



# UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA

INCORPORADA A LA UNAM

No. DE ACUERDO CIRE 12/11 DE FECHA 24 DE MAYO DE 2011

CLAVE 8968 – 22

“EVALUACION DE LA CONDUCTA ODONTOPEDIATRICA  
APLICANDO EL REFUERZO POSITIVO EN NIÑOS DE SEIS A SIETE  
AÑOS DE LA ESCUELA PRIMARIA BENITO JUAREZ DE  
SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DE 2017”.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

P.C.D. NAZLY ARELLANO HERNANDEZ

P.C.D. ANGELICA RUIZ GONZALEZ

ASESOR DE TESIS:

E.O.P. JUANA GABRIELA ESPINOZA SUAREZ



IXTLAHUACA ESTADO DE MEXICO MAYO 2018.



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

Nazly Arellano Hernández

“Jehová cumplirá su propósito en mí; Tu misericordia, oh Jehová, ES PARA SIEMPRE; No desampares la obra de tus manos.” Salmos 138: 8

A DIOS:

Su misericordia es inmensurable y por el su gracia estamos aquí

A MI FAMILIA:

Mi madre Ma. Cristina Hernández Gonzaga que día a día se esmeró y exigió para que en mis clínicas nunca faltara alguien. A mi padre Margarito Arellano Cárdenas por no dejarme en ningún momento, y a mis hermanos Enoc y José Arellano Hernández que aguantaron la abstinencia de muchas cosas a las que nos tuvimos que someternos como familia. Los amo.

A MIS AMIGOS:

“Por amor de mis hermanos y mis compañeros Diré yo: La paz sea contigo”; A Angélica Ruiz Gonzales por ser una gran compañera de tesis y amiga, colega y hasta mi guardiana, consejera una bendición en mi vida; sin olvidar a mis compañeros de Universidad y Servicio Social que me ayudaron con experiencias y aprendizajes.

A MIS DOCENTES:

Dios ha sido misericordioso y clemente conmigo al poner en mi camino a grandes Doctores que se convirtieron en mis maestros y guías en este camino que lleno de tormentas y dificultades se convirtió en algo increíble, nuevo y maravilloso, en especial a la Dra. Juana Gabriela Espinoza Suárez, que nos brindó su apoyo para la elaboración de este Proyecto y por predecir que la Odontopediatria sería lo mío.

A la Dra. Nancy Aidé Hernández Valdez quien siempre estuvo ahí apoyando constantemente con una hermosa sonrisa, conocimientos y una increíble presencia.

Además Especial reconocimiento merecen nuestras revisoras las Dras. Mary Carmen Suarez, Laura Vilchis y Ruth Romero, que con su ayuda logramos mejorar el diseño y estructura de la tesis, mostrando un gran interés en nuestro trabajo.

Un agradecimiento al Dr. Leopoldo Javier Díaz Arizmendi por brindarnos su conocimiento, tiempo, paciencia y cariño.

ALMA MATER:

A la Universidad de Ixtlahuaca CUI que me brindó la oportunidad de pertenecer a ella, formándome como una de sus grandes alumnas. La defenderé y pondré siempre su nombre en alto, no quedándome, si no exigiéndome, como aquellos que me enseñaron a través de ella...

NAZLY ARELLANO HERNÁNDEZ

“Y sabemos que los que aman a Dios, todas las cosas les ayudan a bien, es, a los que conforme a su propósito son llamados. Romanos 8:28”

Expreso una inmensa gratitud a Dios por que la vida y presencia de cada uno son una Bendición de a mi vida...

.

## AGRADECIMIENTOS

Angélica Ruiz González

A DIOS:

Le agradezco a dios, por haberme permitido vivir hasta este día, guiándome a lo largo de mi vida, por ser mi apoyo, mi luz y mi camino, así como mi fortaleza en momentos de debilidad, por sentir su presencia en cada paso que doy y bendecirme cada día de mi vida, por su infinita bondad y amor.

A MI FAMILIA:

Le doy gracias a mis padres Ma. Asunción Carmen González Reyes y Cayetano Augusto Ruiz Guadarrama, por el apoyo brindado en todo momento, por su confianza, cariño y respeto, así como sus consejos y complicidad en todas mis metas, por darme la oportunidad de iniciar este sueño de la odontología, pero sobre todo por darme la herencia invaluable de la educación y valores dentro de la unión familiar.

Para mi esposo Luis Martínez Flores, todo mi agradecimiento por ser parte importante en mi vida personal y familiar, por todo ese gran amor, confianza y lealtad que me ha brindado, por ser mi respaldo, mi eslabón y apoyo en todos los proyectos de vida. Gracias por ser mi complemento.

A Luis Diego Martínez Ruiz, por llegar en el momento indicado, dándome gran alegría y felicidad, por ser una bendición en mi vida siendo el motor principal por el cual seguir adelante.

A mis hermanos Blanca, Manuel, Jazmín y Christian, por apoyarme y alentarme en todo momento, a todos por llenar mi vida de grandes alegrías.

A MIS AMIGOS:

A Nazly Arellano Hernández por ser una gran compañera de tesis y amiga, por vivir experiencias juntas que nos han llevado a crecer como personas.

A mis amigos por haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidaré, por apoyarnos mutuamente en nuestra formación profesional, por darme su amistad incondicional, apoyo moral y humano.

## A MIS DOCENTES:

Mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización de la presente tesis, en especial a la Dra. Juana Gabriela Espinoza Suárez, que nos dio la oportunidad de asesorarnos en este proyecto tan importante para obtener el grado en la Licenciatura de Cirujano Dentista. Gracias por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años.

A todos aquellos docentes que nos transmitieron sus conocimientos, en la que prevaleció en todo momento su profesionalismo que caracteriza a nuestra institución educativa y marcaron cada etapa de nuestra licenciatura.

Especial reconocimiento merecen nuestras revisoras las Dras. Mary Carmen Suarez, Laura Vilchis y Ruth Romero, que con su ayuda logramos mejorar el diseño y estructura de la tesis, mostrando un gran interés en nuestro trabajo.

Mi agradecimiento al Dr. Leopoldo Javier Díaz Arizmendi por brindarnos el tiempo necesario para la culminación de nuestra tesis, por su orientación y atención recibida durante nuestras consultas sobre metodología.

## ALMA MATER:

Expreso un especial agradecimiento a las autoridades de mi Alma Mater, la Universidad de Ixtlahuaca CUI, a la cual debo mi formación y desarrollo donde eh depositado todo mi esfuerzo, capacidad y trabajo dentro de cada aula y clínica, esperando encontrar un pronto regreso para seguir con mi desarrollo profesional.

## ANGELICA RUIZ GONZÁLEZ

Agradezco la oportunidad de brindar estas palabras, expresando mi gratitud por su presencia pues cada uno de ustedes forma parte de mi inspiración, resultado de muchas horas de estudio, esfuerzo y gran deseo de superación, pero nada de esto se hubiera logrado sin su ayuda, porque me dieron su apoyo cuando las fuerzas me abandonaban con la promesa de que la recompensa obtenida sería mejor cada día. Sé que este es el principio de un largo camino por recorrer el cual estará lleno de grandes frutos.

## Índice

1. Antecedentes.....	7
1.1 Desarrollo del niño.....	7
1.2 Perspectivas teóricas del desarrollo.....	10
1.2.1 Psicoanalítica.....	10
1.2.2 Perspectiva del aprendizaje, estudio de la conducta observable ...	11
1.2.3 Perspectiva cognoscitiva.....	12
1.2.4 Perspectiva evolutiva o socio biológico.....	12
1.3 Comunicación entre el dentista y el niño.....	13
1.3.1 Lenguaje Pediátrico.....	17
1.3.2 Distracción.....	17
1.4 Factores que influyen en la conducta del niño.....	18
1.4.1 Factores naturales.....	18
1.4.2 Factores biológicos.....	18
1.4.3 Factores biológicos no genéticos.....	18
1.4.4 Factores ambientales.....	18
1.5 Clasificación del niño según su conducta.....	22
1.6 Criterios para cambiar la conducta.....	23
1.7 Técnicas para el manejo y control de la conducta.....	23
1.7.1 Técnicas no farmacológicas.....	24
1.7.1.1 Decir-mostrar-hacer.....	25
1.7.1.2 Control de voz.....	25
1.7.1.3 Comunicación no verbal.....	26
1.7.1.4 Refuerzo.....	26
1.7.1.4.1 Reforzamiento y condicionamiento operante.....	29
1.7.1.4.2 Refuerzo positivo.....	30
1.7.1.5 Refuerzo negativo.....	32
1.7.1.6 Modelado.....	33
1.7.1.7 Restrictores físicos o de movimiento.....	34
1.7.1.7.1 Mano sobre boca.....	34

1.7.1.7.2 Inmovilización parcial o total.....	35
2. Planteamiento del problema.....	37
3. Justificación.....	38
4. Hipótesis.....	39
5. Objetivos.....	40
5.1 General.....	40
5.2 Especifico.....	40
6. Materiales y métodos.....	41
6.1 Diseño.....	41
6.2 Muestra.....	41
6.3 Plan de análisis.....	41
6.4 Definición de variables.....	41
6.4.1 Variable dependiente.....	41
6.4.2 Variable independiente.....	42
6.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	42
6.5.1 Inclusión.....	42
6.5.2 Exclusión.....	42
6.5.3 Eliminación.....	42
6.6 Procedimiento.....	43
7. Resultados.....	44
8. Discusión.....	50
9. Conclusión.....	53
10. Referencias.....	54
11. Anexos.....	56

## **1. Antecedentes**

La odontología se define en el Diccionario de la Real Academia Española como “parte de la medicina que estudia los dientes y el tratamiento de sus dolencias” [1].

La odontología es un área de la salud médica que es muy temida, ya que en la antigüedad y hoy en día el odontólogo por falta de un conocimiento de las diferentes Técnicas de Manejo de Conducta para tranquilizar a los pacientes, puede generar numerosos temores en la consulta dental de una persona sobre todo en la niñez [1] [2].

### **1.1 Desarrollo del niño**

Desde el momento de la concepción de los seres humanos experimentan procesos de desarrollo en diferente intensidad de acuerdo a la época de la vida.

Estos procesos involucran:

- Desarrollo físico: crecimiento corporal, capacidades sensoriales, habilidades motoras y salud.
- Desarrollo cognitivo: aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad.
- Desarrollo psicosocial: Incluye personalidad, vida emocional y relaciones sociales [2].

**Tabla No. 1 Etapas evolutivas del desarrollo infantil**

Etapas evolutivas del desarrollo Infantil	
Etapa	Características
Etapa oral	Nacimiento al 1er año de vida. La llamada etapa oral canibalística se da con la aparición del primer diente, alrededor de los 6 meses, y comienza a separarse de la madre. El 1er diente es el representante orgánico con el que el bebé puede expresar su agresión hacia el mundo externo. Para algunos niños, su boca puede representar una zona que los conecte con experiencias que quizás no fueron satisfactorias.
Etapa anal (1 ½ - 3 años)	Control de esfínteres y la adquisición de lenguaje. Es la época del negativismo y la oposición, la comprensión del no. Le cuesta aceptar las prohibiciones y es egocéntrico; se siente el centro del mundo y cree que las cosas suceden porque él lo desea. Temeroso a lo desconocido, el niño ya puede pedir explicaciones.
Etapa fálica (3-5 años)	El niño pregunta e investiga. Descubre la diferencia sexual anatómica, mayor deseo amoroso de los padres, sociable por excelencia, es muy observador del medio y las expresiones faciales de su interlocutor. Se considera alguien importante.
Etapa de latencia (6 a 10 años)	Los impulsos instintivos quedan reprimidos, guardados en una parte del psiquismo, pero no anulados. Etapa de lo justo e injusto; del respeto por las normas y las reglas. El niño se orienta hacia el conocimiento del mundo exterior, usa la lógica, busca las causas de ciertos efectos, el niño ya tiene capacidad de prever. Se organiza en el espacio y el tiempo. Espera que se le tenga en cuenta por su cumplimiento con lo indicado y teme ser castigado por no cumplir las normas. Los hábitos de higiene bucal pueden estimularse de manera correcta.

Odontopediatría fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. Ana M. Biondi.

2011. Pag. 10 [3].

**Tabla No. 2 Desarrollo psicosocial del niño**

Desarrollo psicosocial del niño	
Edad	Características
0-3 (meses)	Están abiertos a la estimulación. Empiezan a mostrar interés y curiosidad y sonreír abiertamente a las personas.
3-6 (meses)	Pueden anticipar lo que va a suceder y se desilusionan cuando no es así, manifiestan esto al enojarse o actuar como desconfianza. Sonríen, hacen sonidos de arrullo y ríen a carcajadas. Esto se considera el despertar social.
9-12 (meses)	Se preocupan intensamente por el cuidador principal, pueden volverse temerosos de los extraños y actúan de manera cautelosa en situaciones nuevas. Al año comunican sus emociones con mayor claridad, manifiestan estados de ánimo, ambivalencias y grados de sentimientos.
12-18 (meses)	Exploran su ambiente y utilizan a las personas con quienes están apegados como una base segura. Conforme dominan el ambiente, adquieren mayor confianza y entusiasmo por afirmarse a sí mismos.
18-36 (meses)	Los niños en la etapa de los primeros pasos se vuelven ansiosos debido a que se dan cuenta de qué tanto se están separando de su cuidador. Resuelven la conciencia de sus limitaciones en la fantasía, en el juego y al identificarse con los adultos.
3-6 (años)	Se inicia el desarrollo del auto concepto y autoestima. El niño va descubriendo las diferentes emociones y debe discernir entre las positivas y negativas, cuestionándose la convivencia de más de una emoción a la vez. Aún apegados a los padres, pero en proceso de individualización.
6-12 (años)	Se intensifican las actividades escolares; inician las exigencias competitivas. El desarrollo cognitivo es muy marcado. El egocentrismo disminuye considerablemente. Se convierte en parte de un grupo específico de amigos, buscan su identidad y aceptación. Temor al ridículo, fracaso, daño corporal, ansiedad y preocupación, tienen mayor capacidad de auto control. Pensamiento concreto, útil, historias de animales ayudan a cumplir la función, disfrutan relatar historias a los adultos. El profesional debe adecuar el lenguaje al desarrollo cognitivo del niño, quien puede sufrir daños físicos, pero es capaz de entender explicaciones.
Adolescente	Inicia desarrollo de la personalidad, con pensamientos más introspectivos y analíticos. Etapa crítica, se produce una serie de transformaciones. Se debe respetar como individuos.

Estomatología Pediátrica de Mercado, Ramón Castillo. 2010 [2].

## **1.2 Perspectivas teóricas del desarrollo**

En la odontología pediátrica es de fundamental importancia el conocimiento del desarrollo del niño a lo largo de las diferentes etapas de la vida; así como las características que permanecen estables: las cuantitativas (en número y cantidad como el peso, estatura) y las cualitativas (tipo estructura y organización). Estos cambios y estabilidad ocurren en diversos aspectos, y para su estudio se separan en desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial, dándole sentido multidimensional. Unidos significan el desarrollo como un proceso unificado [1] [2].

### **1.2.1 Psicoanalítica**

Se enfoca en “emociones e impulsos inconscientes”. Considera que el desarrollo está moldeado por fuerzas inconscientes que motivan a la conducta humana; iniciada por Freud y seguida por Erikson. Se concentra en factores biológicos, no considera la influencia de la sociedad y la cultura.

Freud, pensaba que los primeros años de vida son decisivos en la formación de la personalidad, a medida que estos desarrollan conflictos. Nuestra teoría psicoanalítica en general se basa en las siguientes teorías:

- Psicosocial: Ericsson, postulaba que la teoría freudiana subestimaba la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad; del ego y el yo.
- Relacional: Baker, dice que la personalidad se desarrolló a la par con los vínculos emocionales, no separada de ellos, desde la misma infancia; El yo no es de una persona solitaria y estética, sino una que interactúa con otras [2].

### 1.2.2 Perspectiva del aprendizaje, estudio de la conducta observable

El desarrollo resulta del aprendizaje como un cambio duradero en la conducta, basado en la experiencia o la adaptación del ambiente. Se interesa más en el comportamiento observable que en las fuerzas inconscientes. Sostiene que el desarrollo es cuantitativo y continuo [1] [4].

- Conductismo: Se concentran en comportamientos observables y medibles, que por consiguiente pueden registrarse. Admite que el ambiente influye en el comportamiento y sostiene que humanos y animales reaccionan frente a determinados aspectos ambientales.
- Condicionamiento clásico: Ivan Pavlov, sostiene que el aprendizaje está basado en la asociación, una respuesta aparece después de estar asociada repentinamente a un estímulo que la provoca.
- Condicionamiento operante: Forma de aprendizaje y consecuencia (el estímulo reforzador) es contingente a la respuesta que previamente ha emitido el sujeto; implica la ejecución de conductas que operan sobre el ambiente [2] [4].

El aprendizaje está basado en el uso de refuerzo o castigo. Más adelante se desarrolla su uso en la guía de conducta en el paciente odontopediátrico.

Del aprendizaje social: Bandura; sostiene que el niño aprende los comportamientos sociales por observación e imitación de modelos. Ve al aprendiz como una persona que contribuye de una manera activa a su propio aprendizaje. Las personas aprenden en un contexto social y el aprendizaje humano es más complejo que un simple condicionamiento. Sostiene que el aprendizaje que se logra a través de la observación es más importante que el refuerzo directo o el castigo [4].

La identificación de los niños con los padres es el elemento que más influye en la manera de como adquieren el lenguaje, enfrentar la agresión, desarrollan un sentido moral y aprenden los comportamientos que la sociedad considera apropiados para cada género [4].

Los niños empiezan a desarrollar el sentido de auto eficiencia o confianza que cuentan con todas las características que necesitan para tener éxito [5].

### **1.2.3 Perspectiva cognoscitiva**

Analiza los procesos del pensamiento por Jean Piaget, teoría asentada en la forma en que los niños llegan a conclusiones, buscando la lógica en las respuestas dadas a las preguntas formuladas [4].

Piaget, dice que la inteligencia tiene 2 atributos:

- Organización: Está formada por las etapas de conocimiento que conducen a conductas diferentes en situaciones específicas.
- Adaptación: Es la asimilación mediante la adquisición de nuevos datos, así como su interacción, el cual se ajusta a información [2].

### **1.2.4 Perspectiva Evolutiva o socio biológico**

Considera los sustentos evolutivos y biológicos de la conducta. Se enfoca en las bases biológicas y evolutivas de la conducta, influenciado por Darwin. Se basa en los conocimientos de antropología, ecología, genética, etiología y psicología evolutiva para explicar el valor adaptativo o de supervivencia del comportamiento para un individuo o especie [2].

- Contextual: Enfatiza el impacto del contacto histórico, social y cultural.
- Sociobioecológicas: (Bronfenbrenner). El desarrollo ocurre a través de procesos de creciente complejidad de interacción bidireccional activa regular entre un niño en desarrollo y su ambiente cotidiano inmediato.
- Sociocultural: (Lev Vygotsky). Aprendizaje social dentro de contextos culturales particulares. Mostró que una unión de desarrollos crea cambios cualitativos en las estructuras cognoscitivas (pensamiento) de los niños, especialmente en situaciones nuevas que requieren acomodación y solución de problemas [2].

El desarrollo sigue al aprendizaje, crea el área de desarrollo potencial. El aprendizaje sería una condición previa al proceso de desarrollo; el foco de la estrategia de enseñanza está en hacer pensar al estudiante [1] [2].

### **1.3 Comunicación entre el dentista y el niño**

El principal objetivo durante el procedimiento dental es dirigir al niño para que su actitud sea positiva frente a nuestro tratamiento [1].

Al observar a los niños, sus conductas y las preguntas a sus padres, éste permite un proceso de aprendizaje eficiente, que transforma conceptos y teorías en situaciones reales, y posibilita que en nuestra práctica diaria se apliquen a la vida real todas las lecciones aprendidas en la teoría. La naturaleza y el temperamento de los niños desempeñan un rol importante en su manera de ver el mundo y el mundo en que éste les responde [2] [3].

Aunque las conductas más inusuales por lo general tienen un sentido adaptativo, muchas veces persisten en el niño y sus padres, porque derivan en un beneficio para ellos. Debemos considerar una gran variedad de diferencias culturales, temperamentos y desencadenantes de estrés en los niños [3].

Entre el menor y el dentista hay innumerables modos de comunicación además de los verbales. El niño es hábil en detectar expresiones faciales, los contactos, los gestos que ocurren durante la visita, aún durante los periodos de silencio. Las palabras por si mismas no bastan, aparentemente importa más su totalidad y calidad, el sentido entrelineas [6].

Cada acción que se realiza permite evaluar psicológicamente al niño, cada dificultad vencida, ha de ser señalada como un logro valioso. Es importante observar, si pone atención a explicaciones preventivas, o higiene, como se comunica, verbal o silenciosamente con el dentista que lo está atendiendo y su facilidad para aceptar procedimientos nuevos [5] [6].

El resultado óptimo final, debería ser una relación positiva recíproca entre el menor y el dentista, que puede ser determinante en la actitud futura del paciente frente a la Odontología, es necesario vencer las barreras psicológicas que existen entre el dentista y su paciente. El paciente menor de edad tiene limitaciones en cuanto al desarrollo del lenguaje, su comprensión es limitada, su capacidad de adaptación está siendo puesta a prueba, de esta manera hay dificultades para una efectiva comunicación. La primera forma de comunicación del malestar en un niño de cualquier orden es el llanto; el llanto es la primera y más elemental forma. A esta forma de expresión recurren con frecuencia los niños ante el miedo, la ansiedad y el dolor, siendo en muchos casos, la primera reacción observable desde el punto de vista del dentista tratante. El llanto es una situación de estrés para el profesional y para los padres, estén estos en la consulta o en la sala de espera, al ser concebido el llanto como una forma primaria de comunicación para provocar respuesta protectora de los adultos del ambiente circundante [1] [6].

Los deseos del niño van más allá de sus necesidades, pero con el llanto describe sus demandas y estas son indefectiblemente atendidas; será cada vez más difícil de complacer y además retrasará, su introducción a la comunicación verbal [6] [7].

Se le ha descrito como algunos tipos:

**Tabla No.3 Descripción de los tipos de llanto**

Tipo de llanto:	Descripción:	Actitud del dentista
Llanto obstinado:	Consiste en llanto fuerte, con gritos, órdenes y amenazas, movimientos de la musculatura gruesa además de conducta agresiva, tipo pataleta.	Requiere de una actitud firme, desde el control por medio de la voz, en una instrucción clara y perentoria, a restricción o tratamiento bajo sedación o anestesia general.
Llanto atemorizado	Con abundantes lágrimas, quejas, vocalización lastimera, solicitudes de llamar a la mamá, movimientos de evitación con la cabeza y evitación del contacto visual con el dentista.	Demanda comprensión y apoyo, para disminuir el temor, explicaciones técnicas del tipo Decir-mostrar-hacer, en acciones atraumáticas y breves para permitir al paciente tomar contacto gradual con la situación.
Llanto herido	De poco volumen, o inaudible, con respiración alterada y manos y extremidades tensas.	Presenta un error del operador, está provocando dolor a su paciente y esta situación debe ser controlada de inmediato, además de pedir disculpas al niño.
Llanto compresor	Consiste en una emisión de sonidos que más sirve para neutralizar, o compensar los ruidos producidos por instrumentos y equipo de operador.	Puede ser disminuido si es molesto, mediante una solicitud comprensiva, ya que es posible sea molesto para el dentista más que las acciones de éste para el paciente.
Llanto de miedo	Abundancia de lágrimas, gemidos, respiración convulsiva y tendencia a la histeria.	
Llanto de dolor	Lágrimas, volumen bajo, gemidos, y aguanta respiración.	
Llanto compensatorio.	No llantos, sollozos, solo un gemido constante (auto distracción del niño del sonido de la pieza dental).	

“Odontología Pediátrica de Fernando Escobar Muñoz. 2004” [6].

La comunicación con el paciente infantil es el primer objetivo para dirigir la conducta. El dentista y su equipo deben desarrollar sus habilidades tanto a nivel verbal como físicas; establecer un contacto visual y sonreír, estar sentado al mismo nivel que el niño y dar la mano como muestra de saludo y atención a su persona. La conversación debe ser natural y agradable, interesándonos sobre sus gustos y actividades [1].

La técnica a aplicar, según estas respuestas depende también de la empatía, la cual debe educarse. En un entorno del personal de la salud la empatía es la habilidad para comprender las experiencias y sentimientos del paciente y la capacidad para comunicar esa comprensión [5] [6].

Los tipos de llanto pueden ayudar a entender cómo se siente el niño. Se ha observado que la conducta del dentista es influenciada por la conducta de los niños. Estos pueden utilizar más órdenes y contacto físico con los niños asustados, más aún, mostrar más negación de sentimientos o comentarios despectivos y restrictivos en los niños con claras manifestaciones de miedo [6] [8].

Desde el punto de vista, del paciente que llora, no del llanto mismo, se ha sugerido clasificarlos como:

- Pacientes que lloran para comunicar miedo, ira o resentimiento y tensión o ansiedad
- Pacientes llorosos
- Pacientes manipuladores [6].

Desde el momento en que el niño entra en la consulta, es necesario no solo establecer una empatía con él, sino también emplear las técnicas de control de conducta adecuadas. La valoración de la actividad motora del niño refleja su respuesta frente a una situación, pues una mayor actividad puede considerarse un marcador de seguridad o de menos desconfianza [1].

### **1.3.1 Lenguaje Pediátrico**

Es importante la elección del lenguaje apropiado por parte del dentista, debe ser un lenguaje que pueda entender y sustituir por expresiones moderadas o eufemismos, aquellas palabras con connotaciones de ansiedad en el niño. 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 [1] [3].

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 curioso, lo que permite desviar la atención de los procedimientos dentales, en niños más pequeños se pueden añadir algo de fantasía a la conversación [1] [9].

Hay que tratar de responder a sus preguntas, pero vigilar que no retrase con ellos los procedimientos, por otra parte, deben darse pocas instrucciones, pues el niño no puede responder a varias en un corto periodo de tiempo, deben ser concretas y razonables, por eso es necesario pronunciar las palabras despacio y claramente, así como utilizar un tono de voz bajo que capte su atención [1].

### **1.3.2 Distracción**

Elemento activo, que debe seguir con naturalidad para desviar la atención del niño sobre algún procedimiento. Su objetivo es disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable aumentando la tolerancia del niño. “Lud” (terapia aplicada entre 2 y 4 años de edad), es el juego infantil sano en psicología, que ayudan a superar diferentes problemas. Ya que el niño se deja llevar por la fantasía, empieza ya a poner metas a sus acciones. En nuestra consulta, el juego tiene su mayor interés como elemento terapéutico para eliminar tensiones y miedos mediante la distracción del niño, lo que le hace perder la “seriedad” a la situación dental [1].

## 1.4 Factores que influyen en la conducta del niño

Existen factores naturales y ambientales en donde la interacción de ambas da como resultado el comportamiento y la personalidad del niño [1][2].

**1.4.1 Factores Naturales:** Se dan desde el nacimiento; es poco probable influir sobre ello.

**1.4.2 Factores biológicos:** Determinados genéticamente (herencia).

**1.4.3 Factores biológicos no genéticos:** Como la falta de oxígeno durante el nacimiento o el mal funcionamiento de la glándula pituitaria, prematuro, bajo peso al nacer, daño al SNC y enfermedades crónicas.

**1.4.4 Factores ambientales:** La cognición y la personalidad están muy sujetas a variación por la experiencia: el tipo de familia en que crecen los niños (bajo nivel socio económico, familia con pareja incompleta, padres con bajo nivel educacional o con psicopatías y eventos vivenciales negativos), las escuelas a las que asisten y personas con quienes conviven [2].

Muchas de las reacciones del niño al tratamiento odontológico son el resultado de una serie de variables del ambiente y del medio en que se desarrolla física y sociológicamente; como ejemplo tenemos el estilo de crianza con padres autoritarios, padres permisivos, padres negligentes o indiferentes [2] [6].

Las actitudes de sus mayores pueden anticipar el comportamiento del niño, suele haber cierto conflicto específicamente con los padres:

- Sobre afecto: Frecuente en padres de edad avanzada, en hijos únicos, adoptivos, o menores en la familia, son niños con una preparación inadecuada para ocupar su debido lugar en la sociedad, en la escuela o en el hogar. En el consultorio demuestra poco valor, recurriendo a su madre o al adulto que lo trae y rehusando a dejarles, abrazándose o tomándoles de la mano [2] [6].

- **Sobre protección:** Se observa con frecuencia en madres que quieren monopolizar todo el tiempo a sus hijos, sin permitirle que juegue, o se junte con otros, con el argumento de daño, suciedad o contagio. El niño manifiesta un comportamiento autoritario, quiere controlar todas las situaciones y rehúsa a jugar con otros niños en igualdad de condiciones, pretende guiar al dentista en lo que éste hace, no aceptando algunos instrumentos, adolece, en resumen, le falta disciplina [1][2] [6].
- **Sobreindulgencia:** Consecuencia de la actitud de padres que nada niegan a sus hijos, especialmente aquellos que durante su infancia no tuvieron muchas facilidades o satisfacciones, generalmente por dificultades económicas [2] [6].
- **Sobreansiedad:** Actitud observable en familias donde han ocurrido muertes, los padres son jóvenes e inexpertos, o cuando es hijo único. Se ejerce sobreafecto u sobreprotección motivados por el temor y la ansiedad.
- **Sobreautoridad:** Los padres actúan de esta manera para modelar a sus hijos en un determinado tipo de comportamiento, a ese efecto se impone una disciplina que tiende a ser severa, inflexible y a veces cruel. Esto produce en el niño negativismo, pasividad e inseguridad [2] [6].
- **Falta de afecto:** La indiferencia de los padres para con el niño se manifiesta cuando disponen de poco tiempo para atenderle por incompatibilidad entre el padre y la madre, niño no deseado o el sexo no esperado. El niño suele ser tímido, retraído, indeciso, se asusta con facilidad [2] [6].
- **Rechazo:** Por las mismas causas anteriores, más que aquellas representadas por celos de los padres, mala situación económica, inmadurez, etc. Estos actúan alejados del niño, manteniendo con él una actitud negativa de crítica, de castigo, de disciplina exagerada e inconstante: el resultado suele ser un niño

desobediente e imperioso, que puede pretender una capacidad de mando inexistente, propenso a pataletas, puede ser mentiroso o robar [2] [6].

La teoría de Adler es útil para entender ciertos comportamientos que el niño puede tener en la experiencia dental. Walton a su vez, define cuatro puntos de la mala conducta que debe entender el dentista [9].

**Tabla No. 4 Modelo de Walton para identificación y control de mala conducta**

	Tipo de pensamiento	Clave de identificación clínica	Corrección
Atención	“Yo sé que no soy tu paciente favorito, probablemente no te gusta del todo, pero por lo menos puedo atraer tu atención llorando, negándome a abrir la boca o pataleando”.	Es un niño que habla mucho, que no puede tener las manos abajo, patalea. Este es el tipo de niño que va a escalar en la silla y va a poner los pies en la cabecera.	Decir-mostrar-hacer o algunas palabras para el niño. Por lo general estos niños responden bien ante esta técnica.
Poder	“Yo sé que no le voy a gustar, no voy a ser un buen paciente y no voy a hacer lo que quieres que haga: soy de los pacientes más difíciles de toda tu práctica”.	Este niño es agresivo. Estos niños se les controla viendo fijamente a los ojos, sonriendo y haciéndole cooperar.	Ordenes simples no tienen efecto. Se usa el Control de voz. Por lo general estos niños se les tiene que poner mano sobre boca.
Venganza	“Yo sé que a nadie le gusto y tú no vas a ser la excepción y si me pones hacer algo que no quiero te aseguro que me voy a vengar.	Estos niños son agresivos, tratan de morder o golpear.	Aquí no tienen efecto las técnicas convencionales. Estos niños requieren restrictores físicos.
Inadaptación	“Yo sé que no hay ninguna manera de impresionarte ni de ser un buen paciente, pero no voy a hacer nada para ayudarte y así tal vez me mandes a mi casa”.	Estos niños lloran, gruñen, no importa lo simple del procedimiento.	Estos niños aún con restrictores físicos no se controlan, quizás sea necesario el uso de medicamentos controlados previos a la cita.

Técnicas de Atención y control de conducta en el paciente infantil de S, Rodríguez; F, Pinto; J, Alcocer. 2009.

Pag. 59. [9].

La Academia Americana de Odontología Pediátrica expone que el manejo del comportamiento del niño en consulta se entiende como “la interacción continua entre el niño y el odontólogo para brindarle la confianza necesaria”. Roberto Beltrán considera que el odontólogo debe conocer los tres dominios del aprendizaje, el cognitivo, el afectivo y el psicomotor; además debe educarse en tres campos: el instrumental, el integrador y el aplicativo, con los cuales podrá cumplir los propósitos de su preparación en la competencia individual, trascendencia personal y convivencia social [10].

El odontólogo debe proyectar una imagen de sensibilidad, debe basarse en la capacidad de apoyar al niño y ayudarle a responder eficazmente a los desafíos de la situación odontológica, debe tener en cuenta los sentimientos del niño, reconocerlos y hablar de ellos, los temores deben tratarse abiertamente para ayudar al niño a identificar sus preocupaciones más comunes en la práctica odontológica y explicar los procedimientos para ayudar a aliviar los temores [11].

Furman, en el estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Javeriana en el 2004, observó el comportamiento del niño durante la atención odontológica y menciona que uno de cada cinco niños no se deja realizar acciones clínicas, mientras que dos se dejan atender, pero con mucha dificultad [10].

El temperamento se refiere al estilo de comportamiento o a la manera en la cual los niños interactúan con su ambiente, es el modo característico que tiene una persona, para acercarse, reaccionar ante los demás y ante diversas situaciones [10].

## 1.5 Clasificación del niño según su conducta

El manejo del comportamiento consiste en una evaluación del paciente y una adaptación constante mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación tanto en el desarrollo emocional como entorno social y familiar son importantes para definir qué tipo de manejo requiere cada paciente. Para la evaluación de la conducta del niño se incluye la escala de Frankl [9] [12].

- Tipo 1: Definitivamente Negativo

Son aquellos pacientes que rechazan el tratamiento, gritan fuertemente, están temerosos o tienen otra evidencia de negativismo extremo [9] [12].

- Tipo 2: Negativo

Son pacientes que difícilmente aceptan el tratamiento, no cooperan, tienen algunas evidencias de actitudes negativas, pero no muy marcadas. Se presentan ariscos o lejanos [12] [13].

- Tipo 3: Positivo

Aceptan el tratamiento, a veces cautelosos muestran voluntad para obedecer las órdenes del dentista, con cierta reserva, pero siguen las indicaciones. Son pacientes que tienen un elevado nivel de ansiedad, lo que les impide su cooperación [12].

- Tipo 4: Definitivamente positivo

Niños que mantienen una armonía en la relación con el dentista, se interesan por los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta la situación [12].

## **1.6 Criterios para cambiar una conducta**

Cuando el dentista enfrenta a su paciente, cuyas características son obstructivas para el desarrollo de la comunicación y el eventual tratamiento, se enfrenta a un problema ético para decir si tiene o no derecho a interferir con las particularidades de personalidad de un paciente [6].

El odontólogo, deberá estar capacitado para evaluar conductas normales para la edad del niño, o si está pretendiendo transformar su paciente infantil en un adulto en cuanto a desarrollo intelectual y control emocional. Debería detectar si la conducta del niño es o no adaptada, en caso de ser negativa se debe establecer un programa para cambiarla, si la conducta se considera inadaptada [6].

- No es propia de su nivel de desarrollo
- Presenta con superficie frecuencia
- De continuar, perjudica al niño, a su entorno o a ambos
- Impide la posterior adaptación y evaluación saludable
- Su modificación es sociablemente valiosa [6].

## **1.7 Técnicas para el manejo y control de la conducta**

Uno de los aspectos más importantes en Odontopediatría es el control de conducta, pues sin cooperación por parte del niño no es posible realizar con éxito un tratamiento dental. Básicamente los objetivos del control de conducta serian: [12] [13].

- Establecer una buena comunicación con el niño
- Ganar la confianza del niño y 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 posible [12] [13].

Dentro de la Odontopediatría existen varios métodos el control de la conducta en pacientes pediátricos, las cuales podemos dividirlos en dos grandes grupos:

- Técnicas no farmacológicas
- Técnicas farmacológicas

### **1.7.1 Técnicas no farmacológicas**

Las técnicas no farmacológicas se llevan a cabo para el control de la conducta sin el efecto de ningún fármaco, las cuales se pueden dividir en 3 grupos [12] [13].

- Técnicas por medio de la comunicación:
  - Decir-mostrar-hacer
  - Control de voz
  - Comunicación no verbal.
- Modificación de conducta:
  - Refuerzo positivo
  - Refuerzo negativo
  - Modelado.
- Restrictores físicas o de movimiento:
  - Mano sobre boca
  - Inmovilización parcial o total [12] [13].

### **1.7.1.1 Decir-mostrar-hacer**

- Descripción: Consiste en permitir que el paciente conozca con atención qué procedimientos se le van a realizar. Se hace mediante una secuencia donde primero se le explica en un lenguaje adecuado para su desarrollo, que es lo que se le va hacer (Decir), luego se le hace una demostración (Mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (Hacer). Se recomienda utilizarla continuamente durante la cita para la cual es de utilidad un espejo facial.
- Objetivo: Disminuir la ansiedad mediante la explicación acerca de una situación que es desconocida para el paciente [12] [13].
- Indicaciones: Puede usarse en todos los pacientes [12] [13].
- Contraindicaciones: No está contraindicada para ningún paciente. Sin embargo, es poco eficaz en pacientes de muy corta edad donde aún no se ha desarrollado bien la comunicación verbal [12] [13].

### **1.7.1.2 Control de voz**

- Descripción: Se trata de una modificación del tono y volumen de la voz, así como la velocidad con que se hace. No debe confundirse, sin embargo, con gritar al paciente o enfadarse con él. Puede implicar un aumento o una disminución del tono, por lo que muchas veces se hace hablándole en tono muy bajo al oído del niño(a).
- Objetivo: Establecer comunicación y autoridad con el paciente.
- Indicaciones: Puede usarse en cualquier paciente. Es más útil en aquellos que han desarrollado ya su comunicación verbal y especialmente cuando se trata de un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad.
- Contraindicaciones: Pacientes de muy corta edad que aún no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica [12] [14].

### **1.7.1.3 Comunicación no verbal**

- Descripción: Consiste en la utilización de actitudes tales como cambio de la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento.
- Objetivo: Establecer comunicación con el paciente y controlar la forma en que percibe sus emociones.
- Indicaciones: Puede usarse en todos los pacientes. Es especialmente útil en pacientes de temprana edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.
- Contraindicaciones: Ninguna [12] [14].

### **1.7.1.4 Refuerzo**

Está basado en el hecho que las conductas del hombre son influidas por sus consecuencias. El término operante implica que se puede intervenir en las consecuencias de la conducta para modificarla o eliminarla y así consolidar y aumentar respuestas correctas, es necesario premiar o recompensar. Los premios o reforzadores, pueden ser de variada naturaleza [6].

- Son primarios: Si tienen importancia biológica o satisfacer una necesidad fisiológica
- Secundarios: Dinero, afecto, atención, aprobación [6].

El dentista tiene que operar en el ambiente del niño para reforzar las conductas positivas del paciente y para evitar recompensas aquellas negativas. Los reforzadores sociales son los más empleados y, entre ellos, el elogio. Se describe a continuación una secuencia de este procedimiento [6].

- Que se elogia: Cualquier conducta adecuada que se quiere observar nuevamente. Pequeños avances hacia la conducta final deseada (aproximadamente sucesivas), equivalentes a conformación progresivas de conducta [6].
- Cómo elogiar: Dar instrucciones 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 [6] [12].
- Cuando elogiar: Inmediatamente, para lograr el máximo efecto; si no es posible, el elogio atrasado también efectivo particularmente si se hace en presencia de los padres u otros niños. Elogiar cada vez que ocurra la conducta, ya que la consistencia es muy importante; se ha estudiado un elogio mínimo cada cinco conductas positivas [6] [14].

El refuerzo intermitente o parcial tiene una gran fuerza mayor, ante la consecuencia positiva de cada conducta adecuada. La obtención de una recompensa con cierto ritmo hasta un punto impredecible, explica la dificultad de eliminar el hábito del jugador compulsivo. Si se piensa que dejar la consulta es la recompensa más poderosa que un paciente puede recibir, la salida de ella debe ser bajo ciertas condiciones [6] [13].

La fantasía, agresión, resistencia y retirada son algunos de los medios que dispone un niño para terminar una situación agresiva. El paciente dejará de oponer resistencia injustificada, o de manifestar conductas obstructivas si sus tácticas no dan resultado, si no son reforzadas. Una de las técnicas basadas en este principio es ignorar la situación [6].

- Que se ignora: Conductas inadecuadas pero tolerables, técnicas dilatorias, evitación o demora del tratamiento, distracción, conductas molestas, ruidos, interrupciones, soluciones, órdenes [6].
- Superarse del niño con la instrucción de cambiar actitud, no responder en absoluto, ser firme y continuar ignorando el niño, elogiar el primer signo de conducta deseada [6].

La teoría del aprendizaje social cree que el comportamiento del niño es un reflejo de sus reacciones a las recompensas y castigos que su medio social le proporciona; por lo tanto, las conductas forzadas persisten y las no reforzadas desaparecen [14].

B. F. Skinner, uno de los teóricos clave de la orientación conductista, definió el reforzamiento como un tipo de aprendizaje basado en la asociación de una conducta con las consecuencias derivadas de esta, que aumentan o disminuyen la probabilidad de que sea ejecutada de nuevo. Cuando son negativas hablamos de castigo, y cuando son positivas de refuerzo. Dentro del aprendizaje por reforzamiento distinguimos dos tipos de consecuencia: el Refuerzo positivo y el negativo. Mientras que el Refuerzo positivo se da cuando la conducta conlleva la obtención de un premio, el Refuerzo negativo consiste en la evitación o retirada de un estímulo aversivo [15].

#### **1.7.1.4.1 Reforzamiento y condicionamiento operante**

Los conceptos “Refuerzo positivo” y “Refuerzo negativo” se enmarcan en el paradigma del condicionamiento instrumental u operante. A diferencia del condicionamiento clásico o pavloviano, en que se aprende la asociación entre un estímulo y una respuesta, en el instrumental el sujeto asocia la realización de una conducta con unas consecuencias determinadas [15].

El condicionamiento operante surgió de la obra de los conductistas, Edward Thorndike, que estudió el proceso por el cual los gatos conseguían escapar de “cajas-problema”, y Burrhus F. Skinner, que describió de forma sistemática las características de este procedimiento de aprendizaje y lo aplicó a ámbitos diversos, especialmente a la educación [15].

Skinner distinguió tres tipos de aprendizaje instrumental: el de castigo, que consiste en la aparición de un estímulo aversivo tras la ejecución de la conducta, el de omisión, en el cual la respuesta se asocia con la ausencia de recompensa, y el de reforzamiento, en que la conducta es premiada. Dentro de este procedimiento encontramos el Refuerzo positivo y el negativo [15].

En el marco del condicionamiento operante, las consecuencias de la conducta pueden ser positivas o negativas para quien las recibe; no obstante, esta diferenciación no es la que separa al Refuerzo positivo del negativo, sino que cuando el comportamiento tiene consecuencias aprensivas hablamos de refuerzo, y de castigo cuando son aversivas [15].

Cuando nos referimos al refuerzo o al castigo, los términos “positivo” y “negativo” no hacen referencia a la agradabilidad de la consecuencia, sino a la aparición o desaparición de un estímulo determinado: en el reforzamiento positivo se aprende que se obtendrá una recompensa si se hace algo, y en el negativo que se evitará o se eliminará un estímulo desagradable [15].

#### 1.7.1.4.2 Refuerzo positivo

El reforzamiento o Refuerzo positivo es un concepto y técnica creado hace muchos años por el psicólogo norteamericano B.F. Skinner. A través del reforzamiento positivo vamos premiando las conductas que se desea ver en el niño. Los estímulos que se usan como premios para motivar una conducta deben ser muy atractivos para el pequeño y pueden variar desde unas palabras agradables, hasta una actividad preferida. Inicialmente, los premios se deben presentar al niño inmediatamente después que la conducta deseada se haya exhibido o demostrado. Luego, según el niño va adquiriendo la nueva conducta y entendiendo su valor, el tiempo en que se otorga el premio puede variar [16].

- Descripción: Esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado. Se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado. Es importante hacer el refuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento. Generalmente se utiliza acompañada de las técnicas de Decir-mostrar-hacer y de Refuerzo negativo. En cuanto a los premios o regalos al final de la cita son útiles como reforzadores sociales y para establecer una buena empatía con el paciente. Sin embargo, no son condicionantes ya que no pueden ser utilizados inmediatamente [16] [8].
- Objetivo: Actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de que repita un comportamiento deseado. Motivar e incrementar la presencia de una conducta deseada sin utilizar castigos o violencia. Reforzar positivamente una conducta no es sólo entregar un premio a un niño por una buena conducta. Hay que preguntarse qué es lo que se intenta enseñar al niño. ¿Estás educando al niño para que actúe sólo por un premio o le estás también transmitiendo valores y virtudes?, ¿Lo estás premiando sólo para salir del momento o situación, o para que luego sea un adulto ejemplar?, tus intenciones deben ser claras porque ellas determinarán tus expectativas y la forma en que vayas premiando y educando

al niño. Es importante recordar y enseñar a nuestros niños que finalmente en la vida todas las acciones se hacen por un fin mayor que es el amor, el amor por uno mismo, por otros y por la vida [16] [8].

- Indicaciones: Puede utilizarse en cualquier paciente. En todo momento que sientas es beneficioso para el niño y su aprendizaje de nuevas conductas. No es recomendable usar los extremos, como dar premios materiales a cada momento o no explicar la razón por la que están siendo premiados. Si el niño muestra una conducta negativa, simplemente no se le entrega el premio y se le explica el por qué, recordándoles siempre que ellos tienen capacidad para demostrar mejores conductas. El niño debe de comprender que elegir conductas positivas es más agradable que elegir conductas negativas [12] [16].

Para poder utilizar el Refuerzo positivo de una forma adecuada y lograr los mejores resultados, debemos tener en cuenta las siguientes pautas básicas:

Para que el Refuerzo positivo sea eficaz debe ser explicado al niño antes de que realice la conducta deseada y en términos positivos. Se debe de sentar enfrente de él, en un momento en que podamos charlar tranquilamente, asegurándonos de que nos escucha lo que vamos a decir. Tenemos que ser muy concretos en lo que va a conseguir el niño: en qué momento y durante cuánto tiempo. Que no lleve a equívocos, ni a intentos de negociación [8].

El Refuerzo positivo debe ser aplicado a corto plazo. Es decir, el estímulo agradable para el niño debe aplicarse justo después de la conducta deseada. Si la conducta deseada es que estudie todos los días y el estímulo que le ofrecemos es un viaje en verano, el niño no tiene la suficiente capacidad para mantener cada día la conducta deseada por ese estímulo motivador tan a largo plazo. Cuanto más cercano sea en el tiempo, más eficacia lograremos [8].

Refuerzo ajustado a la conducta deseada, que sea coherente y justo. Agradable para el niño. Si queremos conseguir un cambio importante debe tener una alta dosis de motivación para él, hay que pensar qué es aquello que le gusta en su día a día. A veces no nos damos cuenta que lo que más le puede gustar [8].

Debemos ser consecuentes. Siempre que el niño emita la conducta debe ir seguido del refuerzo previsto. Si consideramos que no vamos a conseguir ser constantes con ese estímulo es preferible que no se inicie, pues en el momento que perdamos credibilidad es muy difícil conseguir los siguientes objetivos. Independientemente de la aplicación adecuada de los refuerzos, estas estrategias deben ir siempre acompañadas del cariño incondicional. No dejamos de quererlos porque hayan hecho algo que creemos que es inapropiado y, así, debemos transmitirlo.

De lo contrario, podríamos dañar la seguridad en sí mismo, su autoestima y en definitiva generar inestabilidad emocional [8].

- Contraindicaciones: Ninguna [12].

#### **1.7.1.5 Refuerzo negativo**

- Descripción: Pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la expresión de rechazo. Al igual que la técnica de Refuerzo positivo, por tratarse de un condicionamiento, debe hacerse inmediatamente y de manera repetida. Generalmente se utiliza en conjunción con el Control de voz para expresar desaprobación. De igual forma puede hacerse condicionando algo que el paciente desea (ej. que ingresen sus padres a la sala de trabajo), a que mejore su comportamiento. El Refuerzo negativo no debe confundirse con castigos. Estos están contraindicados, ya que son contraproducentes y llevan a que se genere una actitud negativa hacia el tratamiento. En cuanto a las promesas que se utilicen para condicionar el comportamiento, éstas deben ser factibles, inmediatas y siempre deben cumplirse. No cumplir con lo prometido o no decir la verdad destruye la confianza del paciente [12].

- Objetivo: Modificar un comportamiento disruptivo mediante un condicionamiento de la respuesta motora del paciente
- Indicaciones: Pacientes que hayan desarrollado capacidad de comunicación oral.
- Contraindicaciones: No debe utilizarse en niños de corta edad que no tengan un desarrollo emocional para entender el condicionamiento [12].

#### **1.7.1.6 Modelado**

Los niños aprenden también por imitación de un modelo.

Según este principio de aprendizaje, existe copia del modelo o modelado, cuando el imitador está preocupado, ansioso, inseguro o frustrado o cuando el modelo parece tener resueltas las situaciones, o si es percibido como teniendo control sobre el imitado [6].

- Descripción: Esta técnica consiste en permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que se desea, mediante la utilización de un modelo que está en una situación similar a la que estará sometido. Puede realizarse en vivo o por medio de videos [6] [12].
- Objetivo: Disminuir la ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo [6] [12].
- Indicaciones: Pacientes que tengan desarrollo emocional y comunicación verbal para entender el objetivo de la técnica [6] [12].
- Contraindicaciones: No se contraindica en ningún paciente. Sin embargo, es de poca utilidad en pacientes de corta edad que no tengan un desarrollo emocional para entender la técnica [12] [13].

### **1.7.1.7 Restrictores físicos o de movimiento**

El paciente debe tener tres o seis años, sano y de desarrollo psicológico normal. Su conducta es una respuesta desproporcionada por un inmanejable aumento de ansiedad o temor. Es necesario discutir con los padres de la necesidad de restringir el niño para tener la oportunidad de enfrentarlo a una situación que en sí misma no amerita una resistencia tan marcada. La autorización de ellos es indispensable [6].

#### **1.7.1.7.1 Mano sobre boca (HOME) Hand Over Mouth Exercise**

La mano sobre la boca del paciente es para apagar el sonido, debe de acercar su cara a la de él y hable directamente al oído. Resulta importante la posición del dentista cerca del oído de niño, el uso de una voz al principio suave y monótono, o es más perentoria, dependiendo de las respuestas del paciente. En cualquier caso, el profesional no debe involucrarse emocionalmente en esta situación debería ser capaz de controlar su propia emoción. El niño no tiene nada contra el dentista como persona, es un esfuerzo para adaptarse a una situación aparentemente intolerable [6].

- Descripción: Esta es una técnica muy controversial que tiende a ser utilizada cada vez menos. Consiste en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca del niño con el fin de aislar el sonido y lograr la comunicación. Se utiliza en conjunción con la técnica de Control de voz y se condiciona la remoción de la mano a la colaboración del niño, cuando éste acepta, se remueve la mano. No debe utilizarse colocando la mano simultáneamente sobre la boca y nariz impidiendo la respiración como se reportó durante un tiempo en la literatura. Se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres antes de aplicarla.
- Objetivo: Establecer comunicación y autoridad con el paciente

- Indicaciones: Un paciente sano que tenga desarrollada la comunicación verbal y tenga potencial de cooperación pero que exhiba un comportamiento desafiante y rebelde
- Contraindicaciones: Pacientes que no tengan capacidad para cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental [12].

#### **1.7.1.7.2 Inmovilización parcial o total**

- Descripción: La inmovilización total o parcial del paciente es necesaria en ciertas situaciones con el fin de proteger la integridad física de éste. Se busca hacer una restricción de no ejercer un exceso de fuerza que pueda lastimarlo. Puede hacerse directamente por el odontólogo, personal auxiliar y padres o puede usarse un dispositivo de restricción (papoose board, Pedi-Wrap, etc.). También se puede inmovilizar la boca con el uso de bloque de mordida o distintos tipos de abre bocas. Se recomienda obtener el consentimiento escrito y verbal de los padres antes de utilizar la técnica [9] [12].
- Objetivo: Proteger la integridad física del paciente con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y con los parámetros clínicos de calidad ideales. También se busca proteger la integridad física del odontólogo y el personal auxiliar [2] [12].
- Indicaciones: Pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental [12].
- Contraindicaciones: Pacientes cooperadores o aquellos donde no hay posibilidad de hacer una inmovilización segura debido a sus condiciones médicas, sociológicas o de desarrollo físico [12].

La mayoría de los niños, presentan una conducta que es muy variable, sobre todo cuando se trata de visitar el consultorio dental, observando manifestaciones diferentes tales como: comportamiento agresivo, temor, aprensión, histeria. Las técnicas empleadas para manejar las emociones del niño es un procedimiento que crea cambios para el comportamiento, así incrementamos el autocontrol del paciente pediátrico.

Las principales técnicas utilizadas por el odontólogo para tratar a un niño son un factor determinante para un ambiente clínico adecuado y sano. Cada profesional debe conocer las diferentes técnicas de manejo de conducta ya que desarrollará la técnica más adecuada y observará el grado de repercusión en el control de las emociones del paciente, de esta forma obtendrá éxito en sus tratamientos. Todas estas técnicas son posibles de usar en los diferentes tipos de conducta en niños, ya sea en forma individual o en forma combinada. Pero un componente esencial en el control de la conducta del paciente pediátrico que pocas veces es tomado en consideración, es la percepción del tratamiento dental por parte de los padres y la ansiedad que esto puede generar en ellos, lo que a su vez pueden transmitir a sus hijos, repercutiendo en el grado de cooperación de éstos dentro del consultorio dental [1].

## 2. Planteamiento del problema

La atención dental infantil, demanda al odontólogo la preparación para brindar un correcto diagnóstico y tratamiento, como también, la capacidad de manejo de conducta, ante lo desconocido y temeroso que puede ser la odontología para un paciente pediátrico.

A partir de los 6 años, el niño reconoce y comprende el “dolor”, por lo que, es importante que el profesional utilice técnicas psicológicas que modifiquen el comportamiento del paciente pediátrico a su favor. Esto puede ser posible si se modifican las condiciones o el ambiente en el que se encuentra [4].

La colaboración que manifieste el paciente pediátrico es fundamental para desarrollar un tratamiento, ya que puede ayudarnos a guardar expectativas buenas posteriores y modificar momentos negativos previos. La falta de conocimiento de la técnica para modificación de conducta, “Refuerzo positivo” por parte del odontólogo, limita la aplicación de tratamientos dentales [12].

El Refuerzo positivo se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado. Es importante hacer el refuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento. El Refuerzo positivo se puede utilizar en cualquier paciente y no tiene alguna contraindicación [12].

En la escuela primaria “Benito Juárez”, ubicada en la localidad de San Miguel Tenochtitlán del Municipio de Jocotitlán, se tiene evidencia de problemas bucales; caries y enfermedad periodontal, según el programa “Escuela Saludable”, del Instituto de Salud de Estado de México (ISEM). Es por ello, que este trabajo de investigación, respondió a la siguiente pregunta; ¿Cuál es la conducta Odontopediátrica, aplicando el Refuerzo Positivo en niños de seis a siete años de la escuela primaria Benito Juárez de septiembre a noviembre de 2017?

### 3. Justificación

El objetivo principal de la odontología pediátrica es lograr la adaptación del niño a la consulta odontológica, estableciendo una buena relación odontólogo-paciente, para poder promover una actitud positiva durante el tratamiento dental. Cabe destacar que es de suma importancia optar por una técnica de manejo de conducta que nos permita modificar o mantener una conducta [3] [7].

En referencia al estudio realizado se utilizó la técnica de Refuerzo positivo para motivar e incrementar la presencia de una conducta sin utilizar castigos y violencia psicológica, esto dirigido al niño para que su actitud sea positiva ante un tratamiento, evaluándolo y ayudándolo a vencer sus temores [7] [14].

La técnica de Refuerzo positivo es un método que ayuda a cambiar, modificar o mantener una conducta a través de un estímulo consecutivo siendo esta, una motivación para obtener la conducta deseada.

En la escuela primaria “Benito Juárez” existe evidencia de enfermedades bucales, los cuales a través del programa “Escuela Saludable” por parte del ISEM se han desarrollado estrategias que permitan diagnosticar y restaurar enfermedades bucodentales.

Es por ello, que el objetivo de este trabajo fue evaluar la conducta utilizando como técnica única el Refuerzo positivo, en niños de seis a siete años de la Escuela Primaria Benito Juárez.

#### 4. Hipótesis

$H_1$ = El Refuerzo positivo como técnica de manejo de conducta aplicada durante la consulta odontológica en niños de 6 a 7 años será efectiva para modificar la conducta de Frankl 1, 2 y 3 así como mantener la conducta Frankl 4, lo cual permitirá el éxito del tratamiento dental.

$H_0$ = El Refuerzo positivo como técnica de manejo de conducta aplicada durante la consulta odontológica en niños de 6 a 7 años no será efectiva para modificar la conducta de Frankl 1, 2 y 3.

## **5. Objetivos**

### **5.1 General**

“Evaluar la conducta Odontopediátrica aplicando el refuerzo positivo en niños de seis a siete años de la Escuela Primaria Benito Juárez de septiembre a noviembre de 2017”

### **5.2 Objetivos Específicos**

- Evaluar la efectividad en la aplicación del refuerzo positivo en niños y niñas en los diferentes tipos de conducta
- Analizar la aplicación del refuerzo positivo en niños de 6 a 7 años
- Comparar el refuerzo positivo según sexo.

## 6. Material y métodos

**6.1 Diseño:** Experimental, longitudinal y analítico.

**6.2 Muestra:** Por conveniencia.

Para el estudio se toman alumnos de 6 a 7 años de edad que asistan a consulta dental en la Escuela Primaria “Benito Juárez” en la primera parte del ciclo escolar 2017-2018.

**6.3 Plan de análisis:** El análisis de los datos se realizará utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20.

**6.4 Definición de variables:**

**6.4.1 Variable dependiente**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Evaluación de la conducta pediátrica.	Proceso por el cual se determina el comportamiento del paciente infantil durante la consulta dental.	Escala de Frankl: (Valores) F1: Definitivamente negativo F2: Negativo F3: Positivo F4: Definitivamente Positivo Se utilizará como instrumento de medición.	Cualitativa	Ordinal

## 6.4.2 Variable Independientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Refuerzo Positivo	Técnica empleada para el manejo de conducta a través de estímulos que se usan como premios para motivar una actitud deseada, estos deben ser muy atractivos para el pequeño y pueden variar desde palabras de elogio, hasta una actividad preferida.	Elogio: El paciente asocia la realización de una conducta con una consecuencia determinada.	Cualitativa	Nominal

## 6.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

### 6.5.1 Criterio de inclusión:

Los criterios de inclusión que conformarán la muestra de nuestra evaluación, son alumnos entre niños y niñas inscritos en la Escuela Primaria “Benito Juárez” que cursen el primer y segundo grado, con edad de 6 a 7 años cumplidos.

### 6.5.2 Criterio de exclusión:

Los alumnos que no se podrán tomar en cuenta serán aquellos que presenten alguna dificultad auditiva, del habla, visual, motora o padecimiento mental, ya que requerirán de alguna otra manera de comunicación y/o atención dental más especializada.

### 6.5.3 Criterio de eliminación:

Los alumnos que sus padres no firmaron el consentimiento informado.

## 6.6 Procedimiento

A fin de evaluar la conducta pediátrica aplicando la técnica de Refuerzo positivo en niños de 6 a 7 años, se realizará un estudio en la Escuela Primaria “Benito Juárez”, ubicada en la Localidad de San Miguel Tenochtitlan, perteneciente al Municipio de Jocotitlán, Estado de México. La investigación se llevará a cabo en el aula habilitada como consultorio dental de esta Institución en un horario de 8:00 am a 13:00 horas. Así como en el consultorio dental de la misma comunidad acompañados por sus padres de familia o tutor, para tratamientos restaurativos que requieran anestesia del paciente en los meses de septiembre a noviembre.

Previamente se pide permiso a la Dirección de la Escuela Primaria, respaldado por un oficio de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, para la autorización y ejecución del proyecto de investigación; posterior a ésta, se realizó una reunión con los padres de familia a los que se les da a conocer el propósito de nuestra estadía en esta Institución, determinando un plan y desarrollo de actividades que se llevará a cabo, además de entregar la hoja de historia clínica y consentimiento informado a los padres de familia para el llenado y autorización de la misma.

A cada uno de los alumnos se les llevará a 3 consultas dentales de manera individual:

- 1.- La primera cita será para el llenado de la historia clínica (odontograma y revisión de tejidos duros y blandos de la boca).
- 2.- La segunda cita será para realizar un tratamiento preventivo (técnica de cepillado, profilaxis, detección de placa dentobacteriana y aplicación de flúor).
- 3.- La tercera cita será una actividad operatoria y/o restaurativa, (extracciones, amalgamas, resinas, obturaciones temporales y/o curaciones, además si es sano la fase preventiva se extenderá a esta consulta con la aplicación de selladores de fosas y fisuras).

## 7. Resultados

En este estudio se incluyeron 59 alumnos de 6 a 7 años de edad, la media de edad fue de  $6.46 \pm 0.625$ . Los alumnos fueron principalmente femeninos 86%. Se implementaron tres consultas dentales por alumno; la primera cita consistió en la presentación y revisión del paciente con el odontólogo, en la segunda cita se realizaron tratamientos preventivos y en la tercera cita se realizó el tratamiento restaurativo, los cuales fueron categorizados según la Escala de Frankl (Tabla 1).

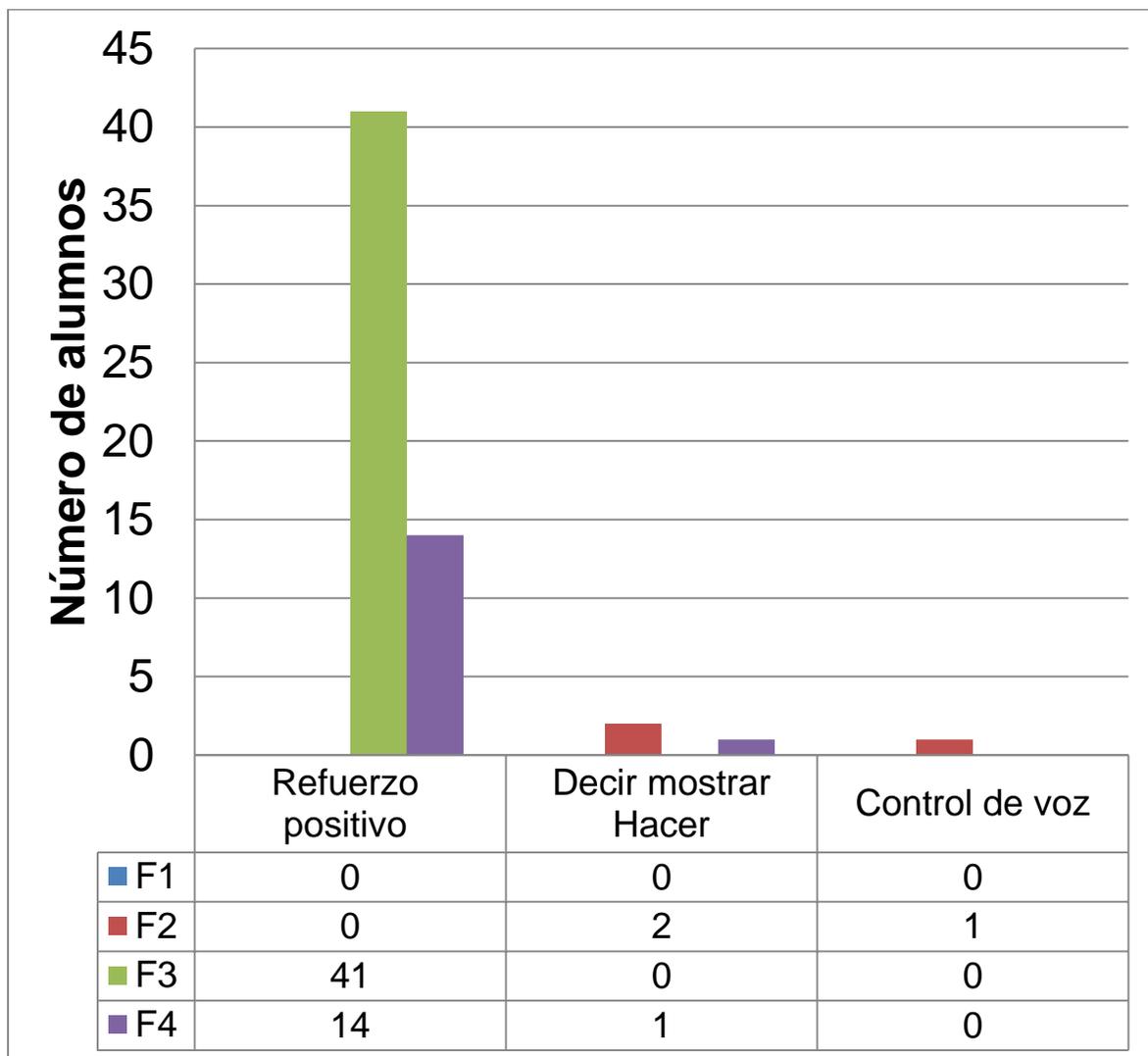
**Tabla 1. Análisis descriptivo de la muestra**

Variables		Escala de Frankl				TOTAL
		F1	F2	F3	F4	
Edad	6 años	0	3	19	6	28
	7 años	0	0	22	9	31
<b>TOTAL</b>		0	3	41	15	59
Primera cita (Revisión)	Masculino	0	0	14	5	19
	Femenino	0	3	27	10	40
<b>TOTAL</b>		0	3	41	15	59
Segunda cita (Profilaxis y aplicación de Flúor)	Masculino	0	0	11	8	19
	Femenino	0	0	9	31	40
<b>TOTAL</b>		0	0	20	39	59
Tercera cita (Tratamiento restaurativo)	Masculino	0	0	8	11	19
	Femenino	0	0	5	35	40
<b>TOTAL</b>		0	0	13	46	59
Tratamiento	Preventivo	0	0	1	17	18
	Restaurativo	0	0	11	23	33
	Extracción	0	0	2	6	8
<b>TOTAL</b>		0	0	14	46	59
Técnica usada en 1ª cita	Refuerzo Positivo	0	0	41	14	55
	Decir mostrar hacer	0	2	0	1	3
	Control de Voz	0	1	0	0	1
<b>TOTAL</b>		0	3	41	15	59
Técnica usada en 2ª cita	Refuerzo Positivo	0	0	17	38	55
	Decir mostrar hacer	0	0	2	1	3
	Control de Voz	0	0	1	0	1
<b>TOTAL</b>		0	0	20	39	59
Técnica usada en 3ª cita	Refuerzo Positivo	0	0	11	44	55
	Decir mostrar hacer	0	0	1	2	3
	Control de Voz	0	0	1	0	1
<b>TOTAL</b>		0	0	13	46	59

Fuente: Propia

En la primera cita se realizó una fase de diagnóstico odontológico del paciente, en el cual se aplicó la técnica de Refuerzo positivo como técnica de manejo de conducta, se evaluó la conducta inicial a través de la Escala de Frankl, dando como resultado que la técnica del Refuerzo positivo fue la más eficaz en 55 alumnos, siendo 41 los que se encuentran en Escala de Frankl 3 y 14 alumnos Frankl 4, se reportan 4 alumnos que no aceptaron la técnica, (Grafica 1).

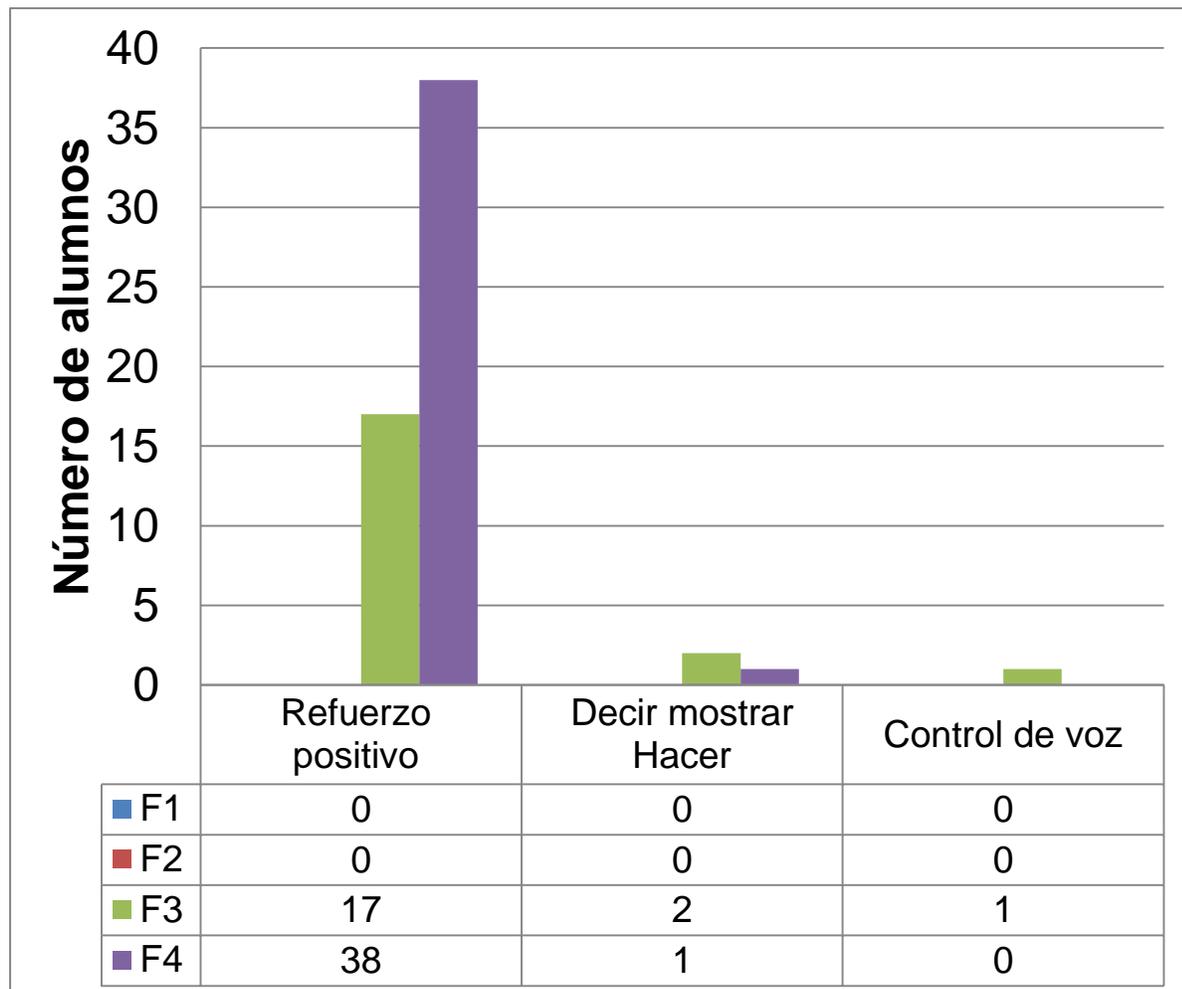
**Gráfica 1. Evaluación de la conducta en la primera cita**



Fuente: propia

En la segunda cita con una fase de prevención se realizó: técnica de cepillado, detección de placa dentobacteriana, profilaxis y aplicación de flúor, con la finalidad de introducir al niño en el área odontológica con sabores, sonidos y texturas nuevas; además se da continuidad a la aplicación de la técnica de Refuerzo positivo, en la cual se siguió evaluando la conducta del alumno a través de la Escala de Frankl, dentro de una atención odontológica más directa y sometido a estrés, dando como resultado que la técnica del Refuerzo positivo se logró mantener en 55 alumnos, siendo 17 alumnos los que se encuentran en Escala de Frankl 3 y 38 alumnos en Frankl 4, estos últimos mostrando un cambio de conducta más favorable.

**Gráfica 2. Evaluación de la conducta en la segunda cita**

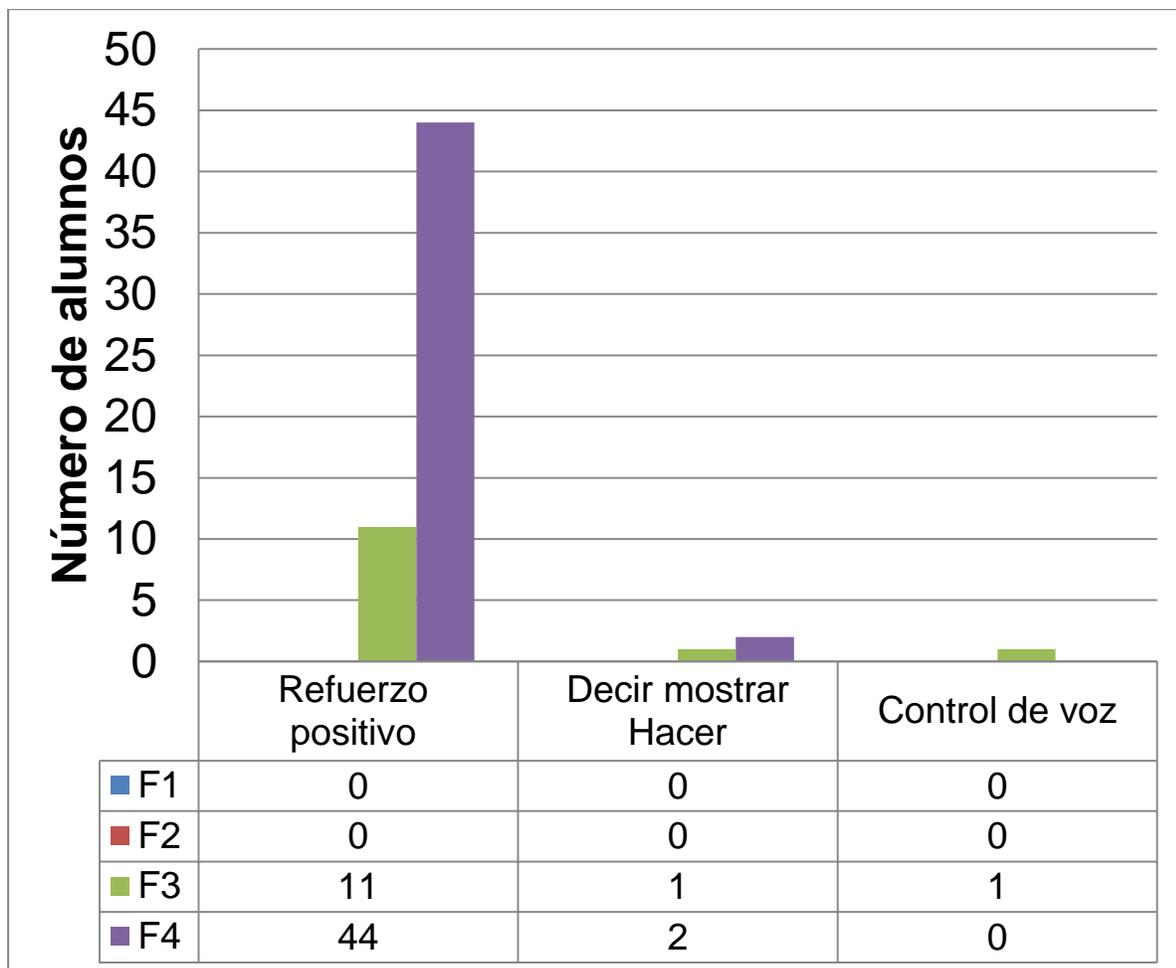


Fuente: propia

En la tercera cita se realizó una fase restaurativa la cual abarco tratamientos como: extracciones, amalgamas, resinas, obturaciones temporales y/o curaciones. Esto para someter a los alumnos a un estrés diferente ante el uso de anestésico local.

Se dio continuidad a la evaluación de la conducta del alumno a través de la escala de Frankl ante la aplicación de la técnica de Refuerzo positivo; dando como resultado 11 alumnos con “conducta positiva” Frankl 3 y a 44 alumnos con conducta “definitivamente positiva” Frankl 4; además con la técnica Decir-mostrar-hacer se obtuvieron como resultado 1 alumno con “conducta positiva” Frankl 3 y 2 alumnos con conducta “definitivamente positiva” Frankl 4; con la técnica Control de voz se obtuvo 1 alumno con “conducta positiva” Frankl 3.

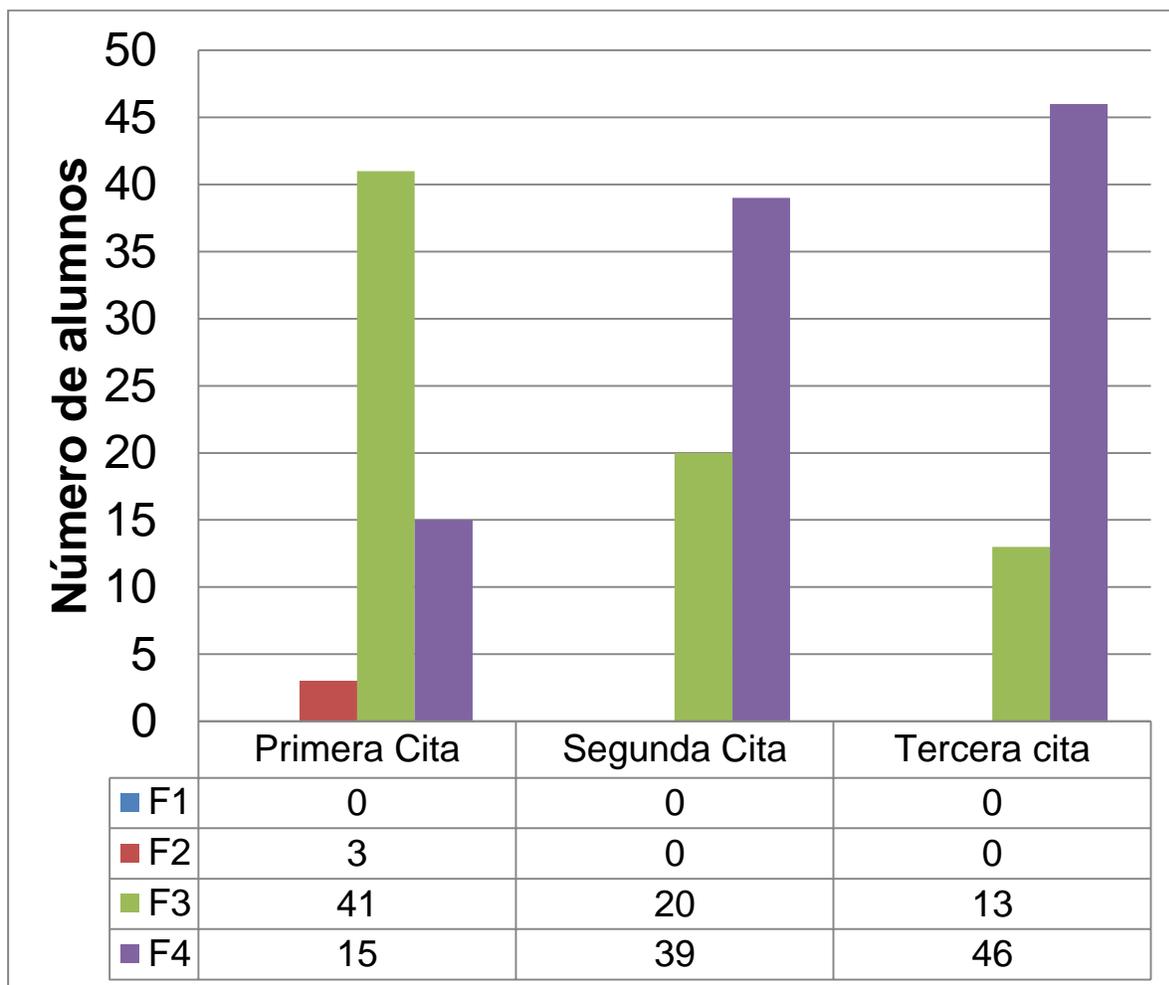
**Gráfica 3. Evaluación de la conducta en la tercera cita**



Fuente: propia

En la gráfica 4 se muestran los resultados de primera, segunda y tercera cita referente a la evaluación del cambio de conducta que mostraron los alumnos al término de la consulta odontológica a través de la Escala de Frankl. En la primera cita una modificación de la conducta con 3 alumnos (Frankl 2), 41 alumnos (Frankl 3), 15 alumnos (Frankl 4); en la segunda cita se mostró un progreso modificando la conducta de manera favorable con 20 alumnos (Frankl 3) y 39 alumnos (Frankl 4), eliminando la conducta menos favorable (Frankl 2); en la tercera cita se logró el cambio de conducta siendo 13 alumnos (Frankl 3) y 46 alumnos (Frankl 4).

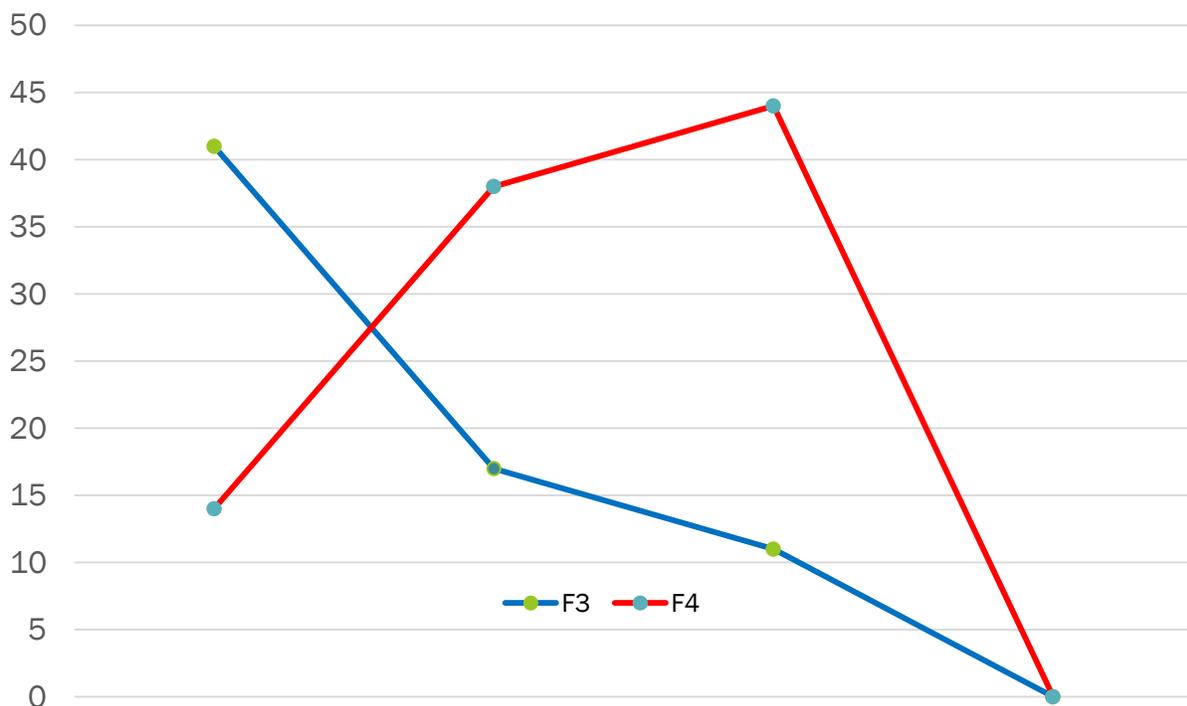
**Gráfica 4. Resultados en la evaluación de la conducta**



Fuente: propia

En la gráfica 5 se muestra una comparativa del cambio de conducta de pacientes F3 y F4 con los que se aplicó únicamente la técnica de Refuerzo positivo como técnica única para el manejo de conducta. En la primera cita se obtuvieron 41 (Frankl 3) y 14 (Frankl 4); en la segunda cita se mostró un progreso modificando la conducta de manera favorable con una disminución a 17 alumnos (Frankl 3) y 38 alumnos (Frankl 4); en la tercera cita se logró el cambio de conducta siendo 11 alumnos (Frankl 3) y 44 alumnos (Frankl 4). Demostrando que la técnica de Refuerzo positivo es efectiva para el cambiar y mantener una conducta favorable en un paciente infantil en edad de 6 y 7 años.

**Gráfica 5 Evaluación F3, F4 Refuerzo Positivo**



Frankl	Primera cita	Segunda cita	Tercera cita	Prueba Friedman $p \leq 0.01$
F3	41	17	11	*0.001
F4	14	38	44	

Fuente: propia

## 8. Discusión

La odontología es un área de la salud médica que puede ser temida, ya que a falta de conocimiento en el manejo de conducta puede generar diversos temores desde la primera consulta dental, sobre todo en la infancia [1].

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad del Refuerzo positivo como técnica única, siendo la escala de Frankl la que determinó el comportamiento del paciente infantil en todas sus citas, como la categorización de acuerdo a la edad.

En este estudio se presentaron un total de hombres, mujeres, con promedio de edad, donde el género no demostró ser un factor en la evaluación de la conducta odontopediátrica, presentando un Frankl en niños de 32% y en niñas 68%. Esto es consistente con reportes previos, donde indican que el sexo no es factor determinante en el comportamiento del niño en consulta dental.

Una de las fortalezas de esta técnica, es que no tiene contraindicaciones, puede ser usada en cualquier tipo de paciente a cualquier edad, la debilidad de este tipo de técnica es que existen pacientes con conductas difíciles donde es necesario optar por otros tipos de manejo de conducta, tal y como se presentó en este estudio donde la técnica de Refuerzo positivo fue efectiva como técnica única en pacientes con conducta (Frankl 3 y 4); sin embargo, demostró no ser efectiva en pacientes (Frankl 1 y 2), donde fue necesario el uso de técnicas alternas como; Decir-mostrar-hacer y Control de voz [1].

Las evidencias de este estudio demostraron que algunos infantes desde la primera consulta dental no aceptaron la técnica de Refuerzo positivo, al expresar su inconformidad ante los elogios propios de la técnica, lo que implica otra limitante del uso de Refuerzo positivo como técnica única. En estos casos la técnica utilizada fue Decir-mostrar-hacer y Control de voz [17].

Estudios previos han reportado que la técnica más usada es Decir-mostrar-hacer en un comportamiento positivo y en comportamientos negativos la Restricción física; en esta investigación para los pacientes con comportamiento positivo la técnica más usada fue Refuerzo positivo y en pacientes con conducta negativa, Decir-mostrar-hacer y Control de voz; futuros estudios podrían categorizar estas tres técnicas según la escala de Frankl, con la intención de evaluar el tratamiento y observar con cual técnica se comportan mejor [10].

En este proyecto evaluamos el comportamiento del niño con la escala de Frankl antes y después de ser atendido. Después de evaluar a los niños en la Escuela Primaria “Benito Juárez” los resultados de esta investigación sugieren que inicialmente prevalecía un comportamiento ligeramente negativo, pero al ser tratados en consulta y utilizar el Refuerzo positivo para manejar la conducta, éste cambió de ligeramente negativa a positiva y definitivamente positiva; esto podría deberse a que en esta investigación el patrón de consultas fue consecutiva ante una primera, segunda y tercera cita, siendo un factor fundamental para la adaptación del paciente [1] [2].

Sin embargo, diversos artículos señalan que no existe una técnica determinada para manejar las emociones en el niño, ya que cada niño presenta un comportamiento diferente acorde a la edad [11].

La distribución de la Escala de Frankl en este estudio se presentó de la siguiente forma; en Frankl 4, Frankl 3, (93.2%) Frankl 2, existiendo ausencia de Frankl 1, lo que limitó la evaluación del Refuerzo positivo en pacientes con conducta definitivamente negativa. Diversos estudios han determinado que el mayor desarrollo cognitivo de los infantes ocurre entre los 6 a 12 años de edad, al iniciar la etapa escolar. Es en este rango de edad donde se facilita la atención dental, presentando menor prevalencia de Frankl 1 y Frankl 2, que a edades más cortas. En este estudio la distribución de la muestra según la edad fue de la siguiente forma; 6 años (47.4%), 7 años (52.6%), por lo que, esto podría explicar la ausencia de Frankl 1 [1] [3].

Futuras investigaciones podrían aumentar la muestra de pacientes con Frankl 1, disminuyendo el rango de edad y evaluando distintas técnicas de conducta como Refuerzo positivo, Control de voz, Decir-mostrar-hacer, Restricción física, Mano sobre boca, Modelado, entre otras [1] [12] [13].

Nuestro estudio evaluó la conducta de los pacientes odontopediátricos en tres fases; (i) fase de diagnóstico y presentación, (ii) fase preventiva, (iii) fase operatoria o restaurativa, donde la evaluación del Refuerzo positivo para la mayoría de los sujetos de investigación demostró ser efectiva. Sin embargo, la conducta podría modificarse posterior a la última cita, donde el uso de anestesia local es un factor a considerar en el cambio de la conducta odontopediátrica, futuros estudios podrían realizar un seguimiento con un mayor número de consultas [1] [3] [10].

Después de analizar los datos se sugiere dar continuidad al proyecto con un número mayor de citas a las realizadas en este trabajo, además, de incorporar a pacientes que presenten una conducta en la Escala de Frankl 1 (definitivamente negativo), para verificar si es efectivo como técnica única el Refuerzo positivo o se implementa como técnica de apoyo. Los resultados de este estudio sugieren que la técnica de Refuerzo positivo es efectiva en el tratamiento dental de niños con Frankl 3 y 4 [10].

El Refuerzo positivo es efectivo en Frankl 3 y 4, cuando se aplicó la prueba estadística de Friedman para muestras relacionadas mostrando una significancia de 0.001.

## 9. Conclusión

Las técnicas de Manejo de la conducta influyen en el comportamiento de los niños haciendo que éste cambie o se mantenga a favor del odontólogo y de esta manera disminuyan los casos de comportamientos negativos en la consulta odontológica.

La escala conductual de Frankl nos permite de manera rápida y sencilla evaluar la conducta del paciente durante cada consulta odontológica, por su simplicidad y gran ayuda para categorizar al paciente.

Los resultados de este estudio sugieren que la técnica de Refuerzo positivo sea aplicable en pacientes con una conducta representada en la Escala de Frankl de 3 y 4, pero no es efectiva en pacientes con conducta en Escala de Frankl 1 y 2. Como resultado final se obtuvieron 13 pacientes con conducta Frankl 3 y 46 pacientes con conducta Frankl 4. Los pacientes que tuvieron manejo de conducta distinta al Refuerzo positivo se mantuvieron.

La Técnica de Refuerzo positivo no es aplicable en todos los pacientes ya que depende del tipo de comportamiento que presente durante la consulta dental. En esta investigación se evidenció que el manejo de consultas de diagnóstico, prevención y tratamiento restaurativo, fue un factor fundamental para la demostración efectiva en el mantenimiento de la conducta odontopediátrica.

Es necesario evaluar y adaptar al paciente con las diferentes técnicas del abordaje psicológico con un conocimiento y entrenamiento previo sobre la conducta y etapa psicosocial del niño para poder crear cambios en su comportamiento. No existe una técnica determinada para manejar las emociones del niño, ya que cada niño presenta un comportamiento diferente de acorde a la edad.

Este estudio categorizó edades de 6 a 7 años, presentando una mayor prevalencia de Frankl 3 y 4.

## 10. Referencia

- [1] J.R.BOJ, M. CATALÁ, C. GARCIA-BALLESTA y A.MENDOZA, Odontopediatría, 1a ed., España: Elviesier Masson, 2004, pp. 1-6; 263-269.
- [2] R. C. Mercado, G. P. M. d. Priego, C. K. Irakawa y M. P. Pa, Estomatología Pediatrica, De lujo ed., vol. I, Lima: Ripano, 2010, pp. 72-90.
- [3] A. M. Biondi y S. G. Cortese, Odontopediatría, Fundamentos y practicas para la atencion integral personalizada, 2a ed., vol. I, Buenos Aires: Alfaomega, 2011, pp. 1-27.
- [4] D. E. Papalia, Desarrollo Humano, México: Mc. Graw Hill, 2010.
- [5] L. A. Pervin, La ciencia de la Personalidad, España, España: S.A. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA, 1997, p. 504.
- [6] F. E. Muñoz, Odontología Pediatrica, Segunda ed., vol. I, Santiago: Ripano, 2004, pp. 36-67.
- [7] D. E. B. Leache, Atlas de odontologia Infantil para peditras y odontologos, Madrid: Ripano, 2005, p. 129.
- [8] P. L. B. Psicologa, «guiainfantil.com,» OJD.Polegar Medios S.L., Enero 2017. [En línea]. Available: <https://www.guiainfantil.com/articulos/educacion/aprendizaje/refuerzos-positivos-en-la-educacion-de-los-ninos/>. [Último acceso: 27 Septiembre 2017].
- [9] R. S, P. F y A. J, «Técnicas de Atención y control de conducta en el paciente infantil,» *Odontologia Vital*, vol. 2, nº 11, pp. 59-67, Septiembre 2009.
- [10] M. P. L. Ossa, V. C. Chaverra y D. M. Correa, «Manejo de la conducta del Paciente Pediatrico por los estudiantes de la Facultad de Odontologia, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellin 2012,» *Revista Nacional de Odontologia*, pp. 59-65, 10 Diciembre 2012.
- [11] I. Calero, L. Aristizabal y J. Villavicendio, «Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la practica odontologica,» *Estomatologia y Salud*, vol. 20, pp. 45-49, 2012.
- [12] V. N. Aguado y R. F. Rios, «Utilización del concentimiento informado para la aplicación de técnica de manejo de conducta; explicacion del procedimiento, riezos y complicaciones durante el tratamiento dental,» *Odontologica Mexicana*, vol. 16, nº 4, pp. 242-251, Diciembre 2012.

- [13] A. JA, R. KMPC, B. M, C. FNP y C. MSNP, «Propuestas no Farmacologicas de manejo del comportamiento en Niños,» *Estomatológica Herediana*, vol. 20, nº 2, pp. 101-106, abril-junio 2010.
- [14] V. Antunes, F. G. Jimeno y L. Dalmaut, «Tecnica de Modificación de la conducta en Odontopediatria,» *Odontol Pediatr*, pp. 108-114, 30 Abril 2008.
- [15] Psicologo y A. Figueroba, «Psicologia y Mente,» *Psicologia y Mente* , 2016. [En línea]. Available: <https://psicologiymente.net/psicologia/refuerzo-positivo-negativo#!>. [Último acceso: 27 Sentiembre 2017].
- [16] Publidisseny, «ebm En Buenas Manos,» ebm En Buenas Manos, [En línea]. Available: <http://www.enbuenasmanos.com/el-refuerzo-positivo>. [Último acceso: 27 septiembre 2017].
- [17] A. G. Islas, G. E. P. Vidrio y A. H. Aguirre, «Evaluación de la ansiedad y la persepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres metodos de información,» *Odontologica Mexicana*, vol. 11, nº 3, pp. 135-139, Septiembre 2007.

## **11. Anexos**

# Oficio



## UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Oficio No. 28/2017  
Licenciatura de Cirujano Dentista  
Asunto: Solicitud

Ixtlahuaca de Rayón, México a 05 de Septiembre de 2017.

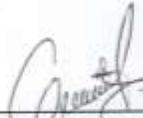
Mtra. Cella Colin Becerril  
Directora De La Escuela Primaria "Benito Juárez"  
Zona Escolar: P-285 CCT: 15EPR09120  
Ubicada en: San Miguel Tenochtitlan  
Municipio de Jocotitlan Estado De México

PRESENTE:

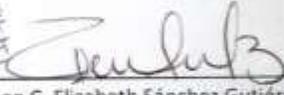
Las que suscriben Nazly Arellano Hernández y Angélica Ruiz González, alumnas egresadas de la Licenciatura de Cirujano Dentista de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, con el objetivo de realizar el Proyecto de Investigación de Tesis para obtener el grado de Cirujano Dentista. Por medio del presente escrito nos dirigimos a usted de la manera más atenta y respetuosa y de no existir inconveniente alguno, permita realizar actividades de llenado de Historia Clínica, revisión odontológica, como la realización de cuestionarios a los alumnos de primero, segundo y tercer grado de la Institución Educativa al cual dignamente dirige. Lo anterior es con la finalidad de obtener datos estadísticos en cuanto a la Efectividad del manejo de conducta con la Técnica de Refuerzo Positivo según Skinner-Frankl durante la atención odontológica (se anexa formato).

Por la atención que sirva dar a las presentes, le reiteramos nuestro más sincero agradecimiento quedando de usted:

  
\_\_\_\_\_  
Nazly Arellano Hernández

  
\_\_\_\_\_  
Angélica Ruiz González

  
\_\_\_\_\_  
E.O.P. Juana Gabriela Espinoza Suarez  
Asesora De Tesis Universidad De Ixtlahuaca C.U.I.

  
\_\_\_\_\_  
M. en C. Elizabeth Sánchez Gutiérrez  
Directora Técnica de la Licenciatura en Cirujano Dentista

CIRUJANO DENTISTA  
ACUERDO CIRE No. 1271  
de fecha 14 mayo 2011.  
de las sesiones EN C.M. 2011-2

  
\_\_\_\_\_  
Mtra. CELLA COLIN BECERRIL  
DIRECTORA ESCOLAR.



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI  
INCORPORADA A LA UNAM  
LICENCIATURA EN CIRUJANO DENTISTA  
ESC. PRIMARIA "BENITO JUAREZ".



*Planeación y Desarrollo de Actividades*  
*"Refuerzo Positivo"*



TIEMPO	ACTIVIDAD
<b>Actividad 1</b> 25-29 Sep	Reunión con padres de familia: <ul style="list-style-type: none"><li>• Bienvenida.</li><li>• Se dará a conocer el motivo de la reunión (el plan y desarrollo del proyecto).</li><li>• Llenado de la Historia Clínica y consentimiento informado; autorizando o no el manejo de actividades con el alumno.</li><li>• Periodo de Preguntas y respuestas.</li></ul>
<b>Actividad 2</b> 09-20 Oct	Primera consulta con el alumno (fase diagnóstica): <ul style="list-style-type: none"><li>• En la primera consulta se tendrá el primer contacto con el alumno, por lo que se hará el llenado del odontograma que se encuentra en la Historia Clínica iniciando con el Manejo de Conducta (refuerzo positivo) y posterior a éste llenado se hará la <b>primera encuesta</b>.</li></ul>
<b>Actividad 3</b> 23-Oct / 3- Nov	Segunda consulta con el alumno (fase preventiva): <ul style="list-style-type: none"><li>• Se realizará la Técnica de cepillado, fluorización, profilaxis. En caso de ser necesario esta fase se extenderá hasta la tercera cita en niños sanos con la aplicación de selladores de fosas y fisuras; Se usará como auxiliar en esta consulta una dinámica o proyección de video.</li><li>• Se continúa con el Manejo de conducta con Refuerzo positivo.</li><li>• Se llenará la <b>segunda encuesta</b>.</li></ul>
<b>Actividad 4</b> 6- 30 Nov	Tercera consulta con el alumno (fase restaurativa): <ul style="list-style-type: none"><li>• Se someterá al alumno a sonidos, sensaciones y estrés dentro del consultorio dental el cual se analizará el grado de cooperación de éstos dentro del consultorio dental así como el comportamiento si este repercute o favorece en los tratamientos.</li><li>• Se continúa con el Manejo de conducta con Refuerzo positivo.</li><li>• Los tratamientos a ofrecer son: Selladores de fosas y fisuras, eliminación de focos infecciosos, exodoncias, curaciones y/o terapia pulpar.</li><li>• Se llenará la <b>tercera encuesta</b>.</li></ul>



## *Consentimiento Informado*

**Señor Padre de Familia o Tutor:**

Su hijo (a) será valorado y tendrá atención médica odontológica que le permita tener una buena salud bucal si así lo requiriera, por lo cual en caso de estar de acuerdo de que su hijo (a) sea atendido sírvase de firmar la Autorización del Tratamiento que aparece en la parte inferior, así como proporcionar los datos que se requieran en el llenado de la Historia Clínica Odontológica el cual nos servirá para conocer los antecedentes de salud de su hijo (a).

**Declaración de la/del Padre o Tutor del Alumno.**

Declaro la veracidad de todos los datos relativos a la Historia Clínica que he proporcionado y que no ha existido omisión alguna de interés médico odontológico. Declaro que he sido informado satisfactoriamente de la naturaleza y propósito del procedimiento clínico odontológico citado el cual se realizará dentro de la Institución.

Estoy de acuerdo y me explicaron los métodos de manejo de conducta que se le realizarán a mi hijo(a) durante sus revisiones bucales, en caso necesario, ya que son en bien de su salud, así como para realizar los tratamientos odontológicos que requiera, deslindando de cualquier responsabilidad al Médico Odontólogo o Institución.

Doy fe que la Odontóloga:

Me ha informado del procedimiento clínico al que será sometido/a mi hijo(a), ya que el paciente es menor de edad, Yo como padre o tutor autorizo y estoy de acuerdo con este consentimiento informado para el tratamiento dental de mi hijo (a):

Por este medio autorizo que el odontólogo(a) que está a cargo de este proyecto efectúe la atención y tratamiento necesario de mi hijo (a) y pueda tener él (ella) una buena salud bucal.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Padre o Tutor  
del paciente que autoriza el tratamiento

## *Desarrollo de Tratamiento*

Fecha	Órgano Dentario	Diagnostico	Tratamiento	Firma del Odontólogo

Observaciones:



Consulta No.	Fecha:	Hora:
Nombre del escolar:		
Edad:	Grupo:	Sexo: M/F

ESCALA DE FRANKL				
	DEFINICION	1RA CITA	2DA CITA	3RA CITA
<b>TIPO 1: Definitivamente negativo</b>	Son aquellos pacientes que rechazan el tratamiento, gritan fuertemente, están temerosos o tienen otra evidencia de negativismo extremo.			
<b>TIPO 2: Negativo</b>	Son pacientes que difícilmente aceptan el tratamiento, no cooperan, tienen algunas evidencias de actitudes negativas, pero no muy marcadas. Se presentan ariscos o lejanos.			
<b>TIPO 3: Positivo</b>	Aceptan el tratamiento, a veces cautelosos, muestran voluntad para obedecer las órdenes del dentista, con cierta reserva pero siguen las indicaciones. Son pacientes que tienen un elevado nivel de ansiedad, lo que les impide su cooperación.			
<b>TIPO 4: Definitivamente positivo</b>	Niños que mantienen una armonía en la relación con el dentista, se interesan por los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta la situación.			

<b>1. ¿Cómo te sentías antes de que entraras a consulta?</b> a) Temeroso(a)                      b) Enojado(a)                      c) Nervioso(a)                      d) Feliz
<b>2. ¿Sentiste temor cuando te atendieron?:</b> a) Si                                      b) No
<b>3. ¿El doctor te inspiró confianza?</b> a) Si                                      b) No
<b>4. ¿Te gusto que la dentista platicara contigo durante la consulta?</b> a) Si                                      b) No
<b>5. Durante la consulta se usaron las siguientes frases, cual te gusto más.</b> a) Lo estás haciendo muy bien b) Eres muy valiente c) Soy tu fan d) Eres un campeón e) Eres una princesa f) Hoy me has ayudado mucho g) Te portaste muy bien h) Eres mi paciente favorito
<b>6. Después de tu consulta dental, ¿cómo te sientes?</b> a) Temeroso(a)                      b) Enojado(a)                      c) Nervioso(a)                      d) Feliz



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI  
INCORPORADA A LA UNAM  
LICENCIATURA EN CIRUJANO DENTISTA  
ESC. PRIMARIA "BENITO JUAREZ".



Consulta No.	Fecha:	Hora:
Nombre del escolar:		
Edad:	Grupo:	Sexo: M/F

ESCALA DE FRANKL				
	DEFINICION	1RA CITA	2DA CITA	3RA CITA
<b>TIPO 1: Definitivamente negativo</b>	Son aquellos pacientes que rechazan el tratamiento, gritan fuertemente, están temerosos o tienen otra evidencia de negativismo extremo.			
<b>TIPO 2: Negativo</b>	Son pacientes que difícilmente aceptan el tratamiento, no cooperan, tienen algunas evidencias de actitudes negativas, pero no muy marcadas. Se presentan ariscos o lejanos.			
<b>TIPO 3: Positivo</b>	Aceptan el tratamiento, a veces cautelosos, muestran voluntad para obedecer las órdenes del dentista, con cierta reserva pero siguen las indicaciones. Son pacientes que tienen un elevado nivel de ansiedad, lo que les impide su cooperación.			
<b>TIPO 4: Definitivamente positivo</b>	Niños que mantienen una armonía en la relación con el dentista, se interesan por los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta la situación.			

<p><b>1. ¿Cómo te sentías antes de que entraras a consulta?</b> a) Temeroso(a)                      b) Enojado(a)                      c) Nervioso(a)                      d) Feliz</p> <p><b>2. ¿Sentiste temor cuando te atendieron?:</b> a) Si                                      b) No</p> <p><b>3. ¿El doctor te inspiró confianza?</b> a) Si                                      b) No</p> <p><b>4. ¿Te gusto que la dentista platicara contigo durante la consulta?</b> a) Si                                      b) No</p> <p><b>5. Durante la consulta se usaron las siguientes frases, cual te gusto más.</b> a) Lo estás haciendo muy bien b) Eres muy valiente c) Soy tu fan d) Eres un campeón e) Eres una princesa f) Hoy me has ayudado mucho g) Te portaste muy bien h) Eres mi paciente favorito</p> <p><b>6. Después de tu consulta dental, ¿cómo te sientes?</b> a) Temeroso(a)                      b) Enojado(a)                      c) Nervioso(a)                      d) Feliz</p>
---

E.O.P. Jeraldine -  
Izchel Martine  
Olguin





UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI  
INCORPORADA A LA UNAM  
LICENCIATURA EN CIRUJANO DENTISTA  
ESC. PRIMARIA "BENITO JUAREZ".



Consulta No.	Fecha:	Hora:
Nombre del escolar:		
Edad:	Grupo:	Sexo: M/F

ESCALA DE FRANKL				
	DEFINICION	1RA CITA	2DA CITA	3RA CITA
<b>TIPO 1: Definitivamente negativo</b>	Son aquellos pacientes que rechazan el tratamiento, gritan fuertemente, están temerosos o tienen otra evidencia de negativismo extremo.			
<b>TIPO 2: Negativo</b>	Son pacientes que difícilmente aceptan el tratamiento, no cooperan, tienen algunas evidencias de actitudes negativas, pero no muy marcadas. Se presentan ariscos o lejanos.			
<b>TIPO 3: Positivo</b>	Aceptan el tratamiento, a veces cautelosos, muestran voluntad para obedecer las órdenes del dentista, con cierta reserva pero siguen las indicaciones. Son pacientes que tienen un elevado nivel de ansiedad, lo que les impide su cooperación.			
<b>TIPO 4: Definitivamente positivo</b>	Niños que mantienen una armonía en la relación con el dentista, se interesan por los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta la situación.			

<b>1. ¿Cómo te sentías antes de que entraras a consulta?</b> a) Temeroso(a)                      b) Enojado(a)                      c) Nervioso(a)                      d) Feliz
<b>2. ¿Sentiste temor cuando te atendieron?:</b> a) Si                                      b) No
<b>3. ¿El doctor te inspiró confianza?</b> a) Si                                      b) No
<b>4. ¿Te gusto que la dentista platicara contigo durante la consulta?</b> a) Si                                      b) No
<b>5. Durante la consulta se usaron las siguientes frases, cual te gusto más.</b> a) Lo estás haciendo muy bien b) Eres muy valiente c) Soy tu fan d) Eres un campeón e) Eres una princesa f) Hoy me has ayudado mucho g) Te portaste muy bien h) Eres mi paciente favorito
<b>6. Después de tu consulta dental, ¿cómo te sientes?</b> a) Temeroso(a)                      b) Enojado(a)                      c) Nervioso(a)                      d) Feliz

Sergio Amago  
SEF



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI  
INCORPORADA A LA UNAM  
LICENCIATURA EN CIRUJANO DENTISTA  
ESC. PRIMARIA "BENITO JUAREZ".



Consulta No.	Fecha:	Hora:
Nombre del escolar:		
Edad:	Grupo:	Sexo: M/F

ESCALA DE FRANKL				
	DEFINICION	1RA CITA	2DA CITA	3RA CITA
<b>TIPO 1: Definitivamente negativo</b>	Son aquellos pacientes que rechazan el tratamiento, gritan fuertemente, están temerosos o tienen otra evidencia de negativismo extremo.			
<b>TIPO 2: Negativo</b>	Son pacientes que difícilmente aceptan el tratamiento, no cooperan, tienen algunas evidencias de actitudes negativas, pero no muy marcadas. Se presentan ariscos o lejanos.			
<b>TIPO 3: Positivo</b>	Aceptan el tratamiento, a veces cautelosos, muestran voluntad para obedecer las órdenes del dentista, con cierta reserva pero siguen las indicaciones. Son pacientes que tienen un elevado nivel de ansiedad, lo que les impide su cooperación.			
<b>TIPO 4: Definitivamente positivo</b>	Niños que mantienen una armonía en la relación con el dentista, se interesan por los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta la situación.			

<b>1. ¿Cómo te sentías antes de que entraras a consulta?</b> a) Temeroso(a)                      b) Enojado(a)                      c) Nervioso(a)                      d) Feliz
<b>2. ¿Sentiste temor cuando te atendieron?:</b> a) Si                                      b) No
<b>3. ¿El doctor te inspiró confianza?</b> a) Si                                      b) No
<b>4. ¿Te gusto que la dentista platicara contigo durante la consulta?</b> a) Si                                      b) No
<b>5. Durante la consulta se usaron las siguientes frases, cual te gusto más.</b> a) Lo estás haciendo muy bien b) Eres muy valiente c) Soy tu fan d) Eres un campeón e) Eres una princesa f) Hoy me has ayudado mucho g) Te portaste muy bien h) Eres mi paciente favorito
<b>6. Después de tu consulta dental, ¿cómo te sientes?</b> a) Temeroso(a)                      b) Enojado(a)                      c) Nervioso(a)                      d) Feliz

*[Handwritten signature]*  
Lic. en Psic. Ua. de Ixt.  
Alicia Gedeon



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI  
INCORPORADA A LA UNAM  
LICENCIATURA EN CIRUJANO DENTISTA  
ESC. PRIMARIA "BENITO JUAREZ".



Consulta No.	Fecha:	Hora:
Nombre del escolar:		
Edad:	Grupo:	Sexo: M/F

ESCALA DE FRANKL				
	DEFINICION	1RA CITA	2DA CITA	3RA CITA
<b>TIPO 1: Definitivamente negativo</b>	Son aquellos pacientes que rechazan el tratamiento, gritan fuertemente, están temerosos o tienen otra evidencia de negativismo extremo.			
<b>TIPO 2: Negativo</b>	Son pacientes que difícilmente aceptan el tratamiento, no cooperan, tienen algunas evidencias de actitudes negativas, pero no muy marcadas. Se presentan ariscos o lejanos.			
<b>TIPO 3: Positivo</b>	Aceptan el tratamiento, a veces cautelosos, muestran voluntad para obedecer las órdenes del dentista, con cierta reserva pero siguen las indicaciones. Son pacientes que tienen un elevado nivel de ansiedad, lo que les impide su cooperación.			
<b>TIPO 4: Definitivamente positivo</b>	Niños que mantienen una armonía en la relación con el dentista, se interesan por los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta la situación.			

<b>1. ¿Cómo te sentías antes de que entraras a consulta?</b> a) Temeroso(a)                      b) Enojado(a)                      c) Nervioso(a)                      d) Feliz
<b>2. ¿Sentiste temor cuando te atendieron?:</b> a) Si                                      b) No
<b>3. ¿El doctor te inspiró confianza?</b> a) Si                                      b) No
<b>4. ¿Te gusto que la dentista platicara contigo durante la consulta?</b> a) Si                                      b) No
<b>5. Durante la consulta se usaron las siguientes frases, cual te gusto más.</b> a) Lo estás haciendo muy bien b) Eres muy valiente c) Soy tu fan d) Eres un campeón e) Eres una princesa f) Hoy me has ayudado mucho g) Te portaste muy bien h) Eres mi paciente favorito
<b>6. Después de tu consulta dental, ¿cómo te sientes?</b> a) Temeroso(a)                      b) Enojado(a)                      c) Nervioso(a)                      d) Feliz

EOP. Juana Gabriela  Espinoza Suárez

**Evidencia fotográfica:**



