



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**TEMPERAMENTO Y TIPO DE CONDUCTA EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL
TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A:

KATY AMARANTA MARTÍNEZ DÍAZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA LILIA ADRIANA JUÁREZ LÓPEZ



PAPIME PE201018

Ciudad de México, 2019



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

Gracias a la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por haberme permitido formarme y desarrollarme tanto académica como personalmente.

Gracias a mi directora de tesis, Dra. Lilia Adriana Juárez López por caminar conmigo, siempre motivarme a la excelencia y por mantenerme con los pies en la tierra. Por enseñarme a no darme por vencida y estar siempre presente en el progreso de lo que hoy puedo celebrar.

A mi revisora Mtra. Ixchel Rosas Zárate y mis sinodales el Psic. Eduardo Cortes Martínez, C.D. Esp. Gustavo Chávez Peregrina, C.D. Esp. Raúl Miguel de la Cruz González, por su esfuerzo, dedicación, tiempo, paciencia y conocimientos aprendidos.

Gracias al apoyo de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico, a través de una beca al Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME PE2018)

DEDICATORIA

Existe un dicho que dice “Si quieres llegar rápido, camina solo. Si quieres llegar lejos, camina acompañado”.

La vida tiene una manera curiosa de enseñarnos fortaleza. Junto a su aliada la disciplina, constantemente nos lleva al límite, solo para probarnos que realmente somos mejores de lo que pensamos. De igual forma, vamos descubriendo que en la soledad jamás podríamos alcanzar nuevas metas, y que nuestras victorias tendrían un toque amargo sin la compañía de los que amamos.

A Dios, que es por Su gracia que me sostuvo y me sostiene hasta el día de hoy. Todo es por Él y para Él, y sólo a Él la gloria.

A mis padres que vivieron junto conmigo el sacrificio y de no ser por el esfuerzo de ustedes, ciertamente nada de esto sería realidad, por cada consejo lleno de sabiduría, su valentía y amor. Su ejemplo fue mi fuerza en la debilidad.

A mis hermanos por su apoyo y ejemplo de superación, dedicación, valentía, y amor.

Pues todas las cosas provienen de él y existen por su poder y son para su gloria.

¡A él sea toda la gloria por siempre! Amén.

Rm 11:36

ÍNDICE

Contenido	Pág.
I. Introducción	6
II. Marco teórico	8
Capítulo 1. Desarrollo humano	8
1.1. Características generales del desarrollo	8
1.2. Teorías del desarrollo	12
1.2.1. Teoría psicoanalítica	12
1.2.2. Teoría psicosocial	13
1.2.3. Teoría conductista	15
1.2.4. Teoría cognitiva	16
Capítulo 2. Personalidad	18
2.1 Teorías de la personalidad	19
2.2. Carácter	20
2.3. Temperamento	21
2.3.1. Tipos de temperamento	24
2.3.2. Componentes del temperamento	25
2.3.3. Teoría del temperamento: Buss y Plomin	28
2.3.4. Cuestionario para la evaluación del temperamento infantil	29
Capítulo 3. Manejo de la conducta	31
3.1. Reacciones emocionales comunes del niño	31
3.2. Escalas de valoración del comportamiento	33
3.3. Clasificación de la conducta	35
3.4. Factores que influyen en la conducta del paciente pediátrico	35
3.4.1. La influencia de los padres	36
3.4.2. La influencia de la escuela	37

3.4.3. Antecedentes médico-dentales	37
3.4.4. Ambiente odontológico	38
3.4.5. Odontólogo	38
3.5. Manejo de la conducta infantil de forma no farmacológica	39
3.5.1. Técnicas de comunicación	39
3.5.1.1. Lenguaje pediátrico	39
3.5.1.2. Decir-mostrar-hacer	40
3.5.1.3. Control de voz	40
3.5.1.4. Refuerzo positivo	41
3.5.1.5. Comunicación no verbal	41
3.5.2. Técnicas de modificación	41
3.5.2.1. Desensibilización	41
3.5.2.2. Imitación/modelado	41
3.5.3. Técnicas de control físico	42
3.5.3.1. Mano sobre boca	42
3.5.3.2. Restricción física	42
III. Planteamiento del problema	44
IV. Hipótesis	44
V. Objetivo	44
5.1. Objetivo general	44
5.2. Objetivo específico	44
VI. Material y métodos	45
VII. Resultados	48
VIII. Discusión	57
IX. Conclusiones	60
X. Referencia Bibliográficas	61
XI. Anexo	65

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los temas importantes dentro de la odontología, es el manejo del paciente pediátrico, sin duda, sin su colaboración el tratamiento sería sumamente difícil y en ocasiones hasta imposible de realizar. Tener conocimiento acerca de los factores que influyen en su comportamiento mediante las etapas del desarrollo psicológico y los aspectos relevantes sobre la personalidad, nos ayudarán a comprender la conducta presentada por el niño en el ámbito odontológico, con la finalidad de reconocer sus habilidades físicas, cognitivas y sociales, para lograr una mejor comunicación con el paciente, así como aplicar técnicas de manejo individualizadas dirigidas a tener una mayor confianza y poder realizar el tratamiento con la cooperación del niño.

La psicología es de suma importancia para el cirujano dentista, dado que nos ayuda a comprender la conducta infantil; de ahí que en este trabajo se aborda el tema del desarrollo humano, sus etapas y teorías; se analiza el tema de la personalidad, la cual se construye por medio del temperamento y el carácter, que a lo largo del ciclo de la vida se modifican. Además se realiza una revisión sobre el manejo de la conducta en el paciente pediátrico.

Se aborda principalmente el temperamento, ya que es la asignación genética con la que nacemos, de predisposición hereditaria. A diferencia del carácter, que se refiere a lo que vamos aprendiendo y construyendo a través de experiencias.

En este trabajo se analiza la relación entre el temperamento y el tipo de conducta de pacientes pediátricos que acudieron a su atención estomatológica en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Reforma, en el periodo de febrero a septiembre 2018

Con respecto al temperamento, Buss y Plomin lo definen como: “Un conjunto de rasgos de personalidad heredados que aparecen temprano en la vida. Por lo tanto, hay dos características relevantes. Primero, los rasgos son de origen genético, como otras disposiciones psíquicas que se heredan (inteligencia, por ejemplo). En segundo lugar, los rasgos aparecen en la infancia, más específicamente, durante el primer año de vida, que distingue el temperamento de otros grupos de rasgos de personalidad, tanto heredados como adquiridos”.⁽¹¹⁾ De manera similar, autores como Thomas, S. Chess y H. Birch,

relacionan el temperamento con las diferencias interindividuales de las cualidades hereditarias de las personas.

La teoría temperamental de Buss & Plomin clasifica en cuatro dimensiones el temperamento: la emocionalidad, la actividad, la sociabilidad y la timidez; en las que se fundamenta su cuestionario para la evaluación del mismo: “Emotionality Activity and Sociability Temperament Survey” EAS. Este cuestionario se utilizó en este estudio, para determinar el tipo de temperamento de 140 pacientes pediátricos que acudieron a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud, Reforma (CUAS) a consulta odontológica, el cual fue contestado por sus padres o tutores.

En cuanto a la clasificación del tipo de conducta, se utilizó la escala según Flankl, esta escala divide la conducta en cuatro categorías: definitivamente negativo, negativo, positivo y definitivamente positivo.⁽²⁸⁾

II. MARCO TEÓRICO

El conocimiento del desarrollo del niño a lo largo de las diferentes etapas de la vida es importante para el cirujano dentista porque nos ayuda a predecir conductas futuras. ⁽³⁸⁾

La psicología aplicada a la práctica odontológica nos permite tener conocimiento sobre el desarrollo psicológico del niño, con el objetivo de relacionarnos con ellos de una manera adecuada a su edad y desarrollar una relación de confianza, promoviendo la salud integral del paciente. ^(5,6) Por lo que se abordarán diferentes teorías del desarrollo humano.

DESARROLLO HUMANO

El desarrollo humano se entiende como un proceso continuo y cambiante, que es provocado por el entorno en el que se desenvuelve la persona a lo largo de su vida. Existen diferentes aspectos que influyen o afectan en el desarrollo de un ser humano tales como: la sociedad, la cultura, familia, estilo de crianza. ⁽⁴⁵⁾

Características generales del desarrollo

El desarrollo inicia con la concepción, continua durante la infancia, la adolescencia y aun cuando existe cierta estabilización del crecimiento. ⁽⁵⁾

El desarrollo puede describirse en cuatro áreas de conducta que se muestran en diferentes tipos de actividades, las cuales son:

- Área de conductas motrices: se encuentra involucrado el sistema nervioso en la capacidad motriz, aquí se encuentran reacciones posturales como la coordinación general del cuerpo, mantenimiento de la cabeza, gatear.
- Área de conductas adaptativas: abarca la capacidad del niño para adaptarse a nuevas experiencias, engloba la inteligencia.
- Lenguaje: incluye las formas de comunicación como: gestos, llanto, palabras, oraciones, imitación.
- Conducta personal-social: se refiere a las reacciones del niño frente a otras personas, a su adaptación en el hogar, un grupo social.

El desarrollo incluye periodos cronológicos, por lo que puede dividirse en tres etapas generales: el desarrollo infantil, adolescente y adulto. Así mismo la etapa infantil y la adulta se subdividen en sub-etapas. ⁽³⁸⁾

En este trabajo se desglosarán las etapas del desarrollo, describiendo sus características motrices, de conducta, lenguaje, según Philip Rice. ⁽³⁸⁾

1. Desarrollo infantil

El desarrollo infantil no solo tiene que ver con el crecimiento físico, igualmente involucra todas las áreas del desarrollo humano, como cambios en el crecimiento físico, la forma, la función, estructura o la habilidad. También, se procesa en varias dimensiones como físico-motora, cognitiva, emocional y social, esto varía de niño a niño, dependiendo de sus características biológicas, hereditarias y del ambiente con el cual interactúa. ^(4, 6)

Dentro del desarrollo infantil encontramos las siguientes sub-etapas:

- *Periodo prenatal:* este va desde la concepción al nacimiento, es el tiempo en que el organismo crece de una célula fertilizada a miles de millones de células. Durante este periodo se forman los órganos y la estructura corporal básica. ⁽³⁸⁾
- *Infancia:* se da en los dos primeros años de vida, en esta etapa se desarrolla la coordinación motora, las capacidades sensoriales y de lenguaje. El niño se apega a miembros de la familia o a otras personas que son cercanas a él. Aprende a expresar sentimientos y emociones básicas como el amor, el afecto, la confianza. También desarrolla cierta independencia y sentido de sí mismo. ⁽³⁸⁾
- *Niñez temprana:* va de los tres a los cinco años, que es la edad preescolar. En esta etapa, el niño puede cuidarse mejor, empieza a desarrollar un concepto de identidad, adquiere roles de género y se muestra interesado en jugar con otros niños. ⁽³⁸⁾
- *Niñez intermedia:* comprende de los seis a los once años. En la niñez intermedia las habilidades para la lectura, la escritura, la aritmética, entre otras, avanzan de forma significativa para pensar de manera lógica. En esta etapa los logros académicos se vuelven relevantes. Las relaciones familiares siguen contribuyendo en los ajustes emocionales. ⁽³⁸⁾

2. *Desarrollo adolescente*

Inicia a los doce años y va hasta los diecinueve años, es un periodo de transición entre la niñez y la vida adulta. Empieza el pensamiento de operaciones formales y la formación de una identidad positiva. En esta etapa los adolescentes buscan una mayor independencia de los padres. ⁽³⁸⁾

3. *Desarrollo adulto*

El desarrollo adulto se subdivide en las tres etapas siguientes:

- *Juventud* (20 y 30): durante la juventud se tiene que resolver retos como elegir carrera y lograr el éxito vocacional. Los jóvenes adultos se enfrentan a otras decisiones como la elección de pareja, matrimonio la posibilidad de convertirse en padres. ⁽³⁸⁾
- *Edad madura* (40 y 50): Es un periodo en el cual se alcanza una máxima responsabilidad personal y social, así como el éxito profesional. En algunas personas esta etapa puede causar crisis de la edad madura.
- *Vejez*: comprende de los setenta años en adelante; durante la vejez hay cambios en las capacidades físicas. ⁽³⁸⁾

Como podemos ver, cada etapa es diferente, esto nos ayuda a tener un conocimiento más amplio de cómo podemos tratar al paciente pediátrico, identificando en qué etapa se encuentra, para poder emplear un lenguaje y técnicas de acuerdo a su edad. Por ejemplo, no podríamos usar el mismo lenguaje con un niño que se encuentra en la etapa de infancia (dos primeros años), donde se desarrolla la capacidad motriz, de lenguaje; a un niño que se encuentra en la niñez intermedia (seis a once años), donde ha aumentado la capacidad de pensar de manera lógica.

El desarrollo humano es un proceso complejo, que además de dividirse en periodos cronológicos, también se divide en cuatro dimensiones básicas: desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social. ⁽³⁸⁾

- a. *Desarrollo físico*: se incluyen las bases genéticas, el crecimiento físico de todos los elementos del cuerpo, los cambios en el desarrollo motor, los sentidos y los sistemas

corporales; el desarrollo físico también se relaciona con el cuidado de la salud, la nutrición, el sueño, el abuso de drogas y el funcionamiento sexual.⁽³⁸⁾

- b. **Desarrollo cognoscitivo:** engloba todos los cambios en los procesos intelectuales del pensamiento, el aprendizaje, el recuerdo, la memoria, los juicios, la concentración, la solución de problemas y la comunicación. Las influencias hereditarias y ambientales se incluyen en este proceso de desarrollo.⁽³⁸⁾
- c. **Desarrollo emocional:** se refiere al desarrollo del apego, la confianza, la seguridad, el amor, el afecto, las emociones y los sentimientos. Se desarrolla el concepto de uno mismo, de la autonomía y las perturbaciones emocionales. Las emociones que son más constantes se transforman en una actitud frente a la vida.^(5, 38)
Conforme el niño crece se va modificando la expresión emocional.
- d. **Desarrollo social:** se enfoca en el proceso de socialización, en el desarrollo moral, en las relaciones con los padres y los miembros de la familia. Se analiza el matrimonio, la paternidad, el trabajo, así como los roles vocacionales y el empleo.⁽³⁸⁾

Otras características a conocer sobre el desarrollo humano son:

- El desarrollo es cambiante y se adapta durante todo el ciclo de vida, aunque antes se creía que la mayoría de los aspectos del desarrollo se detenían al final de la adolescencia, investigadores como Datan, Rodeheaver y Hughes exponen que la maduración emocional y el proceso de socialización continúan.⁽³⁸⁾
- En el desarrollo influyen la herencia y el ambiente, relacionándose, dando como resultado nuestra conducta.⁽³⁸⁾
- El desarrollo es acumulativo, es decir, lo que sucedió antes afecta nuestra vida actual, y lo que suceda en el presente afectará nuestro futuro.⁽³⁸⁾
- Por último, las dimensiones del desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social, no crecen al mismo ritmo, por ejemplo una persona puede estar desarrollada físicamente pero ser inmadura en sus acciones.⁽³⁸⁾

Teorías del desarrollo

A lo largo del tiempo, investigadores han postulado diferentes enfoques teóricos sobre el desarrollo, que se basan en cómo se adquieren las nuevas conductas, la personalidad, cambios físicos, emocionales, sociales, cognoscitivos o intelectuales y conflictos sexuales inconscientes, estos pueden centrarse en un único aspecto, o bien hablar del desarrollo en su totalidad. ⁽³⁸⁾

Teoría psicoanalítica

Es una corriente que inicio por Sigmund Freud y continuo por Erikson. La teoría psicoanalítica sostiene que los principales determinantes de la conducta y las emociones son inconscientes y se interesa por estudiar la motivación que origina la actividad. ⁽⁴⁰⁾

Sigmund Freud

Freud explica la conducta según las experiencias que se vivieron en la niñez temprana y de las motivaciones inconscientes. Su teoría afirma que la personalidad se forma a partir de tres sistemas: el ello (o id), el yo (o ego) y el superyó (o superego). ⁽⁴⁰⁾

El ello (o id), está presente desde el nacimiento, es formado por los instintos y necesidades básicas que buscan una gratificación inmediata. Se rige por el principio del placer. ⁽⁴⁰⁾

El yo (o ego), empieza a desarrollarse durante el primer año de vida. Consta de procesos mentales, la capacidad de razonamiento y el sentido común. Se rige por el principio de realidad. ⁽⁴⁰⁾

El superyó (o superego), se desarrolla como resultado de la interacción del sujeto con los padres y la sociedad. Representa los valores o tradiciones sociales que son incorporados en la personalidad del niño. Se rige por el principio del deber ser. ⁽⁴⁰⁾

Freud expuso la teoría psicosexual del desarrollo, donde propone cinco etapas psicosexuales. De acuerdo con ello, a medida que los niños van madurando, el centro de la sensibilidad sensual y las zonas erógenas cambian de una región del cuerpo a otra. ⁽³⁸⁾

Según su teoría, las etapas del desarrollo psicosexual son las siguientes:

- a. *Etapa oral*: se da durante el primer año de vida, la principal fuente de gratificación sensual se centra alrededor de la boca, esto se expresa en actividades como chupar, masticar y morder. ⁽³⁸⁾
- b. *Etapa anal*: entre los dos y tres años, durante esta etapa la principal fuente de placer se encuentra en la actividad anal. El niño se interesa en las funciones de eliminación, las actividades y el entrenamiento del control de esfínteres. ⁽³⁸⁾
- c. *Etapa fálica*: se da entre los cuatro y cinco años, a medida que el niño explora su cuerpo por auto manipulación, el centro de placer cambia hacia los genitales. Se descubre la diferencia de los sexos. ⁽³⁸⁾
- d. *Etapa de latencia*: comprende entre los seis años a la pubertad. Es un periodo donde el niño reprime los impulsos sexuales, por lo que dedica su tiempo y energía al aprendizaje, a las actividades físicas y sociales. ⁽³⁸⁾
- e. *Etapa genital*: empieza con la maduración sexual, después la persona joven busca estimulación y satisfacción sexual. Esta etapa continúa durante toda la vida adulta. ⁽³⁸⁾

Freud decía que si los niños reciben demasiada o muy poca gratificación en cualquier periodo, quedan fijados en esa etapa por lo que su desarrollo psicosexual es incompleto. ⁽⁴⁰⁾

Teoría psicosocial

Erick Erikson

Erikson está en desacuerdo con Freud porque pone demasiado énfasis en la base sexual de la conducta y cree que el desarrollo no queda determinado por completo en la niñez sino que continúa durante toda la vida. Erikson concluyó que hay otras motivaciones y necesidades psicosociales que se convierten en fuerzas que impulsan el desarrollo y la conducta humana. Afirma que los seres humanos son capaces de resolver las necesidades y conflictos cuando se presentan. ⁽³⁸⁾

Erikson divide el desarrollo emocional en ocho etapas: confianza básica, autonomía, iniciativa, laboriosidad, identidad, intimidad, creatividad e integridad. En cada etapa el individuo tiene una tarea psicosocial que resolver. Esta confrontación con cada tarea

produce conflictos, los cuales tienen dos posibles resultados. Si en cada etapa se domina la tarea correspondiente, la personalidad adquiere una cualidad positiva y hay mayor desarrollo, pero si la tarea no es dominada y el conflicto se resuelve de manera insatisfactoria, el yo resulta dañado porque se le incorpora una cualidad negativa. ⁽³⁸⁾

Las ocho etapas son las siguientes:

1. *Confianza contra desconfianza*, se extiende hasta el primer año de edad, donde se desarrolla un sentimiento profundo del niño hacia él mismo y hacia el mundo. Los niños aprenden a confiar en las personas que los cuidan, y que ellas les darán sustento, protección, bienestar y afecto; o si sus necesidades no son satisfechas, desarrollan desconfianza. Para Erikson este periodo es importante en la formación de la personalidad, ya que por el encuentro entre la madre y el hijo en una relación de amor, servicio, confianza y reconocimiento mutuo se manifestará el "sentimiento de identidad". ⁽³⁸⁾
2. *Autonomía contra vergüenza y duda*, ocurre a partir del primer año hasta los dos años. Los niños tienen la capacidad de realizar acciones y decidir sobre ellas, debido a la maduración motora y cognoscitiva. Adquieren control sobre sus funciones de eliminación, aprenden a comer sin ayuda, se les permite jugar solos y aunque siguen siendo totalmente dependientes, desarrollan cierto grado de independencia. Pero si las personas que los cuidan los restringen demasiado, desarrollarán un sentido de vergüenza y duda sobre sus propias capacidades. ⁽³⁸⁾
3. *Iniciativa contra culpa*, se comprende de los tres a los cinco años, en este período hay un progreso en las actividades motivadas en respuesta a estímulos o acciones imitativas. Las capacidades motoras e intelectuales siguen creciendo, como el desarrollo de la creatividad. Los niños continúan explorando el ambiente y experimentando cosas nuevas, asumen mayor responsabilidad para iniciar y realizar planes. ⁽³⁸⁾
4. *Laboriosidad contra inferioridad*, va de los seis a los once años, en esta etapa los niños aprenden a cumplir las demandas del hogar y la escuela, al obtener estos logros se desenvuelve un sentimiento de valía. Se desarrollan habilidades en sociedad, la interacción con los demás, o pueden llegar a sentirse inferiores a los otros. ⁽³⁸⁾

5. *Identidad contra confusión de roles*, inicia de los doce a los diecinueve años, es el final del proceso de maduración emocional del niño. Los adolescentes pueden desarrollar un fuerte sentido de ellos mismos, o quedar confundidos acerca de su identidad y de su papel de la vida. ⁽³⁸⁾
6. *Intimidad contra aislamiento*, son los jóvenes adultos entre veinte y treinta años, quienes desarrollan relaciones cercanas con los demás o permanecen aislados de las relaciones significativas con otras personas. ⁽³⁸⁾
7. *Generatividad contra estancamiento*, sucede en adultos de mediana edad entre cuarenta y cincuenta años. En esta etapa se asumen responsabilidades, el trabajo, la tarea de enseñar y guiar a la siguiente generación, o pueden quedarse personalmente empobrecidos, centrados en sí mismos y estancados. ⁽³⁸⁾
8. *Integridad contra desesperación*, se da en la vejez de sesenta años en adelante. Se evalúa la vida y la acepta por lo que es, o puede llegar a caer en la desesperación porque no logra encontrar un significado. ⁽³⁸⁾

La teoría de Erikson se centra en la importancia de los factores de maduración, destaca las influencias sociales y culturales en el desarrollo después de la adolescencia. ⁽³⁸⁾

Teoría conductista

La teoría conductista sostiene que el condicionamiento (proceso de aprendizaje) es lo que cambia la conducta, y para que el aprendizaje ocurra, debe existir la maduración obtenida por el crecimiento y el desarrollo. ^(5, 38, 40)

Se estudian conductas que pueden verse, medirse y registrarse, es decir cambios cuantitativos y no cualitativos, por lo que se considera que el aprendizaje progresa de manera continua y no por etapas.

Hay dos clases de condicionamiento: clásico y operante.

Condicionamiento clásico

El condicionamiento clásico nace por las investigaciones de Iván Pavlov, filósofo ruso, quien denomina que el condicionamiento es un constructo por el cual se pueden demostrar

e interpretar los tipos de aprendizaje, y el término “clásico”, surge porque fue el primer modelo que explica los procesos para adquirir un nuevo aprendizaje.

Su experimento fue a través de la salivación de un perro, primero hacía sonar una campana para darle de comer inmediatamente, repitió este procedimiento por un largo tiempo hasta que consiguió una respuesta condicionada, los estímulos eran la campana y la comida; así logró que el perro salivara solo con escuchar la campana pues ya lo relacionaba con la comida. ⁽⁴⁷⁾

Condicionamiento operante

Es introducido por Burrhus Frederic Skinner, quien estudia las relaciones que ocurren entre las respuestas operantes y los estímulos consecuentes que éstas producen. ⁽⁴⁷⁾

El principio del condicionamiento operante es que: “un organismo tenderá a repetir la conducta si a ésta le sigue una experiencia satisfactoria y a no repetirla si la experiencia posterior no es satisfactoria; para buscar recompensa, evitando el castigo”. ⁽⁴⁷⁾

Watson defendía que cualquier conducta compleja, si la analizamos y descomponemos en sus partes, hallamos que está constituida por algunos aspectos condicionados.

Vigotsky propuso que las formas más complejas del pensamiento tienen sus orígenes en interacciones sociales y no en la exploración individual de cada niño, donde el aprendizaje sobre nuevas habilidades cognitivas son orientadas por un adulto, el cual moldea y estructura la experiencia del aprendizaje. ⁽⁶⁾

Teoría cognitiva

Surge como una respuesta en contra al conductismo, trata de estudiar los procesos internos que tienen lugar en la persona.

La cognición es el acto o proceso de conocer. Para comprender la cognición existen tres aproximaciones básicas; una es la psicométrica, que mide los cambios cuantitativos en la inteligencia a medida que la gente va madurando; la segunda es la piagetiana, que destaca los cambios cualitativos y la forma en que la gente piensa a medida que se desarrolla; por

último, el modelo del procesamiento de información, que examina los pasos, acciones y operaciones progresivas que tienen lugar cuando la gente recibe, recuerda, piensa y utiliza la información. ⁽³⁸⁾

Jean Piaget: el desarrollo cognoscitivo

Piaget consideraba que el desarrollo cognoscitivo es el resultado combinado de la maduración del cerebro, del sistema nervioso y la adaptación del ambiente. Propone que el equilibrio es dinámico y no es el ambiente el que moldea al niño, pero él, busca de forma activa comprender su ambiente, explorando, manipulando y examinando los objetos y personas de su mundo.

Piaget propuso cuatro etapas del desarrollo cognoscitivo:

1. *Etapa sensoriomotora*, ocurre del nacimiento a los dos años, los niños aprenden a coordinar las experiencias sensoriales con la actividad física y motora.
2. Etapa pre-operacional, va de los dos años a los siete años, se adquiere el lenguaje, en esta etapa los niños comienzan a representar la realidad mediante símbolos, porque aún no tienen la capacidad para pensar de manera lógica.
3. *Etapa de las operaciones concretas*, se extiende de los siete a los once años, donde aumenta la capacidad de demostrar el razonamiento lógico. Los niños pueden realizar diversas operaciones mentales como arreglar objetos clasificándolos jerárquicamente; el niño también es más consciente de la opinión de otros.
4. *Etapa de las operaciones formales*, se manifiesta de los once años en adelante, los adolescentes pasan de las experiencias concretas reales a pensar en términos lógicos más abstractos, es decir pueden analizar esquemas de pensamiento. También pueden pensar en el futuro y lo que podría ser, haciendo planes.

Todas las etapas son continuas, ya que cada una de ellas toma algo de las realizaciones de la anterior o anteriores, por esto Piaget manifiesta que ningún niño puede saltarse una etapa. ⁽³⁸⁾

Las teorías que hemos revisado explican el funcionamiento y desarrollo del ser humano desde diferentes perspectivas, sin embargo no hay una teoría que explique por sí sola todos los aspectos. Por ello, es importante considerarlas a todas porque cada una aporta

diferentes aspectos psicológicos importantes para tomarse en cuenta y en la práctica odontológica podemos usar lo que se considera mejor de cada teoría.

Estos procesos de maduración y aprendizaje permiten que las emociones vayan surgiendo.

PERSONALIDAD

La personalidad es la suma de todas las características como: físicas, mentales, emocionales, sociales, hábitos, rasgos, etc. que hacen de cada persona un individuo diferente de cualquier otro, y es fundamental para la conducta de un individuo. La personalidad no es estática, sino que se desarrolla con el curso de los años y siempre está en proceso de cambio, a diferencia del temperamento que está compuesto por factores biológicos heredados. ⁽³⁸⁾

Allport define la personalidad como “la organización dinámica (constituida de cuerpo y mente que está en continuo cambio y desarrollo) de los sistemas psicofísicos (no es exclusivamente mental o psicológica) dentro del individuo, que determinan su ajuste único al medio”. También refiere que la personalidad establece relaciones entre lo individual y su medio, tanto físico como psicológico, algunas veces predomina el físico y en otras ocasiones el psicológico”. ⁽³⁹⁾

Otro autor que aborda el tema de la personalidad es Murray, quien expone que la personalidad se crea a través de las necesidades que comienzan con un estímulo en la región cerebral a través de ideas o pensamientos que solo generan placer al ser satisfechas y es por satisfacción o insatisfacción de las necesidades es que se forma la personalidad del individuo. ⁽³⁹⁾

Por otra parte, Kardiner define la personalidad como una estructura del yo derivada del efecto de ciertas prácticas en el individuo en desarrollo, lo cual es una base que permite predecir el tipo del ser humano que resultará de las influencias culturales. ⁽³⁹⁾

Raymond B. Cattelle, expone que la personalidad es aquello que permite la predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada. ⁽³⁹⁾

Fromm sugirió una teoría de la personalidad basada en dos necesidades principales: la necesidad de libertad y de pertenencia, señala que las personas desarrollan la personalidad con el fin de enfrentar la ansiedad que es creada por los sentimientos de aislamiento. ⁽³⁹⁾

La teoría de Sullivan resalta las relaciones entre las personalidades y no la personalidad individual, ya que el hombre no existe como un ser aislado, sino que se relaciona con otros. Para Sullivan es importante la forma en que el ser humano se desarrolla durante los primeros años de vida: en la infancia, la niñez y la adolescencia. Por lo que patrones interpersonales de los primeros años son importantes para la personalidad. ⁽³⁹⁾

De acuerdo con Freud la personalidad consiste de varias partes o sistemas, algunos de los cuales son el yo (que incluye solo actividades mentales y conscientes del hombre, se ocupa de procesos conscientes del pensar, percibir e identificar sensaciones del mundo en el que vive), el self (se encuentra a la mitad del camino entre el consciente y el inconsciente), los estados de conciencia e inconsciencia, las funciones, la persona, las actitudes de introversión y extraversión, los sistemas de energía psíquica y física, la culminación de todos estos en el self. ⁽³⁹⁾

Teniendo en cuenta todo esto la definición que usaremos en este trabajo es la de Philip FR: “es la suma de todas las características como: físicas, mentales, emocionales, sociales, hábitos, rasgos, etc. que hacen de cada persona un individuo diferente de cualquier otro”⁽³⁸⁾

A lo largo de la historia se han mostrado diferentes perspectivas sobre la personalidad, los psicólogos pueden estar de acuerdo que ninguna personalidad es exactamente igual a otra, cada personalidad es considerada como el resultado de la interacción entre diferentes factores como sociales y biológicos, que reflejan los elementos de conducta duraderos y recurrentes, así como los nuevos.

Diversas investigaciones han resultado en teorías que tratan de explicar cómo se forma la personalidad, el por qué de los diferentes comportamientos de una persona a otra.

Teorías de la personalidad

La tarea principal de una teoría de la personalidad es establecer aquellas consistencias de la conducta que no están determinadas por variables contextuales. ⁽³⁹⁾

Cada teoría de la personalidad propone sus propias listas de rasgos e interrelaciones supuestas entre las características; estas son las dimensiones o factores de la personalidad que pueden usarse para clasificar las conductas interpersonales más estables de un individuo.⁽³⁹⁾

Algunos teóricos conductistas que abordan el tema de la personalidad son: Watson, Skinner y Pavlov afirman que la personalidad es aprendida. Por otro lado las teorías psicoanalíticas determinan que las características inconscientes, es decir, los pensamientos e ideas del ser humano son importantes en el desarrollo de su personalidad.

La gran variedad de planteamientos sobre la personalidad, nos deja ver la relevancia que tiene este concepto, el cual a través de investigaciones ha sido de los más estudiados.

La personalidad se constituye por dos componentes: el temperamento y el carácter, por consiguiente, para poder comprender la personalidad es necesario conocer e identificar estos términos.

Carácter

El concepto de carácter se deriva del griego, se refiere a un instrumento que manifiesta la naturaleza psicológica de la persona. Este concepto frecuentemente se emplea para designar rasgos de la personalidad que son moldeados por los procesos del desarrollo y las experiencias de la vida, que hacen diferente a una persona, grupo o nación; por ejemplo: las normas sociales, los comportamientos y el lenguaje.^(9,17)

Es esa peculiaridad del hombre con la que se enfrenta al mundo usando sus capacidades como su sentir, su manera de obrar, las decisiones voluntarias, sus objetivos, juicios, orientaciones espirituales, y todo aquello que lo hace diferente de los demás.⁽¹⁷⁾

Hogan, interpreta el carácter como los motivos y disposiciones que dan estabilidad a la conducta social del individuo, a partir del conocimiento de las reglas sociales, la socialización, la empatía, la autonomía y el juicio moral, y ve el carácter como una organización más básica que la personalidad.⁽¹⁷⁾

Erich Fromm destaca que la estructura del carácter será determinada por la influencia de los padres, de manera que las primeras experiencias del niño como el entrenamiento del

baño y la educación según su sexo son determinantes; afirma que hay constante relación entre la sociedad, la familia y las fases individuales de la estructura del carácter.⁽³⁹⁾

Por lo tanto el concepto para esta investigación es que la estructura del carácter es el resultado de un equilibrio dinámico, pero es relativamente estable, ya que por las circunstancias cambiantes de la vida, es difícil mantener.⁽¹⁷⁾

El desarrollo del carácter involucra la manera en que percibimos y las nuevas respuestas adaptativas de las experiencias que tenemos.⁽¹⁷⁾

El enfoque según C. Robert Cloninger plantea tres dimensiones del carácter:⁽⁴³⁾

1. *Cooperación*: es la empatía frente a la hostilidad; y la manera que una persona se percibe como parte integral de la sociedad (tolerancia social, empatía, altruismo, compasión, integridad)
2. *Autotranscendencia*: originalidad e imaginación frente a control (transpersonalidad, espiritualidad).
3. *Autodirección*: la capacidad de autorregular la conducta; la forma de percibirse como un individuo independiente y seguro de sí mismo (responsabilidad, orientación, recursos, auto aceptación, congruencia).

Estas dimensiones están influidas por el ambiente sociocultural, familiar, y la relación con el entorno; y describen el grado en que una persona se percibe a sí misma.⁽⁴³⁾

Por otro lado tenemos al temperamento, que se refiere a las disposiciones psicológicas innatas que configuran el núcleo de la personalidad. El temperamento determina el “cómo” del comportamiento de una persona frente a los diferentes estímulos externos o internos, es decir el estilo de conducta.^(9, 16) Las personas con el mismo temperamento pueden comportarse de manera diferente como resultado del desarrollo del carácter.

Temperamento

Definición

El concepto de temperamento viene de la antigüedad, y su etimología deriva del latín “temperamentum” que significa mezcla.⁽⁹⁾

Hipócrates en el siglo V a. C. describió las siguientes categorías: el tipo sanguíneo o alegre, que reflejaba un exceso de sangre; el melancólico, que tenía un exceso de bilis negra; el colérico y violento caracterizado por un aumento de bilis amarilla; y el flemático, pasivo o calmado, al que se le atribuyó un exceso de flema. ⁽⁹⁾

A pesar que el concepto de temperamento no tiene una definición consensuada, autores como Buss y Plomin, quienes son los autores en los que basamos esta investigación, lo definen como “un conjunto de rasgos de personalidad heredados que aparecen temprano en la vida” ⁽¹⁰⁾. El temperamento también se ve influenciado por el medio social y las experiencias educativas desde edades tempranas, aunque posee características relativamente estables. ⁽¹⁴⁾

Allport, define el temperamento como “los fenómenos característicos de la naturaleza de un individuo, que incluyen la susceptibilidad a la estimulación emocional, la fuerza y la velocidad de la respuesta, la cualidad del humor prevaleciente y todas aquellas cualidades de la fluctuación e intensidad del afecto, estos fenómenos son constitucionales y por lo tanto de origen hereditario”. ⁽⁹⁾

Copeland, menciona que “el temperamento se refiere a un rango normativo de respuesta conductual, emocional y fisiológica en donde la patología está limitada a patrones excesivos o disfuncionales de respuesta”. Esto significa que las características temperamentales pueden predisponer al desarrollo subsecuente de condiciones psicopatológicas. ⁽⁴⁴⁾

Las personas al nacer tienen todos los tipos de temperamento pero hay uno que se destaca, que Hipócrates llamó: temperamento dominante, de ahí que explica por qué dos hermanos que viven en un mismo ambiente, con la misma cultura familiar y régimen, responden de forma diferente ante los mismos estímulos. ⁽³⁶⁾

Galeno retomó estas ideas, a las que añadió el humoralismo de Hipócrates, así propuso la teoría de los 4 temperamentos: melancólico, flemático, sanguíneo y colérico, basado en los 4 humores o fluidos básicos. ⁽⁹⁾

Existen dos aspectos del enfoque clásico que permanecen vigentes en las teorías actuales sobre el temperamento, el primero es que hay aspectos biológicos y hereditarios que

subyacen a las características del temperamento, el segundo dice que las emociones son el núcleo donde se definen las características del temperamento.

Buss y Plomin, refieren dos características principales del temperamento:

1. Los rasgos son de origen genético, al igual que otras disposiciones psíquicas heredadas (por ejemplo la inteligencia).
2. Los rasgos aparecen en la infancia, específicamente, durante el primer año de vida, que distingue el temperamento de otros grupos de rasgos de personalidad, tanto heredado como adquirido. ⁽¹⁰⁾

En 1968, A. Thomas, S. Chess y H. Birch revolucionaron los enfoques sobre el temperamento en la infancia, puesto que hicieron notar las cualidades conductuales innatas de los niños y la influencia que esta tiene en el medio que se desarrollan. ⁽⁹⁾

Exponen que el temperamento se considera como el estilo del comportamiento; por ejemplo, un grupo de personas, sean niños o adultos, pueden tener la misma motivación y un nivel similar de habilidad para una tarea o actividad social en particular, pero es diferente cómo funcionan en términos de su actividad motora, su intensidad e igualdad de expresión, del estado de ánimo, su facilidad de adaptación, su persistencia o su grado de distracción en el proceso de funcionamiento. ⁽¹⁰⁾

En la teoría temperamental de Thomas y Chess, se identifican nueve dimensiones del temperamento: nivel de actividad, ritmo, acercamiento/retraimiento, adaptabilidad, umbral de respuesta, calidad de la emoción, intensidad de la expresión de la emoción, distracción y persistencia o periodo de atención. A partir de estas dimensiones identificaron tres categorías: el *temperamento fácil* o rítmico, que se caracteriza por dominación del estado de ánimo positivo; *temperamento difícil* o arrítmico, se caracteriza por evitar lo nuevo; y por último el *temperamento de adaptación lenta*, donde se presentan muchas respuestas de evitar lo nuevo, estos niños son llamados tímidos o inhibidos. ⁽¹¹⁾

Aunque existen muchas teorías sobre el temperamento infantil, la mayoría concuerda en que el temperamento se refiere a las diferencias individuales estables que tiene una base biológica. ⁽¹³⁾

La teoría temperamental evolutiva de Buss y Plomin tiene como base tres disposiciones con un componente genético: la emocionalidad, la actividad y la sociabilidad; establece que el temperamento no permanece estático o fijo de por vida, sino que se cambia durante el proceso de interacción de cada persona con el entorno, durante el desarrollo (de acuerdo a la edad del niño) y la maduración. ^(15,35) Por ello es importante el rol de los padres en la modulación del temperamento hacia los hijos, ya que la familia es el primer núcleo social donde los hijos desarrollan su personalidad. ⁽¹⁶⁾

Tipos de temperamento

Como hemos dicho antes en la teoría de Thomas y Chess, se clasifica el temperamento en tres categorías: los niños fáciles, los niños difíciles y los niños de reacción lenta. En el cuadro 1, se muestra la descripción de cada uno.

1. *Temperamento fácil*: es la combinación de la regularidad biológica, de las tendencias de acercamiento a lo nuevo, de adaptarse rápidamente al cambio y de un afecto positivo de intensidad leve o moderada. ⁽⁹⁾

2. *Temperamento difícil*: es lo opuesto del temperamento fácil, en cuanto a la irregularidad biológica. Tienen tendencias de aislamiento hacia lo nuevo, son de lenta adaptación al cambio y tienen frecuentes e intensas expresiones negativas. ⁽⁹⁾

3. *Temperamento de adaptación lenta*: incluye tendencias de aislamiento hacia lo nuevo, lenta adaptación al cambio y frecuentes respuestas negativas de leve intensidad. Estas personas a menudo son consideradas como tímidas. ⁽⁹⁾

Cuadro 1. Descripción de los tres tipos de temperamento en niños.

Temperamento en los niños	
Temperamento	Descripción
Fácil	Tienen facilidad para la adaptación al cambio, son serenos, con regularidad al comer y dormir, tendencia de acercamiento en situaciones nuevas, predominio en los estados de ánimo positivos, e intensidad baja o moderada de las respuestas a los estímulos.
Difícil	Intranquilos, irritables, irregularidad en rutinas como comer y dormir; se retraen ante situaciones nuevas; son de lenta adaptación al cambio; dominan los estados de ánimo negativos; mayor intensidad de las reacciones a la estimulación.
Lento para entusiasmarse	Bajo nivel de actividad; retraimiento inicial ante lo desconocido; lenta adaptación al cambio; estado de ánimo algo negativo; intensidad baja o moderada de las reacciones a la estimulación.

Componentes del temperamento

Catell, Guilford y Goldsmith adaptaron los trabajos de Thomas y Chess, quienes establecieron nueve componentes del temperamento (cuadro 2), siendo: ⁽³⁸⁾

1. *Nivel de actividad*: está relacionado con la actividad motriz, dada por la relación de actividades nocturnas y de periodos inactivos, como dormir, somnoliento, etc.
2. *Regularidad rítmica*: es la regularidad de las funciones biológicas: ciclo de sueño y vigilia, hambre, al patrón de alimentación, etc.
3. *Aproximación o aislamiento*: la reacción ante un nuevo estímulo, puede ser un alimento, un juguete, o una persona. Las respuestas de aproximación serán positivas si tienen expresiones afectivas, como las sonrisas; o si son parte de la actividad motriz, como deglutir un alimento nuevo, alcanzar un juguete. Las reacciones de aislamiento

son negativas, pueden ser acompañadas de reacciones afectivas como el llanto, muecas, gestos o si se expresan al rechazar un juguete o el alimento.

4. *Adaptabilidad*: es la respuesta a situaciones nuevas o alteradas, y la facilidad de redirigir o cambiar esa respuesta hacia una dirección deseada.
5. *Umbral de respuesta*: es la intensidad de estimulación que se necesita para recordar una respuesta.
6. *Intensidad de la reacción*: el nivel de energía de la respuesta, puede ser negativa o positiva.
7. *Cualidad del humor*: predominio de la personalidad, puede ser agradable, feliz y amistoso, o desagradable, poco amistosa/feliz.
8. *Distractibilidad*: tendencia a distraerse por factores ambientales u otros, que interfieren o alteran.
9. *Persistencia y capacidad de atención*: la capacidad del niño para mantener la atención depende del tiempo que una actividad sea mantenida o seguida por el niño. ⁽⁹⁾

La lista de las nueve dimensiones del temperamento identificada por Thomas y Chess ha sido revisada para manifestar los resultados de investigaciones posteriores.

Cuadro 2. Descripción de los nueve rasgos temperamentales según Tomas y Chess

Rasgo temperamental	Características del Temperamento de los niños
<i>Nivel y grado de actividad motora</i>	El componente motor en el funcionamiento del niño. La proporción diurna de periodos de actividad e inactividad.
<i>Ritmo</i>	Regularidad de funciones como comer, dormir y eliminar.
<i>Aislamiento o acercamiento</i>	La naturaleza de la respuesta del niño a situaciones y personas nuevas.
<i>Adaptabilidad</i>	La velocidad y comodidad con la que el comportamiento actual puede ser modificado en respuesta a alteraciones en la estructura del ambiente.
<i>Intensidad de reacción</i>	El nivel de energía de las respuestas, independientemente de su calidad o dirección.
<i>Sensibilidad a los estímulos</i>	El nivel de intensidad de estímulo requerido para provocar una respuesta a estímulos sensoriales, objetos del ambiente y contactos sociales.
<i>Estado de ánimo o disposición</i>	La cantidad de comportamiento positivo comparada con el comportamiento.
<i>Distracción</i>	La efectividad de los estímulos ambientales externos de interferir con las actividades en curso.
<i>Lapso de atención y persistencia</i>	El lapso de atención se refiere al tiempo que el infante invierte en la ejecución de una actividad. La persistencia es la continuación de una actividad a pesar de los obstáculos. ⁽⁹⁾

Teoría del temperamento: Buss Y Plomin

Las aportaciones de Buss y Plomin refieren la aparición temprana de los rasgos temperamentales en la ontogénesis, su heredabilidad y continuidad a lo largo de la vida. ⁽²⁰⁾

Los autores clasifican a los niños de acuerdo a las características de emotividad, actividad y sociabilidad. Esta teoría define el temperamento como las características biológicas o heredadas que se manifiestan en la infancia y permanecen a través del tiempo. ⁽¹⁴⁾

El temperamento infantil, para estos autores puede evaluarse de acuerdo a las siguientes dimensiones, (llamado enfoque EAS):

1. Emotividad o emocionalidad.

La emotividad o emocionalidad, es igual a la intensidad de reacción; las personas emocionales se afectan con rapidez, son de carácter fuerte con cambios de estado de ánimo teniendo reacciones explosivas.

En los primeros meses de vida la emocionalidad se puede ver con reacciones generales de incomodidad ante situaciones desagradables. Después, durante el primer año, la emotividad cambia a reacciones de miedo o de enojo. ⁽²¹⁾

La emoción se divide en sentimientos, expresión y excitación. Para el temperamento, la excitación es el componente que produce las diferencias individuales heredadas; también se considera la angustia, la tendencia a enojarse fácil e intensamente. ⁽¹¹⁾

2. Actividad.

El nivel de actividad se refiere a la salida de la energía del niño en su conducta y el uso de esa energía; algunos niños pequeños están siempre en movimiento, mientras que otros están tranquilos o en descanso la mayor parte del tiempo.

El nivel de actividad determina con que velocidad y hasta donde puede ir el niño, pero en realidad es el entorno el que determinará la dirección que tomará su comportamiento.

3. Sociabilidad.

La sociabilidad tiene que ver con preferir estar en compañía con otras personas. A los niños con este tipo de temperamento no les gusta estar solos y tienden a iniciar

interacciones con otros, pues les resulta grato, existe la necesidad de otra persona y recibir una respuesta de los demás. ^(11, 21)

La sociabilidad consiste en buscar y ser especialmente gratificado por recompensas como la presencia, atención, intercambio de actividades, capacidad de respuesta y estimulación. Con relación a esta necesidad de estar con las personas, existe una tendencia a responder con calidez a los demás. ⁽¹¹⁾ Por ejemplo, en el primer año de vida existen diferencias entre los niños en la manera que prefieren ser calmados, algunos quieren estar en brazos mientras otros no. ⁽²¹⁾

Según Buss y Plomin, los niños se diferencian inicialmente en la sociabilidad y la emocionalidad, estos temperamentos afectan la interacción social tanto con la madre como con extraños.

4. *Timidez.*

La timidez se es una subdivisión de la sociabilidad y se refiere a la tendencia de evitar nuevas situaciones sociales. ⁽¹⁵⁾

Los rasgos como la emotividad del niño, la actividad y la sociabilidad son dimensiones fundamentales del temperamento. Han sugerido que los niños calificados en los extremos de estas dimensiones, pueden ser cualitativamente diferentes de aquéllos que están en la media.

En el estudio del temperamento, han surgido diferentes métodos para su evaluación, en este trabajo hablaremos sobre el cuestionario EAS, basado en la teoría de Buss y Plomin.

Cuestionario para la evaluación del temperamento infantil EAS

Es un cuestionario para evaluar el temperamento es la encuesta de temperamento para niños de Buss and Plomin, Sociability Activity Activity (EAS), que contiene preguntas sobre las tres dimensiones: emocionalidad, actividad y sociabilidad que a su vez se subdivide en timidez. ^(18,19)

Según Martínez I, Gilabert J, Ruiz M y cols. es la escala más utilizada en estudios de genética, porque se centra en los rasgos de personalidad de aparición temprana y heredados. Actualmente se dispone de varias versiones y adaptaciones culturales. ⁽⁵⁰⁾

Además, evalúa cuatro de los rasgos más estables y heredables de entre los componentes del temperamento:

1. Emocionalidad o tendencia a activarse fácil e intensamente.
2. Actividad, preferencia por un determinado nivel de actividad y velocidad de acción.
3. Sociabilidad, tendencia a preferir la presencia de otros más que de permanecer solo.
4. Timidez, tendencia a evitar e inhibirse ante nuevas situaciones sociales.

Bobes MT, Jover M y cols. destacan que los ítems del EAS no se restringen a rangos de edad específicos, aunque se aplique a niños, también se puede usar en adolescentes y jóvenes adultos. Anteriormente, las propiedades psicométricas de este instrumento han sido contrastadas, encontrando niveles de fiabilidad inter-evaluador. ⁽⁶⁾

El EASI suele ser calificado por los padres, ya que pueden proporcionar información valiosa sobre las características de comportamiento de su hijo. ⁽¹⁹⁾

Además de evaluar el temperamento, existen diferentes instrumentos para evaluar otros aspectos, como la ansiedad dental, los problemas de conducta, estos pueden tener relación directa con el temperamento. Evaluarlos es útil dentro de la práctica estomatológica, ya que al identificar y cuantificar qué factores desencadenan una situación de miedo o ansiedad nos ayudan a reducir el comportamiento negativo del niño durante el tratamiento. ⁽²³⁾

MANEJO DE LA CONDUCTA

El manejo de la conducta es uno de los factores que influyen en el éxito de la atención odontológica en los niños; nos ayuda a disminuir el miedo y la ansiedad que producen con frecuencia un mal comportamiento, son generados por diversos factores, tales como: el estado emocional del niño, miedos adquiridos por los padres o familiares, y experiencias negativas.

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, el manejo del niño en la consulta debe ser una interacción continúa con el odontólogo para establecer una buena confianza y ganarse la confianza del paciente. ⁽²⁶⁾

Las técnicas de manejo conductual son métodos que nos ayudan controlar u orientar los comportamientos no deseados en la consulta dental. Para poder decidir que técnica utilizar en la consulta, el cirujano dentista debe considerar diferentes factores, tales como: el desarrollo tanto físico como psicológico del niño, su desarrollo cognitivo, así como la presencia de déficits de comunicación, por ejemplo: el trastorno auditivo; también debe considerarse el contexto cultural, social; pues el no hacerlo crea conductas hostiles, que llevan a la necesidad de emplear técnicas de restricción física. ^(25, 26, 27)

Reacciones emocionales comunes del niño

Dentro del desarrollo emocional del niño aparecen las emociones, su maduración y el control de ellas; existen diferencias entre las emociones de los niños, los adolescentes y los adultos, conocer estas características nos ayudará a evitar considerar respuestas emocionales en los niños como inmaduras; según Escobar algunas características de las emociones en los niños son:

- *Brevedad*: son de corta duración, y terminan bruscamente, sobre todo si se le distrae. ⁽⁵⁾
- *Intensidad*: son de una intensidad que rara vez se aprecia en el adulto. ⁽⁵⁾
- *Transitoria*: hay cambios rápidos de un estado a otro. ⁽⁵⁾
- *Frecuencia*: reacciona inicialmente todas las veces posibles. ⁽⁵⁾
- *Visibilidad*: se puede observar en la atención, inquietud, los movimientos constantes, los sueños, las dificultades del lenguaje, etc. ⁽⁵⁾

Conforme el niño crece las emociones cambian en fuerza y forma.

Las situaciones que producen reacciones emocionales van desde aquellas tan primarias que parecen ser genéticas, a otras relativamente elaboradas por el individuo y por el contacto con el ambiente. ⁽⁵⁾

Según Gutiérrez las reacciones emocionales más frecuentes en el niño ante el tratamiento dental son: miedo, ansiedad, ira e hipermotividad. ⁽⁵⁾

1. Miedo.

El miedo es considerado una respuesta de la persona ante una situación real de amenaza, este puede formar parte del carácter de la persona. ⁽⁴¹⁾

Las formas de respuestas del miedo dependen del desarrollo emocional del niño; la infancia está por lo general protegida del miedo-estímulo, que empieza a aumentar partiendo del primer año. Los temores pueden ser racionales o irracionales, pero se basan en las experiencias del niño. ⁽⁵⁾

En la consulta estomatológica hay actividades que pueden ser estímulos productores de miedo, en ocasiones es posible disminuir su capacidad de producir miedo cuando les restamos intensidad, si un estímulo es violento e inesperado va a producir miedo, pero podemos reducir este explicando al paciente la actividad que se va a realizar, y al hacerlo lento, cuidadosamente sin movimientos bruscos, puede disminuir considerablemente. Otra característica del miedo-estímulo es que sea nuevo o extraño, por lo que se aconseja enseñar a los niños los elementos que se usarán durante la consulta, como los aparatos e instrumentos; se ha observado que el miedo a los dentistas disminuye cuando el paciente se familiariza con las acciones del profesional. ⁽⁵⁾

2. Ansiedad

Se define ansiedad como: “una emoción caracterizada por sentimientos de anticipación de peligro, tensión, angustia y por tendencias a evitar o escaparse”. ⁽²⁾

La ansiedad en ocasiones se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, que varía de intensidad y con el tiempo. ⁽⁴²⁾

En el tratamiento odontológico se le conoce como fobia dental, o miedo al odontólogo.

3. Ira

La ira es una manera de llamar la atención y satisfacer deseos. Casi todas las situaciones que provocan ira en un niño, contienen un elemento que es de influencia temporal.

Las respuestas a los estímulos de ira son peculiares en determinadas épocas, por ejemplo a los meses de edad, las respuestas son difusas como: llorar, gritar, patear y retorcer todo el cuerpo, pero en la edad preescolar y escolar los niños son más destructivos, la duración de esta emoción puede ser más sostenida, además de violenta; estas respuestas pueden ser de tipo impulsivas o inhibidas, dependiendo la educación, disciplina, actitudes de los padres o su grupo social, entre otras. ⁽⁵⁾

4. Hiperemotividad

La hiperemotividad es un aumento de la frecuencia e intensidad de las experiencias emocionales. ⁽⁵⁾

En una situación normal, el adulto puede resultar indiferente, por un sentimiento casi imperceptible de satisfacción, preocupación o de aburrimiento, lo que podría denominarse equilibrio. El niño alcanza con menos frecuencia esa condición, porque tiene demasiadas motivaciones nuevas, internas y exteriores. ⁽⁵⁾

El miedo, la ansiedad u otros problemas de comportamiento disminuyen con los años, pero en los niños de dos a tres años, al igual que en los niños preadolescentes, suelen aumentar, y ser más frecuentes en niñas.

Escalas de valoración del comportamiento

Valorar el grado de ansiedad en las primeras citas de los pacientes pediátricos, nos ayuda a determinar las técnicas de manejo que se deben aplicar en cada caso para poder realizar el tratamiento odontológico adecuado a la patología dental que el paciente presente. ⁽²²⁾

Laura Fonseca realizó un análisis comparativo entre diferentes escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría, concluyó que la escala de

Frankl es la más usada para valorar el comportamiento infantil en la consulta estomatológica, por ser eficaz, práctica, de buena fiabilidad y resolutive de uso en odontología infantil.

Las escalas para valorar el comportamiento deben tener una serie de características: ser cortas, fáciles y simples para que los niños puedan realizarlas. ⁽²²⁾

En el 2003, durante la conferencia de la Academia Americana de Odontología Pediátrica se establecieron los principios generales para medir la validez de las técnicas del comportamiento, los cuales son:

1. Eficacia: es el potencial de la técnica para controlar el comportamiento de los niños en el consultorio dental.
2. Validez social: cuando los padres y las personas presentes aceptan la técnica a utilizar.
3. Riesgo, asociado con la técnica.
4. Gasto en tiempo de costo (de cualquier material y el equipo utilizado) practicando la técnica. ⁽²⁴⁾

Las categorías de comportamiento de acuerdo al conjunto de reacciones emocionales que presentan ante el tratamiento dental se agrupan en:

- > Conducta cooperativa.
- > Conducta no cooperativa.
- > Conducta potencialmente no cooperativa.

Clasificación de la conducta

Según Frankl

Como ya se mencionó, la escala de Frankl es una de las escalas más utilizadas para valorar el comportamiento.

Esta escala divide la conducta en cuatro categorías:

- > ***Frank I: definitivamente negativo***
 - Existe rechazo al tratamiento, el niño llora con fuerza, se comporta temeroso o de cualquier otra manera que evidencia negativismo. ⁽²⁸⁾
- > ***Frank II: negativo***
 - El niño se muestra renuente al aceptar el tratamiento, poco cooperativo, tiene alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada, sino retraída. ⁽²⁸⁾
- > ***Frank III: positivo***
 - Hay aceptación del tratamiento, a veces prudente, disposición para seguir las instrucciones del dentista, en ocasiones con reserva. ⁽²⁸⁾
- > ***Frankl IV: definitivamente positivo***
 - El paciente tiene buena relación con el dentista, se muestra interesado en los procedimientos dentales, ríe y disfruta de la situación. ⁽²⁸⁾

Según Lampshire

Lampshire clasifica a los pacientes en 5 categorías:

- Paciente cooperador: niños que permanecen física y emocionalmente relajados y cooperan durante toda la consulta, sin importar el tratamiento realizado.
- Paciente tenso cooperador: son los niños que están tensos pero cooperan. Ésta conducta a menudo pasa desapercibida, puesto que el niño permite que se realice el tratamiento.
- Paciente aprehensivo o exteriorizado: se esconden detrás de sus madres en la sala de recepción, usan técnicas que obstaculizan y evitan mirar o hablar con el dentista. Lampshire señala que estos niños eventualmente aceptaran el tratamiento odontológico.

- Paciente miedoso: son niños que requieren considerable apoyo a fin de vencer su temor a la situación odontológica. El modelamiento la desensibilización y otras técnicas de modificación de la conducta están especialmente indicadas.
- Paciente terco o desafiante: niños que se resisten pasivamente o tratan de evitar el tratamiento por el uso de técnicas que les han dado resultados exitosos en otras situaciones.

Dado que cada niño tiene diferente personalidad, es importante que el cirujano dentista conozca las técnicas de comportamiento para poder dar un tratamiento individualizado, de acuerdo a sus necesidades.

Factores que influyen en la conducta del paciente pediátrico

Los pacientes pediátricos reaccionan de manera diferente en el consultorio dental, se pueden observar comportamientos agresivos, temerosos, aprensivos, cooperadores. ⁽³³⁾

En el desarrollo psicológico hay una combinación entre la herencia y el ambiente, este último es de compleja y diferente naturaleza, lo que explica la diversidad de las personas.

Algunas variables del ambiente tienen una relación directa con la conducta que el niño presenta en el consultorio dental; están representadas por la influencia de sus padres, sus grupos de referencia escolar y sus antecedentes médico-dentales.

1. Influencia de los padres.

- > *Sobre afecto:* es frecuente en los padres que han tenido a sus hijos en edad avanzada, tienen hijo único, adoptado, o es el menor de la familia. En el consultorio dental lo demuestran recurriendo a su madre, o al adulto que lo acompaña y se rehúsa a dejarlos, abrazándose o tomándoles de la mano.
- > *Sobreprotección:* se observa con frecuencia en madres que quieren acaparar todo el tiempo de su hijo, sin permitirle que juegue o se junte con otros niños, con el argumento que pueden dañarlo, ensuciarlo o contagiarlo. El niño manifiesta un comportamiento autoritario, quiere controlar todas las situaciones

y pretende guiar al dentista en lo que hace, no aceptando algunos instrumentos, tiene falta de disciplina.

- > *Sobreansiedad*: actitud que se observa en familias donde han ocurrido muertes, cuando los padres son jóvenes e inexpertos, o cuando es un hijo único obtenido con dificultad. El niño responde con timidez y cobardía ante situaciones nuevas. La elevada ansiedad de los padres tiende a afectar negativamente el comportamiento de sus hijos, afecta más a los menores de 4 años.
- > *Sobreautoridad*: los padres actúan de esta manera para modelar a sus hijos un determinado tipo de comportamiento, imponiéndoles una disciplina que tiene a ser severa, inflexible y a veces cruel. Esto produce en el niño negatividad, pasividad e inseguridad.
- > *Falta de afecto*: la indiferencia de los padres hacia el niño se manifiesta cuando les dedican poco tiempo para atenderlos; por incompatibilidad entre el padre y la madre; cuando la concepción no ha sido deseada o el sexo del niño no fue el esperado.
- > *Rechazo*: por causas como celos de los padres, una situación económica mala, inmadurez, etc. dan como resultado niños desobedientes, propenso a pataletas, pueden ser mentirosos, o robar.

2. *La influencia de la escuela.*

Cuando los niños asisten al kínder tienen la oportunidad de estar en compañía de otros, adquiriendo nuevas experiencias.

La mayor socialización, la adaptación a un medio diferente, la negociación de nuevos roles dentro de un grupo, el intercambio de información, hace que sea más fácil para el dentista examinar estos niños.

3. *Antecedentes médico-dentales.*

Para el dentista es útil saber cuándo el paciente ha estado enfermo en su hogar por periodos prolongados, esto puede presentar conductas consecuentes con actitudes paternas de sobreprotección o sobre indulgencia. Los niños que han estado hospitalizados pueden tener excelentes adaptaciones a los requerimientos de las presentaciones de salud.

Es importante la calidad emocional de las visitas anteriores, ya que está relacionada con el comportamiento cooperativo en el consultorio. ⁽⁴⁾

4. Ambiente odontológico.

El primer objetivo que debe alcanzar el especialista, será infundir confianza en el niño, hacer agradable ese primer contacto.

Es necesario establecer una área adecuada, recreativa, separada del consultorio, en la cual se puedan integrar los niños. Esto alentará al niño a separarse de sus padres cuando él se incorpore a la sala clínica. Además, permitirá disminuir la ansiedad en la espera de la consulta. ⁽³³⁾

5. Odontólogo.

Es importante que el odontólogo se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los niños con exactitud.

El primer objetivo para el manejo exitoso de la conducta del niño debe ser establecer comunicación, ya que esto permitirá no solamente que el odontólogo conozca mejor a su paciente, también para poder lograr que el niño se relaje y coopere con el tratamiento. ⁽³³⁾

El lenguaje que use el Odontólogo dependerá de la edad del niño, además el utilizar una voz suave y clara serán de mucha ayuda para lograr un acercamiento exitoso y llevar al paciente a una buena adaptación.

Estos factores nos ayudan a tener mayor conocimiento sobre el comportamiento del paciente pediátrico, para poder manejar su conducta, eligiendo una técnica adecuada.

Manejo del dolor en odontopediatría

Según Amez Atapoma “el dolor es considerado como una experiencia emocional y sensorial desagradable asociado a una lesión tisular y se presenta con manifestaciones visibles o audibles de la conducta”, ⁽⁴⁶⁾ es decir, una señal que recibe el sistema nervioso de una sensación molesta, como un piquete, ardor, hormigueo.

En la atención estomatológica del paciente pediátrico, el dolor puede ser causado por un absceso, lesiones periodontales, aparatos ortodónticos u otras patologías dentales; por lo

cual, el manejo del dolor debe ser individualizado, según la causa, severidad y cronicidad.⁽⁴⁶⁾

El dolor se puede tratar de dos formas diferentes: por métodos farmacológicos y no farmacológicos; en este estudio revisaremos los métodos no farmacológicos.

Manejo de la conducta infantil de forma no farmacológica

La clave para el éxito en el manejo de la conducta, es utilizar ciertas técnicas de manejo para establecer una relación entre el niño y el odontólogo, además ayudan controlar las diversas emociones del paciente, ya que si no es tratado correctamente se puede desarrollar miedo y ansiedad.^(29,34)

Existen diversas técnicas para lograr el manejo de la conducta infantil de forma no farmacológica, tales como:

- > Técnicas de comunicación.
- > Técnicas de modificación del comportamiento.
- > Técnicas de control físico.

Técnicas de comunicación

El abordaje lingüístico nos permite establecer una relación con el niño, tanto en los cooperadores como en los que no cooperan; por consiguiente tener éxito en los procedimientos odontológicos, estas técnicas pueden ayudar al niño en el desarrollo de una actitud positiva respecto a su salud bucal.

En la comunicación, el dentista debe considerar el desarrollo cognitivo del paciente para elegir técnicas específicas.

Dentro de las técnicas de comunicación encontramos las siguientes:

a. Lenguaje pediátrico:

Se trata de hablarle al niño con un lenguaje creativo, adaptando las palabras utilizadas a la edad del niño, empleando analogías para un mejor entendimiento.

b. Decir, mostrar y hacer:

Esta técnica se basa en el principio de la teoría del aprendizaje, es usada para familiarizar al niño con el ambiente, los instrumentos, las personas nuevas del consultorio y los procedimientos que se realizarán; el cirujano dentista le explica al niño todo lo que se le va a realizar en la consulta, hay que tener en cuenta que se debe tener un vocabulario de acuerdo a la edad del niño, teniendo cuidado y evitando el uso de palabras como: sangre, aguja, dolor, sacar dientes, inyección, que puedan ocasionar miedo y ansiedad, estas palabras pueden ser remplazadas, por ejemplo: en pacientes de 5 años o en bebés, los nombres del instrumental puede ser cambiados por nombres de cosas que puedan ser agradables para el niño, como: “anillo para el diente” que sería una grapa, “paraguas” para el dique de hule. Mientras que a los niños de 6 a 12 años de edad se encuentran en una etapa preescolar y no les gusta que el trato sea muy infantil, por ello hay que tener cuidado en el uso de diminutivos. ^(30,31,34)

Esta técnica se puede elaborar mediante un acondicionamiento a distancia, a través de la demostración de los procedimientos por medio de videos o material didáctico, este se debe elaborar cada vez que el infante demuestre un comportamiento negativo hacia el tratamiento, mientras que en los bebés el reacondicionamiento debe ser realizado en todas las citas odontológicas pues es limitada la retención en su edad.

c. Control de voz:

Se llama la atención del niño con el cambio repentino en el tono de voz para así poder restablecer la comunicación perdida con el paciente. ^(30,34)

Se debe modular el volumen, tono o ritmo de la voz para influir en la conducta del paciente y poder dirigirla.

El control de voz está indicada en los niños que no cooperan ni prestan atención, pero está limitada a los niños que no son capaces de comprender debido a su edad, incapacidad, medicamentos o inmadurez emocional.

d. Refuerzo positivo:

Esta técnica consiste en animar al niño diciendo que se le dará una recompensa por su buen comportamiento, el premio será de bajo costo, es esencial dar elogios al niño, utilizando frases como “te portaste muy bien hoy”, “eres muy valiente”.

e. Comunicación no verbal:

La comunicación no verbal incluye formas de expresiones diferentes a las palabras, como las expresiones faciales, caricias tranquilizadoras, gestos amigables, contacto visual; también se le indica al niño que puede usar señales, como: levantar el brazo en caso que algo le esté incomodando, esto permitirá no interrumpir el tratamiento odontológico y le da mayor confianza al niño con el odontólogo. Esta técnica es más usada para los niños mayores a los 3 años.

Técnicas de modificación

a. Desensibilización:

Es una técnica para disminuir determinados miedos aprendidos o reacciones fóbicas en pacientes con o sin experiencias dentales anteriores.

El cirujano dentista se enfoca en describirle escenas imaginarias, presentadas de forma gradual, que tengan relación con sus miedos, con el fin de que el niño sustituya una conducta inapropiada de ansiedad por una más apropiada mediante la relajación.

La distracción y la música también es uno de los métodos que se utilizan para desensibilizar y disminuir la tensión.

La desensibilización, en lugar de enseñar respuestas incompatibles a estímulos aversivos, presenta estímulos placenteros o no aversivos, pretendiendo alejar la atención del niño de una experiencia percibida como desagradable.

b. Imitación/modelado:

Esta técnica se utiliza para disminuir los comportamientos negativos de la ansiedad. El niño aprende de la situación dental viendo a otros niños del mismo género y de una edad aproximada a la suya, recibiendo el tratamiento, para que el niño siga esta reacción y tenga un buen comportamiento. ⁽³⁰⁾

El modelado puede realizarse de dos formas: en vivo o filmado. Los estudios sobre modelado han demostrado su efecto terapéutico en el manejo de ansiedad y efecto educativo en la mejora de las habilidades de afrontamiento de niños en situaciones de estrés médico. ⁽³¹⁾

El modelado puede tener un efecto educativo en pacientes con diferente coeficiente intelectual. ⁽³¹⁾

Técnicas de control físico

a. Mano sobre boca:

Esta técnica debe ser utilizada solamente con niños mayores de tres años de edad que tenga un comportamiento muy difícil e inapropiado, está será utilizada después de haber ocupado otras técnicas.

Sirve para restablecer la comunicación con un niño que es capaz de comunicarse, pero que muestra una actitud desafiante.

Para el uso de esta técnica se deberá explicar al padre o tutor del niño el procedimiento, para tener su consentimiento informado, y evitar futuros problemas legales.

La técnica consiste en colocar la mano del operador sobre la boca del niño cuando se encuentra en crisis y en voz baja decirle al oído que la actitud que muestra no es la correcta y que se retirará la mano en cuanto esté dispuesto a cooperar. ⁽³⁰⁾

b. Restricción física:

El movimiento de brazos, piernas, cabeza, es una muestra de la resistencia que presentan algunos bebés y preescolares durante el tratamiento, es por eso que la protección de este tipo de movimientos por medio de la restricción física será necesario para controlarlos, con el fin de impedir algún tipo de accidente. ⁽³⁰⁾

La presencia-ausencia de los padres es otra técnica utilizada entre los dentistas pediátricos, que es menos invasiva; en esta técnica, los padres están presentes en la sala de operaciones dentales, en caso de que el niño no coopere, se le pide a los padres que salgan de la

habitación, después de que la cooperación se estabilice, y como recompensa, se le pide nuevamente al padre presente en la habitación. ⁽²⁸⁾

Los resultados en un estudio sugieren que los padres tienen una preferencia significativa por las técnicas de refuerzo no invasivas en lugar de la sedación, la restricción y mano sobre boca. ⁽³²⁾

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En ocasiones los pacientes pediátricos presentan conductas de rechazo al tratamiento estomatológico y es muy importante que el Cirujano Dentista comprenda los factores que influyen en su adaptación al medio como la personalidad del niño con base en su desarrollo cognitivo, su temperamento y las experiencias previas.

El temperamento representa las características biológicas de la personalidad, es decir, el estilo de comportamiento ⁽¹⁷⁾, por lo que consideramos de interés conocer:

¿Cómo influye el temperamento en el tipo de la conducta presentado durante el tratamiento estomatológico en un paciente pediátrico?

IV. HIPÓTESIS

El temperamento emotivo influirá en la presentación de conductas negativas por parte de los pacientes pediátricos durante el tratamiento odontológico.

V. OBJETIVO

5.1. General:

Relacionar el temperamento con el tipo de conducta que presenta el paciente pediátrico durante el tratamiento odontológico.

5.2. Específicos:

- a. Clasificar a los pacientes pediátricos de acuerdo a la conducta presentada durante el tratamiento estomatológico.
- b. Clasificar a los pacientes pediátricos de acuerdo a su edad.
- c. Analizar la influencia del tipo de temperamento con el tipo de conducta presentada.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. *Diseño (tipo de estudio):*

Este estudio fue de tipo transversal, descriptivo y analítico.

6.2. *Universo (población o muestra):*

140 Pacientes pediátricos de 3 a 13 años de edad, que acudieron al servicio de odontopediatría, en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Reforma, en periodo de febrero a septiembre del 2018.

6.3. *Variables:*

- a. Edad: 3 a 5 años y de 6 a 13 años de edad
- b. Sexo: Femenino y masculino
- c. Tipo de temperamento:
 - > Emotivo
 - > Activo
 - > Sociable
 - > Timidez
- d. Tipo de conducta: Según Frankl
 - > Definitivamente positivo
 - > Positivo
 - > Negativo
 - > Definitivamente negativo

6.4. *Técnicas:*

Para determinar el tipo de temperamento, se aplicó la encuesta de Buss y Plomin, Emotionality Activity and Sociability Temperament Survey (EAS), a 140 padres/madres o

tutores, que acudieron al servicio de odontopediatría de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud, Reforma.

La “Emotionality Activity and Sociability Temperament Survey” (EAS), se trata de una encuesta autoaplicada por las madres o cuidadores respecto al comportamiento de sus hijos (anexo 1). Consta de 17 ítems de escala tipo Likert de 4 posibilidades de respuesta que comprende desde nunca a siempre. Este instrumento mide cuatro componentes básicos del temperamento: emotividad, actividad, sociabilidad y timidez.

Cada componente se evalúa mediante 4 ítems, con excepción del componente de actividad el cual se evaluó con 5 ítems; con un total de 5 ítems invertidos.

Para poder evaluar los ítems invertidos, Likert implementó la siguiente fórmula para transformarlos:

$$P_i = (P_m + 1)P_o$$

Donde:

- > P_i : puntuación que será transformada en el ítem invertido, y servirá para calcular la puntuación total en el cuestionario;
- > P_m : puntuación máxima que puede darse al ítem;
- > P_o : puntuación original obtenida en el ítem invertido.

El tipo de temperamento del paciente se determinó, sumando por componente los resultados, donde, si la respuesta era nunca la puntuación asignada era 1, a veces-2, frecuentemente-3, y siempre-4. Así el componente con resultado de valor más alto, era el determinante.

La conducta fue determinada por el odontopediatra a cargo de la supervisión del tratamiento, considerando reacciones como llanto, rechazo, movimientos que impiden el tratamiento dental, entre otros.

Evaluando con la escala de Frankl, donde:

- > Definitivamente positivo, se asignó puntuación de 1
- > Positivo 2
- > Negativo 3
- > Definitivamente negativo 4

6.5. Análisis estadístico:

Se calcularon frecuencias y porcentajes en los diferentes temperamentos y conductas, se analizó la relación a través de tablas de contingencia y la prueba de Kendall, con el paquete estadístico de SPSS 20.

6.6. Recursos:

a. Humanos

- > Pacientes pediátricos que acudieron a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud, Reforma.
- > Padres o tutores de los pacientes seleccionados para aplicar la encuesta.
- > Tesista
- > Directora de tesis

b. Físicos

- > Clínica Universitaria de Atención a la Salud, Reforma.
- > Encuestas
- > Computadora

VII. RESULTADOS

Se aplicó la encuesta “Emotionality Activity and Sociability Temperament Survey” (EAS) a un total de 140 madres o tutores de pacientes pediátricos, de los cuales 59 (42.2%) eran femeninos, y 81 (57.8%) masculinos. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Distribución de los pacientes de acuerdo al sexo

Sexo	Total de pacientes	Porcentaje
Femenino	59	42.2%
Masculino	81	57.8%
Total	140	100%

En el cuadro 4, se muestra la distribución de pacientes de acuerdo a su edad, donde se observa que el mayor porcentaje corresponde a los pacientes pre-escolares de 1 a 5 años y el menor a los escolares de 6 a 13 años.

Cuadro 4. Distribución de los pacientes de acuerdo a su edad

Edad	Total de pacientes	Porcentaje
Pre-escolares (1 a 5 años)	89	63.5%
Escolares (6 a 13 años)	51	36.5%
Total	140	100%

En la distribución de los pacientes de acuerdo a su tipo de conducta, según la escala de Frankl, se observa que el mayor porcentaje de los niños tuvo una conducta positiva (37.9%), mientras que el menor porcentaje de niños presentaron una conducta definitivamente positiva. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Distribución de los pacientes de acuerdo a su tipo de conducta, según la escala de Frankl

Tipo de conducta	Total de pacientes	Porcentaje
I	20	14.2%
II	53	37.9%
III	39	27.9%
IV	28	20.0%
Total	140	100.0%

La distribución de los pacientes de acuerdo a su temperamento, según Buss y Plomin se muestra en el cuadro 6. Donde se observa que la mayor proporción presentó un temperamento activo con 108 niños que representan 77.2%. Mientras que la menor proporción presentó un temperamento sociable con 1 niño (0.7%).

Cuadro 6. Distribución de los pacientes pediátricos de acuerdo a su temperamento

Tipo de temperamento	Total de pacientes	Porcentaje
1. Sociabilidad	1	0.7%
2. Actividad	108	77.2%
3. Emocionalidad	16	11.4%
4. Timidez	1	0.7%
5. Emocionalidad y sociabilidad	14	10.0%
Total	140	100.0%

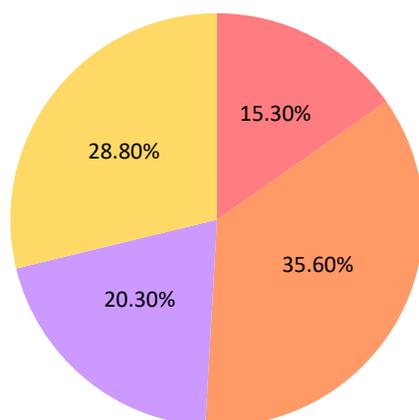
Al analizar la relación del sexo (Fig. 1, 2) y edad (Fig. 3 y 4) con el tipo de conducta, se encontró que el sexo (Cuadro 7), no fue determinante para presentar conductas negativas ($p=0.416$), sin embargo en la edad se observó que hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en la edad, ya que los niños en rango de 3 a 5 años

presentaron con mayor frecuencia conductas negativas que los del grupo de 6 a 12 años. $P < 0.05$. (Cuadro 8)

Cuadro 7. Relación entre sexo del paciente y su tipo de conducta

<i>Sexo</i> \ <i>Conducta</i>	Definitivamente positivo	Positivo	Negativo	Definitivamente negativo	Total
Femenino	9 (15.3%)	21 (35.6%)	12 (20.3%)	17 (28.8%)	59 (100.0%)
Masculino	11 (13.6%)	32 (39.5%)	27 (33.3%)	11 (13.6%)	81 (100.0%)
Total	20 (14.3%)	53 (37.9%)	39 (27.9%)	28 (20.0%)	140 (100.0%)

Prueba Kendall P=0.416



■ Defenitivamente positivo 15.30% ■ Positivo 35.60%
 ■ Negativo 20.30% ■ Definitivamente negativo 28.80%

Figura 1. Distribución de los pacientes del sexo femenino de acuerdo a su tipo de conducta.

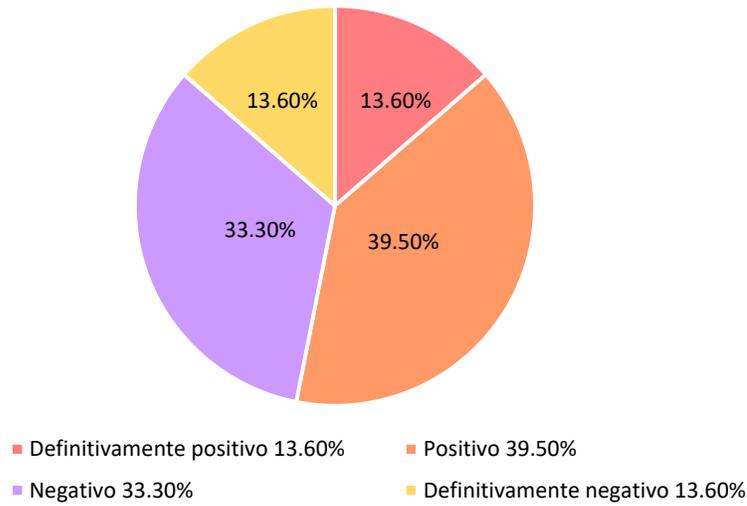


Figura 2. Distribución de pacientes del sexo masculino de acuerdo a su tipo de conducta.

Cuadro 8. Relación de la edad del paciente con su tipo de conducta.

Conducta \ Edad	Definitivamente positivo	Positivo	Negativo	Definitivamente negativo	Total
Preescolares (0 a 5 años)	13 (14.6%)	27 (30.3%)	25 (28.1%)	24 (27.0%)	89 (100.0%)
Escolares (6 años en adelante)	7 (13.7%)	26 (51.0%)	14 (27.5%)	4 (7.8%)	51 (100.0%)
Total	20 (14.3%)	53 (37.9%)	39 (27.9%)	28 (20.0%)	140 (100.0%)

Prueba Kendall $P=0.017$

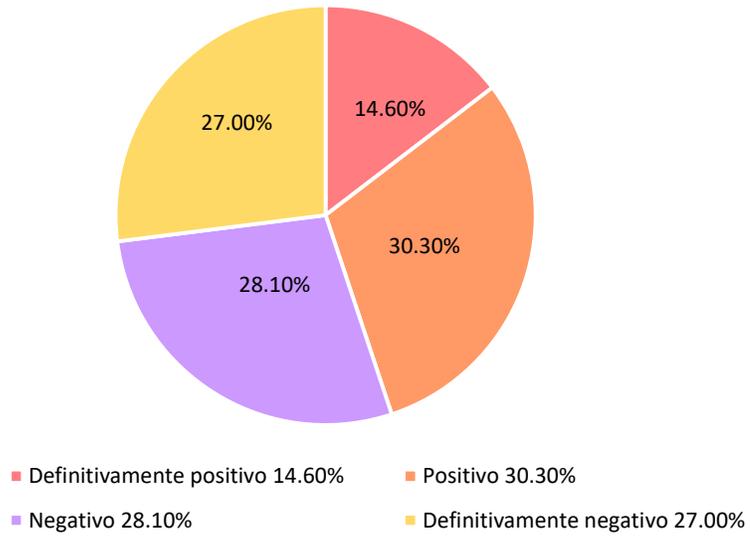


Figura 3. Distribución de los pacientes de 0 a 5 años de acuerdo a su tipo de conducta

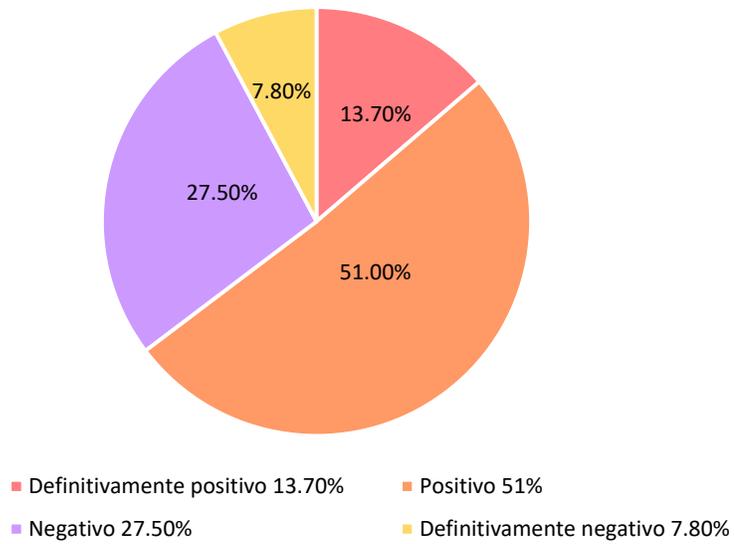


Figura 4. Distribución de los pacientes de 6 a 13 años de acuerdo a su tipo de conducta

Al analizar el tipo de temperamento considerando el tipo de conducta, se encontró que no fue estadísticamente significativo, ya que la prueba de Kendall dio un valor de $p= 0.364$. (Cuadro 9).

En las figuras 5 a la 8, se muestra el tipo de temperamento que se observó en cada uno de los grupos clasificados por su conducta.

En los pacientes que presentaron conducta definitivamente positiva, se observó que del 100% de los niños, el 75% fueron activos, el 10% fueron emocionales, el 0% sociables y el 15% presentó un temperamento combinado.

Los pacientes que presentaron conducta positiva, el 81.2% fueron activos, el 9.4% emocionales, 0% sociables y el 9.4% tuvieron temperamento combinado.

Pacientes con conducta negativa el 59% presentaron temperamento activo, 12.8% emocional, 12.8% social, y el 15.4% temperamento combinado.

En cuanto a los pacientes con conducta definitivamente positiva el 75% fueron activos, 14.3% con emocionalidad, 7.1% presentaron temperamento sociable y el 3.6% temperamento combinado.

Cuadro 9. Relación entre el temperamento del paciente de acuerdo a su tipo de conducta

<i>Conducta</i> <i>Temperamento</i>	Definitivamente positivo	Positivo	Negativo	Definitivamente negativo	Total
Actividad	15 (75%)	43 (81.2%)	23 (59%)	21 (75%)	102 (72.9%)
Emocionalidad	2 (10%)	5 (9.4%)	5 (12.8%)	4 (14.3%)	16 (11.4%)
Sociabilidad	0 (0%)	0 (0%)	5 (12.8%)	2 (7.1%)	7 (5.0%)
Temperamento combinado	3 (15%)	5 (9.4%)	6 (15.4%)	1 (3.6%)	15 (10.7%)
Total	20 (100%)	53 (100%)	39 (100%)	28 (100%)	140 (100.0%)

Prueba Kendall P=0.364

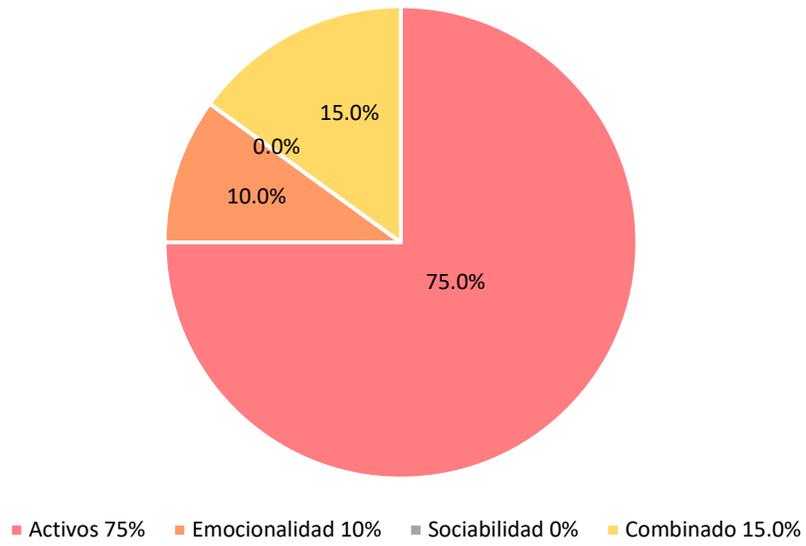


Figura 5. Distribución de los pacientes con conducta definitivamente positiva de acuerdo a su tipo de temperamento

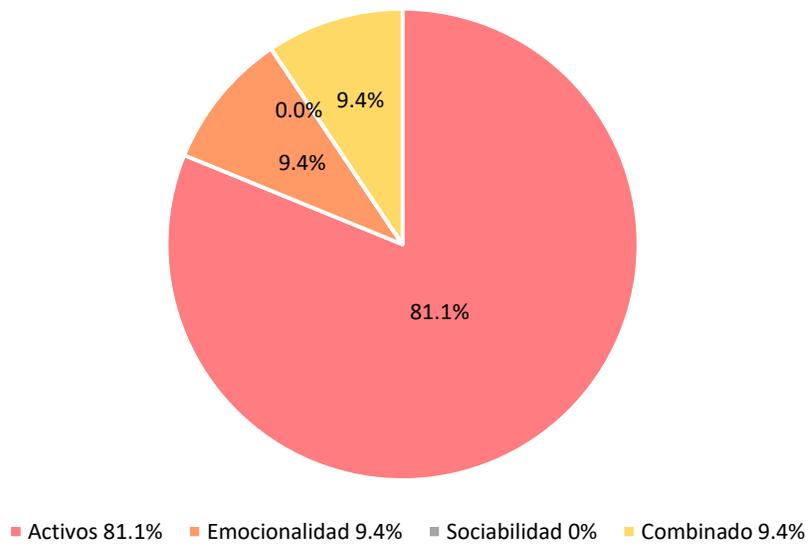


Figura 6. Distribución de los pacientes con conducta positiva de acuerdo a su tipo de temperamento.

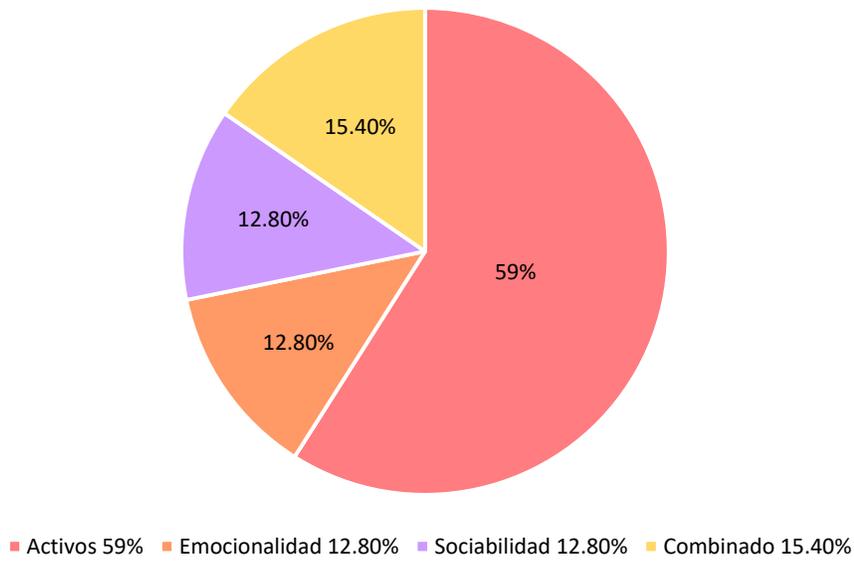


Figura 7. Distribución de los pacientes con conducta negativa de acuerdo a su tipo de temperamento.

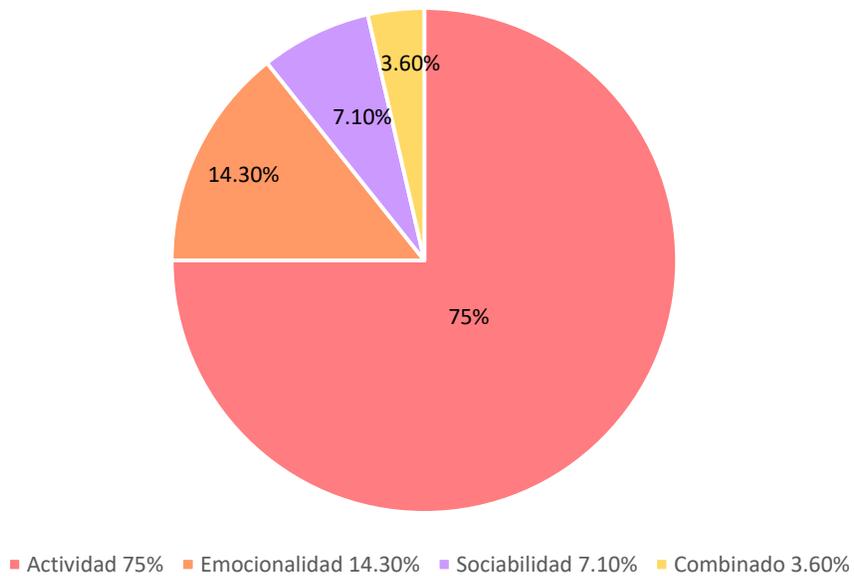


Figura 8. Distribución de pacientes con conducta definitivamente negativa de acuerdo a su tipo de temperamento.

VIII. DISCUSIÓN

Entre los factores que influyen en la conducta de un niño en el consultorio dental, se encuentra la personalidad, que siempre está en proceso de cambio, se desarrolla por medio del temperamento y el carácter. El temperamento se refiere al conjunto de rasgos de personalidad heredados que aparecen temprano en la vida. ⁽¹⁴⁾

En la presente investigación se analizó cómo influye la edad, sexo y tipo de temperamento en el tipo de conducta de pacientes pediátricos, durante el tratamiento estomatológico, en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Reforma de la Universidad Autónoma de México.

Según los resultados, se observó que los niños entre 1 a 5 años presentaron con mayor proporción conductas negativas, esto se puede deber a que durante esta etapa tienen miedo a lo desconocido, principalmente a los sonidos; además en esta edad el niño depende por completo de sus padres y al separarlo de ellos, son tímidos ante los extraños. Por ello, es importante tener en cuenta que el desarrollo psicológico por edades, que se procesa en diferentes dimensiones como: psicomotora, cognitiva, emocional y social, nos ayuda a comprender cuál es la respuesta normal del niño con relación a su medio, a medida que crece y se desarrolla.

Para la evaluación del temperamento infantil existen numerosas escalas, sin embargo, según un estudio realizado en España, la escala más utilizada para estudios del temperamento infantil es la Emotionality Activity and Sociability Temperament Survey (EAS); perteneciente a Buss y Plomin, que trata de un cuestionario aplicado por las madres o tutores respecto al comportamiento de sus hijos. Consta de 20 ítems de escala tipo Likert de 5 posibilidades de respuesta, este instrumento mide cuatro componentes básicos del temperamento: emocionalidad, actividad y sociabilidad, este último tiene una subdivisión que aborda la timidez. Al aplicar esta encuesta, en este estudio no encontramos asociación del temperamento con la conducta, a diferencia de otro estudio que analizó esta variable, realizado por Aminabadi y cols. ⁽⁴⁸⁾ donde al evaluar la relación entre el temperamento y

el comportamiento, con relación a la edad del niño, encontraron que la edad y el temperamento actúan como predictores del comportamiento infantil en la consulta dental.

La mayor proporción de los niños incluidos en este trabajo, presentaron un temperamento activo (81.2 %), seguido del emotivo y social; no se encontraron pacientes con las características de temperamento tímido.

De acuerdo con Buss y Plomin, los niños activos se caracterizan por estar siempre en movimiento, los niños emotivos y tímidos presentan cambios de estado de ánimo, y como consecuencia tienen más reacciones explosivas que el resto de los niños; en cuanto a la sociabilidad, los niños que presentan esta característica son interactivos y prefieren convivir con otras personas.

En cuanto al tipo de conducta de los pacientes, se observó que el 53% de los niños se ubicó en la categoría de conducta positiva, según la escala de Frankl, en comparación con el 47% que tuvieron conducta negativa y contrario a lo esperado, los resultados del análisis de la encuesta aplicada mostraron que el temperamento no influyó para que se presentaran conductas negativas. Los resultados de este estudio mostraron que la edad fue determinante para el comportamiento negativo, esto puede deberse a que durante la infancia se desarrollan las capacidades sensoriales y de lenguaje, la coordinación motora, la independencia, el apego donde el niño tiene mayor inclinación a la familia. Las conductas negativas se presentaron principalmente en los niños más pequeños. Aunado a lo anterior debe resaltarse que el estado de salud bucal de los pacientes que acuden a la clínica está muy afectado, lo que requiere de aplicación de tratamientos con procedimientos dolorosos que repercuten en su cooperación. De ahí la importancia de incrementar tratamientos preventivos y de mínima invasión que faciliten la aproximación de los infantes a la atención dental.

También se encontró que el sexo no fue determinante en el tipo de conducta de los pacientes. En este trabajo la mayoría de los niños y niñas presentaron conductas positivas, a diferencia de otras investigaciones donde el temperamento difícil fue relacionado con el sexo masculino, y las conductas cooperadoras con el sexo femenino. ⁽¹⁶⁾

Sin duda un factor que no fue analizado en este trabajo, pero que considero importante para determinar el tipo de conducta en los pacientes pediátricos, es el estilo de crianza de los padres. En un estudio realizado por Aminabadi y cols. señalan que los hijos de padres autoritarios, mostraron niveles significativamente más altos de ansiedad y problemas de conducta, además que el estilo de crianza es mediador del temperamento, por lo que sería interesante considerarlo en futuras investigaciones, ya que no fue objetivo de este trabajo estudiar las variables del estilo de crianza y la cultura.

IX. CONCLUSIONES

En esta investigación no se encontró relación entre el tipo de temperamento y el tipo de conducta en los pacientes pediátricos que participaron en este trabajo. Utilizando la escala de temperamento según Buss y Plomin se encontró que el mayor porcentaje de pacientes presentaron un temperamento activo.

Sin embargo se encontró que la edad influye en el tipo de conducta. Fue mejor el comportamiento de los pacientes con mayor edad (6 a 13 años), dado que su pensamiento es más lógico y los pacientes de 3 a 5 años con menor edad su comportamiento fue menos cooperador, esto puede deberse a que tienen temor a lo desconocido, el pensamiento es estático, limitado y centrado en una dimensión, existe apego hacia la familia.

Este trabajo de investigación tiene relevancia en la práctica odontológica, porque permitió analizar los componentes de la personalidad en los niños que acuden al tratamiento dental, como características físicas, mentales, emocionales, sociales y de forma específica el temperamento. Los contenidos abordados nos permiten comprender el porqué de las reacciones de los pacientes infantiles a los tratamientos, para su aplicación en la guía de conducta en la consulta dental, e incrementar la comunicación con ellos y sus padres con la finalidad de mejorar nuestra atención y la salud bucal de los niños

Una de las limitaciones de este trabajo fue la dificultad de aplicación e interpretación de la encuesta para clasificar el temperamento, dado que algunas preguntas no son muy claras para los padres a diferencia de la escala de valoración del comportamiento de Frankl que cuenta con criterios más precisos. Además, para obtener resultados más contundentes, sería interesante ampliar el tamaño de muestra con pacientes de otras clínicas.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guedes-Pinto AC, Bönecker M, Martins Delgado CR. Odontopediatría. Sao Paulo: Santos editora; 2011.
2. Cameron C, Windmer R. Manual de Odontología pediátrica. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
3. Juárez López LA, Uribe Peña JL, López Jiménez MG, De León Valdez A, Zepeda Muñoz T. Atención estomatológica del niño en la primer infancia. México: UNAM FES Zaragoza; 2013.
4. Dean J, Avery D, Ralph Mc. Odontología para el niño y el adolescente. New York, New York: ALMOLCA; 2014.
5. Escobar MF. Odontología Pediátrica. Venezuela: ALMOLCA; 2004.
6. Oswaldo CJ, Guedes-Pinto AC, Bönecker M, Martins CR. Fundamentos de Odontología, odontopediatría. Sao Paulo: Santos editora; 2011.
7. Damilano G. Maduración cognoscitiva y emocional: estrategia para su monitoreo en la atención pediátrica primaria. Arch Arg Ped. 1997; (95):354-61.
8. Pérez Espinosa Y, Tergas Díaz Ad, Betancourt Díaz D. Manejo psicológico del niño en la consulta estomatológica. Revista Electrónica 2013; 38(9).
9. Albores L, Márquez M, Estañol B. ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. Salud Mental. 2003; 26(3):16-26.
10. Goldsmith, H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M., Thomas, A., Chess, S., McCall, R. B. Roundtable: What Is Temperament? Four Approaches. Child Development. 1987, 58(2): 505.
11. Plomin R, Dunn J. The study of temperament: changes, continuities and challenges. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1986.
12. Teresa Q, Gonzalo M. Validación y adaptación del cuestionario de temperamento y carácter, JTCI de R. Cloninger, versión niños y padres, a escolares chilenos entre 8 y 13 años de edad. Terapia psicológica. 2010; 28(1):37-43.
13. Cabrera AR, Valdivieso M. Influencia del apego y el temperamento en el tratamiento odontológico del infante. Odontol Pediatr. 2009; 8(2):25-30.

14. Dailys SI. El temperamento en la regulación de la personalidad. *Duazary*. 2010; 7(1):125-129.
15. Bobes M, Jover M, Llácer B, Carot J, Sanjuan J. Adaptación española del EAS Temperament Suvey para la evaluación del temperamento infantil, *Psicothema*. 2011; 23(1): 160-166.
16. Damilano G, Dagatti K. Temperamento de los niños preescolares, según la percepción de sus padres: resultado de una encuesta. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2003; 70(3): 123-127.
17. Izquierdo A. Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista Complutense de Educación*. 2002; 13(2):617-643.
18. Helen Bould, Carol Joinson, Jonathan Sterne, Ricardo the Emotionality Activity Sociability Temperament Survey: Factor analysis and temporal stability in a longitudinal cohort. Elsevier Ltd. 2013; 54: 628–633.
19. Toshinori K, Yukiko O, Mariko M, Megumi H, Mikihiko M, Yoshitaka G. Emotionality Activity Sociability and Impulsivity (EASI) Survey: Psychometric properties and assessment biases of the Japanese version. *Psychology and Behavioral Sciences* 2014; 3(4): 113-120.
20. Sanja TV, Darko L. Measuring Preschool Children Temperament: Implications for Preschool Care and Education Practice. *International Journal of Educational Psychology*. 2015; 4(3): 280-304.
21. Quiroga M. El temperamento infantil ¿una dimensión a tener en cuenta? *Papeles Salmantinos de Educación*. 2008; (11): 145-169.
22. Fonseca L, Sanchis C. Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. *Revisión bibliográfica. Therapeia*. 2013; 5:81-95.
23. Sharma A, Kumar D, Anand A, Mittal V, Singh A, Aggarwal N. Factors predicting Behavior Management Problems during Initial Dental Examination in Children Aged 2 to 8 Years. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2017; 10 (1):5-9.
24. Sharma A, Tyagi R. Behavior Assessment of Children in Dental Settings: A Retrospective Study. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 2011; (1): 35-39.

25. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. Reference Manual. 2015; 39(6):246-259.
26. Lopera MP, Cardeño CV, Muñetones CD, Serna SE, Díaz MV, Bermúdez P. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. Revista Nacional de Odontología. 2013; 9(16):59-65.
27. Muñoz N, Álvarez IM, Cárdenas J. Eficacia de la técnica de distracción contingente con material auditivo en el comportamiento de pacientes entre 4 y 6 años de edad. Revista CES Odontología. 1998; 11(2):13-20.
28. Afshar H, Baradaran N, Mahmoundi G, Paryab M, Sommaye Z. The effect of parental presence on the 5 year old children's anxiety and cooperative behavior in the first and second dental visit. Iran J Pediatr. 2011 21(2); 193-200.
29. Prashanth A, Arjun P, Bhimangouda S, Suresh A, Yachrappa P, Mujawar S. Effectiveness of two different behavioral modification techniques among 5-7 year old children: A randomized controlled trial. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2017; 35(2):143-149.
30. García y, Ríos R, Cuairán V, Gaitán L. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Revista Odontológica Mexicana. 2006; 10(3):126-130.
31. Parvab M, Arab Z. The effect of filmed modeling on the anxious and cooperative behavior of 4-6 years old children during dental treatment: A randomized clinical trial study. Dental Research Journal. 2014; 11(4):502-507.
32. Keith D. Allen, PhD Robert T. Stanley, DDS Keith McPherson, M. Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. The American Academy of Pediatric Dentistry, 1990; 12 (2) 79-82.
33. Medina PJ. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta odontológica Venezolana. 1998; 36(2).
34. Abanto JA, Rezende KMPC, Bönecker M. Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(2):101-106.
35. Strelau, J. The concept and status of trait in research on temperament. European Journal of Personality. 2001; 15(4) 311-325.

36. Becker, M. O estudo dos temperamentos Hipocráticos. Associação brasileira de grafologia crépieux jamin. 2010
37. Calkins SD. El Temperamento y su Impacto en el desarrollo Infantil: Comentarios sobre Rothbart, Kagan y Eisenberg. Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. 2005; 1-5
38. Philip FR. Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. 2ª ed. University of Maine: Prentice-Hall Hispanoamericana S.A;
39. Cueli J, Reidl, Martí C, Lartigue T, Michaca. Teorías de la personalidad. 3ª ed. México: Trillas;1990
40. Delval J. El desarrollo humano. 10ª ed. México: Siglo veintiuno editores; 2000
41. Rowe MM. Dental fear: comparisons between younger and older adults. American Journal of Health Studies. 2005; 20 (3- 4): 219-224
42. Kins E, Soenens B, Beyers W. Separation anxiety in families with emerging adults. J Fam Psychol. 2013; 27 (3): 495-505
43. Kose S. A psychobiological model of temperament and characte: TCI. Yeni Symposium. 2003; 41 (2): 86-97
44. Copeland, W., Landry, K., Stanger, C., & Hudziak, J.J. Multi-informant assessment of temperament in children with externalizing behavior problems. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2004; 33 (3) 547-556.
45. Pérez PN, Navarro SI. Psicología del desarrollo humano, del nacimiento a la vejez. España: Editorial Club Universitario; 2011.
46. Amez AJ, Díaz P. Manejor del dolor en odontopediatría. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(3):166-171.
47. Sandoval M. Psicología del desarrollo humano. México: DGEP; 2007
48. Aminabadi NA, Puralibaba F, Erganparast L, Najafpour E, Jamali Z, Adhami SE. Impact of temperamento on child behavior in the dental settings. J Dent Res Dent Clin Dent Prospect. 2011; 5(4): 119-122
49. Davidoff LL. Introducción a la psicología. 3ra edición. McGRAW. 1989.
50. Martínez IJ, Gilabert JJ, Moltó MD, Sanjuán J. Genética del temperamento en niños. Rev Neurol. 2007 ;45(07): 418-423

XI. ANEXO



Instrumento



Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
 Carrera de Cirujano Dentista

“Temperamento y tipo de conducta en pacientes pediátricos en el tratamiento estomatológico”

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Genero: F () M () Tipo de conducta: _____

Instrucciones: Seleccione una respuesta de acuerdo a su opinión marcando con una “X”

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. Es tímido				
2. Lloro fácilmente				
3. Le gusta estar con la gente				
4. Está siempre moviéndose				
5. Le gusta estar con otros niños				
6. Es emotivo (se emociona con todo)				
7. Sus actividades las desarrolla lentamente				
8. Hace amigos fácilmente				
9. Desde que se levanta por la mañana, no para de correr				
10. Protesta y llora a menudo				
11. Es muy sociable				
12. Es muy enojón				
13. Le cuesta mucho tener confianza con desconocidos				
14. Se altera con facilidad				
15. Es algo solitario				
16. Prefiere ver T.V y videojuegos a comparación de juegos físicos como la pelota				
17. Reacciona de forma muy intensa cuando se altera				