



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS EN ODONTOLOGÍA  
“Dr. Keisaburo Miyata”**

**“NIVEL SOCIOECONÓMICO Y ACEPTACIÓN DE TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA  
EN ODONTOPEDIATRÍA”**

**PROYECTO TERMINAL**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA**

**PRESENTA:**

**C.D. MONSERRAT OFELIA ARÉCHIGA NAVARRO**

**DIRECTOR:**

**M. EN C. ED. NORMA LETICIA ROBLES BERMEO**

**ASESOR:**

**M. EN E.P. GABRIELA GASCA ARGUETA**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, JUNIO 2018**



## **Dedicatorias**

**Para Jorge y Julieta  
Iluminan cada día.**

## **Agradecimientos**

En este momento solo me queda agradecer por todo el apoyo recibí para poder lograr terminar la especialidad y poder llamarme Odontopediatra.

Gracias doctora Lety por todo, doctora Gaby por su tiempo y apoyo.

Gracias a mis maestros.

Gracias Pame, Angie, Karen, Chava y Silvia fue fortuna compartirlo todo con ustedes.

Gracias a mi familia, sin ustedes jamás hubiera logrado nada, su apoyo y ayuda fueron lo que me dejó llegar hasta este día.

Gracias Dios por rodearme de las personas correctas.

## Índice

1. Introducción.....	4
2. Antecedentes.....	5
3. Planteamiento del Problema .....	12
4. Hipótesis.....	13
5. Objetivos.....	14
6. Justificación .....	15
7. Material y Métodos .....	16
8. Variables .....	18
9. Resultados .....	20
10. Discusión .....	32
11. Conclusiones .....	34
12. Referencias Bibliográficas.....	35
13. Anexos .....	37

## 1. Introducción

El manejo del comportamiento del paciente en Odontopediatría representa una interacción continua con el niño y el padre dirigida hacia la comunicación y la educación.<sup>1</sup>

A pesar que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso temerosos y aprensivos.

Por esta razón, en la atención del niño no existen casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socioculturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular.

Existen modelos conceptuales y operativos que orientan el estilo personal del profesional de la odontología en el manejo del niño. Cada profesional adoptará y desarrollará la técnica más adecuada en función de las características del medio ambiente que lo rodea.<sup>2</sup>

Un componente esencial en el control de la conducta del paciente pediátrico que pocas veces es tomado en consideración, es la percepción del tratamiento dental por parte de los padres y la ansiedad que esto puede generar en ellos, lo que a su vez pueden transmitir a sus hijos, repercutiendo en el grado de cooperación de estos dentro del consultorio dental. Esta ansiedad está asociada frecuentemente a la falta de información de los padres respecto a los procedimientos dentales y a las técnicas de manejo conductual.

Actualmente la información que reciben los padres acerca de las técnicas de manejo de conducta es un factor que distorsiona su percepción hacia el tratamiento dental, debido a medios como el internet, la mercadotecnia o las experiencias previas adversas.<sup>1</sup>

El propósito de este estudio es determinar el nivel socioeconómico de las familias de acuerdo a la regla 8x7 de la Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI) y relacionarlo con la aceptación de las técnicas de manejo de conducta dentro de la consulta odontopediátrica.

## 2. Antecedentes

La actitud que exhibe el paciente infantil que acude a consulta dental está relacionada a diversas variables que inciden en su comportamiento. Entre las que se consideran de mayor importancia, se encuentran: la ansiedad materna la cual puede generar miedo en el niño y las vivencias negativas previas experiencias del dolor dental genera temor en consulta odontológica.<sup>1</sup>

El comportamiento poco cooperativo del niño en la consulta odontológica en general, se debe a varios factores; ambiente odontológico, relación con el personal auxiliar, las actitudes de los padres y además el tipo de conducta que presenta cada niño en particular.

Para el profesional de la odontología debe ser de vital importancia la primera visita odontológica del paciente. Debe tratar de que el niño tenga una experiencia satisfactoria y estimulante, a fin de que esta no se convierta más tarde en miedo, que pueda dar origen a fobias y verdaderos traumas a futuro.

La conducta de los padres moldea la conducta del niño. Ya que ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño, afectando el comportamiento de éste, en nuevas situaciones. Numerosos estudios han demostrado que padres que permiten autonomía y expresan afectos tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos; a diferencia de padres punitivos e indiferentes, que generan hijos intolerantes con conductas negativas. Así observaremos padres manipuladores, hostiles, sobreindulgentes, autoritarios, y padres carentes de afectos. Cada uno genera conductas positivas o negativas en el niño.<sup>2</sup>

La aceptación se define como recibir voluntariamente lo que se da, ofrece o se encarga. La odontología como una ciencia de la salud, predispone un ambiente y experiencia que en mucho estimula y provoca la respuesta natural de miedo en las personas, lo cual puede dificultar la aceptación de ciertas técnicas o métodos para recibir un tratamiento.

El manejo del comportamiento del paciente en Odontopediatría representa una interacción continua con el niño y el padre dirigida hacia la comunicación y la educación.<sup>3</sup>

Pocos temas en odontología pediátrica generan más divergencia de la opinión la presencia o ausencia de los padres en el consultorio dental. La exclusión de los padres se considera esencial para que el equipo pueda establecer una relación con un niño. Otros sostienen que la separación arbitraria de un niño de corta edad de sus padres en la sala de recepción innecesariamente puede precipitar un problema de manejo de conducta.<sup>5,6,7</sup>

Para tratar de controlar la ansiedad y el miedo de los niños se utilizan diferentes técnicas tales como: decir, mostrar, hacer, refuerzo, distracción, presencia o ausencia de los padres y técnicas más invasivas como control de voz, HOM (mano sobre boca) e inmovilización protectora.<sup>8,11</sup>

La importancia de la aprobación de los padres de las diferentes técnicas de manejo de conducta en pacientes pediátricos ha aumentado a lo largo de los años.

Existen numerosos estudios sobre las actitudes de los padres hacia las técnicas de orientación conductual utilizadas en odontología pediátrica. Estos estudios se centran en como los padres se sienten hacia las diferentes técnicas de orientación conductual utilizadas para manejar a sus hijos en el entorno dental.<sup>9,10</sup>

### **Técnicas de manejo de conducta**

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

- Técnicas no farmacológicas
- Técnicas farmacológicas

Las técnicas no farmacológicas se llevan a cabo para el control de la conducta sin el efecto de ningún fármaco:

1. Decir-mostrar-hacer
2. Control de voz
3. Comunicación no verbal
4. Refuerzo positivo
5. Refuerzo negativo

6. Modelado
7. Mano sobre boca
8. Inmovilización parcial o total

Dentro de las técnicas farmacológicas:

9. Sedación consciente
10. Anestesia general

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

Conocida también como la técnica triple E (explique, enseñe, ejecute). Consiste en permitir que el paciente conozca con atención qué procedimientos se le van a realizar. Se hace mediante una secuencia donde primero se le explica en un lenguaje adecuado para su desarrollo, que es lo que se le va hacer (decir), luego se le hace una demostración (mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (hacer). Su objetivo es disminuir la ansiedad mediante la explicación acerca de una situación que es desconocida para el paciente. Puede usarse en todos los pacientes, sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad donde aún no se ha desarrollado bien la comunicación verbal.

### **Control de voz**

Se trata de una modificación del tono y volumen de la voz, así como la velocidad con que se hace. No debe confundirse sin embargo, con gritar al paciente o enfadarse con él. Puede implicar un aumento o una disminución del tono, por lo que muchas veces se hace hablándole en tono muy bajo al oído, lo principal es establecer comunicación y autoridad con el paciente. Puede usarse en cualquier paciente. Es más útil en aquellos que han desarrollado ya su comunicación verbal y especialmente cuando se trata de un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad. Está contraindicado pacientes de muy corta edad que aún no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.

### **Comunicación no verbal**

Consiste en la utilización de actitudes tales como cambio de la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento. Su objetivo es establecer comunicación con el paciente y controlar la forma en que percibe sus emociones. Puede usarse

en todos los pacientes. Es especialmente útil en pacientes de temprana edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal. No tiene contraindicaciones.

### **Refuerzo positivo**

Esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado. Se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado. Es importante hacer el refuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento. Generalmente se utiliza acompañada de las técnicas de Decir-mostrar-hacer y de Refuerzo negativo. En cuanto a los premios o regalos al final de la cita son útiles como reforzadores sociales y para establecer una buena empatía con el paciente Sin embargo, no son condicionantes ya que no pueden ser utilizados inmediatamente. Trata de actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de que repita un comportamiento deseado. Puede utilizarse en cualquier paciente.

### **Refuerzo negativo**

Pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la expresión de rechazo. Al igual que la técnica de refuerzo positivo, por tratarse de un condicionamiento, debe hacerse inmediatamente y de manera repetida. Generalmente se utiliza en conjunción con el control de voz para expresar desaprobación. De igual forma puede hacerse condicionando algo que el paciente desea (ej. que ingresen sus padres a la sala de trabajo) a que mejore su comportamiento. El refuerzo negativo no debe confundirse con castigos. Estos están contraindicados, ya que son contraproducentes y llevan a que se genere una actitud negativa hacia el tratamiento. En cuanto a las promesas que se utilicen para condicionar el comportamiento, éstas deben ser factibles, inmediatas y siempre deben cumplirse. No cumplir con lo prometido o no decir la verdad destruye la confianza del paciente. Su objetivo es modificar un comportamiento disruptivo mediante un condicionamiento de la respuesta motora del paciente. Se indica en pacientes que hayan desarrollado capacidad de comunicación oral. No debe utilizarse en niños de corta edad que no tengan un desarrollo emocional comunicativo para entender el condicionamiento.

### **Modelado**

Esta técnica consiste en permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que se desea, mediante la utilización de un modelo que está en una situación similar a la que estará sometido. Puede realizarse *en vivo* o por medio de videos. Su objetivo es disminuir la ansiedad

del paciente y reforzar un comportamiento positivo. Debe usarse en pacientes que tengan desarrollo emocional y comunicación verbal para entender el objetivo de la técnica. No se contraindica en ningún paciente. Sin embargo, es de poca utilidad en pacientes de corta edad que no tengan un desarrollo emocional para entender la técnica.

### **Mano sobre boca**

Esta es una técnica muy controversial que tiende a ser utilizada cada vez menos. Consiste en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca del niño con el fin de aislar el sonido y lograr la comunicación. Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz y se condiciona la remoción de la mano a la colaboración del niño. Cuando éste acepta, se remueve la mano. No debe utilizarse colocando la mano simultáneamente sobre la boca y nariz impidiendo la respiración como se reportó durante un tiempo en la literatura. Se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres antes de aplicarla. Trata de establecer comunicación y autoridad con el paciente. Puede usarse en pacientes sanos que tenga desarrollada la comunicación verbal y tenga potencial de cooperación pero que exhiba un comportamiento desafiante y rebelde. Está contraindicado en pacientes que no tengan capacidad para cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental.

### **Restricción física**

La inmovilización total o parcial del paciente es necesaria en ciertas situaciones con el fin de proteger la integridad física de éste. Se busca hacer una restricción de no ejercer un exceso de fuerza que pueda lastimarlo. Puede hacerse directamente por el odontólogo, personal auxiliar y padres o puede usarse un dispositivo de restricción. También se puede inmovilizar la boca con el uso de bloque de mordida o distintos tipos de abre bocas. Se recomienda obtener el consentimiento escrito y verbal de los padres antes de utilizar la técnica. Pretende proteger la integridad física del paciente con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y con los parámetros clínicos de calidad ideales. También se busca proteger la integridad física del odontólogo y el personal auxiliar. Puede utilizarse en pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental. Se contraindica en pacientes cooperadores o aquellos donde no hay posibilidad de hacer una inmovilización segura debido a sus condiciones médicas, sociológicas o de desarrollo físico.<sup>8,9,11</sup>

## Niveles socioeconómicos

El nivel socioeconómico es una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social.

Actualmente la Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI), clasifica a los hogares utilizando la regla AMAI 8x7, esta regla es un algoritmo desarrollado por el nivel de niveles socioeconómicos, clasifica los hogares en siete niveles considerando ocho características o posesiones del hogar y la escolaridad de las persona que más aporta al gasto.

Las ocho variables son:

- Escolaridad del jefe del hogar o persona que más aporta al gasto
- Número de habitaciones
- Número de baños completos
- Número de focos
- Número de autos
- Posesión de regadera
- Posesión de estufa
- Tipo de piso

### Clasificación de niveles socioeconómicos en México según la AMAI

Las variables se asignaron seis niveles socioeconómicos diferentes.

A/B: Clase Alta - Es el segmento con el más alto nivel de vida. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado básicamente por individuos con un nivel educativo de licenciatura o mayor. Viven en casas o departamentos con todas las comodidades.

C+: Clase Media Alta - Este segmento incluye a aquellos que sus ingresos y/o estilo de vida es ligeramente superior a los de clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos de un nivel educativo de licenciatura, generalmente viven en casas o departamentos propios y cuentan con todas las comodidades.

C: Clase Media - Este segmento contiene a lo que típicamente se denomina como clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de

preparatoria principalmente. Los hogares pertenecientes a este segmento son casas o departamentos propios o rentados con algunas comodidades.

D+: Clase Media Baja – Este segmento incluye a aquellos hogares que sus ingresos y/o estilo de vida son ligeramente menores a los de clase media. Es decir, que son los que llevan un mejor estilo de vida dentro de la clase baja. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos de un nivel educativo de secundaria o primaria terminada. Los hogares pertenecientes a este segmento son en su mayoría de su propiedad; aunque algunas personas rentan el inmueble y algunas viviendas son de interés social.

D: Clase Baja – Este es el segmento medio de las clases bajas el perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria en promedio. Los hogares pertenecientes a este segmento son propios o rentados (es fácil encontrar tipos vecindades), los cuales son en su mayoría de interés social o de rentas congeladas.

E: Clase más Baja – Es el segmento más bajo de la población. Se le incluye poco en la segmentación de mercados. El perfil del jefe de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria sin complementarla. Estas personas no poseen un lugar propio teniendo que rentar o utilizar otros recursos para conseguirlo. En un solo hogar suele vivir más de una generación y son totalmente austeros.

Nivel	Puntos
E	Hasta 60
D	Entre 61 y 101
D+	Entre 102 y 156
C	Entre 157 y 191
C+	Entre 192 y 241
A/B	Más de 242

*Fuente: AMAI*

### 3. Planteamiento del Problema

La buena actitud de los padres en la consulta odontopediátrica es indispensable para llevar a cabo un buen desempeño a lo largo de la práctica clínica, ya que de ella depende que los niños sientan miedo o confianza, los padres transmiten a sus hijos sentimientos de inseguridad y también ansiedad, por lo que es básico su apoyo.

El odontopediatra debe contrarlar los temores de los niños y de los padres, por lo que la aceptación de estos respecto a las técnicas de manejo de conducta en la consulta pediátrica es esencial para llevar a cabo un buen tratamiento y proporcionarle al paciente un ambiente de confianza y los padres la seguridad que sus hijos están siendo tratados adecuadamente.

El nivel socioeconómico no solo determina el poder adquisitivo de las familias, también determina el acceso a la información y el grado de educación de los padres, podría decirse que si el nivel socioeconómico es más alto los padres tendrán un conocimiento más amplio de las técnicas de conducta utilizadas en Odontopediatría y mayor entendimiento de las mismas, por lo que serán aceptadas en mayor grado que los niveles socioeconómicos más bajos. Sin embargo de una forma totalmente contradictoria puede ser que los niveles socioeconómicos más bajos al tener menos acceso a la información y educación tengan más confianza en las técnicas utilizadas por el odontopediatra y no cuestionen su forma de proceder, ya que confían más en el criterio del odontopediatra.

De los anterior se formula la siguiente pregunta ¿Cuál es la aceptación de las técnicas de manejo de conducta en la consulta odontopediátrica de acuerdo al nivel socioeconómico de los padres?

#### **4. Hipótesis**

##### Hipótesis de Trabajo

A mayor nivel socioeconómico mayor será la aceptación de las técnicas de manejo de conducta en Odontopediatría.

## 5. Objetivos

### General

Evaluar con base en el nivel socioeconómico de los padres la aceptación de las técnicas de manejo de conducta en Odontopediatría.

### Específicos

- Determinar cuál es el nivel socioeconómico de las familias de los pacientes que acuden a la consulta odontopediátrica.
- Especificar qué nivel socioeconómico acepta mejor las técnicas de manejo de conducta.

## 6. Justificación

Un componente esencial en el control de la conducta del paciente pediátrico que pocas veces es tomado en consideración, es la percepción del tratamiento dental por parte de los padres y la ansiedad que esto puede generar en ellos, lo que a su vez pueden transmitir a sus hijos, repercutiendo en el grado de cooperación de éstos dentro del consultorio dental.

Esta ansiedad está asociada frecuentemente a la falta de información de los padres respecto a los procedimientos dentales y a las técnicas de manejo conductual.<sup>1</sup>

Actualmente la información que reciben los padres a cerca de las técnicas de conductual es un factor que distorsiona su percepción hacia el tratamiento dental, debido a medios como el internet, la mercadotecnia y las experiencias previas adversas, además el nivel socio económico de las familias puede determinar o modificar la forma de comportamiento de los individuos.

El propósito de esta investigación es evaluar con base en el nivel socioeconómico de los padres la aceptación de las técnicas de manejo de conducta en odontopediatría. Para poder determinar con la realización de cuestionarios cual es el nivel socioeconómico de las familias y especificar qué nivel socioeconómico acepta mejor las técnicas de manejo de conducta.

Este estudio se realizara para determinar el nivel socioeconómico de las familias en de acuerdo a su nivel socioeconómico con base en la regla 8x7 de la asociación mexicana de inteligencia y opinión (AMAI) y relacionarlo con la aceptación de las técnicas de manejo de conducta dentro de la consulta odontopediatría.

## 7. Material y Métodos

**Tipo de estudio:** Transversal, observacional, descriptivo y prospectivo.

**Tipos de muestra:** no probabilística

**Muestra:** por cuota y conveniencia.

**Criterios de inclusión:**

Padres que acudan a la consulta odontopediátrica, que tengan hijos entre 3 y 6 años de edad.

**Criterios de exclusión:**

Padres que no contesten las encuestas.

**Criterios de eliminación:**

Cuestionarios que no estén contestados completamente.

### Metodología

Se aplicaron cuestionarios a los padres que acudían con sus hijos a la consulta odontopediátrica, para determinar su nivel socioeconómico, para el cuestionario se utilizó la regla AMAI 8x7 que es un algoritmo que clasifica los hogares en siete niveles socioeconómicos considerando ocho características, (escolaridad del jefe del hogar, número de habitaciones, número de baños completos, número de focos, número de autos, posesión de regadera, posesión de estufa, tipos de piso), el cuestionario consta de ocho preguntas (anexo 1) se le otorgó el valor a cada respuesta para poder tabularla, se realizó la sumatoria y de acuerdo al valor obtenido se asigna el nivel socioeconómico.

Nivel	Puntos
E	Hasta 60
D	Entre 61 y 101
D+	Entre 102 y 156
C	Entre 157 y 191
C+	Entre 192 y 241
A/B	Más de 242

*Fuente: AMAI*

Para poder determinar si los padres aceptaban las técnicas de conducta utilizadas en Odontopediatría se realizó otro cuestionario validado por expertos en la materia (anexo 2) , en donde se les preguntaba si conocían las técnicas de conducta y si estaban de acuerdo con ellas.

Estos cuestionarios se realizaron de manera confidencial, para que los encuestados se sintieran con la libertad de ser totalmente honestos en sus repuestas.

Después de realizar los cuestionarios se determinó el nivel socioeconómico y si los padres aceptaban o no las técnicas de manejo de conducta y se recabaron los resultados y se clasificaron por la totalidad de la muestra del estudio y por nivel socioeconómico, se realizaron cuadros y gráficas para representar los resultados y se efectuó un análisis de los mismos.

### **Consideraciones bioéticas**

Este estudio se realizó bajo los principios bioéticos establecidos, no se realizara daño alguno a los participantes, además que solo se realizara con el consentimiento de los mismos.

## 8. Variables

### Definición Conceptual y Operacional de Variables Variables dependientes

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
<b>Nivel socioeconómico</b>	Es una medida total económica y sociológica combinada con la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basadas en sus ingresos, educación y empleo.	Se determinara el nivel socioeconómico siguiendo la regla 8x7 de la AMAI. Obteniendo el puntaje se clasificara en los siete niveles. E hasta 60 puntos D entre 61 y 101 puntos D+ entre 102 y 159 puntos C entre 157 y 191 puntos C+ entre 192 y 241 puntos A/B más de 242 puntos	Cualitativa	Nominal

### Variables Independientes

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
<b>Técnicas de manejo de conducta</b>	Son las técnicas que utiliza el odontopediatra para controlar la conducta de los niños durante la consulta dental.	Técnicas básicas: decir-mostrar-hacer, control de voz, refuerzo positivo, refuerzo negativo.  Técnicas avanzadas: restricción física, mano sobre boca.	Cualitativa	Nominal

## 9. Resultados

Se obtuvo un universo de 60 encuestados que acudieron con sus hijos a consulta dental odontopediátrica, de los cuales se conformó una muestra de 53 padres por criterios de exclusión, los resultados que se obtuvieron son:

El mayor número de encuestados se encontró dentro del nivel socioeconómico E (Clase más baja) con un 27%, mientras que el menor porcentaje se encontró en el nivel socioeconómico C+ (Clase media alta) con el 11% de los encuestados (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Niveles Socioeconómicos**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>A/B</b> <b>(Clase alta)</b>	7	13%
<b>C+</b> <b>(Clase media alta)</b>	6	11%
<b>C</b> <b>(Clase media)</b>	7	13%
<b>D+</b> <b>(Clase media baja)</b>	8	15%
<b>D</b> <b>(Clase baja)</b>	11	21%
<b>E</b> <b>(Clase más baja)</b>	14	27%
<b>Total</b>	53	100%

*Fuente: Directa*

El 13% de los encuestados reportaron que sus hijos pertenecen al rango de edad de 0 a 3 años, el 45% tienen entre 4 y 6 años y el 42% de 7 a 10 años (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Rango de edad**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0 a 3	7	13%
4 a 6	24	45%
7 a 10	22	42%
<b>Total</b>	53	100%

*Fuente: Directa*

Se encontró que el 87% de los encuestados aceptan el uso de las técnicas de manejo de conducta (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Aceptación de las técnicas de manejo de conducta**

	Frecuencia	Porcentaje
Aceptan	46	87%
No aceptan	7	13%
<b>Total</b>	53	100%

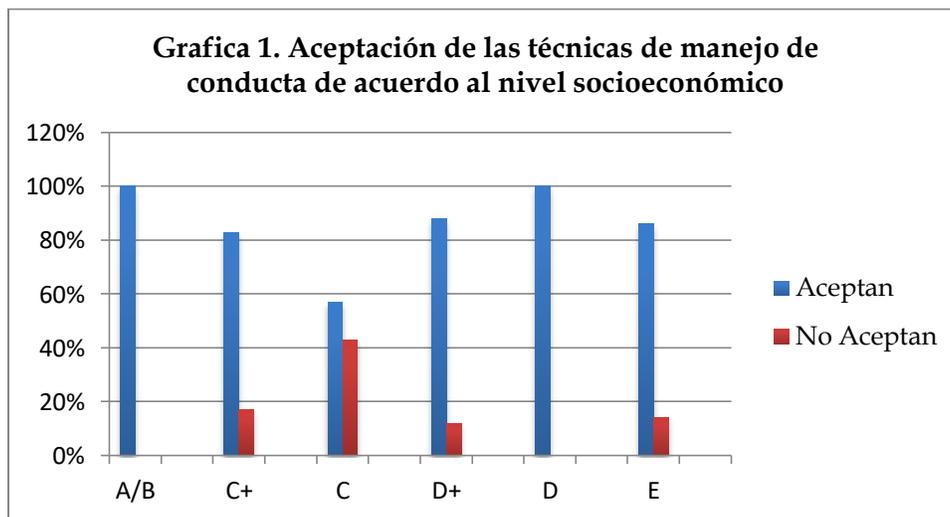
*Fuente: Directa*

Se encontró que el nivel socioeconómico A/B (Clase alta) presenta un nivel de aceptación del 100%, el C+ (Clase media alta) un 83%, el C (Clase media) presenta un 57%, el D+ (Clase media baja) de un 88%, el D (Clase baja) del 100% y el E (Clase más baja) del 86% (Cuadro 4) (Grafica 1).

**Cuadro 4. Aceptación de las técnicas de manejo de conducta de acuerdo al nivel socioeconómico**

	Aceptan	No Aceptan
<b>A/B</b> (Clase alta)	100%	0%
<b>C+</b> (Clase media alta)	83%	17%
<b>C</b> (Clase media)	57%	43%
<b>D+</b> (Clase media baja)	88%	12%
<b>D</b> (Clase baja)	100%	0%
<b>E</b> (Clase más baja)	86%	14%

*Fuente: Directa*



*Fuente: Directa*

El 100% de los encuestados confían en su odontopediatra tratante y están de acuerdo con el trato que recibió su hijo(a).

Para el 53% fue la primera vez que acudían a consulta odontológica, donde el nivel socioeconómico A/B presenta un 71%, el C+ un 33%, el C presenta un 71%, el D+ de un 25%, el D del 91% y el E del 29% (Cuadro 5).

**Cuadro 5. Primera consulta odontológica**

	<b>Primera vez</b>	<b>Consulta subsecuente</b>
<b>A/B (Clase alta)</b>	71%	29%
<b>C+ (Clase media alta)</b>	33%	67%
<b>C (Clase media)</b>	71%	29%
<b>D+ (Clase media baja)</b>	25%	75%
<b>D (Clase baja)</b>	91%	9%
<b>E (Clase más baja)</b>	29%	71%

*Fuente: Directa*

El 11% de los encuestados afirmo que sus hijos habían tenido alguna experiencia desfavorable durante alguna consulta dental, el nivel socioeconómico A/B presenta un 0%, el C+ un 17%, el C presenta un 29%, el D+ de un 25%, el D del 36% y el E del 14% (Cuadro 6).

**Cuadro 6. Experiencias desfavorables durante la consulta odontológica**

	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>A/B</b> <b>(Clase alta)</b>	0%	100%
<b>C+</b> <b>(Clase media alta)</b>	17%	83%
<b>C</b> <b>(Clase media)</b>	29%	71%
<b>D+</b> <b>(Clase media baja)</b>	25%	75%
<b>D</b> <b>(Clase baja)</b>	36%	64%
<b>E</b> <b>(Clase más baja)</b>	14%	86%

*Fuente: Directa*

El 81% de los padres considera que el comportamiento de su hijo(a) es cooperador durante la consulta dental. El nivel socioeconómico A/B presenta un 57%, el C+ un 33%, el C presenta un 100%, el D+ de un 88%, el D del 82% y el E del 100% (Cuadro 7).

**Cuadro 7. Comportamiento durante la consulta dental**

	<b>Cooperador</b>	<b>No cooperador</b>
<b>A/B</b> <b>(Clase alta)</b>	57%	43%
<b>C+</b> <b>(Clase media alta)</b>	33%	67%
<b>C</b> <b>(Clase media)</b>	100%	0%
<b>D+</b> <b>(Clase media baja)</b>	88%	12%
<b>D</b> <b>(Clase baja)</b>	82%	18%
<b>E</b> <b>(Clase más baja)</b>	100%	0%

*Fuente: Directa*

El 85% de los padres encuestados conocen las técnicas de manejo de conducta y al 89% de estos su odontólogo le explico las técnicas de manejo de conducta.

Dentro de los niveles socioeconómicos, el A/B presenta un 100%, el C+ un 100%, el C presenta un 86%, el D+ de un 75%, el D del 91% y el E del 71% conocen las técnicas de manejo de conducta (Cuadro 8).

**Cuadro 8. Conocimiento de las técnicas de manejo de conducta**

	<b>Conocen</b>	<b>Desconocen</b>
<b>A/B</b> <b>(Clase alta)</b>	100%	0%
<b>C+</b> <b>(Clase media alta)</b>	100%	0%
<b>C</b> <b>(Clase media)</b>	86%	14%
<b>D+</b> <b>(Clase media baja)</b>	75%	25%
<b>D</b> <b>(Clase baja)</b>	91%	9%
<b>E</b> <b>(Clase más baja)</b>	71%	29%

*Fuente: Directa*

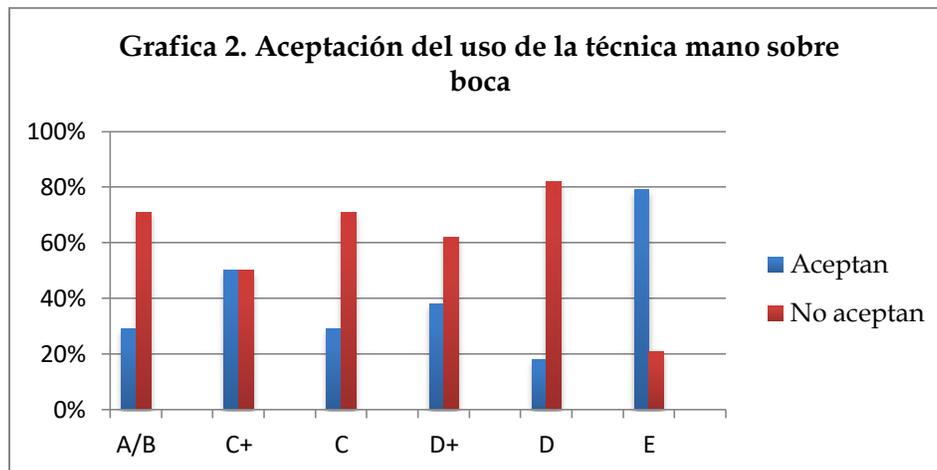
El 79% de los padres está de acuerdo en que el odontopediatra utilice la técnica mano sobre boca en su hijo(a), el 72% sabe en qué consiste la técnica y el 53% considera la técnica mano sobre boca como necesaria, mientras que el 9% piensa que es agresiva.

Dentro de los niveles socioeconómicos, el A/B presenta un 57%, el C+ un 50%, el C presenta un 86%, el D+ de un 88%, el D del 100% y el E del 100% aceptan el uso de esta técnica (Cuadro 9) (Grafica 2).

**Cuadro 9. Aceptación del uso de la técnica mano sobre boca**

	Aceptan	No Aceptan
<b>A/B</b> (Clase alta)	57%	43%
<b>C+</b> (Clase media alta)	50%	50%
<b>C</b> (Clase media)	86%	14%
<b>D+</b> (Clase media baja)	88%	12%
<b>D</b> (Clase baja)	100%	0%
<b>E</b> (Clase más baja)	100%	0%

*Fuente: Directa*



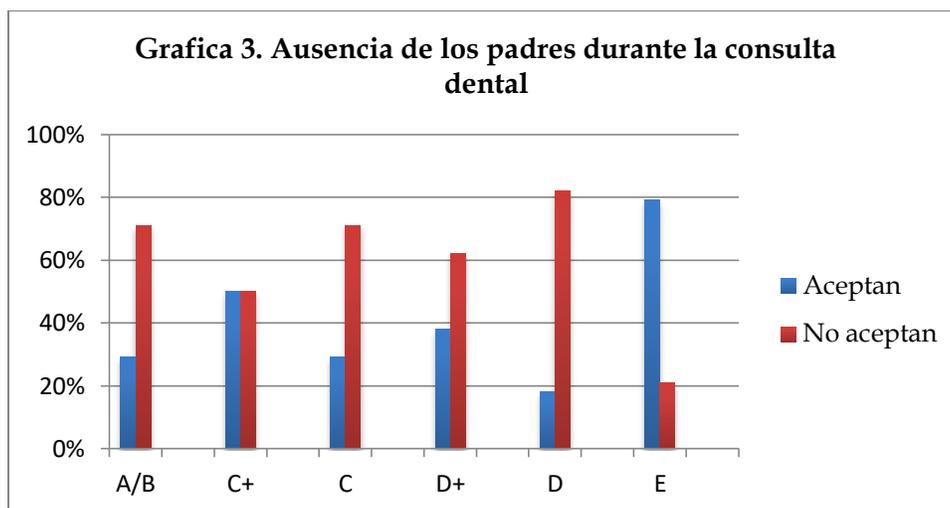
*Fuente: Directa*

El 74% de los encuestados consideran que sus hijos tienen mejor comportamiento si no se encuentran presentes en la consulta. El nivel socioeconómico que presenta mayor aceptación es el C con un 86%, seguido del C+ con un 83% y D con un 82%, los porcentajes más bajos se encuentran en el nivel D+ con un 50%, el A/B con un 57% y el E con un 79% (Cuadro 10) (Grafica 3).

**Cuadro 10. Ausencia de los padres durante la consulta dental**

	Aceptan	No aceptan
<b>A/B</b> (Clase alta)	57%	43%
<b>C+</b> (Clase media alta)	83%	17%
<b>C</b> (Clase media)	86%	14%
<b>D+</b> (Clase media baja)	50%	50%
<b>D</b> (Clase baja)	82%	18%
<b>E</b> (Clase más baja)	79%	21%

*Fuente: Directa*



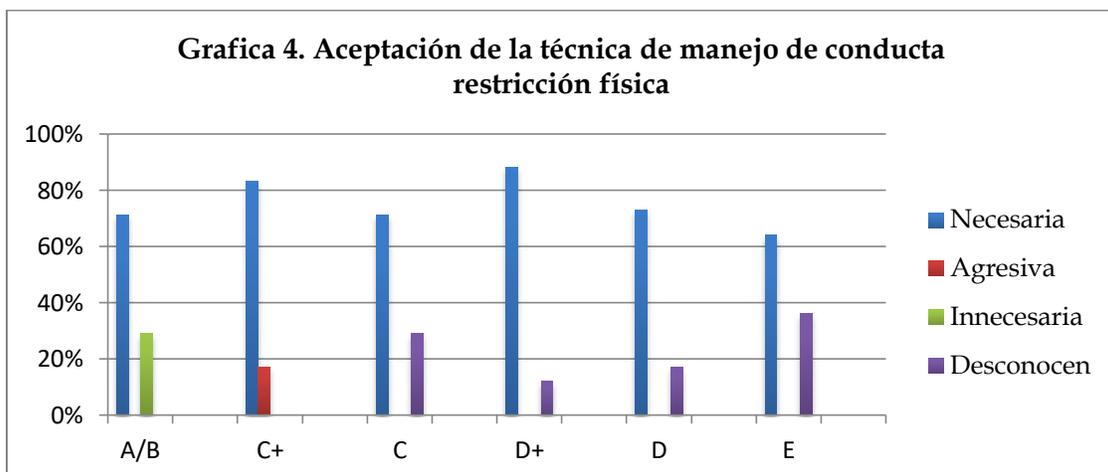
*Fuente: Directa*

Los encuestados consideran a la restricción física como una técnica una forma de proteger a los pacientes con un 74% y el 2% considera que es agresiva. En los niveles socioeconómicos el mayor porcentaje de aceptación lo presenta el nivel D+ con un 88% y el menor en el nivel E con un 64% (Cuadro 11) (Grafica 4).

**Cuadro 11. Aceptación de la técnica de manejo de conducta restricción física**

	Necesaria	Agresiva	Innecesaria	Desconocen
<b>A/B</b> (Clase alta)	71%	0%	29%	0%
<b>C+</b> (Clase media alta)	83%	17%	0%	0%
<b>C</b> (Clase media)	71%	0%	0%	29%
<b>D+</b> (Clase media baja)	88%	0%	0%	12%
<b>D</b> (Clase baja)	73%	0%	0%	17%
<b>E</b> (Clase más baja)	64%	0%	0%	36%

*Fuente: Directa*



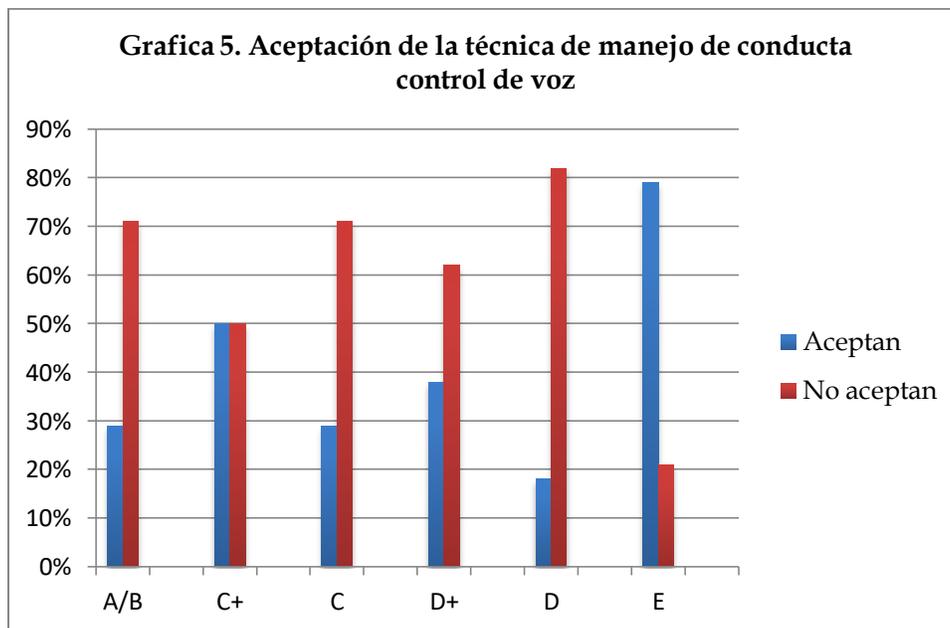
*Fuente: Directa*

El 92% de los encuestados aceptan el uso del control de voz en la consulta odontopediátrica, mientras que en los niveles socioeconómicos el A/B presenta un 100%, el C+ un 83%, el C presenta un 100%, el D+ de un 88%, el D del 100% y el E del 86% (Cuadro 12) ( Grafica 5).

**Cuadro 12. Aceptación de la técnica de manejo de conducta control de voz**

	Si Aceptan	No Aceptan
<b>A/B</b> <b>(Clase alta)</b>	100%	0%
<b>C+</b> <b>(Clase media alta)</b>	83%	17%
<b>C</b> <b>(Clase media)</b>	100%	0%
<b>D+</b> <b>(Clase media baja)</b>	88%	12%
<b>D</b> <b>(Clase baja)</b>	100%	0%
<b>E</b> <b>(Clase más baja)</b>	86%	14%

*Fuente: Directa*



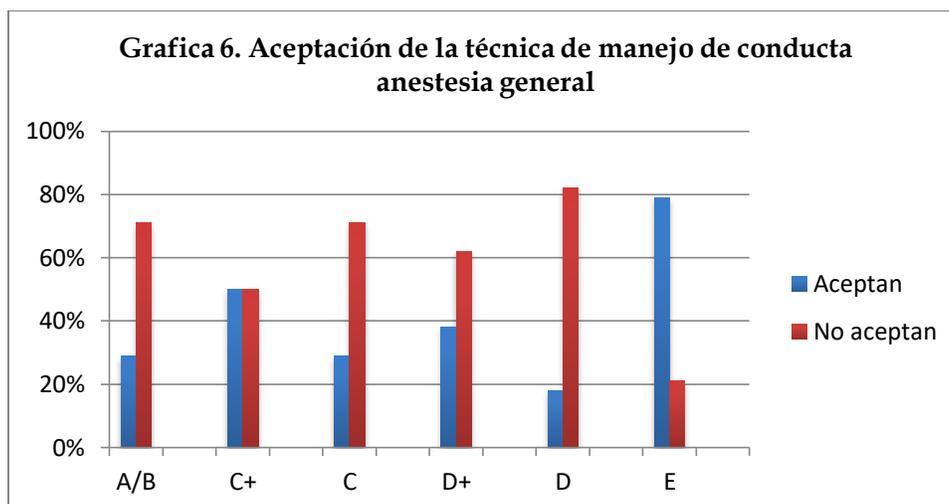
*Fuente: Directa*

El 57% de los padres considera que la anestesia general es una buena alternativa para realizar el tratamiento odontopediátrico. En los niveles socioeconómicos A/B está de acuerdo con el uso de esta técnica en 29%, el C+ en 50%, el C presenta un 29%, el D+ un 38%, el D del 18% y el E del 79%. El nivel que presenta una menor aceptación de esta técnica es el D con un 82% (Cuadro 13) (Grafica 6).

**Cuadro 13. Aceptación de la técnica de manejo de conducta anestesia general**

	Si Aceptan	No Aceptan
<b>A/B</b> (Clase alta)	29%	71%
<b>C+</b> (Clase media alta)	50%	50%
<b>C</b> (Clase media)	29%	71%
<b>D+</b> (Clase media baja)	38%	62%
<b>D</b> (Clase baja)	18%	82%
<b>E</b> (Clase más baja)	79%	21%

*Fuente: Directa*



*Fuente: Directa*

## 10. Discusión

Estudios previos realizados en donde se evaluaron las actitudes de los padres hacia las técnicas de manejo conductual odontopediátricas concluyeron que los padres se muestran mucho más cooperadores al aceptar las técnicas cuando éstas son explicadas previamente a su aplicación en el niño.<sup>2</sup>

García Islas (2006) dice que Peretz afirmó que cuando el padre ha sido informado acerca de las técnicas de manejo conducta previamente a su aplicación durante el tratamiento dental, y observando su implementación ante el comportamiento de sus hijos, podría considerarse como una contribución al reconocimiento de la necesidad de la utilización de estas técnicas en sus hijos.<sup>1</sup>

En este estudio se pudo observar que un alto porcentaje (87%) de padres aceptan el uso de las técnicas de manejo de conducta en odontopediatria y la totalidad de ellos confían en el tratamiento y el trato que reciben de su odontopediatra. Y al relacionar el nivel socioeconómico con la aceptación de las técnicas de manejo de conducta se observa que el mayor aceptación se presenta en el nivel socioeconómico de clase alta (A/B) y en el de clase baja (D), los cuales también presentan el mayor porcentaje en lo que se refiere a la explicación de las técnicas por parte del odontopediatra, que apoya lo publicado en estudios anteriores.

En estudios previos se ha reportado que las técnicas de restricción física y mano sobre boca son las menos aceptadas.<sup>1,6-9</sup> Los resultados obtenidos en este estudio reportaron que la técnica mano sobre boca presenta un grado de aceptación mayor que técnicas como la anestesia general, la restricción física y ausencia de los padres lo que se contrapone con otros estudios.

La técnica que presenta mayor aceptación (92%) es el control de voz, esto de acorde con los resultados obtenidos en esta investigación, a diferencia de los resultados obtenidos por García Montaña donde presento un 47.5% el grupo A y 17.5% el grupo B de su investigación.

La presencia o ausencia de los padres en la consulta dental es uno de los métodos descritos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica para la modificación del comportamiento.<sup>7</sup> El

dentista deberá evaluar los pros y contras de la presencia del padre y esta decisión debe basarse en el comportamiento del niño, comentarios del padre y la comodidad del operador.<sup>7,8</sup>

Permitir que los padres estén durante el tratamiento puede eliminar la ansiedad de separación y puede ayudar a hacer óptimo el tratamiento.<sup>1, 4, 5, 7-10</sup> El 74% de los padres de este estudio reportaron estar de acuerdo en que sus hijos tienen mejor comportamiento cuando no se encuentran presentes durante el tratamiento.

García Montaña (2006), Mamdouh (2015) reportan que los padres creen que la restricción física es una técnica de conducta no aceptada, ya que se la percibe como una técnica invasiva y un tanto agresiva.<sup>3,8,16</sup> El 74% de los padres que participaron en este estudio creen que la restricción física es una técnica que ayuda a la protección de sus hijos y a la prevención de accidentes. La aceptación más alta de esta técnica se encuentra en el nivel socioeconómico de clase media baja (D+) con un 88% de aceptación.

García Islas dice que Allen reporta que los padres con alto nivel de ansiedad prefieren que se aplique alguna técnica farmacológica a su hijo en comparación con otros métodos de control de conducta.<sup>1</sup>

Boka (2014) reporta que la anestesia general es la segunda técnica menos aceptada, los padres que la aceptaban eran aquellos que tenían alguna experiencia desfavorable en el comportamiento de sus hijos, una posible explicación es que basados en su experiencia previa consideraban menos estresante el uso de la anestesia general.<sup>9</sup> La técnica que resultó con menor aceptación en el estudio con un 57% de aceptación fue la anestesia general ya que para muchos padres representa un riesgo de la salud de su hijo.

Como recomendación la explicación clara de las técnicas y el comprobar que los padres han entendido estas, podrá lograr una mayor aceptación de estas y la realización del tratamiento de forma óptima.

## 11. Conclusiones

Las técnicas de manejo de conducta tienen una aceptación del 87% por los padres encuestados.

Los niveles socioeconómicos que presenta mayor aceptación de las técnicas son la clase alta (A/B) y la clase baja (D) y el nivel que presenta un menor grado de aceptación es la clase media (C).

La técnica que presenta el mayor porcentaje de aceptación es el control de voz y la que presenta menor aceptación es la anestesia general.

El conocimiento de las técnicas, permite a los padres aceptar la realización de estas durante el tratamiento dental. La mayoría de los odontólogos les explican las técnicas de manejo de conducta a los padres.

La mayoría de los padres considera el comportamiento de sus hijos como adecuado durante la consulta dental.

La técnica mano sobre boca es bien aceptada por los padres y la consideran necesaria, el nivel socioeconómico que tiene mayor grado de aceptación de esta técnica son las clases bajas (D y E) y el que presenta menor grado de aceptación es la clase media alta (C+).

La mayoría de los padres considera que sus hijos tienen mejor comportamiento cuando no se encuentran presentes en el operatorio dental.

La restricción física presenta un nivel de aceptación positivo ya que los padres lo consideran como una forma de protección para sus hijos.

## 12. Referencias Bibliográficas

1. García Islas A, Parés Vidrio G, Hinojosa Aguirre A, 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, *Revista Odontológica Mexicana*, 2007;11(3):135-139.
2. Medina P, Adaptación del niño a la consulta dental, *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1998;36(2).
3. García Montaña Y, Ríos Fragoso R, Cuairán Ruidíaz V, Gaitán Cepeda LA, Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría, *Revista Odontológica Mexicana*, 2006;10(3):126-130.
4. Sahil H, Sahil T, Nidhi M, Anshum D, Ishan P, Saloni D, Attitudes of Parents toward Separation from their Children during Dental Treatment in Delhi NCR, *International Journal of Preventive & Clinical Dental Research*, 2014;1(4):23-26
5. Nathan J, Rayman M, Golden Be, Vargas K, Discretionary Parental Presence in the Dental Operatory: A Survey of Pediatric Dentists and Parents, *Pediatric and neonatal nursing*, 2015;2(2):50-61.
6. Núñez Soto I, Pares Vidrio G, López Pérez R, Evaluación de las actitudes de los padres hacia la primera consulta odontológica de sus hijos, *Revista odontológica mexicana*, 2006;10(1):30-35.
7. Parashar V, Parental presence during their child's dental treatment, *J Oral Health Comm Dent*, 2010;4(3):52- 54.
8. Mamdouh Talaa D, Evaluation of children's perception towards non - pharmacologic behavior guidance techniques, *Dentistry*, 2015;5(9)
9. Boka V, Arapostathis K, Vretos N, Kotsanos N, Parental acceptance of behavior - management techniques used in pediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2014;15(5): 333 - 339.
10. Hussein A, Schroth R, Parent's perception on the importance of their children's first dental visit, *Journal or oral research*, 2013;1(1):17-25.
11. Suprabha BS, Arathi R, Role of parents in behavior guidance of children in dental operaty: current trends, *Internacional journal of advanced research*, 2015;3(1):466-470.

12. Gisour E, Bigdeli A, Evaluation of the beliefs of parents in Iran about how to care for children during dental visits, *The open dentistry journal*,2011;5(1)
13. Niveles socioeconómicos [internet], México, noviembre 2016. Available from: <http://nse.amai.org/nseamai2/>
14. Abanto JA, Rezende KMPC, Bönecker M, Correa FNP, Correa MSNP, Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños, *Rev Estomatol Herediana*. 2010;20(2):101-106.
15. Afshar H, Nakhjavani Y, Mahmoudi-Gharai J, Zadhoosh S, The effect of parental 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.
16. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient, *American of pediatric dentistry*,2015;37(6).
17. Long N, Stress and economic hardship: The impact on children and parents. *Pediatr Dent* 2014;36(2):121-127.
18. Goleman J, Cultural factors affecting behavior guidance and family compliance. *Pediatric Dent* 2014;36(2):121-7.
19. Seran N, Demopoulos C, Mobley C, Ditmyer M, Parenting style and oral health status, *Open journal of pediatrics*,2013;3:188-194.

### 13. Anexos

#### Anexo 1

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar? Por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.

RESPUESTA	PUNTOS
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 o más	14

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	16
2	36
3	36
4 o más	52

3. ¿En su hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	10

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

RESPUESTA	PUNTOS
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o más	46

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

RESPUESTA	PUNTOS
Tierra o cemento (firme de )	0
Otro tipo de material o acabo	11

6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	32
2	41
3 o más	58

7. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

<b>RESPUESTA</b>	<b>PUNTOS</b>
No tiene	0
Si tiene	20

8. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? ¿Realizó otros estudios?

<b>RESPUESTA</b>	<b>PUNTOS</b>
No estudió	0
Primaria incompleta	0
Primaria completa	22
Secundaria incompleta	22
Secundaria completa	22
Carrera comercial	38
Carrera técnica	38
Preparatoria incompleta	38
Preparatoria completa	38
Licenciatura incompleta	52
Licenciatura completa	52
Diplomado o Maestría	72
Doctorado	72

Anexo 2

Cuestionario

1. ¿Confía en su odontopediatra?

Si No

2. ¿Es la primera vez que su hijo acude a consulta odontológica?

Si No

3. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna experiencia desfavorable durante alguna consulta dental?

Si No

Explique \_\_\_\_\_

4. ¿Está usted conforme con el trato que se le dio a su hijo (a) en la consulta dental?

Si No

5. ¿Considera que el comportamiento de su hijo(a) es cooperador durante la consulta dental?

Si No

6. ¿Conoce las técnicas de manejo de conducta que pueden ser utilizadas durante el tratamiento dental de su hijo?

Si No

7. ¿Su odontólogo tratante le explicó las técnicas de manejo de conducta que puede utilizar durante el tratamiento dental?

Si No

8. ¿Está de acuerdo en que el odontopediatra utilice las técnicas de manejo de conducta, como la técnica mano sobre boca en su hijo(a)?

Si No

9. ¿Le explicaron en que consiste la técnica mano sobre boca?

Si No

10. ¿Considera que la técnica mano sobre boca es?

- a) Necesaria
- b) Agresiva
- c) Una herramienta para el control de conducta
- d) La desconozco, no la entiendo

11. ¿Considera usted que su hijo(a) tiene un mejor comportamiento, si usted no está presente durante la consulta dental?

Si No

12. ¿Cree que la técnica de restricción física que utiliza el odontopediatra es?

a) Es una forma de proteger a mi hijo

b) Es agresiva

c) Es innecesaria

d) La desconozco, no la entiendo

13. ¿Está de acuerdo en que su odontopediatra utilice la técnica de control de voz con su hijo(a)?

Si

No

14. ¿Creé que son necesarias las técnicas de manejo de conducta que se utilizan en la consulta odontopediátrica?

Si

No

15. ¿Considera que el tratamiento con anestesia general es una buena alternativa para realizar el tratamiento dental de su hijo(a)?

Si

No

16. ¿Qué edad tiene su hijo(a)?



**Universidad Autónoma del Estado de México**  
Facultad de Odontología

TOLUCA, MÉXICO, 21 DE JUNIO DE 2018

**DR. VICTOR HUGO TORAL RIZO**  
**COORDINADOR DE POSGRADO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

La que suscribe M. en C. Ed. Norma Leticia Robles Bermeo, directora del proyecto terminal titulado: *"Nivel socioeconómico y aceptación de técnicas de manejo conducta en odontopediatría"* elaborado por la C.D. Monserrat Ofelia Aréchiga Navarro, para obtener el Diploma de Especialista en Odontopediatría, manifiesto que el proyecto ha sido concluido, pudiendo continuar con los trámites administrativos correspondientes.

Agradeciendo su atención a la presente, quedo de Ud.

**A T E N T A M E N T E.**  
**"PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO"**

*"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"*

**M. en Ed. Norma Leticia Robles Bermeo**  
Profesor de la Facultad de Odontología  
UAEM



Paseo Tollocan esq. Jesus Carranza  
Colonia Universidad, C.P. 50130 Toluca,  
Estado de México  
Tels. (722)217.9070 y 217.9607, ext. 5060





Toluca, México, a 26 de junio del 2018

DR. EN ESTOMA. PAT. VÍCTOR HUGO TORAL RIZO  
COORDINADOR DE ÁREA DE POSGRADO  
P R E S E N T E

Anticipándole un cordial saludo, la que suscribe M. en F.P. Gabriela Gasca Argueta, asesora del proyecto terminal titulado: "Nivel socioeconómico y aceptación de técnicas de manejo de conducta en Odontopediatría" elaborado por la C.D. Monserrat Ofelia Aréchiga Navarro, para obtener el Diploma de Especialista en Odontopediatría, manifiesto que el trabajo se ha concluido, pudiendo continuar con los trámites administrativos correspondientes.

Sin más por el momento y en espera de contar como siempre con su apoyo, quedo de usted.

ATENTAMENTE

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO  
"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"

M. en F.P. Gabriela Gasca Argueta  
Coordinadora de la especialidad en Odontopediatría

c.c.p. Dr. en O Rogelio Scougall Vilchis.- Coordinador del CIEAO

c.c.p. archivo



Jesús Carranza esq. Paseo Tollocan,  
C.P. 50130, Toluca, Estado de México  
Tel. (722) 2 17 69 07 y 2 17 90 70  
Ext. 5060





Toluca, México, 27 de julio de 2018.

**C.D. MONSERRAT OFELIA ARECHIGA NAVARRO**  
**ALUMNO DE LA ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA**  
**P R E S E N T E**

El que suscribe Dr. en P. M. B. Víctor Hugo Toral Rizo, Coordinador de Posgrado de la Facultad de Odontología por medio de la presente, manifiesto que la alumna de la Especialidad en ODONTOPEDIATRÍA; **C.D. MONSERRAT OFELIA ARECHIGA NAVARRO**, ha concluido su tesis titulada "NIVEL SOCIOECONÓMICO Y ACEPTACIÓN DE TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA EN ODONTOPEDIATRÍA", por lo que se puede continuar con los trámites correspondientes para su impresión y administrativos de examen de grado correspondiente.

Sin más por el momento, me despido.

**ATENTAMENTE**  
**PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO**  
**"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"**

**Dr. en P.M.B. Víctor Hugo Toral Rizo**  
**Coordinador de Posgrado**  
**Facultad de Odontología**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



Jesús Carranza esq. Paseo Tollocan,  
C.P. 50130, Toluca, Estado de México  
Tel. (722) 2 17 69 07 y 2 17 90 70  
Ext. 5060

**FO**

Facultad de Odontología