



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Odontopediatría

“EVALUACIÓN DE 3 DIFERENTES TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA APLICADAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS FRANKL II”

Opción de titulación
Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de Especialidad en Odontopediatría :

Presenta:
Kenya Koray Saldivar Fuentes

Dirigido por:
M. en E. Nydia Selene Flores Fraustro

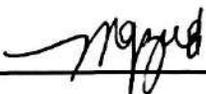
M. en E. Nydia Selene Flores Fraustro
Presidente

D. En C. Guillermo Ortiz Villagomez
Secretario

C.D.E.O. Laura Celeste Herrera Alaniz
Vocal

C.D.E.O. Adriana Itzel Vázquez Alba
Suplente

C.D.E.O. Claudia Verónica Cabeza Cabrera
Suplente



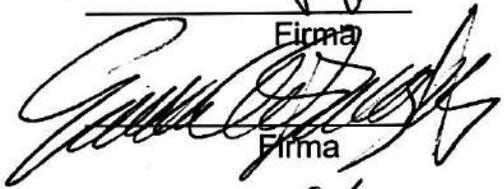
Dra. Ma. Guadalupe Zaldivar Lelo de Larrea
Director de la Facultad



Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Director de Investigación y Posgrado



Firma



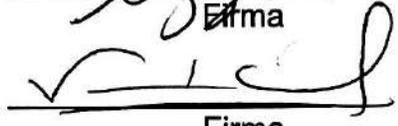
Firma



Firma



Firma



Firma

RESUMEN

El éxito de la Odontopediatría, depende no sólo de las habilidades clínicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación de sus pacientes. El comportamiento no cooperativo o no receptivo de los pacientes pediátricos puede ser un impedimento para proveer un tratamiento odontológico de calidad, por este motivo, el adecuado manejo de la conducta del paciente es indispensable en la práctica odontopediátrica. En la actualidad, se utilizan diversas técnicas para manejar el comportamiento negativo del paciente en el consultorio, las cuales permiten ayudar a superar conductas difíciles y realizar de manera eficaz el tratamiento en el niño, insitándole a mostrar una actitud dental positiva. En este estudio de diseño prospectivo, transversal, experimental y comparativo, se evaluaron 3 de éstas técnicas de manejo de conducta, decir-mostrar-hacer, control de voz y refuerzo positivo, empleadas a lo largo de 3 citas de tratamiento en 46 pacientes pediátricos, con un rango de edad de 4 a 7 años, identificados como Frankl II en su primera consulta en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro, con el objetivo de observar cuál de las tres diferentes técnicas permite un mejor manejo de conducta. A pesar de que estadísticamente no se obtuvieron resultados significativos tras realizar el análisis estadístico de Chi², se logró observar que la aplicación adecuada de las técnicas de manejo de conducta decir-mostrar-hacer, control de voz y refuerzo positivo, tuvieron un efecto favorable en la mayoría de los pacientes pediátricos que presentaron ansiedad, miedo, timidez y ciertas reservas ante la aceptación de los tratamientos dentales, logrando llevar a estos pacientes de conductas negativas a conductas positivas, siendo minoría los casos en los que se conservaron estas conductas poco cooperadoras y aún menos los casos en los que los pacientes cambiaron su conducta a totalmente negativa, independientemente del género y edad de los pacientes.

(Palabras clave: odontopediatría, Frankl II, manejo de conducta, decir-mostrar-hacer, control de voz, refuerzo positivo).

SUMMARY

The success of Pediatric Dentistry depends not only on the dentists clinical skills, but also on his ability to achieve and maintain the cooperation of his patients. The non-cooperative or non-receptive behavior of pediatric patients can be an impediment to providing quality dental treatment, for this reason, the proper management of the patients behavior is essential in dental practice. Currently, various techniques are used to manage the negative behavior of the patient, which help to overcome difficult behaviors and effectively perform the treatment on the child, insisting on showing a positive dental attitude. In this prospective, cross-sectional, experimental and comparative design study, 3 of these behavior management techniques were evaluated, such as say-show-do, voice control and positive reinforcement, used during 3 treatment appointments in 46 pediatric patients, with an age range of 4 to 7 years, identified as Frankl II in their first consultation in the Pediatric Dentistry Clinic of the Faculty of Medicine of the Autonomous University of Querétaro, with the objective of observing which of the three different techniques allows a better behavior management. Although statistically significant results were not obtained after performing the Chi2 statistical analysis, it was observed that the proper application of the behavior management techniques say-show-do, voice control and positive reinforcement, had a favorable effect on the majority of the pediatric patients who presented anxiety, fear, shyness and certain reservations before the acceptance of dental treatments, managing to take these patients from negative behaviors to positive behaviors, being a minority the cases in which these uncooperative behaviors were preserved and even less cases in which patients changed their behavior to totally negative conduct, regardless of the gender and age of the patients.

(Keywords: pediatric dentistry, Frankl II, behavior management, say-show-do, voice control, positive reinforcement).

A mis padres, por toda su entrega, todo su amor y todas las oportunidades que
crearon para mí.

A mi hermana, por la misión que le dió a mi vida de ser siempre un buen ejemplo.
A quienes formaron parte importante del camino.

A Dios, por hacer todos mis sueños posibles.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación realizado en el Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro, es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron distintas personas permitiéndome aprovechar su competencia y su experiencia, por lo cual quiero agradecerles en este apartado.

En primer lugar, a mi directora de Tesis, M. en E. Nydia Selene Flores Fraustro y al D. en C.E.E. Rubén Abraham Domínguez Pérez, mi más amplio agradecimiento por haberme confiado este trabajo en persona, por su valiosa dirección y apoyo para seguir y llegar a la conclusión del mismo.

Mis agradecimientos a la Universidad Autónoma de Querétaro y a todos los que la conforman, por hacer de ella una institución de excelencia y haberme brindado la oportunidad de formarme profesionalmente en la verdad y el honor, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por todo el apoyo brindado para la realización de este trabajo.

Agradezco también a todos mis compañeros y amigos, estén donde estén, y sin excepción, por mantener el nivel del posgrado siempre en alto, por todos los conocimientos compartidos y cada experiencia vivida.

Por último, mi mayor y eterno agradecimiento a mis padres, por darme la vida y llenarla siempre de infinitas oportunidades, todo lo que soy es gracias a ustedes, los amo con todo mi corazón.

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN | |
| 1.1.Revisión de la literatura..... | 10 |
| 1.2.Planteamiento del Problema..... | 19 |
| 2. OBJETIVOS | |
| 2.1.Objetivo general..... | 21 |
| 2.2.Objetivos específicos..... | 21 |
| 3. METODOLOGÍA | |
| 3.1.Sujeto experimental..... | 23 |
| 3.2.Métodos..... | 23 |
| 3.3.Análisis estadístico..... | 28 |
| 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | |
| 4.1.Resultados..... | 30 |
| 4.2.Discusión..... | 37 |
| 4.3.Conclusión..... | 40 |
| 5. REFERENCIAS..... | 42 |
| 6. APENDICE..... | 46 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----------|
| Tabla 1 | 30 |
| Descripción de las características clínicas de los sujetos de estudio. | |
| Tabla 2 | 30 |
| Comparación del comportamiento de los 46 pacientes pediátricos, posterior a la utilización de cada una de las técnicas de manejo de conducta. | |
| Tabla 3 | 31 |
| Comparación del comportamiento de los 24 pacientes pediátricos femeninos, posterior a la utilización de cada una de las técnicas de manejo de conducta. | |
| Tabla 4 | 31 |
| Comparación del comportamiento de los 22 pacientes pediátricos masculinos, posterior a la utilización de cada una de las técnicas de manejo de conducta. | |
| Tabla 5 | 32 |
| Comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta decir-mostrar-hacer (DMH). | |
| Tabla 6 | 32 |
| Comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta refuerzo positivo (FR). | |
| Tabla 7 | 33 |
| Comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta control de voz (CV). | |

Tabla 8.....33

Comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos de 4 años de edad, masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta decir-mostrar-hacer (DMH).

Tabla 9.....34

Comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos de 4 años de edad, masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta refuerzo positivo (RP).

Tabla 10.....34

Comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos de 4 años de edad, masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta control de voz (CV).

Tabla 11.....35

Comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos de 6 años de edad, masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta decir-mostrar-hacer (DMH).

Tabla 12.....35

Comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos de 6 años de edad, masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta refuerzo positivo (RP).

Tabla 13.....36

Comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos de 6 años de edad, masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta control de voz (CV).

1. INTRODUCCIÓN

1.1 REVISIÓN DE LA LITERATURA

El éxito de la práctica odontológica en niños depende no sólo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación infantil (Toledano y Osario, 2004). El comportamiento no cooperativo o no receptivo de pacientes infantiles puede ser un impedimento para proveer tratamiento odontológico de buena calidad, ya que además de requerir más tiempo de atención se corre el riesgo de producir daño físico y/o psicológico (Torres et al., 2012). Por este motivo, el buen manejo de la conducta del paciente pediátrico es indispensable en la práctica (Islas et al., 2007).

El odontólogo debe proyectar una imagen de sensibilidad, debe basarse en la capacidad de apoyar al niño y ayudarlo a responder eficazmente a los desafíos de la situación odontológica, debe tener en cuenta los sentimientos del niño, reconocerlos y hablar de ellos, los temores deben tratarse abiertamente para ayudar al niño (Calero et al., 2012). El miedo y la ansiedad deberán ser controlados por diferentes métodos y técnicas (Meneses y Antonio, 2017).

En la atención odontológica de un niño, muchas veces nos encontramos con pacientes que podríamos llamar difíciles, no por el tratamiento que requieren, sino por la disposición de estos ante la situación odontológica (Antunes et al., 2008). La conducta poco colaboradora del niño suele dificultar el tratamiento dental. La mala actitud del paciente disminuye su cooperación, provocando la aparición de un comportamiento negativo, lo que constituye uno de los problemas de mayor preocupación por parte del especialista (Toledano y Osario, 2004), pues sin cooperación por parte del niño no es posible realizar satisfactoriamente su tratamiento dental. El manejo de la conducta en el niño es un aspecto crítico durante los procedimientos dentales. Por eso, en la actualidad, se utilizan diversas técnicas para manejar la conducta del paciente en el consultorio, estas técnicas pueden ser farmacológicas y no farmacológicas (Chu et al., 2005).

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), el manejo de conducta se entiende como “la interacción continua entre el niño y el odontólogo

para así suministrarle la confianza necesaria” (Sotto et al., 2008), lo cual se logra a través de diferentes técnicas empleadas por el especialista. Existen múltiples técnicas destinadas a tal fin. Estas permiten ayudar a superar conductas difíciles y realizar de manera eficaz el tratamiento en el niño, insitándole a mostrar una actitud dental positiva (Antunes et al., 2008).

En lo que se refiere al comportamiento de los niños, específicamente en la consulta odontológica, se ha reportado que puede ser de tipo agresivo, histérico, temeroso o aprensivo. Estos comportamientos se han relacionado con las etapas de crecimiento y desarrollo de cada niño, las características de salud, las condiciones socioculturales de los padres y otros elementos de influencia, no tan directa, pero que tienen importantes implicaciones (Rosa y Amador, 2015).

Las teorías para el manejo de la conducta tienen su origen en las teorías de aprendizaje de la ciencia del comportamiento las cuales se agrupan en cuatro perspectivas (Calero et al., 2012):

1. Perspectiva psicoanalítica de Sigmund Freud y Erik Erikson
2. Perspectiva del aprendizaje de Piaget y Vygotsky
3. Perspectiva contextual de Bronfenbrenner
4. Perspectiva evolutiva sociobiológica de Bowlby

La última propuesta realizada por la Academia Americana de Odontopediatría clasifica estas técnicas como técnicas básicas, avanzadas y técnicas de modificación de la conducta (Antunes et al., 2008):

TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA BÁSICAS

- Comunicación y guía comunicativa, es decir, hacer un intercambio de pensamientos, opiniones o informaciones, puede ser realizada por muchos medios. En el consultorio odontológico ella es realizada principalmente por

el diálogo, tono de voz, expresión facial y por el lenguaje corporal. Los cuatro componentes esenciales de la comunicación son: El emisor, el mensaje, incluyendo la expresión facial y el lenguaje corporal del emisor, el contexto o entorno en el cual el mensaje es emitido y el receptor (Ja et al., 2010).

- Comportamiento del odontólogo, como vocalización, dirección, empatía, persuasión, dar al paciente un sentimiento de control y condicionamiento operante fueron relatados como eficaces ante pacientes no cooperadores (Toledo, 2010).
- Presencia/ausencia de los padres, ya que esta puede, a veces, ser usada para ganar la cooperación durante el tratamiento (Toledo, 2010).
- Decir-Mostrar-Hacer, es una técnica muy utilizada para familiarizar al niño con el equipo, instrumentos y procedimientos odontológicos. El dentista explica y le muestra al niño lo que será hecho. Se debe recordar que el vocabulario tiene que ser adecuado a la edad del niño y que el dentista y auxiliar tienen que estar familiarizados con el uso de éste. Se debe evitar el uso de palabras que provoquen miedo (Ja et al., 2010).
- Control de voz, es una alteración controlada del volumen, el tono o el ritmo de la voz para influenciar y dirigir el comportamiento del paciente. Los objetivos del control de la voz son: Ganar la atención y colaboración del paciente; Prevenir el comportamiento negativo o el rechazo del niño; Establecer roles adecuados en la relación “adulto-niño” (Antunes et al., 2008).
- Comunicación no verbal, se establece a través de la postura, expresión facial y el comportamiento apropiado del niño. Los objetivos de la comunicación no verbal son: Aumentar la eficacia de otras técnicas de abordaje comunicativo; Ganar o mantener la atención y la cooperación del paciente.

- Reforzamiento positivo, en el proceso de establecer el comportamiento deseado del paciente es esencial ofrecer una retroalimentación apropiada. El refuerzo positivo es una técnica eficaz en recompensar comportamientos deseados y así, fortalecer el retorno de estos comportamientos. tenemos refuerzos sociales como la modulación positiva de la voz, la expresión facial, el elogio verbal y las demostraciones físicas apropiadas de afecto por todos los miembros del equipo odontológico. Se pueden usar reforzadores no sociales tales como juguetes y recuerdos. El objetivo de esta técnica es reforzar el comportamiento deseado del niño (Toledo, 2010).
- Distracción, desvía la atención del paciente ante lo que puede ser percibido como un procedimiento desagradable. Dar al paciente una pausa corta durante un procedimiento estresante puede ser un uso eficaz de distracción antes de considerar la aplicación de técnicas más avanzadas de orientación del comportamiento. Los objetivos de la distracción son disminuir la percepción de los estímulos desagradables y evitar conductas negativas o de rechazo (Toledo, 2010).

Estas técnicas también se clasifican como *técnicas comunicativas*, y se requiere que el niño haya alcanzado la madurez suficiente que permita un intercambio entre el mismo y su dentista, el cual utilizará un lenguaje apropiado (lenguaje pediátrico) para la edad del paciente (Torres et al., 2012).

TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA AVANZADAS

Tratar a un niño poco colaborador e incontrolable puede ser incómodo para todas las partes involucradas. Muchas veces el dentista agota todos los recursos básicos, y es en estos niños donde la intervención avanzada se hace imperativa (Aldea y Quesada, 2008).

- Mano sobre boca, debe ser usada sólo en niños con más de 3 años de edad, extremadamente difíciles y como último recurso. Para utilizar esta técnica es necesario explicarla y obtener el previo consentimiento libre e

informado firmado por el responsable del niño, ya que el uso de la técnica sin este documento puede implicar problemas legales. La técnica de mano sobre boca puede ser efectuada de dos formas: con o sin restricción de las vías aéreas, siendo la primera poco utilizada en las últimas décadas. Cuando la técnica sin restricción de las vías aéreas está indicada, el profesional coloca su mano gentilmente pero con firmeza, sobre la boca del niño para cesar la explosión verbal y mal comportamiento. Entonces el niño es avisado en su oído que si colabora la mano será removida. Después de eso el paciente es reevaluado. Esto puede ser repetido varias veces en una misma consulta hasta que el comportamiento mejore lo suficiente como para permitir que el tratamiento prosiga. Usar un tono de voz suave y firme es necesario para que el paciente se quede quieto y escuche las instrucciones. Cuando el comportamiento deseado es obtenido a través de la técnica, el niño debe recibir un refuerzo positivo por su obediencia (Torres et al., 2012).

- Restricción física, puede ser realizada de dos formas: Activa, sujetando las manos del niño, inmovilizando manos y rodillas con ayuda de la madre en pie, cuerpo a cuerpo, con la madre sentada en la parte anterior del sillón odontológico en posición de cabalgada, o con el bebé en los brazos de la madre (para bebés con menos de un año de edad). Pasiva, con el uso de dispositivos tales como Papoose Board o Pedi-wrap, siendo que éstos son recomendados cuando la restricción activa no puede ser efectuada por la madre o responsable. La restricción física no es comúnmente utilizada en niños con edad escolar (más de 5 años de edad), visto que muchos de estos niños entienden bien los comandos solicitados por el profesional. Sin embargo, ante actitudes de resistencia, esta técnica puede ser empleada por seguridad del paciente (Ja et al., 2010).
- Sedación, puede ser usada con seguridad y eficacia en pacientes incapaces de recibir el cuidado odontológico por razones de su edad o condición mental, física o médica (Torres et al., 2012).

- Anestesia general, es un estado controlado de inconsciencia acompañado por una pérdida de reflejos protectores, como la capacidad de mantener la vía aérea independiente y de responder a la estimulación física o verbal intencionalmente. El uso de la anestesia general es a veces necesario para brindar un cuidado odontológico de calidad para el niño. Dependiendo del paciente y del medio en que se encuentre, puede ser hecho en un hospital o ambulatorio (Toledo, 2010).

También clasificadas como *técnicas aversivas*, están orientadas a manejar la conducta de niños que por diversas razones interrumpen o impiden concluir el tratamiento odontológico. Con estas técnicas se busca que el odontólogo pueda manejar la situación y acondicionar al niño psicológicamente o restringirlo físicamente (Torres et al., 2012).

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

- Refuerzo, es una técnica eficaz en recompensar comportamientos deseados y así, fortalecer el retorno de estos comportamientos (Toledo, 2010).
- Desensibilización, es una técnica para disminuir determinados miedos aprendidos o reacciones fóbicas en pacientes con o sin experiencias dentales anteriores . Con la desensibilización proveemos al niño con nuevas y más placenteras percepciones para relacionarlas con la situación que provoca la ansiedad. Tratamos de condicionar ciertos estímulos presentados en un ambiente agradable y relajado para hacerlos incompatibles con la ansiedad (Antunes et al., 2008).
- Imitación, se da cuando el niño puede aprender observando cómo otros reciben tratamiento. Es de gran utilidad, principalmente para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental (Antunes et al., 2008).

Las *técnicas de modificación de conducta*, basadas en los principios de refuerzo, desensibilización e imitación, ayudan a orientar o canalizar los comportamientos

no deseados que puede presentar el paciente infantil durante el tratamiento odontológico (Antunes et al., 2008).

Estas técnicas de manejo de conducta están basadas en los patrones de comportamiento de cada individuo. Hay tres patrones del comportamiento (Calero et al., 2012):

1. Paciente pediátrico fácil: tiene estados de ánimo cuya intensidad va de apacible a moderado, usualmente positivos, responden bien ante la novedad y el cambio, desarrolla con rapidez horarios de sueño y alimentación.
2. Paciente pediátrico difícil: presenta estados de ánimo intenso y con frecuencia negativo; llora a menudo y a gritos; también ríe a carcajadas. Bajo nivel de respuesta ante la novedad y el cambio, duerme y come con irregularidad.
3. Paciente pediátrico de difícil manejo: tiene reacciones medianamente intensas, positivas o negativas, responde con lentitud ante la novedad y el cambio. Duerme y come con más regularidad que el paciente pediátrico difícil, pero con menos regularidad que el paciente pediátrico fácil.

Diversos estudios han demostrado que la ansiedad, el miedo y el comportamiento tienen origen multifactorial, en el que el dolor, las experiencias negativas y las conductas disruptivas como son la timidez, la educación, la ansiedad general o la falta de autoridad son las principales razones.

Para valorar el comportamiento infantil en la consulta dental, se pueden emplear las siguientes escalas: Escala de valoración de la conducta de Frankl y Escala de Houpt. Estas escalas deben tener una serie de características: han de ser cortas, fáciles y simples para los niños (García y Forés, 2013).

La más usada es la escala de Frankl, ya que es la más eficaz, práctica y resolutive de uso en odontología infantil (Calero et al., 2012). Se conforma por cuatro categorías (Villasante y Padilla, 2010):

FRANKL I - Definitivamente Negativo (Aguado y Ríos, 2012).

- Rechaza el tratamiento
- Llanto Intenso
- Movimientos fuertes de las extremidades
- No es posible la comunicación verbal
- Coportamiento Agresivo

FRANKL II - Levemente Negativo (Aguado y Ríos, 2012).

- Rechaza el tratamiento
- Movimientos leves de las extremidades
- Comportamiento tímido
- Bloquea la comunicación
- Acepta y acata algunas órdenes
- Llanto monotónico

FRANKL III - Levemente Positivo (Aguado y Ríos, 2012).

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

Frankl IV - Definitivamente Positivo (Aguado y Ríos, 2012).

- Cooperación

- Buena comunicación
- Motivación e interés por el tratamiento
- Relajación y control de las extremidades

Lopera et al., (2013) de acuerdo a su investigación indican que la técnica más empleada en un comportamiento negativo fue la restricción física y el control de voz.

Calero et al., (2012) mencionan que la anestesia general y la sedación son otras alternativas para el manejo del paciente con comportamiento negativo y poca cooperación. Así como la Academia Americana de Odontología Pediátrica, que propone de igual manera el uso de estas técnicas como otra medida en la terapéutica del paciente de difícil manejo. Sin embargo Cordero et al., (2012) describen que existe un gran rechazo de los padres hacia el uso tradicional de las técnicas restrictivas y que las tendencias sociales actuales requieren que el odontólogo utilice más las técnicas comunicativas para el manejo del comportamiento de los pacientes pediátricos. Así mismo nos indican que las técnicas comunicativas como lo son: Decir - Mostrar - Hacer, Refuerzo Positivo, Modelado, y Distracción fueron las más aceptadas al compararlas con las técnicas farmacológicas y las técnicas restrictivas fueron las de menor aceptación.

Posada et al., (2001) establecen mediante su investigación que las técnicas comunicativas no aversivas tales como decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y distracción son de mayor aceptación por parte de los padres mientras que las restrictivas son de menor aceptación. De igual manera, Quintero et al. (2001) presentan resultados de aceptación, percepción y permisividad, superiores y estadísticamente significativos en favor de las técnicas comunicativas sobre las técnicas restrictivas.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La colaboración del paciente es primordial para desarrollar un buen tratamiento, lo que implica que el éxito de cualquier procedimiento odontológico infantil, está determinado en gran medida por la correcta elección y aplicación de las técnicas de manejo de conducta, por lo tanto, es importante conocer con qué técnicas se logran mejores resultados en pacientes con comportamiento negativo y en la actualidad se conoce muy poco acerca de las mismas aplicadas específicamente en pacientes pediátricos Frankl II.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar cuál de las 3 técnicas, refuerzo positivo, control de voz o decir mostrar y hacer, permite un mejor manejo de conducta en pacientes pediátricos Frankl II.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar la conducta con la técnica de refuerzo positivo en pacientes pediátricos Frankl II.

Evaluar la conducta con la técnica de control de voz en pacientes pediátricos Frankl II.

Evaluar la conducta con la técnica de mostrar-decir-hacer en pacientes pediátricos Frankl II.

Comparar las 3 técnicas de manejo de conducta evaluadas en pacientes pediátricos Frankl II.

3. METODOLOGÍA

3.1 SUJETO EXPERIMENTAL

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, transversal, experimental y comparativo, en el cual se evaluaron 46 pediátricos, femeninos y masculinos de 4 a 7 años de edad identificados como pacientes Frankl II en su primera consulta en el posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro. Los pacientes pediátricos femeninos y masculinos de 4 a 7 años de edad identificados como pacientes Frankl I, Frankl III y Frankl IV en su primera consulta, fueron excluidos de la muestra y los pacientes que no requieran de ningún tratamiento de operatoria dental así como los pacientes que no requieran o no cumplieran con un mínimo de 3 citas, fueron eliminados.

3.2 MÉTODOS

Selección de pacientes y firma del consentimiento informado

A cada paciente pediátrico de 4 a 7 años de edad, que ingresó por primera vez a la clínica del posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro, se le realizó la historia clínica correspondiente a la especialidad, llenando cuidadosamente cada apartado, comenzando por la ficha de identificación, apartado de antecedentes heredofamiliares patológicos y la historia médica del paciente (Fig.1).

ODONTOPEDIATRIA
Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Fecha de hoy: _____
Número de historia clínica: _____
Número de consulta: _____
Nombre del médico: _____
Nombre del paciente: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

1. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad? (Si no, no contestar) () () ()
2. ¿Ha estado expuesto a radiación ionizante alguna vez? (Si no, no contestar) () () ()
3. ¿Ha estado expuesto a radiación ionizante alguna vez? (Si no, no contestar) () () ()
4. ¿Ha estado expuesto a radiación ionizante alguna vez? (Si no, no contestar) () () ()
5. ¿Ha estado expuesto a radiación ionizante alguna vez? (Si no, no contestar) () () ()
6. ¿Ha estado expuesto a radiación ionizante alguna vez? (Si no, no contestar) () () ()
7. Señale con una X la(s) enfermedad(es) que haya padecido alguna de las enfermedades siguientes:

| Enfermedad | Siempre | A veces | Nunca |
|---------------------------|---------|---------|-------|
| Asma | () | () | () |
| Diabetes | () | () | () |
| Epilepsia | () | () | () |
| Diabetes | () | () | () |
| Hipertensión | () | () | () |
| Def. Visual | () | () | () |
| Trastorno de ansiedad | () | () | () |
| Trastorno del aprendizaje | () | () | () |

8. ¿Hay padecidos o ha padecido alguna enfermedad hereditaria o congénita? () () ()
9. ¿Hay antecedentes de enfermedades hereditarias o congénitas? () () ()
10. Antecedentes familiares, patológicos o congénitos () () ()
11. Momento de la consulta () () ()
12. Diagnóstico () () ()
13. Diagnóstico () () ()
14. Diagnóstico () () ()
15. Diagnóstico () () ()
16. Diagnóstico () () ()
17. Diagnóstico () () ()
18. Diagnóstico () () ()
19. Diagnóstico () () ()
20. Diagnóstico () () ()
21. Diagnóstico () () ()
22. Diagnóstico () () ()
23. Diagnóstico () () ()
24. Diagnóstico () () ()
25. Diagnóstico () () ()
26. Diagnóstico () () ()
27. Diagnóstico () () ()
28. Diagnóstico () () ()
29. Diagnóstico () () ()
30. Diagnóstico () () ()
31. Diagnóstico () () ()
32. Diagnóstico () () ()
33. Diagnóstico () () ()
34. Diagnóstico () () ()
35. Diagnóstico () () ()
36. Diagnóstico () () ()
37. Diagnóstico () () ()
38. Diagnóstico () () ()
39. Diagnóstico () () ()
40. Diagnóstico () () ()
41. Diagnóstico () () ()
42. Diagnóstico () () ()
43. Diagnóstico () () ()
44. Diagnóstico () () ()
45. Diagnóstico () () ()
46. Diagnóstico () () ()
47. Diagnóstico () () ()
48. Diagnóstico () () ()
49. Diagnóstico () () ()
50. Diagnóstico () () ()

Figura 1. Ficha de identificación.

Posteriormente, se realizó minuciosamente el examen dental, revisando todos los órganos dentarios, tejidos blandos y oclusión, registrando cualquier alteración o anomalía en el odontograma y los apartados correspondientes a oclusión y alineamiento, hábitos perniciosos, erupción y dentición y condición dental general y local (Fig.2-3).

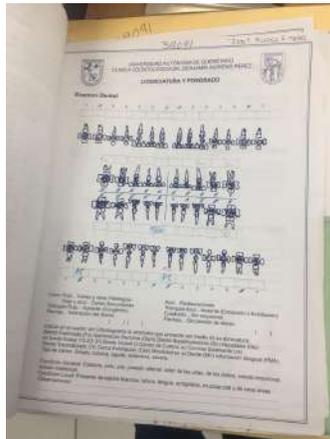


Figura 2. Odontograma.

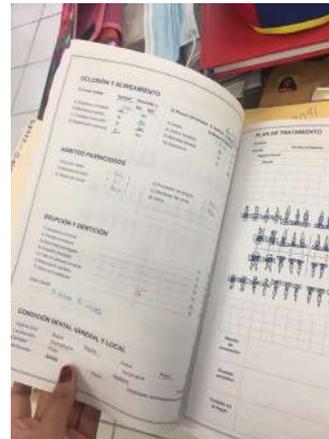


Figura 3. Apartado de Oclusión y Alineamiento.

Por último se realizó el plan de tratamiento, llenando la última sección de la historia clínica, especificando el tipo de procedimiento a realizar en cada órgano dentario, así como el número estimado de citas para concluir el tratamiento en su totalidad (Fig.4).

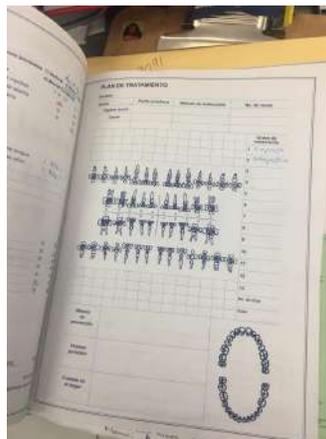


Figura 4. Odontograma.

Una vez que se concluyó el llenado de la historia clínica, se realizó la nota de evolución, en donde mediante la escala de Frankl (Fig.5) se registró el comportamiento mostrado por el paciente, mismo que durante toda la revisión se observó continuamente.

| Rating | Attitude | Definition |
|--------|------------------------|---|
| 1 | DEFINITELY NEGATIVE | Refusal of treatment, crying forcefully, fearful or any other overt evidence of extreme negativism. |
| 2 | NEGATIVE | Reluctant to accept treatment, uncooperative, some evidence of negative attitude but not pronounced, i.e. / sullen, withdrawn. |
| 3 | POSITIVE | Acceptance of treatment; at times cautious, willingness to comply with the dentist, at times with reservation but patient follows the dentist's directions cooperatively. |
| 4 | DEFINITELY POSITIVE | Good rapport with the dentist, interested in the dental procedures, laughing and enjoying the situation. |

Figura 5. Escala de Frankl.

A partir de esta historia clínica, se seleccionaron para la muestra, a todos aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se invitó al padre o tutor de cada paciente a participar en la investigación, explicándole los objetivos, la justificación y los beneficios del estudio para su hijo y para la población en general, se les proporcionó una carta de consentimiento informado (Fig. 6) y se les pidió su firma de autorización. Los datos fueron confidenciales y en todo momento se cumplió con los principios éticos propuestos en la declaración de Helsinki.

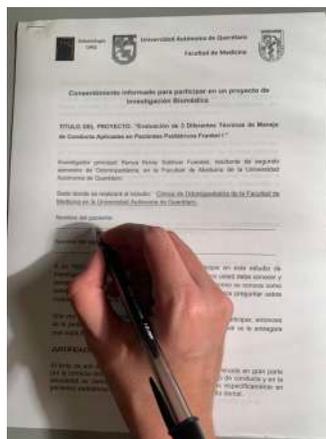


Figura 6. Consentimiento Informado.

Primera cita del tratamiento, aplicando la técnica de manejo de conducta de decir-mostrar-hacer

Se realizó en cada paciente, el procedimiento odontológico correspondiente a su plan de tratamiento individual, aplicando a lo largo de toda la consulta la técnica de manejo de conducta decir-mostrar-hacer (Fig.7). Al término del procedimiento se registró en el expediente clínico la conducta obtenida del paciente, de acuerdo a la escala de Frankl. Se citó a cada paciente 15 días después para su segunda cita.



Figura 7. Técnica Decir-Mostrar-Hacer.

Segunda cita del tratamiento, aplicando la técnica de manejo de conducta de refuerzo positivo

En la segunda cita, se realizó en cada paciente el procedimiento odontológico correspondiente a su plan de tratamiento individual, aplicando a lo largo de toda la consulta la técnica de manejo de conducta refuerzo positivo (Fig. 8). Al término del procedimiento se registró en el expediente clínico la conducta obtenida del paciente, de acuerdo a la escala de Frankl. Se citó a cada paciente 15 días después para su tercera cita.

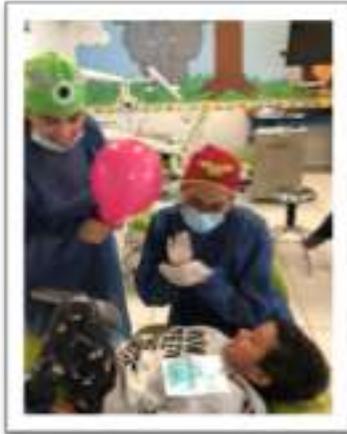


Figura 8. Refuerzo Positivo.

Tercera cita del tratamiento, aplicando la técnica de manejo de conducta de control de voz

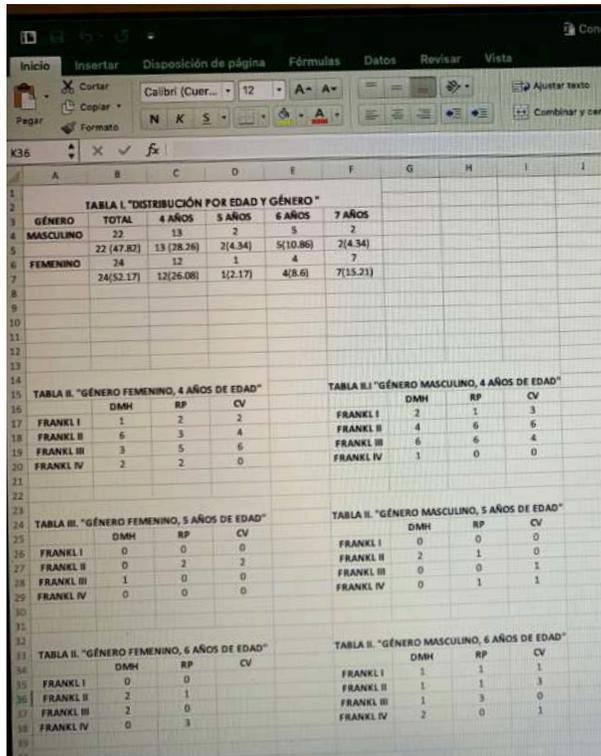
En la tercera cita, se realizó en cada paciente el procedimiento odontológico correspondiente a su plan de tratamiento individual, aplicando a lo largo de toda la consulta la técnica de manejo de conducta control de voz (Fig.9). Al término del procedimiento se registró en el expediente clínico la conducta obtenida del paciente, de acuerdo a la escala de Frankl.



Figura 9. Control de Voz.

Comparación de la conducta obtenida en las tres citas

En una base de datos (Fig. 10) se registró la conducta obtenida en cada una de las citas de todos los pacientes de la muestra. Estos resultados se organizaron en tablas y posteriormente fueron sometidos al análisis estadístico.



| TABLA I. "DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO" | | | | | | |
|---|------------|------------|---------|----------|----------|--|
| GÉNERO | TOTAL | 4 AÑOS | 5 AÑOS | 6 AÑOS | 7 AÑOS | |
| MASCULINO | 22 | 13 | 2 | 5 | 2 | |
| | 22 (47.82) | 13 (28.26) | 2(4.34) | 5(10.86) | 2(4.34) | |
| FEMENINO | 24 | 12 | 1 | 4 | 7 | |
| | 24(52.17) | 12(26.08) | 1(2.17) | 4(8.6) | 7(15.21) | |

| TABLA II. "GÉNERO FEMENINO, 4 AÑOS DE EDAD" | | | | TABLA III. "GÉNERO MASCULINO, 4 AÑOS DE EDAD" | | | |
|---|-----|----|----|---|-----|----|----|
| | DMH | RP | CV | | DMH | RP | CV |
| FRANK I | 1 | 2 | 2 | FRANK I | 2 | 1 | 3 |
| FRANK II | 6 | 3 | 4 | FRANK II | 4 | 6 | 6 |
| FRANK III | 3 | 5 | 6 | FRANK III | 6 | 6 | 4 |
| FRANK IV | 2 | 2 | 0 | FRANK IV | 1 | 0 | 0 |

| TABLA III. "GÉNERO FEMENINO, 5 AÑOS DE EDAD" | | | | TABLA IV. "GÉNERO MASCULINO, 5 AÑOS DE EDAD" | | | |
|--|-----|----|----|--|-----|----|----|
| | DMH | RP | CV | | DMH | RP | CV |
| FRANK I | 0 | 0 | 0 | FRANK I | 0 | 0 | 0 |
| FRANK II | 0 | 2 | 2 | FRANK II | 2 | 1 | 0 |
| FRANK III | 1 | 0 | 0 | FRANK III | 0 | 0 | 1 |
| FRANK IV | 0 | 0 | 0 | FRANK IV | 0 | 1 | 1 |

| TABLA V. "GÉNERO FEMENINO, 6 AÑOS DE EDAD" | | | | TABLA VI. "GÉNERO MASCULINO, 6 AÑOS DE EDAD" | | | |
|--|-----|----|----|--|-----|----|----|
| | DMH | RP | CV | | DMH | RP | CV |
| FRANK I | 0 | 0 | | FRANK I | 1 | 1 | 1 |
| FRANK II | 2 | 1 | | FRANK II | 1 | 1 | 3 |
| FRANK III | 2 | 0 | | FRANK III | 1 | 3 | 0 |
| FRANK IV | 0 | 3 | | FRANK IV | 2 | 0 | 1 |

Figura 10. Base de Datos.

3.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizaron los datos cuantitativos en media, desviación estándar y rango, y los cualitativos en frecuencia y porcentaje. Para detectar diferencias estadísticamente significativas, se aplicó la prueba de Chi². los resultados obtenidos se presentaron en tablas.

4.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la descripción de las características clínicas de los sujetos de estudio, en donde se observa una muestra constituida por 24 pacientes pediátricos femeninos y 22 masculinos, con un rango de edad de 4 a 7 años.

TABLA 1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.

| | X ± DE (rango) |
|-----------|------------------------|
| Edad | 5.04 ± 1.23 (4 - 7) |
| | Frecuencia (%) |
| Femenino | 24 (52.17) |
| Masculino | 22 (47.82) |

X: Promedio; DE: Desviación estándar.

En la tabla 2 se muestra la comparación del comportamiento de los 46 pacientes pediátricos, posterior a la utilización de cada una de las técnicas de manejo de conducta. Se observa que en la mayoría de los pacientes hubo una mejoría en el comportamiento, sobre todo tras la aplicación de la técnica control de voz, pero al realizar el análisis estadístico Chi², no encontramos valores estadísticamente significativos.

TABLA 2. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS 46 PACIENTES PEDIÁTRICOS, POSTERIOR A LA UTILIZACIÓN DE CADA UNA DE LAS TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA.

| | Técnica Decir Mostrar Hacer | Técnica Refuerzo Positivo | Técnica Control de Voz | Valor de p |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia (%) | | | |
| Escala de Frankl IV (++) | 6 (13.04) | 8 (17.39) | 4 (8.6) | 0.7123 |
| Escala de Frankl III (+) | 19 (41.30) | 18 (39.13) | 20 (43.47) | |
| Escala de Frankl II (-) | 17 (36.95) | 16 (34.78) | 14 (30.43) | |
| Escala de Frankl I (--) | 4 (8.6) | 4 (8.69) | 8 (17.39) | |

++: Totalmente positivo; +: Positivo; -: Negativo; --: Totalmente negativo. Prueba Chi².

En la tabla 3 se muestra la comparación del comportamiento de los 24 pacientes pediátricos femeninos, posterior a la utilización de cada una de las técnicas de manejo de conducta. Se observa que en estos pacientes hubo una mejoría en el comportamiento, en un porcentaje más alto tras aplicar la técnica de control de voz, pero al realizar el análisis estadístico Chi², no encontramos valores estadísticamente significativos.

TABLA 3. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS 24 PACIENTES PEDIÁTRICOS FEMENINOS, POSTERIOR A LA UTILIZACIÓN DE CADA UNA DE LAS TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA.

| | Técnica Decir Mostrar Hacer | Técnica Refuerzo Positivo | Técnica Control de Voz | Valor de p |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia (%) | | | |
| Escala de Frankl IV (++) | 3 (12.5) | 7 (29.16) | 1 (4.16) | 0.1021 |
| Escala de Frankl III (+) | 11 (45.83) | 7 (29.16) | 14 (58.33) | |
| Escala de Frankl II (-) | 9 (37.5) | 8 (33.33) | 5 (20.83) | |
| Escala de Frankl I (--) | 1 (4.16) | 2 (8.33) | 4 (16.66) | |

++: Totalmente positivo; +: Positivo; -: Negativo; --: Totalmente negativo. Prueba Chi².

En la tabla 4 se muestra la comparación del comportamiento de los 22 pacientes pediátricos masculinos, posterior a la utilización de cada una de las técnicas de manejo de conducta. Se observa que en estos pacientes hubo una mejoría en el comportamiento, en un porcentaje más alto tras aplicar la técnica de refuerzo positivo, pero al realizar el análisis estadístico Chi², no encontramos valores estadísticamente significativos.

TABLA 4. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS 22 PACIENTES PEDIÁTRICOS MASCULINOS, POSTERIOR A LA UTILIZACIÓN DE CADA UNA DE LAS TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA.

| | Técnica Decir Mostrar Hacer | Técnica Refuerzo Positivo | Técnica Control de Voz | Valor de p |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia (%) | | | |
| Escala de Frankl IV (++) | 3 (13.63) | 1 (4.54) | 3 (13.63) | 0.7560 |
| Escala de Frankl III (+) | 8 (36.36) | 11 (50) | 6 (27.27) | |
| Escala de Frankl II (-) | 8 (36.36) | 8 (36.36) | 9 (40.90) | |
| Escala de Frankl I (--) | 3 (13.63) | 2 (9.09) | 4 (18.18) | |

++: Totalmente positivo; +: Positivo; -: Negativo; --: Totalmente negativo. Prueba Chi².

En la tabla 5 se muestra la comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta decir-mostrar-hacer. Se observa que en los pacientes femeninos hubo una mejoría en el comportamiento en un porcentaje más alto tras el uso de esta técnica, pero al realizar el análisis estadístico Chi², no encontramos valores estadísticamente significativos.

TABLA 5. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS MASCULINOS Y FEMENINOS, POSTERIOR A LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA DECIR-MOSTRAR-HACER (DMH).

| | Con DMH femeninos (n=24) | Con DMH masculinos (n=22) | Valor de p |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------|
| | Frecuencia (%) | | |
| Escala de Frankl IV (++) | 3 (12.5) | 3 (13.63) | 0.6943 |
| Escala de Frankl III (+) | 11 (45.83) | 8 (36.36) | |
| Escala de Frankl II (-) | 9 (37.5) | 8 (36.36) | |
| Escala de Frankl I (--) | 1 (4.16) | 3 (13.63) | |

++: Totalmente positivo; +: Positivo; -: Negativo; --: Totalmente negativo. Prueba Chi².

En la tabla 6 se muestra la comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta refuerzo positivo. Se observa que en los pacientes masculinos hubo una mejoría en el comportamiento en un porcentaje más alto tras el uso de esta técnica, pero al realizar el análisis estadístico Chi², no encontramos valores estadísticamente significativos.

TABLA 6. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS MASCULINOS Y FEMENINOS, POSTERIOR A LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA REFUERZO POSITIVO (RP).

| | Con RP femeninos (n=24) | Con RP masculinos (n=22) | Valor de p |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------|
| | Frecuencia (%) | | |
| Escala de Frankl IV (++) | 7 (29.16) | 1 (4.54) | 0.1503 |
| Escala de Frankl III (+) | 7 (29.16) | 11 (50) | |
| Escala de Frankl II (-) | 8 (33.33) | 8 (36.36) | |
| Escala de Frankl I (--) | 2 (8.33) | 2 (9.09) | |

++: Totalmente positivo; +: Positivo; -: Negativo; --: Totalmente negativo. Prueba Chi².

En la tabla 7 se muestra la comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta control de voz. Se observa que en los pacientes femeninos hubo una mejoría en el comportamiento en un porcentaje más alto tras el uso de esta técnica, pero al realizar el análisis estadístico Chi², no encontramos valores estadísticamente significativos.

TABLA 7. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS MASCULINOS Y FEMENINOS, POSTERIOR A LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA CONTROL DE VOZ (CV).

| | Con (CV) femeninos (n=24) | Con (CV) masculinos (n=22) | Valor de p |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------|
| | Frecuencia (%) | | |
| Escala de Frankl IV (++) | 1 (4.16) | 3 (13.63) | 0.1533 |
| Escala de Frankl III (+) | 14 (58.33) | 6 (27.27) | |
| Escala de Frankl II (-) | 5 (20.83) | 9 (40.90) | |
| Escala de Frankl I (--) | 4 (16.66) | 4 (18.18) | |

++: Totalmente positivo; +: Positivo; -: Negativo; --: Totalmente negativo. Prueba Chi².

En la tabla 8 se muestra la comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos de 4 años de edad, masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta decir-mostrar-hacer. Se observa que en los pacientes masculinos de esta edad hubo una mejoría en el comportamiento en un porcentaje más alto tras el uso de esta técnica, pero al realizar el análisis estadístico Chi², no encontramos valores estadísticamente significativos.

TABLA 8. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 4 AÑOS DE EDAD, MASCULINOS Y FEMENINOS, POSTERIOR A LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA DECIR-MOSTRAR-HACER (DMH).

| | Con DMH femeninos (n=12) | Con DMH masculinos (n=13) | Valor de p |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------|
| | Frecuencia (%) | | |
| Escala de Frankl IV (++) | 2 (16.66) | 1 (7.69) | 0.5662 |
| Escala de Frankl III (+) | 3 (25) | 6 (46.15) | |
| Escala de Frankl II (-) | 6 (50) | 4 (30.76) | |
| Escala de Frankl I (--) | 1 (8.3) | 2 (15.38) | |

++: Totalmente positivo; +: Positivo; -: Negativo; --: Totalmente negativo. Prueba Chi².

En la tabla 9 se muestra la comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos de 4 años de edad, masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta refuerzo positivo. Se observa que en los pacientes masculinos de esta edad hubo una mejoría en el comportamiento en un porcentaje más alto tras el uso de esta técnica, pero al realizar el análisis estadístico Chi², no encontramos valores estadísticamente significativos.

TABLA 9. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 4 AÑOS DE EDAD, MASCULINOS Y FEMENINOS, POSTERIOR A LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA REFUERZO POSITIVO (RP).

| | Con RP femeninos (n=12) | Con RP masculinos (n=13) | Valor de p |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------|
| | Frecuencia (%) | | |
| Escala de Frankl IV (++) | 2 (16.66) | 0 (0) | 0.3354 |
| Escala de Frankl III (+) | 5 (41.66) | 6 (46.15) | |
| Escala de Frankl II (-) | 3 (25) | 6 (46.15) | |
| Escala de Frankl I (--) | 2 (16.66) | 1 (7.69) | |

++: Totalmente positivo; +: Positivo; -: Negativo; --: Totalmente negativo. Prueba Chi².

En la tabla 10 se muestra la comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos de 4 años de edad, masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta control de voz. Se observa que en los pacientes femeninos de esta edad hubo una mejoría en el comportamiento en un porcentaje más alto tras el uso de esta técnica, pero al realizar el análisis estadístico Chi², no encontramos valores estadísticamente significativos.

TABLA 10. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 4 AÑOS DE EDAD, MASCULINOS Y FEMENINOS, POSTERIOR A LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA CONTROL DE VOZ (CV).

| | Con CV femeninos (n=12) | Con CV masculinos (n=13) | Valor de p |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------|
| | Frecuencia (%) | | |
| Escala de Frankl IV (++) | 0 (0) | 0 (0) | 0.6183 |
| Escala de Frankl III (+) | 6 (50) | 4(30.76) | |
| Escala de Frankl II (-) | 4 (33.33) | 6 (46.15) | |
| Escala de Frankl I (--) | 2 (16.66) | 3 (23.07) | |

++: Totalmente positivo; +: Positivo; -: negativo; --: Totalmente negativo. Prueba Chi². Se comparó sin incluir Frankl IV por tener n de cero.

En la tabla 11 se muestra la comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos de 6 años de edad, masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta decir-mostrar-hacer. Se observa que en los pacientes masculinos de esta edad hubo una mejoría en el comportamiento en un porcentaje más alto tras el uso de esta técnica, pero al realizar el análisis estadístico Chi², no encontramos valores estadísticamente significativos.

TABLA 11. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 6 AÑOS DE EDAD, MASCULINOS Y FEMENINOS, POSTERIOR A LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA DECIR-MOSTRAR-HACER (DMH).

| | Con DMH femeninos (n=4) | Con DMH masculinos (n=5) | Valor de p |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------|
| Frecuencia (%) | | | |
| Escala de Frankl IV (++) | 0 (0) | 2 (40) | 0.3080 |
| Escala de Frankl III (+) | 2 (50) | 1 (20) | |
| Escala de Frankl II (-) | 2 (50) | 1 (20) | |
| Escala de Frankl I (--) | 0 (0) | 1 (20) | |

++: Totalmente positivo; +: Positivo; -: Negativo; --: Totalmente negativo. Prueba Chi².

En la tabla 12 se muestra la comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos de 6 años de edad, masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta refuerzo positivo. Se observa que en los pacientes femeninos de esta edad hubo una mejoría en el comportamiento en un porcentaje más alto tras el uso de esta técnica, pero al realizar el análisis estadístico Chi², no encontramos valores estadísticamente significativos.

TABLA 12. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 6 AÑOS DE EDAD, MASCULINOS Y FEMENINOS, POSTERIOR A LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA REFUERZO POSITIVO (RP).

| | Con RP femeninos (n=4) | Con RP masculinos (n=5) | Valor de p |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------|
| Frecuencia (%) | | | |
| Escala de Frankl IV (++) | 3 (75) | 0 (0) | 0.0727 |
| Escala de Frankl III (+) | 0 (0) | 3 (60) | |
| Escala de Frankl II (-) | 1 (25) | 1 (20) | |
| Escala de Frankl I (--) | 0 (0) | 1 (20) | |

++: Totalmente positivo; +: Positivo; -: Negativo; --: Totalmente negativo. Prueba Chi².

En la tabla 13 se muestra la comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos de 6 años de edad, masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta control de voz. Se observa que en los pacientes femeninos de esta edad hubo una mejoría en el comportamiento en un porcentaje más alto tras el uso de esta técnica, pero al realizar el análisis estadístico Chi², no encontramos valores estadísticamente significativos.

TABLA 13. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 6 AÑOS DE EDAD, MASCULINOS Y FEMENINOS, POSTERIOR A LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA CONTROL DE VOZ (CV).

| | Con CV femeninos (n=4) | Con CV masculinos (n=5) | Valor de p |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------|
| | Frecuencia (%) | | |
| Escala de Frankl IV (++) | 0 (0) | 1 (20) | 0.0727 |
| Escala de Frankl III (+) | 3 (75) | 0 (0) | |
| Escala de Frankl II (-) | 0 (0) | 3 (60) | |
| Escala de Frankl I (--) | 1 (25) | 1 (20) | |

++: Totalmente positivo; +: Positivo; -: Negativo; --: Totalmente negativo. Prueba Chi².

4.2.DISCUSIÓN

En este estudio se describe la evaluación de 3 diferentes técnicas de manejo de conducta, Decir-Mostrar-Hacer (MDH), Control de Voz (CV) y Refuerzo Positivo (RP), aplicadas a una muestra constituida por 24 (52.17%) pacientes pediátricos femeninos y 22 (47.82%) masculinos, con un rango de edad de 4 a 7 años, clasificados durante la consulta de revisión como Frankl II de acuerdo a la escala de conducta de Frankl, que acudieron a la Clínica del Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro en el periodo de enero a noviembre del 2018.

Peñaranda (1990) determinó, mediante una encuesta hecha a dentistas, las aplicaciones en la odontología de conocimientos de psicología. De una diversidad de temáticas resultó que el manejo de niños con problemas conductuales, los pacientes ansiosos, el cobro de los honorarios y los individuos con problemas de personalidad eran áreas donde el conocimiento de técnicas psicológicas resultó de gran utilidad para un mejor manejo de dichas situaciones. Sin embargo, el autor reconoce que en casi todas las acciones odontológicas son necesarios conocimientos y destrezas del ámbito de la psicología, pues en definitiva el éxito del tratamiento en gran parte depende de la actitud, motivación, y conducta del paciente con relación al tratamiento.

Sánchez et al. (2004), mencionan que la actitud de un niño ante el tratamiento dental suele, con demasiada frecuencia, dificultar dicho tratamiento ya que disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento negativo, también dedujeron en su estudio que una experiencia dental no traumática es el principal modo de descender la ansiedad en el niño, y así pues mejorar el comportamiento de tal modo que se facilita considerablemente el tratamiento odontológico y el acercamiento hacia la odontología.

Zhou et al. (2010) realizaron una revisión de literatura de 31 estudios para evaluar el efecto de la conducta del personal dental y el comportamiento de los niños en la consulta de 3 a 12 años y especialmente determinaron que un apropiado nivel de contacto físico, acompañado del manejo verbal está relacionado con la reducción de las conductas negativas en los niños. Esta revisión nos reitera la importancia que tiene la adecuada selección de las técnicas que existen para ayudarnos a guiar y mejorar el comportamiento de nuestros pacientes durante los procedimientos dentales.

En la comparación del comportamiento de los 46 pacientes pediátricos de este estudio, pudimos observar que tras la utilización de las técnicas decir-mostrar-hacer, control de voz y refuerzo positivo, la mayoría de los pacientes presentó una mejoría en su conducta durante los procedimientos dentales, pasando de ser pacientes negativos a positivos respecto a la escala de Frankl en un 41.30% con DMH, 39.13% con RP y 43.47% con CV.

De acuerdo a estos porcentajes, se obtuvo un mayor éxito tras la aplicación de esta última técnica, sin embargo los resultados obtenidos en el análisis de la

prueba Chi² no fueron estadísticamente significativos, aunque resulta un dato relevante en la investigación, y se piensa que con una muestra mayor o con un estudio complementario, se pudiera comprobar que la técnica CV, es más efectiva sobre las otras dos, en pacientes que presentan una conducta negativa, como lo describen en su estudio Lopera et al. (2013).

En la comparación del comportamiento de los 24 pacientes pediátricos femeninos, posterior a la utilización de cada una de las técnicas de manejo de conducta, podemos observar que la técnica que logró un resultado más significativo, cambiando el comportamiento negativo a positivo, fue la técnica de CV, en un 58.33%, mientras que en los 22 pacientes pediátricos masculinos, observamos en un 50% mejores resultados con la técnica de RP, misma que Locker (1999) describe como la más común para motivar a los niños a aprender.

En la comparación del comportamiento de los pacientes pediátricos masculinos y femeninos, posterior a la utilización de la técnica de manejo de conducta DMH, se observa que en los pacientes femeninos hubo una mejoría en el comportamiento más alta que en los pacientes masculinos tras el uso de esta técnica, en un 45.83% y 36.36% respectivamente.

Lopera et al. (2013) al relacionar las técnicas de manejo con la conducta del paciente pediátrico, mostraron que predominó el comportamiento positivo con la técnica decir-mostrar-hacer; de igual manera lo describen Josefa y Medina (1998) en un estudio realizado en Venezuela, donde esta técnica fue la más usada, por ser bastante sencilla y que a menudo funciona.

Sin embargo en los pacientes de 4 años de edad, la técnica DMH resultó mas favorable en pacientes del género masculino al igual que en los de 6 años, donde incluso se logró un comportamiento totalmente positivo tras el uso de esta técnica.

Papalia y Feldman (2010), explican que la niñez temprana corresponde a la etapa de tres a seis años de edad, esta época es esencial en el desarrollo psicosocial de los niños, el desarrollo emocional del niño y su sensación del yo tienen sus raíces en las experiencias vividas en estos años. Aproximadamente a partir de los cinco o seis años de edad, se dan los mapeos representacionales. El niño comienza a establecer relaciones lógicas entre un aspecto y otro de sí mismo, sin embargo sigue expresando su imagen en términos positivos absolutos, no puede ver cómo podría ser bueno en algunas cuestiones y no en otras.

Huber (2010) realizó una revisión estructurada de la literatura y meta análisis de 43 estudios experimentales en los seis continentes, los estudios variaron ampliamente con respecto al diseño de la investigación, los métodos utilizados, la edad de los niños y el vínculo entre los padres pero reportaron miedo dental infantil. La mayoría de los estudios confirmaron una relación entre los padres niño y el miedo al dentista. Esta relación es más evidente en niños de 8 años y menores.

Calero et al. (2012) concluyeron en su estudio que no existe una técnica determinada para manejar las emociones en el niño, ya que cada niño presenta un comportamiento diferente acorde a la edad.

En cuanto a las diferencias del comportamiento en base al género de los pacientes, Bedi et al. (1992) encuentran que la ansiedad ante la odontología parece ser mayor en las niñas que en los niños, limitándose tan sólo a describir esta diferencia sin atribuirla a ninguna posible causa. Winer (1982) postula que las diferencias con respecto al sexo pueden aumentar con la edad debido a diversos procesos de socialización y esta es la teoría comúnmente aceptada por los autores que abogan por esta diferencia.

Sobre la base de aceptación de los padres en el uso de técnicas de conducta Surya et al. (2005) , describió las técnicas decir-mostrar-hacer, el refuerzo positivo y la distracción como muy aceptables con más del 75% de aceptación y control de la voz, comunicación no verbal, así como la técnica de separación de los padres fueron aceptables en más de 50% y el oxido nitroso, la anestesia general, la sedación consciente, la restricción física, la hipnosis y la mano sobre la boca son las técnicas menos aceptables con un tasa inferior al 50%.

4.3.CONCLUSIÓN

A pesar de que los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos, se pudo observar con base a la muestra estudiada, que en esta investigación la técnica que demostró ser más favorable para la disminución de conductas negativas en el paciente pediátrico fue la de control de voz, pero se requiere de una muestra mayor, o de un estudio complementario que de seguimiento, para poder confirmar los resultados obtenidos. También en este estudio se logró observar que la aplicación adecuada de las técnicas de manejo de conducta decir-mostrar-hacer, control de voz y refuerzo positivo, tuvieron un efecto favorable en la mayoría de los pacientes pediátricos que presentaron ansiedad, miedo, timidez y ciertas reservas ante la aceptación de los tratamientos dentales, logrando llevar a estos pacientes de conductas negativas a conductas positivas, siendo minoría los casos en los que se conservaron estas conductas poco cooperadoras y aún menos los casos en los que los pacientes cambiaron su conducta a totalmente negativa, independientemente del género y edad de los pacientes.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abanto J., K. Pinto, M. Bönecker and F. Nahás. 2010. Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños.
- Aguado, N.V., and R. F. Ríos. 2012. Use of informed consent for application of behavioral management techniques , procedure explanation , during dental treatment. 16 (4): 242–51.
- Aldea, P.C., and J. Quesada. 2008. Actualización en odontopediatría 2007. 16 (4): 153–74.
- Amador, T. 2015. Social skills and behavior in children during the dental appointment in a school teaching and dental assistance. 27: 86–107.
- Antunes, F., J. Guinot , B. Teixeira and D. Bellet. 2008. Revisión bibliográfica. 16 (1): 108–20.
- Bedi, R., P. Sutcliffe, P. Donnan, N. Barrett and Mcconnachie J. Dental caries experience and pre- valence of children afraid of dental treatment. Community Dent Oral Epidemiol1992; 20: 368-71.
- Calero, I., L. Aristizabal, and J. Villavicencio. 2012. Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontologica. 20 (1): 45–49.
- Cárdenas, J. and L. Álvarez. 2012. Parental acceptance of pharmacologic and non-pharmacologic behavior management techniques in pediatric dentistry. 25 (2): 24–32.
- Chu, C. M., and M. E. Díaz. 2005. La música como medio alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. Rev. Estomatol. Herediana. 15(1):46–49.
- Enciso, P., M. Posada, and A. Quintero. 2001. Aceptabilidad, percepción y permisividad de los padres a las diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en los pacientes pediátricos de la clínica CES Sabaneta. Revista CES Odontología.
- García, A., V. Parés, and A. Aguirre. 2007. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. 11: 135–39.
- Huber, T.M. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. International Journal of Pediatric Dentistry 2010; 20: 83-101.
- Jason J., F. Amir, R. Joseph, and E. Bimstein. 2008. Techniques : The effect of

- education. September: 1029–41.
- Josefa, P., and P. Medina. 1998. Adaptación del niño a la consulta odontológica. *Acta Odontol. Venez.*; 36(2): 70-3.
- Locker, D., A. Liddell, and D. Shapiro. 1999. Diagnostic categories of dental anxiety: a population- based study behaviour research and therapy; 37:25-37.
- Lopera, O., V. Cardeño, D. Muñetones, E. Salazar, M. Garavito, and P. Bermúdez. 2013. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología , Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín. *Revista Nacional De Odontología* 9 (16): 59–65.
- Papalia, DF., and R.D. Feldman. *Desarrollo Humano*, 11 ed. Mexico: Mc Graw-Hill companies; 2010.
- Peñaranda, P. Importancia de la psicología en la Odontología. 1990. *Acta Odontológica Venezolana*. Vol. 28: 3-11.
- Rodrigues, G., and A. Carros. 2017. Comportamento da criança perante a presença das mães durante a assistência odontológica. 6: 59–64.
- Shindova, M. and A. Belcheva. The effect of parental presence on the dental anxiety during clinica exatamination in children aged 6-12 years. *J IMAB*. 2013; 19(4):435-8.
- Salvitti, S., R.A. Rocha, G.S. Rolim and A.B. Moraes. Procedimento preparatório para atendimento de pacientes não colaboradores em odontopediatria. *Acta Comportamentalia*. 2015; 23(4):423-35.
- Sánchez, A., M. Toledano, and R. Osario. 2004. Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. 199–206.
- Stutz, B.L., L.C. Mendonça, and S.S. Gomes. Sala de espera: um suporte ao atendimento odontológico e à saúde bucal. *J Manage Prim Health Care*. 2014; 5(1):54-61.
- Surya, J., H. Harkera H, J. Begent and W. Chong. The management of infants and children for painless imaging *Clinical Radiology* 2005; 60:731-741.
- Toledo, O. 2010. Adaptación del comportamiento del paciente pediátrico.
- Torres, Q. and R. Melgar. 2012. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis , musicoterapia , distracción audiovisual y aromaterapia : Revisión

Sistemática .

Villasante, V., and C. Padilla. 2012. Influencia de la técnica de modelado con video en niños no cooperadores durante el tratamiento dental. Rev. Estomatol. Del Altiplano. Artículo Original. 35–39.

Winer, GA. A review and analysis of children's fear- fui behavior in dental sitting. Child Dev 1982, 53: 1111-33.

Zhou, Y., E. Cameron, G. Forbes and G. Humphris. 2010. Systematic review of the effect of dental staff behavior on child dental patient anxiety and behavior. Patient education and counseling; 85:4-13.

6. APENDICE



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



Consentimiento informado para participar en un proyecto de investigación Biomédica

TÍTULO DEL PROYECTO: “ EVALUACIÓN DE 3 DIFERENTES TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA APLICADAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS FRANKL II”

Investigador principal: Kenya Koray Saldivar Fuentes, residente de segundo semestre de Odontopediatría, en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Sede donde se realizará el estudio: Clinica de Odontopediatría de la Facultad de Medicina en la Universidad Autónoma de Querétaro.

Nombre del paciente:

Nombre del padre o tutor:

A su hijo(a) y a usted se les está invitando a participar en este estudio de investigación biomédica. Antes de decidir si participan o no usted debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El éxito de una atención odontológica pediátrica está determinada en gran parte por la correcta elección y aplicación de la técnica de manejo de conducta y en la actualidad se conoce muy poco de las mismas aplicadas específicamente en pacientes pediátricos con mal comportamiento en la consulta dental.



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



OBJETIVO DEL ESTUDIO

Evaluar cuál de las 3 técnicas, refuerzo positivo, control de voz o decir mostrar y hacer, permite un mejor manejo de conducta en pacientes pediátricos que presentan un mal comportamiento durante la consulta dental.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

La colaboración del paciente es primordial para desarrollar un buen tratamiento, por lo tanto, conocer el manejo de conducta que permiten las técnicas aplicadas en pacientes pediátricos que presentan un comportamiento negativo en la consulta dental, permitirá al odontopediatra orientar mejor las prácticas clínicas a las necesidades de estos pacientes, con la finalidad de aumentar el éxito de la atención odontológica, además de proporcionar apoyo al tratamiento y disminución de los daños físicos y psicológicos que estas pudieran ocasionarles.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si reúne las condiciones para participar en este protocolo y de aceptar participar se le realizarán las siguientes pruebas y procedimientos:

- 1.- Se pasará al niño a su consulta dental.
- 2.-Se sentará al niño en el sillón dental.
- 3.-En la primera cita se realizará el procedimiento de operatoria dental bajo la técnica de manejo de conducta de control de voz.
- 4.-En la segunda cita se realizará el procedimiento de operatoria dental bajo la técnica de manejo de conducta de refuerzo positivo.
- 5.-En la tercera cita se realizará el procedimiento de operatoria dental bajo la técnica de manejo de conducta decir-mostrar-hacer.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Este estudio no implica ningún riesgo para los pacientes.

ACLARACIONES

- 1.-Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- 2.- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- 3.- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



desea, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no las razones de su decisión la cual será respetada en su integridad

4.- No tendrá que hacer gasto alguno derivado de este estudio, el financiamiento del mismo es por cuenta del investigador principal.

5.- No recibirá pago por su participación

6.- En el caso de que el participante presente algún efecto adverso secundario no previsto que implique un gasto económico, este será cubierto por el investigador principal, siempre que estos efectos sean consecuencia comprobada de su participación en el estudio.

8.- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente será mantenida en estricta confidencialidad por el grupo de investigadores, pero los resultados derivados de este (no sus datos personales) podrían ser publicados en una tesis o artículo de investigación.

9.- Usted también tiene opción de recibir mayor información por parte de las comisiones de investigación y de bioética de la Facultad de Medicina de la UAQ en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio a través de:

Dr. Rubén A. Domínguez Pérez

Integrante del área Odontológica del comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la UAQ. Correo: dominguez.ra@uaq.mx

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



NUMERO DE FOLIO: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento

Firma del participante

Firma del padre o tutor

Fecha: _____

Testigo 1. _____

Testigo 2. _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____
La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación y la de su hijo (a). He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y repuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y firma del investigador:

Kenya Koray Saldivar Fuentes

Residente de segundo semestre de la especialidad de Odontopediatría, en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Correo electrónico: _____

Fecha: _____



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



Carta de revocación del consentimiento

Título del protocolo: "Evaluación de 3 Diferentes Técnicas de Manejo de Conducta Aplicadas en Pacientes Pediátricos Frankl II"

Investigador principal:

L. en O. Kenya Koray Saldivar Fuentes

Sede donde se realizará el estudio: Clínica de Odontopediatria de la Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Nombre del participante:

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este proyecto de investigación por las siguientes razones (opcional):

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

Nombre y firma del paciente: _____

Nombre y firma del padreo o tutor: _____

Nombre y firma de un testigo: _____

Fecha: _____

c.c.p El paciente.

(Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente).