



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN
COMUNICATIVAS DURANTE LAS EXODONCIAS EN
PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DEL
NIÑO Y EL ADOLESCENTE I**

Autora:

Ghiovanna Romero

CI: 22.190.981

Tutor:

Od. Luis Moyetones

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (Master) - Fax: (0241) 871239



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA



**IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN
COMUNICATIVAS DURANTE LAS EXODONCIAS EN
PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DEL
NIÑO Y EL ADOLESCENTE I**

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Odontólogo

Autora:

Ghiovanna Romero

CI: 22.190.981

Tutor:

Od. Luis Moyetones

San Diego, agosto 2018



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Luis Moyetones, portador de la Cedula de Identidad N° 19.600.144, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por la ciudadana Ghiovanna Romero, portadora de la Cedula de Identidad N° 22.190.981, titulado, "**Impacto Psicológico de las Técnicas de Adaptación Comunicativas durante las Exodoncias en pacientes que asisten a la Clínica del Niño y el Adolescente I**", presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 15 días del mes de agosto del año dos mil dieciocho.

Luis Moyetones

C.I. 19.600.144

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado sin duda alguna a mis padres Giovanna Carolina Brandt Torres y Juan José Romero Quintero por ser el pilar fundamental en mi vida, mi base para dar el primer paso a cualquier proyecto que emprendo, son mi ejemplo a seguir en superación, lucha, perseverancia y metas alcanzadas.

De igual manera esta meta cumplida va dedicada a mi familia, mis abuelos, tíos, primos y hermanos los cuales me han inspirado para seguir adelante y nunca desistir en el transcurso de este trayecto profesional, que me han brindado su mano y palabras de aliento cuando lo necesitaba.

Giovanna Romero

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios todo poderoso y a la Divina Pastora por brindarme vida y salud, por ser mis dos grandes guías espirituales en este camino y por iluminarme en cada paso que doy hacia las metas que me propongo.

A mis padres, Ghiovanna Carolina Brandt Torres y Juan José Romero Quintero por siempre estar conmigo en cualquier circunstancia que me he enfrentado durante este largo camino de vida, por brindarme las herramientas necesarias para materializar mis sueños y metas, por darme su inmenso amor y apoyo incondicional en todo momento para poder ser la persona que soy hoy en día.

A mis tutores Luis Moyetones y Ervy Weffer por ser mi guía en la elaboración del trabajo final para culminar esta etapa, en conjunto con ellos los docentes de mi casa de estudio por sus enseñanzas, lecciones, paciencia y ayuda en este camino profesional que poco a poco fui formando a lo largo de estos años. Sin ellos y sus conocimientos no sería la profesional integral que celebro en el presente.

Gracias

INDICE

	pp.
LISTA DE CUADROS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN IFORMATIVO	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO	
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del Problema.....	3
1.2. Objetivos de la Investigación.....	8
1.3. Justificación de la Investigación	9
II MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	11
2.2 Bases Teóricas.....	21
2.3 Bases Legales.....	53
2.4 Definición de términos	57
III MARCO METODOLÓGICO	59
3.1 Tipo de Investigación.....	59
3.2 Diseño de Investigación.....	60
3.3 Población y Muestra de Estudio.....	60
3.4 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	61
3.5 Validez del Instrumento.....	61
	62
	63
	63
	79
	79

3.6 Técnicas de Análisis de la Información.....	
IV RESULTADOS	
4.1 Presentación y Análisis de resultados.....	
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	
5.2. Recomendaciones.....	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	85
A. Sistema y Operacionalización de Variables.....	86
B. Instrumento de Recolección de Datos.....	89
C. Validación del Instrumento de Recolección de Datos.....	91

LISTA DE CUADROS

	pp.
CUADROS	
1. Técnicas Comunicativas utilizadas.....	64
2. Técnicas Comunicativas utilizadas de acuerdo al sexo.....	65
3. Técnicas Comunicativas utilizadas en el sexo femenino según la edad.....	67
4. Técnicas Comunicativas utilizadas en el sexo masculino según la edad	70
5. Efectos Psicológicos presentados por pacientes.....	72
6. Efectos Psicológicos presentados por niñas según el grupo etario.....	73
7. Efectos Psicológicos presentados por niños según el grupo etario.....	75
8. Exodoncias realizadas a niñas por grupo etario.....	76
9. Exodoncias realizadas a niñas por grupo etario.....	77
10. Efectos Psicológicos en pacientes según el tipo de Exodoncia.....	

LISTA DE GRÁFICOS

	pp.
GRÁFICO	
1. Técnicas Comunicativas utilizadas.....	64
2. Técnicas Comunicativas utilizadas de acuerdo al sexo.....	66
3. Técnicas Comunicativas utilizadas en el sexo femenino según la edad.....	67
4. Técnicas Comunicativas utilizadas en el sexo masculino según la edad	69
5. Efectos Psicológicos presentados por pacientes.....	71
6. Efectos Psicológicos presentados por niñas según el grupo etario.....	72
7. Efectos Psicológicos presentados por niños según el grupo etario.....	74
8. Exodoncias realizadas a niñas por grupo etario.....	75
9. Exodoncias realizadas a niñas por grupo etario.....	76
10. Efectos Psicológicos en pacientes según el tipo de Exodoncia.....	78



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN
COMUNICATIVAS DURANTE LAS EXODONCIAS EN
PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DEL
NIÑO Y EL ADOLESCENTE**

Autora: Romero. Ghiovanna C.I. 22.190.

Tutor: Luis Moyetones

Fecha: agosto 2018

RESUMEN INFORMATIVO

La comunicación de un odontólogo es un factor muy importante en la satisfacción del paciente, más si se trata de pacientes pediátricos, porque también está en juego satisfacción de los padres del paciente. Existen varias técnicas que este profesional puede utilizar para que la consulta sea agradable. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue describir el impacto psicológico de las Técnicas de Adaptación Comunicativas (TAC) durante las exodoncias en pacientes que asisten a la Clínica del Niño y el Adolescente I. Se desarrolló bajo las teorías sobre el comportamiento

psicológico infantil de Lewin, Guarderas y otros autores, además de las TAC establecidas por Jaramillo, Mendoza y otros autores. De este modo, se trató de un estudio descriptivo con diseño no experimental, de campo, cuya población se conformó por los pacientes que asistieron a la Clínica del Niño y el Adolescente I de la Universidad José Antonio Páez con una población de 304 individuos que cumplieron como criterio de inclusión que se les fuese a practicar una exodoncia, bien sea simple o compleja. Seleccionando una muestra no probabilista del 30%, quedando un total de 91 sujetos, para realizar las determinaciones. Se utilizó la observación y una Guía de Observación como técnica e instrumento para la recolección de datos. Se logró determinar que el uso de las TAC produjo efectos positivos en los pacientes, porque se redujo los niveles de Ansiedad, Temor, Miedo y Llanto, dando paso a una actitud positiva de Cooperación y Motivación a realizarse el tratamiento. Siendo esta actitud más frecuente en pacientes de 3 a 10 años, sobre todo del sexo femenino. Sin embargo, se pudo notar que entre una exodoncia simple y una compleja, los efectos negativos se mantienen en la segunda y la cooperación y Motivación al tratamiento son menores que en la primera.

Descriptor: Impacto psicológico, Técnicas de Adaptación comunicativas, exodoncia.

INTRODUCCIÓN

Los odontólogos que atienden en su consulta a niños, suelen experimentar situaciones en las que el pequeño paciente no se deja tratar por presentar un comportamiento inadecuado, producido por la ansiedad o miedo a lo desconocido del tratamiento o por alguna experiencia negativa que hayan presenciado de alguna persona cercana o en algún consultorio.

En tal sentido, estos profesionales deben aplicar sus habilidades en cuanto al tipo de acercamiento y manejo del comportamiento del niño, para que haya entre ellos una comunicación eficaz, que permita aliviar la ansiedad y el miedo del paciente. Por ello es necesario que sepan cómo manejar una variedad de técnicas de adaptación del comportamiento y, en la mayoría de las situaciones, deben estar aptos para evaluar exactamente el nivel de desarrollo del niño, sus actitudes, su temperamento, y predecir su reacción frente al tratamiento.

Dados los diferentes efectos que pueden producir en cada paciente las técnicas de adaptación del comportamiento, el presente trabajo de investigación ha sido orientado al análisis del impacto psicológico de las técnicas de adaptación comunicativas durante las exodoncias en pacientes que asisten a la clínica del niño y el adolescente, en la Universidad José Antonio Páez.

A los efectos la información fue organizada en este informe, estructurándola por capítulos. Así, el capítulo I contiene el Planteamiento y la Formulación del Problema, los Objetivos de Investigación, tanto general como específicos y la Justificación que explica la importancia que reviste la investigación, desde diferentes puntos de vista.

El Capítulo II, comprende todo lo concerniente al marco teórico y despliega los Antecedentes, que son trabajos anteriores relacionados con las técnicas de adaptación comunicativas y los efectos psicológicos de los pacientes pediátricos en la consulta odontológica, las Bases Teóricas y Legales que sustentan científica y jurídicamente la

investigación y la Definición de Términos, cuya función es precisar el significado de expresiones técnicas relacionadas específicamente al tema tratado.

En cuanto al Capítulo III, el mismo incluye todo lo referente al Marco Metodológico; Tipo y Diseño de la Investigación, Población y Muestra, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Validez de Instrumento de Recolección de Datos y Técnicas de Análisis de Datos.

En el Capítulo IV se desarrollan los resultados de la investigación; en la primera parte se organiza la Presentación y Descripción de los resultados, seguidos del Análisis de los Resultados, en base a los cuales se despliega el Capítulo V, contentivo de las Conclusiones y las Recomendaciones. Finalmente, se disponen las Referencias Bibliográficas consultadas y los Anexos relacionados con el estudio.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el conglomerado de la comunidad de ciencias de la salud no es un misterio reconocer que todos los conceptos, conocimientos e ideas actuales vienen dadas por técnicas y procedimientos prehistóricos de origen egipcio, chino, greco, italiano y por supuesto de la comunidad suramericana de los Maya. De esta manera fue que se dio inicio a todo lo que hoy conocemos como procedimientos y remedios científicos para mejorar la salud.

Seguidamente en dicho campo de ciencias de la salud se engloban múltiples ramas médico-científicas, de las cuales una en particular, pero no menos importante se desarrolló desde siglos pasados; esta rama es la odontología, la cual abarca un campo multidisciplinario desde el conocimiento y tratamiento de patologías buco-dentales hasta la rehabilitación oral, funcional y estética.

En este orden de ideas la odontología desde siempre ha sido una práctica prehistórica como se mencionó anteriormente, ya que el ser humano desde su existencia ha padecido patologías a nivel bucal. Estas patologías y/o dolencias dentarias por la poca experiencia, escasa diversidad de medicamentos, conocimientos y avances científicos, eran tratadas con soluciones sanadoras, que en aquellos tiempos el método más eficaz para tratar un dolor de diente o “muela” era extraerla, es decir, exodoncia de la unidad dental.

Dicho esto, se puede decir que éste es el procedimiento odontológico más común, rápido, y eficaz practicado por los odontólogos alrededor del mundo al transcurrir los años. Actualmente se conoce como el procedimiento quirúrgico bucal

que se lleva a cabo con más frecuencia, que consiste en extraer el órgano dentario doliente de la cavidad bucal, el cual altera la salud y bienestar del paciente, considerándose desde tiempos pasados un procedimiento muy temido y traumático para a quienes se les realizaba, y por lo general dando como resultado un temor o fobia al procedimiento.

Ahora bien, si el concepto anterior se traslada al área infantil se debe saber en primera instancia que se tratará con un paciente de determinada edad, con un nivel psicológico poco desarrollado o poco maduro para poder procesar algunos tipos de información, actividades y procedimientos que se van a realizar. En consecuencia, es normal que durante la consulta con el odontólogo los niños presenten diversas actitudes y temperamentos al momento de cualquier tratamiento, pero sobre todo en la exodoncia, ya que es el procedimiento que más altera a los niños al momento que entran al consultorio.

Es importante destacar que en el área de odontopediatría, al momento de realizar cualquier tratamiento, la situación no solo dependerá del niño y del odontólogo, sino también se vinculará con el acompañante y de sus respectivas historias pasadas. De tal manera que la situación psicológica del niño puede volverse compleja a causa de diversos factores, de los cuales se debe tener cautela y saber manejar ya sea por miedo al operador, temor a lo desconocido, desagrado a algún fluido o sensación (sangre, saliva, anestésico) por experiencias dolorosas tempranas o negativas, por estrés sufrido o por maltrato infantil.

Desde el punto de vista psicológico se debe saber si el paciente llega a la consulta antecediendo de una historia médico-odontológica que puede o no afectar su actitud. Por ello, como antesala, es recomendable conversar y analizar con los padres las experiencias previas, actitudes o respuestas pasadas y las expectativas frente al tratamiento; esto es muy significativo, ya que la actitud de un paciente que asiste a una cita por primera vez es muy diferente a la de aquel que tuvo una experiencia pasada que requirió un tratamiento doloroso.

Por consiguiente estos pacientes al momento de la consulta o actividad odontológica adquieren un modelo de comportamiento dependiendo de su desarrollo, personalidad y experiencias previas ante cada tratamiento. “La clasificación del comportamiento del paciente, así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar, son importantes para definir el tipo del manejo del comportamiento que se dará al paciente” (Jaramillo,2003, p. 24). Debido a eso es que se debe tomar en cuenta la primera cita para evaluar la conducta del niño, porque la relación que se establece con el paciente desde el primer instante es fundamental para su comportamiento a consultas futuras.

En efecto la mayoría de los casos una de las fallas que presenta el profesional es apresurarse a examinar al paciente, sin haber analizado con detalle su historia de desarrollo emocional y familiar, esto puede convertirse en una experiencia negativa para el mismo. La evaluación de los niños estará orientada a crear una relación de comunicación, estableciendo vínculos de amistad, métodos de juegos recreativos y explicativos donde el operador manifestará el procedimiento a realizar utilizando un lenguaje acorde a la edad del paciente, en este caso mencionando la exodoncia, el cual es el procedimiento más temido, señalando que el procedimiento no presenta una pérdida sino un aspecto positivo para su salud y la de sus dientes.

De este modo señalando la exodoncia como un procedimiento beneficioso y positivo puede cambiar radicalmente la perspectiva del niño, pero eso no es todo y mucho menos así de sencillo, como se mencionaba anteriormente uno de los déficits del profesional es iniciar un tratamiento odontológico sin anteceder la historia del paciente, es decir, desconociendo en su totalidad el tipo de desarrollo del mismo y la personalidad, generando así un bloqueo por parte del niño para su adaptación en el área clínica convirtiéndose en el mayor obstáculo para poder llevar a cabo el procedimiento.

Por otro lado, es de gran importancia que si el odontólogo general recibe en su consulta a un paciente pediátrico y no logra controlar el estado emocional del niño durante la consulta con la consiguiente interrupción del tratamiento sin culminarlo,

tiene la responsabilidad de referir al paciente a un especialista odontopediatra, evitando continuar los tratamientos odontológicos para no causar traumas, incomodidad y experiencias desfavorables en el consultorio, de manera que siempre se busque que el pequeño vea el ambiente clínico como un área para mejorar su salud y no como un pabellón de tortura.

Por otra parte es el caso que un niño puede sufrir progreso de su enfermedad bucal si el tratamiento no es realizado a tiempo, ya sea debido a la edad, falta de comportamiento adecuado, falta de habilidad para cooperar o la inadecuada técnica de adaptación del odontólogo hacia el niño, la cual, aunque no se le presta tanta atención cumple un papel fundamental en cualquier tratamiento odontopediátrico.

Cabe destacar que, el comportamiento inadecuado del niño al momento de la consulta, en algunos casos se deben a que el odontólogo maneja las técnicas de comunicación de manera inadecuada, lo que en un momento dado permitan al niño asumir el control en el momento, producirle miedo por usar palabras amenazantes como aguja, inyección, anestesia, dolor, sangre y cortar, dejar el instrumental amenazante a la vista del niño sin la previa descripción, inadecuada colocación de la técnica del anestésico local, entre otros. Todo este tipo de demostraciones auditivas y visuales por parte del odontólogo, aunque parezcan inofensivas para un pequeño puede ser agresivas, generando temor o fobia automáticamente.

Otra de la problemática presentada en la consulta odontológica por parte del Odontólogo hoy en día, es que el paciente infantil llegue a su primera consulta odontológica y al instante se le realice una extracción dentaria, sea una exodoncia simple o compleja, se dice que está totalmente contraindicado ya que se debe adaptar primero el niño a la consulta antes de realizar cualquier procedimiento. Además, es recomendable y necesario para establecer una buena técnica de adaptación realizar los tratamientos odontológicos de lo más sencillo a lo más complejo ganándose así la confianza del paciente.

Resulta oportuno resaltar y recalcar que al momento de realizar un tratamiento odontológico en niños puede traer como consecuencia una diversa gama de

manifestaciones emocionales por parte del paciente, por lo general son emociones como desconfianza, ansiedad, miedos y traumas, los cuales, enfocándose desde el punto de vista del niño, producen un bloqueo o perjudican el desarrollo armonioso de la consulta odontológica. El resultado de esto es que se desencadenan efectos negativos en el niño y es ahí cuando un paciente se manifiesta temeroso, ansioso o traumatizado, de tal manera que se dice que se llega al extremo de que el niño no desee volver acudir a un odontólogo por temor a que se vuelva a repetir esa experiencia traumática o experiencia dolorosa cuando acude a su consulta odontológica.

En otro orden de ideas se podría decir que esta problemática engloba todas las clínicas odontológicas del país hasta dentro de las clínicas de la facultad de ciencias de la salud de una casa de estudio como lo es la universidad José Antonio Páez. En el transcurso de los años la escuela de odontología de esta universidad es una de las más transcurridas y prestigiosas, por eso se ha hecho pionera en la búsqueda de la formación de un buen profesional integral y por supuesto el área de odontopediatría no se podía menospreciar en dicha formación.

Por lo tanto la población estudiantil a medida que se va desarrollando en el campo clínico sus habilidades y destrezas en cada área respectivamente, en efecto siempre existe con respecto al trato con niños cierta restricción por la complejidad que conlleva tratar a un paciente que no posee la madurez psicológica suficiente o que no se tiene la preparación adecuada para ese tipo de atención. Específicamente en las clínicas donde se tratan a niños y adolescentes este tipo de situaciones clínicas difíciles y comportamientos exaltados por parte de los pacientes es común y se podría decir que es uno de los acontecimientos que día a día enfrenta cualquier operador u estudiante de odontología de la escuela, ya que existen múltiples factores que como se mencionaba pueden afectar el desarrollo normal de una consulta odontológica.

Dichos factores en ese ambiente clínico se podría decir que en primera instancia puede comenzar por un estudiante con escasa preparación para adaptar al paciente, una técnica de adaptación equivocada, uso de lenguaje inapropiado, primera visita

odontológica del paciente, la intimidad y comunicación paciente- operador puede verse afectada por otras personas en el ambiente clínico, entre otros.

Para concluir es importante saber que como futuro profesional, odontólogo u especialista odontopediatra, que si se reconoce de manera minuciosa y detallada la personalidad, desarrollo psicológico y comportamiento del paciente se podrá conseguir la metodología correcta y adecuada para adaptar de manera eficaz y positiva al niño, así de este modo poder manejar beneficiosamente al paciente durante el transcurso de todas las citas planificadas, el desarrollo de los tratamientos o procedimientos que se deben realizar y así de ese modo evitar cualquier tipo de impacto psicológico negativo.

1.1.1 Formulación del Problema

¿Cuál será el impacto psicológico de las técnicas de adaptación comunicativas durante las exodoncias en pacientes que asisten a la Clínica del Niño y el Adolescente I?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo General

Describir el impacto psicológico de las técnicas de adaptación comunicativas durante las exodoncias en pacientes que asisten a la Clínica del Niño y el Adolescente I.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Distinguir las técnicas de adaptación comunicativas utilizadas por los estudiantes de odontología en la Clínica del niño y del adolescente I, de acuerdo a la edad y sexo
- Identificar los efectos psicológicos presentes en los pacientes que asisten a la clínica del niño y el adolescente I de acuerdo a la edad y sexo.

- Clasificar el tipo de exodoncias realizadas a los pacientes que asisten a la clínica del niño y el adolescente I de acuerdo a la edad y sexo.
- Establecer el impacto psicológico de las técnicas de adaptación comunicativas en los pacientes que asisten a la clínica del niño y el adolescente I de acuerdo al tipo de exodoncia realizada.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se da por la inquietud e interés de conocer un poco más sobre el campo de la odontopediatría, siendo uno de los campos odontológicos más delicados y complejos ya que se trata con un tipo de paciente más exigente y comprometedor; añadido a eso el conjunto y diversidad de tratamientos que se pueden realizar en esta área, los cuales presentan alguna técnica dolorosa que en la mayoría de los casos un niño no asimila de manera positiva, pacífica o tranquila.

Dicho esto, se busca con la presente investigación asegurar que el paciente infantil al momento de un procedimiento odontológico, principalmente una exodoncia, no sufra algún trauma, miedo o impacto psicológico, buscando la armonía durante y después de la intervención odontológica. Para poder lograr el objetivo que se busca, se debe tomar en cuenta el abordaje odontológico a desarrollar por el odontólogo, es decir, de implementar las estrategias de trabajo y manejo del niño de manera tal que el paciente vea su integridad personal asegurada y bienestar físico. Como profesional se debe alcanzar el éxito del tratamiento de un modo eficaz y positivo, primero se debe explicar la acción antes de ejecutarla.

Además, el odontólogo u odontopediatra, cuando se habla de exodoncia debe saber que el niño automáticamente entra en un estado de shock, debido que ven el procedimiento a realizar como dolorosa, sangriento e invasivo. Por eso como profesional se debe tratar al niño previamente con lo que se conoce como las técnicas

de adaptación, como su nombre lo indica será el mecanismo para poder controlar al niño durante la consulta odontológica.

Lo que se busca resaltar es conocer de manera detallada si con la técnica de adaptación adecuada y aplicada de modo correcto el paciente al momento del procedimiento más temido, mantiene la calma, con una actitud cooperadora, el profesional logra su meta y posteriormente el paciente no manifiesta secuelas psicológicas negativas luego del procedimiento, debido a que si el niño durante la exodoncia se manifiesta con gritos, bloqueos con la mano sobre la boca o cerrando la boca, llanto, e insultos, lo más probable es que las secuelas sean miedo y trauma al profesional, el deseo de asistir a una consulta odontológica sea nulo, en tal efecto colocando en una situación complicada para su salud bucal y en una situación difícil a sus padres interesados en su bienestar.

De acuerdo a todo lo anterior esta investigación tiene una relevancia desde una perspectiva social, dado que las familias se ven beneficiadas al contar con profesionales de la odontología que no solo garantizan óptimos tratamientos odontológicos, sino también un trato adecuado a los más pequeños de la casa que les aseguran una grata experiencia en cada visita a la consulta, por el manejo adecuado de la comunicación con los niños y sus emociones.

Por otra parte, desde el punto de vista investigativo el estudio es importante porque se constituye como un antecedente para otras investigaciones que sobre las técnicas de adaptación comunicativas u otros temas afines, realicen estudiantes de odontología de la Universidad José Antonio Páez o cualquier otra universidad, bien sea local, nacional o internacional.

Finalmente, para la Universidad José Antonio Páez esta investigación pasará a formar parte de una gran gama de trabajos científicos realizados bajo las estrictas directrices metodológicas de la universidad, configurándose como una contribución a la ciencia.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico o marco referencial, de acuerdo a lo mencionado por Arias (2012) es el producto de la revisión documental bibliográfica y consiste en una recopilación de ideas, posturas de autores, conceptos y definiciones que sirven de base a la investigación por realizar.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) afirma que es necesario conocer los antecedentes (estudios, investigaciones y trabajos anteriores), especialmente si el investigador no es experto en los temas o tema que se van a tratar o estudiar, afirmando:

Conocer lo que se ha hecho con respecto a un tema ayuda a: No investigar sobre algún tema que ya se haya estudiado a fondo...a estructurar más formalmente la idea de investigación...a Seleccionar la perspectiva principal desde la cual se abordará la idea de investigación (p.28)

Conocer esto permitirá elaborar una investigación que sea novedosa, e incluso inédita, así la investigación tendrá una temática con mayor claridad, sustentada de conocimientos científicos. Para esto, se realiza un recuento en orden cronológico de los estudios que por su temática se relacionan con la presente investigación.

Para iniciar este recuento Alfaro, L, Ramos, K, Redondo, A, Rangel, T, González, F (2014) en su trabajo titulado: “Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad”, trabajo que se presenta en la

Facultad de odontología de la Universidad de Cartagena, Colombia, basándose en una metodología de investigación cuasi-experimental, más específicamente de intervención. Dichos investigadores tenían como objetivo general evaluar los cambios que produce una estrategia de intervención educativa basada en la implementación de un protocolo para disminuir miedo y ansiedad dental en niños entre cinco y nueve años de edad.

La investigación resalta que el miedo y la ansiedad dental son señalados por muchos pacientes como un motivo para no acudir de forma regular al odontólogo. Esta circunstancia dificulta la atención odontológica de un gran número de pacientes pediátricos, e incluso puede llegar a impedir el tratamiento dental de algunos niños. Esta investigación tiene como objetivo evaluar los cambios que produce una estrategia de intervención educativa basada en la implementación de un protocolo para disminuir miedo y ansiedad dental en niños entre cinco y nueve años de edad.

Esta se desarrolló como un estudio de intervención cuasi experimental, en el cual se identificaron 81 niños con miedo y ansiedad dental con edades entre 5 y 9 años, mediante la implementación de dos escalas una para evaluar miedo dental (CFSS-DS) y otra para evaluar ansiedad dental (MDAS). Una vez identificados los niños miedosos y ansiosos; se realizó una intervención educativa basada en un protocolo de manejo para disminuir miedo y ansiedad dental; El cual estuvo dividido en cuatro sesiones; después de terminar la intervención, se aplicaron nuevamente a cada paciente las escalas de miedo y ansiedad con el fin de evaluar la eficacia del protocolo.

Los datos se analizaron en el paquete estadístico STATA versión 11.1, realizando estadística descriptiva a través de media, desviaciones estándar y proporciones, se utilizó la prueba ShaphiroWilk para evaluar normalidad y la prueba T Student pareada para establecer diferencias entre las mediciones de ansiedad y miedo antes y después de la intervención.

Al analizar los promedios de los puntajes obtenidos arrojados por el antes y el después de la intervención, se observó una disminución significativa del miedo y

ansiedad dental. En relación con la edad y el nivel de miedo y ansiedad dental, los niños entre 5 y 7 años de edad son los que más presentaron miedo y ansiedad dental. En el miedo dental no hubo diferencia significativa entre los estratos. En cuanto al nivel de escolaridad el protocolo tuvo más efectividad en los grados mayores tanto para miedo y ansiedad dental. Lo que indica que la estrategia para disminuir miedo y ansiedad dental tuvo resultados estadísticamente significativos.

Dado el objetivo en este estudio y los resultados obtenidos con la intervención, se llegó a la conclusión que se consideró como una herramienta que produce cambios significativos en la reducción de los niveles de ansiedad y miedo de los niños, manejando angustias en pacientes pediátricos de una manera que es más fácil, familiar y agradable para el pequeño. Por lo tanto, la utilización de un protocolo para disminuir miedo y ansiedad dental permitió brindar un tratamiento seguro y de calidad, con menor tiempo de atención y menor riesgo de producir daño físico y/o psicológico logrando la disminución del miedo y la ansiedad en el niño y un mejor comportamiento en la consulta lo que facilitó el tratamiento; trabajando desde el inicio de la consulta de manera secuencial ordenada y predecible.

Según lo expuesto se puede decir que dicho trabajo se relaciona con la presente investigación debido a que se enfoca en evitar la ansiedad y miedo del paciente niño, es decir, que se busca tener en un estado psicológico pacífico al paciente durante la consulta y tratamiento odontológico, eliminando por completo el trauma o secuela negativa del niño luego del tratamiento, llegando a la conclusión que si se utiliza un método correcto de manejo del niño se puede obtener lo que tanto se busca, que es cumplir con éxito el tratamiento y tener a un paciente feliz y satisfecho.

De manera semejante los investigadores Osorio H, Graterol A (2014) en su trabajo titulado: “Niveles de ansiedad y respuesta fisiológica en el niño de 5 a 10 años de edad ante los procedimientos odontopediátricos” en Carabobo, Venezuela, presentado en la Facultad de odontología de la Universidad de Carabobo, para optar al título de Odontopediatra, basándose en una metodología de investigación de campo de tipo cualitativo. Su objetivo de investigación general fue determinar los niveles de

ansiedad y respuesta fisiológica en el niño de 5 a 10 años de edad que acude al área clínica de Odontopediatría de 4to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo ante los procedimientos odontopediátricos.

La investigación dio a conocer que la ansiedad en niños ante la consulta odontológica, es una respuesta emocional que se presenta comúnmente, ya que perciben los procedimientos odontológicos como amenazantes y cuyas manifestaciones clínicas llevan al niño a un estado de alerta, condicionando la activación fisiológica periférica y la hiperactivación del sistema nervioso simpático.

La misma consistió en un estudio descriptivo, correlacional, bajo la modalidad de campo, realizado a una muestra probabilística intencional de 50 niños a los cuales se les evaluó la respuesta fisiológica de la ansiedad, a través del estudio de los diferentes signos vitales, la observación de la respuesta cognitiva y motora. Basándose en los resultados de la esta investigación se demostró que los niveles de ansiedad disminuyen conforme avanza la edad, la respuesta motora y cognitiva está presente en el mayor porcentaje de pacientes, mientras que la respuesta fisiológica en base a los signos vitales estudiados se observó alterada en menor o mayor medida, con una mayor frecuencia en los pacientes de 5 a 7 años de edad, siendo los parámetros con mayor alteración el Pulso y la Frecuencia Respiratoria.

Las conclusiones obtenidas se presentan a continuación: Al observar la conducta o respuesta cognitiva se constató que los niños entre 5 y 7 años tienden más a llorar y gritar, donde la frecuencia es de más del doble comparado con los niños de 8 a 10 años, donde estos últimos generaron su respuesta cognitiva expresando tener miedo o por el contrario no presentaron respuesta a nivel cognitivo. En la respuesta fisiológica en base a la Tensión arterial, hubo una frecuencia de solo 1 niño de 9 años con Tensión arterial baja, y de 5 niños ubicados entre los 5 y 7 años con Tensión Arterial alta; el resto de los niños presento Tensión arterial dentro de los parámetros normales. La respuesta fisiológica en base al Pulso arterial expreso que el grupo con mayor alteración de los parámetros fue el de niños 5 a 7 años de edad, así mismo la frecuencia de taquicardia fue mucho mayor que la de bradicardia.

La frecuencia respiratoria se vio aumentada (taquipnea) en 19 niños en total, siendo más frecuente en los niños de edades comprendidas entre 5 y 7 años, por su parte la bradipnea se presentó solo en 2 niños. La temperatura corporal estuvo por debajo del valor normal en solo un niño de 5 años de edad, mientras que el aumento de temperatura corporal se reflejó en 5 niños en edades comprendidas entre los 5 y 7 años; la mayor frecuencia presentó un parámetro de temperatura normal. La respuesta motora a la presencia de ansiedad estuvo presente en un alto porcentaje de pacientes, siendo esta muy variable donde los niños entre 5 y 7 años de edad adoptaron actitudes evasivas como voltearse y taparse la cara, mientras que los niños entre 8 y 10 años de edad expresaron miedo facial o no presentaron respuesta motora.

Se puede decir que lo expuesto anteriormente se enlaza con la investigación desarrollada, ya que su punto a estudiar es la determinación del nivel psicológico del paciente menor, es decir, el nivel de ansiedad que puede presentarse, y que tipo de alteraciones fisiológicas pueden resultar de esa alteración psicológica. Así que se busca señalar su estado psicológico durante un procedimiento odontológico determinando las causas, consecuencias y de qué manera puede afectar el sistema nervioso y fisiológico del niño, del mismo modo se sabe que si una experiencia que genera alteración fisiológica puede generar como resultado una secuela psicológica.

Seguidamente dentro del contexto a estudio, se presenta la investigación de Medina, Y, Méndez, S (2013) en su trabajo titulado: “Comportamiento del niño en la consulta odontológica ante diferentes técnicas de adaptación” Carabobo, Venezuela, trabajo que se presenta en la Facultad de odontología de la Universidad de Carabobo, para optar al título de odontólogo, usando un tipo de investigación con un diseño de campo-documental. Su objetivo general es comparar el comportamiento del niño en la consulta odontológica ante diferentes técnicas de adaptación empleadas por odontólogos y estudiantes de la facultad de odontología.

En resumen el enfoque de la investigación fue determinar que la buena conducta del paciente infantil a la consulta Odontológica es un componente clave para el éxito en la odontopediatría, para ello, existen las técnicas que se emplean en el

manejo de las emociones del niño, las cuales comprenden aquellos procedimientos que crean cambios en su manera de actuar, la presente investigación, tuvo como objetivo principal determinar el comportamiento del niño escolar en la consulta odontológica ante diferentes técnicas de adaptación, en los pacientes que acuden al servicio del área de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

De esta forma, tomando como muestra objeto de estudio a 45 pacientes, a quienes se les evaluó mediante una guía de observación, con el fin de comparar las técnicas de adaptación: Decir-Mostrar-Hacer, la Comunicación y Reforzamiento Positivo. Finalmente, se obtuvo como resultado que la técnica Decir-Mostrar-Hacer logró una mejor adaptación en los niños que acudieron a dicha área, siendo el género femenino las de mayor cooperación, marcando un nivel de comportamiento Definitivamente Positivo en la escala Frankl y Wright.

Las conclusiones derivadas de este estudio, se originaron una vez realizado el análisis y discusión de los resultados obtenidos, después de aplicar los instrumentos de recolección de datos, a los pacientes que conformaron la muestra objeto de estudio. La intención con ellas, es dar un aporte valioso y significativo al servicio de odontopediatría que presta la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, al determinar el comportamiento del niño ante diferentes técnicas de adaptación en la consulta odontológica en niños escolares, con la finalidad de ayudar a los estudiantes a realizar una efectiva técnica y tratamiento, de igual forma al paciente en adquirir un mejor comportamiento previo a la consulta odontológica.

A continuación, se presentan las siguientes conclusiones: De acuerdo con el resultado en la aplicación de la técnica Decir- Mostrar-Hacer distribuido por género según con la Escala de Frankl y Wright se halló que, en el nivel de comportamiento Definitivamente Positivo, el género femenino predomina en buena conducta, cooperación y motivación para el tratamiento odontológico. Con respecto a la aplicación de la técnica La Comunicación distribuido por género, se obtuvo como resultado que dentro de la escala definitivamente positivo y levemente positivo en

femenino hubo igualdad en los porcentajes, asimismo en el género masculino la igualdad de porcentajes estuvo en levemente positivo y definitivamente negativo, haciendo que la técnica no haya tenido un resultado significativo.

En lo que se refiere al comportamiento de los niños en la aplicación de la técnica de Reforzamiento Positivo distribuido por género, se determinó que en la técnica se destacó el género masculino siendo la mayoría en la escala de definitivamente positivo. Finalmente, dentro de la comparación de los niveles de Comportamiento de los niños por cada Técnica de adaptación según el género, siguiendo la 46 Escala de Comportamiento descrita originalmente por Frankl y Wright, evidenció en cuanto a los porcentajes más altos para cada una de las técnicas estudiadas, se observó un nivel significativo en cuanto a la técnica Decir-Mostrar-Hacer.

Se puede decir que el estudio expuesto anteriormente se relaciona con la presente investigación debido a que los investigadores señalan el comportamiento del paciente infantil durante la consulta como uno de los factores de gran importancia para el éxito del tratamiento odontológico, y de igual manera relacionan dicho comportamiento con las diversas técnicas de adaptación que se pueden ejecutar por parte del profesional para poder obtener del niño una buena conducta en el consultorio, generando así una experiencia agradable, beneficiosa y positiva.

De manera semejante Castillo, A, Loaiza, S, Contreras, M, (2014) en su trabajo titulado: “Niveles de ansiedad y su relación con el dolor en niños durante la consulta odontológica en la clínica del niño y del adolescente de la universidad José Antonio Páez”, Carabobo, Venezuela, trabajo que se presenta en la Facultad de odontología de la Universidad José Antonio Páez, para optar al título de odontólogo, de igual manera usando el modo de investigación cualitativa, con un diseño de campo-documental. Definiendo como objetivo principal el relacionar los niveles de ansiedad con el dolor en niños de edad escolar durante la consulta odontológica de la universidad José Antonio Páez.

De este modo, la investigación se enfocó en que la ansiedad y el dolor han sido reconocidos como los principales motivos que dificultan la atención del niño en odontología, por lo cual se ha propuesto el uso de instrumento de evaluación, para conocer los valores de estos en pacientes odontopediátrico. Con el propósito de determinar los niveles de ansiedad y dolor en niños escolares que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la universidad José Antonio Páez se aplicó un diseño no experimental y transeccional, de tipo descriptivo y correlacional.

Se consideró una muestra de 40 escolares, a quienes se les explico la escala de Corah y escala de Wong Baker. Los resultados encontrados fueron: En la muestra estudiada los niños como las niñas evidenciaron ansiedad frente al tratamiento odontológico, sin existir diferencias destacadas entre ellos, en relación a la edad, la ansiedad disminuye conforme aumenta la edad, en cuanto al dolor se demostró que al igual que en los niveles de ansiedad, el dolor de los pacientes objeto de estudio fue mayor para el sexo femenino. El dolor con respecto a la edad es mayor para los niños en edades de 4 a 6 años. Se demostró que existe relación entre los niveles de ansiedad y los niveles de dolor, los escolares que presentaron mayores niveles de ansiedad presentaron mayores niveles de dolor y viceversa, similar a otros estudios realizados con anterioridad

Los investigadores llegaron a que las conclusiones derivadas de este estudio se originaron una vez realizado el análisis y discusión de los resultados obtenidos, después de aplicar los instrumentos de recolección de datos, a los pacientes que conformaron la muestra de objeto de estudio. La intención con ella, es dar un aporte valioso y significativo al servicio de odontopediatría que presta la facultad de odontología de la universidad José Antonio Páez, al determinar los niveles de ansiedad y dolor en niños escolares, con la finalidad de ayudar de vencer el temor y la angustia previa al tratamiento dental.

Concluyendo de esta forma que a través de la aplicación de Corah tanto en los niños como en las niñas evidenciaron ansiedad frente al tratamiento odontológico, sin existir diferencia destacable entre ellos. De igual forma, los niveles de ansiedad, en

relación a la edad, demostraron que disminuye conforme aumenta la edad, y es mayor en los niños de edades de 4 a 6 años. Así mismo, se concluyó mediante la aplicación de la escala de Wong Baker que los niveles de dolor prevalecen en el sexo femenino y los niveles del dolor con respecto a la edad son mayores para los niños en edades de 4 a 6 años. En este sentido, se demostró que existe relación entre los niveles de ansiedad y de dolor, los escolares que presentaron mayores niveles de ansiedad presentaron mayores niveles de dolor.

Es así como, la investigación expuesta anteriormente se vincula con la investigación a desarrollar, debido a que su enfoque a estudiar y analizar es el comportamiento de los niños en el consultorio odontológico, o mejor dicho el comportamiento y sensación del paciente niño durante los procedimientos odontológicos, más que todo estableciendo un rango de relación entre la ansiedad (alteración psicológica) y el dolor que puede presentar ese niño durante el procedimiento odontológico.

Para finalizar León, M, Suarez, V (2016) en su trabajo titulado: “Impacto psicológico en pacientes sometidos a proceso de Bichectomía que acuden al área de cirugía bucal de la clínica ecodental” trabajo realizado en Carabobo, Venezuela y presentado en la Facultad de odontología de la Universidad José Antonio Páez, para optar al título de odontólogo, usando el tipo de investigación cualitativa, basándose en un diseño de campo-documental, con el objetivo principal de analizar el impacto psicológico en pacientes intervenidos en el área quirúrgica de la Clínica Ecodental sometidos a la Resección de las Bolas de la Bichat o Bichectomía.

De modo que el presente estudio tuvo como propósito analizar el impacto psicológico en pacientes intervenidos en el área quirúrgica de la clínica Ecodental sometidos a la recepción de las bolas de bichat o Bichectomía. En este estudio se analizaron diversos aspectos psicológicos que presentaban 10 pacientes antes y después de ser sometidas al procedimiento de Bichectomía. El estudio se calificó como una investigación de tipo aplicada y el diseño fue longitudinal retrospectivo. La

población estuvo conformada por 10 pacientes y la muestra la constituye el mismo universo de estudio.

En cuanto a la técnica de recolección de datos implementada fue la encuesta, la cual se empleó antes y después de la Bichectomía. Se llegó a la conclusión de que en la evolución post operatorio no hubo relación significativa con el perfil psicológico o el estado de salud del paciente y después de la operación no aumento la ansiedad y mejoraron significativamente las limitaciones sociales y psicológicas.

De tal modo que los investigadores llegaron a la conclusión que: En primer lugar, es importante destacar que es más frecuente que se sometan a procesos de Bichectomía las mujeres y que la edad en que se apliquen ese procedimiento oscile entre los 21 y 40 años de edad. También que existe una mayor sensibilidad cuando las pacientes están hospitalizadas que cuando son tratamientos ambulatorios.

Las mujeres presentan mayor ansiedad y depresión que los hombres. A mayor edad se observa menor grado de ansiedad, y que el factor enfermedad influye en el nivel de ansiedad. De la misma forma la ansiedad es mayor en intervenciones bucodentales. Por último, se evidencio que la evolución post operatoria (dolor, trismo e inflamación) no exhibió relación significativa con el perfil psicosocial, el perfil de sueño o el estado de salud del paciente. Entre las características del paciente que han influido en la satisfacción, hemos obtenido que los pacientes de menor edad fueron los menos satisfechos en el tratamiento. Así mismo entre los factores desencadenantes de la ansiedad y el estrés en este estudio destaca las preocupaciones por lo que atiende habitualmente, por tener molestias por la operación y el dolor debido a esta.

El estudio presentado por los autores mencionados anteriormente guarda relación con la presente investigación, ya que ambas se enfocan en analizar y describir el proceso psicológico que atraviesa un paciente al momento de realizarse un procedimiento odontológico; Evidentemente se observa que la investigación citada se enfoca en adultos, pero se enfoca específicamente en el impacto psicológico de un paciente y que puede traer como consecuencia diversas secuelas, ya sea desde miedo

a ansiedad en diferentes escalas, de la misma manera como lo puede presentar un paciente de menor edad al enfrentarse a un procedimiento odontológico.

2.2 BASES TEÓRICAS

Las bases teóricas son el análisis sistemático y sintético de las principales teorías que explican el tema que estás investigando. (Varas, 2010)

Según Bavaresco, A. (2006) sostiene que las bases teóricas tienen que ver con las teorías que brindan al investigador el apoyo inicial dentro del conocimiento del objeto de estudio, es decir, cada problema posee algún referente teórico, lo que indica, que el investigador no puede hacer abstracción por el desconocimiento, salvo que sus estudios se soporten en investigaciones puras o bien exploratorias.

Así mismo, Arias (2012) afirma que “Las bases teóricas implican un desarrollo amplio de los conceptos y proposiciones que conforman el punto de vista o enfoque adoptado, para sustentar o explicar el problema planteado”. (p. 107)

2.2.1. Psicología y Conducta

Desde el momento del nacimiento, el ser humano queda expuesto a una serie de situaciones en su relación con el medio externo, lo que obliga al organismo a buscar constantemente un equilibrio, el cual se ha denominado “equilibrio homeostático”.

La pérdida de equilibrio homeostático crea un estado de tensión en el individuo. Bleger sostiene que la tensión recibe distintos nombres, según su predominio en algunas de las áreas de manifestación de la conducta; si aparece en el área de la mente, se denomina ansiedad; si aparece como fenómeno predominante en el cuerpo, se denomina angustia; y si aparece ligada a un objeto concreto se llama miedo.

Por lo tanto, la conducta es una respuesta al estímulo y a la vez una defensa, por cuanto protege al individuo de la desorganización. La coexistencia de conductas contradictorias, incompatibles entre sí, configuran un conflicto. Los conflictos se

plantean en la vida diaria de cada individuo, como consecuencia de las situaciones naturales y sociales, y este reacciona con diversas conductas, que son reacciones del organismo antes la situación total.

El campo psicológico lo constituye la totalidad de hechos coexistentes e interdependientes. Los individuos existen en un campo psicológico de fuerzas que determina su conducta. Este componente psicológico circunda a cada individuo y se llama espacio vital, que es un espacio subjetivo, diferenciado, que está referido a la forma en como cada individuo percibe el mundo, sus metas, sus esperanzas, sus miedos, sus experiencias pasadas. Pero además de tener el campo componentes subjetivos, tiene también aspectos objetivos como las condiciones ambientales físicas y sociales, que actúan limitando el campo psicológico. La percepción social (manera particular como el individuo interpreta las acciones, los atributos o intenciones de los otros individuos; la atmósfera social o determinadas situaciones de la vida) encauzan el comportamiento (Lewin, 1969).

Si no hay cambios en el campo psicológico, no habrá cambios en la conducta de las personas y viceversa. El comportamiento humano debe ser visto en su totalidad y no puede ser analizado por partes. El fundamento del dinamismo conductual se encuentra en las necesidades y la relación existente entre el individuo y los objetos, es el punto de partida dinámico de la conducta. A partir de Lewin se sabe que la asociación como tal no tiene efecto de activación o fuerza motivante. Una iniciativa es apropiada por un individuo, cuando la persona se ha comprometido en ella (ego-involvement). Para los sujetos alcanzar el fin que se han propuesto, adquiere una importancia personal, ya sea por prestigio o incentivo personal. Existe una tendencia en los individuos a no abandonar lo que le interesa personalmente y en lo que está comprometida su propia iniciativa, su compromiso personal, su tendencia al autodesarrollo. La fijación de metas, de objetivos, depende en gran medida de las normas de grupo. De las experiencias realizadas en la reeducación de alcohólicos y delincuentes (Lewin, 1969) encontraron que resultaban más simple y fácil modificar hábitos sociales en un pequeño grupo tratado como un todo, que haciéndolo con

individuos aislados. La conducta es para Lewin el resultado de los procesos que se dan en la vida de los grupos. Asimismo, un liderazgo autoritario, democrático o laissez-faire, determina el desempeño del grupo.

Entonces según Lewin en sus investigaciones, definió 3 tipos de conflictos:

El de atracción- atracción: en donde el sujeto se enfrenta con dos objetos atrayentes, que él desea, pero son incompatibles entre sí. Ejemplo: debe decidir entre dos carreras que le son igualmente atractivas.

El conflicto rechazo- rechazo: en donde el sujeto se ve obligado a escoger entre dos objetos o situaciones desagradables para él. Ejemplo: el soldado que debe decidir entre matar a otro para defenderse, huir o pasar por cobarde.

El conflicto de atracción- rechazo: en donde el sujeto se enfrenta con dos tendencias o actitudes contradictorias, dirigidas hacia el mismo objeto. Esta tendencia contradictoria hacia el mismo objeto se llama ambivalencia. Ejemplo: amar y odiar al mismo tiempo a la misma persona. Esta ambivalencia produce una sobrecarga de emotividad, un conflicto interno entre los impulsos de ataque y de huida, que puede producir pánico si no llega a exteriorizarse.

En resumen, se puede decir que la conducta del individuo es la respuesta de su organismo a estímulos provenientes del medio que lo rodea, y que lógicamente, estas conductas van cambiando a medida que el individuo crece y madura.

2.2.2. Reacciones del niño ante los estímulos

Por carecer de capacidades perceptivas y discriminativas, el recién nacido reacciona a estímulos amenazantes con respuestas globales, difusas, indiferenciadas; son las llamadas “reacciones emocionales primarias”, representadas básicamente por la ira y el miedo.

La ira tiene manifestaciones corporales, como el llanto, enrojecimiento del rostro, pataleo y otras. En el miedo, en cambio, ocurre palidez, paralización momentánea, posturas fetales, etc.

Cuando el estímulo es de aparición brusca, como ocurre cuando el niño es lanzado al aire, la intensidad de la emoción aumenta, y las respuestas fisiológicas son más marcadas. En este caso observamos que el niño adopta de inmediato una posición fetal, se pone pálido por vasoconstricción periférica, el corazón detiene momentáneamente sus latidos, para luego latir a un ritmo acelerado.

El lactante no tiene conciencia del estímulo que le produce miedo, pero a medida que crece se desarrolla su capacidad mental, va tomando conciencia de esos estímulos y reacciona ante ellos para resolver así los problemas que día a día se le plantean.

Estos estímulos o situaciones, como vimos al comienzo, se le pueden plantear en forma de conflictos, que son situaciones amenazantes para su vida emocional. Ante los conflictos, los niños pueden experimentar diversos sentimientos, tales como: soledad, vergüenza y culpabilidad, los que a su vez generan miedo, angustia o ansiedad.

2.2.2.1. Soledad

Los seres humanos en sus primeros años de vida, dependen de otras personas para su subsistencia. Temen, por tanto, estar solos, y la separación de la madre constituye para él una amenaza mortal, pues ella es fuente de alimento, protección y sobre todo, de amor. La privación del amor materno es una de las principales causas de neurosis infantil.

A los 2 años de edad, el miedo a la separación u a lo desconocido es considerado como factor de angustia en los niños, y se acentúa a los 3 años, cuando el niño se hace consciente de su “yo”.

En la mayoría de los casos, la buena orientación de estos temores hace que el niño los vaya superando con la madurez; pero en otros casos, el miedo a la soledad se convierte en ansiedad, y es tal la intensidad de este sentimiento, que lleva al niño a sacrificar sus criterios, principios y libertad, con tal de evitar estar solos.

2.2.2.2. Vergüenza

La vergüenza es una emoción primaria, que se origina de situaciones específicas, y su manifestación fisiológica es el sonrojo. La fuente de la vergüenza es, por lo general, el temor a hacer el ridículo.

Cuando la dinámica interna del individuo lo lleva a hacer de este sentimiento una sensación de angustia, la persona se hace vulnerable a situaciones que amenazan real o supuestamente su dignidad, y reacciona intensamente ante ellas.

El individuo que teme a la vergüenza se caracteriza por su timidez y solo puede protegerse inhibiendo sus tendencias o limitando sus actividades.

2.2.2.3. Culpabilidad

La culpabilidad es un sentimiento que se experimenta cuando se violan los preceptos morales aceptados como válidos. Cuando este sentimiento actúa como fuente de angustia, el individuo reacciona de diversas formas: con arrepentimiento o con remordimiento.

En resumen, los niños temen fundamentalmente a ser abandonados, humillados o castigados, y el temor a padecer tales experiencias se convierte en fuente de miedo, ansiedad o angustia para ellos.

2.2.2.4. Miedo y ansiedad

El miedo es una emoción desagradable causada por una amenaza real o imaginaria de peligro. Es una respuesta primitiva que protege al individuo contra daños. Y la ansiedad es un estado de desorganización del organismo que puede variar desde una pequeña señal de alarma hasta el pánico mismo. Cuando se acompaña de ciertas sensaciones corporales, como palidez, sudoración, sensación de vacío en el estómago y otras, se transforma en angustia.

Fisiológicamente, implica cambios bioquímicos y fisiológicos, con participación del sistema nervioso de la vida de relación, el sistema endocrino y sistema neurovegetativo. Esto significa que, proporcional a la intensidad de la

ansiedad, el funcionamiento interno del individuo se desorganiza y la relación de la persona con el mundo objetivo se debilita hasta el punto, que, en casos severos, experimenta una “disolución de sí mismo”.

Tanto el miedo como la ansiedad son reacciones globales de la personalidad, pero entre ambas existen claras diferencias:

- En el miedo: el sujeto conoce el objeto al cual teme, como la amenaza es externa, sabe de dónde viene el peligro; no hay conflicto presente y su duración es aguda.
- En la ansiedad: el sujeto desconoce al objeto que lo amenaza, pues esta proviene del sujeto mismo; su duración es crónica, siempre está latente en el individuo y el conflicto está presente.

La psicología científica ha puesto de relieve un número considerable de conductas de defensa y actualmente se habla, en forma teórica, de alrededor de 20 mecanismos de defensa. Se describirán aquellos mecanismos más relevantes en relación con la conducta de los niños y jóvenes.

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas”, que significa congoja o aflicción. Horacio (2002) la define como “un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se evidencia como una amenaza inminente”. Desde una perspectiva evolutiva, el miedo es considerado como una emoción esencial e inevitable, aumenta la respuesta fisiológica de “lucha o huida” (“fight or flight”) en momentos de peligro y provee un impulso de cautela y prudencia, por lo que da al niño un medio de adaptación a las tensiones y estrés de la vida (Chapman y Kirby-Turner, 1999).

De forma muy importante, cabe destacar que la ansiedad siendo considerada en el campo de la psicología como una emoción, tiene tres dimensiones: fisiológica, cognitiva y conductual, siendo conocido también como el “Modelo Tripartito de la Ansiedad de Lang” (Horacio, 2002). Las emociones se caracterizan por una serie de reacciones fisiológicas o motoras propias, así como por la facilitación de

determinadas conductas que pueden llegar a ser adaptativas (Horacio, 2002; Choliz, 2005).

Es así como, la ansiedad es una emoción que tiene por objeto un incremento de la activación fisiológica para ponernos en alerta ante posibles amenazas externas y movilizarnos hacia la acción para sortear dichas amenazas, La ansiedad se produce siempre como consecuencia de dificultades a la hora de adaptarnos a los cambios que se van produciendo en nuestra vida. (McDonald, Dean Y Avery; 2014)

2.2.3. Características físicas de la ansiedad

Los cambios fisiológicos producto o manifestación de ansiedad son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico. Por lo general sólo percibimos algunos de los desórdenes persistentes que provoca esta activación des adaptativa. La persistencia de estos cambios puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios. (Virgen, Lara, Morales; 2005)

- Taquicardia
- Palpitaciones
- Opresión en el pecho
- Falta de aire
- Temblores
- Sudoración
- Molestias digestivas
- Náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago
- Tensión y rigidez muscular
- Hormigueo
- Sensación de mareo e inestabilidad.

2.2.4. Ansiedad en la consulta odontológica o ansiedad dental

Antes y durante la atención clínica el miedo leve y ansiedad son esperables, consistentes con un desarrollo normal, pero se vuelven una preocupación y una potencial necesidad de tratamiento cuando el miedo o la ansiedad son desproporcionados al trato y cuando las funciones de la vida diaria se deterioran o afectan debido a ello (Klingberg y cols., 2002).

La ansiedad expresada por el paciente se desarrolla previa o durante la atención dental, por lo que “Ansiedad frente a la Atención Dental” pareciera ser un término más adecuado que “Ansiedad Dental”, sin embargo, para efectos de este trabajo de investigación se usará el término “Ansiedad Dental” ya que es un término perteneciente al Medical Subject Headings (MeSH) y es ampliamente utilizado en la literatura y referencias internacionales.

Entonces, la ansiedad dental denota un estado de aprehensión de que algo terrible pasará en relación al tratamiento dental, y va acompañado de la sensación de pérdida de control. Más aún, la fobia ante el tratamiento dental representa un severo tipo de ansiedad dental que es caracterizado por una marcada y persistente ansiedad en relación a objetos o situaciones claramente perceptibles (Ej. Inyecciones, ruido de la turbina), o a situaciones odontológicas en general. Los conceptos miedo ante el tratamiento dental, ansiedad ante el tratamiento dental y fobia ante el tratamiento dental son a menudo usados indistintamente en la literatura. (Klingberg y cols., 2002; Diercke y cols., 2012)

2.2.5. Ansiedad dental en odontopediatría

La ansiedad dental en los niños es relativamente usual en un entorno odontológico, éste contribuye a la derivación del niño a un especialista odontopediatra. El miedo dental puede causar serios y frecuentes problemas a dentistas y pacientes, y a menudo da lugar a efectos dolorosos que podrían agravar la situación dental debido a reacciones como evitación de la atención, cancelación de

citadas, llanto y enojo, siendo también un predictor de la incidencia de caries dental. (Shapiro y cols., 2007; Lara y cols., 2012)

Es así como, la ansiedad dental infantil se refiere principalmente a aquella relacionada íntimamente con todos y cada uno de los procedimientos en lo que a salud bucodental se refiere. Se estima que afecta a un gran porcentaje de los niños en edad escolar, siendo la infancia el origen, en la mayoría de los casos, de estas actitudes negativas frente a la odontología, las cuales se deben de eliminar en vista a tratamientos futuros. El éxito de la Odontopediatría depende, no sólo de las habilidades del profesional, sino también de la capacidad de este de conseguir cooperación por parte de los pacientes. En el caso de niños no colaboradores, es decisivo establecer desde el principio, una relación de confianza con situaciones como el inicio del colegio y visitas al odontólogo, entre otras.

En este sentido, esta se presenta por los siguientes factores:

1. El ruido de la turbina.
2. Oír al paciente que está dentro del consultorio quejarse.
3. La vista de los instrumentos con que lo van a tratar, especialmente la aguja.
4. La extracción de un diente.
5. El ruido del compresor.
6. El hecho de ver sangre.
7. Abrir la boca para ser inyectado.
8. Ver que inyectan a otro paciente.
9. Sentarse en el sillón dental.
10. El olor de los medicamentos.
11. Ver al odontólogo con la bata blanca.
12. Referencias y malas experiencias de familiares o amigos.
13. Miedo a lo desconocido.

2.2.6. Mecanismo de defensa contra la ansiedad/ miedo y posibles consecuencias

2.2.6.1. Represión

Consiste en alejar del campo de la consciencia los impulsos, tendencias o recuerdos que pueda producir ansiedad, pues los mismos son incompatibles con otras tendencias inaceptables para la moralidad de la persona, que de otra forma generarían angustia, culpabilidad y vergüenza.

Freud designa como represión a la inhibición inconsciente de una necesidad impulsiva. La represión es la protección inconsciente del individuo ante una carga insoportable de su angustia.

En la niñez, este mecanismo es muy frecuente debido a que la capacidad de resolver conflictos, posponer la satisfacción de impulsos o renunciar a ellos, es muy débil en los niños.

Esta exclusión o represión puede realizarse sobre objetos reales, y hay una negación de la realidad externa; también puede realizarse sobre alguna parte del cuerpo, generalmente sobre los órganos genitales; esto ocurre especialmente en relación con los padres, en quienes la admisión de la sexualidad crea un conflicto en el sujeto que necesita mantenerlos idealizados.

En algunos individuos ocurren obliteraciones enteras de las llamadas “personalidades múltiples”; también se observa en las amnesias histéricas, donde grupos de conocimientos y memorias, relacionadas con el conflicto, son expulsados transitoriamente del campo de la consciencia.

2.2.6.2. Racionalización

Es una forma de negación en la que, para evitar el conflicto, se dan razones o argumentos para las conductas del individuo. Generalmente, este proporciona razones socialmente aceptables a su propia conducta, pues la razón verdadera no es admisible en su consciencia, y si llegara a ella provocaría dolorosos sentimientos de culpa que le

producirían fuerte ansiedad. Por ejemplo, el padre que castiga duramente a su hijo, diciendo que lo hace “por su bien”, cuando realmente lo hace para desahogar la ira que siente contra el niño.

En la racionalización, el individuo escoge impensadamente entre varios motivos coexistentes, aquellos que le son más aceptables, más defendibles y más razonables, y refuerza la represión de los más inaceptables. Otros ejemplos es el del estudiante que debe escoger entre dos carreras, y permanece sin estudiar “porque no sabe por cual decidirse”, cuando la verdadera razón es el miedo al fracaso.

2.2.6.3. Sobrecompensación o formación reactiva

La tendencia natural del hombre está orientada hacia el equilibrio. Cuando existe un lado débil en nuestra personalidad, buscamos el equilibrio en otro aspecto, a fin de confirmar nuestra autoestima. Esto es lo que se llama compensación. Un caso típico es el niño físicamente débil que compensa este problema cultivando una gran habilidad para la música o para el dibujo. O el caso de un muchacho robusto, pero no inclinado a los estudios, que se dedica y se destaca en los deportes.

Pero hay ciertas tendencias poderosas que solo pueden mantenerse reprimidas con el desarrollo de otras tendencias diametralmente opuestas. Ocurre así una sobrecompensación.

Así como la compensación está orientada al equilibrio, la sobrecompensación lo está hacia el sobreequilibrio, es decir, hacia otro desequilibrio. Realmente es una fuga hacia adelante. Un ejemplo de ello es el individuo con tendencias sádicas y agresivas, quien sobrecompensa dichas tendencias con rasgos de excesiva limpieza, meticulosidad y escrupulosidad, o los individuos que sobrecompensan sus impulsos amorales con una actitud hipermoral.

2.2.6.4. Conversión

Es un mecanismo que se pone en juego en situaciones agudas de conflicto. La carga emocional reprimida, cuyo paso a la consciencia no es permitido, se desvía a

través del sistema nervioso de la vida de relación y se expresa en síntomas o manifestaciones orgánicas, como: parálisis, dolores diversos, temblores, etc. Estos conflictos se fijan como conductas en algunas partes del cuerpo. El síntoma físico tiene una función utilitaria en el equilibrio de la personalidad, pues permite eludir la responsabilidad en el conflicto.

Lo que sucede muchas veces es que la angustia psíquica afecta al sistema motor y produce parálisis; también es muy frecuente que afecte al sistema glandular.

2.2.6.5. Proyección

Consiste en atribuir a objetos exteriores ciertas características, intenciones o motivaciones que el sujeto desconoce en sí mismo. Por lo general ocurre como una tendencia a defendernos, atribuyendo a otros nuestras intenciones malévolas o nuestras culpas.

Es una justificación de nuestras propias deficiencias, acompañada de una proyección inculpadora sobre los demás.

Por ejemplo, el niño que corre perseguido por otro, tropieza con un objeto o persona y culpa al niño que lo estaba persiguiendo. En niños pequeños, ante conflictos o peleas, es muy frecuente oír decir: “el empezó, no yo”.

2.2.6.6. Regresión

Hay niños que, ante una situación de temor, retroceden a una fase anterior de evolución. Es como si el niño que no está satisfactoriamente adaptado a su ambiente huyera hacia el pasado, hacia su cuna de bebe, donde se sentía seguro y protegido.

Este mecanismo es frecuente en niños pequeños y aparece usualmente cuando nace un hermanito; la ansiedad que produce la idea del nuevo bebe, de que lo desplace y obtenga la atención y el cuidado que él venía recibiendo, lo llevan a adoptar conductas regresivas para llamar la atención y conservar los cuidados y atenciones que él venía recibiendo. El chuparse el dedo y orinarse en la cama, son

ejemplos de conductas regresivas cuando estas han sido suprimidas desde algún tiempo atrás.

2.2.6.7. Desplazamiento o sustitución

Mediante este mecanismo, las cargas emocionales son desplazadas de un objeto que no se relacionan. Por ejemplo, el individuo que está en un conflicto de ambivalencia, donde ama y odia al mismo tiempo a su madre, como esta es necesaria para su subsistencia, mantiene la parte buena del conflicto hacia la madre (el amar) y desplaza la parte mala del objeto hacia un hermano (el odio).

En psicopatología, este mecanismo es una de las conductas típicas de la fobia, en la que la angustia inherente al conflicto es desplazada hacia un objeto (insecto, ascensores, etc.) los cuales se hacen peligrosos y temidos para el sujeto. Cualquier objeto puede adquirir esa significación sustitutiva y puede generar una obsesión fóbica que expresa simbólicamente no solo la angustia al mundo real, sino también la necesidad de autojustificación.

2.2.6.8. Sublimación

Consiste en modificar una tendencia inaceptable, hacia formas de expresión que, siendo apropiadas para aliviar la tensión original, no solo son inobjectables, sino socialmente valiosa.

Es la integración y resolución de la ambivalencia que produce el conflicto, de modo que la integración se canalice y sea socialmente bien aceptada. Por ejemplo, la poesía y la literatura pueden proporcionar satisfacciones, que sustituyen los impulsos eróticos, actividades deportivas como la cacería, el boxeo, pueden proporcionar satisfacciones socialmente aceptables en tendencias agresivas al individuo.

2.2.6.9. Identificación e introyección

La identificación es el deseo de ser como otros. La introyección es el deseo de retener las cualidades de otro. Ambos mecanismos son responsables de que el niño incorpore y asimile las actitudes e intereses de sus padres y de su grupo social.

La introyección cumple un papel fundamental en el desarrollo de la personalidad y en la formación del carácter del niño, pues si el padre es un modelo fuerte y seguro afianza la seguridad el niño; pero si el padre es un modelo inadecuado, un padre psicótico, el niño se siente ansioso e inseguro, pues ha adsorbido los atributos indeseables del modelo.

La identificación puede ocurrir a nivel consciente, como ocurre cuando se imita deliberadamente la vestimenta y actitudes del actor de moda, pero también puede ocurrir a niveles inconscientes, la identificación con los padres facilita al niño el aprendizaje en el arte de vivir, dándole a la vez más seguridad en sí mismo.

2.2.6.10. Retraimiento o retirada

Es uno de los mecanismos de defensas más frecuentes en los niños en edad preescolar. Consiste en evitar o huir de situaciones o personas amenazantes. Evitar significa abstenerse, y abstenerse significa, muchas veces, renunciar. Por ejemplo, huir al llegar un extraño, o no acercarse a jugar con un grupo de niños desconocidos.

Esta respuesta de retraimiento aparta transitoriamente a los niños de la situación temida; pero si el retraimiento se mantiene como una conducta repetida, desadaptará al niño de tal forma, que se le hará sentir miedo ante todas las situaciones de atención o ante problemas, y tal vez no aprenda nunca a manejar nunca las crisis inevitables en el transcurso de su desarrollo. La excesiva evitación provocada por el miedo, puede resultar en una considerable perturbación en la capacidad de adaptación del individuo, haciéndolo antisocial, e inclusive hostil a la sociedad, esto ocurre cuando existen padres excesivamente protectores, que quieren evitar a sus hijos toda clase de situaciones riesgosas, y, por lo tanto, el niño evita este tipo de situaciones

2.2.7. Variables que influyen en la conducta del niño durante la consulta

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 (Guarderas; 2016).

2.2.8. Influencia de padres en la conducta de los niños en odontopediatría

Al momento de enfocarse en el comportamiento y desarrollo conductual de los niños se puede decir que los padres, o las madres en si cumplen un papel de gran importancia; numerosos estudios han demostrado que aquellas madres que permiten autonomía y expresan afecto, el desarrollo evolutivo y conductual es positivo, debido a que tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos. Contrariamente, a los hijos de madres punitivas y que son ignorados, presentan un desarrollo conductual con bloqueos, y los cuales no presentan estas características positivas de una buena conducta.

Aunque existen diversas escalas ante las actitudes maternas que afectan el desarrollo de sus hijos, se pueden describir las más frecuentes:

2.2.8.1. Sobreprotección: situación madre-hijo caracterizada por el cuidado excesivo del niño, esta actitud retrasa su maduración psicológica. Si se acompaña de dominancia, el niño será un paciente colaborador, aunque puede ser de gran dificultad establecer comunicación con él. Si se acompaña de sobreindulgencia, el niño podrá comportarse en la consulta de una manera agresiva si se contradicen sus deseos.

2.2.8.2. Sobreindulgencia: Esta actitud se caracteriza por las pocas restricciones sobre la conducta del niño. Son los conocidos como niños “sin límite”, y en el consultorio odontológico pueden ser pacientes muy difíciles, que muestran berrinches y/o conductas agresivas cuando no logran dominar la situación.

2.2.8.3. Carencia afectiva: Esta actitud de la madre, es aquella que demuestra una falta de afecto hacia el niño, que varía desde una despreocupación o indiferencia,

hasta descuido total. En la consulta odontológica se muestran tímidos, lloran fácilmente y pueden mostrarse reacios a colaborar. Requieren tolerancia y afecto por parte del odontólogo tratante.

2.2.8.4. Rechazo: Esta actitud se manifiesta por el descuido del niño, quien es sometido a frecuentes castigos y regaños por parte de los padres, o familiares. Los casos de maltrato deben ser denunciados lo antes posible, ante las autoridades competentes. Suelen ser pacientes difíciles, que requieren afecto y comprensión por parte del odontólogo.

2.2.8.5. Autoritarismo: En esta actitud predomina la imposición de la autoridad mediante el castigo o el ridículo verbal. Acostumbrados a obedecer órdenes, estos niños se comportan adecuadamente en el consultorio, aunque pueden retardar indirectamente el tratamiento mediante conductas evasivas (piden ir al baño, hacen muchas preguntas, etc.).

Las actitudes maternas señaladas anteriormente pueden afectar adversamente la personalidad en el desarrollo del niño y esto, a su vez, puede conducirlo a mostrar una conducta una conducta inapropiada en la situación odontológica. (Guarderas; 2016).

2.2.9. La conducta del niño en odontopediatría

La conducta del niño en el consultorio odontológico no solamente dependerá como se dijo anteriormente, de las actitudes maternas. El odontólogo debe obtener datos acerca del niño, que le van a permitir conocer y percibir al niño en su totalidad.

Para la obtención sistemática de todos estos datos es recomendable realizar una encuesta psicoconductual, en donde la madre nos facilite información importante acerca del niño, que servirá para crear expectativas de conducta ante el tratamiento odontológico a realizar.

Algunos de estos datos son: Edad cronológica, estructura familiar, nivel socioeconómico, nivel y rendimiento escolar, conducta en el hogar, comportamiento con el pediatra, experiencias odontológicas previas, hospitalizaciones, intervenciones

quirúrgicas, temor a algún objeto o evento especial, juegos o actividades predilectas, destrezas o intereses especiales, etc.

La edad cronológica es una de las guías más importantes para predecir el comportamiento del niño. De ella dependerá la posibilidad de autocontrol del niño, su capacidad de raciocinio, sus temores (que son diferentes para cada edad) y su grado de madurez emocional para colaborar durante el tratamiento.

Los niños muy pequeños no han logrado aún una madurez emocional suficiente, como para racionalizar la necesidad del tratamiento odontológico o para enfrentarlo satisfactoriamente. Afortunadamente la intervención dental en niños menores de tres años es poco frecuente; procedimientos menores que requieren poco tiempo, pueden ser realizados en el consultorio, pero si existen problemas mayores como caries rampante, etc., es preferible utilizar otros métodos más complejos, como la anestesia general o sedación.

A partir de los 4 años, la adaptación se facilita por la disminución del miedo a lo desconocido, una mayor madurez emocional y un aumento de la socialización. A esta edad puede ser fácilmente separado de sus padres, y si se conduce en la forma adecuada, puede ser un excelente paciente.

A medida que aumenta la edad del niño, lógicamente la adaptación será mas fácil ya que el niño habrá desarrollado mayores y mejores destrezas sociales, y aprendiendo a autocontrolarse y a aceptar situaciones no placenteras.

El adolescente requiere explicaciones reales más detalladas. La experiencia con adolescentes puede ser muy agradable y satisfactoria si son tratados adecuadamente. Cabe destacar que en ocasiones la edad cronológica no se corresponde con el desarrollo con el desarrollo psicomotor que el niño presenta, es por ello importante que el odontólogo este familiarizado con las características básicas del niño desde su nacimiento hasta la adolescencia, para así poder diagnosticar los casos que no se correspondan.

El conocimiento de los miedos, acordes o discordantes con la edad, es crucial para poder adaptar al niño. Acerca del miedo es importante saber que es una reacción

natural que sirve para alejarse de los peligros. El miedo racional y el miedo instintivo son normales. Así, la ausencia de miedo entre los 2 a 6 años puede ser de orden patológico.

Un niño de muy pocos meses se asusta frente a cualquier estímulo fuerte, como, por ejemplo, una luz intensa, o un ruido estridente, o cuando cree que va a perder la base de sustentación.

Entre los 6 y 12 meses la mayoría de los niños comienzan a desarrollar un miedo a las personas extrañas. Después de los 2 y 3 años, aparecen los miedos a los animales, y está muy marcado el miedo a la separación de la madre.

A la edad de 4 a 6 años es común que los niños les teman a figuras imaginarias, tales como a los fantasmas y a la oscuridad. Otros miedos comunes son el temor al viento, a los truenos y a los rayos.

El miedo a los ladrones, a la muerte, a herirse, aparecen después de los 7 años. Algunos autores no distinguen entre miedo y ansiedad, de modo que el término “ansiedad” muchas veces se ha utilizado para describir a los niños que sienten miedo.

La fobia es un miedo específico, desproporcionado a las exigencias de la situación, que no puede ser explicado o razonado, que va más allá del control voluntario y que no es característica de una etapa evolutiva en particular. Las fobias provienen de una exposición a un intenso “stress”, por imitación, y se mantienen debido a que el miedo se reduce cuando la persona evita los estímulos que evocan el miedo.

La visita odontológica provocara un cierto grado de ansiedad en la mayoría de los niños. Esto es especialmente así en el niño preescolar, quien puede experimentar no solo temor de un posible dolor y miedo a lo desconocido, sino también un temor a la separación de la madre.

El niño puede haber adquirido miedo al odontólogo por la sugerencia de otros, pudiendo haber sido transmitido por los padres inadvertidamente, o al haber escuchado historias odontológicas de amigos. Estos son los llamados miedos

subjetivos, a menudo más intensos, ya que fácilmente son magnificados por la imaginación del niño.

Los miedos objetivos son los resultantes de una experiencia real, como, por ejemplo, una experiencia odontológica traumática, donde se produjo dolor o trauma psíquico.

Igualmente, el niño puede haber sufrido una experiencia medica traumática, como una terapia de inyecciones, intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, y al asistir a la consulta odontológica “asocia” su experiencia anterior con la actual.

La ansiedad materna parece ser un factor primario que influye en la ansiedad de un niño en el consultorio odontológico. Los investigadores han encontrado que la conducta de los niños en la situación odontológica, está directamente relacionadas con el nivel de ansiedad de la madre.

Un niño que va al odontólogo condicionado para responder con tensión y temor, lo hace así, principalmente, debido a la manera en que se le ha presentado la odontología en sus hogares.

En estos casos, el niño puede estar ansioso debido a que está consciente de su problema dental, y sabe que requiere tratamiento. Lógicamente este niño estará más temeroso, que aquel que viene a la consulta para un examen odontológica, o para que le cepillen sus dientes. Por otro lado, si el niño presenta dolor dental, o facial, tendrá miedo al “más” dolor.

Todos los miedos afectan la capacidad de un niño cooperador con el odontólogo. Cuanto mayor es la ansiedad del paciente, menor será su tolerancia al dolor. Es por ello, que antes de instaurar ningún tipo de tratamiento, se debe reducir la ansiedad al mínimo. (Guarderas, 2016; Velastegui, 2017)

2.2.9.1. Tipos de conductas del niño en la consulta

2.2.9.1.1. Paciente con miedo o atemorizado a la consulta odontológica

Se podría decir que el miedo es la reacción frente a una amenaza real o imaginaria y corresponde en el plano psicológico, a la respuesta física del dolor, es

decir, miedo al dolor y a lo desconocido.

Causas del miedo:

- Corta edad, niños menores de 3 años o retraso mental.
- Otros problemas de salud, fianza y comunicación
- Pérdidas de familiares y amigos.
- Niños que han sufrido abuso.
- Malas experiencias previas.
- Temores adquiridos. (Padres, amigos, etc.)
- Enfermedades emocionales. (Mendoza, s.f.)

2.2.9.1.2. Paciente tímido o introvertido

Es un perfil del niño no cooperador, es un contexto establecido cuando aparece una absoluta carencia de afecto hacia el menor. Puede variar desde despreocupación o indiferencia hasta el descuido total. Los niños con carencia afectiva se presentan como niños tímidos, lloran fácilmente y pueden mostrar rechazo para colaborar con el odontólogo. Requieren tolerancia y afecto.

Señales de un niño tímido:

- Inseguridad y, a veces, baja autoestima
- Temeroso
- Poco comunicativo. Así que hay que ayudarlo a vencer el obstáculo que ello representa. Hay que exponerlo poco a poco a aquellas cosas que le dan miedo, y brindarle grandes cantidades de estímulos positivos y de mensajes aprobatorios.
- En algunos casos, además, es un niño que no entiende bien el medio social y percibe amenazas donde no las hay, así que sus esfuerzos deben ser

reconocidos por sus padres y por los otros miembros de la familia.

- Ansiedad que acompaña a la timidez excesiva es, entonces, otro motivo de preocupación. Esta ansiedad generalmente es la que paraliza al niño y, poco a poco, lo va convenciendo de que él “no sirve para nada”.

La fórmula de una consulta odontológica frente a un paciente de este tipo es el conjunto de timidez y encuentro humano que exige comunicación, esto libera estrés al niño mostrándose sollozo compensatorio. A estos pacientes habrá que acercárseles con confianza, con cariño, lo más receptivo posible. Lo mejor será un abordaje suave, estimulando su confianza en sí mismo, para que éste acepte la atención odontológica. (Mendoza, s.f.)

2.2.9.1.3. Conducta llorosa del paciente

El llanto es uno de los primeros mecanismos de comunicación del niño. Existen diferentes patrones o tipos

- Llanto básico/monotónico: Es un patrón rítmico usado por los bebés para expresar hambre, en niños mayores para expresar ansiedad y rechazo. En estos casos el niño coopera, pero no varía el tono ni el ritmo del llanto.
- Llanto de Ira: Un llanto de mayor intensidad se presenta en niños agresivos.
- Llanto de Dolor: Es causado por la presencia de dolor al realizar un procedimiento.
- Llanto de Frustración: Patrón arrítmico con gritos largos y con suspiros, el paciente es potencialmente cooperador.

Este tipo de reacción generalmente confunde al odontólogo y al personal auxiliar; puede también, elevar los niveles de ansiedad de los presentes en el acto. La disciplina, autoridad y decisión del profesional deben estar presentes para dominar la situación, con el fin de seguir acercándose a estos niños de manera afectiva. Hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable de sus

gemidos. (Josefa y Medina, 1998)

2.2.9.1.4. Paciente cooperativo durante la consulta odontológica

Es aquel niño que acepta el tratamiento, relajado, con voluntad de conversar. El paciente cooperador reacciona de modo conveniente a los momentos críticos de la cita dental tales como: separación de los padres, colocación en el sillón. De hecho, pueden ser los pacientes más fáciles de tratar entre todos los existentes. No demandan paciencia excepcional del dentista, porque no la requieren. Para definir este tipo de paciente se toma en cuenta “La Escala de Comportamiento descrita originalmente por Frankl y Wright es el instrumento que más se ha reportado y aplicado en los diferentes estudios sobre manejo del comportamiento. Aun cuando no ha sido validada, la Escala de Frankl es ampliamente utilizada en la clínica debido a que se trata de una medición sencilla, práctica y fácil de aplicar” (Jaramillo, 2003, p.25).

La clasificación consiste en cuatro categorías descritas a continuación:

- Definitivamente negativo.
- Levemente negativo
- Levemente positivo
- Definitivamente positivo: Cooperación, buena comunicación, motivación e interés por el tratamiento, relajación y control de las extremidades.

Siendo esta categoría el concepto clave de un paciente cooperador dentro de todas sus actitudes que benefician el desarrollo del procedimiento a realizar.

2.2.10. Calidad de la consulta odontológica

La calidad de la consulta odontológica es la clave para la adaptación. Deberá hacerse todo esfuerzo por mantener al niño relajado, y para evitarle la más mínima molestia. En cada visita el odontólogo deberá estar preparado para modificar su

acercamiento a un niño, a medida que la conducta de este cambia y/o a medida que la percepción propia se modifica.

La visita odontológica debe ser estructurada de manera de que el niño sepa que esperar, y cómo reaccionar frente al procedimiento. Para ello deben establecerse líneas guías de comportamiento.

Una manera de estructurar la visita odontológica es la siguiente:

1. El odontólogo le explique al niño el propósito del tratamiento odontológico, y los objetivos específicos de cada visita.

2. Se le describe al niño cada fase del tratamiento, dando una estimación de tiempo que durará, para lo cual deberá usarse un método apropiado para el nivel de madurez del niño.

3. Se divide cada procedimiento en etapas, y se le dice al niño cuando una etapa está completa. Así, durante un procedimiento de operatoria, las fases a ser descritas podrían incluir la colocación de la matriz, la condensación, el tallado, y así sucesivamente.

4. Se prepara al niño para cada cambio de sensación antes de que las experimente. Esto incluye la modificación de la posición del sillón, los olores y/o sabores de algunos materiales, la luz, el ruido y/o vibración de la pieza de mano, etc.

5. Se informa al paciente acerca de lo que se le realizará en la próxima cita.

Afortunadamente, la mayoría de los niños colaboran con el odontólogo durante esta primera visita, siempre y cuando se cumplan con ciertas pautas que permiten el logro y el mantenimiento de la colaboración del niño. Es por ello que el odontólogo debe estar preparado para lograr que el niño la enfrente de una manera conveniente.

La primera visita odontológica debe ser tan agradable, positiva y simple como sea posible, ya que el comportamiento futuro del niño va a depender en gran parte de ella. Si no hay necesidad de realizar ningún tratamiento de emergencia, en cuyo caso se requiere tratamiento inmediato, se realizarán procedimientos sencillos como examen clínico, toma de radiografías, profilaxis, flúor, etc.

Es recomendable que la madre acompañe al niño dentro del consultorio durante su primer control odontológico, ya que esto proporciona al niño mayor seguridad, además de que puede ser útil al odontólogo, el ampliar alguna información de la historia clínica, o comentar algún hallazgo clínico o radiográfico; también tendremos la oportunidad de observar la relación madre- hijo. La madre, al mismo tiempo, tiene la oportunidad de contactar al odontólogo, y se establece el rapport mutuo, lo que es básico para la relación en odontopediatría.

Los estudios al respecto han confirmado que los niños de 4 años o menores, se benefician con la presencia de la madre durante el tratamiento, ya que se minimizan sus temores y reciben apoyo emocional durante esta experiencia.

En niños mayores, la tendencia es excluir a los padres del consultorio, a excepción de la primera visita. Sin embargo, los padres no deberán ser rutinariamente excluidos del consultorio, pues existen ciertas conductas positivas por parte del niño. Esto es de importancia especialmente en los niños discapacitados.

Al finalizar esta primera cita, se deberá preparar al niño para los procedimientos a realizar en la futura cita; este periodo de espera les da tiempo para prepararse psicológicamente para recibir un tratamiento predeterminado.

2.2.11. Técnicas de adaptación a la consulta

Las técnicas de adaptación comprenden aquellos procedimientos que crean cambios en el comportamiento del niño, ampliando sus destrezas, incrementando su autocontrol, cooperación y disminuyendo o eliminando la ansiedad. Existen diversas técnicas de manejo del comportamiento disponibles para el odontólogo las cuales se clasifican en técnicas comunicativas, técnicas no comunicativas y técnicas farmacológicas. Para esta investigación se describirán las Técnicas comunicativas.

2.2.11.1 Decir-mostrar-hacer

Consiste en permitir que el paciente conozca con antelación los procedimientos que han de aplicarse. Esto se hace de una manera secuencial: Primero se le explica, en

un lenguaje adecuado para su desarrollo, el procedimiento que se va a aplicar (decir), luego se hace una demostración del procedimiento (mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (hacer). Se recomienda utilizar esta técnica durante toda la cita, para lo cual es de utilidad un espejo de cara.

El objetivo principal de esta técnica es disminuir la ansiedad del paciente, explicándole una situación que le es desconocida. Como indicación para esta técnica es en pacientes que han desarrollado comunicación verbal; y el beneficio es que es aplicable a cualquier paciente. Sin embargo, es poco eficaz en pacientes de muy corta edad, porque en estos casos aún no se ha desarrollado la comunicación verbal.

2.2.11.2. Control de voz

Se trata de una modificación del tono y el volumen de la voz, así como de la velocidad con que se habla. No debe confundirse, sin embargo, con gritar al paciente o enfadarse con él. Puede significar un aumento o una disminución del tono de voz, lo que en muchos casos supone el hablarle al oído, en tono muy bajo.

En si el fin de esta técnica es establecer comunicación y ejercer autoridad con el paciente; la principal indicación es que no puede usarse con cualquier paciente. Es más útil en aquellos que han desarrollado ya su comunicación verbal y, especialmente, con quienes poseen un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad. Una contraindicación para esta técnica es no usar en pacientes de muy corta edad que aún no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.

2.2.11.3. Comunicación no verbal

Consiste en la utilización de actitudes tales como cambio en la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento. Tiene como objetivo establecer comunicación con el paciente y controlar la forma como percibe sus emociones. Posee como indicación que puede usarse en todos los pacientes. Es

especialmente útil en pacientes de temprana edad, que aún no han desarrollado la comunicación verbal.

2.2.11.4. Refuerzo positivo

Esta técnica busca reforzar una conducta, se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado. Es importante hacer el refuerzo Inmediatamente y repetirlo varias veces, con el objeto de condicionar positivamente la conducta. 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 en el paciente. Sin embargo, no son condicionantes ya que no pueden ser utilizados inmediatamente.

Los reforzadores pueden ser materiales o tangibles (juguetes, regalos), reforzadores sociales, que pueden ser verbales (elogios, felicitaciones, etc.) y no verbales (expresiones faciales positivas, contacto físico, etc.) y refuerzo de actividad (participación en una actividad agradable, como ver una película, ir de campamento, jugar, etc.).

Los principales beneficios del reforzamiento positivo durante el tratamiento odontológico se derivan del uso de los reforzadores sociales. Para encontrar los refuerzos apropiados para un niño en particular, es conveniente revisar la historia psicoconductual, donde se señalan los gustos preferidos del niño, o utilizar cuestionarios de refuerzos que consisten en una lista de una gran variedad de estímulos que le pueden agrandar al niño incluyendo alimentos, juegos, deportes, y actividades sociales.

Para suministrar el reforzamiento positivo de una manera efectiva, se hace:

- 1.** Especificar el comportamiento que se espera del niño.
- 2.** Aplicar inmediatamente el refuerzo positivo una vez que se ha producido la conducta adecuada.

Una vez que el niño aprende la conducta deseada, un refuerzo intermitente mantendrá la conducta. Es importante señalar que, en algunos niños, sobre todo en los

más pequeños y ansiosos, se deben reforzar una aproximación mínima, para luego ir moldeándola gradualmente hasta obtener una respuesta adecuada. El niño que presenta una conducta inadecuada no debe recibir ningún reforzamiento positivo. Las respuestas no recompensadas se hacen débiles y desaparecen eventualmente.

La técnica del refuerzo positivo es la más común para motivar a los niños a aprender. La universalidad y practicabilidad de esta técnica la convierten en una herramienta obligatoria en odontopediatría. Su objetivo es actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de que repita un comportamiento deseado.

2.2.11.5. Refuerzo negativo

Pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la eliminación de una causa de mal comportamiento como retirar a los padres de la sala de trabajo condicionando su regreso a una mejoría del comportamiento. Al igual que en la técnica de refuerzo positivo, por tratarse de un condicionamiento, debe hacerse inmediatamente y de manera repetida. Generalmente se utiliza en combinación con el control de la voz, para expresar desaprobación. El refuerzo negativo no debe confundirse con castigos, que están contraindicados y generan una actitud negativa hacia el tratamiento. Las promesas realizadas para condicionar el comportamiento deben ser factibles, inmediatas y siempre deben cumplirse. No cumplir con lo prometido o no decir la verdad destruye la confianza del paciente en el odontólogo.

El objetivo de esta técnica es modificar el comportamiento disruptivo de un paciente mediante el condicionamiento de su respuesta motora. Las indicaciones es para pacientes que hayan desarrollado una capacidad de comunicación oral. La contraindicación es para entender el condicionamiento, no debe utilizarse en niños de corta edad que carezcan de un desarrollo emocional comunicativo.

2.2.11.6. Tiempo y fuera

Es una variación del refuerzo negativo, para pacientes de mayor edad. Consiste en suspender temporalmente el tratamiento, dentro de la misma cita, o darla por

terminada y pedirle al paciente y a sus padres que regresen cuando esté preparado para cooperar. Esta técnica solo debe utilizarse en situaciones muy específicas, donde haya un alto grado de desarrollo emocional, un pleno entendimiento y una buena cooperación por parte de los padres. El resultado de esta técnica es la búsqueda de la modificación de un comportamiento disruptivo, mediante el condicionamiento y el autocontrol del paciente, de modo que el tratamiento dependa de su propia voluntad de cooperar.

Su indicación sería en pacientes pre-adolescentes y adolescentes; de igual manera su contraindicación en pacientes incapaces de entender la técnica, debido a su corta edad o a su inmadurez emocional.

2.2.11.7. Distracción Contingente

Consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento, al tiempo que se condiciona su conducta mediante el manejo de contingencias. Puede hacerse con la ayuda de medios audiovisuales o auditivos, y más recientemente, con la realidad virtual. Estos medios se usan condicionados a un comportamiento adecuado. Es importante utilizarlos en conjunción con Decir-mostrar-hacer, antes de iniciar el tratamiento, con el objeto de que el paciente entienda el funcionamiento de la técnica. El principal objetivo es distraer al paciente del tratamiento, con el fin de disminuir su ansiedad. Su indicación es que puede usarse en cualquier paciente, aunque es poco eficaz en pacientes de muy corta edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.

2.2.11.8. Escape contingente

Se busca que el paciente tenga el control de la situación, de modo que, con una indicación suya, por ejemplo, al levantar la mano, se interrumpa temporalmente el tratamiento. Debe además usarse con un condicionamiento, por ejemplo, que el odontólogo detenga el tratamiento siempre y cuando el comportamiento sea apropiado.

Tiene como objetivo buscar modificar un comportamiento disruptivo, mediante el condicionamiento y el autocontrol del paciente. Indicado en pacientes que tengan un desarrollo emocional e intelectual que les permita entender la técnica. Está contraindicado pacientes incapaces de entender el objetivo de la técnica debido a su corta edad, inmadurez emocional o falta de desarrollo de la comunicación verbal.

2.2.11.9. Modelamiento

Se denomina modelamiento o modelaje al cambio de comportamiento que resulta de la observación de otra persona. También se llama “aprendizaje por imitación” y se ha utilizado mucho en el tratamiento de los temores infantiles.

Un niño es capaz de aprender patrones de conducta por la observación de un modelo, en vivo o filmado. Las condiciones para que ello se logre son:

- a) El observador este en estado de alerta.
- b) El modelo debe tener status.
- c) Debe haber consecuencias positivas asociadas a la conducta de los modelos, que sean apreciadas por el observador.

En la situación odontológica resulta beneficioso, el permitir la entrada del niño cuando se estén tratando a hermanos, o a niños se exhiban conductas colaboradoras. Cuando el niño observador pase al sillón manifestara una conducta parecida a la observada por el modelo.

Un requisito para la efectividad de esta técnica, consiste en la aproximación gradual de los procedimientos, desde los que podrían producir menor ansiedad, hasta los mayormente generadores de ella. Se recomienda entonces, en primer término, una primera cita dental, luego una de restauradora, y así sucesivamente. Por lo general, no se utiliza modelamiento para los procedimientos quirúrgicos. Si aconteciera la aparición de una conducta inadecuada durante el modelaje de una conducta, es necesario retroceder al paso anterior.

El modelamiento en la situación odontológica es raramente utilizado para la adquisición de nuevas conductas, ya que la mayoría de las destrezas requeridas para el tratamiento odontológico, ya las poseen los pacientes (abrir y cerrar la boca, permanecer tranquilo, etc). Sin embargo, es efectivo para facilitar estas conductas y para aliviar la ansiedad ya que lo que resultaba desconocido al niño, pasa a ser conocido a través de la experiencia de otros.

Contraindicaciones: no se contraíndica en ningún paciente. Sin embargo, es de poca utilidad en pacientes que, debido a su corta edad, no tienen aún el desarrollo emocional adecuado para entender la técnica.

Cabe destacar, que existen otros métodos de gran utilidad para facilitar la adaptación del niño a la consulta odontológica, entre los cuales se encuentran: el placebo, la hipnosis, terapia de juego, y audianalgésia, etc.

Para casos determinados de conductas no colaboradoras se usan otras técnicas más agresivas, como la técnica de mano sobre la boca, tiempo fuera, métodos restrictivos, métodos farmacológicos, etc. Que no serán contempladas por ser el campo del especialista.

2.2.12. Adaptación del niño al anestésico local y las exodoncias

Sin duda, la inyección constituye el procedimiento más temido universalmente en odontopediatría. Es por ello que se tratara con detalle todo lo relacionado con el procedimiento de anestesia local, y los recursos que debe ser utilizado para lograr su aceptación por parte del niño.

Antes de proceder a anestésiar a un niño, por muy colaborador que este sea, es conveniente que el niño haya recibido adaptación a la consulta odontológica, es decir, que ya conozca el funcionamiento del equipo y del instrumental básico. De esta manera no serán demasiados estímulos nuevos que pueden despertar ansiedad.

Igualmente, se recomienda la preparación previa del niño antes de la aplicación de anestesia, por lo menos con una cita de anterioridad; esta preparación consiste en una explicación del procedimiento, mostrándole los instrumentos que se van a utilizar

de manera jerárquica (desde los que podrían producir menos ansiedad, como carpule, hasta los mayormente generadores de ella, como la aguja). Se debe informar al niño acerca de la necesidad de utilizar anestesia, los síntomas que sentirá, el tiempo que durará, y la conducta que esperamos de él.

Debemos asegurarnos que el niño no este ansioso, ya que existe una relación directa entre ansiedad y umbral del dolor. Si el niño tiene mucho temor, su umbral del dolor está muy bajo, y cualquier estímulo doloroso será magnificado.

Una vez controlada su ansiedad, podemos realizar la anestesia, procurando comenzar por anestesiar el cuadrante postero-superior, ya que esta es la zona menos sensible de la boca, además de que ver una aguja corta, es menos estresante que la de una aguja larga.

El acto anestésico debe ser realizado de la forma más indolora posible. En la actualidad, esto se hace posible gracias a que en el mercado existen agujas finas y afiladas que hacen que la punción sea casi imperceptible; ayuda mucho el anestésico tópico (2 minutos), la inyección lenta del anestésico, los movimientos suaves y seguros del operador, y la tranquilidad tanto del niño como del odontólogo.

También la contrairritacion y la distracción pueden aminorar la molestia de la inyección. La primera se refiere a la aplicación de estímulos vibratorios (ej: desplazamiento rápido del tejido alveolar laxo) o presión moderada (con un hisopo) sobre el área contigua al sitio de inyección. Estas acciones tienen fundamento físico y psicológico para modificar el estímulo nocivo. La distracción es muy útil para desplazar la atención del paciente de la sensación desagradable, y puede lograrse mediante un monologo con el niño, o mediante un conteo regresivo de 10 a 0.

La jeringa debe ser transferida, desde las manos de la asistente a las manos del odontólogo, por debajo del mentón del niño, para no despertar ansiedad. Se puede estabilizar la cabeza sosteniéndola firme, pero con cuidado, entre el cuerpo y el brazo o la mano del odontólogo. Así mismo se recomienda que la asistente dental coloque sus manos pasivamente sobre los brazos del paciente y esté preparada para controlar cualquier movimiento brusco del niño durante el acto anestésico. Una vez dentro de

la boca, la jeringa debe ser estabilizada mediante el apoyo digital sobre el mentón del paciente.

Se recomienda mandar a respirar al niño profunda y lentamente durante la anestesia, debido a que esto contribuye a su relajación, así como darle refuerzos positivos (sociales) constantemente, para reconocerle su buena conducta.

Algunos autores recomiendan dos punciones. En la primera solo se depositan algunas cuantas gotas, utilizando solo el bisel de la aguja, se retira, y después de 30 a 60" se procede a inyectar el resto del anestésico. Es de esperar que la segunda punción sea completamente indolora, ya que con la primera punción se logró la anestesia en el sitio de punción.

En casos muy severos de fobia a las inyecciones, está indicado utilizar la técnica psicoprofiláctica de Lamaze. Consiste en ensayar diariamente el procedimiento de la anestesia en el hogar, con la ayuda de alguno de los padres. El niño debe efectuar 10 respiraciones y profundidad durante medio minuto, elevar su pierna derecha, rítmica y lentamente por 20 segundos, y entonces bajarla, al mismo tiempo este escuchando su canción favorita. La madre o el padre harán un simulacro de inyección, utilizando un palillo de madera romo, en el sitio de la futura punción. Se logra así el reacondicionamiento de la percepción del niño a la aguja y el dolor.

Por su parte, la exodoncia en niños representa una acción rutinaria de odontopediatría, que consiste en la extracción de piezas dentales temporales o piezas dentales permanentes jóvenes que hayan sufrido alguna alteración incapaz de ser remediada por maniobras comunes.

Esta acción, debe ser realizada por odontólogos que conozcan la psicología, terapéutica médica y quirúrgica, y técnicas quirúrgicas adecuadas para el grupo etario a ser intervenido, generando inter relación de confianza, para dar seguridad y disminuir el temor consiguiente a la ejecución del proceso.

La evaluación general de los niños estará orientada a la generación de una relación comunicacional fluida, estableciendo vínculos de amistad, orientada a juegos recreativos y explicativos, donde el operador manifestará con claridad el

procedimiento a realizar, utilizando un lenguaje acorde a la edad del paciente, explicándole que el procedimiento no representa una pérdida, sino un aspecto positivo, para su salud y la de sus dientes.

Esta explicación debe ser coadyuvada por los responsables parentales del mismo, quienes, en vez de infundir temor, apoyaran las expresiones del profesional, creando un clima favorable para el menor.

Rutinariamente se menciona que la evaluación integral del niño incluye el aspecto psicológico y biológico, por lo que la orientación actitudinal del odontólogo, derivará en un manejo ético y responsable.

El manejo de la conducta infantil a través del abordaje psicológico, exige un esfuerzo educacional amplio. Los estudiantes de odontología y los terapeutas jóvenes quizás se sientan desalentados por la ansiedad e inseguridad que experimentan cuando algunos niños comienzan a portarse mal. No obstante, con el tiempo y la dedicación prestados a las técnicas aquí expuestas, se perfeccionan las habilidades clínicas del manejo infantil. Con tal refinamiento surge la autoconfianza en relación con este campo de la odontología.

No debemos olvidar que una de las recompensas más satisfactorias de todo aquel que tiene el privilegio de trabajar con niños, es la contribución a que desplieguen conductas que les sean provechosas y bienvenidas socialmente; así los niños pueden ser los pacientes más agradecidos y felices. (UCV, 1996)

2.3 BASES LEGALES

Dentro del ordenamiento jurídico venezolano, la investigación que se presenta tiene sus bases en los siguientes instrumentos legales:

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) Publicada en Gaceta Oficial N° 36.860 del 30 de diciembre.
- La Ley Orgánica para la protección de niños, niñas y adolescentes (2007) Publicada en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5859 del 10 de diciembre.

- Ley Orgánica de Salud (1998) Publicada en Gaceta Oficial N° 36.579 del 11 de noviembre.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizara como parte del derecho de la vida. El estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud el estado creara, ejercerá la rectoría y gestionara un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integro al sistema de seguridad social, regidos por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son prioridad del estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la forma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 112 Todas las personas pueden dedicarse libremente a la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las previstas en esta Constitución y las que establezcan las leyes, por razones de desarrollo humano, seguridad, sanidad, protección del ambiente u otras de interés social. El Estado promoverá la iniciativa privada, garantizando la creación y justa distribución de la riqueza, así como la producción de bienes y servicios que satisfagan las necesidades de la población, la libertad de trabajo, empresa, comercio, industria, sin perjuicio de su facultad para dictar medidas para planificar, racionalizar y regular la economía e impulsar el desarrollo integral del país.

Referente al artículo presente con respecto a la investigación se relaciona debido a que el estudio se realiza abordando el tema de la salud no solo física sino

también psicológica, como derecho para todos y con el objetivo de presentar el correspondiente trabajo de pregrado para así obtener el título de odontólogo y poder el profesional dedicarse a la actividad económica que se desea, trabajando honradamente sin prejuicios antes la sociedad y la nación.

Artículo 78 Que los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derecho y estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados, los cuales respetarán, garantizarán y desarrollarán los contenidos de esta Constitución, la ley, la Convención sobre Derechos del Niño y demás tratados internacionales que en esta materia haya suscrito y ratificado la República. El Estado, la familia y la sociedad asegurarán, con prioridad absoluta, protección integral, para lo cual se tomará en cuenta su interés superior en las decisiones y acciones que les conciernan. El Estado promoverá su incorporación progresiva a la ciudadanía activa y creará un sistema rector nacional para la protección integral de las niñas, niños y adolescentes.

Luego de mencionar el presente artículo, se familiariza con la investigación debido a que habla sobre la protección de los niños y el presente estudio va dirigido a niños y niñas, se debe conocer que la ley tiene un máximo y marcado énfasis en la protección de los niños y como investigador se debe tener en cuenta que es delicado y se debe ser cuidadoso al momento de trabajar con este tipo de área o población.

Artículo 124 Se garantiza y protege la propiedad intelectual colectiva de los conocimientos, tecnologías e innovaciones de los pueblos indígenas. Toda actividad relacionada con los recursos genéticos y los conocimientos asociados a los mismos perseguirán beneficios colectivos. Se prohíbe el registro de patentes sobre estos recursos y conocimientos ancestrales.

Correspondiendo a este artículo se debe destacar que como investigar se tiene el derecho de tener libre acceso a una amplia gama de información suministrada por diversos tipos de material, logrando así conseguir información valiosa para la investigación, pero sin caer en el plagio o duplicado de algún trabajo elaborado anteriormente.

La Ley Orgánica para la protección de niños, niñas y adolescentes

Artículo 41 Que todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.

Por lo anteriormente expuesto en el artículo, esta investigación especial de grado se inserta en el Campo Ciencias Odontológicas, área prioritaria Salud Pública y Bioética, sub-área disciplinar de procedimientos a realizar del sistema estomatognático, Calidad de vida, y añadido a eso el campo psicológico cuidando la salud mental de los niños al momento de realizar cualquier tratamiento odontológico o al acudir a una simple consulta odontológica.

Ley orgánica de salud

Artículo 3 Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza. Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

Principio de Complementariedad: Los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos. Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.

Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia,

oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

Por lo expuesto en el artículo mencionado se relaciona con la investigación debido a que habla sobre el derecho que tiene cualquier persona en cualquier parte del país de gozar de salud, es decir, bienestar en general, y la presente investigación trata sobre la evaluación del impacto psicológico que puede generar un procedimiento odontológico en niños, entonces se puede decir que se quiere estudiar dicho impacto para mejorar la salud mental de los niños.

2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adaptación: Proceso individual de internalización de modelos, valores y símbolos del medio social propio, a fin de participar en la conducta y los objetivos de dicho medio.

Ansiedad: Estado de ánimo de inquietud, agitación o zozobra. Angustia patológica que acompaña a muchas enfermedades y particularmente a ciertas neurosis.

Comportamiento: Manera de desempeñar actividades, actitudes y reacciones de una cosa, persona o animal bajo determinadas condiciones.

Conversión: Hace referencia a la acción y efecto de convertir o convertirse (hacer que una persona o una cosa se transforme en algo distinto de lo que es en primer lugar).

Desarrollo psico-motor: Es el proceso de maduración neurológica de los primeros meses de vida. Su valoración permite detectar signos de afectación orgánica del sistema nervioso central o del aparato neuromuscular.

Dolor: Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas

Estrés: Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales

Exodoncia: Es un acto quirúrgico por el que se extrae un diente o una parte remanente del mismo que ha quedado alojada en el alveolo.

Impacto: Choque o encuentro violento de una cosa, situación o un hecho en una persona, sus huellas y efectos.

Neurosis infantil: La neurosis propiamente dicha denota un conflicto inconsciente. Está relacionada con la vida instintiva del niño. Su principal punto de origen se encuentra en la edad en que se dan los primeros pasos, antes de la edad que generalmente se considera apropiada para la educación escolar. En esta fase el marco familiar tiene su máximo valor.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico es la médula de la investigación, el desarrollo propiamente dicho del trabajo investigativo. El fin esencial del marco metodológico es precisar, a través de un lenguaje claro y sencillo, los métodos, técnicas, estrategias, procedimientos e instrumentos utilizados por el investigador para lograr los objetivos. Según la concepción de Arias (2012), “el marco metodológico es el cómo se realizó el estudio para responder al problema planteado” (p. 67).

La metodología de un trabajo especial de grado incluye el tipo o tipos de investigación, así como las técnicas y los procedimientos que serán utilizados para llevar a cabo la investigación.

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

A tal efecto, se desarrolló una investigación de tipo descriptiva observacional, transeccional; ya que en ella se intenta describir un fenómeno dado, analizando su estructura o comportamiento en un único momento. (Hurtado I y Toro J, 2001). Al respecto, Méndez (2009), refiere que “los estudios descriptivos acuden a técnicas específicas en la recolección de información, como la observación, la entrevistas y los cuestionarios” (p. 231), por su parte, Arias (2012), trata sobre la investigación descriptiva explicando que es ‘aquella que considera “la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento”’ (p. 24); por lo que en el presente estudio se describió el impacto desde el punto de vista psicológico que viven los niños al momento de una exodoncia; así como también las técnicas de adaptación empleadas en ellos al momento del procedimiento en cuestión.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se desarrolló con un diseño no experimental, de campo. Al respecto, Bavaresco (2010: p.56), define la investigación no experimental, como, “aquella donde no se manipula en forma deliberada la variable”. El investigador, no sustituye intencionalmente las variables independientes. Se observaron los hechos tal y como se presentaron en su contexto real y en un tiempo determinado, y luego se analizaron. Por esto, no se construyó una situación específica sólo se observaron las existentes.

Por su parte, Arias (2012) explica que el diseño de campo consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos; como es el caso de esta investigación, en dónde los datos los obtuvo el investigador directamente de los sujetos sometidos a estudio.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

La población o universo se refiere al conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan, a los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas) que se van a estudiar (Hurtado I, Toro J, 2007). En tal sentido para esta investigación la población se conformó por los pacientes sometidos a exodoncias en la Clínica del Niño y del Adolescente I, la cual estuvo representada por 310 pacientes que asistieron a esta clínica.

Por su parte, la muestra de estudio representa según Arias (2012) “un subconjunto representativo que se extrae de la población de estudio” (p. 83). Esta es la parte representativa de la población objeto de estudio y por lo tanto refleja las características que definen a la población de la cual es extraída, en tal sentido el autor acota que la muestra comprende el estudio de un parte de los elementos de una población.

En este sentido, Arias (2012) establece que para que la muestra sea representativa se debe seleccionar un 30% de la población. Es por esto que, fueron seleccionados un 30% de los pacientes sometidos a exodoncias en la Clínica del Niño y del Adolescente I, quedando la muestra representada por 93 pacientes sometidos a exodoncias.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para esta fase de la investigación se utilizó, la observación directa, como técnica de recolección de datos. Por consiguiente, se puede definir la Observación según Silva (2006), como:

La observación directa es la técnica más importante en la investigación científica, por cuanto conecta al investigador con la realidad, es decir, al sujeto con el objeto o problema. Es la inspección que se hace directamente a un fenómeno dentro del medio en que se presenta, con el propósito de contemplar todos los aspectos inherentes a su comportamiento y características de ese campo. (p.109).

En cuanto al instrumento de recolección de datos de esta investigación, la observación se materializó mediante una Guía de observación, en la cual se registraron las técnicas de adaptación comunicativas utilizadas por los odontólogos en la consulta y los comportamientos observados en los pacientes. Al respecto Becerra (2012) define que la guía de observación de la siguiente manera; “Consiste en listar una serie de eventos, procesos, hechos o situaciones a ser observadas, su ocurrencia y característica” (p. 8).

3.5. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para Hernández, Fernández y Baptista (2006) “La validez se refiere al grado en qué un instrumento de medición mide realmente la (s) variable (s) que se busca

medir.” (p. 278). En la mayoría de los casos se recomienda determinar la validez mediante la técnica del juicio de experto, que de acuerdo con Palella y Martins (2010) consiste en:

(...) entregarle a tres (3), cinco (5) o siete (7) expertos (siempre números impares) en la materia objeto de estudio y en metodología y/o construcción de instrumentos un ejemplar del (los) instrumento(s) con su respectiva matriz de respuesta acompañada de los objetivos de la investigación, el sistema de variables y una serie de criterios para calificar las preguntas. Los expertos revisan el contenido, la redacción y la pertinencia de cada reactivo, y hacen recomendaciones para que el investigador efectúe las debidas correcciones, en los casos que lo consideren necesario (p. 173).

Es así como, el instrumento fue validado para su aplicación por el juicio de tres expertos en odontopediatría, quienes verificaron claridad, coherencia y estructura del mismo. En referencia a la confiabilidad, que en opinión de Pérez (2009, refleja “...el grado en que su aplicación repetida a los sujetos produce iguales resultados” (p.78). no se ameritó pues se trata de una ficha de observación directa manipulada por el propio investigador, la cual no se somete a procesos de confiabilidad.

3.6. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez aplicados los instrumentos y recolectados los datos, se realizó el análisis estadístico descriptivo de la información recolectada. Para eso se ordenaron, organizaron y se realizó el procesamiento sistemático de datos, posterior a eso se emplearon medidas de frecuencia y porcentajes, con la finalidad de analizar, identificar y describir el impacto psicológico de las técnicas de adaptación comunicativas durante las exodoncias a pacientes que asisten a la clínica del niño y el adolescente I.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo se describen y analizan los resultados del instrumento de investigación diseñado para recolectar la información, conformado por cinco ítems de observación derivados del Cuadro de Operacionalización de Variables, a los efectos de describir, de acuerdo a las observaciones, el impacto psicológico de las técnicas de adaptación comunicativas durante las exodoncias en pacientes que asisten a la Clínica del Niño y el Adolescente I de la Universidad José Antonio Páez.

Esto se hizo con la finalidad de establecer las coincidencias entre lo observado a la muestra de noventa y tres pacientes entre 3 y 12 años de edad, en la guía de observación y la teoría sobre la temática tratada lo que permitió hacer afirmaciones que sirvieron de base para las conclusiones de la investigación.

En tal sentido, posterior a las observaciones, los datos fueron clasificados, agrupándolos mediante la simplificación de los mismos de manera numérica y lo más estandarizada posible. Después se tabularon para posteriormente procesarlos utilizando el programa de cálculo EXCEL para Windows, mediante una computadora de última generación que permitió obtener rápidamente cuadros y gráficos estadísticos, listos para ser presentados y analizados. De esta manera, a continuación, se presenta la descripción de los resultados y posteriormente la discusión correspondiente.

CUADRO 1

Técnicas Comunicativas Utilizadas

		SI		NO		TOTAL	
		f	fr (%)	f	fr (%)	f	fr (%)
Decir, Mostrar, Hacer	DMH	65	70	28	30	93	100
Control de Voz	CV	28	30	65	70	93	100
Refuerzo Positivo	R+	77	83	16	17	93	100
Refuerzo Negativo	R-	63	68	30	32	93	100
Modelamiento	M	36	39	57	61	93	100
Distracción Contingente	DC	16	17	77	83	93	100
Escape Contingente	EC	21	23	72	77	93	100
Tiempo y Fuera	TF	5	5	88	95	93	100
Comunicación no Verbal	CnV	0	0	93	100	93	100

Fuente: Romero. 2018

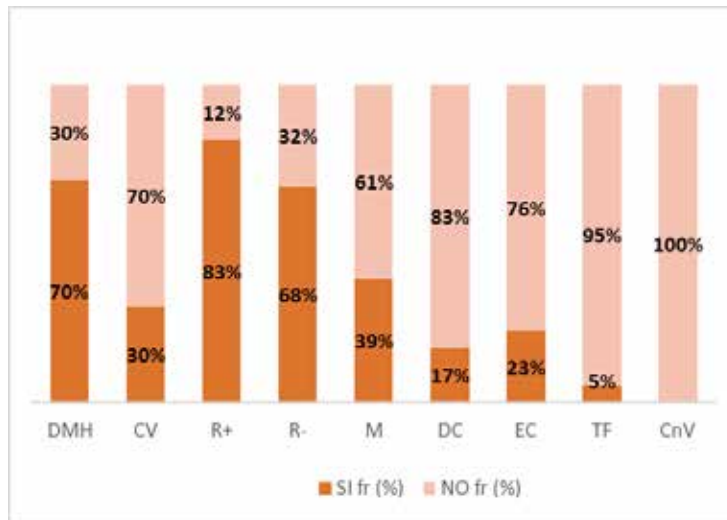


Gráfico 1. Técnicas Comunicativas Utilizadas

Fuente: Romero. 2018

Análisis Interpretativo

El gráfico 1 refleja que las técnicas de comunicación utilizadas en la atención de la muestra estudiada, en la proporción de casos que se especifican, son las siguientes; DMH, en un setenta por ciento, CV en un treinta por ciento, R+ en un

ochenta y tres por ciento, R- en un sesenta y ocho por ciento, M en un treinta y nueve por ciento, DC en un diecisiete por ciento, EC en un veintitrés por ciento y TF en apenas un 5% de los casos. La técnica CnV no fue utilizada con ningún paciente.

En tal sentido, se logró determinar que las técnicas de comunicación más usadas fueron R+, R- y DMH con ponderaciones de ochenta y tres, sesenta y ocho y de sesenta por ciento respectivamente. Se deduce entonces, que esta prevalencia se origina por la complementariedad de las mismas en su aplicación simultánea, sobre lo cual Jaramillo (2003) afirma que estas tres técnicas suelen ser usadas simultáneamente en un mismo paciente, para evitar la ansiedad y modificar comportamientos inadecuados que en algunos casos son disruptivos.

Respecto al resto de las técnicas; CV, M, DC, EC, TF y CnV, tienen escasa o ninguna frecuencia dado que son técnicas cuya aplicación es poco recomendable en pacientes de corta edad, pues de acuerdo a lo mencionado por Jaramillo (2003), estas técnicas son adecuadas para utilizar con pacientes que hayan desarrollado bien la comunicación verbal, con madurez emocional o por el contrario con comportamientos rebeldes, propio de los adolescentes. Pero, la muestra está conformada por un noventa por ciento de infantes entre 5 y 10 años y solo un 10% de pacientes del grupo etario de 10 a 12 años, que entra en la clasificación descrita anteriormente.

CUADRO 2

Técnicas Comunicativas Utilizadas de acuerdo al Sexo

		FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
		f	fr (%)	f	fr (%)	f	fr (%)
Decir, Mostrar, Hacer	DMH	43	66	22	34	65	100
Control de Voz	CV	21	75	7	25	28	100
Refuerzo Positivo	R+	54	70	23	30	77	100
Refuerzo Negativo	R-	46	73	17	27	63	100
Modelamiento	M	27	75	9	25	36	100
Distracción Contingente	DC	13	81	3	19	16	100
Escape Contingente	EC	15	71	6	29	21	100
Tiempo y Fuera	TF	5	100	0	0	5	100

Fuente: Romero. 2018

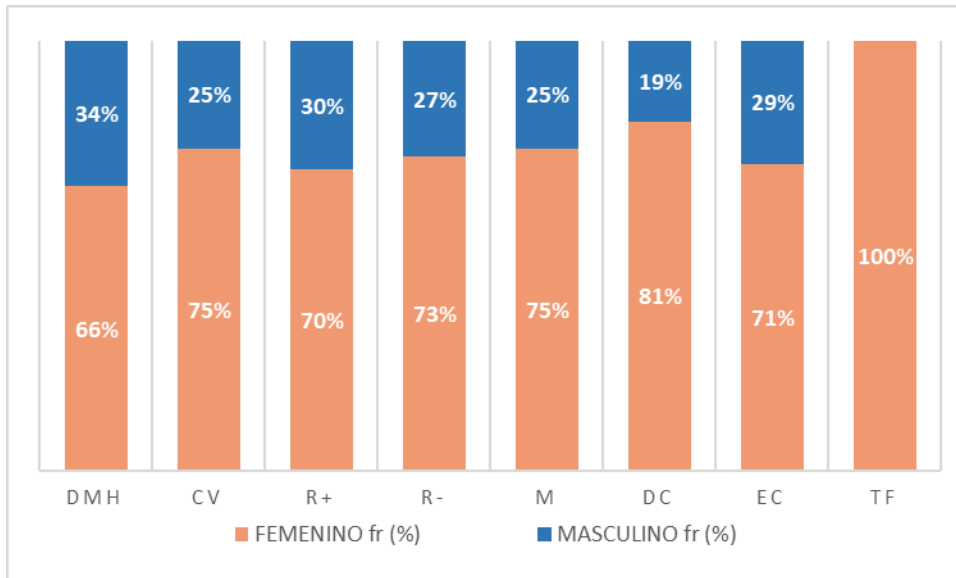


Gráfico 2. Técnicas Comunicativas Utilizadas de acuerdo al Sexo

Fuente: Romero. 2018

Análisis Interpretativo

El Gráfico 2 muestra que las Técnicas Comunicativas fueron utilizadas en mayor proporción en pacientes del sexo femenino con porcentajes entre un sesenta y seis por ciento hasta un cien por ciento. Mientras, en el grupo del género masculino las frecuencias relativas oscilaron entre un diecinueve por ciento hasta un máximo de un treinta y cuatro por ciento, siendo nula la técnica de Tiempo y fuera.

Este resultado hace inferir que la prevalencia de niñas puede deberse a una predisposición a la cooperación en la consulta que demuestra este género, según lo dicho por Medina y Méndez (2013), quienes en su investigación precisaron que en las consultas odontológicas las niñas resultaron ser más cooperadoras una vez que han recibido técnicas comunicativas por parte del odontólogo y su equipo en el consultorio.

CUADRO 3

Técnicas de Comunicativas Utilizadas en el sexo femenino, según la edad

GRUPO ETARIO	Entre 3 -7 Años		Entre 8-10 Años		Entre 10-12 Años		TOTAL	
	f	f(%)	f	f(%)	f	f(%)	f	fr (%)
Decir, Mostrar, Hacer DMH	18	29	22	35	3	5	43	69
Control de Voz CV	12	19	8	13	1	2	21	34
Refuerzo Positivo R+	28	45	23	37	3	5	54	87
Refuerzo Negativo R-	26	42	19	31	1	2	46	74
Modelamiento M	13	21	14	23	0	0	27	44
Distracción Contingente DC	7	11	6	10	0	0	13	21
Escape Contingente EC	6	10	9	15	0	0	15	24
Tiempo y Fuera TF	3	5	2	3	0	0	5	8

Fuente: Romero. 2018

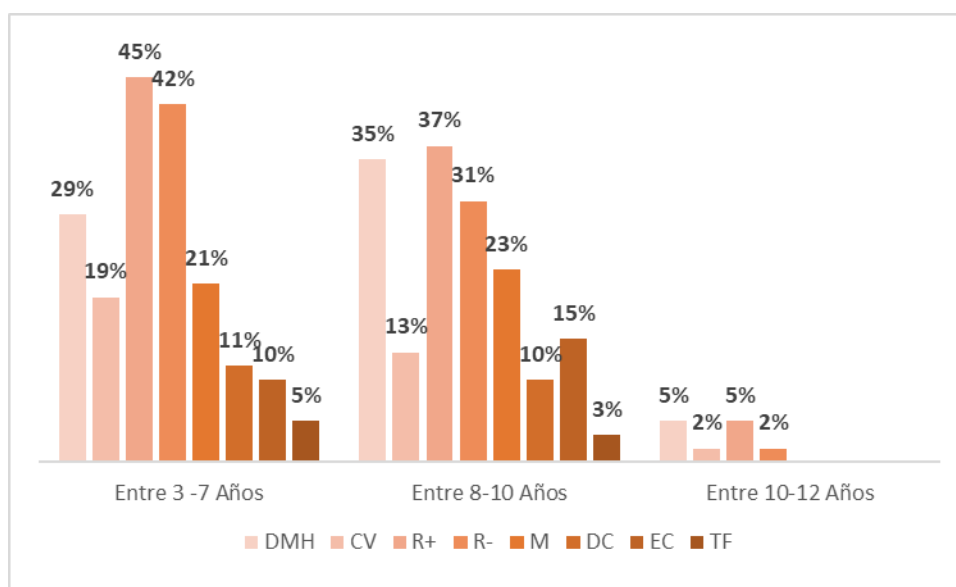


Gráfico 3. Técnicas de Comunicativas Utilizadas en el sexo femenino, según la edad.

Fuente: Romero. 2018

Análisis Interpretativo

En el gráfico número 3 se observa que, en el grupo etario de 3 a 7 años, de las niñas hay una mayor prevalencia en el uso de las técnicas R+ y R-, con cuarenta y cinco y cuarenta y dos por ciento respectivamente de los casos. Seguido, con menor

frecuencia por DMH, M y Cv, con veintinueve, veintiuno y diecinueve por ciento cada uno. Y con porcentajes de once, diez y cinco por ciento, se usaron en este grupo las técnicas DC, ET y TF.

En cuanto a las niñas entre 8 y 10 años, en las mismas se utilizaron con mayor prevalencia las Técnicas R+, DMH y R-, con porcentajes del treinta y siete, treinta y cinco y treinta y uno por ciento respectivamente. Con menor frecuencia; M, EC, CV, DC y TF, con veintitrés, quince, trece, diez y tres por ciento. Y finalmente, al grupo etario de diez a doce años se les aplicaron las técnicas DMH y R+ en un cinco por ciento y CV y R- en un dos por ciento.

Los resultados descritos anteriormente demuestran que las técnicas de R+ y R- son las más prevalentes en el grupo etario de 3 a 7 años, dado que, de acuerdo a lo afirmado por Jaramillo (2003), éstas son las más comunes para motivar a los niños pequeños porque el uso de reforzadores materiales, como golosinas y juguetes; y verbales, como elogios y felicitaciones, funcionan muy bien. Además, por su corta edad, responden rápidamente al condicionamiento para la modificación del comportamiento inadecuado.

Cuando se trata de las niñas entre 8 y 10 años, además del R+ y el R-, se aplicó la técnica DMH, por ser niñas en edad escolar, que según Jaramillo (2003) esta técnica es adecuada para niños con buen desarrollo de comunicación verbal. Además, según Medina y Méndez (2013) la técnica Decir-Mostrar-Hacer logró una mejor adaptación en los niños, siendo el género femenino las de mayor cooperación, marcando un nivel de comportamiento Definitivamente Positivo en la escala Frankl y Wright. Y finalmente, en el grupo de niñas de 10 a 12 años, además de las tres técnicas ya descritas se usó el CV, la cual, según Jaramillo (2003), es más útil en aquellos que han desarrollado ya su comunicación verbal y, especialmente, con quienes poseen un comportamiento rebelde que pudieran pretender manipular o cuestionar la autoridad.

CUADRO 4

Técnicas de Comunicativas Utilizadas en el sexo masculino, según la edad

GRUPO ETARIO		Entre 3 -7 Años		Entre 8-10 Años		Entre 10-12 Años		TOTAL	
		f	f(%)	f	f(%)	f	f(%)	f	fr (%)
Decir, Mostrar, Hacer	DMH	7	24	10	34	5	17	22	76
Control de Voz	CV	6	21	1	3	0	0	7	24
Refuerzo Positivo	R+	9	31	9	31	5	17	23	79
Refuerzo Negativo	R-	8	28	7	24	2	7	17	59
Modelamiento	M	4	14	5	17	0	0	9	31
Distracción Contingente	DC	1	3	2	7	0	0	3	10
Escape Contingente	EC	2	7	4	14	0	0	6	21
Tiempo y Fuera	TF	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Romero. 2018

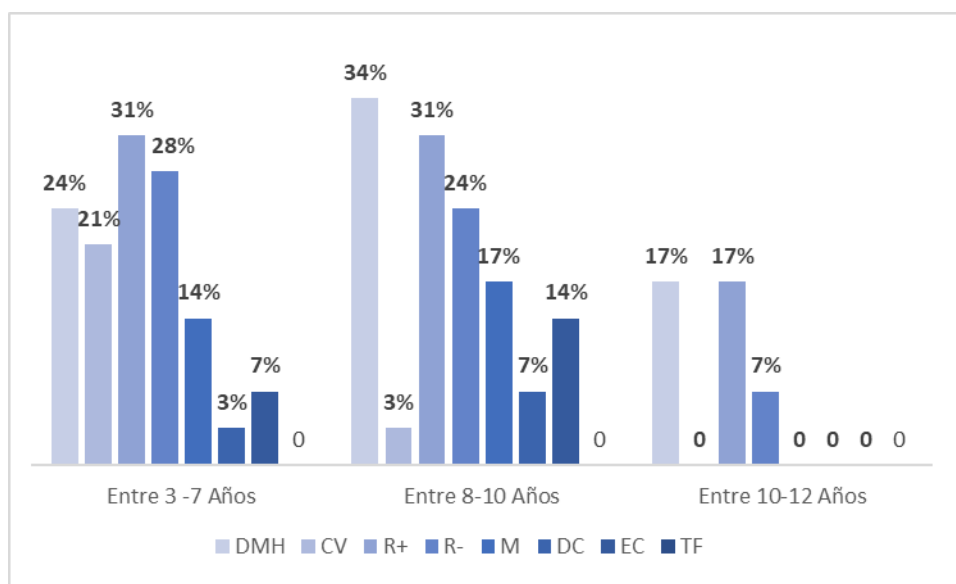


Gráfico 4. Técnicas de Comunicativas Utilizadas en el sexo masculino, según la edad

Fuente: Romero. 2018

Análisis Interpretativo

Del gráfico número 4 se desprende que, en el grupo etario de 3 a 7 años, de los niños hay una mayor prevalencia en el uso de las técnicas R+ y R-, con treinta y uno y veintiocho por ciento respectivamente. Seguido, con una frecuencia cercana del

veinticuatro y veintiuno por ciento por DMH y CV. Y las técnicas M, EC y DT se usaron en este grupo escasos porcentajes de catorce, siete y tres por ciento. Y la técnica TF no se usó en ninguno de los pacientes de este grupo.

Con respecto a los niños entre 8 y 10 años, en ellos se utilizó con mayor frecuencia las Técnicas DMH, R+ y R-, con porcentajes del treinta y cuatro, treinta y uno y veinticuatro por ciento respectivamente. Con menor frecuencia; M, EC, CV, DC con diecisiete, catorce, siete y tres por ciento. Y por último, al grupo etario de diez a doce años se les aplicaron las técnicas DMH y R+ en un diecisiete por ciento y R- en un siete por ciento.

Los resultados descritos anteriormente demuestran que las técnicas de R+, R- y DMH son las más frecuentes en el grupo etario de 3 a 7 años, dado que, de acuerdo a lo afirmado por Jaramillo (2003), éstas son las que normalmente se usan en simultáneo, porque disminuyen la ansiedad del paciente animándole a un cambio de comportamiento en la consulta. Cabe destacar que, en estos niños se utilizó DMH aun cuando esta técnica no es recomendada para niños de corta edad. Al respecto Jaramillo (2003) acota: esta técnica es indicada en pacientes que han desarrollado comunicación verbal; y es aplicable a cualquier paciente. Sin embargo, es poco eficaz en pacientes de muy corta edad, pero en los casos cuando aún no han desarrollado la comunicación verbal. De igual manera ocurrió con los niños entre 8 y 10 años y los de 10 a 12 años, pues prevalecieron las mismas tres técnicas; DMH, R+, R-.

CUADRO 5

Efectos Psicológicos presentados por los pacientes

		SI		NO		TOTAL	
		f	fr (%)	f	fr (%)	f	fr (%)
Ansiedad	A	31	33	62	67	93	100
Timidez	T	21	23	72	77	93	100
Miedo	M	23	25	70	75	93	100
Llanto	LL	20	22	73	78	93	100
Cooperación	Co	67	72	26	28	93	100
Motivación	Mt	42	45	51	55	93	100

Fuente: Romero. 2018

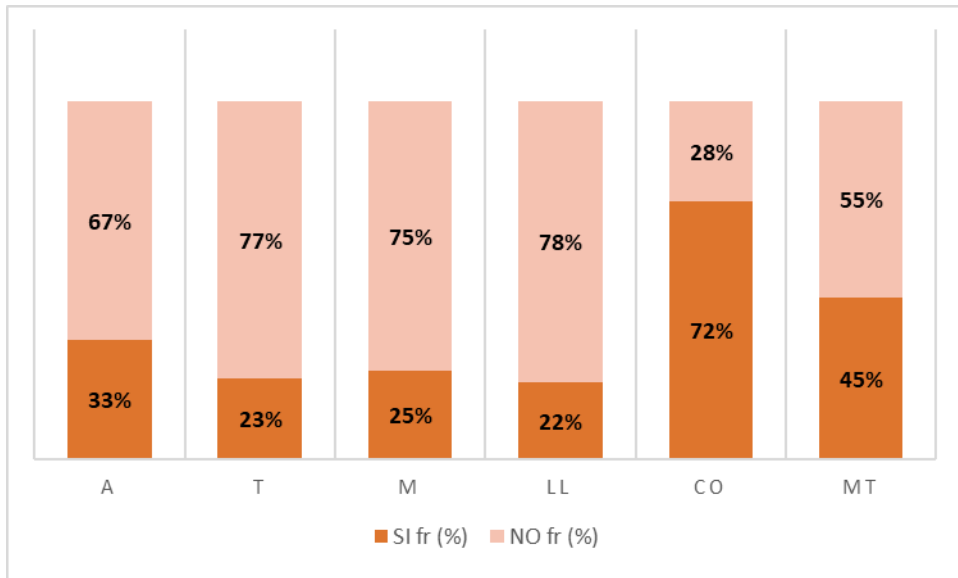


Gráfico 5. Efectos Psicológicos presentados por los pacientes

Fuente: Romero. 2018

Análisis Interpretativo

El gráfico 5 indica los efectos psicológicos presentados por los pacientes atendidos, en las proporciones que se mencionan; A en un treinta y tres por ciento de los casos, T en un veintitrés por ciento, M en un veinticinco por ciento, LL en un veintidós por ciento, Co en un setenta y dos por ciento y MT en un cuarenta y cinco por ciento. Estos resultados hacen inferir, que una buena proporción de los pacientes obtuvo efectos positivos como la cooperación y la motivación, como efecto de la utilización, por parte del odontólogo, de las técnicas de comunicación adecuadas. Al respecto Jaramillo (2003) afirma que las técnicas de adaptación comprenden aquellos procedimientos que crean cambios en el comportamiento del niño, ampliando sus destrezas, incrementando su autocontrol, cooperación y disminuyendo o eliminando la ansiedad.

CUADRO 6

Efectos Psicológicos presentados por las niñas, según el grupo etario

GRUPO ETARIO		Entre 3 -7 Años		Entre 8-10 Años		Entre 10-12 Años		TOTAL	
		f	fr (%)	f	fr (%)	f	fr (%)	f	fr (%)
Ansiedad	A	6	10	12	19	1	2	19	31
Timidez	T	8	13	6	10	0	0	14	23
Miedo	M	12	19	8	13	0	0	20	32
Llanto	LL	7	11	9	15	0	0	16	26
Cooperación	Co	20	32	23	37	2	3	45	73
Motivación	Mt	13	21	14	23	2	3	29	47

Fuente: Romero. 2018

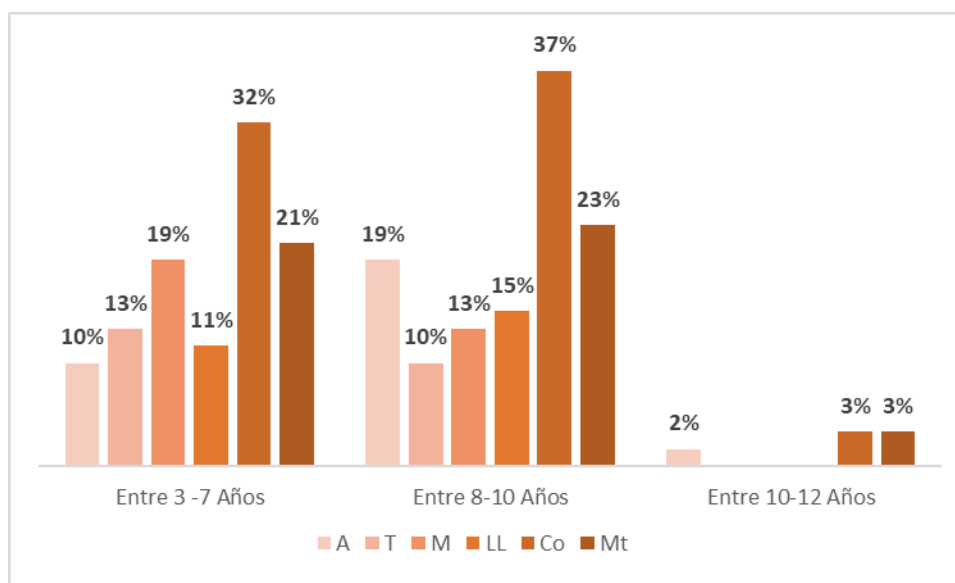


Gráfico 6. Efectos Psicológicos presentados por las niñas, según el grupo etario

Fuente: Romero. 2018

Análisis Interpretativo

Del gráfico 5 se puede percibir que el efecto psicológico con más prevalencia en las niñas entre 3 y 10 años de edad es la Cooperación con porcentajes de ocurrencia entre un treinta y dos y treinta y siete por ciento. Seguido, se encuentra la Motivación en las mismas edades con valores entre veintiuno y veintitrés por ciento. Los efectos negativos están presentes, pero en proporciones menores. Incluso entre

diez y doce años, aparte de una baja frecuencia de ansiedad, se presentan solo la cooperación y la motivación. Este resultado hace inferir que los niveles de ansiedad, temor y llanto de las niñas, disminuyeron con la aplicación de las técnicas de adaptación comunicativas, prevaleciendo la actitud cooperativa y de motivación a aceptar el tratamiento. Asimismo, que en la medida que más edad tienen, los efectos negativos disminuyen y aumenta la disposición positiva al procedimiento odontológico. Al respecto, Guarderas (2016) explica que, a partir de los 4 años, la adaptación de los niños se facilita por la disminución del miedo a lo desconocido, una mayor madurez emocional y un aumento de la socialización. A esta edad si se conduce en la forma adecuada, puede ser un excelente paciente. Pues, a medida que aumenta la edad del niño, lógicamente la adaptación será más fácil ya que el niño habrá desarrollado mayores y mejores destrezas sociales, auto control y a aceptar situaciones no placenteras.

CUADRO 7

Efectos Psicológicos presentados por los niños, según el grupo etario

GRUPO ETARIO		Entre 3 -7 Años		Entre 8-10 Años		Entre 10-12 Años		TOTAL	
		f	fr (%)	f	fr (%)	f	fr (%)	f	fr (%)
Ansiedad	A	7	23	5	16	0	0	12	39
Timidez	T	4	13	2	6	1	3	7	23
Miedo	M	2	6	1	3	0	0	3	10
Llanto	LL	3	10	1	3	0	0	4	13
Cooperación	Co	6	19	10	32	6	19	22	71
Motivación	Mt	3	10	6	19	4	13	13	42

Fuente: Romero. 2018

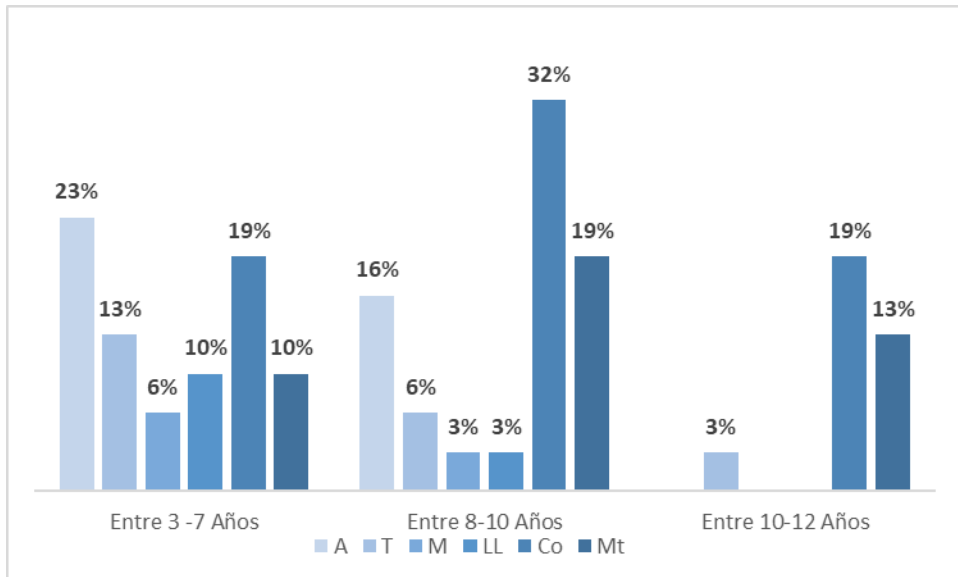


Gráfico 7. Efectos Psicológicos presentados por los niños, según el grupo etario

Fuente: Romero. 2018

Análisis Interpretativo

En cuanto a los pacientes del género masculino, el gráfico 7 muestra una frecuencia entre dieciséis y veintitrés por ciento de ansiedad en los pacientes entre 3 y 10 años, pero entre un diecinueve y treinta y dos por ciento de cooperación en todas las edades. En cuanto a la motivación, los varones presentaron este efecto entre un 10 y un diecinueve por ciento. Estos resultados reflejan que la frecuencia de ansiedad, temor, miedo y llanto en los niños se mantiene, aun cuando en muchos casos impera una actitud de cooperación y motivación al tratamiento, sobre todo en el grupo etario de 3 a 7 años. Por su parte, en los casos de los pre adolescente de 10 a 12 años, prevaleció la cooperación y la motivación, manteniendo solo en unos pocos casos el efecto de temor.

En ese sentido, Guarderas (2016) afirma que la visita odontológica provocara un cierto grado de ansiedad en la mayoría de los niños. Esto es especialmente así en el niño preescolar, quien puede experimentar no solo temor de un posible dolor y miedo a lo desconocido, sino también un temor a la separación de la madre.

Asimismo, Osorio y Graterol (2014) concluyeron en su trabajo de investigación que los niños entre 5 y 7 años tienden más a llorar y gritar, donde la frecuencia es de más del doble comparado con los niños de 8 a 10 años.

CUADRO 8

Exodoncias realizadas a las niñas por grupo etario

GRUPO ETARIO	Entre 3 -7 Años		Entre 8-10 Años		Entre 10-12 Años		TOTAL	
	f	fr (%)	f	fr (%)	f	fr (%)	f	fr (%)
Simple	20	45	21	48	3	7	44	100
Compleja	10	56	8	44	0	0	18	100

Fuente: Romero. 2018

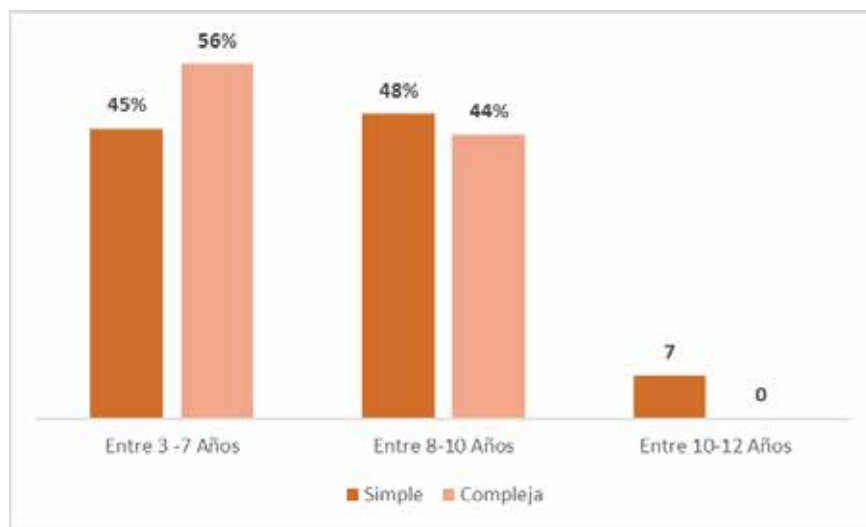


Gráfico 8. Exodoncias realizadas a las niñas por grupo etario

Fuente: Romero. 2018

Análisis Interpretativo

El gráfico 8 muestra que, del total de exodoncias simples practicadas a las niñas; al grupo de 3 a 7 años, se les hizo el cuarenta y cinco por ciento, a las de 8 a 10 años, el cuarenta y ocho por ciento y el restante 7% a las de 10 a 12 años. En cuanto a las exodoncias complejas, el cincuenta y seis por ciento se les practicó a las hembras de 3 a 7 años, y el cuarenta y cuatro por ciento restante a las de 8 a 10 años.

Del resultado anterior se puede deducir que la prevalencia tanto de las exodoncias simples como complejas, se realizaron a niñas entre los 3 y 10 años, siendo muy baja y nula la ejecución de exodoncias simples y complejas, respectivamente, en niñas entre 10 y 12 años. Cabe destacar, que los factores para esta prevalencia de exodoncias complejas en niñas entre 3 y 7 años, están relacionados a la caries rampante o de biberón, que es un tipo de caries de avance rápido y destructivo y se produce por los restos de leche que se quedan en la boca del niño y al fermentarse atrae las bacterias generadoras de caries. En la medida que la niña va creciendo y llega a la edad escolar, entonces ya comienza a correr riesgos de traumatismos dentales por golpes recibidos al jugar o hacer deportes. En cuanto a la frecuencia de exodoncias simples, esto se relaciona al período de recambio dentario que experimentan los niños entre los 7 y 10 años.

CUADRO 9

Exodoncias realizadas a los niños por grupo etario

GRUPO ETARIO	Entre 3 -7 Años		Entre 8-10 Años		Entre 10-12 Años		TOTAL	
	f	fr (%)	f	fr (%)	f	fr (%)	f	fr (%)
Exodoncia								
Simple	5	31	8	50	3	19	16	100
Compleja	7	47	5	33	3	20	15	100

Fuente: Romero. 2018

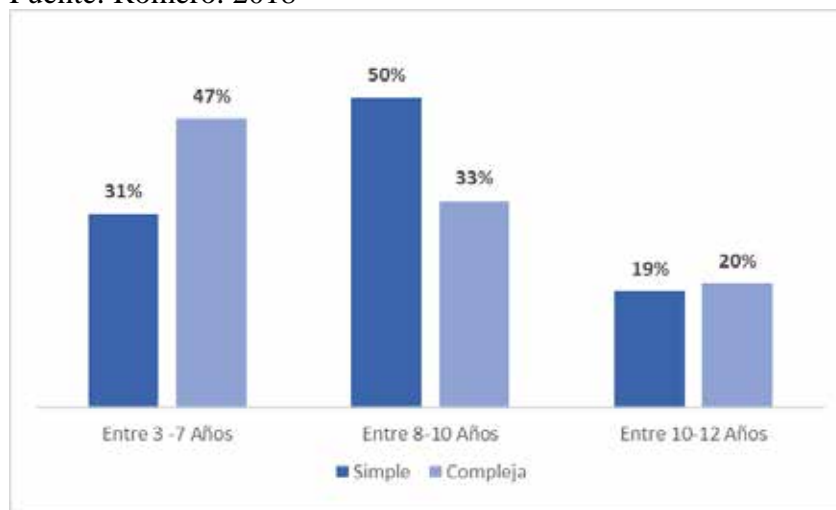


Gráfico 9. Exodoncias realizadas a los niños por grupo etario

Fuente: Romero. 2018

Análisis Interpretativo

El gráfico 9 señala que, del total de exodoncias simples practicadas a los niños; al grupo de 3 a 7 años, se les hizo el treinta y uno por ciento, a los de 8 a 10 años, el cincuenta por ciento y el restante diecinueve por ciento a los de 10 a 12 años. En cuanto a las exodoncias complejas, el cuarenta y siete por ciento se le practicó a los varones de 3 a 7 años, el treinta y tres por ciento a los de 8 a 10 años y el restante veinte por ciento a los de 8 a 10 años.

Los resultados anteriores demuestran que en los varones las exodoncias simples tienen mayor prevalencia en el grupo de 8 a 10 años, siendo una posible causa la alteración de la reabsorción de los dientes temporales, pues según Villares y otros (2016) las exodoncias registradas por esta causa, representan el 93%. Pero sin descartar las otras causas referidas a las caries. Por su parte, explica Veleiro (2001), que las causas de los accidentes en dentición permanente más representativos en varones preadolescentes se relacionaron con caídas de bicicletas, percances automovilísticos y deportes de grupos, que fueron el origen más representativo de los traumas en varones, por ello la frecuencia en este grupo.

CUADRO 10

Efectos psicológicos en pacientes, según el tipo de exodoncia

Efecto Psicológico	Ansiedad		Timidez		Miedo		Llannto		Cooperación		Motivación	
	f	fr(%)	f	fr(%)	f	fr(%)	f	fr(%)	f	fr(%)	f	fr(%)
Exodoncia Simple	18	53	12	55	14	58	11	55	45	62	28	65
Compleja	16	47	10	45	10	42	9	45	27	38	15	35
TOTAL	34	100	22	100	24	100	20	100	72	100	43	100

Fuente: Romero. 2018

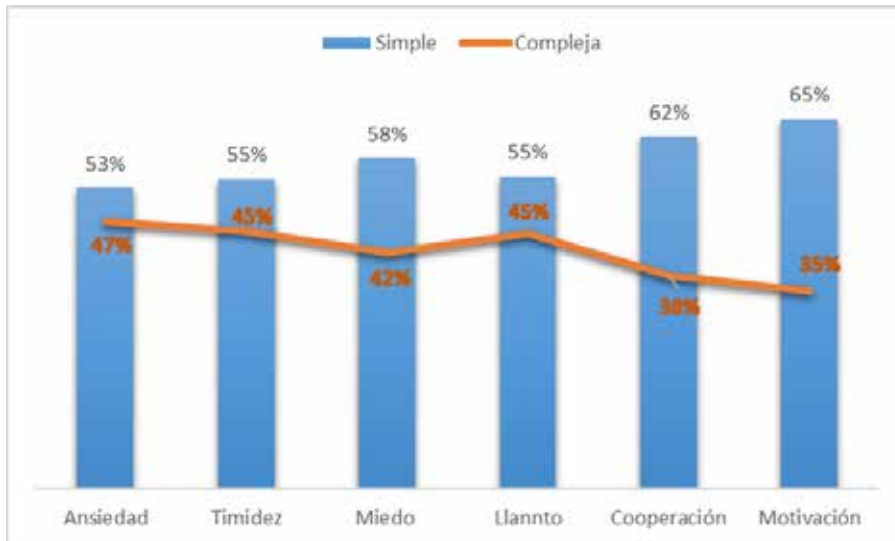


Gráfico 10. Efectos psicológicos en pacientes, según el tipo de exodoncia

Fuente: Romero. 2018

Análisis Interpretativo

En la gráfica 10 se puede observar que los efectos psicológicos a los pacientes que se someten a exodoncias simples, tienen un porcentaje de incidencia entre el cincuenta y tres por ciento al sesenta y cinco por ciento, siendo los porcentajes mayores los correspondientes a la cooperación y motivación. En el caso de las exodoncias complejas, los pacientes presentan porcentajes que van desde el treinta y cinco por ciento hasta el cuarenta y siete por ciento, pero con el porcentaje menor hacia la cooperación y motivación.

De lo anterior se puede inferir que los niños, ante una exodoncia compleja, mantienen los efectos psicológicos negativos durante la consulta y como consecuencia sus niveles de cooperación y motivación son inferiores que sus sentimientos negativos ante el tratamiento. Esto puede derivarse por el temor a la anestesia, dado que “la inyección constituye el procedimiento más temido universalmente en odontopediatría” (UCV, 1998), pues en el caso de una exodoncia compleja es imprescindible realizar la aplicación de la anestesia, a diferencia de las exodoncias simples que pudieran solucionarse con anestesia local.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Los resultados presentados anteriormente, derivados de las observaciones realizadas a una muestra de noventa y un pacientes en edades comprendidas entre 3 y 12 años, para determinar los efectos psicológicos de las técnicas de adaptación comunicativas durante las exodoncias practicadas en pacientes que asisten a la Clínica del Niño y el Adolescente I, han proporcionado los elementos necesarios que permiten a la investigadora relacionarlos con los objetivos de investigación y así llegar a las siguientes conclusiones.

Inicialmente, se identificaron las técnicas de adaptación comunicativas utilizadas por los estudiantes de odontología en la Clínica del niño y el adolescente, como son; Decir-Mostrar-Hacer (DMH), Control de Voz (Cv), Reforzamiento Positivo (R+), Reforzamiento Negativo (R-), Modelado (Mo), Distracción Contingente (Dc), Escape Contingente (Ec) y Tiempo y Fuera (Tf). Todas las técnicas fueron utilizadas en los pacientes y dependiendo de la edad, la personalidad del paciente y la situación, se podían aplicar desde una sola técnica hasta la totalidad de las mismas, lo cual proporcionaba seguridad y tranquilidad tanto al paciente como al estudiante practicante.

Asimismo, se señalaron los efectos psicológicos presentes en los pacientes que asisten a la clínica del niño y el adolescente I, que fueron; Ansiedad (A), Temor (T), Miedo (M), Llanto (Ll), Cooperación (Co) y Motivación (Mt). Estos resultados hacen inferir, que una buena proporción de los pacientes obtuvo efectos positivos como la cooperación y la motivación, como efecto de la utilización, por parte del odontólogo, de las técnicas de comunicación adecuadas. Cabe destacar que se logró determinar que, con el uso adecuado de las técnicas de adaptación comunicativas, tomando en

consideración la edad y género de los pacientes, se logró disminuir notablemente los niveles de ansiedad, temor, miedo y llanto, dando paso a una actitud positiva de cooperación y motivación de los pacientes a recibir el tratamiento.

En cuanto al impacto psicológico de las técnicas de adaptación comunicativas durante las exodoncias en los pacientes que asisten a la clínica del niño y el adolescente de acuerdo a la edad y sexo, se logró determinar que las pacientes entre 3 y 10 años demostraron con más frecuencia su disposición a la cooperación y a la motivación. En estas edades, las niñas manifiestan efectos negativos como ansiedad, timidez, miedo y llanto, pero en muy poca proporción. En la medida que van creciendo en edad, al llegar al grupo etario de 10 a 12 años, las hembras solo les queda un poco de ansiedad, presentando solo los efectos de cooperación y motivación. Por otra parte, los pacientes del sexo masculino entre 3 y 10 años, tienden a mostrar un poco más de ansiedad y sus niveles de cooperación y motivación, también son inferiores a los de las niñas.

Ahora bien, cuando se trata del impacto psicológico de las técnicas de adaptación comunicativas en los pacientes que asisten a la clínica del niño y el adolescente de acuerdo al tipo de exodoncia realizada, se pudo determinar que estos efectos tienen una tendencia a ser mayor cuando se trata de exodoncias simples. Además, la tendencia es a ser más elevados los efectos positivos, como la cooperación y la motivación, en las exodoncias simples. Por el contrario, en las exodoncias complejas las frecuencias de los efectos psicológicos son menores a los de las niñas, pero con el fenómeno que los efectos positivos se inclinan a ser menores que los negativos.

5.2. RECOMENDACIONES

Dados los resultados del estudio realizado y los hallazgos que condujeron a las conclusiones antes expuestas, la investigadora considera que los estudiantes de odontología, durante las prácticas médicas en la Clínica del niño y el adolescente de

la Universidad José Antonio Páez, deben aplicar a cada paciente que atiendan, todas las técnicas de adaptación comunicativas que sean necesarias, de manera correcta y de acuerdo a su edad y sexo, con el fin de evitar momentos dolorosos y de estrés que puedan originar traumas con secuelas que perjudiquen la salud bucal del paciente por temor a enfrentarse nuevamente a un profesional de la odontología.

De esta manera, el estudiante podrá manejar la situación del paciente a los efectos de producir en él los impactos psicológicos ideales que le permitan adoptar una postura relajada, cómoda y con toda la mejor disposición de cooperar para que la consulta se desarrolle armoniosamente y el tratamiento resulte totalmente exitoso. Así, las visitas posteriores serán cada vez más agradables.

En tal sentido, la institución debe promover actividades de investigación o de proyectos comunitarios dirigidos al desarrollo de la práctica de odontopediatría, como un estímulo a los bachilleres próximos a graduarse, a continuar los estudios de especialización en esa rama. Además, sería un aporte a la comunidad para atender a esa parte de la población que se encuentra desasistida por la imposibilidad que en la actualidad tienen tantas familias de disponer del presupuesto familiar para las consultas odontológicas de prevención para los más pequeños del hogar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación: Introducción a la investigación científica*. (6° Ed.). Caracas, Venezuela: Episteme C.A.
- Alfaro, L, Ramos, K, Redondo, A, Rangel, T, Gonzalez, F (2014) INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR MIEDO Y ANSIEDAD DENTAL EN NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS DE EDAD,
- Bavaresco, A. (2006). *Proceso metodológico en la investigación: Cómo hacer un Diseño de Investigación*. Maracaibo, Venezuela. Recuperado de: http://biblioteca.bcv.org.ve/cgi-win/be_alex.exe?Autor=Bavaresco+de+Prieto,+Aura&Nombrebd=bcv_internet
- Castillo, A, Loaiza, S, Contreras, M, (2014) NIVELES DE ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL DOLOR EN NIÑOS DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LA CLINICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PÁEZ
- Chapman y Kirby-Turner. (1999). Dental Fear in children – a proposed model. *Br Dent J* 23;187(8):408-12.
- Choliz M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Disponible en <http://www.uv.es/=choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Diercke y cols. (2012). Dental fear in children and adolescents: a comparison of forms of anxiety management practiced by general and paediatric dentist. *Int J Paediatr Dent* 22(1):60-7.
- Guarderas (2016). Actitud de los padres y su interferencia en la primera consulta odontopediátrica de la clínica de la Universidad de las Américas. Facultad de Odontología. UDLA. Quito. 66 p.
- Hernández, & Baptista, F. y. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. Editorial Mac Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª Ed.). México, D.F., México: McGraw Hill Interamericana.

- Horacio. (2002). La Ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico. 1era edición. Ed. Buenos Aires: Polemos
- Hurtado I y Toro J. (2007). *Paradigmas y Métodos de Investigación en tiempos de cambio*. Libros de El Nacional. Colección Minerva.
- Jaramillo, D (2003) *Fundamentos de odontología, odontología pediátrica* (3era, Ed.) CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS Medellín, Colombia.
- Klingberg T, Forssberg H, Westerberg H. Training of working memory in children with ADHD. *J Clin Exp Neuropsych* 2002;24:781-91
- Lara y cols (2012) Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *Int J Paediatr Dent* 22(5):324-30.
- León, M, Suarez, V (2016) IMPACTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES SOMETIDOS A PROCESO DE BICHECTOMIA QUE ACUDEN AL ÁREA DE CIRUGIA BUCAL DE LA CLINICA ECODENTAL
- Lewin, K. (1969). *Dinámica de la Personalidad*: selección de artículos. Morata.
- Mcdonald, Dean Y Avery. (2014) *Odontología Para el niño y del Adolescente*. De: médica Panamericana. Buenos Aires.
- Medina, Y, Méndez, S (2013) COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA ANTE DIFERENTES TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN
- Méndez, Carlos (2009) DISEÑO Y DESARROLLO DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN CON ÉNFASIS EN CIENCIAS EMPRESARIALES. 4ta edición. Bogotá. Limusa.
- Osorio H, Graterol A (2014) NIVELES DE ANSIEDAD Y RESPUESTA FISIOLÓGICA EN EL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS DE EDAD ANTE LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOPEDIÁTRICOS
- Palella y Martins (2010) *Metodología de Investigación Cuantitativa*. 3ra Edic. FEDUPEL.
- Pinkham, JR; (1991) *Odontología pediátrica*. Mexico. Interamericana

- Shapiro y cols (2007) Behavioural and physiological effect of dental environment sensory adaptation on children's dental anxiety. *Eur J Oral Sci* 115(6):479-83
- Silva, M. (2006). *Metodología de la Investigación*. Caracas, Venezuela: Ediciones CO-BO.
- Universidad Central de Venezuela (1996) *Conceptos Básicos de Odontología Pediátrica*. Catedra de Odontología Pediátrica, Facultad de Odontología. Caracas. Desinlimed
- Vara, A. (2010). Desde la idea hasta la sustentación: 7 pasos para una tesis exitosa: Un método efectivo para las ciencias empresariales. Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos. Universidad de San Martín de Porres. Lima. Manual electrónico disponible en internet: www.aristidesvara.net.
- Velastegui (2017) Determinar el comportamiento del niño en la primera consulta odontológica en relación a la actitud del representante en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología UCE semestre 2017. Tesis de Grado. Universidad Central de Ecuador. Quito. 77p
- Veleiro, C. (2001) Traumatismos dentales en niños y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. [Revista en Línea] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2001/art-5/> [Recuperado: julio de 2018]
- Villares, Rodríguez, Ruiz y Romero (2016) Análisis de las causas de exodoncia en la población infantil atendida en una clínica universitaria. *Revista Pediatría Atención Primaria*. España. [Revista en línea] Disponible en: http://archivos.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/IXus5l_LjPq4RQcxodpCfR8VTUuR00nM [Recuperado: julio de 2018]
- Virgen, Lara, Morales. (2005) Los trastornos de ansiedad. En: *Revista Digital Universitaria*. Vol 6 N° 11. Art.109 P 1067-6079.

ANEXOS

ANEXO A
SISTEMA Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Sistema de variables

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Identificar las técnicas de adaptación comunicativas utilizadas por los estudiantes de odontología en la Clínica del niño y del adolescente I	Técnica de adaptación	Se considera como conjunto de herramientas dirigidas al manejo del comportamiento del paciente, basándose en el desarrollo evolutivo y conductual del paciente.
Determinar el impacto psicológico de las técnicas de adaptación comunicativas durante las exodoncias en los pacientes que asisten a la clínica del niño y el adolescente I de acuerdo a la edad y sexo.	Edad	Término que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.
	Sexo	En términos biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino.
Establecer el impacto psicológico de las técnicas de adaptación comunicativas en los pacientes que asisten a la clínica del niño y el adolescente I de acuerdo al tipo de exodoncia realizada.	Impacto psicológico	Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento psicológico de la persona.
	Exodoncia	Es un acto quirúrgico por el que se extrae un diente o una parte remanente del mismo que ha quedado alojada en el alvéolo.

Romero (2018)

Operacionalización de Variables

Objetivo General	Variables	Dimensión	indicadores	Instrumento	Ítems
Describir el impacto psicológico de las técnicas de adaptación comunicativas durante las exodoncias en pacientes que asisten a la Clínica del Niño y el Adolescente I	Técnicas de adaptación	Clasificación de técnicas de adaptación comunicativas	Ü DMH Ü Control de voz Ü Reforzamiento Positivo Ü Reforzamiento Negativo Ü Modelado Ü Distracción contingente Ü Escape contingente Ü Tiempo y fuera Ü Comunicación no verbal	Guía de observación	1
	Edad	Rango de edades	Ü 2 a 4 años Ü 5 a 7 años Ü 8 a 10 años Ü 10 a 12 años		2
	Sexo	Géneros	Ü Masculino Ü Femenino		3
	Impacto psicológico	Signos	Ü Ansiedad Ü Timidez Ü Miedo Ü Llanto Ü Cooperación Ü Motivación		4

Romero (2018)

ANEXO B
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	1- Técnicas de adaptación									2- Edad (años)				3-Sexo		4- Impacto psicológico						5-Exodoncia	
	DMH	Cv	R+	R	Mo	Dc	Ec	TF	CnV	2-4	3-7	8-10	10-12	M	F	A	T	M	LL	CO	MT	S	C
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							

ANEXO C

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN COMUNICATIVAS DURANTE LAS EXODONCIAS EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

AUTORES: Ghiovanna Romero CI 22.190.981

CRITERIOS Ítem	PERTINENCIA (Oportunidad/Consonancia)		CLARIDAD (definición)		CÓDIFICACIÓN (Correspondencia)		DECISIÓN		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Si	No	Por
1	/		/		/		/		
2	/		/		/		/		
3	/		/		/		/		
4	/		/		/		/		
5	/		/		/		/		
6	/		/		/		/		
7	/		/		/		/		
8	/		/		/		/		
9	/		/		/		/		
10	/		/		/		/		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: X NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
<u>Edicenna Perceiro</u>	<u>20-031 658</u>	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
<u>Odontopediatría</u>	<u>Postgrado</u>	<u>18/06/2018</u>

