndose más allá de los modelos conductistas. Da más prioridad a la actividad humana del pensamiento, le presta más atención a los estímulos internos mediante los cuales se interpretan los externos; y aunque también se emplean métodos de investigación, éstos se centran en utilizar el conocimiento para saber cómo influye en el comportamiento.

En este modelo se le da gran importancia a la adaptación que tiene varias formas o estructuras, es característica de todo ser vivo según su desarrollo. (Tabla. 1)

Tabla 1: Clasificación y Descripción de las principales Teorías de Desarrollo del niño

Teoría	Autor	Concepto
Psicoanalítica	Freud	Conducta controlada por fuerzas inconscientes
Psicosocial	Erickson	Desarrollo de la personalidad a lo largo de etapas emocionales de la vida
Conductismo	Skinner-Pavlov	Desarrollo y modificación de la conducta por el medio ambiente
Aprendizaje Social	Bandura	Aprendizaje en un contexto social mediante la observación e imitación de modelos
Cognoscitiva	Piaget	Desarrollo por medio de etapas donde hay cambios cualitativos en la capacidad cognoscitiva del individuo
Humanista	Maslow	Desarrollo del individuo basado en la superación de niveles de necesidad

Fuente: Cárdenas Jaramillo Darío; “*Fundamentos de Odontología*”; Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; 4º Edición, Medellín 2009; pág.28.



1.3. Enfoque Humanista

El humanismo abarca al ser humano en su totalidad, como un ser con intenciones, planes y ambiciones y no como “ellos” o “superyós” batallando entre sí ó como sucesiones de conexiones entre estímulos y respuestas; es decir, no limita el comportamiento humano a determinadas causas, por el contrario, posee una visión mucho más amplia del hombre, en la que incluye aspectos como la capacidad que éste tiene para su crecimiento personal positivo y capacidad de cambio. En este sentido, contradice al conductismo, porque no ve al ser humano como una víctima pasiva de las circunstancias o de las experiencias previas, sino como alguien que se esfuerza para conseguir su propio desarrollo y satisfacer su propio potencial.

La consideración positiva, se refiere a despojarse de juicios, con consideración hacia esa persona que irá aumentando con el mayor conocimiento del otro, cuando la persona capta esta **aceptación**, capta que se le tiene confianza y fe y así se siente ante la libertad de ser lo que es.

1.3.1. Empatía

La empatía es la habilidad para percibir y comprender los sentimientos y emociones de otras personas. Supone el saber ponerse en lugar del otro para entender su punto de vista.

Rogers hablaba de tener la capacidad de ponerse verdaderamente en el lugar del otro, de ver el mundo como él lo ve, sin perder la cualidad de uno mismo.⁸

⁸ ROGERS C; *El proceso de convertirse en persona*; Editorial Paidós; 1985, capítulo este soy yo, p.p.26-35



Las actitudes tienen un doble objetivo, por un lado el de generar un ambiente promotor de crecimiento y por otro el de enseñarle al otro a ser así consigo mismo, es decir, a ser empático, aceptante y congruente consigo mismo. Si este aprendizaje se logra, va a poder fluir y desarrollarse mucho más; ya que la posibilidad que maneja Rogers es que nosotros nos hemos detenido en nuestro crecimiento, porque hemos tenido que ser como no somos; hemos tenido que desviar nuestra tendencia natural a satisfacer nuestras necesidades hacia la complacencia y satisfacción de las necesidades de otros.

Rogers afirma: “El encuentro cálido, subjetivo y humano de dos personas es más eficaz para facilitar el cambio que el conjunto más perfecto de técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje o del conocimiento operante”. Lo que el facilitador transmita con su actitud va a promover un mejor ambiente.

1.4. Paciente infantil

Se considera un paciente infantil desde el nacimiento hasta los 18 años de edad.

1.4.1. Definición

Un niño es una persona que entiende, razona y está en un constante aprendizaje.⁹

El desarrollo psicológico es una serie combinada de acontecimientos que se manifiestan externamente como un patrón de conducta, también se refiere a la adquisición por parte del niño de conocimientos, destrezas e intereses emocionales.

⁹BARBER T. K; *Odontología Pediátrica*; Editorial El Manual Moderno; 2° Edición 1985, p.p.42-60.



1.4.2. Características Biopsicosociales Infantiles

La madurez es la expresión de cómo el crecimiento y el desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos. La madurez se alcanza de forma gradual ya que se trata de un desarrollo progresivo.

Recopilando las observaciones efectuadas sobre niveles de maduración, se pueden describir patrones típicos de conducta para los niños de los distintos grupos de edades.¹⁰

0 - 1 mes. A esta edad, gracias a los reflejos innatos y a los estímulos del exterior se van acomodando al contexto y empiezan a construir sus primeros esquemas mentales. Succionan el pecho de la madre, el biberón y si les ponen algo en la mano lo cogen fuertemente.

2 - 6 meses. Discrimina entre unas personas y otras, acepta mejor los cuidados de quien lo hace habitualmente.

6 - 12 meses. Conductas de preferencia con ciertas personas. Ante desconocidos reacciones de cautela, recelo, miedo, incluso rechazo.

1 año. Aprende a andar, se sienta y se levanta solo. Coge objetos y los deja caer deliberadamente. Colabora al vestirlo. Balbucea una o dos palabras. Se resiste a cumplir órdenes.

1.5 años. Presenta un genio muy vivo. No le gusta esperar. Rara vez obedece una orden verbal y son frecuentes las rabietas y negativas. Se desarrolla el sentido de su propia estima.

¹⁰ BARBERÍA E. *Odontopediatría*, Editorial Masson. Barcelona 2001, p.p. 115-139.



2 años. Se sienta solo en una silla, hay mayor estabilidad emocional, puede esperar periodos cortos y tolerar alguna frustración temporal. Tiene cierta dificultad para establecer relaciones interpersonales, lo que explica el sufrimiento ante la separación de los padres.

2.5 años. Se vuelve inflexible, quiere todo y se muestra dominante y exigente. Expresa emociones de forma violenta, es difícil comunicarse con él.

3 años. El niño a esta edad todavía es a menudo desconfiado con los extraños, la comprensión del habla es del 70 – 80% y puede construir frases de 3 palabras. Le gusta tanto dar como quitar. Quiere crecer y a la vez continuar siendo bebé. Le gusta hacer amigos. Se muestra muy susceptible al elogio. La percepción del tiempo y la paciencia del niño son limitadas y deben ser consideradas al planificar el tratamiento.

3.5 años. Puede aparecer la descoordinación o ciertas alteraciones en el habla como el tartamudeo; las tensionales como el pestañeo constante, tics faciales o sacudidas, tiende a caerse frecuentemente, hurgarse la nariz, y a obtener hábitos como el aumento de la succión del pulgar y el morderse las uñas. Necesitan gran comprensión paciencia y afecto.

4 años. Ha adquirido cierto grado de autoconfianza e independencia, llega a perder el control de la conducta. Pega, pateo y rompe cosas en accesos de ira, incluso puede escaparse. Es capaz de utilizar un lenguaje ofensivo y chocante. Gusta de preguntar y conversar. Posee gran imaginación y se necesita mucha firmeza en el trato.



4.5 años. Empieza a calmarse y a nivelar su conducta y se puede razonar con él. Disfruta de los aspectos tridimensionales de los objetos. Le gusta discutir. Presenta mucho interés en todos los detalles y por que se le muestren las cosas que se le van a hacer.

5 años. Enriquece su vocabulario, lo mejora y lo domina. El niño se muestra confiado, estable y bien equilibrado. No es demasiado exigente y responde a los elogios. La madre es el centro de atención, le gusta estar cerca de ella, obedecerla y complacerla. Es el periodo preescolar más armonioso y es un paciente dental muy adaptable.

6 años. Ya tiene un lenguaje definitivamente establecido. Está en un periodo menos armonioso, ya que a menudo es aprensivo y puede tener arranques de mal humor, por ello presentan temores exagerados de lesiones en el cuerpo. No puede adaptarse a los demás, ellos deben de adaptarse a él. No acepta bien las críticas ni el regaño o el castigo. Necesita tener razón y ganar, además le agradan mucho los elogios. Necesita mucha comprensión, explicaciones detalladas y alabanzas.

7 años. Es un niño muy caprichoso, de gran experiencia consigo mismo. Necesita comprensión. Cree que la gente está en contra de él, que no se le quiere; que los padres o los mayores son injustos. Desea aprobación y por ello tratará de cooperar.

8 años. Existe un gran desarrollo intelectual, el cual es expansivo y rápido. Dramatiza las situaciones y con frecuencia se muestra resentido con la autoridad paterna. Es más generoso con los demás, pero también espera más a cambio.^{11, 12}

¹¹ BARBERÍA. Op. Cit.

¹² KOCH. Op. Cit.



1.4.3. Factores que modifican la conducta en la consulta dental

El comportamiento y la conducta de los niños en la consulta dental, no sólo depende de la edad, si no también, de una cantidad de factores que interactúan entre sí, como lo son:¹³

- *Actitud de la familia (padres).* La información que los niños reciben de los padres, en muchas ocasiones distorsiona la imagen que el infante se puede formar sobre lo que es la consulta dental, manejándolo incluso como un castigo o amenaza por determinadas conductas.
- *Experiencias previas.* El hecho de que un momento en la consulta les resulte traumático, les crea la imagen de que siempre será así.
- *Separación de los padres.* Le resulta amenazante esta separación, por que para el niño, en los padres está depositada toda su seguridad, en especial a los niños menores de 3 años.
- *Miedo y ansiedad.* Éstos se consideran los principales factores, pues están íntimamente relacionados con el dolor y la vulnerabilidad del niño.
- *Equipo y la asistencia dental.* Es muy importante que el lugar en donde se atienda a un niño sea lo más familiar y acogedor, pues perciben el entorno dándole un significado determinado.
- *Duración de la visita.* Se recomienda que la visita no exceda los 40 minutos, ya que el umbral de su paciencia es muy limitado.

¹³ BARBERÍA. Op. Cit.



- *Hora de la visita.* Las visitas por la mañana son preferibles ya que el niño no está tan cansado y puede ofrecer mayor rendimiento que por la tarde.

1.5. Modificación de la Conducta infantil

El término de modificación de la conducta se refiere a la aplicación explícita y sistemática de los principios y las tecnologías derivadas de la investigación en odontología clínica y en la psicología experimental; comprendiendo procedimientos que crean cambios en el comportamiento social y ambiental del niño para aliviar el dolor, el miedo y la ansiedad para así poder mejorar su actuación en el consultorio dental.¹⁴

Por lo general, las técnicas de modificación de la conducta se emplean para mejorar el autocontrol al amplificar las destrezas y la independencia del niño.

A continuación se exponen algunos de los términos más utilizados en la modificación de conducta. Todas estas técnicas van encaminadas a establecer las conductas que deseamos pero también a eliminar o minimizar la ocurrencia de las no deseadas.

Como se ha comentado antes, estas técnicas se centran en el aquí y ahora, en el análisis de conductas manifiestas y formulando hipótesis funcionales acerca de sus causas. Son buenas herramientas para tratar síntomas y aspectos conductuales concretos en población infanto-juvenil, sin perjuicio de que ante ciertas patologías se requiera un abordaje más profundo.

¹⁴ KOCH. Op.Cit.



1.5.1. Condicionamiento Operante: Es un procedimiento por el que se busca aumentar la probabilidad de una respuesta al ser seguida ésta por un reforzador (positivo o negativo). El Condicionamiento operante o instrumental es distinto al condicionamiento clásico o pavloviano ya que éste último consiste en aumentar la probabilidad de que un determinado estímulo provoque una respuesta al emparejar ese estímulo con uno que ya provoca esa respuesta (reforzadores primarios: comida, agua, etc.).

1.5.2. Reforzamiento: Consiste en presentar un reforzador positivo o eliminar un reforzador negativo, inmediatamente después de una respuesta. Se dice que la respuesta ha sido reforzada.

a) **Economía de fichas:** es un programa de refuerzo sistemático donde se premia con fichas a los sujetos que presentan conductas deseadas, las fichas ganadas pueden cambiarse por alimentos, actividades o privilegios. El sistema de economía de fichas posee las siguientes ventajas: disminuye el número de reforzadores que se administran y las fichas entregadas inmediatamente después de la conducta esperada permiten llenar el espacio de tiempo entre la respuesta y la entrega del reforzador. Esta técnica se utiliza en niños donde además de fichas pueden administrarse puntos, estrellas, tarjetas de puntuación, estampillas, dinero de juguete, entre otros. Antes del tratamiento se explica al niño que se desea que se comporte bien para realizarle determinado procedimiento dental, estableciendo las condiciones bajo las cuales se administraran las fichas; se le dice cuál será la recompensa



al terminar el tratamiento correspondiente a la cita; se concreta el número de fichas para obtener el reforzador. Si no cumple con el número convenido, las fichas se pueden acumular con las de la siguiente cita. Se proporciona una ficha por cada conducta aceptable durante los diferentes pasos del procedimiento y finalmente se le otorga la recompensa acordada si el paciente cumple con lo pactado.¹⁵

1.5.3. Modelamiento e imitación: Una conducta que no se presenta no puede ser reforzada y, por consiguiente, no puede aumentarse por medio del reforzamiento. El Modelado consiste en presentar una conducta que se ha de imitar con el propósito de enseñar y provocar esa conducta en otra persona. El procedimiento implica el reforzar aproximaciones cada vez más cercanas a la respuesta objetivo. Al principio puede reforzarse prácticamente cualquier respuesta parecida a la deseada para progresivamente ir sólo reforzando las que constituyen el objetivo final. Estas técnicas se han utilizado con cierto éxito en población con discapacidad mental y autistas.

Con estas técnicas podemos propiciar también, el aprendizaje de una nueva secuencia de conductas a partir de la imitación de un modelo.

¹⁵ FERRO M; *Técnicas de Modificación Conductual Aplicables a la clínica odontológica*; Act Odont Venez 2005;43(2)



1.5.4. Extinción: Se trata del método operante más utilizado para disminuir la conducta. Consiste en disminuir la probabilidad de una respuesta reforzada dejándola de reforzar. En primer lugar deberemos determinar qué es lo que está reforzando la conducta objetivo (la que queremos eliminar, rabietas, desobediencia, etc.) y seguidamente eliminar ese reforzamiento. Si dejamos de prestar atención (refuerzo) a una conducta disruptiva (rabietas, llantos) es probable que disminuyamos la frecuencia e intensidad de la misma.¹⁶

En muchas ocasiones nos encontramos con conductas realmente extrañas que se mantienen debido a que consiguen captar la atención de los demás y resultan extraordinariamente reforzantes para el individuo que las realiza. Esto puede ser especialmente notorio en niños que presentan discapacidades cognitivas de lenguaje o comunicación que les lleva a desarrollar sistemas inadecuados y alternativos de interacción con los demás que se ven reforzados por la atención que se les presta.

En ocasiones están implicados otros reforzadores distintos a la atención o bien añadidos a ella, como cuando se refuerzan las pataletas de un niño cediendo a sus peticiones de caramelos, helados, juguetes, etc. Es importante reconocer que la conducta no deseable puede ser muy penetrante y persistente, incluso aunque el reforzamiento que la mantiene pueda ocurrir de forma tan infrecuente que sea difícil descubrirlo. El programa de reforzamiento puede haber proporcionado originalmente un reforzamiento frecuente y luego haberse reducido gradualmente.

¹⁶ FERRO M; *Técnicas de Modificación Conductual Aplicables a la clínica odontológica*; Act Odont Venez 2005; 43(2)



Además de reducir la conducta, la extinción tiene varios efectos importantes que hay que tener en cuenta:

1-La conducta que está sometida a extinción puede aumentar en intensidad, frecuencia y duración al principio del proceso (justo cuando procedemos a la retirada del reforzador) y antes de empezar a disminuir. De esta forma las pataletas pueden hacerse más violentas, frecuentes y duraderas que al inicio de la extinción.

2-La extinción puede producir temporalmente conducta emocional como conductas agresivas o destructivas.

3-La conducta que se ha extinguido y ya no es reforzada, puede ocasionalmente volver a ocurrir. Es lo que se conoce con el nombre de "Recuperación espontánea".

1.6. Generalización

Muchas conductas se empiezan a reforzar para lograr su instauración o eliminación, pero ello supone añadir algunas contingencias artificiales (suministrar o retirar fichas, o premios) en situaciones controladas. Con la generalización lo que se pretende es que las conductas inicialmente reforzadas se trasladen al ambiente natural y que sean mantenidas por los propios reforzadores naturales. Por ejemplo, un niño puede ser reforzado con fichas, en un primer momento, por comportarse bien en clase; posteriormente es de esperar que ese buen comportamiento repercuta en la calidad de la relación con sus compañeros o profesores y ello constituya un refuerzo natural suficiente para seguir manteniendo dichas conductas sin necesidad de mantener los refuerzos "artificiales". Afirmamos entonces que se ha producido la Generalización.¹⁷

¹⁷ FERRO M., Op. Cit.



1.7. Importancia de los talleres interactivos de sensibilización

Desde la perspectiva humanística, consideramos a los prestadores de servicios de salud con un potencial natural a desarrollar. En el contexto institucional entendemos al Desarrollo Humano, con el propósito de generar procesos de crecimiento y desarrollo personal e interpersonal en los prestadores de servicios de salud, para que actúen en consecuencia al ser motivados y fortalecidos en su crecimiento intelectual, social, así como en su sentido de pertenencia y trascendencia; todo lo cual permitirá alcanzar los niveles de excelencia a los que todos aspiramos, además de contribuir al crecimiento de los demás, en una relación dialéctica.

El Desarrollo Humano constituye un proceso para ampliar las opciones que permitan a las personas alcanzar una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos, aprender destrezas y contar con los recursos necesarios para disfrutar una vida con calidad.

Los seres humanos no somos individuos aislados, la relación con las personas que colaboramos y el compromiso hacia la comunidad a la cual prestamos nuestros servicios, nos lleva a la grandeza y a la búsqueda de la trascendencia.

En este sentido, los seres humanos son el elemento central del desarrollo de toda institución y tienen el derecho inalienable a una vida sana y productiva en armonía consigo mismos y con quienes les rodean.

No basta plantear un desarrollo “ideal” o abstracto, sino que se vuelve primordial considerar al ser humano en este proceso de desarrollo y buscar la realización del “yo” en un “nosotros”.



Respecto a los prestadores de servicios de salud cuya labor implica trabajar con y para personas, conlleva no sólo reconocerse como personas sino asumir también la naturaleza humana de quien está solicitando un servicio porque no es un caso clínico, un número de expediente, una ficha o una cama, sino una persona con particularidades, necesidades y características muy propias, igual que nosotros mismos¹⁸.

Ante la necesidad de desarrollar estrategias efectivas y eficientes para la diseminación de innovaciones acerca del cuidado de la salud en general, basada en evidencia empírica, se ha hecho necesario explorar tanto las dificultades metodológicas como sociopolíticas que impiden la diseminación y la evaluación de las mismas, así como los obstáculos a las innovaciones.

La producción de tratamientos con fundamento empírico es sólo una parte de la investigación aplicada en psicología, lo demás consiste en que los métodos cumplan con las expectativas esperadas del cuidado de la salud. Se vuelve de primordial importancia la necesidad de diseminar las intervenciones psicológicas en la práctica clínica, entrenando a los graduados en nuevas formas de desarrollar su ciencia, en nuevas formas de presentarla a la comunidad y en cómo beneficiarse recíprocamente de la asociación con los profesionales de la salud.

Ante esta realidad, la División de Psicología Clínica de la Asociación Psicológica Americana (APA)¹⁹, ha recomendado formas de confiable valor para llevar a cabo la diseminación, una vez que se han identificado los tratamientos efectivos para desórdenes específicos, basados en la evidencia actual.

¹⁸ **American Psychological Association.** Task force on the promotion and dissemination of psychological procedures. En: The meeting of the American Psychological Association; 1993 August; Toronto, Canadá.

¹⁹ Cf., Ibid., **American Psychological Association.**



Se impulsó un programa con varias recomendaciones: la promoción del desarrollo de la competencia de los profesionales de la salud para practicar nuevos procedimientos a través de los programas de educación continua (que combinen aprendizaje didáctico estructurado con trabajo clínico supervisado); actividades que pueden realizarse sin costo elevado y en poco tiempo con audiencias numerosas, como son los talleres, y la capacitación en la aplicación de estas estrategias, seguidos por la supervisión de los resultados de estas aplicaciones.

En los trabajos correspondientes al área, se mencionan diversos antecedentes de la realización de talleres con propósitos de disseminación, en los que se examinaron los efectos de un taller acerca del alcoholismo en relación con las actitudes, satisfacción y niveles de ejecución de personal secretarial en instituciones que trataban con problemas relacionados con el consumo de alcohol. Los resultados mostraron que el taller tuvo un efecto positivo al incrementar el conocimiento de las secretarías respecto de los problemas del consumo de alcohol.

Crosswaitie y Curtice²⁰ reconocieron los problemas prácticos existentes en la implantación de las estrategias de disseminación, asumiendo como premisa básica de su proyecto que la investigación en servicios de salud fuera promovida en términos de la utilidad de su proceso y sus hallazgos hacia los diseñadores de políticas, funcionarios y profesionales de la salud. Parte fundamental del proyecto de disseminación fue el desarrollo de un taller que proporcionó la oportunidad de interactuar y debatir tanto a investigadores como a los profesionales de la salud.

²⁰ Cf., *Ibid.*, **American Psychological Association.**



Diferentes estudios han demostrado que el mayor impacto sobre los usuarios potenciales de la investigación ocurre cuando los investigadores interactúan de manera sostenida con los mismos usuarios de los servicios de salud.

En conjunto, los resultados de estas investigaciones reportan la efectividad de estrategias de disseminación, como el uso de talleres interactivos, al cumplir con el objetivo de informar y promover procedimientos psicológicos validados empíricamente.

Sin embargo, y a pesar de esta evidencia de efectividad, en México la investigación en disseminación, al igual que en muchos países, es virtualmente nula. Los esfuerzos de disseminación en las diversas disciplinas han transitado por los cursos tradicionales y su impacto en la sociedad ha sido pobre en el cuidado de la salud en general. Estos esfuerzos por disseminar no se han sistematizado adecuadamente. Es decir, las técnicas o procedimientos de intervención no siempre se han derivado de manera experimental; tampoco se ha validado de manera rigurosa su eficacia.



2. Planteamiento del Problema

En la actualidad, tanto los padres de familia como los odontólogos encargados del bienestar bucodental de los niños, están perdiendo el sentido humano en la búsqueda de la salud, cayendo más en lo metodológico, más preocupados por atender, diagnosticar y resolver el problema que lo llevó a esa visita para que al término de la misma, darle una nueva cita, en vez de hacer de esa primera consulta un encuentro en el que, tanto el niño como el dentista, se vean como dos personas que sienten y viven de la misma manera sus temores y miedos hacia lo desconocido, reconociendo la manera de reaccionar de cada uno.

Por lo tanto, el presente trabajo pretende conocer: ¿sí a través de un taller de sensibilización para alumnos del Seminario de Titulación en Odontopediatría se favorecerá la relación con los pacientes infantiles durante la consulta dental?}

3. Justificación

El interés que surge por este tema es la necesidad de promover una buena relación entre el niño y el alumno de odontología antes de brindarle tratamiento, y al mismo tiempo de crear técnicas adecuadas para su rehabilitación.

Por lo tanto es necesario que padres y Cirujanos Dentistas tengan interés en el desarrollo de las aptitudes del niño y los sepan motivar de manera correcta.

Para el niño jugar es aprender y en el juego está la base de lo que más tarde le permitirá comprender aprendizajes más elaborados.



En este contexto, se plantea la posibilidad de proponer una herramienta que permita que este paso hacia la atención del niño en la práctica odontopediátrica, sea menos estresante y provea de mejores resultados en la aplicación de las técnicas de modificación de la conducta.

A pesar que en el Plan de Estudios del segundo año de la Carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la UNAM, se imparte la materia de Deontología donde se habla de ética y del trato hacia los pacientes de manera general, no se hace énfasis en las diferentes necesidades que presentan todos los tipos de pacientes que atendemos como es el caso de niños, ancianos y pacientes con discapacidad.

En el caso de los estudiantes de odontología, se reporta que para el 84.4% la carrera es estresante y que entre los elementos que se consideran estresantes están el tener que presentar cierto número de trabajos clínicos en un lapso corto de tiempo y atender pacientes no cooperadores en su tratamiento odontológico.²¹

En realidad es poco el estudio que se hace acerca del estrés que genera en los alumnos la ignorancia sobre el tratamiento de este tipo de pacientes, lo que se refleja en actitudes de desinterés, e incluso valoración pobre sobre el tratamiento a estas personas, concentrando sus esfuerzos en la consecución de una nota académica.

Hasta la fecha no se han encontrado fuentes y/o documentos nacionales e internacionales, que hagan referencia de un estudio tal.

²¹ GARCÍA V Y. *Estrés en estudiantes de odontología*. Univ. Nac. Autón. Méx. [en línea] 2005 [fecha de acceso 26 de julio de 2006] URL disponible en: www.iztacala.una.mx/temas/foropaea/29TCD07.la.htm.



4. Hipótesis


Ha

La administración de un taller de sensibilización favorece la relación del alumno de Odontología hacia el paciente infantil durante la consulta dental.

Ho

La administración de un taller de sensibilización no favorece la relación del alumno de Odontología hacia el paciente infantil durante la consulta dental.

5. Objetivos

 **General:** Conocer si a través de un Taller de Sensibilización para alumnos del Seminario de Titulación de la Cuadragésima séptima promoción de la Facultad de Odontología de la UNAM, se favorece la actitud hacia los pacientes infantiles.

 **Particulares:**

- Conocer la actitud del alumno del Grupo de Estudio con relación al grupo de ítems Alumno - Paciente antes y después del Taller de Sensibilización.
- Identificar la actitud del alumno del Grupo de Estudio con relación a las Herramientas terapéuticas antes y después del Taller de Sensibilización.



- Conocer la actitud del alumno del Grupo de Estudio con relación a la Formación profesional antes y después del taller.

- Identificar la actitud del alumno del Grupo de Estudio con relación al manejo de emociones antes y después del Taller.

- Conocer la actitud del alumno del Grupo de Estudio en comparación con el Grupo Control con relación a los 4 grupos de ítems antes y después del Taller de Sensibilización.



6. Metodología

Material y método: Se realizó un estudio longitudinal, comparativo y prospectivo en el que participaron 35 alumnos del Seminario de Titulación de Odontopediatría de la Cuadragésima séptima promoción, previo Consentimiento Informado de cada alumno a participar de forma voluntaria, confidencial y anónima, se formaron aleatoriamente dos grupos: Grupo de Estudio (n=17) y Grupo Control (n=18). Se excluyeron del estudio a todos aquellos alumnos que hayan participado previamente en otro taller o terapia de sensibilización y/o que actualmente estén bajo tratamiento psicológico o que ingieran algún fármaco antidepresivo.

Se aplicó un cuestionario tipo Lickert tanto al Grupo Control como al Grupo de Estudio, en una medición basal. Posteriormente, únicamente el Grupo de Estudio participó en el Taller de Sensibilización, y nuevamente se utilizó el mismo cuestionario para ambos Grupos. El cuestionario estuvo conformado por cuatro opciones de respuesta: Favorable (siempre, casi siempre), Desfavorable (casi nunca, nunca). En función a su direccionalidad la puntuación dada fue de 1 a 4: siempre, casi siempre, casi nunca, nunca y viceversa. (Anexo). Constó de 4 Grupos de Items: Relación alumno - paciente, Herramientas terapéuticas, Formación profesional y Manejo de Emociones. Cada grupo estuvo conformado por 5 preguntas (total de 20 preguntas).



El análisis de datos fue realizado con el programa SPSS versión 14.0 y se utilizó la prueba de *t de student*.

Los Recursos Humanos que se requirieron para la realización de este estudio fueron:

- Psicólogo
- Odontopediatra
- Especialista en Salud Pública
- Pasante de odontología

Los Recursos Materiales consistieron en:

- ✓ Salón amplio.
- ✓ Una silla.
- ✓ Un paliacate por participante.
- ✓ Tarjetas blancas.
- ✓ 1 plumón.
- ✓ Cañón
- ✓ Lap top
- ✓ Cinta adhesiva
- ✓ Pliegos de papel bond

Los Recursos Financieros fueron proporcionados por el alumno investigador.



7. RESULTADOS

Diecisiete alumnos (Grupo de Estudio) del Seminario de Titulación de Odontopediatría de la Cuadragésima séptima promoción de la Facultad de Odontología, UNAM, asistieron al Taller de Sensibilización, y se les hizo entrega durante la sesión del Manual de Sensibilización. (Anexo).

Al evaluar los ítems antes del Taller de Sensibilización en el Grupo de Estudio que calificaban la Relación Alumno -Paciente, se encontró que en la pregunta correspondiente a la decisión que tomaban cuando un niño no dejaba de llorar durante la consulta, el 100% mostró una actitud positiva, sin embargo cuando la pregunta comparaba el orden de importancia entre el diagnóstico, tratamiento y el manejo de conducta, el 94% mostró una actitud negativa. (Tabla 1). Después de haber recibido el Taller de Sensibilización, en la pregunta correspondiente a la decisión que tomaban cuando un niño no dejaba de llorar durante la consulta el resultado (100%) se observó igual, pero cuando la pregunta comparaba el orden de importancia entre el diagnóstico, tratamiento y el manejo de conducta, la actitud negativa disminuyó (53%). (Tabla 2).



Tabla 1. Actitud del Grupo de Estudio con relación al Alumno - Paciente (Antes del Taller)

Ítems	Positiva		Negativa	
	(f)	(%)	(f)	(%)
Lo más importante durante la consulta es un diagnóstico y tratamiento	1	6	16	94
La conducta del niño debe ser sometida a favor de su tratamiento dental.	3	18	14	82
Cuando un niño no deja de llorar ¿qué haces?	17	100	0	0
Cuando un niño te ha intolerado ¿Deseas que no regrese a consulta?	13	76	4	24
Cuando no logras establecer buena relación con el niño por su conducta ¿usas algún tipo de amenaza	15	88	2	12

Fuente: Directa

Tabla 2. Actitud del Grupo de Estudio con relación Alumno - Paciente (Después del Taller)

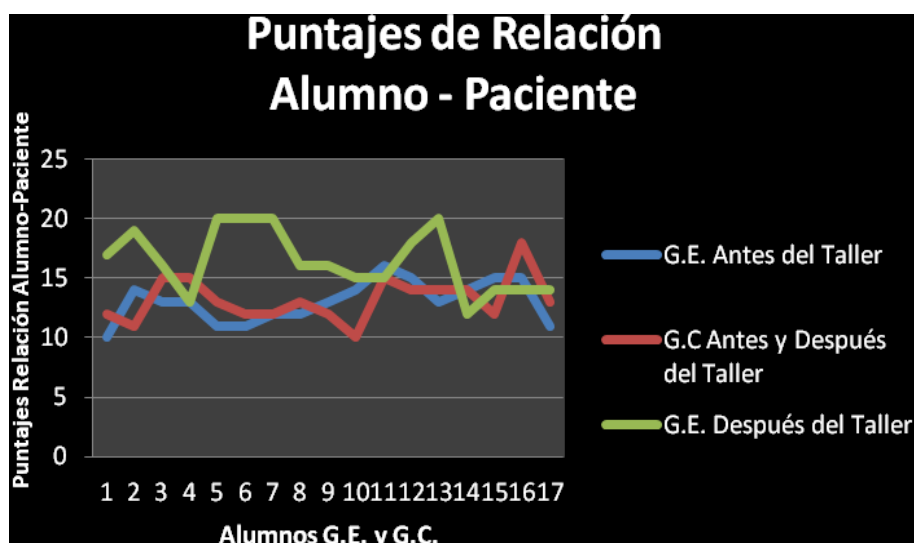
Ítems	Positiva		Negativa	
	(f)	%	(f)	%
Lo más importante durante la consulta es un diagnóstico y tratamiento	8	47	9	53
La conducta del niño debe ser sometida a favor de su tratamiento dental.	10	59	7	41
Cuando un niño no deja de llorar ¿qué haces?	17	100	0	0
¿Cuando un niño te ha intolerado deseas que no regrese a consulta?	15	88	2	12
Cuando no logras establecer buena relación con el niño por su conducta ¿usas algún tipo de amenaza	17	100	0	0

Fuente: Directa



En la Gráfica, 1 se observa un cambio significativo respecto al Grupo de Estudio, en cuanto a la actitud observada en las preguntas correspondientes al Grupo de ítems de la Relación Alumno - Paciente.

Gráfica 1. Puntajes de Relación Alumno - Paciente



Fuente: Directa

Al evaluar los ítems antes del Taller de Sensibilización en el Grupo de Estudio que calificaban las Herramientas Terapéuticas, se encontró que en las preguntas correspondiente a si el alumno se preocupa por tener una comunicación con el paciente explicando los procedimientos a realizar, así como en la pregunta con relación al conocimiento del niño en cuanto a su manera de ser, el 94% presentó una actitud positiva. (Tabla 3). Después de haber recibido el Taller de Sensibilización en las mismas preguntas el resultado se incrementó. (100%) (Tabla 4).



Tabla 3. Actitud del Grupo de Estudio con relación a las Herramientas terapéuticas (Antes del Taller)

Ítems	Positiva		Negativa	
	(f)	%	(f)	%
Algo de lo que haces técnicamente, provoca reacciones de miedo o ansiedad en el niño.	8	47	9	53
Te preocupas por comunicarle al niño el proceso paso a paso de lo que haces, a modo que se sienta protegido	16	94	1	6
Te preocupas por conocer al niño en su persona antes de iniciar tu intervención.	16	94	1	6
Tu tono de voz, tu postura y la manera en que te diriges al niño son las más adecuadas	15	88	2	12
Reconoces valor a los sentimientos del niño	17	100	0	0

Fuente: Directa

Tabla 4. Actitud del Grupo de Estudio con relación a Herramientas terapéuticas (Después del Taller)

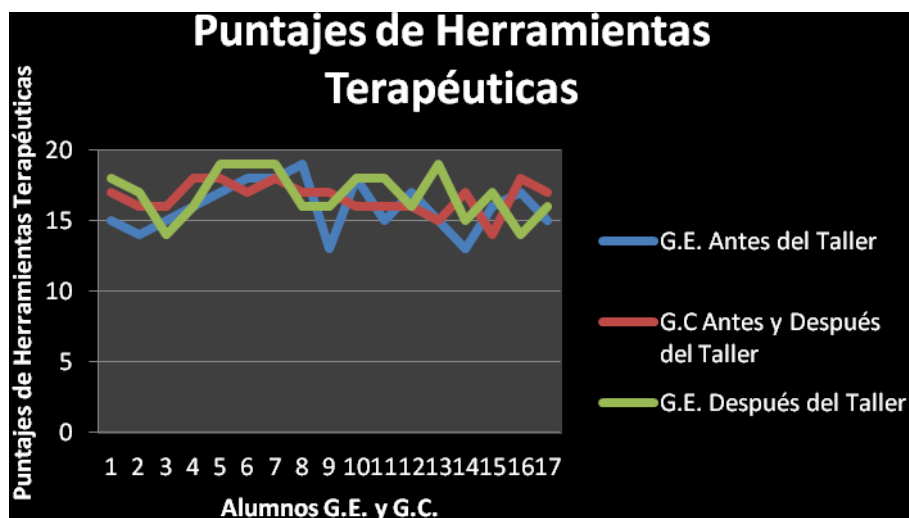
Ítems	Positiva		Negativa	
	(f)	%	(f)	%
Algo de lo que haces técnicamente, provoca reacciones de miedo o ansiedad en el niño.	9	53	8	47
Te preocupas por comunicarle al niño el proceso paso a paso de lo que haces, a modo que se sienta protegido	17	100	0	0
Te preocupas por conocer al niño en su persona antes de iniciar tu intervención.	17	100	0	0
Tu tono de voz, tu postura y la manera en que te diriges al niño son las más adecuadas	17	100	0	0
Reconoces valor a los sentimientos del niño	17	100	0	0

Fuente: Directa



En la Gráfica 2, se observa que el Grupo de Estudio no presentó cambio significativo en cuanto a la relación en el grupo de ítems que correspondió a las Herramientas Terapéuticas empleadas por el Alumno.

Gráfica 2. Puntajes de Herramientas Terapéuticas



Fuente: Directa

Al evaluar los ítems antes del Taller de Sensibilización en el Grupo de Estudio que calificó la Formación Profesional, no obstante que se encontró en la pregunta correspondiente a sí el alumno ha recibido los conocimientos necesarios para interactuar con el paciente, el 100% presentó una actitud positiva, sin embargo todos estuvieron de acuerdo (100%) en que era necesario implementar una asignatura en el Plan de Estudios que contemplara el manejo de conducta de los diversos tipos de pacientes. (Tabla 5). Posterior al Taller, la respuesta correspondiente a si el alumno ha recibido los conocimientos necesarios para interactuar con el paciente, mostró una actitud negativa (76%)



Tabla 5. Actitud del Grupo de Estudio con relación a la Formación Profesional (Antes del Taller)

Ítems	Positiva		Negativa	
	(f)	%	(f)	%
Cuando tienes algún sentimiento ¿lo manifiestas tal cuál es?	8	47	9	53
Reconoces cuando eres incapaz para atender a algún tipo de paciente por su condición	15	88	2	12
Dedicas algún tiempo para la reflexión y el conocimiento de ti mismo.	9	53	8	47
Tu preparación profesional te da herramientas para manejar adecuadamente la relación doctor – paciente	17	100	0	0
Creas que la implementación de una asignatura dentro del plan de estudios sobre cómo tratar a los diversos tipos de pacientes ¿te ayudaría	17	100	0	0

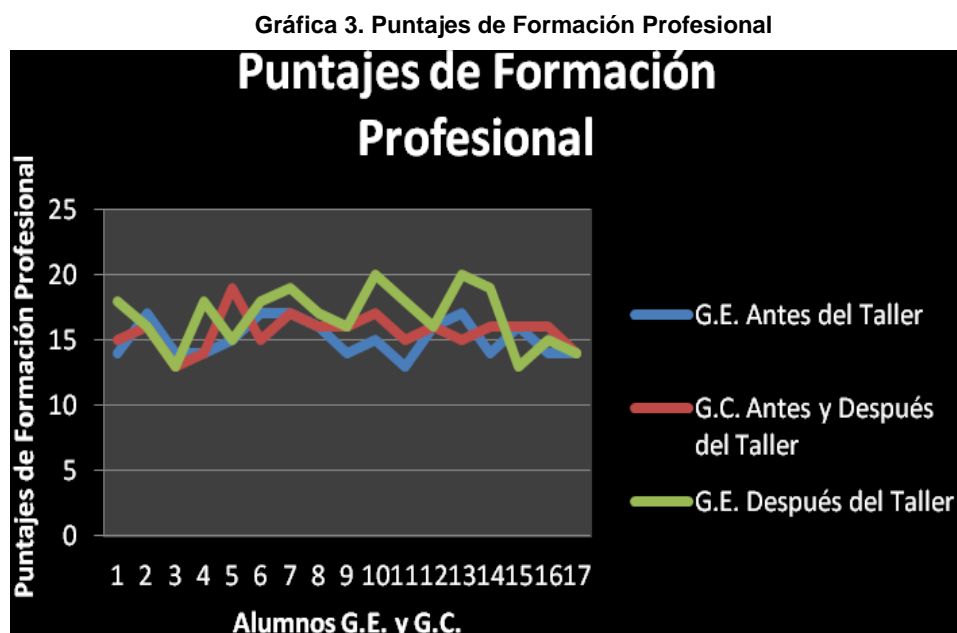
Fuente: Directa

Tabla 6. Actitud del Grupo de Estudio con relación a su Formación Profesional (Después del Taller)

Ítems	Positiva		Negativa	
	(f)	%	(f)	%
Cuando tienes algún sentimiento ¿lo manifiestas tal cuál es?	11	65	6	35
Reconoces cuando eres incapaz para atender a algún tipo de paciente por su condición	16	94	1	6
Dedicas algún tiempo para la reflexión y el conocimiento de ti mismo.	13	76	4	24
Tu preparación profesional te da herramientas para manejar adecuadamente la relación doctor – paciente	13	76	4	24
Creas que la implementación de una materia dentro del plan de estudios sobre cómo tratar a los diversos tipos de pacientes ¿te ayudaría	17	100	0	0

Fuente: Directa

En la Gráfica 3, se observa que en el Grupo de Estudio se presentó un cambio significativo en cuanto a la relación en el grupo de ítems correspondiente a su Formación Profesional.



Fuente: Directa

Al evaluar los ítems antes del Taller de Sensibilización en el Grupo de Estudio que calificaban el Manejo de Emociones, se encontró que en la pregunta correspondiente a la comunicación con los padres sobre cómo manejar al paciente infantil, el 88% presentó una actitud positiva; de igual forma, se manifestó el reconocimiento que se le da al paciente (82%). Después de haber recibido el Taller de Sensibilización en las preguntas correspondientes a la comunicación con los padres sobre cómo manejar al paciente infantil, el resultado se incrementó (94%), y la respuesta sobre el reconocimiento que se le da al paciente, también aumentó (100%). (Tabla 8).



Tabla 7. Actitud del Grupo de Estudio con relación a Manejo de Emociones (Antes del Taller)

Ítems	Positiva		Negativa	
	(f)	%	(f)	%
Tienes en cuenta tu estado de ánimo antes de atender a un paciente infantil	13	76	4	24
Si el niño te hace enojar mucho, le niegas reconocimiento alguno.	14	82	3	18
Tomas en cuenta la comunicación con los padres sobre cómo tratar al niño.	15	88	2	12
La preparación profesional de los dentistas toma en cuenta la relación de sus sentimientos con los del niño	12	71	5	29
Al término de la consulta sientes dolor de hombros o cabeza	8	47	9	53

Fuente: Directa

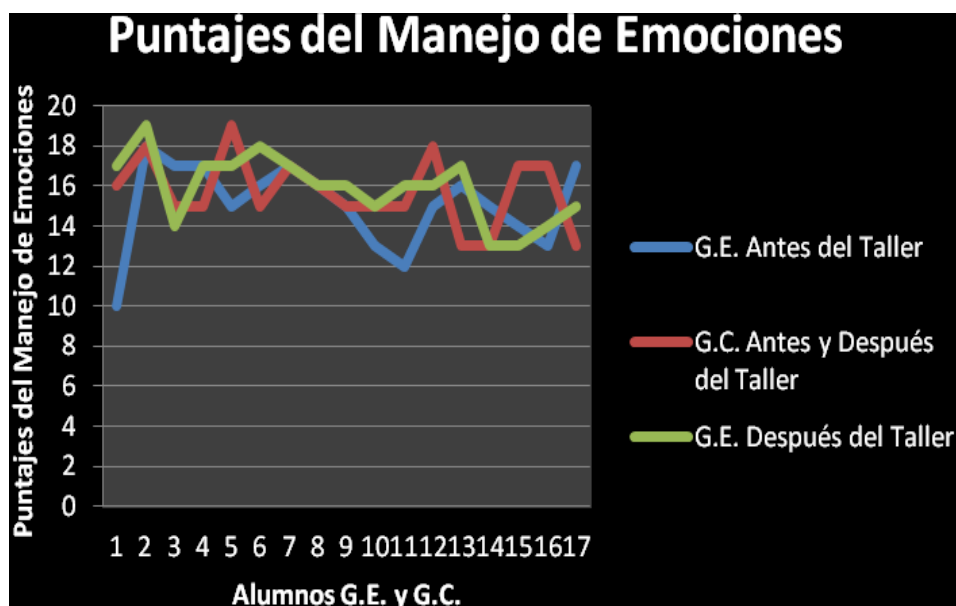
Tabla 8. Actitud del Grupo de Estudio con relación a sus Emociones (Después del Taller)

Ítems	Positiva		Negativa	
	(f)	%	(f)	%
Tienes en cuenta tu estado de ánimo antes de atender a un paciente infantil	15	88	2	12
Si el niño te hace enojar mucho, le niegas reconocimiento alguno.	16	94	1	6
Tomas en cuenta la comunicación con los padres sobre cómo tratar al niño.	17	100	0	0
La preparación profesional de los dentistas toma en cuenta la relación de sus sentimientos con los del niño	12	71	5	29
Al término de la consulta sientes dolor de hombros o cabeza	9	53	8	47

Fuente: Directa

En la gráfica 4, se observa que en el Grupo de Estudio se presentó un cambio significativo en cuanto al Manejo de sus Emociones.

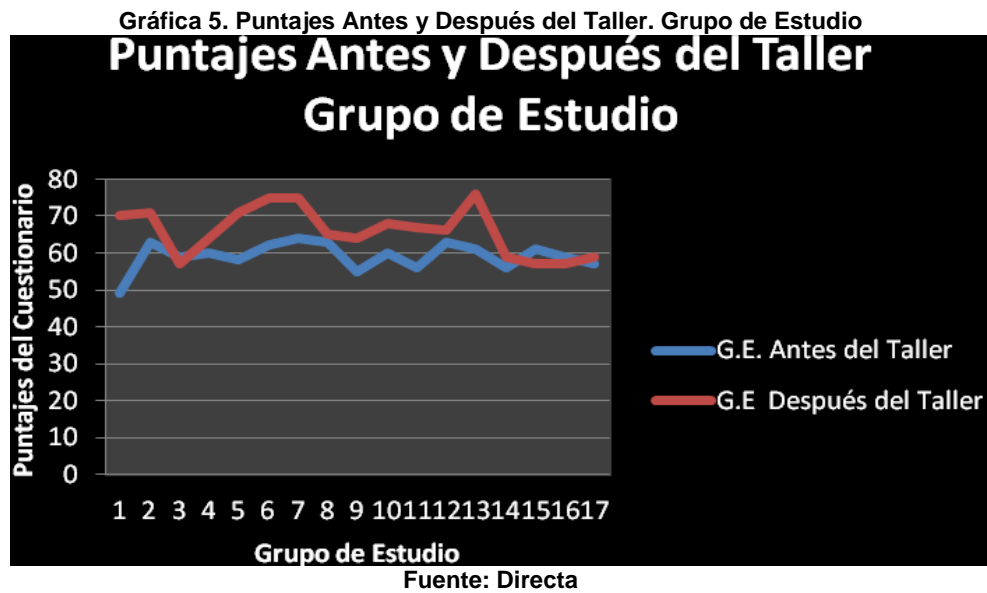
Gráfica 4. Puntajes de Manejo de Emociones.



Fuente: Directa

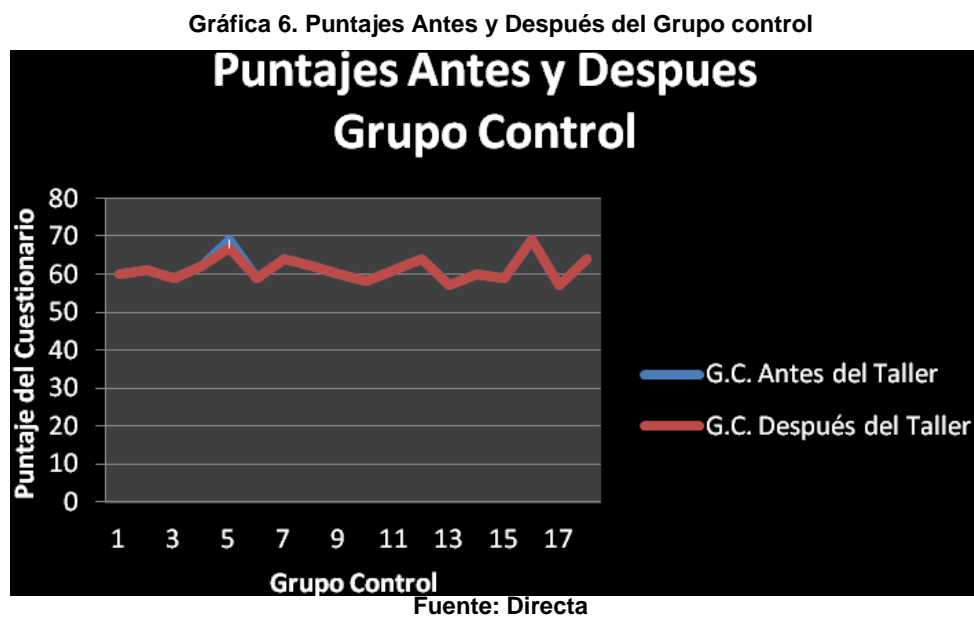
Puntajes Antes y Después del Taller Grupo Estudio.

En la Gráfica 5, se observa que el Grupo de estudio tuvo un notable incremento después del Taller de Sensibilización en cuanto al Cuestionario en general.



Puntajes Antes y Después del Taller Grupo control.

En la Gráfica 6, se observa que el Grupo Control no tuvo algún cambio favorable, pues tanto en la prueba que se aplicó antes del taller como en la que se aplicó después del Taller, obtuvieron el mismo puntaje.





Comparación entre Grupo control y Grupo de Estudio.

El Grupo de Estudio sí presentó diferencias estadísticamente significativas entre la actitud antes y después de recibir el Taller de Sensibilización. En el Grupo control no hubo diferencias, y la actitud se observó igual. (Tabla 9).

Tabla 9. Promedio, desviación estándar y *t de student* del Grupo de Estudio y Grupo Control antes y después del Taller de Sensibilización

Grupo	x		DE		t	Sig.	Intervalo de confianza para la diferencia 95%	
	Antes Taller	Después Taller	Antes	Después			Nivel Inferior	Nivel Superior
Control	61.39	61.28	3.51	3.28	1.000	.331	-.123	3.460
Estudio	59.18	65.94	3.79	6.53	-4.093	.001	-10.269	-3.261

Fuente: Directa



8. DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que el Taller de Sensibilización aportó cambios significativos en cada uno de los grupos participantes; específicamente relacionados a 1) Relación alumno – paciente: Los alumnos que participaron en el taller reportaron que en primera instancia, es mejor crear una relación terapéutica favorable para poder tratar al paciente, y así, lograr una buena comunicación sin necesidad de llegar a utilizar amenazas, sin dejar de lado, que lo primero que lo llevó a la consulta dental fue la búsqueda de un diagnóstico y tratamiento; 2) Herramientas Terapéuticas: Es necesario recalcar que muchas veces dejamos a un lado la manera de sentir y de vivir de cada uno de los pacientes, y caemos más en resolver primero el problema que lo llevó a esa consulta, y es por ello, que a veces no se toman unos momentos para explicarle al niño lo que se le va a hacer, recordando que el paciente llega a un ambiente desconocido con personas, material y equipo desconocidos, y que inmediatamente, él lo percibe como una amenaza, aunado a la separación de sus padres; 3) Formación Profesional: Es muy importante recalcar, que en este ítem, todos los alumnos coincidieron en que la preparación profesional que se les da, es pobre, respecto a cómo tratar a cada uno de los diferentes tipos de pacientes, pues ellos argumentaron que en el Programa de Estudios, no se especifica el trato a determinados grupos, además de la necesidad de reconocer cuáles son los condicionantes para la atención de pacientes pediátricos, así como la posibilidad de saber cuándo existen limitantes para la atención de algún paciente por su condición; 4) Manejo de Emociones. Los alumnos que acudieron al taller, se dieron cuenta de la importancia que tiene su estado de ánimo al atender a algún paciente, así como el externar sus sentimientos, ya que esto, va muy relacionado en el manejo de la conducta del paciente.



En cuanto al interés reportado por los alumnos que participaron en el Taller de Sensibilización, refieren que es un escenario interactivo que ayuda a sensibilizarlos y crear la consciencia de que antes que una boca que rehabilitar, hay un ser humano que es capaz de sentir y vivir experiencias, mismas que en algún momento de su vida el alumno también experimenta, pero con la diferencia, que el alumno no las externa.



9. CONCLUSIONES

Los alumnos de Odontología tienen una participación importante en la disminución y modificación de conductas indeseables que presentan los pacientes infantiles.

El miedo, la ansiedad y el estrés de los alumnos, pueden afectar su manera de actuar dentro de la clínica Odontopediátrica.

Al participar en Talleres de Sensibilización, los alumnos tienen la oportunidad de expresar sus propios temores personales y no únicamente rehabilitar pacientes en función de obtener una calificación aprobatoria o adquirir mayor destreza o habilidad manual.

Los alumnos deben ser capaces de reconocer que también, son personas que tienen derecho a sentir miedos, tristeza o enojo, pero que deben de aprender a saber manejar todos estos sentimientos, para no transmitírselos a los pacientes.

Sobre la base de resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye que el Taller de Sensibilización sí fue un método efectivo para cambiar la actitud de los alumnos hacia los pacientes infantiles.

Es importante que en la Facultad de Odontología, UNAM se realice una revisión muy exhaustiva del Plan de Estudios para que la preparación de los alumnos abarque el conocimiento del manejo de conducta de los diversos tipos de pacientes que acuden a consulta a las clínicas, en especial del paciente pediátrico, geriátrico y sobre todo del paciente con discapacidad.



Bibliografía

- Adair Steven; “*Behavior Management Conference Panel I Report-Rationale for Behavior Management Techniques in Pediatric Dentistry*”; *Pediatr Dent*. 2004;26:167-170.
- Adair Steven, Rockman Roy, Schafer Tara, Waller Jennifer; “*Survey of Behavior Management Teaching in Pediatric Dentistry Advanced Education Programs*”; *Pediatr Dent*.2004;26:151-158.
- Adair Steven, Waller Jennifer, Schafer Tara, Rockman Roy; “*ASurvey of Members of the American Academy of Pediatric Dentistry on Their Use of Behavior Management Techniques*”; *Pediatr Dent*. 2004;26:159-166.
- American Academy of Pediatric Dentistry; “*Guideline on Behavior Guidance for the pediatric Dental Patient*”. 2008; 30 (7):126-133.
- Baier Krista, Milgrom Peter, Russell Stephen; “*Children’s Fear and Behavior in Private pediatric Dentistry Practices*”; *Pediatr Dent*. 2004; 26:316-321.
- Barber Thomas K; “*Odontología Pediátrica*”; Editorial El Manual Moderno; 2° Edición 1985, p.p.42-60.
- Barberia E. “*Odontopediatría*”. Editorial Masson. Barcelona 2001.
- Berge Maaik, Veerkamp Jaap, Hoogstraten; “*Dentists’ behavior in response to child dental fear*”; *JDC* 1999;4:36-40.
- Boj J, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A. “*Odontopediatría*”. Editorial Masson. Barcelona 2004
- Cárdenas Jaramillo Dario; “*Fundamentos de Odontología*”; Editorial Cooperación para Investigaciones Biológicas; 4° Edición, Medellin 2009; p.p.27-39.
- Crall James; “*Behavior Management Conference Panel II Report-Third-party Payer Issues*”; *Pediatr Dent*. 2004;26:171-174.



- Eaton Jonathan, McTigue Dennis, Fields Henry, Beck Michael; "*Attitudes of Contemporary Parents Toward Behavior Management Techniques Used in Pediatric Dentistry*"; *Pediatr. Dent.* 2005;27:107-113.
- Ferro María; "*Técnicas de Modificación Conductual Aplicables a la clínica odontológica*"; *Act Odont Venez* 2005; 43(2).
- García V Y. Estrés en estudiantes de odontología. UNAM. [en línea] 2005
URL disponible en:
www.iztacala.una.mx/temas/foropaea/29TCD07.la.htm.
- Goodwin Marilyn, Fields Henry, Machen Bernard; "*Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques*"; *Pediatr. Dent.* 1984;6(4):193-198.
- Goodwin Marilyn, Fields Henry, Machen Bernard; "*Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques*"; *Pediatr. Dent.* 1984;6(4):199-203.
- Koch; "*Odontopediatría enfoque Clínico*"; Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires 1994; p.p.40-49.
- Lahey Benjamin B. "*Introducción a la Psicología*", Editorial Mc Graw Hill, 6° Edición, Madrid 1999, p.p.515-528.
- Machen Bernard, Johnson Ronald; "*Desensitization, Model Learning, and the Dental Behavior of Children*"; *JP* 1974, 53(1):83-87.
- Martinez Kalina, Carrascosa César, Ayala Héctor; "*Una estrategia de diseminación en la Psicología: los talleres interactivos*"; *Salud Pública*,2003, 45(1)
- Myoyo Kan, Takayoshi Ishikawa, Nagasaka Nobuo; "*A study of psychological stress created in dentists by children during pediatric dental treatment*"; *JDC* 1999; 11:41-48.
- Seale Sue; "*Behavior Management Conference Panel III Report-Legal Issues Associated With Managing Children's Behavior in the Dental Office*"; *Pediatr Dent.* 2004;26:175-179.



Wai Man; “*Behavior Management Conference Panel IV Report-Educational issues*”; *Pediatr Dent* 2004;26:180-183.

Weiten Wayne. “*Psicología. Temas y Variaciones*”. Editorial Thomson, 6° Edición, México 2006,p.p. 477-505.

Worchel S, Shebilske W; “*Psicología. Fundamentos y Aplicaciones*”; Editorial Prentice Hall; 5° Edición; Madrid 1998; p.p.473-495.



ANEXO

- **Cuestionario de actitudes**
- **Taller de sensibilización**
- **Manual de Sensibilización**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de odontología



Cuestionario de Actitudes

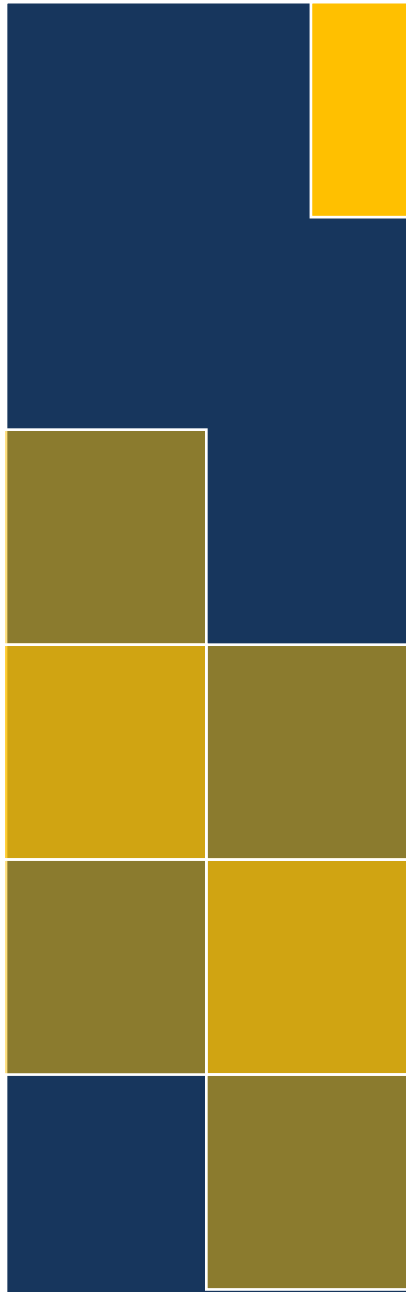
Edad: ____ **Género:** **F** **M**

INSTRUCCIONES: Responde el siguiente cuestionario subrayando una respuesta.

- 1.- Lo más importante durante la consulta es un diagnóstico y tratamiento.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 2.- La conducta del niño debe ser sometida a favor de su tratamiento dental.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 3.- Cuando un niño no deja de llorar ¿qué haces?
a) Sacarlo b) Callarlo c) Dejar que lllore d) Entenderlo y dialogar
- 4.- ¿Cuando un niño te ha intolerado deseas que no regrese a consulta?
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 5.- Cuando no logras establecer buena relación con el niño por su conducta ¿usas algún tipo de amenaza?
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 6.- Algo de lo que haces técnicamente, provoca reacciones de miedo o ansiedad en el niño.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 7.- Te preocupas por comunicarle al niño el proceso paso a paso de lo que haces, a modo que se sienta protegido.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 8.- Te preocupas por conocer al niño en su persona antes de iniciar tu intervención.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 9.- Tu tono de voz, tu postura y la manera en que te diriges al niño son las más adecuadas.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 10.- Reconoces valor a los sentimientos del niño.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca




- 11.- Cuando tienes algún sentimiento ¿lo manifiestas tal cuál es?
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 12.- Reconoces cuando eres incapaz para atender a algún tipo de paciente por su condición.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 13.- Dedicas algún tiempo para la reflexión y el conocimiento de ti mismo.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 14.- Tu preparación profesional te da herramientas para manejar adecuadamente la relación doctor – paciente.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 15.- Crees que la implementación de una asignatura dentro del plan de estudios sobre cómo tratar a los diversos tipos de pacientes ¿te ayudaría?
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 16.- ¿Tienes en cuenta tu estado de ánimo antes de atender a un paciente infantil?
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 17.- Si el niño te hace enojar mucho, le niegas reconocimiento alguno.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 18.- Tomas en cuenta la comunicación con los padres sobre cómo tratar al niño.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 19.- La preparación profesional de los dentistas toma en cuenta la relación de sus sentimientos con los del niño.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca
- 20.- Al término de la consulta sientes dolor de hombros o cabeza.
a) Siempre b) Casi siempre c) Casi nunca d) Nunca



TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA ALUMNOS DE ODONTOLOGÍA

Una visión humanista de la relación terapéutica

Este documento trata sobre cómo establecer una relación terapéutica desde un enfoque humanista, de manera que se vea reflejado en el trato hacia los pacientes infantiles que asisten a consulta dental.



Paulina E. Hernández García
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
2011



TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD ODONTOPEDIÁTRICA

I EL SER HUMANO Y LA SALUD: la relación terapéutica centrada en la persona.

OBJETIVOS:

- El alumno del Seminario de Titulación de Odontopediatría analizará y profundizará en el tema de la salud como un elemento inherente al bien del ser humano y como una situación propia de su naturaleza.
- Reconocerá su función como un facilitador en el proceso de la consecución de la salud desde un enfoque humanista centrado en la persona.

EJERCICIO 1: UBICA TU LUGAR

OBJETIVO PARTICULAR:

- En este ejercicio el participante enfrentará una situación en la que habrá de reconocer sus sentimientos ante lo desconocido, así como la consecución de un objetivo común. La experiencia busca empatizar con la experiencia del niño ante la situación desconocida que representa el ingreso a una clínica dental.

REQUERIMIENTOS:

- ✓ Salón amplio.
- ✓ Una silla.
- ✓ Un paliacate por participante.
- ✓ Tarjetas blancas.
- ✓ 1 plumón.

PRESENTACIÓN 1: EL NIÑO Y SUS SENTIMIENTOS ANTE UNA SITUACIÓN DESCONOCIDA. EXPERIENCIA EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA

OBJETIVO PARTICULAR:

- Los participantes reconocerán y validarán los sentimientos del niño ante la situación desconocida que representa el ingreso a una clínica dental.
- Los participantes reconocerán las propias experiencias, oportunidades y limitaciones en el acercamiento a los niños en el entorno de la clínica dental.
- Los participantes reconocerán las herramientas personales que tienen para acompañar al niño en esa experiencia.



- Los participantes se reconocerán como promotores de la salud, entendiendo a ésta como un estado inherente al bien estar de los niños.

REQUERIMIENTOS:

- ✓ Salón amplio.
- ✓ Lap Top.
- ✓ Cañón.

II LAS ACTITUDES BÁSICAS DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

OBJETIVO:

- El Alumno del Seminario de Titulación de Odontopediatría conocerá y experimentará las actitudes básicas del enfoque centrado en la persona, de manera que las pueda aplicar en su campo profesional para facilitar la relación terapéutica, con el objeto de mejorar la conducta de los niños y su percepción del tratamiento, para la consecución de su salud bucal.

EJERCICIO 2: ZONAS DE CONTACTO

OBJETIVO PARTICULAR:

- El alumno será expuesto a diferentes tipos de contacto personal, de manera que pueda captar la importancia que tiene contar con estrategias adecuadas para una mejor relación terapéutica.
- Reconocerá las propias fronteras en la relación personal con quienes le rodean.

REQUERIMIENTOS:

- ✓ Salón amplio.
- ✓ Reproductor de música con bocinas.

PRESENTACIÓN 2: ACTITUDES BÁSICAS DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA.

OBJETIVO PARTICULAR:

- Los alumnos del Seminario de Titulación de Odontopediatría conocerán las actitudes básicas del enfoque centrado en la persona: empatía, consideración positiva incondicional y congruencia.
- Conocerán técnicas y estrategias concretas para facilitar la relación terapéutica: reflejos, fenomenología.



REQUERIMIENTOS:

- ✓ Salón amplio.
- ✓ Lap Top.
- ✓ Cañón.

III HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

OBJETIVO:

- El alumno del Seminario de Titulación de Odontopediatría conocerá y aplicará los principios básicos de las herramientas terapéuticas del enfoque centrado en la persona, de manera que sean un instrumento útil en el tratamiento bucal de los niños.

EJERCICIO 3: ZONA DE FUGA

OBJETIVO PARTICULAR:

- El alumno será expuesto a una situación concreta en la que tendrá que elaborar estrategias personales y de grupo, tomando en cuenta factores propios y del entorno para un bien personal y colectivo.
- Reconocerá sus fronteras respecto a la tolerancia a la frustración.

REQUERIMIENTOS:

- ✓ Salón amplio.
- ✓ Cinta canela.

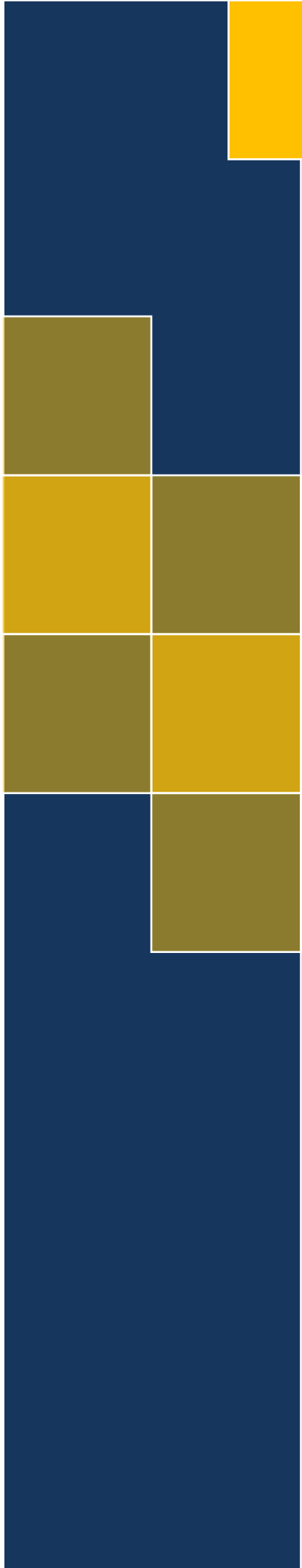
PRESENTACIÓN 3: HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

OBJETIVO PARTICULAR:

- Los alumnos del Seminario de Titulación de Odontopediatría conocerán técnicas y estrategias concretas para facilitar la relación terapéutica: reflejos, fenomenología.

REQUERIMIENTOS:

- ✓ Salón amplio.
- ✓ Lap Top.
- ✓ Cañón.



MANUAL DE SENSIBILIZACIÓN PARA ALUMNOS DE ODONTOLOGÍA

Una visión humanista de la relación terapéutica

Paulina E. Hernández García
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
2011





Taller de Sensibilización



Índice	Página
1.- El niño y sus sentimientos ante una situación desconocida.....	3
2.- Actitudes Básicas del Enfoque Centrado a la Persona.....	4
3.- Herramientas Terapéuticas del Enfoque Centrado en la Persona.....	8
4.- Técnicas de Modificación de la Conducta.....	10





DEFINICIONES

- El *miedo* es la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde, en el plano psicológico, a la respuesta física al dolor.





- La *ansiedad* es un estado emocional que se origina en fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales.





ACTITUDES BÁSICAS

DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA



Relación

- Si puedo crear cierto tipo de relación , la otra persona descubrirá en sí mismo su capacidad de utilizarla para su propia maduración y de esa manera desarrollar un proceso de cambio.



Enfoque Centrado en la Persona (ECP)

- La persona es valiosa por sí misma.
- La naturaleza humana es constructiva, digna de confianza.
- La motivación básica del ser humano es su autorrealización.





Actitudes Básicas

- Consideración positiva incondicional.
- Empatía.
- Autenticidad.





Consideración Positiva Incondicional

- La persona es buena por el hecho de ser persona.
- Se valora su sentimiento y se le da un lugar.
- Establecer la relación desde una perspectiva de iguales.





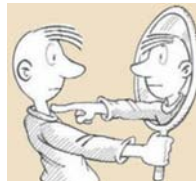
Empatía

- Captar el marco de referencia del cliente, percibir sus significados personales como si fueran propios.

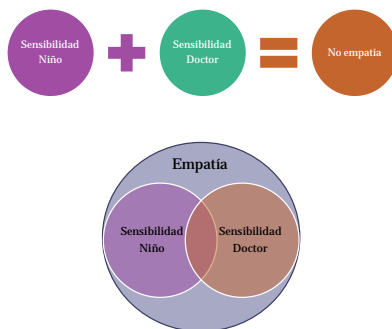


Empatía

- Acompañarlo en sus sentimientos, de modo que éste pueda explorar con mayor precisión sus experiencias y clarificar sus sentimientos más profundos.



Empatía



Autenticidad

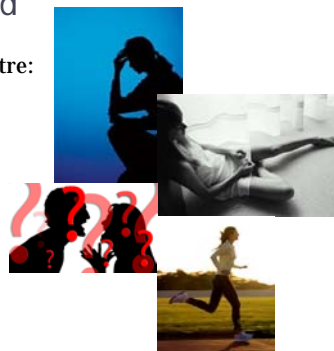
- Coherencia entre:

• **PIENSO**

• **SIENTO**

• **DIGO**

• **HAGO**





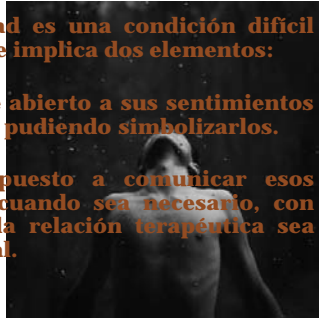
Autenticidad

- Se trata de un encuentro existencial, no intelectual, teórico o técnico, el PS se muestra tal cual es, no como una fachada, sino vivo, con sentimientos.



Autenticidad

- La autenticidad es una condición difícil de cumplir que implica dos elementos:
- Que el PS esté abierto a sus sentimientos y experiencias pudiendo simbolizarlos.
- Que esté dispuesto a comunicar esos sentimientos cuando sea necesario, con vistas a que la relación terapéutica sea auténtica y real.





ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

Técnicas y herramientas

Reflejo Simple

- Es la repetición exacta de las palabras que usa el paciente.

Propósito

- Se valora y se le da un lugar a la experiencia que está teniendo el paciente.

Reflejo de Sentimiento

- Se verbaliza el sentimiento que no expresa el paciente pero se deduce por su estado emocional.

Propósito

El paciente se da cuenta de que el profesional de la salud está pendiente de él.



Reflejo de Confrontación

- Se hace ver al paciente que existe en su manera de actuar una contradicción.

Propósito

Poner al paciente en contacto con su realidad.
Lo importante es aquí y ahora.

Actualización.

Fenomenología

- Ver el lenguaje no verbal y relacionarlo con el estado emocional del paciente.

Propósito

Dar la oportunidad de expresar algo que por alguna razón el paciente guarda.



TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

