



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ESTRATEGIAS DE CONTROL DE LA
CONDUCTA UTILIZADAS POR LOS
ALUMNOS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA
LAS ÁGUILAS TURNO VESPERTINO.2007**

TESINA

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

EDUARDO JUÁREZ AGUILAR

Tutora: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

México, D.F.

2007



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. ANTECEDENTES	4
2. FUNDAMENTOS DE LA CONDUCTA	8
2.1. Determinantes de desarrollo	10
2.2. Escala de clasificación del desarrollo de la conducta	11
2.3. Patrones de conducta en general.....	12
2.4. Patrones de conducta en clínica.....	13
3. FACTORES RELEVANTES PARA COADYUVAR EN EL CONTROL DE LA CONDUCTA	14
3.1. Características de la personalidad de acuerdo a la edad	15
4. TÉCNICAS DEL MANEJO DE CONDUCTA PARA LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA	18
4.1. Mano sobre boca	18
4.2. Reforzamiento positivo	22
4.3. Escape dependiente	24
4.4. Control de voz.....	25
4.5. Modelamiento	26
4.6. Decir-Mostrar-Hacer	28
4.7. Desensibilización	29
4.8. Distractores dependientes.....	31

4.9. Restricción física	32
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
6. JUSTIFICACIÓN.....	35
7. HIPÓTESIS.....	36
8. OBJETIVOS	37
8.1. Objetivos generales	37
8.2. Objetivos específicos	37
9. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	38
9.1. Selección de los sujetos de estudio.....	38
9.2. Tipo de investigación	38
9.3. Tipo y tamaño de la muestra	38
9.4. Método de recolección y registro de datos.....	38
10. RESULTADOS	39
11. CONCLUSIONES.....	45
12. BIBLIOGRAFÍA	47
13. ANEXOS.....	50



INTRODUCCIÓN

Un factor importante para el manejo de la Odontología Infantil -tal vez el más importante- es el manejo de la conducta del paciente pediátrico. En este proceso influyen básicamente tres elementos: el niño, sus padres y el Cirujano Dentista con su equipo.

Por lo tanto, el Odontopediatra, además de interesarse por la salud bucodental del paciente pediátrico, debe también enfocarse al aspecto psicológico en relación con su atención dental, conocer las diferentes técnicas de control de conducta y aplicarlas de acuerdo al paciente, esta decisión debe basarse en una evaluación de beneficios contra riesgos.

Hay que destacar que las técnicas de control de conducta se emplean principalmente para dar un buen tratamiento al paciente pediátrico, teniendo como objetivo mantener el proceso de comunicación con el paciente para obtener una respuesta positiva en los procedimientos dentales.

El Odontopediatra debe ser capaz de comprender los niveles de agudeza del niño, y actitudes durante el tratamiento dental para poder decidir el tratamiento a seguir. Así, también debe mostrar seguridad respecto al manejo de control de la conducta para lograr

una interrelación eficaz con niños que pudieran ser difíciles de controlar.

Las decisiones con respecto a utilizar cualquier técnica del control de conducta del paciente pediátrico es responsabilidad del Odontopediatra, por otro lado se debe considerar a los padres ya que no pueden tener conocimiento de las técnicas empleadas, es importante que se les informe sobre el uso de la técnica, indicaciones, contraindicaciones, riesgos y tratamientos alternos antes de que la técnica sea empleada.

Dentro de las técnicas empleadas para el manejo de la conducta del paciente pediátrico existen algunas que pueden ser controvertidas, tales como el uso de restrictores físicos, que en ocasiones resultan no agradables en su aplicación, al grado que se podrían considerar como un tipo de abuso infantil.

El Odontólogo puede observar ocasionalmente una reacción negativa en el paciente infantil a la que se llama periodo de resistencia y se considera normal en el proceso del crecimiento del niño. Es importante que el profesional conozca que esto es normal y no una reacción provocada por él o su personal.

Es importante que dentro de la formación profesional que reciben los estudiantes de Odontología, se haga énfasis en el conocimiento y aplicación de las técnicas más adecuadas que correspondan a cada paciente odontopediátrico con el cual tengan contacto. Para los estudiantes, el tratamiento con niños es una de las tareas con mayor

nivel de exigencia, y para muchos constituye un factor de estrés superior al trato con adultos. Se trata de conseguir una buena predisposición del niño al tratamiento a través de acciones adecuadas a su edad y de cierta habilidad en las explicaciones de los procedimientos.

Los estudiantes de Odontología y los terapeutas jóvenes quizá se sientan desalentados por la ansiedad e inseguridad que experimentan cuando algunos niños comienzan a comportarse mal. No obstante, al dedicar tiempo y estudio a las técnicas impartidas en las escuelas de Odontología, se perfeccionaran las habilidades clínicas para el control de la conducta y este refinamiento fortalecerá la confianza del clínico en relación con su desempeño en este campo de la Odontología. Por lo anteriormente expuesto, en el presente trabajo se presenta un reporte de investigación realizado en la Clínica Periférica las Águilas turno vespertino. 2007, con el propósito de saber, si los estudiantes conocen las técnicas de control de la conducta y cuales son las más empleadas.

Agradezco el apoyo y colaboración de la C.D. María Elena Nieto Cruz, asimismo de la C.D. Leonor Ochoa García, por las facilidades prestadas para la realización de este trabajo.



1. ANTECEDENTES

Muchos de los procedimientos terapéuticos de la antigüedad hoy pueden parecer absurdos y pueden desencadenar fastidio, pero se debe tener en cuenta que no disponían de los mejores métodos y técnicas. No resulta descabellado pensar, aunque mucho ha avanzado la ciencia, que muchos de los conocimientos que hoy se dan por asentados, y muchas de las terapias que se aplican diariamente en el campo de la Odontopediatría sin someterlas a juicio crítico, el día de mañana pueden quedar completamente desplazadas ante nuevos descubrimientos científicos.

Aunque la Odontología Pediátrica es posible, no a todos los Odontólogos les agrada trabajar con niños. Cualquier Dentista que atiende con regularidad a preescolares tiene que tener en cuenta que se va a enfrentar con un poco de llanto, retorcimiento, pataleo y rabietas, así como diversas conductas de evasión. La necesidad de afrontar esta clase de comportamientos y dedicar energía a resolver estas situaciones desagrada a algunos Odontólogos, hay otros que sienten remordimiento o angustia, algunos les incomoda incluso la presencia de los padres, y otros más quizá anticipan con fastidio la llegada del siguiente niño. ⁽²⁾

Además del agotamiento, existe un aspecto del tratamiento odontopediátrico que puede ser buen indicador de quien puede tratar con niños, y quienes no: Es la *experiencia*, y el agrado de tratar con niños con el interés de controlar las conductas. En 1977, el Dr. David Chambers, psicólogo que ha trabajado con profundo interés en la Odontopediatría y que ha hecho contribuciones importantes a la investigación sobre los mejores métodos para el control de la conducta del niño en el consultorio dental, se refirió a la abundancia de éstos como un “exceso de opciones”. Cualquiera conocedor de la Odontología infantil, estará de acuerdo con el Dr. Chambers: “se han descrito tantas maneras de manejar a los niños en revistas especializadas y libros de texto, que pocos o ningún Odontólogo las domina todas”. Sin embargo, hay un conjunto básico de habilidades que continúan siendo cruciales. Algunas técnicas son agradables y cordiales; otras tienen validez científica razonable en términos psicológicos y algunas más pudieran parecer demasiado rigurosas y estrictas a primera vista para las personas no instruidas. ⁽¹²⁾

Es importante destacar algunos trabajos que han realizado en relación al control de la conducta odontopediátrica. Carlos Miguel Cruz Chu y María E. Díaz-Pizán, señalan: “La música como método alternativo en la modificación de la conducta del niño es importante, durante el tratamiento dental “. Éstos autores llevaron a cabo un estudio en Lima, Perú en junio de 2005 publicándolo en la *Revista Estomatológica Herediana* señalando que el manejo de la ansiedad en un niño, es un aspecto crítico del procedimiento dental. Por esta razón, consideran que muchas técnicas que envuelven métodos no

farmacológicos han sido usadas para manejar la conducta del niño en el consultorio dental. El propósito del estudio presentado fue evaluar el empleo de la música como una herramienta en la modificación de la conducta del niño, a fin de obtener un mayor grado de colaboración y satisfacción durante el tratamiento dental. La muestra estuvo constituida por 50 niños de 3 a 9 años de edad, todos ellos seleccionados al azar y atendidos en el área de Odontología Pediátrica Posgrado de la Clínica Estomatológica Central (CEC) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Todos los pacientes fueron diagnosticados con lesiones de caries dental y pulpitis irreversible. Fue un ensayo clínico de tipo comparativo. Los resultados no mostraron diferencias significativas en la conducta de los niños hacia el tratamiento dental, entre aquellos que escucharon música y aquellos que no lo hicieron. Los niños que recibieron música presentaron un mayor porcentaje de satisfacción del tratamiento.

Por otro lado, García MY, Ríos FR, Cuairán RV, Gaitán CLA, manifiestan que hay una gran aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Ríos y Gaytán llevan a cabo un estudio en el 2006 publicado en la Revista Odontológica Mexicana 2006. Mencionan que las técnicas de manejo conductual son métodos para controlar la conducta infantil. El objetivo de este estudio fue determinar el grado de aceptación de padres hacia técnicas no farmacológicas de manejo. Se dividieron en dos grupos: grupo A con explicación por escrito y fotografías de las técnicas y grupo B sólo con fotografías. Cada padre respondió una encuesta donde se recopilaron: Edad del niño(a), sexo, experiencias dentales

previas dolorosas del padre, grado de estudios del padre y aceptación de las técnicas. Los resultados indicaron que el grupo B aceptó mayor número de técnicas, pero analizando individualmente cada técnica este grupo obtuvo la menor aceptación. Las técnicas de lenguaje pediátrico y decir-mostrar-hacer fueron las más aceptadas. La explicación previa a los padres de las técnicas de manejo conductual es necesaria al decidir utilizar técnicas de modificación del comportamiento y técnicas de control físico en sus hijos.



2. FUNDAMENTOS DE LA CONDUCTA

El buen manejo del niño en el consultorio Odontológico, es un medio por cual se puede completar unos tratamientos para un paciente pequeño en el menor tiempo posible.

El niño tiene una capacidad limitada para describir claramente sus expectativas y sentimientos y también se ven limitados para expresarlas objetivamente en especial cuando sufren o están atemorizados.

La principal emoción que un niño puede experimentar al encontrar una situación nueva es el miedo, cuya intensidad variará mucho en diferentes situaciones y en diferentes niños. ⁽¹⁹⁾

El dolor puede ser causa de ansiedad, y algunos autores lo definen como una experiencia emocional y sensorial molesta asociada con un daño potencial o real de los tejidos.

El miedo es una emoción básica de auto-conservación; por lo tanto, es una reacción muy natural y es necesario conocerla y comprenderla como tal. Hay autores que señalan que existen dos tipos de miedo que el niño experimenta cuando enfrenta la situación odontológica. El primero es el miedo a lo desconocido, que supera familiarizando los procedimientos asociados con la odontología y el segundo el miedo al dolor, que es superado eliminando todos los estímulos dolorosos. El control del dolor es parte de las funciones que

debe cubrir el odontólogo, pues va a permitir realizar sus tareas específicas con más serenidad, más rapidez y sin consecuencias perjudiciales para el niño.

El grado más leve de miedo puede llamarse ansiedad. Freud, S., en 1936, describió la ansiedad como un estado afectivo de carácter desagradable, generándose de una situación de peligro. La ansiedad avisa la presencia de ciertas situaciones desconocidas, siendo una reacción característica de todos los organismos, ciertamente de los seres razonables. Se genera de una situación poco familiar, ó se genera a partir de una situación de peligro y puede ser el resultado de actitudes modeladas y de comportamiento de otros que influyen en las opiniones y sentimientos de las personas.

Por otro lado, el temor es una reacción de ansiedad que brota de una fuente reconocida. El grado de ansiedad que experimenta un niño está relacionado con su historia odontológica previa o incluso la historia odontológica la de los mismos padres. (3,26)



Fuente Directa



2.1. Determinantes de desarrollo

Un niño es un ser en desarrollo, en que la herencia actúa directamente sobre las características biológicas y establece las etapas para el proceso de desarrollo.

Con la exposición al ambiente, el niño aprende a comportarse en concordancia con su madurez. Con cada experiencia nueva se desarrolla una nueva conducta dictada por el sistema interno del niño que procede de su motivación y de las consecuencias de su conducta. El Odontopediatra debe comprender el desarrollo para apreciar la interacción que el niño ofrece a través de su maduración y las experiencias que el mismo Dentista ofrece a través de influencias ambientales.

Las formas que tiene un niño para percibir y reaccionar al miedo ambiente son innatas y cambian con la edad y desarrolla nuevas habilidades utilizando los modos básicos de experiencia del ambiente.

(19)

La conducta del niño en una situación determinada puede modificarse habitualmente por técnicas actualmente controladas, antes que éstas puedan aplicarse, es fundamental conocer bien la naturaleza exacta de la conducta que presenta el niño en cada momento



2.2. Escala de clasificación del desarrollo de la conducta

Se agrupan en cuatro categorías, que son utilizadas comúnmente para registrar la conducta de los niños en el consultorio odontológico, por medio de esta clasificación es posible llevar un registro de la reacción de un niño a procedimientos Odontológicos específicos.

CLASIFICACIÓN 1: (Definitivamente negativa o no cooperadora)

- ✦ Rechaza el tratamiento
- ✦ Lloro forzadamente
- ✦ Está asustado o presenta cualquier otra evidencia de negativismo extremo.
- ✦ No se interesan por los objetos presentados
- ✦ Empujan el dedo del operador con la lengua
- ✦ Mantienen los labios cerrados en el momento de la exploración.

CLASIFICACIÓN 2: (Negativa)

- ✦ Es renuente a aceptar el tratamiento.
- ✦ No coopera.
- ✦ Muestra alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada.
- ✦ Intenta impedir los procedimientos del operador con las manos.

CLASIFICACIÓN 3: (Positiva)



- ✦ Acepta el tratamiento pero a veces es cauteloso.
- ✦ Está dispuesto a colaborar con el Odontólogo.
- ✦ Sigue las indicaciones con buena voluntad.
- ✦ Se interesa por los objetos presentados.

CLASIFICACIÓN 4: (Definitivamente Positiva)

- ✦ Presenta una buena relación con el Odontólogo.
- ✦ Se muestra interesado en los procedimientos Odontológicos.
- ✦ Reacciona favorablemente a las indicaciones
- ✦ Ríe y disfruta de la situación. ^(3,26)

2.3. Patrones de conducta en general

TÍMIDO. Extremadamente dependiente e inseguro, se siente inferior a los demás niños. Obediente, generalmente bien portado, retraído sin capacidad de tomar decisiones, se ruboriza, transpira mucho, tiene mucha sensibilidad física y emocional, solicita constantemente la atención de los padres.

MIEDOSO. Patrón de conducta semejante a la del niño tímido, con la expectativa de constante peligro. Las reacciones de miedo como fobias y obsesiones son generalmente exageradas.



AGRESIVO. Rebelde, desafiante, resistente contra todo y todos, vengativo, frustrado, se siente incomprendido, está siempre malhumorado.

SUMISO. Apático e indiferente, expresión facial de mal humor (parece que va a explotar en cualquier momento), anti-social (se aísla), se siente incomprendido. ^(3,26)

2.4. Patrones de conducta en clínica

TÍMIDO - MIEDOSO. Se resiste al tratamiento por sentirse amenazado y en peligro. Cuando es forzado y tratado con severidad, puede presentar una reacción violenta, siendo abundante el llanto.

AGRESIVO – NEGLIGENTE. Resiste al tratamiento dental por desconfianza del profesional. Generalmente malcriado (responde con agresividad), cuando se intenta usar la fuerza y mucha severidad, reacciona con bastante violencia, inclusive puede atacar al profesional. Expresión facial de mal humor.

SUMISO – NEGLIGENTE. Se somete pasivamente al tratamiento mostrando apatía e indiferencia. Puede no entender, mostrar alguna resistencia con una reacción negativa. No demuestra voluntad de tomar parte activa en la conversación y menos de cooperar. Desconfía cuando se procura tratarlo bien, expresión facial de mal humor. ^(3,26)



3. FACTORES RELEVANTES PARA COADYUVAR EN EL CONTROL DE LA CONDUCTA.

Debido a que en la infancia se sufren múltiples experiencias de enfermedad, el niño tiene frecuentes oportunidades para experimentar sus propias sensaciones, relativas a la fiebre, malestar general, cefaleas, etc.; y adquirir experiencia sobre los recursos terapéuticos -jarabes, inyecciones, pastillas- etc. Este tipo de experiencias le permiten conocer los procedimientos y técnicas diagnósticas y el papel de los profesionales de la salud. Las ideas sobre la salud, enfermedad y el funcionamiento del organismo que tiene el niño van variando a lo largo de los años en función de sus experiencias y los conocimientos teóricos que van incorporando. El concepto de enfermedad va conformándose a medida que se adquieren nuevas experiencias en las diferentes etapas de la vida. ⁽⁵⁾

En la situación ideal los niños deberían visitar la consulta dental seis meses después de la erupción de los primeros dientes. Lamentablemente, la primera experiencia en la consulta dental en la mayoría de los casos se debe a un problema concreto que la madre considera que tiene el niño o una lesión de la que el niño se queja espontáneamente. Una visita en la que no se controle adecuadamente la ansiedad dental, y no se ayude al pequeño paciente a vivir la experiencia como algo positivo puede ser de considerable relevancia en la futura aptitud de ese paciente ante el odontólogo. En el manejo de la ansiedad dental, el papel de la auxiliar dental, con una formación adecuada, representa un recurso de incalculable valor.



3.1. Características de la personalidad de acuerdo a la edad.

Con dos años: El niño realiza actividades motoras generales, le gusta ver y tocar las cosas, juega solo, su vocabulario es limitado y no le gusta esperar. Las ordenes y la técnica han de ser lo más cortas posible.

A los tres años: es menos egocéntrico, intenta agradar y es capaz de comprender y realizar órdenes verbales. También a esa edad hay que dar órdenes sencillas y se debe premiar la conducta positiva.

A los cuatro años: intenta reafirmarse, imponerse, puede tener accesos de ira, en ocasiones intenta escaparse. Participa en pequeños grupos sociales y posee una gran imaginación. Son pacientes que necesitan mucha firmeza pero intentando razonar con ellos.



Fuente Directa

Los cinco años: son un periodo de consolidación de la personalidad, el niño reflexiona, es confiado y está bien equilibrado. La madre es el centro de su mundo y le gusta estar cerca y agradecerla. Con estos pacientes se debe ser firme y utilizar elogios y alabanzas.

Los seis años es un periodo de cambios, en el cual pueden darse rabietas violentas y temores exagerados a lesiones en el cuerpo, no aceptan bien las críticas, necesita tener razón y ganar. En esta edad debemos elogiarlos mucho, darles explicaciones detalladas y muchas alabanzas.

A los siete años: el niño es más caprichoso, exige mucho de sí mismo, piensa que los demás están en su contra y que los padres son injustos. Trata de cooperar porque desea aprobación, Necesita comprensión sin demasiada indulgencia.



Fuente Directa



Los ocho años: son la edad de la exploración intelectual, es expansivo y rápido pero le gusta dramatizar las cosas. Se debe tener en cuenta su nivel intelectual, manteniendo firmeza.

Con nueve años: el niño es independiente y confía en si mismo, le interesan más los amigos que la familia, puede ser rebelde a la autoridad y tolerante en general. A esta edad es importante no criticar demasiado y fomentar que se haga responsable de su conducta.

A los once años: existe una creencia en la justicia, el trabajo en equipo, en esta etapa se debe intentar interesarles y tratarles con justicia.

Entre los 12 y 18 años: es la búsqueda de la identidad, el rechazo a la autoridad de los padres, temor a ser etiquetado de diferente, tiene interés por el aspecto personal. Se debe tratar como a un adulto.

Lo anteriormente expuesto no son más que esbozos de las tendencias de la conducta en las diferentes edades, es la capacidad de observación la que permitirá al o la auxiliar dental valorar en el momento y con cada paciente la actitud que permita conseguir hacer al paciente la visita más agradable. Es importante comprender que ciertos comportamientos son lógicos a ciertas edades, pero no a otras y que la edad cronológica no va a ser forzosamente un predeterminante de la conducta. También debemos destacar que no es comparable la conducta que puede mostrar un niño, en la peluquería, o con el pediatra como en la consulta dental. ⁽⁹⁾



4. TÉCNICAS DEL MANEJO DE CONDUCTA PARA LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA

Existen muy diversas técnicas del manejo de conducta que se emplean en Odontopediatría para conseguir la cooperación del niño, eliminando sus temores o bien para poder controlarlo al menos durante el tratamiento dental.

De todas ellas las siguientes son las más representativas:

4.1. Mano sobre boca

La técnica se describió por primera vez en 1920 por el Dr. Evangeline Jordan; "Si un niño normal no escucha y continua gritando, cubra con una servilleta la boca y sostenga firmemente. Su grito continuará hasta la histeria pero el hecho de sostener la boca casi cerrada, hace el sonido más suave y pronto regresa a la razón". (1)

Con ésto se controla el berrinche y otros ataques de ira; debe usarse preferentemente junto con la técnica de control de voz. Este sistema funciona de manera confiable en varios tipos de personalidad infantil. No se busca intimidar al niño, sino distraer su atención y obtener silencio para que pueda escuchar al Odontólogo.

En esta técnica se procede a tapar la boca del paciente con la mano del Dentista y hablarle al oído, para así lograr una comunicación con el paciente. De ninguna manera es una técnica punitiva, sólo se pretende sacar al niño de su estado emocional para que una vez que haya callado, se le pueda explicar las instrucciones a seguir, nunca deberá taparse la nariz del paciente, solamente la boca. (8)



Fuente: Directa.

Está indicada en niños que tiene un grado de desarrollo, que permita comprender las instrucciones del Odontólogo. Las contraindicaciones se refieren a niños discapacitados, muy pequeños, ó medicados que no pueden comprender los propósitos del Odontólogo. Levitas y Kramer; llamaban a ésta técnica como sorpresa emocional. Lenchner y Wright, la llamaron como condición adversa, sosteniendo la teoría de que este acto en 1975 podía considerarse como restrictos mientras que una cooperación evitaría su uso.



El uso de este ejercicio no es para todos los niños como anteriormente se menciona, por ejemplo: no es recomendable para niños tímidos o demasiado pequeños (es decir se recomienda para niños mayores de 3 años), para los pacientes que presentan resistencia, al tratamiento, histeria, o agresión, el uso de este método obtiene el comportamiento positivo del niño durante el tratamiento dental.

Aproximadamente el 90% de los Odontopediatras en Estados Unidos, indican que emplean la técnica de mano sobre boca, así como el 90% de las escuelas en Posdoctorado incluyen la enseñanza de éste.

Hartmann en 1985 realizó un estudio para evaluar la eficiencia del ejercicio de mano sobre boca, el cual consistió en evaluar si el uso de esta técnica, desarrolla niveles adecuados de cooperación por parte del niño. Se aplicó a 172 pacientes de 193 de los cuales 39 pacientes desarrollaron cooperación favorable después de una sola aplicación de dicho ejercicio; 111 tuvieron 2 o más citas favorables, once de los 19 pacientes que recibieron el ejercicio en múltiples ocasiones presentaron 2 o más citas favorables después de la última aplicación de éste y 4 de las 19 tuvieron citas favorables después del uso de este ejercicio. ⁽¹⁸⁾

En 1974 Levitas y Browers, describieron la técnica de la siguiente manera: después de tapar la boca del paciente sugieren que se le diga: "si quieres que retire mi mano de tu boca, es necesario que dejes de llorar para que me escuches, yo sólo quiero hablar contigo y ver tus dientes". Después de unos segundos a lo anterior se le repite al



paciente y se agrega lo siguiente: ¿Estás listo para que retire mi mano de tu boca?. Generalmente hay una respuesta no verbal, por lo cual es removida la mano del Dentista. El asistente juega un papel muy importante en el uso de este ejercicio pues éste sostendrá los brazos y las piernas del paciente.^(3,18)

Por otro lado Levy y Domoto, sostienen que es una forma de castigo, sin embargo, hay posiciones contrarias que indican que indican que es una técnica que ayuda a que el niño acepte el tratamiento.⁽¹⁸⁾ McAuley y McAuley y subsecuentemente Ross describen que la técnica de mano sobre boca puede eliminar en el niño el intento de llegar a situaciones desagradables.⁽¹⁸⁾ El uso de la técnica de control de la voz es un complemento esencial en la realización del ejercicio de “Mano sobre boca”.⁽³⁾

4.2. Reforzamiento positivo

Esta técnica menciona que especialmente los niños, reaccionan de manera favorable al elogio. Después del tratamiento dental es importante felicitar al niño por su conducta, de esta manera se obtiene una buena comunicación entre el niño y el odontólogo. La técnica puede ser combinada con otras. Los refuerzos positivos típicos incluyen juguetes, pines, calcomanías, globos, así como pasatiempos. Para que sean efectivos siempre han de ser otorgados justo después de que se haya producido una buena colaboración por parte del niño y nunca antes. ⁽⁹⁾



Fuente Directa

¿Qué se elogia?. Cualquier conducta adecuada que se quiere observar nuevamente. Pequeños avances hacia la conducta final



deseada, equivalentes a conformación progresiva de conductas. ¿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. ¿Cuándo elogiar?, Inmediatamente, para lograr el máximo efecto. Elogiar cada vez que ocurra la conducta, ya que la consistencia es muy importante. (9)

Las leyes del refuerzo dicen que la conducta que es premiada tiende a aparecer más frecuentemente y la conducta que es castigada o continúa sin premiarse tiende a extinguirse o desaparecer. Los terapeutas de la conducta usan varias técnicas de condicionamiento para obtener cambios en la misma. Dichas técnicas tratan de modificar la conducta de manera beneficiosa para el individuo y pueden ser aplicadas en el campo de la odontopediatría.



Fuente Directa

4.3. Escape dependiente

Ésta técnica aprovecha la poderosa motivación de la fuga. Es una modificación de técnicas, como levantar la mano, que aportan cierto control sobre la terapéutica dental. En la técnica el pequeño paciente es elogiado y cuenta con periodos cortos de 5 segundos, durante los cuales escapa del tratamiento dental permaneciendo recostado muy quieto y en silencio. ⁽⁹⁾

El comportamiento renuente demora la fuga hasta que la cooperación reaparece. La técnica exige poca capacitación y puede emplearse sin alterar el plan de tratamiento planeado. ⁽¹³⁾



Fuente Directa

4.4. Control de voz

Es la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz, para tener el control de la situación y autoridad durante la comunicación con el niño, la expresión facial también debe reflejar seguridad. Esta técnica es básica para el tratamiento en preescolares, esta contraindicada en niños emocionalmente inmaduros, discapacitados, medicados, cooperadores y de corta edad. Es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas tan pronto empiezan a suceder. ⁽⁸⁾

La técnica de control de voz frecuentemente es un cambio abrupto en tono o volumen, de bueno a malo o desagradable, puede ser utilizado por el Dentista para el control del niño. El solo hecho de decirle, en tono diferente al cual se estaba hablando, “Bueno, ya está bien o es suficiente o “ya, cállate”, logrará la cooperación del niño. ⁽¹⁾



Fuente Directa

4.5. Modelamiento

En esta técnica el niño observa a uno o más individuos (modelos) que muestren una conducta apropiada en un momento en particular durante el tratamiento y se pretende que el niño imite la conducta del modelo, el cual será un paciente ideal en el consultorio dental; se pueden utilizar videos y películas de niños cooperadores y así mismo enseñar a los próximos pacientes. Una ventaja de esta técnica es que no requiere más equipo, personal o alteraciones en el tratamiento odontológico. (9)



Fuente Directa

También es conocida como la técnica de la observación de un niño sin ansiedad que es atendido en el consultorio. Se piensa que el modelaje es sumamente positivo para el manejo del niño ansioso.



Observando a un modelo, el niño puede aprender patrones de comportamiento. El paciente tratará de imitar al modelo y se puede mostrar cooperador. Para el buen funcionamiento de esta técnica es necesario que el modelo sea, lo suficientemente cooperador para crearle esta imagen al paciente infantil de primera visita al Dentista. Como ejemplo, el miedo y la ansiedad de los niños a los perros será reducida gradualmente por medio del modelaje como lo demuestran estudios bien controlados realizados por el Dr. Bandura. Después de observar a un niño que juega sin miedo con un perro, los niños que presentan miedo al perro se mostraban más confiados, el modelaje también puede ser utilizado, con éxito, en situaciones no verbales. ⁽⁹⁾

4.6. Decir-Mostrar-Hacer

Habitualmente se conoce como la técnica del << diga, muestre, haga >> o de la triple E (EEE) de << explique-enseñe-ejecute >>.

Esta técnica del manejo de conducta utilizada por muchos odontólogos para inducir en el paciente pediátrico un comportamiento relajado y tolerante. La base de esta técnica es simple. La idea es familiarizar al niño con ambientes, instrumentos y gente nueva. Debe llevarse a cabo de la siguiente manera: 1) decir y explicar al niño lo que se le va a hacer, antes de comenzar cualquier maniobra, con el fin de reducir la ansiedad y el miedo, todo esto con un lenguaje que el niño pueda entender; 2) mostrar al niño exactamente como se va a llevar a cabo la técnica, con demostraciones visuales, auditivas, olfatorias y táctiles y 3) efectuar a técnica tal como se le ha explicado y demostrado.

DECIR-MOSTRAR-HACER es una técnica con la cual se logra tener una excelente comunicación y cooperación del paciente. ⁽¹⁸⁾



Fuente Directa



4.7. Desensibilización

La visita preeliminar consiste en llevar al niño al consultorio dental para que lo conozca y obtenga orientación. Se le explica al paciente que ese día no se realizará ningún tratamiento. El niño tiene la oportunidad de conocer a todo el personal. Lo que los niños aprendan durante la primera visita al consultorio dental será determinante para su futuro cuidado bucal.

Esta técnica se refiere a la introducción al tratamiento dental y al miedo odontológico poco a poco, es utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Se hace de uso frecuente en odontología, iniciando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para más adelante. Conjuntamente se utiliza con la técnica de Decir-Mostrar-Hacer, que consiste en permitir que el niño conozca los procedimientos que se le va a realizar dando la información que sea capaz de captar en ese momento y le de confianza, así el paciente se va desensibilizando. ⁽²⁰⁾

La técnica se realiza en varias etapas: primero se cita al paciente para que conozca el consultorio dental, se procede a sentarlo en el sillón dental e irle explicando como opera el mismo, mostrarle que sube, baja o se inclina a voluntad del Dentista. Se le enseña el instrumental que se ocupará en la consulta, así como se le relaciona con nombres de animales o caricaturas de moda, para posteriormente tener mejor comportamiento en citas subsecuentes.

En la actualidad está técnica ya no es muy empleada por limitaciones de tiempo tanto del Dentista como de los padres. Y sin embargo sería conveniente citar a Troutman quien dice: “ El cuidado dental contemporáneo en los niños debe incluir empatía en lugar de indiferencia, estructura en vez de dispersión y autoridad flexible en lugar de control rígido”. Esto en una palabra “Desensibilización”⁽²⁰⁾



Fuente: Directa

4.8. Distractores dependientes

Es posible controlar el comportamiento del niño permitiéndole el acceso a un distractor, como una cinta sonora ó una película entre otros, dependiendo de la conducta cooperadora. Si el niño no coopera durante el tratamiento se detiene inmediatamente el distractor y cuando demuestre una conducta cooperadora se reanuda la operación del distractor. (13)



Fuente: Directa

4.9. Restricción física

Se caracteriza porque el profesional ya no puede controlar los movimientos del paciente y debe recurrir a dispositivos de limitación física específicos para controlar sus movimientos.

El manejo de estrategias no farmacológicas en el control de la conducta en niños en tratamientos odontológicos, es una medida indispensable para mejorar el servicio, calidad y eficacia en la atención odontopediátrica. (13)



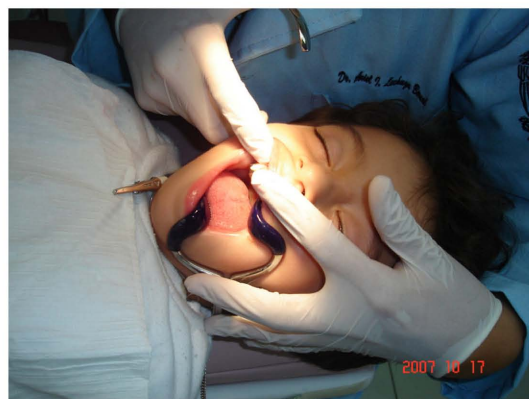
Fuente Directa

Las técnicas de enfoque físico no son técnicas que se utilizan como castigo sino como procedimientos clínicos aceptados con base científica para llevar a cabo ciertos tratamientos dentales en situaciones específicas y tipificadas, por eso la inmovilización parcial o completa del paciente algunas veces puede ser necesaria para proteger al paciente y al equipo dental, esto debido a situaciones diversas en las que se pueda incluir problemas como histeria,

agresividad, falta de cooperación ya sea por temores fundados en maltrato de los padres y de Dentistas inexpertos o temores infundado debido al temor a lo desconocido o a la mala información que muchas veces procede de los mismos padres, amigos, familiares así como de la mala influencia de medios masivos de comunicación y que conllevan al infante a crear un ambiente adverso. La restricción física no es más que una de las distintas formas de control de la conducta que nos permite el tratamiento dental de manera favorable.

El control del cuerpo se consigue a través de diferentes métodos y técnicas, en los niños muy pequeños es necesaria la ayuda de los padres y del personal auxiliar para controlar sus movimientos durante los procedimientos. Esta técnica tiene mucho éxito en niños con retraso mental, ya que permiten trabajar en mejores condiciones y controlar mejor las respuestas de los pacientes. ⁽¹³⁾

Los medios de restricción física que se utilizan con mayor frecuencia son los restrictores para tronco, extremidades, cabeza, boca y unidades para bebés.



Fuente Directa



5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desconocimiento del uso y manejo de las técnicas de control de conducta, genera que los estudiantes no las utilicen con su paciente durante el tratamiento odontopediátrico, y por lo tanto complica la interrelación eficaz con niños en la clínica integral niños; asimismo dificulta el tratamiento bucodental a seguir.

Los estudiantes cuentan con diversas estrategias y técnicas del manejo de control de conducta y no las aplican en pacientes odontopediátricos, desalentándolos en la futura práctica profesional en este ramo.

De aquí surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Los estudiantes de la Clínica Periférica las Águilas turno vespertino conocen y aplican las técnicas de control de la conducta?

¿Cuáles son las técnicas de control de la conducta que conocen y aplican los estudiantes de la Clínica Periférica las Águilas turno vespertino?

¿Predominará el sexo femenino en el conocimiento y aplicación de las técnicas de control de la conducta entre los estudiantes de la Clínica Periférica las Águilas turno vespertino?



6. JUSTIFICACIÓN

La casi nula aplicación de las técnicas del manejo de control de conducta en pacientes odontopediátricos por parte de los estudiantes, impide que éstos puedan desarrollar habilidades y destrezas en todo el desarrollo del manejo y tratamiento del paciente infantil, lo que repercute en que muchos Cirujanos Dentistas no se dediquen a tratar niños y éstos sean remitidos al Odontopediatra, impidiendo que la población infantil no pueda ser tratada de manera adecuada..

Una implicación de este tipo de investigaciones es la modificación del currículo durante la formación de un Cirujano Dentista competente para perfeccionar las habilidades clínicas de su ejercicio profesional en este ramo.

Por lo tanto; el identificar si los estudiantes de la Clínica Periférica las Águilas turno vespertino conocen y aplican las técnicas de control de la conducta, permitirá poder reorientar a los estudiantes en relación a este aspecto.



7. HIPÓTESIS

H₁: Los estudiantes de la Clínica Periférica las Águilas turno vespertino conocen y aplican las técnicas de control de la conducta.

H₀: Los estudiantes de la Clínica Periférica las Águilas turno vespertino no conocen y no aplican las técnicas de control de la conducta.



8. OBJETIVOS

8.1. Objetivo general:

Identificar si los estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista en la Clínica Periférica las Águilas turno vespertino, conocen y aplican las diferentes técnicas de control de conducta en pacientes odontopediátricos.

8.2. Objetivos específicos:

- ✦ Identificar por sexo el conocimiento de las diferentes técnicas de control de conducta en pacientes odontopediátricos

- ✦ Identificar por sexo si aplican las diferentes técnicas de control de conducta en pacientes odontopediátricos.

- ✦ Determinar con que frecuencia utilizan las diferentes técnicas de control de conducta en pacientes odontopediátricos.



9. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

9.1. Selección de los sujetos de estudio

Los estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista que cursan la asignatura de Clínica Integral Niños en las Clínica Periférica las Águilas turno vespertino, en el ciclo escolar 2007 -2008.

9.2. Tipo de Investigación

Observacional, y Transversal.

9.3. Tipo y tamaño de la muestra

Se realizó con la participación de 25 estudiantes de la de la carrera de Cirujano Dentista que cursan la asignatura de clínica integral niños en las Clínica Periférica las Águilas turno vespertino, en el ciclo escolar 2007-2008.

9.4. Método de recolección y registro de datos

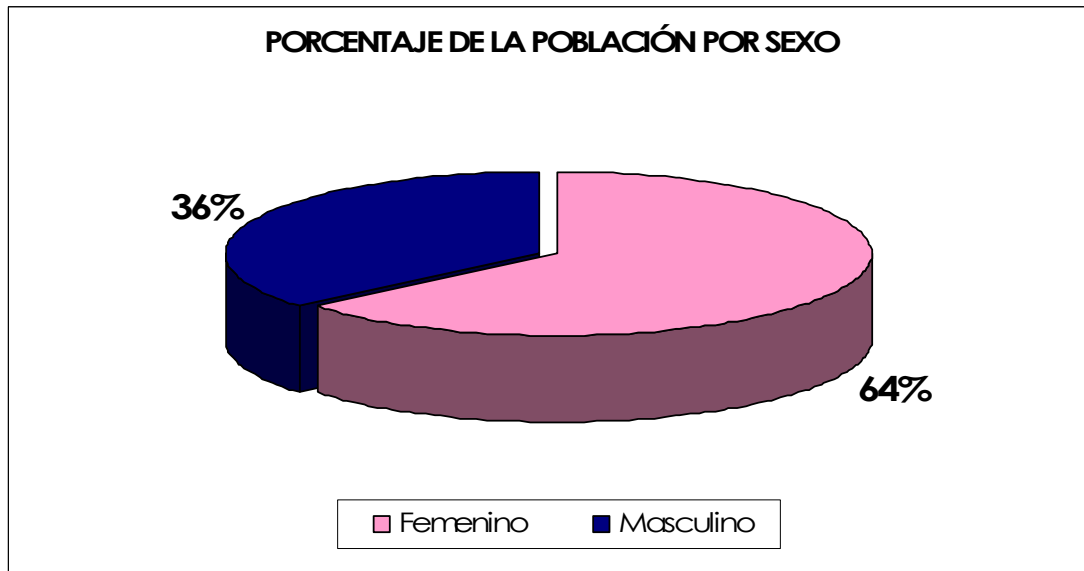
Primero se solicitó la autorización por escrito de la Profesora de Odontopediatría, encargada del grupo de alumnos que cursan la Clínica Integral Niños en la Clínica Periférica las Águilas en el turno vespertino 2007. Una vez que se obtuvo dicha autorización, se aplicó una cédula de encuestas a los 25 estudiantes, que esta conformada con cinco reactivos, y permiten recabar la información sobre las estrategias de control de conducta utilizadas por los alumnos de la clínica periférica de las Águilas turno vespertino.



10. RESULTADOS

Los resultados de la aplicación de la cédula son los siguientes:

Gráfica 1

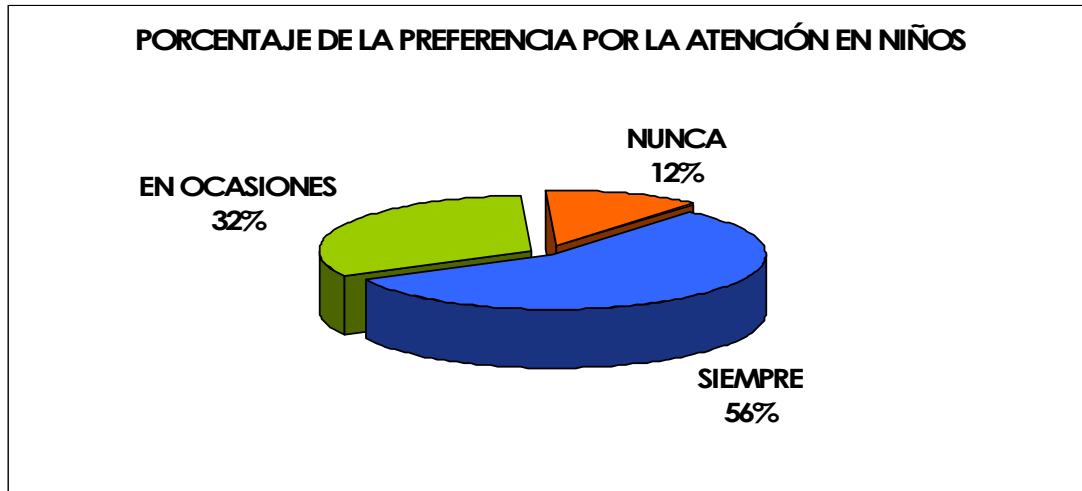


Fuente Directa

De los 25 alumnos a los cuáles se aplicó la cédula el 64% de los encuestados pertenecen al sexo femenino y 36% pertenecen al sexo masculino. El promedio de edad de los alumnos encuestados es de 24.3 años.



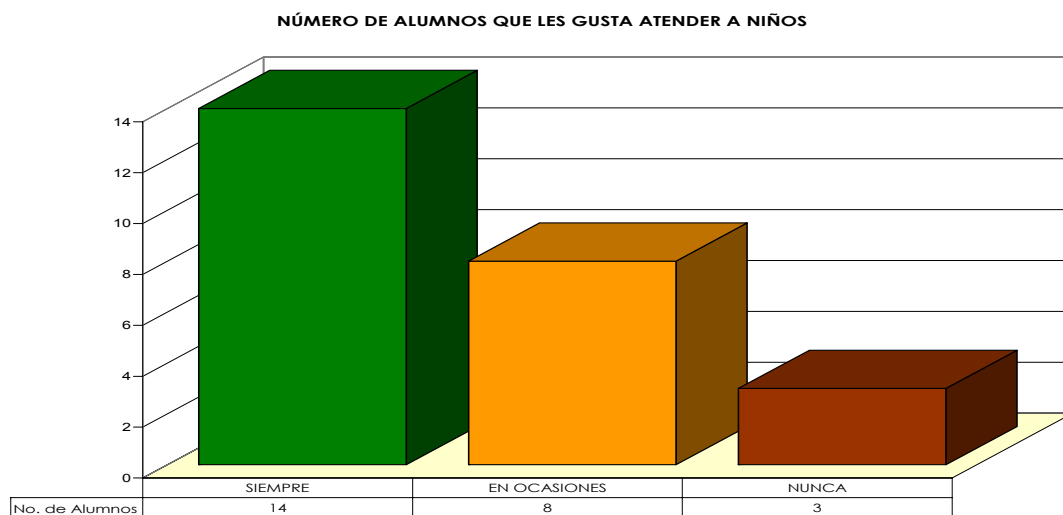
Gráfica 2



Fuente Directa

¿Te gusta atender a niños?, el 56% respondió que siempre le gusta atender a niños, el 32% que sólo en ocasiones y el 12% prefieren evitar la atención a niños.

Gráfica 3

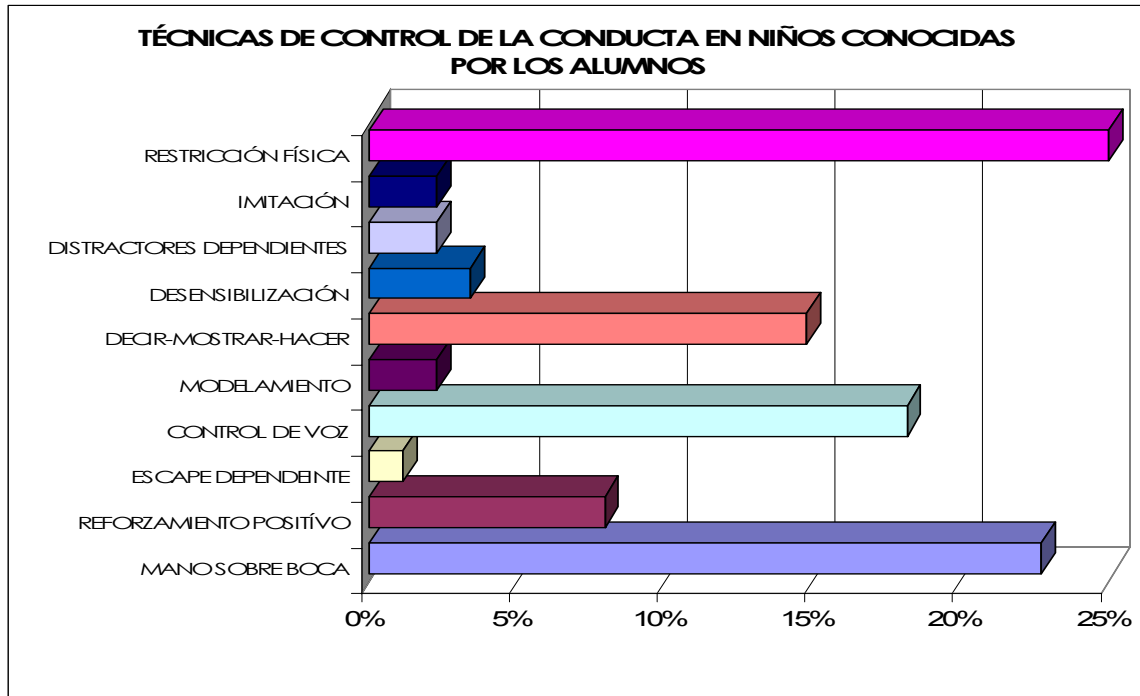


Fuente Directa



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

Gráfica 4



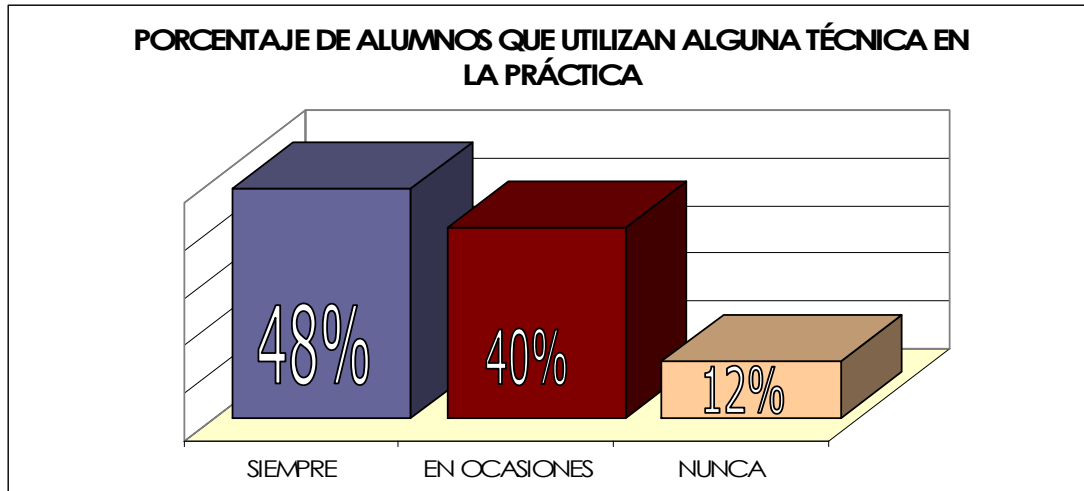
Fuente Directa

La técnica de control de conducta que más conocen los alumnos es la de Restricción física con el 25%, seguida de la técnica de Mano sobre boca con un 23%, siendo la técnica de Escape dependiente la menos conocida por los alumnos, pues sólo uno de ellos la conoce y representa el 1%.



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

Gráfica 5



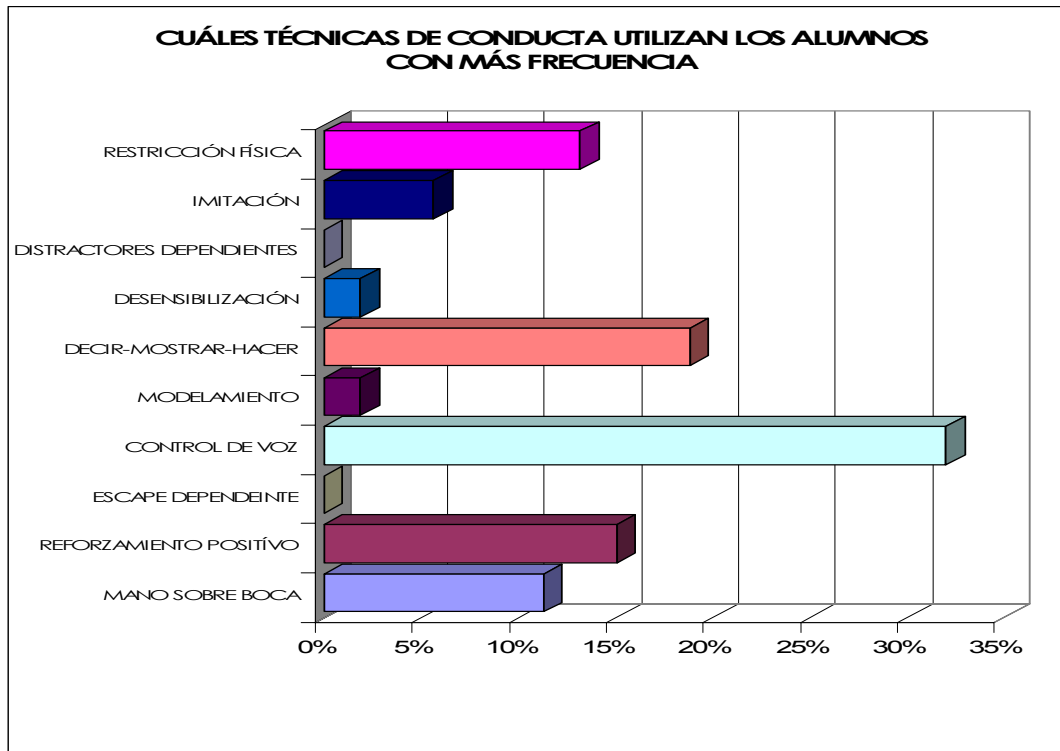
Fuente Directa

El 48% de los alumnos manifestaron que siempre utilizan alguna técnica de control de conducta dentro de la práctica en la Clínica Integral Niños, el 40% en ocasiones y sólo el 12% nunca aplican algún tipo de técnica.



¿Cuál o cuáles utilizas con más frecuencia?

Gráfica 6



Fuente Directa

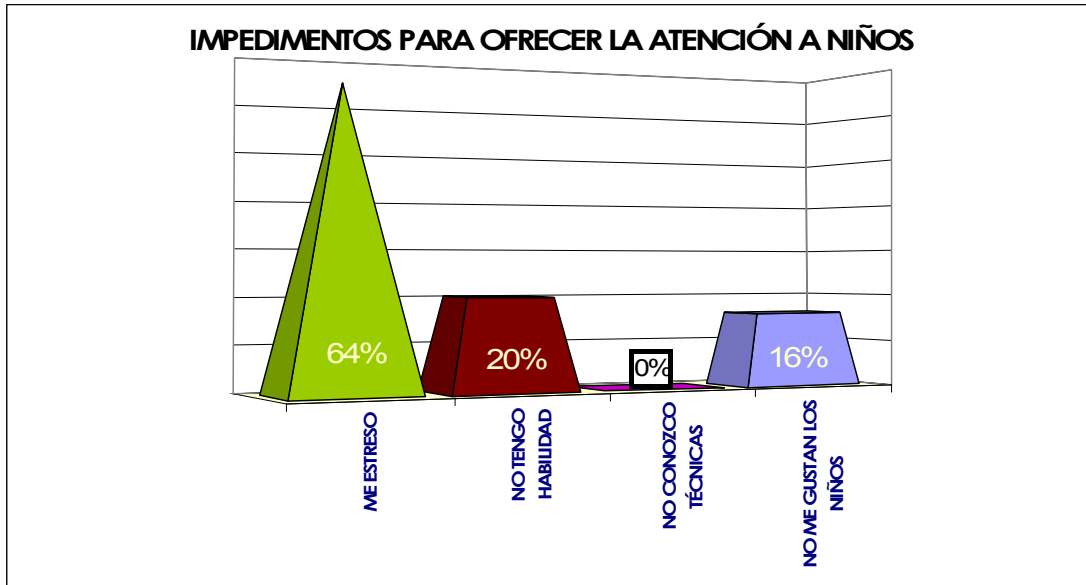
Del 48% de los alumnos que siempre aplican alguna de las técnicas de control de conducta en la práctica de la Clínica Integral Niños, utilizan la técnica de Control de voz con más frecuencia en un 32%, seguida la técnica de Decir-Mostrar-Hacer en un 19%, mientras que la técnica de escape dependiente nunca la aplican lo que comprueba su poco o nulo conocimiento de la misma.

A pesar de ser la técnica de restricción física y la técnica de Mano sobre boca la que más conocen los alumnos, solo el 13% aplican en la práctica la primera y 11% la segunda.



En caso de tener algún impedimento para atender a un niño ¿Cuál sería éste?

Gráfica 7



Fuente Directa

El estrés causado en la atención a niños en clínica es la causa principal de que los alumnos no prefieran atender a este tipo de pacientes, pues considera un 20% que se requiere de una habilidad especial para la atención de los niños en las consultas odontopediátricas y no el desconocimiento de las técnicas.



11. CONCLUSIONES

El manejo de las emociones de un niño en la consulta odontológica, es lograr mantener la colaboración de éste durante el tratamiento, por medio de procesos de enseñanza y aprendizaje, promoviendo así en el niño una actividad positiva hacia la consulta odontopediátrica.

La selección de la técnica que utilice el estudiante o el profesional en la consulta odontopediátrica va a influir notoriamente en el estado emocional del niño.

No existe una técnica determinada para manejar las emociones en el niño, ya que no existen situaciones específicas que pudieran presentarse entre un paciente y otro, debido a que son muchas las variables.

Es necesario adaptar al paciente odontopediátrico a la consulta dental, para poder crear cambios en su comportamiento, recordando que este tipo de paciente es un receptor emocional al que siempre se le debe hablar, independientemente de la edad, adecuando el lenguaje y el tono de voz a su estado emocional.

Dentro de su preparación profesional, los alumnos muestran tener un mediano conocimiento sobre el uso de las diferentes técnicas de control de la conducta en pacientes odontopediátricos, más sin embargo no siempre en la práctica las utilizan, pues los mismos alumnos manifiestan en su mayoría, ser el estrés lo que les impide aplicar adecuadamente éstas técnicas; e incluso el evitar brindar la



atención a éste tipo de pacientes. Los alumnos utilizan la técnica de control de voz en la mayoría de los casos, aún cuando muestren tener conocimiento de otros tipos de técnicas.

Finalmente podemos señalar que, cada niño tiene pautas de conductas específicas, de allí la importancia de que los estudiantes y los profesionales conozcan adecuadamente los patrones de conducta típicos en las diferentes edades, el uso y aplicación de las diferentes técnicas de conducta en pacientes odontopediátricos; y asimismo se debe tener conocimiento de las diferentes pautas de conducta de los pacientes, teniendo en cuenta que éstos pasan por diferentes etapas en su crecimiento y desarrollo.



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Braham, et al, 1994, "Physical restrain, child abuse, informed consent: Sociolegal concerns for the ninties" Journal of Dentistry for Children, Vol. 61, No. 3, May-June
2. Blatto B, Vismara V. Medicina natural en odontología. Tratamiento de la ansiedad. Journal de Clínica en Odontología 1999/2000.
3. Braham, R. 1989, "Manejo de padres y pacientes en el consultorio odontológico", El paciente discapacitado", Odontología Pediátrica, México, D.F. Ed. Panamericana
4. Clive F, Mc Murray N, Giebartowski J. "Strategies used by dentists in Victoria, Australia, to manage children with anxiety or behavior problems". J Dent Chile, 1991.
5. Corrêa MS, Guedes-Pinto CA. "Técnicas psicológicas utilizadas en odontopediatría". Odontopediatría. Guedes-Pinto CA. 7th ed. 2003. Libreria Santos Editora Ltda., São Paulo.
6. Di Nasso P. "Cuidado dental del niño con discapacidad". Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños; 2001-2002.
7. Edmunds D, Rosen M., "Management of anxiety in dental practice in the UK". Brit Dent J., 1989.
8. Elena Barbería Leache, Odontopediatría, 2ª ed. México, Edit. Masson
9. Fernando Escobar Muñoz, 2004, "Odontología Pediátrica", 2ª ed., Edit. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. Caracas Venezuela.
10. Glasrud, "P. Dentists' characteristics and child behavior management techniques". J Dent Child ,1984;51



11. Gokli M, Wood A, Mourino A, Farrington F, Best A. "Hypnosis as an adjunct to the administration of local anesthetic in pediatric patients". J Dent Child 1994.
12. Gutiérrez M. Etal, 1997, "Presencia de los padres, desensibilización y conducta de los niños en el Consultorio dental", Práctica Odontológica, Vol. 18 No. 12, Diciembre.
13. Kun BR, 1994, "Expansión de las técnicas de manejo conductual en la odontología pediátrica" en Dental Abstracts Vol. 2 No. 4, November-December.
14. Levitt J, McGoldrick P, Evans D. "The management of severe dental phobia in an adolescent boy: a case report". J Paediatr Dent 2000.
15. Martí S, Pirrone A, Levinzon G, Breuss M, Penucci A. "La hora del juego en la atención odontológica de niños". Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños 1998.
16. Peretz B, Zadik D. "Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment". Pediatr Dent; 1999.
17. Pinkham J. "Linguistic maturity as a determinant of child patient behavior in the dental office". J Dent Chile; 1997.
18. Pinkham, J; 1996, "Control Conductual del paciente" Odontología Pediátrica, Segunda edición, México, D.F. Edit. Interamericana/McGrawHill.
19. Reinhold M. Control del miedo y del dolor en el tratamiento estomatológico en la infancia mediante audioanalgesia. Quintessence; (Sp ed.) 1994.
20. Roberts, J. 1995 "How important are techniques? The empathic approach to working with children", Journal of Dentistry for Children, Vol. 65, No. 1, January-February.
21. Rosemberg H. "Behavior Modification for the child dental patient". J Dent Chile; 1984.



-
22. Pikham J.R., Odontología Pediátrica, 3ª. Ed., edit. McGraw-Hill Interamericana, México, 2001.
23. Scott S, García-Godoy F. "Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques". J Dent Chile; 1998.
24. Shaw A, Niven N. "Theoretical concepts and practical applications of hypnosis in the treatment of children and adolescents with dental fear and anxiety". Brit Dent J; 1996.
25. Thomas K. Barber, 1982, "Odontología Pediátrica", México, D.F.- Santafé de Bogotá, Edit. El Manual Moderno, S.A. de C.V.
26. Walter, L. R. et al, 1999 Odontología para o bebê: Odontopediatria Do Nascimento A os 3 ANOS, 1ª Edición, 2 reimpresión; Sao Paulo Brasil, Artes Médicas.
27. scholar.google.com.mx, Google Académico.
28. bidi.unam.mx; Biblioteca Digital UNAM



ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
CLÍNICA PERIFÉRICA LAS ÁGUILAS TURNO VESPERTINO. 2007

CÉDULA

Sexo: F M Edad: años

1. ¿Te gusta atender a niños?
 - a) Siempre
 - b) En ocasiones
 - c) Nunca

2. ¿Cuáles técnicas para control de la conducta en niños conoces?
 - a) Mano sobre boca
 - b) Reforzamiento positivo
 - c) Escape dependiente
 - d) Control de voz
 - e) Modelamiento
 - f) Decir-Mostrar-Hacer
 - g) Desensibilización
 - h) Distractores dependientes
 - i) Imitación



j) Restricción física

- 3.** ¿Llevas a cabo alguna técnica de control del manejo de la conducta en la en la práctica clínica integral niños?
- a)** Siempre
 - b)** En ocasiones o cuando es necesario
 - c)** Nunca
- 4.** ¿Cuál o cuales utilizas con más frecuencia
- a)** Mano sobre boca
 - b)** Reforzamiento positivo
 - c)** Escape dependiente
 - d)** Control de voz
 - e)** Modelamiento
 - f)** Decir-Mostrar-Hacer
 - g)** Desensibilización
 - h)** Distractores dependientes
 - i)** Imitación
 - j)** Restricción física
- 5.** En caso de tener algún impedimento para atender a un niño; ¿Cuál sería éste?
- a)** No me gustan los niños
 - b)** No conozco técnicas de control de la conducta
 - c)** No tengo habilidad
 - d)** Me estreso



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL**

**MTRA. LEONOR OCHOA GARCÍA
PROFRA DE ODONTOPEDIATRÍA
PRESENTE**

Por medio de la presente me permito solicitar a usted que el alumno Eduardo Juárez Aguilar pueda aplicar unas encuestas a los estudiantes de la clínica de Odontopediatria con la finalidad de realizar su tesina titulada " Estrategias del control de la conducta utilizadas por los alumnos de la clínica periférica las águilas, turno vespertino.2007"

Sin otro particular, y en espera de contar con su apoyo para poder aplicar las encuestas, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, D.F., a 2 de octubre de 2007

**C.D. Ma. Elena Nieto Cruz
COORDINADORA**