



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PROTOCOLO DE ADAPTACIÓN PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
ODONTOFOBIA A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DIRIGIDO A
ESTUDIANTES DEL VII SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ, PERÍODO FEBRERO – JUNIO (2017)**

Autoras:

Br. Berrrios Angela

Br. Delgado Kelly



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

**PROTOCOLO DE ADAPTACIÓN PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
ODONTOFOBIA A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DIRIGIDO A
ESTUDIANTES DEL VII SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ, PERÍODO FEBRERO – JUNIO (2017)**

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

Autoras:

Br. Berrios Angela

Br. Delgado Kelly

Tutora:

Od. Blasmir Jiménez

San Diego, junio 2017



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

PROCOLO DE ADAPTACIÓN PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
ODONTOFOBIA A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DIRIGIDO A
ESTUDIANTES DEL VII SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ, PERÍODO FEBRERO - JUNIO (2017)

ESTUDIANTES

Cedula de Identidad

V-20.768.093
V-18.019.271

Nombre y Apellido

Berrios Angela
Delgado Kelly

Tutor Académico: Od. Blasmir Giménez

11.121.571

Cedula de Identidad

Firma

COORDINACION DE TRABAJO DE GRADO


Firma



23/06/2017

Fecha



**UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
CONSEJO UNIVERSITARIO**

CU-UJAP-_____

San Diego, _____

Ciudadanas:

Angela Berrios C.I. V-20.768.093

Kelly Delgado C.I. V-18.019.271

Presente.-

Cumplo con informarles que la Comisión Delegada del Consejo Universitario de la Universidad José Antonio Páez, en su sección N° _____, celebrada el _____, ACORDÓ APROBAR EL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO presentado por ustedes, titulado: PROTOCOLO DE ADAPTACIÓN PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ODONTOFOBIA A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DIRIGIDO A ESTUDIANTES DEL VII SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ, PERÍODO FEBRERO – JUNIO (2017).

. Sin otro particular, se suscribe de ustedes.

Atentamente,

Lic. Katerina Sljussar P.

Secretaria

c.c. Expediente del alumno



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**PLANILLA SOLICITUD:
ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO**

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Berrios Berrios	Nombres: Angela Daniela	C.I.: V-20.768.093
Dirección: San Diego, estado Carabobo		Teléfono: 0412-4694842
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico: puntos	
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autoras Nombre: Angela Berrios Teléfono: 0412-4694842 Nombre: Kelly Delgado Teléfono: 0412-1253359		
Título del Trabajo: Protocolo de adaptación para pacientes pediátricos con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes del VII semestre de la Universidad José Antonio Páez, Periodo Febrero - Junio (2017)		
Breve Explicación: Proponer un protocolo de adaptación dirigido a estudiantes de Odontología para la adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo de Desarrollo: Dos (2) semestres		
Tutor Académico propuesto: Od. Blasmir Giménez		

APROBADO

NO APROBADO

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO

Evy Lopez
Nombre

[Firma]
Firma

23/06/2017
Fecha

DIRECCIÓN DE ESCUELA

Nombre



Fecha



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD:
ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Delgado Pérez	Nombres: Kelly Rossana	C.I.: V-18.019.271
Dirección: San Diego, estado Carabobo		Teléfono: 0412-1253359
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico: 11,63 puntos	
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autoras		
Nombre: Angela Berrios Teléfono: 0412-4694842		
Nombre: Kelly Delgado Teléfono: 0412-1253359		
Título del Trabajo: Protocolo de adaptación para pacientes pediátricos con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes del VII semestre de la Universidad José Antonio Páez, Periodo Febrero – Junio (2017)		
Breve Explicación: Proponer un protocolo de adaptación dirigido a estudiantes de Odontología para la adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo de Desarrollo: Dos (2) semestres		
Tutor Académico propuesto: Od. Blasmir Giménez		

APROBADO NO APROBADO

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO

Nombre Eny Cedeño Firma [Firma] Fecha 26/06/2017

DIRECCIÓN DE ESCUELA

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Od. Blasmir Giménez, titular de la Cédula de Identidad N° 11.121.571, en mi carácter de Tutora del Trabajo de Grado presentado por las ciudadanas Berrios Angela, titular de la C.I. V-20.768093 y Delgado Kelly, C.I. titular de la C.I. V-18.019.271, titulado “Protocolo de adaptación para pacientes pediátricos con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes del VII semestre de la Universidad José Antonio Páez, Período Febrero – Junio (2017)”, 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 _____ días del mes de junio del año dos mil diecisiete.

(Firma autógrafa)

Blasmir Giménez
C.I. N° V - 11.121.571



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

ACTA DE APROBACION DE TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Odontología para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: “Protocolo de adaptación para pacientes pediátricos con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes del VII semestre de la Universidad José Antonio Páez, Período Febrero – Junio (2017)”, realizado por la alumna Berrios Angela, titular de la C.I. V-20.768093 cursante de la carrera de Odontología, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, que reúne los méritos suficientes para su aprobación asignándole la **CALIFICACION DEFINITIVA DE:** _____, **(____) PUNTOS.**

Tutor Académico
Blasmir Giménez

Cédula de Identidad V-11.121.571

Firma

JURADOS

Nombre

C.I.

Firma

Nombre

C.I.

Firma



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

ACTA DE APROBACION DE TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Odontología para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: “Protocolo de adaptación para pacientes pediátricos con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes del VII semestre de la Universidad José Antonio Páez, Período Febrero – Junio (2017)”, realizado por la alumna Delgado Kelly, C.I. titular de la C.I. V-18.019.271, cursante de la carrera de Odontología, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, que reúne los méritos suficientes para su aprobación asignándole la **CALIFICACION DEFINITIVA DE: _____, (____) PUNTOS.**

Tutor Académico
Blasmir Giménez

Cédula de Identidad V-11.121.571

Firma

JURADOS

_____ Nombre	_____ C.I.	_____ Firma
-----------------	---------------	----------------

_____ Nombre	_____ C.I.	_____ Firma
-----------------	---------------	----------------

DEDICATORIA

A Dios Todo Poderoso por permitirme vivir y seguir viviendo, para disfrutar de mis logros y mis metas alcanzadas.

A mi madre quien ha sido mi bastón de seguridad, mi gran ejemplo a seguir la que ha luchado para darme todo lo que tengo, quien sin duda alguna le debo todo lo que soy hoy en día, por su amor incondicional y sin barreras , por sus consejos , y por todo lo que me ha enseñado , porque sin ella no hubiese alcanzado esta meta .

A mi hermana uno de los tesoros más valiosos de mi vida, quien me impulsa, me motiva y me apoya en todo momento.

A mi abuela Custodia quien me ha dado su apoyo increíblemente con sus hermosas bendiciones , mi otra madre a quien le tengo mucho que agradecer por todo lo que ha hecho por mí , por parte de mi crianza , sus consejos , sus palabras de aliento .

A mi tía Ernestina que siempre ha estado allí, escuchándome, apoyándome, y sobre todo creyendo en mí, “si se puede hija “sus palabras siempre de motivación, otra madre más que la vida me regalo.

A mi tía María Griselia por permanecer siempre a través de la distancia conmigo, dándome apoyo, siempre te he sentido como una de mis madres, por siempre creer en mis triunfos, y en mis logros , por ser parte de esta meta .

A mi novio Fernando al que sin duda alguna siempre me ha motivado, me ha comprendido, me ha impulsado a continuar, a quien hoy en día le agradezco mucho la paciencia, el amor que me ha tenido, a siempre estar en mis mejores y peores momentos, por su gran amor incondicional .

A mi tío Andrés Estraño quien siempre ha estado apoyándome, y sé que su cariño siempre ha sido puro y sincero, gracias por tu cariño y tu gran apoyo.

A mis amigos: Jesús Núñez, Yurubi Solas, Gabriel Barreto, Kelly Delgado, Olga Lucciani, Darly Alfonso, Kelly Chavez, Angelis Monserrat, Marwill Flores, Yisbeli Luzardo, Janny Ragazzoni, Ronairis y Rosmary, gracias por su amistad incondicional, por siempre creer que lo lograría, por apoyarme en todo momento, gracias por todo su cariño .

A mi Tía Francie y mi Tío Alberto, por siempre sonreír antes mis logros, y por decirme que si se puede, siempre una gran palabra de aliento, gracias por siempre creer en mí.

A mi abuela Petra quien hoy en día quiero agradecerle que gracias a ella me gusta todo lo que tenga que ver con la salud, por siempre creer en mí, por motivarme, por alegrarse por todos mis logros .

A mi suegra Janet Núñez quiero darle las gracias por su amor incondicional, y apoyo, quien sin duda alguna tengo mucho que agradecerle por todo lo que ha hecho por mí; a mi cuñada María Alejandra, quien siempre disponía de su tiempo para mí, con sus hermosas palabras siempre dispuesta ayudarme.

Angela Berrios

DEDICATORIA

Principalmente a Dios Todopoderoso por acompañarme, guiarme e iluminarme a lo largo de este recorrido en la escuela de la vida, donde me ayudo a crecer y formarme a pesar de las dificultades

A mis tres ángeles (Nono Ramón, tía Juana, abuela Rosa) mis estrellas que me guiaron a salir adelante... cuánta falta me hacen, los extraño muchísimo.

A mis padres, gracias por apoyarme en cada momento por ser mi pilar y bastón siempre, sin ustedes no podía haberlo logrado, este triunfo es para ustedes porque son los mejores padres que Dios ha podido darme, los AMO con la vida

A mi hermano y mi cuñada por ser parte importante en mi vida siempre apoyándome en cada momento, los adoro

A mi hermoso sobrino (Thiago David): mi príncipe, llegaste para alegrarnos la vida, eres una gran bendición, te adoro como a nadie.

A mi nona Celina, mi viejita, siempre pendiente de cómo estaba, apoyándome y queriéndome en todo momento... te quiero Nona.

A mis amigas (Mila, María, Paola), gracias por su apoyo por estar ahí cuando las necesité... gracias nenitas.

A mi prima Maru y mi amigo Franco, por haber sido excelentes personas conmigo, por haberme tenido paciencia y motivarme a seguir adelante en los momentos cuando creía que ya no podía más... los mega adoro.

A grandes amigos: Olga Luciani, Daniela Berrios, Gabriel Barreto, Edinora Gómez, gracias por su amistad incondicional por siempre confiar en mí y apoyarme en todo momento. Los quiero.

A mi tutora de tesis Od Blasmir Gimenez, más que mi profesora, mi amiga: gracias por tu dedicación, tus palabras y empujones cuando más lo necesitaba, siempre con una palabra de aliento para cualquier problema, eres una excelente persona siempre te lo dije me harás una falta horrible. Te quiero.

Gracias a cada uno de ustedes por formar parte de mi vida, por cada palabra de ánimo y apoyo que me dieron, por su compañía en momentos difíciles, por todo que me han brindado... ahora sí podemos decir lo logramos.

Kelly Delgado

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme todo el entendimiento y la confianza en mí misma para seguir una meta hasta alcanzarla.

A la Universidad José Antonio Páez, por haberme abierto las puertas durante 5 años para formarme como profesional.

A la Od. Blasmir Giménez, mi Tutor Académico, por haberme guiado y haber seguido mis pasos dándome las pautas para realizar mi proyecto de grado, por su gran apoyo, su linda amistad, sus grandes consejos, su gran apoyo y su cariño incondicional

A la Od. Delbia Terán, por enseñarme tantas cosas a lo largo de mi carrera y sobre todo por su apoyo en todo momento, gracias por hacerme sentir una hija más.

A todos los profesores de la Universidad José Antonio Páez, por impartirme sus conocimientos y brindarme su confianza y amistad; para ser una excelente profesional.

Angela Berrios

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, quien me guía por este camino, me dio fuerzas para luchar y seguir adelante cuando más lo necesite, enseñándome a vencer cualquier obstáculo que se me presentara, para poder alcanzar esta gran meta.

A mis padres, quienes son mi pilar fundamental, me dieron su apoyo y amor incondicional. Gracias a ustedes por estar siempre conmigo.

A toda mi familia, que de alguna u otra manera siempre estuvieron apoyándome a lo largo de esta gran meta... esto es para ustedes también.

A mi profe Od. Delbia Terán, gran persona, gracias por ayudarme y apoyarme, enseñarme tantas cosas a lo largo de mi carrera por esas palabras de apoyo que me dio cuando las necesité. Gracias por quererme y tratarme como una hija, aquí estamos logrando esta gran meta: una de sus discípulas lo logró: la quiero muchísimo.

A Luis Moyetones mi profe, excelente profesor, pero más aún, gran ser humano con una vocación de enseñar inmensa, siempre apoyando en cualquier momento y circunstancia, en tan poco tiempo, enseñándome a amar cada día más mi carrera... personas como usted pocas, sé que saldremos adelante porque somos valientes como siempre lo dice... lo quiero mucho.

A la Universidad José Antonio Páez por ser mi casa de estudios a lo largo de este gran camino.

A todos los profesores por impartir sus conocimientos en todo el transcurso de mi carrera.

Kelly Delgado

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

	pp.
LISTA DE TABLAS.....	xvi
LISTA DE GRÁFICOS.....	xviii
RESUMEN INFORMATIVO.....	xx
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULOS	
I EL PROBLEMA.....	3
1.1.- Planteamiento del Problema.....	3
1.2.- Formulación del Problema.....	6
1.3.- Objetivos de la Investigación.....	6
1.3.1. Objetivo General.....	6
1.3.2. Justificación de la Investigación.....	7
1.4.- Justificación de la Investigación.....	7
II MARCO TEÓRICO.....	9
2.1.- Antecedentes de la Investigación.....	9
2.2.- Bases Teóricas.....	
2.2.1. Desarrollo psicológico infantil.....	14
2.2.2. Odontofobia.....	19
2.2.3. Técnicas de adaptación a la consulta odontológica.....	23
2.3.- Bases Legales.....	28
2.4.- Definición de Términos Básicos.....	30
III MARCO METODOLÓGICO.....	32
3.1.- Tipo, Modalidad, Nivel y Diseño de investigación.....	32
3.1.1. Fases I Diagnóstico.....	33
3.1.1.1. Población y muestra.....	33
3.1.1.2. Técnicas e instrumentos de recolección	34
3.1.1.3. Validez y Confiabilidad	34
3.1.1.4. Técnicas de Análisis de la Información	35
3.1.1.5. Sistema de Variables	36
3.1.2. Fase II. Factibilidad	38
3.1.3. Diseño de la Propuesta	38

CAPÍTULOS		pp.
IV	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	39
	4.1. Objetivo Específico 1.....	39
	4.2. Objetivo Específico 2.....	55
	4.3. Objetivo Específico 3.....	59
	4.4 Discusión de los Resultados.....	60
V	LA PROPUESTA.....	61
	5.1.- Introducción.....	61
	5.2.- Justificación de la Propuesta.....	61
	5.3.- Objetivos de la Propuesta.....	62
	5.4.- Organización de la Propuesta.....	62
VI	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	63
	5.1.- Conclusiones.....	63
	5.2.- Recomendaciones.....	64
	REFERENCIAS.....	65
	ANEXOS.....	68
	A Cuestionario.....	69
	B Validación de Expertos.....	73
	C Prueba de Confiabilidad del Instrumento.....	78

LISTA DE TABLAS

TABLA

		pp.
1	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre Psicología Infantil; ítem 1	39
2	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre Psicología Infantil; ítem 2	40
3	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre identificación de odontofobia; ítem 3	41
4	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre identificación de odontofobia; ítem 4	42
5	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre identificación de odontofobia; ítem 5	43
6	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 6	44
7	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 7	45
8	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 8	46
9	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 9	47
10	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 10	48
11	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 11	49
12	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 12	50

TABLA

	pp.	
13	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 13	51
14	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 14	52
15	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 15	53
16	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 16	54
17	Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 17	55
18	Consideras que la Universidad José Antonio Páez posee los recursos humanos requeridos para incorporar estrategias destinadas a mejorar el aprendizaje	56
19	Distribución de frecuencias de la disponibilidad de recursos para la producción de materiales de apoyo; factibilidad operativa, ítem 19	57
20	Distribución de frecuencias de la destinación de recursos financieros para producir recursos didácticos de apoyo; factibilidad económica, ítem 20	58
21	Distribución de frecuencias de la utilidad de un protocolo para la adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta pediátrica, ítem 21	59

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO

		pp.
1	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre Psicología Infantil; ítem 1	39
2	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre Psicología Infantil; ítem 2	40
3	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre identificación de odontofobia; ítem 3	41
4	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre identificación de odontofobia; ítem 4	42
5	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre identificación de odontofobia; ítem 5	43
6	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 6	44
7	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 7	45
8	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 8	46
9	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 9	47
10	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 10	48
11	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 11	49
12	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 12	50

GRÁFICO

	pp.	
13	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 13	51
14	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 14	52
15	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 15	53
16	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 16	54
17	Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 17	55
18	Distribución porcentual de la disponibilidad de recursos humanos; factibilidad técnica, ítem 18	56
19	Distribución porcentual de la disponibilidad de recursos para la producción de materiales de apoyo; factibilidad operativa, ítem 19	57
20	Distribución porcentual de la destinación de recursos financieros para producir recursos didácticos de apoyo; factibilidad económica, ítem 20	58
21	Distribución porcentual de la utilidad de un protocolo para la adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta pediátrica, ítem 21	59

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

PROTOCOLO DE ADAPTACIÓN PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
ODONTOFOBIA A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DIRIGIDO A
ESTUDIANTES DEL VII SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ, PERÍODO FEBRERO – JUNIO (2017)

Autoras: Angela Berrios
 Kelly Delgado
Tutora: Blasmir Giménez

RESUMEN INFORMATIVO

El objetivo de la presente investigación fue proponer un protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII semestre de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez. Para ello, se realizó un estudio de campo en modalidad proyecto especial, de nivel descriptivo y diseño no experimental transversal, para el cual se seleccionó una muestra probabilística de 90 estudiantes de Clínica II del Niño y el Adolescente a quienes se aplicó un cuestionario dicotómico previamente validado por expertos y sometido a prueba de confiabilidad, cuyos resultados permitieron diagnosticar debilidades cognitivas de los estudiantes sobre Psicología Infantil, identificación de odontofobia y técnicas de adaptación a la consulta odontológica e, igualmente, recabar sus percepciones respecto a la viabilidad de la propuesta, la cual fue diseñada teniendo en cuenta los resultados de dicho diagnóstico y las teorías consultadas sobre las características psicológicas del desarrollo infantil y las técnicas de adaptación del paciente pediátrico a la consulta odontológica. Se concluyó, que el protocolo propuesto capacitará a los estudiantes de Odontología en los pasos a seguir para adaptar al infante con odontofobia a la consulta odontológica, así como a los fines de prevenir el desarrollo de dicho trastorno en el paciente pediátrico.

Palabras clave: Paciente pediátrico odontofóbico; protocolo; adaptación a la consulta odontológica.

INTRODUCCIÓN

El manejo del paciente odontopediátrico es complejo, pues dadas las características de su desarrollo psicológico tienen la tendencia a presentar temores, algunos de ellos irreales y otros aprendidos en su entorno familiar, social y escolar; tal es el caso del trastorno de ansiedad conocido como odontofobia, el cual suele presentarse en el infante como producto de influencias exógenas.

Por tal razón, la necesidad de que el estudiante de Odontología, con vistas a sus prácticas clínicas con pacientes pediátricos y a futuro en el ejercicio profesional, se apropie de conocimientos sólidos sobre los aspectos psicológicos básicos del niño, así como de habilidades para identificar si éste tiene odontofobia o es propenso a serlo y además, dominar los pasos a seguir para poner en práctica técnicas específicas dirigidas a adaptarle a la consulta odontológica.

Sobre tales cuestiones gira el presente trabajo de investigación, cuyo objetivo fue proponer un protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII semestre de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, el cual quedó estructurado de la siguiente forma:

Primero, se ubica el Capítulo I El Problema, donde se aborda la problemática de la odontofobia infantil desde sus aspectos generales hasta la realidad observada en el universo de estudio, formulación del problema, objetivos de la investigación y justificación e importancia de la misma.

Prosiguiendo se encuentra el Capítulo II Marco Teórico, contentivo de los antecedentes de la investigación, bases teóricas y legales, así como la definición de términos básicos y a continuación, el Capítulo III Marco Metodológico, en el cual se describen los aspectos de método seguidos para lograr los objetivos del estudio: tipo, modalidad, nivel y diseño de investigación y fases metodológicas.

Sigue el Capítulo IV Resultados, donde se exponen detalladamente los hallazgos obtenidos mediante la encuesta aplicada a la muestra de estudiantes

seleccionada, con sus respectivas representaciones tabuladas, graficadas, análisis y discusión.

Luego se encuentra el Capítulo V La Propuesta, en el cual se desarrolla la solución prevista para contribuir a aumentar los conocimientos, habilidades y destrezas de los estudiantes de Odontología mediante el denominado “Protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica”, seguido por el Capítulo VI Conclusiones y Recomendaciones, dando así culminación al proceso investigativo; posteriormente, se ubican la lista de Referencias y los Anexos generados a lo largo del estudio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Entre los múltiples retos que enfrentan los profesionales odontólogos en su praxis diaria, ocupa un lugar relevante el miedo del paciente a la consulta y, en general, al instrumental y/o procedimientos que la misma conlleva, respuesta emocional que también conocida como odontofobia.

Ciertamente, muchas personas llegan incluso a evitar la visita al estomatólogo por diversas razones, bien sea por experiencias previas desagradables o muy dolorosas e incluso como conductas aprendidas en el entorno; en consecuencia, dicho temor y su permanencia en el individuo justificaría hasta cierto punto la prevalencia de patologías odontológicas, escenario donde la Organización Mundial de la Salud (2014), destaca la caries y la enfermedad periodontal como las principales causas de morbilidad y pérdida dental, en una relación directamente proporcional a la edad. De hecho, los siguientes datos emitidos por dicha organización expresan la gravedad de esta situación:

- Entre 60% y 90% de los escolares tienen caries dental en todo el mundo.
- La mayoría de las enfermedades y afecciones bucodentales requieren atención odontológica profesional; sin embargo, la limitada disponibilidad o inaccesibilidad a estos servicios, hacen que las tasas de utilización sean especialmente reducidas en niños que habitan en zonas rurales y/o pertenecientes a familias con bajos niveles de ingresos y estudios.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (citada por Matey, 2015), ha reconocido que la odontofobia afecta a más del 15% de la población, mientras el

resto porcentual siente algún tipo de malestar o ansiedad cada vez que tiene que acudir a un especialista en salud bucal; aunque no se localizó información oficial o institucional que refleje cuál es la expresión numérica del miedo al odontólogo en Venezuela, es de presumir que exista semejanza con la cifra antes indicada.

Así pues, la odontofobia representa sin duda un problema de salud pública, ya que la visita regular al odontólogo es una de las estrategias clave para prevenir y tratar las enfermedades bucodentales a fin de mantener una adecuada salud estomatológica e integral, lo que adquiere mayor significado cuando se trata de pacientes pediátricos debido al riesgo adicional que representa temer y rechazar la visita regular al odontólogo, circunstancia que desencadena toda una serie de conductas que dificultan y hasta llegan a impedir la ejecución de los procedimientos de rigor, incluso el examen clínico.

En efecto, al revisar la opinión de expertos en Odontopediatría como Boj y cols. (2011) y Cameron y Widmer (2010), se encuentra que al observar el comportamiento infantil en el sillón odontológico, por lo general uno de cada cinco niños definitivamente se niega a colaborar, mientras que otros dos se dejarán tratar pero con mucha dificultad, mientras que Cárdenas (2010), mantiene la siguiente opinión:

...la naturaleza cualitativa del comportamiento infantil no permite establecer parámetros exactos para los procedimientos clínicos que se deben realizar, por lo que se estima indispensable saber cómo piensa y siente el niño para predecir sus probables reacciones ante el odontólogo y el instrumental, a fin de manejarlas y controlarlas asertivamente.

Así, a partir de las expresiones contenidas en la cita, el profesional de la Odontología ha de estar en posesión de conocimientos básicos de psicología infantil, a fin de saber cómo actuar ante un infante que, por una u otra razón, presenta conductas que expresan su miedo a la figura del tratante, la silla odontológica, el instrumental y/o al dolor, presentando uno o más signos que interpretando a Carballo (2011), pueden clasificarse como conductuales (llorar incontrolablemente, esconderse

detrás de sus mayores, resistirse a sentarse en el sillón o a que el tratante lo toque, negarse a abrir la boca, gritar, golpear, «enfermarse» antes de la consulta) y fisiológicos (sudoración, palidez, incremento de la frecuencia cardíaca y/o respiratoria).

De manera pues, no sería lo mismo dar atención a un paciente odontofóbico que a otro que reacciona ante la consulta con ciertos comportamientos típicos de cada etapa infantil y de acuerdo a rasgos de su personalidad, de crianza o incluso, a quienes en razón de alguna discapacidad no son capaces de colaborar. En consecuencia, la relevancia que posee para el futuro odontólogo, previo a la práctica clínica, recibir una formación que le permita adentrarse en el desarrollo psíquico infantil y dominar las diferentes técnicas existentes para adaptar al paciente pediátrico odontofóbico, todo ello indispensable a fin identificar lo que le produce miedo, saber qué hacer para su manejo conductual y adaptarle a la experiencia, con el consecuente beneficio para su salud oral.

En este orden de ideas, se representa la problemática detectada entre los estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, quienes durante el la carrera cursan la asignatura Odontología del Niño y del Adolescente, mediante la cual reciben conocimientos teóricos sobre atención odontológica pediátrica, para luego ejercer la práctica clínica en la materia Clínica del Niño y del Adolescente.

Sin embargo, según la experiencia de las autoras del presente proyecto de investigación, aunque los cursantes van adquiriendo dominio para la toma de decisiones, así como las habilidades y destrezas requeridas a objeto de realizar los diferentes tratamientos preventivo-curativos contenidos en el pensum de cada semestre, enfrentan limitaciones al momento de adaptar a la consulta a infantes que presentan signos conductuales y/o fisiológicos consistentes con odontofobia; tal situación, desencadena consecuencias negativas: por un lado para el paciente, al no poderse ejecutar los procedimientos que amerita su estado de salud bucodental y por otro, para el discente, quien corre el riesgo de reprobación la asignatura.

Por tanto, esta situación amerita una urgente intervención, orientada a procurar un rango más amplio de conocimientos sobre psicología infantil y técnicas de adaptación a la consulta, escenario donde la inclusión de recursos de apoyo y consulta, como un protocolo de atención, podría ser una opción eficaz.

1.2. Formulación del Problema

Según la problemática planteada, surgen las interrogantes que dan lugar a los propósitos del presente estudio: ¿Cuáles serán los conocimientos que poseen los estudiantes del VII semestre de la clínica del Niño y el Adolescente para la adaptación a la consulta de pacientes pediátricos con odontofobia? ¿Cuál será la factibilidad de un protocolo de adaptación del paciente con odontofobia a la consulta odontológica? ¿Cómo debería ser el diseño de un protocolo de adaptación del paciente con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII Semestre de Odontología?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Proponer un protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII semestre de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

1.3.2. Objetivos Específicos

Evaluar los conocimientos que poseen los estudiantes del VII semestres de la Clínica II del Niño y el Adolescente para la adaptación de pacientes pediátricos con odontofobia a la consulta odontológica.

Determinar la factibilidad de un protocolo de adaptación del paciente con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII Semestre en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

Diseñar un protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII Semestre en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

1.4.Justificación

Los niños que nunca han ido al dentista antes se preocupan porque no saben qué esperar, pues pueden percibir la silla, los instrumentos dentales o al personal con guantes y máscaras como intimidantes y amenazantes; otros, pueden basar sus temores sobre lo que sus amigos le han contado, o en anteriores experiencias negativas, mientras los padres, quizá sin darse cuenta, pueden infundir al niño sus propios miedos, ya que éste siempre observa sus reacciones o sentimientos, ya sea en forma oral o comportamiento no verbal, y las imita. En base a lo anteriormente expresado, se justifica y adquiere importancia la investigación que aquí se proyecta, en virtud de los aportes que representa desde distintas visiones.

En el ámbito social, pues el protocolo de atención al paciente pediátrico odontofóbico serviría como recurso de consulta constante para los estudiantes, sirviendo como un reforzador de los conocimientos adquiridos y asimismo, como guía a seguir durante la consulta ante infantes que presenten ciertos signos, todo lo cual permitirá adaptarles exitosamente ajustando cada técnica de adaptación de acuerdo al caso, lo que redundará en beneficio de los estudiantes y de los pacientes,

quienes al superar su fobia podrán disfrutar de un estado de salud bucodental apto para su adecuado desarrollo biopsicosocial.

En lo institucional es también una contribución valiosa para las líneas de investigación en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez y, asimismo, para la formación integral y perfeccionamiento del perfil de egreso de sus estudiantes, incrementando por tanto el prestigio de esta casa de estudios.

Igualmente, se considera un aporte disciplinario pues los resultados del diagnóstico pondrán en evidencia la necesidad de evaluar constantemente el dominio cognitivo-procedimental de los estudiantes y los pensum de estudio de la carrera Odontología, a fin de atacar debilidades y potenciar fortalezas, mientras el protocolo de atención podría ser implementado con éxito en otras instituciones universitarias a nivel local y nacional.

Finalmente, es preciso mencionar la utilidad teórico-metodológica de la investigación, que podrá servir como referente para la realización de futuros estudios en los ámbitos de Odontopediatría y Psicología Infantil, así como modelo a seguir para la elaboración de propuestas dirigidas a dar solución al reto que representa durante la formación académica del futuro profesional de la Odontología la atención del paciente pediátrico odontofóbico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Para Ramírez (2007), “Tanto el argumento global (el marco teórico) como la literatura que lo apoya (la revisión de literatura) son necesarios para desarrollar una tesis cohesiva y convincente” (p. 45). Es por ello que en este capítulo, se recopilan los diversos componentes referenciales que dan soporte teórico a la investigación: antecedentes, bases teóricas, bases legales y definición de términos básicos.

2.1. Antecedentes de la Investigación

La odontofobia, ha sido un tema de gran interés para estudiantes y profesionales de la Odontología, teniendo en cuenta las repercusiones que la misma representa como problema de componentes netamente psicológicos con indudable injerencia en la prevención y tratamiento de las numerosas enfermedades de la cavidad oral. La revisión de literatura reciente permitió seleccionar algunas investigaciones atendiendo a su semejanza o vinculación con el objeto de estudio.

Para iniciar, se encuentra el trabajo presentado por Torres (2015), ante la Universidad de Carabobo optando al título de Especialista en Docencia para la Educación Superior, titulado “Inclusión de la unidad curricular Psicología del Niño al contenido programático del IV Semestre de la carrera Odontología de la Universidad José Antonio Páez para una excelente práctica del odontólogo en la atención a pacientes pediátricos”, que en el marco de un estudio de campo en modalidad proyecto factible tuvo por objetivo proponer la inclusión de la Unidad Curricular Psicología del Niño al contenido programático del IV Semestre de la carrera Odontología de la Universidad José Antonio Páez, para la que se seleccionó una

muestra censal integrada por los 30 docentes de IV Semestre que imparten la asignatura Odontología del niño y del adolescente, aplicando una escala tipo Likert con la finalidad de diagnosticar las competencias de los estudiantes para una atención odontológica adecuada.

Así pues, acorde a los resultados obtenidos, se argumenta la importancia de que el estudiante de Odontología sepa que el llanto es una forma de expresión a la cual recurren con frecuencia los niños ante el miedo, la ansiedad y el dolor, siendo en muchos casos un signo observable de probable odontofobia, para concluir que es necesario conocer la psique infantil para asumir decisiones ante los diversos tipos de pacientes, ya que son igualmente diferentes las causas que le provocan miedo al momento de visitar al odontólogo.

A partir de la descripción, se verifica la relación y relevancia de dicha investigación como antecedente, pues si bien su finalidad fue diferente, fue realizada en el mismo escenario y sirvió como elemento de contraste al momento de discutir los resultados obtenidos en el presente estudio.

Seguidamente se ubica Paredes (2015), quien optando al título de Odontólogo efectuó en la Universidad de Los Andes sede Mérida un estudio de campo comparativo titulado “Efecto de la escucha de música barroca sobre la ansiedad de niños que acuden a la consulta odontológica”, teniendo por objetivo determinar el efecto de la música barroca sobre los niveles de ansiedad en los escolares que acuden a la consulta odontológica en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes. La muestra estuvo constituida por 50 escolares con edades comprendidas entre los 6 y 12 años de edad, dividida en dos grupos: 25 asignados al experimental (quienes fueron expuestos a la escucha musical) y 25 al control, realizando la evaluación mediante el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC) antes y después de la consulta.

Así, los resultados mostraron una disminución significativa de la ansiedad en el grupo experimental después de la escucha musical, por lo cual se concluyó que la

música barroca puede ser útil como medio complementario para la disminución de los niveles de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica.

Tales conclusiones, demuestran la pertinencia del antecedente relatado, al haber constatado experimentalmente que el empleo de la música es un recurso válido para la adaptación a la consulta de los pacientes odontopediátricos ansiosos, pues la ansiedad forma parte del repertorio de emociones que caracteriza a la odontofobia y la música es ampliamente indicada como estrategia adaptativa.

Continuando, se encuentra García (2013), quien presentara ante la Universidad de Granada, España, su Tesis Doctoral enmarcada en un estudio de campo observacional descriptivo “Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar” para optar al título de Doctor en Odontopediatría, habiendo formulado como objetivo comprobar el comportamiento del niño en su primera cita de atención odontológica viviendo en un ambiente familiar disfuncional, si este fuera el caso.

Con tal finalidad, se tomó una muestra de 200 infantes con edades comprendidas entre 1 y 11 años y sus familiares o cuidadores, a quienes se aplicaron respectivamente las técnicas observación mediante la evaluación de ansiedad según escala de Tyrer y encuesta a través de un cuestionario dicotómico, cuyos resultados pusieron en evidencia que los niños/as procedentes de familias disfuncionales mostraron mayores niveles de ansiedad en la primera consulta, expresados como excesiva preocupación, fobia, perturbación autonómica (sudoración, palpitaciones, respiración agitada) y tensión muscular, para concluir que las experiencias familiares negativas y los miedos de los adultos significativos influyen en la autopercepción del niño y su capacidad de control emocional/conductual, reflejándose como ansiedad en la primera consulta odontológica.

Ante lo expresado, se constata la vinculación y utilidad de la investigación descrita al haber documentado el importante rol que cumple el grupo familiar en la génesis de la odontofobia, que es precisamente uno de los aspectos abordados en el

diagnóstico de necesidad de la propuesta y el diseño del protocolo de atención al paciente odontofóbico.

Asimismo, se considera el estudio de campo en modalidad proyecto factible presentado por Vásquez y Montes (2013), ante la Universidad de El Salvador optando al título de Odontólogo: “Diagnóstico y diseño de un programa de orientación en atención psicológica primaria, dirigido a estudiantes de Quinto Año de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, que brindan consulta a pacientes en etapa infantil con indicadores de ansiedad, durante el período comprendido entre febrero y agosto de 2013”, cuyo propósito consistió en crear un programa de orientación psicológica primaria dirigido a estudiantes de quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, que permita la atención odontológica con disminución de indicadores de ansiedad presentes en los pacientes en etapa infantil.

Para ello, se seleccionó una muestra estratificada y se emplearon ciertas técnicas de recolección: 15 estudiantes y 13 madres (entrevistas estructuradas) y 13 pacientes pediátricos (escala de observación de Frankl para medir ansiedad en pacientes pediátricos ante la presencia del Odontólogo); los resultados, permitieron identificar que 54% de los pacientes presentó dos o más signos de ansiedad (miedo, deseos de huir, inmovilización en el sillón dental, conductas defensivas, llanto, gritos, ninguna cooperación).

Asimismo, sólo 4 estudiantes (27%) empleaban técnicas de adaptación y de éstos, uno (25%) utilizaba «decir, mostrar, hacer», mientras los otros tres (75%), utilizaban el método de tranquilizar a los pacientes mediante la conversación; asimismo, 11 de estos entrevistados (73%) manifestó haber recibido capacitación para el manejo de pacientes pediátricos ansiosos. En cuanto a las madres, seis de ellas (40%) manifestaron que sus hijos/as presentaban indicadores socioemocionales antes y después de la cita odontológica, expresados como preocupación, retraimiento, miedos nuevos, fingir enfermedad antes de acudir de nuevo al odontólogo, agresividad y conductas disruptivas. En razón de ello, se concluye recomendando la

implementación del programa Jugando controlo mi ansiedad, dirigido a estudiantes de quinto año de Odontología a fin de proveerles herramientas psicológicas que les permitan dar un trato acertado a los pacientes en etapa infantil con indicadores de ansiedad, como parte de su formación práctica y basado en el enfoque participativo constructivo y un componente psicológico apoyado en actividades lúdicas.

A partir de lo expresado, se aprecia la relación de dicho estudio pues además de reflejar semejanza metodológica y haber sido útil para contrastar hallazgos, muestra la necesidad de proveer recursos de apoyo a fin de consolidar los conocimientos adquiridos durante la formación académica del futuro odontólogo en cuanto a la adaptación del paciente pediátrico a la consulta odontológica, con especial énfasis en aquellos que presentan afrontamientos psicológicos a la misma, como es el caso de los niños odontofóbicos o en riesgo de desarrollar dicha aversión.

1.2. Bases Teóricas

Según Rojas (2010), las bases teóricas “Comprenden un conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un punto de vista o enfoque determinado, dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado” (p. 1); en este caso, el desarrollo temático involucró la revisión de fuentes especializadas en lo que se refiere a desarrollo psicológico infantil, odontofobia y técnicas de adaptación a la consulta odontológica.

2.2.1. Desarrollo psicológico infantil

Desde el momento en que nace, el ser humano va atravesando por diferentes y continuas etapas, que marcan su desarrollo integral, es decir, desde los aspectos físico, psicológico, psicomotor, cognitivo, social y del lenguaje; así se comprende a partir de la visión planteada por Papalia y cols. (2011) y Pérez (2012), quienes

concuerdan en afirmar que a lo largo de la vida, se presentan ciertos estadios que caracterizan a las personas en general, teniendo en cuenta claro está que cada una es un ser único y por tanto, se trata de generalizaciones dentro de lo que se denomina normalidad. De manera pues, en la fase vital que ocupa el ámbito del presente estudio, interesa la que se conoce como infancia o edad pediátrica, cuyas características se definen interpretando las conceptualizaciones emitidas por los teóricos antes referidos y de otros expertos en desarrollo infantil.

Desarrollo psicológico en la primera infancia (0-6 años)

En cuanto se refiere al desarrollo psicológico, se distinguen tres ámbitos distintos: cognitivo, emocional y social, los cuales no pueden plantearse como entes separados puesto que están fuertemente interconectados, al influenciarse mutuamente y retroalimentarse con gran fuerza; todo estos aspectos, de acuerdo con Papalia y cols. (2011), tienen un protagonismo evidente “...en el desarrollo y configuración de la inteligencia de las personas, cuyos pilares principales quedan asentados, al igual que ocurre con los aspectos más básicos de la personalidad de todo ser humano, en la etapa infantil” (p. 25).

Ciertamente, una de las principales teorías sobre las etapas del desarrollo de la inteligencia en el niño es la del psicólogo suizo Jean Piaget (citado en Pérez, 2012); según la teoría piagetana, el desarrollo cognitivo es una reorganización progresiva de los procesos mentales como consecuencia de la maduración biológica y la experiencia ambiental; los niños, van asimilando una comprensión básica del mundo que les rodea desde los reflejos y la percepciones, es decir, desde la etapa sensoriomotora que tiene lugar desde el nacimiento a los dos años, donde de manera progresiva, comienzan a experimentar acciones y desarrollar conductas en base a la experiencia de los sentidos y su destreza motriz.

Posteriormente, comienza a desarrollarse en el niño un nivel más abstracto de pensamiento, es decir, una inteligencia más compleja, gracias a los mecanismos de

asimilación y acomodación al entorno, los cuales provocan que el sujeto incorpore su propia experiencia, la conceptualice e interiorice. Asimismo, en forma paralela al ámbito cognitivo se va produciendo en el niño el desarrollo emocional, elemento de crucial importancia para su posterior desenvolvimiento en el conjunto de relaciones que emprenderá a lo largo de toda su vida.

Ahora bien, en la primera infancia, siguiendo los postulados de Piaget (citado en Pérez, 2012), se distinguen distintas etapas en el desarrollo emocional y afectivo del niño: el recién nacido se rige por parámetros emocionales muy primarios: llora o ríe, su mundo se basa en necesidades, afectos y acciones muy básicas. Pero hacia los 18 meses de vida comienza la aparición de una afectividad inteligente: prácticamente al mismo tiempo, el niño comienza a tener una gran necesidad de seguridad, que por regla general encuentra en la madre y, hacia los dos años, es consciente de la mirada de las otras personas, por lo que precisa de su aprobación como forma de refuerzo y afianzamiento de su personalidad, que por cierto, es sumamente egocéntrica, es decir, suele pensar que todo gira en torno a su persona.

Sin embargo, es a partir de los cuatro años, coincidiendo con los inicios de la escolarización, cuando entra en juego otro aspecto fundamental: el desarrollo de un lenguaje más rico y fluido, con un léxico emocional mucho más complejo, que le permitirá comprender la realidad, comunicar experiencias y expresar sentimientos mucho más elaborados.

En cuanto al desarrollo social, es indudable la influencia de la sociedad, es decir, del entorno, pues conforme el niño comienza a interactuar con otras personas fuera de su ámbito familiar, el medio moldea de alguna forma su evolución en consonancia con los aspectos biológicos y emocionales.

Así por ejemplo, los primeros valores que van a influir en el niño desde los primeros meses de vida serán los aspectos culturales, familiares y de la sociedad en el que va a estar inmerso, a los que luego se suman con notable fuerza e influencia, “las diversas instituciones que tendrán contacto con el niño a lo largo de su vida: hospitales, guarderías y, por supuesto, la escuela” (Pérez, 2012, p. 89).

Otro elemento, fundamental para la presente investigación es el miedo; en tal sentido, son útiles los aportes de Kort (2012), para quien los temores van cambiando según el infante crece; por ejemplo, a partir de los seis meses suelen referirse a extraños, a la altura, animales y/o ruidos fuertes, mientras hacia los 2½ años se refiere a separarse de los padres (sobre todo de la madre) y a los desconocidos. Luego, entre los 5-6 años, puede presentarse el miedo a monstruos y fantasmas, la oscuridad y/o ciertos animales, especialmente si alguno ha sido protagonista de un suceso propio u observado.

De manera pues, sintetizando las ideas de los autores antes mencionados, un desarrollo emocional correcto y dentro de los parámetros considerados como normales es fundamental para que el niño alcance el nivel suficiente de inteligencia emocional, que es la habilidad esencial de las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, así como para adquirir la destreza suficiente para regular y modificar el propio estado de ánimo y, en cierta manera, también el de los demás.

Por consiguiente, los conceptos antes reseñados son fundamentales desde la perspectiva de la presente investigación, pues se advierte que comprender las etapas de maduración que el niño va atravesando durante su primera infancia es fundamental para adaptarle apropiadamente a la consulta odontológica.

Desarrollo psicológico en la segunda infancia (6-12 años)

La segunda infancia o, como también es conocida, la niñez intermedia, es la etapa del desarrollo en la que se suscitan los cambios más drásticos, tanto físicos como psicológicos, cognitivos y sociales; según la teoría piagetana, se trata del estadio de operaciones concretas, cuyas principales características son la superación del egocentrismo típico de la primera infancia y el desarrollo de competencias que requieren razonamiento lógico, "...como distinguir fantasía de realidad, clasificación, deducción e inducción, emisión de juicios causa-efecto, seriación, inferencia

transitiva, pensamiento espacial” (Pérez, 2012, p. 108) y, además, su pensamiento va tornándose poco a poco flexible, reversible y multidimensional.

Asimismo, en referencia al desarrollo mental en esta etapa, Papalia y cols. (2011), argumentan que la memoria va siendo progresivamente más aguda y el sujeto va obteniendo capacidad para establecer y alcanzar objetivos, mientras en lo psicosocial, se trata de un período esencial en la formación del niño, ya que a partir de aquí se generan diversos valores como el respeto, tolerancia, amistad, amor y compañerismo.

Por otra parte, alrededor de los 7-8 años, la vida afectiva es esencial, pues es cuando se desarrolla un aspecto fundamental de la personalidad: la autoestima. En efecto, al decir de los autores antes mencionados, la autoestima es la imagen y valor que se da el niño a sí mismo; se trata de una dimensión afectiva que se construye a través de la comparación de la percepción de sí mismo y del yo ideal, juzgando en qué medida es capaz de alcanzar los estándares y expectativas sociales, peor que también se basa en el grado en que siente que es amado y aceptado por aquéllos que son importantes para él.

Es por ello que en esta fase etaria, la personalidad va adquiriendo cada vez rasgos más acusados, formándose a través de los lazos afectivos, las propias herramientas sociales y la confianza en sí mismo, mediante lo cual van dominando la comunicación con pares y adultos, la capacidad para comprender y acatar normas y reglas asumiendo conductas cónsonas con éstas y con los valores necesarios para la convivencia.

En tal sentido, cobran especial importancia los sentimientos de amistad con sus propios pares y adultos fuera de sus relaciones familiares y escolares y también el sentimiento de pertenecer a un grupo, así como los miedos, que en fases tempranas suelen referirse a los mismos que en los últimos años de la fase previa (oscuridad, seres sobrenaturales, a permanecer solo o a lesionarse), mientras alrededor de los 9-12 años continúa el temor a la oscuridad, lesiones y dolor, surgiendo otros como

resultados escolares, fracaso escolar, aspecto físico, inyecciones, heridas, sangre, la crítica de los otros, la separación de los padres, fenómenos naturales y a la muerte.

Tales son, a grandes rasgos, las características del desarrollo del niño entre los 6 y 12 años y, como en el caso de la primera infancia, es indispensable para el odontólogo conocerlas a fin de adaptarle a la consulta odontológica, para lo cual es indispensable ganarse su confianza y lograr una excelente relación médico-paciente.

2.2.2. Odontofobia

Cuando se habla de odontofobia en el paciente pediátrico, se está ante uno de los componentes del amplio repertorio de miedos del niño y de un importante dilema emocional, que lamentablemente es poco tenido en cuenta por parte de algunos odontólogos; así lo expresa Catalá (2009), al afirmar: “La mayoría de los dentistas comete el error de confundir la odontofobia con problemas de conducta infantil, lo cual tiene severas repercusiones para la debida atención de la criatura y su futura salud integral” (p. 127).

Al respecto cabe aclarar que si bien el miedo es hasta cierto punto una respuesta natural asociada a la supervivencia y el autocuidado, muchas veces trasciende este estado de alerta, para convertirse en “...una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo, daño real o imaginario” (Escalona y Figueroa, 2009, p. 27); en otras palabras, el miedo sería esa sensación de inquietud por algo auténtico o imaginario, que de acuerdo a los autores mencionados es comúnmente causada por la exposición a una estimulación traumática, el contacto repetido a una situación sub-traumática (sensibilización), la observación directa o indirecta de personas que muestran temor y la recepción de información que lo provoca.

Entonces, considerando las teorías antes descritas sobre los temores de la niñez, el miedo o fobia a la consulta dental sería producto de enfrentar un lugar desconocido, donde existen equipos con los que no está familiarizado y existen personas e instrumentos que puede asociar con la visita al pediatra, quien ha usado en

él inyectadoras en el régimen de vacunación; otro caso, podría ser el de un infante que es atendido por un odontólogo que desconoce o ignora sus temores y se muestra desconsiderado, el de quien modela a algún pariente o conocido que ha expresado su temor al consultorio dental e inclusiva, ser producto de frases que emplean algunos padres para encauzar, erróneamente por cierto, conductas indeseadas, como serían «si no te portas bien, te van a inyectar» o «si no te cepillas se te van a picar los dientes y voy a tener que llevarte al dentista», a todo lo cual se agrega la vívida imaginación que caracteriza la mente infantil. Para proseguir, es pertinente recurrir a Paz y Bermúdez (2008), quienes clasifican el miedo de la siguiente forma:

- Miedo neurótico: Sentimiento de inquietud causado por un peligro real o imaginario donde el individuo es consciente de sus acciones.
- Miedo agudo: Provocado por estímulos y situaciones tangibles, que se disipan con facilidad cuando se retira o evita el estímulo que los ha suscitado.
- Miedo crónico: Es más complejo y puede estar o no ligado a un origen tangible que lo provoque.

Por otro lado, las mismas autoras en referencia inmediatamente anterior señalan que físicamente, el miedo es reconocible a través de una serie de cambios fisiológicos relacionados con el sistema nervioso autónomo y el endocrino cuyo sentido básico es el de protección ante estímulos peligrosos, pero el ser humano, por su forma de vida, “...saca de contexto el carácter innato del miedo y lo versiona en estados similares sin esa función protectora” (p. 169); así, las manifestaciones fisiológicas del miedo, incluyen: ritmo cardíaco acelerado, sudoración excesiva, tensión muscular, sequedad de garganta y boca, sensación de náuseas, dificultad en respirar, respiración rápida y entrecortada, temblores, dilatación de las pupilas, erizamiento del vello corporal y del cabello y aumento en la presión arterial. Sin embargo, en los niños también pueden observarse otras respuestas:

Fisiológicas: Salivación excesiva, vómito, micción involuntaria.

No fisiológicas corporales: Movimientos incontrolados de la lengua, ojos cerrados fuertemente, apretamiento de dientes y mandíbula, temblor en manos,

piernas y/o labio inferior, puños apretados, cuerpo tenso, miembros contraídos, gemido verbal y no verbal,

No fisiológicas conductuales: Risa nerviosa, llanto, pataleo; se tapa la boca con las manos, se esconde detrás del pariente, es llevado forzadamente al interior del consultorio, quita violentamente la mano del odontólogo, muerde, se expresa en forma temerosa o con malas palabras.

Al respecto, es oportuno señalar que existen diversos instrumentos proyectivos específicos para la determinación de la odontofobia en niños; entre los más utilizados, según Ciraiz (2011), se encuentran el test de dibujos de Venham (Figura 1), el cual tiene como objetivo medir los niveles de ansiedad en pacientes pediátricos:



Figura 1. Test de dibujos de Venham para evaluar la ansiedad del paciente pediátrico en la consulta odontológica. Fuente: Ciraiz (2011, p. 32)

Así, utilizando la técnica del dibujo este examen proyectivo consiste en interpretar una historia presentando cuadros que muestran a un mismo niño en dos

estados de ánimo diferentes; el paciente deberá elegir en cada cuadro cómo se siente en ese momento entre una figura ansiosa y otra no ansiosa: el número de veces que el niño señala una figura ansiosa suma el puntaje total entre 0 y 8.

Por otro lado, se encuentra la escala de observación de Frankl (citado en Jadue y cols., 2014), destinada a medir el nivel de ansiedad en los niños ante la presencia del odontólogo; consiste en cuatro puntajes, en los cuales el odontólogo debe clasificar el comportamiento del niño durante la atención, donde:

1: Definitivamente negativa. Rechaza el tratamiento; grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.

2: Negativo. Difícilmente acepta el tratamiento; no coopera (arisco, lejano).

3: Positivo. Acepta el tratamiento; a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo, cooperando.

4: Definitivamente positivo. Buena relación y armonía con el odontólogo; interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.

En atención a todo lo previamente planteado, se constata la necesidad de reflexionar acerca de las causas y condiciones en que aparece la odontofobia, pues como afirman Escalona y Figueroa (2009), al menos en dos de cada tres casos la misma tiene su origen en la infancia o adolescencia como consecuencia de una experiencia traumática, lo que probablemente pudo haber sido prevenido por un odontólogo cabalmente capacitado para evitar que un evento determinado ocasionara este miedo que puede llegar a ser pavor o pánico y perpetuarse por toda la vida o hasta que el sujeto concientiza la necesidad de recibir tratamiento psicológico como única forma de superarlo, pero en ese caso, probablemente va a ser muy tarde para evitar los daños ocurridos en el sistema estomatognático.

Por ende, la importancia de que el futuro odontólogo maneje conocimientos acerca de la odontofobia, cómo surge, cuáles son sus causas y además, sepa cómo adaptar a la consulta odontológica al paciente pediátrico que presenta una o varias conductas y reacciones fisiológicas o no fisiológicas que revelen dicha condición, con

la finalidad de ayudarlo a superar sus miedos o, dependiendo del caso, referirle al especialista en Psicología Infantil.

2.2.3. Técnicas de adaptación a la consulta odontológica

De acuerdo con Soto y Reyes (2010), el manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo, rama de la psicología en donde uno de los principios clave es que “...el comportamiento de una persona es modificable si se alteran las condiciones ambientales que las rodean, y se basa en el control de sus emociones” (p. 30); en efecto, expertos con la talla de Paz y Bermúdez (2008) y Kort (2010), es necesario que el odontólogo evalúe y adapte al paciente pediátrico mediante la aplicación de diversas técnicas fundamentadas en el manejo de las emociones a través del abordaje psicológico a fin de crear cambios positivos en su comportamiento durante la atención clínica, teniendo siempre en cuenta que este tipo de paciente es un receptor emocional sumamente sensible.

De manera pues, aunque a diferencia de otras áreas clínicas la naturaleza cualitativa del comportamiento no permite establecer parámetros exactos para los procedimientos específicos que se deben realizar para modificar la conducta en diversas situaciones clínicas, existe una serie de técnicas que facilitan y permiten lograr la adaptación del paciente pediátrico en general y, en forma particular aquel que se muestra ansioso o de acuerdo a las observaciones del clínico, sugiere ser odontofóbico.

Así, la revisión de publicaciones producto de continuas investigaciones y estudios sobre la conducta infantil realizadas por diversos especialistas, permiten resumir el abanico de técnicas utilizadas para la adaptación del paciente odontopediátrico a la consulta, como se desarrolla seguidamente.

Decir, Mostrar y Hacer: Con esta técnica se enseña al niño, paso a paso, lo que se espera de él en la consulta, explicándole con lenguaje comprensible y un tono de

voz adecuado, lo que se le va a hacer (Decir), para luego realizar una demostración de los elementos que se van a utilizar (Mostrar) y por último se procede a llevar a cabo lo explicado (Hacer). Según las Guías Clínicas para el Manejo del Comportamiento (citadas en Tejada, 2011), en esta técnica hay que tener en cuenta la edad del infante y grado de instrucción, hablando con lentitud y términos sencillos, dar una sola instrucción en cada orden y un premio tras cumplirla.

Reforzamiento Positivo: De acuerdo a Furman (2009), consiste en el fortalecimiento de un patrón de comportamiento que aumenta la posibilidad de que en el futuro se exhiba dicha conducta. El especialista debe recompensar el buen comportamiento del niño en la consulta odontológica, mostrando aprobación de los procedimientos realizados; los reforzadores pueden ser de varios tipos: materiales (recompensa, premio), sociales (demostraciones verbales y no verbales de afecto: elogio, caricia).

Reacondicionamiento: Está indicada en niños con experiencias previas poco agradables, como es el caso de pacientes odontofóbicos; se utiliza una mezcla de diferentes técnicas para de esa manera lograr una mayor aceptación hacia la consulta odontológica; la más habitual, como refieren Abanto y cols. (2010), es la denominada inhibición latente, que tiene como objetivo organizar el tratamiento odontológico iniciándolo con los procedimientos más simples: en la primera y segunda consulta, se limita la intervención a evaluación clínica, orientación de dieta e higiene y procedimientos preventivos (profilaxis y flúor, por ejemplo); el hecho de no realizar ninguna intervención invasiva, ayuda al infante a enfrentar más adecuadamente futuras consultas de índole curativa, como uso de turbina, extracciones y similares. Es también importante explicar al niño cada procedimiento en forma sencilla, dejándole saber, por ejemplo, que puede levantar la mano si quiere parar, pero dejando claro que la persona que manda es el odontólogo; la implementación de este principio de inhibición latente es también importante en todo paciente que asiste por primera vez a la consulta, a fin de prevenir el miedo dental.

Modelamiento o Imitación: Consiste en la modificación del comportamiento; a través esta técnica, como aporta Furman (2009), el paciente se va familiarizando con la situación odontológica, observando a otros niños en vivo o a través de un video, con un comportamiento igual al que se espera de él, mostrándole el procedimiento a realizar antes de llevarlo a cabo.

Moldeamiento: Según Tejada (2011), consiste en el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones a la conducta que se desea instaurar, hasta que ésta se instale; por ejemplo, si se desea enseñar a un niño una técnica de cepillado dental, primero se le debe especificar que es necesario aprender a hacerlo de manera adecuada y hacer hincapié en la importancia de un buen cepillado para su salud oral, pasando luego a explicar la forma en que debe agarrar el cepillo y, una vez que lo sostenga bien, se le recompensa haciéndole saber que lo hizo apropiadamente, para proseguir con cada paso de la técnica, felicitándolo continuamente, hasta que la domine completamente.

Extinción: De acuerdo con Abanto y cols. (2010), se trata de la eliminación del reforzador de una conducta que anteriormente se reforzaba; la manera más efectiva de erradicar una conducta reforzada anteriormente es ignorándola y para ello se debe ser constante y persistente. Un ejemplo de esta técnica lo representa el paciente infantil que llora durante el tratamiento y el operador sin querer refuerza la conducta atendándolo, consintiéndolo o diciéndole que no llore; es pertinente utilizar un programa de extinción para disminuir la conducta del llanto, ignorándolo: antes que el niño llore se le realizan preguntas de su interés (mascotas, juguetes, etc.), se sigue realizando el procedimiento y actuando como si no oyera el llanto, perseverando hasta lograr la extinción del mismo, claro está, dependiendo de la edad del niño.

Reforzamiento de conductas incompatibles: Es la disminución de una conducta que es incompatible con la que se desea modificar; acorde con Furman (2009), se aplica reforzando al paciente por cualquier otra conducta diferente a la inapropiada; por ejemplo, al niño que acostumbra agarrar la mano al operador para intentar retirarla mientras se está trabajando en boca, se le pide que coloque la mano en su

abdomen y se refuerza dicha acción de buen comportamiento diciéndole que es un niño muy obediente por ponerse las manos en donde se le solicitó.

Tiempo y fuera: De acuerdo con Allen y cols. (citados en Torres, 2015), es una técnica dirigida a los pacientes ubicados en la franja etaria 9-12 años; consiste en suspender temporalmente el tratamiento en la misma cita, o darla por terminada y pedirles al paciente y a sus padres que regresen cuando el niño esté preparado para cooperar; su objetivo es modificar los comportamientos disruptivos mediante el condicionamiento y el autocontrol del paciente, de modo que el tratamiento dependa de su propia voluntad de cooperar. Por ende, no es recomendable para infantes de corta edad o inmaduros emocionalmente.

Distracción contingente: Acorde con Abanto y cols. (2010), se trata de 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. Tiene como finalidad distraer al paciente del tratamiento, con el fin de disminuir su ansiedad y puede usarse en cualquier paciente, excepto en niños que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.

Desensibilización: Abanto y cols. (2010), describen que esta técnica se emplea para reducir los temores y tensión del paciente; se logra enseñando una respuesta competente a modo de relajación y luego se introducen progresivamente estímulos más amenazantes a medida que el paciente se desensibiliza, realizando primero los procedimientos fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para más adelante. Por ejemplo, se le presentan primero el espejo, pinza, conos de goma y similares, para luego mostrarle el explorador, turbina, jeringa, etc.

Imaginación guiada: De acuerdo con Campillo (2010), esta técnica se inicia entrevistando al niño, puntualizando sus concepciones acerca su capacidad de resistencia del dolor, analizando la forma en que aquel vive ante el miedo a la consulta odontológica; luego, habiendo identificado el o los miedos, se le presentan videos con los paso a paso de cada procedimiento o situación a la que teme.

Posteriormente, se emplean técnicas de relajación (por ejemplo, de respiración) y a continuación se le solicita que se imagine a sí mismo experimentando los eventos que le dan miedo, para después preguntarle qué sensaciones experimentó. De esta forma, se logra ir eliminando cada miedo, hasta que el paciente se encuentra emocionalmente listo para realizar las intervenciones dirigidas a prevenir y tratar los problemas de salud bucodental.

Asimismo, a lo largo de los últimos años se han incorporado a la práctica odontopediátrica otras técnicas no conductuales que revisten una serie de ventajas; en tal sentido Fraimpar (2012), sugiere una serie de estrategias, entre las cuales tienen especial utilidad en el paciente pediátrico la ludoterapia (terapia del juego), musicoterapia (empleo de música relajante), la cuentoterapia (lectura de cuentos infantiles relacionados con el cuidado de los dientes) e incluso la adecuación de las áreas clínicas, con dotación de mobiliario y elementos decorativos que creen un ambiente grato, divertido y confiable para los niños.

A la luz de lo descrito, se aprecia la cantidad y variedad de técnicas para la adaptación del niño odontofóbico a la consulta odontológica, cuya selección va a depender, básicamente, de la identificación de los temores del infante, todo lo cual es de especial valor para el diseño del protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII Semestre en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

2.3. Bases Legales

Las bases legales, según Villafranca (2010), no son más que "...el conjunto de instrumentos jurídicos que sustentan de forma legal el desarrollo del proyecto" (p. 76); en el caso de Venezuela, la legislación nacional regula todo lo relacionado con la salud, con base en los postulados de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999):

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a 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. (p. 18)

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. (p. 18)

Los preceptos transcritos, evidencian la disposición del constituyente a reconocer la salud como uno de los derechos fundamentales, así como las responsabilidades y obligaciones del Estado, de las instituciones y profesionales del sector sanitario e incluso de la ciudadanía para garantizarlo. Tales disposiciones, encuentran eco en la Ley del Ejercicio de la Odontología (1970):

Artículo 2: Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley y su Reglamento. (p. 1)

Artículo 16: Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades buco dentarias, y

cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran. (p. 6)

Como se evidencia, la ley en cuestión delimita y especifica las atribuciones, responsabilidades y deberes de los profesionales de la Odontología en el país, haciendo énfasis en su capacitación para la resolución de los diversos problemas de salud bucodental que afectan a la población, respaldando por tanto los propósitos de la presente investigación. Asimismo, se consideran los aspectos contemplados en el Código de Deontología Odontológica (1992):

Artículo 1º: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo. (p. 1)

Artículo 2º: El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida. (p. 1)

Artículo 30º: Los Profesionales de la Odontología al servicio de organizaciones dedicadas al ejercicio institucional de la Odontología, deberá cumplir con su trabajo profesional de acuerdo con las normas señaladas en este Código Deontológico. Este se basará, por tanto, en el respeto a la dignidad de la persona, en la relación Odontólogo/Paciente, en la responsabilidad individual y en el secreto profesional. (p. 12)

Según se desprende de los artículos anteriores, la actuación de los odontólogos en su praxis profesional está circunscrita a principios ético-morales para garantizar la mejor atención posible a sus pacientes, así como mantenerse al día en los avances que se generen en la comunidad científica y priorizar la aplicación de sus conocimientos en pro de la salud de aquellos, ratificando por consiguiente la intencionalidad de la investigación y la pertinencia de la propuesta.

2.5. Definición de Términos Básicos

Adaptación a la consulta: Conjunto de estrategias dirigidas a lograr y mantener la colaboración del niño mediante un proceso de enseñanza- aprendizaje por el cual éste adquiere valores, actitudes y conocimientos que van a promover una actitud positiva hacia la consulta odontológica.

Ansiedad: A diferencia del miedo, la ansiedad generalmente se presenta en pacientes que han desarrollado un temor específico hacia algún evento o procedimiento.

Comunicación No Verbal: Refuerzo y guía del comportamiento a través de la expresión facial y del lenguaje corporal.

Control de Voz: Alteración controlada de la voz, ya sea en el volumen o tono, mostrando así la aceptación o no de un comportamiento determinado, con el fin de influir directamente sobre este.

Conducta disruptiva: Término referido a un comportamiento que rompe pautas de conducta y/o valores socialmente aceptados, que pueden llegar a amenazar la armonía y desorganización de actividades interpersonales y grupales.

Estado emocional: La identificación del estado emocional del paciente ayuda a determinar las causas específicas de determinado tipo de comportamiento, con el fin de establecer objetivos claros de intervención.

Manejo del Comportamiento: Diferentes formas por medio de las cuales el odontólogo y su equipo, realizan al niño el tratamiento odontológico de una forma efectiva y eficiente y al mismo tiempo instauran una actitud positiva hacia la odontología y el cuidado oral.

Miedo: Estado de angustia y malestar generalizado en el paciente, que va asociado con una situación de desconocimiento o de inseguridad. Es muy frecuente la presencia de miedo en los pacientes de menor edad, especialmente cuando asisten por primera vez a la consulta y desconocen por completo el medio ambiente, así como al odontólogo y al personal auxiliar.

Fundamentos de la adaptación odontológica: a) Explicar al paciente el propósito del tratamiento y los objetivos de cada visita. b) Describir cada fase del tratamiento, estimando el tiempo de duración. c) Dividir cada procedimiento en etapas y señalar cuando ha culminado cada una. d) Preparar al paciente para cada cambio de sensación antes de que lo experimente. Ej.: olores nuevos, sabores, ruido, vibración. e) Informar acerca de lo que se realizara la próxima visita.

Respuestas fisiológicas: Reacciones que se producen en el organismo ante estímulos estresores: ante una situación de estrés, el mismo tiene una serie de reacciones que suponen la activación del eje hipofisopararrenal y del sistema nervioso vegetativo.

Técnicas Proyectivas: Conjunto de instrumentos psicológicos especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la conducta, al permitir provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas por parte del sujeto a quien se aplican.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Para Tamayo (2009), el marco metodológico es el proceso mediante el cual, “...se procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento, para confirmar o refutar el problema planteado” (p. 37). De acuerdo a dicha definición, para este estudio involucra especificar los materiales y métodos dirigidos al logro de los objetivos trazados.

3.1. Tipo, Modalidad, Nivel y Diseño de Investigación

La clasificación de la investigación científica es diversa y en este caso particular, el tipo de investigación se ajusta al trabajo de campo de acuerdo con Palella y Martins (2009), quienes lo definen como “...la recolección de datos tomados directamente de la realidad donde ocurren los hechos (...) Estudia los hechos en su ambiente natural” (p. 97); la definición aplica, pues fueron las propias investigadoras quienes recopilaron la información directamente en el lugar donde se detectó el problema de estudio.

En cuanto a modalidad, se trata de un proyecto especial, que de acuerdo al manual de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, 2011), conlleva “...creaciones tangibles, susceptibles de ser utilizadas como soluciones a problemas demostrados, o que respondan a necesidades e intereses de tipo cultural. Se incluyen en esta categoría los trabajos de elaboración de libros de texto y de materiales de apoyo educativo...” (p. 11); esto es así, pues se propone un protocolo de atención para el paciente pediátrico odontofóbico.

En cuanto a otras características, se trata de una investigación de nivel descriptivo y diseño no experimental transversal, lo que acorde a los aportes de los

autores previamente citados, implica que se describen los conocimientos manejados por un grupo de estudiantes de Odontología respecto a la adaptación del niño odontofóbico a la consulta odontológica, sin manipular ni ejercer ninguna influencia para modificar la realidad y recolectando la información en un solo momento en el tiempo. Ahora bien, según UPEL (2011), los proyectos especiales constan de tres fases: Diagnóstico, Factibilidad y Diseño de la Propuesta; en razón de ello, seguidamente se especifican los aspectos metodológicos involucrados para cada una de dichas fases.

3.1.1. Fase I. Diagnóstico

3.1.1.1. Población y muestra

En una investigación, la población es aquel conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las cuales se van a generar las conclusiones. Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2010), establecen que una población es “...el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p. 304). En este sentido, se trata de la comunidad estudiantil cursante de la Clínica II del Niño y del Adolescente en la Universidad José Antonio Páez (UJAP) en el período febrero-junio de 2017, para un total aproximado de 300 estudiantes.

En relación a la muestra, que según Arias (2012), “Forma parte de la población y sirve para representarla” (p. 45), fue de tipo probabilístico, lo que según el autor significa que todos sus integrantes tienen la misma posibilidad de ser seleccionados. En cuanto al tamaño, se asumió el criterio establecido por Hernández, Fernández y Baptista (2009), es decir, la cantidad de estudiantes equivalente al 30 por ciento, por considerarse suficientemente representativa del universo o población; en consecuencia, la muestra fue de 90 estudiantes de Clínica II del Niño y del Adolescente en la UJAP.

3.1.1.2. Técnicas e instrumentos de recolección

A los fines de diagnóstico, se empleó la técnica conocida como encuesta, definida por Tamayo (2009), como aquella que permite "...aislar ciertos problemas que nos interesan principalmente; reduce la realidad a cierto número de datos esenciales y precisa el objeto de estudio" (p. 187); por consiguiente se utilizó su instrumento típico, el cuestionario, que interpretando las ideas de dicho autor, es un formato con preguntas o ítems dirigido a registrar los datos de interés.

En efecto, se diseñó un cuestionario conformado por ítems cerrados dicotómicos (opciones de respuesta Sí/No), con la finalidad de verificar el dominio conceptual de los estudiantes que integraron la muestra respecto a la odontofobia, signos y técnicas para su adaptación a la consulta odontológica (Anexo A).

3.1.1.3. Validez y Confiabilidad

Según Méndez (2004), todo instrumento de recolección debe cumplir con dos requisitos básicos: validez y confiabilidad; por tanto, si no cumple con alguno de estos, los resultados no serán legítimos. Respecto al primero de ellos, que según el autor "...es el grado con el que un instrumento sirve a la finalidad para la cual fue destinada" (p. 31), el cuestionario diseñado fue sometido al juicio de expertos: dos en Odontopediatría y uno en Metodología, quienes lo evaluaron, hicieron recomendaciones y finalmente dieron su aprobación (Anexo B).

Por otro lado, en referencia a la confiabilidad, Briones (2004), aporta que para su cálculo, se asume que "La varianza de las puntuaciones observadas en un grupo de personas, es igual a la varianza de las puntuaciones reales más la debida a errores no sistemáticos de medición" (p. 86). Este postulado, indica el autor, aplica para aquellos instrumentos diseñados con opciones de respuesta cerradas, a cada una de las cuales se asigna un valor en una escala de intervalo que puede ir desde el 1 hasta el 5; para cumplir este requisito, se efectuó una prueba piloto con diez estudiantes de V

semestre no incluidos en la muestra, cuyos resultados fueron analizados mediante tabla de cálculo Excel del Profesor Alberto Rojas de la UNEG mediante el coeficiente Kuder-Richardson (KR20), el cual requiere una sola administración del instrumento; su fórmula es:

$$r = \frac{k}{k - 1} \cdot 1 - \frac{m(k - m)}{ks^2}$$

Donde:

r = coeficiente de confiabilidad

k = número de ítems de la prueba

m = media

s = desviación estándar.

De tal forma, por cuanto el coeficiente KR20 determina el rango de confiabilidad del instrumento de acuerdo al índice obtenido en una escala del 0 al 1, donde mientras más cercano a la unidad sea el coeficiente, tanto más confiable será el instrumento, el cuestionario reflejó alta confiabilidad: 0,98 (Anexo C).

3.1.1.4. Técnicas de Análisis de la Información

Las técnicas de análisis de datos, según concuerdan los autores en referencia previa, consisten en los procedimientos de que se vale el investigador tanto para procesar como analizar e interpretar la información que ha recopilado; en este sentido, es de señalar que por tratarse de un estudio descriptivo, se empleó la técnica estadística de igual nombre en su forma simple, la cual requirió organización, codificación, tabulación y representación gráfica de la información recopilada mediante el cuestionario determinando número (n) y tasa (%) de respuestas, esto es, la especificación de las frecuencias absoluta y relativa.

Una vez efectuado dicho procedimiento, se procedió a realizar el análisis y discusión de los hallazgos en contraste con las teorías y antecedentes consultados, procedimiento que permitió elaborar el diagnóstico de necesidad del protocolo de

adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII Semestre en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

3.1.1.5. Sistema de Variables

Briones (2004), observa que las investigaciones, de acuerdo a sus objetivos, están compuestas por variables que se interrelacionan; por ello, la noción de sistema de variables proporciona un significado específico de lo que se pretende estudiar y de allí, la necesidad de sistematizarlas u operacionalizarlas, como se verifica en el cuadro técnico metodológico que se presenta a continuación.

Cuadro 1. Cuadro Técnico Metodológico

Objetivo General: Proponer un protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII semestre de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez						
Objetivos Específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Instrumento	Fuente
Evaluar los conocimientos que poseen los estudiantes del VII semestre de la clínica del Niño y el Adolescente para la adaptación de pacientes pediátricos con odontofobia a la consulta odontológica	Diagnóstico	Conocimientos	Psicología Infantil	1 y 2	Cuestionario	Estudiantes del VII semestre de la clínica del Niño y el Adolescente en la Universidad José Antonio Páez
			Identificación de odontofobia	3 al 5		
			Técnicas de adaptación	6 al 17		
Determinar la factibilidad de un protocolo de adaptación del paciente con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII Semestre en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez	Factibilidad	Viabilidad	Técnica	18	Cuestionario	Estudiantes del VII semestre de la clínica del Niño y el Adolescente en la Universidad José Antonio Páez
			Operativa	19		
			Económica	20		
Diseñar un protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII Semestre en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez	Protocolo	Adaptación	Utilidad	21		

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

3.1.2. Fase ÍI. Factibilidad

A partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico, se procedió a establecer la factibilidad técnica, operativa y económica de la propuesta, determinando mediante las opiniones de los encuestados la disponibilidad de los recursos humanos, materiales y financieros requeridos para la implementación del protocolo de adaptación del niño odontofóbico a la consulta odontológica.

3.1.3. Diseño de la Propuesta

Considerando las debilidades y fortalezas cognitivas de los estudiantes de VII Semestre de Odontología identificadas en el diagnóstico, se diseñó el protocolo de adaptación, con soporte en las teorías consultadas sobre las características psicológicas del desarrollo infantil y las técnicas de adaptación del paciente pediátrico a la consulta odontológica.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Objetivo Específico 1. Diagnosticar los conocimientos que poseen los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología para la adaptación de pacientes pediátricos con odontofobia a la consulta odontológica

Variable: Diagnóstico.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Psicología Infantil

Ítem 1. ¿Crees que es necesario tener en cuenta el desarrollo psicológico del niño a fin de facilitar su atención odontológica?

Tabla 1. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre Psicología Infantil; ítem 1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	9	10,0	10,0
No	81	90,0	90,0
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

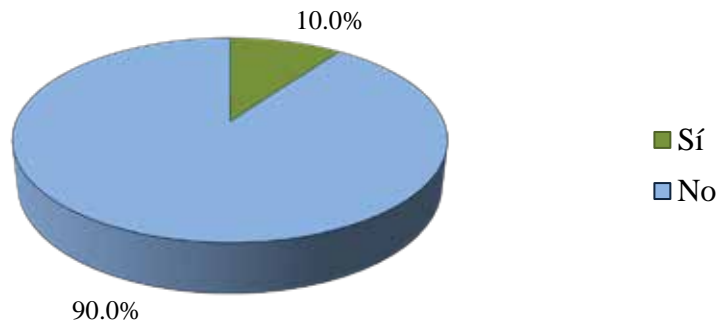


Gráfico 1. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre Psicología Infantil; ítem 1

Como se verifica en Tabla/Gráfico 1, los resultados en este ítem fueron negativos pues 90% de los estudiantes considera que no es necesario tener en cuenta el desarrollo psicológico del niño a fin de facilitar su atención odontológica, tendencia esta que revela escasos conocimientos pues según Kort (2012), durante la

infancia los miedos forman una parte importante del desarrollo psicológico y por ello, la relevancia de conocer cómo es el mismo y cómo canalizarlos brindándole confianza y apoyo.

Variable: Diagnóstico.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Psicología Infantil

Ítem 2. ¿Crees que es importante identificar los temores del paciente pediátrico antes de iniciar su atención odontológica?

Tabla 2. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre Psicología Infantil; ítem 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	66	73,3	73,3
No	24	26,7	26,7
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

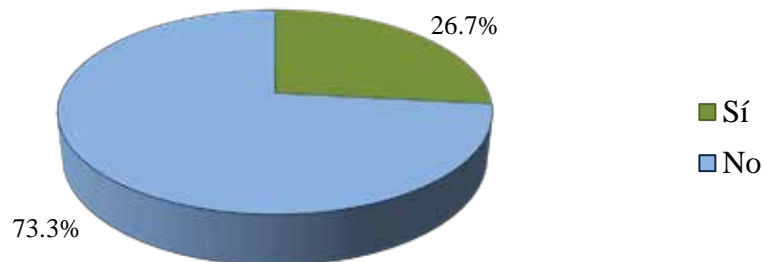


Gráfico 2. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre Psicología Infantil; ítem 2

Según se observa en Tabla/Gráfico 2, el 73,3% de los encuestados conoce la importancia de identificar los temores del paciente pediátrico antes de iniciar su atención odontológica; esta tendencia se considera positiva desde la visión de Escalona y Figueroa (2009), quienes consideran indispensable saber a qué teme el

niño y desde allí, trabajar dichos temores previo al comienzo de cualquier procedimiento a fin de asegurar un estado anímico propicio.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Identificación de odontofobia

Ítem 3. ¿Sabes identificar las características que te permiten observar si el paciente tiene miedo a la consulta odontológica?

Tabla 3. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre identificación de odontofobia; ítem 3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Si	29	32,2	32,2
	No	61	67,8	67,8
Total		90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

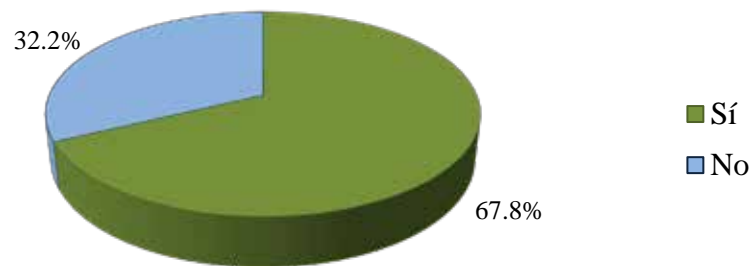


Gráfico 3. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre identificación de odontofobia; ítem 3

En Tabla/Gráfico 3, se puede comprobar que el 67,8% de la muestra consultada no sabe identificar las características que permiten observar si el paciente tiene miedo a la consulta odontológica, lo cual constituye un vacío cognitivo de notables repercusiones para la praxis profesional; en efecto, siguiendo las teorías de Paz y Bermúdez (2008), el paciente pediátrico odontofóbico exhibe conductas e incluso

síntomas fisiológicos que permiten al clínico diferenciar una disposición poco cooperadora del miedo originado por la atención estomatológica.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Identificación de odontofobia

Ítem 4. ¿Conoces las ventajas de utilizar el test de dibujos de Venham para evaluar la ansiedad del paciente pediátrico en la consulta odontológica?

Tabla 4. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre identificación de odontofobia; ítem 4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	9	10,0	10,0
No	81	90,0	90,0
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

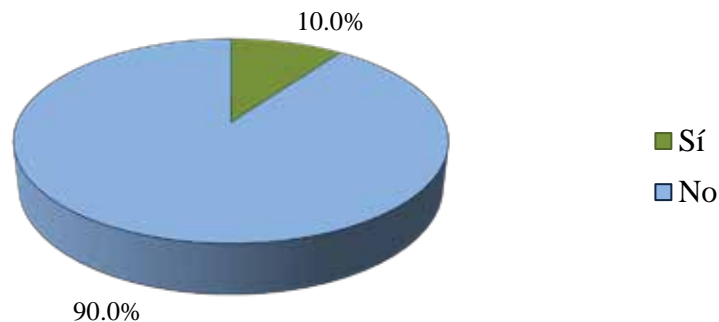


Gráfico 4. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre identificación de odontofobia; ítem 4

La tendencia de respuesta en la opción No, como se evidencia en Tabla/Gráfico 4, confirman que casi la totalidad de los estudiantes (90%) desconoce las ventajas de emplear el test de dibujos de Venham para evaluar el nivel de ansiedad del niño en la consulta odontológica; dicha circunstancia se estima perjudicial, pues el mismo es un instrumento que de acuerdo con Vásquez y Montes (2013), permite al clínico determinar el grado de temor que presenta el niño según la imagen con la cual se identifique.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Identificación de odontofobia

Ítem 5. ¿Sabes cómo utilizar la escala de observación de Frankl en la consulta odontopediátrica?

Tabla 5. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre identificación de odontofobia; ítem 5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	4	4,5	73,3
No	86	95,5	26,7
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

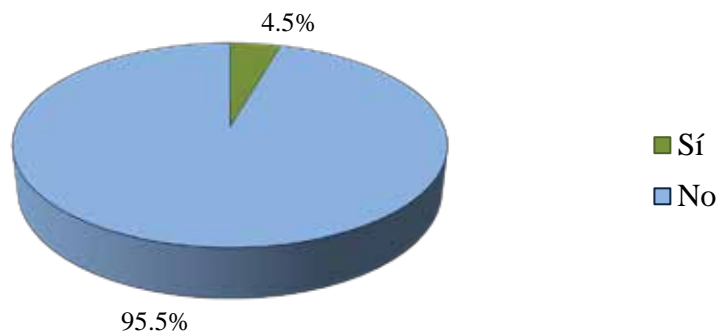


Gráfico 5. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre identificación de odontofobia; ítem 5

Según se advierte en Tabla/Gráfico 5, del total de estudiantes encuestados únicamente 4,5% sabe cómo utilizar la escala de Frankl en la consulta odontológica; este nivel de desconocimiento es preocupante, por cuanto según expertos como Jadue y cols. (2014), se trata de una herramienta ampliamente utilizada en Odontopediatria por estar dirigida a evaluar el grado de ansiedad que el odontólogo provoca en el niño; para ello, el clínico asigna una puntuación que va desde la reacción más aguda (1) hasta la más apropiada (4), siendo por tanto un instrumento valioso para la identificación de pacientes pediátricos odontofóbicos.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Técnicas de adaptación

Ítem 6. ¿Crees que es necesario adaptar la técnica decir-mostrar-hacer de acuerdo a la edad del paciente pediátrico?

Tabla 6. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 6

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	76	84,4	84,4
No	14	15,6	15,6
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

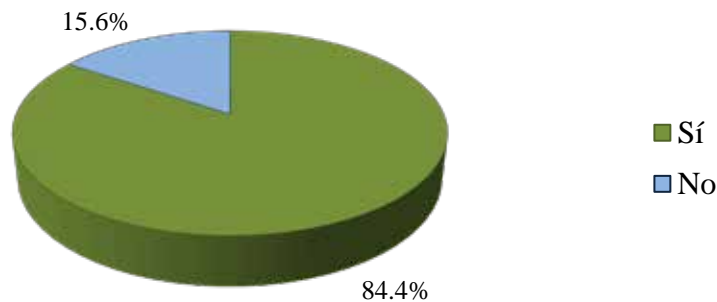


Gráfico 6. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 6

En Tabla/Gráfico 6, se advierte que el 84,4% de los estudiantes cree necesario adaptar la técnica decir-mostrar-hacer de acuerdo a la edad del paciente pediátrico; dicho porcentaje se estima como una tendencia positiva, pues dicho procedimiento es un recurso valioso para familiarizar al niño con los diferentes procedimientos odontológicos según su nivel de maduración. Refrendando tal afirmación, se encuentran los postulados de Soto y Reyes (2010), para quienes el manejo del comportamiento del paciente odontopediátrico se fundamenta en el conductismo y por tanto, la técnica decir-mostrar-hacer requiere debe ajustarse al estadio evolutivo psicológico del infante.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Técnicas de adaptación

Ítem 7. ¿Consideras beneficioso premiar al niño cooperador con reconocimiento positivo, una caricia o un pequeño obsequio?

Tabla 7. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 7

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	9	10,0	10,0
No	81	90,0	90,0
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

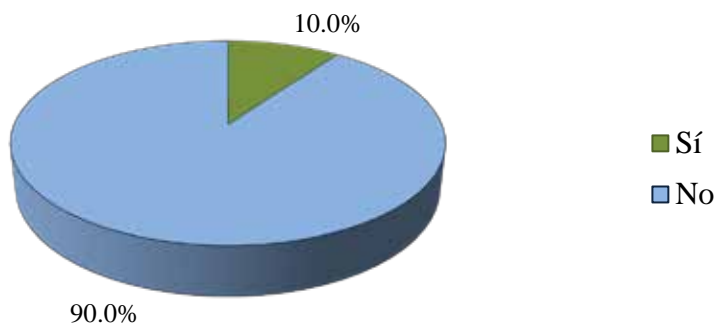


Gráfico 7. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 7

La Tabla y Gráfico 8, demuestran que el 90% de los estudiantes seleccionó la opción Sí, lo cual señala que casi la totalidad de la muestra emplea la técnica conocida como reforzamiento positivo. Efectivamente, según expertos en la materia como Furman (2009) y Tejada (2011), con la misma se persigue adaptar al niño a la consulta odontológica recompensándole cuando se muestra colaborador mediante gestos de cariño, palabras de felicitación e incluso un pequeño obsequio, fortaleciendo de esta forma patrones de comportamiento adecuados, contribuyendo en consecuencia a evitar o erradicar el miedo a la consulta odontológica.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Técnicas de adaptación

Ítem 8. ¿Te parece necesario organizar el tratamiento odontológico de un paciente que se muestra temeroso o asiste a consulta por primera vez, para iniciarlo con procedimientos simples?

Tabla 8. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 8

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	11	12,2	12,2
No	79	87,8	87,8
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

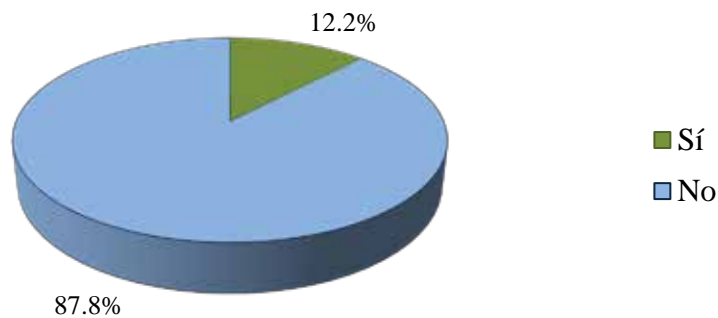


Gráfico 8. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 8

Según se verifica en Tabla/Gráfico 8, un sector muy significativo de estudiantes (87,8%) no conoce o domina la estrategia conocida como inhibición latente, la cual forma parte de la técnica reacondicionamiento, que según Abanto y cols. (2010), se basa en organizar el tratamiento odontológico iniciándolo con los procedimientos más simples en las primeras consultas. En consecuencia, dicha tendencia de respuesta es desfavorable pues su conocimiento y utilización en la práctica odontopediátrica puede ser fundamental cuando se trata de niños con experiencias odontológicas negativas y a los fines de evitar el desarrollo de odontofobia.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Técnicas de adaptación

Ítem 9. ¿Te parece importante el reforzamiento positivo continuo de la conducta cooperativa en el paciente pediátrico?

Tabla 9. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 9

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	42	46,7	46,7
No	48	53,3	53,3
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

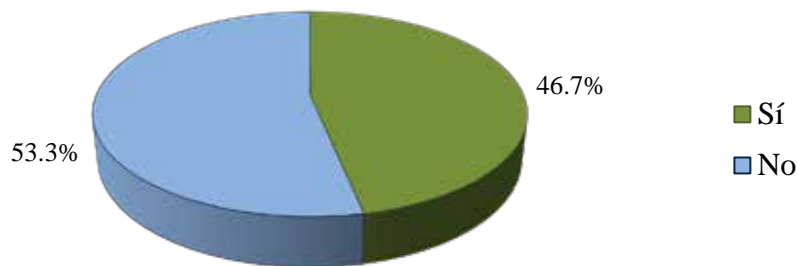


Gráfico 9. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 9

Como se advierte en Tabla/Gráfico 9, en este ítem las respuestas indicaron que un 53,3% de los estudiantes no considera importante reforzar las conductas cooperativas en el niño, mientras el porcentaje residual tiene una opinión contraria. Tales resultados indican fallas en el dominio conceptual de la técnica reforzamiento positivo, que según Furman (2009), requiere del odontólogo una labor sostenida dirigida a fortalecer los comportamientos positivos que presenta el niño en la consulta, así como atacar las negativas de forma tal que sean superadas.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Técnicas de adaptación

Ítem 10. ¿Te parece conveniente la estrategia de hablar al niño que llora a fin de distraerle y no suspender el procedimiento clínico que se le realiza?

Tabla 10. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 10

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	17	18,9	18,9
No	73	81,1	81,1
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

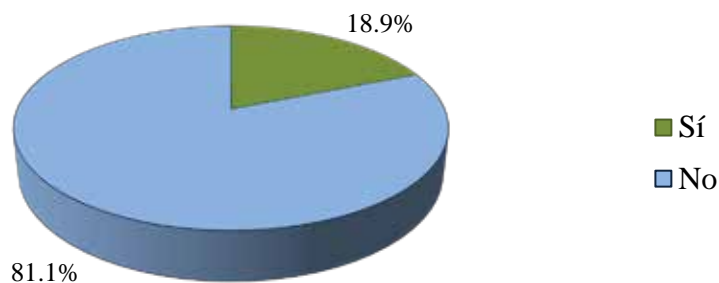


Gráfico 10. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 10

Según los datos contenidos en Tabla/Gráfico 10, un importante sector de estudiantes (81,1%) desconoce la técnica extinción, la cual permite, como su denominación indica, extinguir conductas que impiden realizar la atención clínica, como lo es el llanto persistente en el niño ansioso o con odontofobia; Abanto y cols. (2010), estiman que el objetivo de esta técnica es eliminar reforzadores de conductas no deseadas y emplear estrategias que desvíen la atención del paciente; por tal razón, su dominio es indispensable cuando se está ante un paciente infantil odontofóbico.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Técnicas de adaptación

Ítem 11. ¿Has implementado la técnica de reforzamiento positivo de conductas en pacientes pediátricos poco cooperadores?

Tabla 11. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 11

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	17	18,9	18,9
No	73	81,1	81,1
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

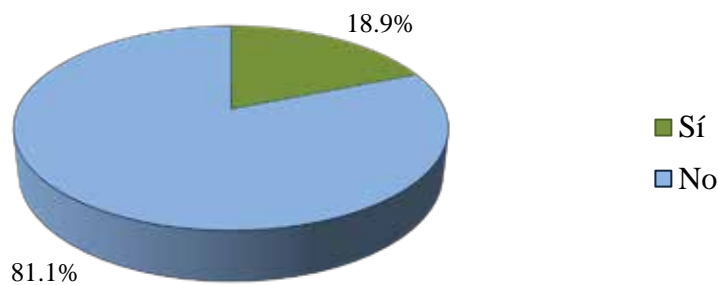


Gráfico 11. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 11

Según los datos contenidos en Tabla/Gráfico 11, la mayoría de los estudiantes (81,1%) no implementado la técnica de reforzamiento positivo en pacientes pediátricos poco cooperadores, como suele serlo el niño odontofóbico, que al igual que la anterior facilita que el infante se muestre colaborados durante la consulta y que por ende, es recomendada por Abanto y cols. (2010), como una de las mejores técnicas pues el elogio y las felicitaciones estimulan al niño a repetir conductas apropiadas.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Técnicas de adaptación

Ítem 12. ¿Es importante recomendar a los padres preparar al niño antes de asistir la consulta odontológica?

Tabla 12. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 12

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	46	51,1	51,1
No	44	48,9	48,9
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

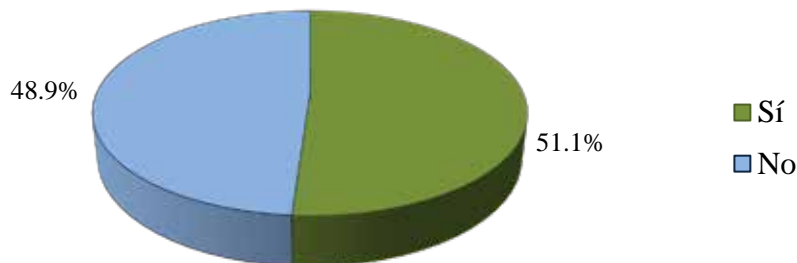


Gráfico 12. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 12

Tal como se evidencia en Tabla/Gráfico 12, las opiniones de los estudiantes estuvieron divididas en forma homogénea (Si, 51,1%; No, 48,9%), lo cual demuestra que algo más de la mitad de la muestra conoce la importancia que tiene recomendar a los padres que preparen al niño antes de acudir a la consulta odontológica, lo cual forma parte, según Abanto y cols. (2010), de la técnica reacondicionamiento y es fundamental cuando se trata de niños ansiosos o con predisposición odontofóbica por experiencias relacionadas en su entorno.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Técnicas de adaptación

Ítem 13. ¿Crees que los consultorios odontopediátricos debieran contar con televisores a fin de distraer al niño temeroso o poco cooperador?

Tabla 13. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 13

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	71	78,9	78,9
No	19	21,1	21,1
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

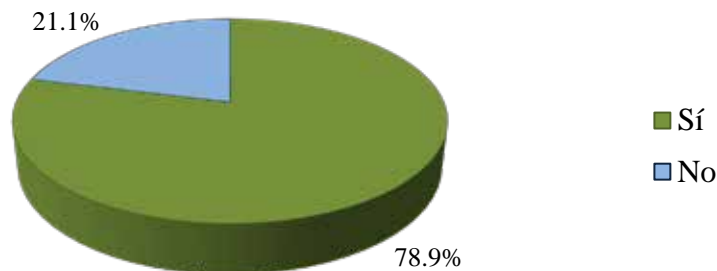


Gráfico 13. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 13

Como se aprecia en Tabla/Gráfico 13, la tendencia en este ítem fue favorable pues el 78,9% de los estudiantes opinó que los consultorios odontopediátricos debieran contar con televisores a fin de distraer al niño temeroso o poco cooperador, tendencia que sugiere conocimiento generalizado sobre la técnica distracción contingente, que de acuerdo a Abanto y cols. (2011) y Torres (2015), es ideal para desviar la atención del paciente poco cooperador, ansioso u odontofóbico antes y durante el procedimiento odontológico.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Técnicas de adaptación

Ítem 14. ¿Consideras conveniente ir familiarizando al paciente pediátrico con los instrumentos y equipos dentales, desde los más sencillos hasta los más amenazantes?

Tabla 14. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 14

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	31	34,5	34,5
No	59	65,5	65,5
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

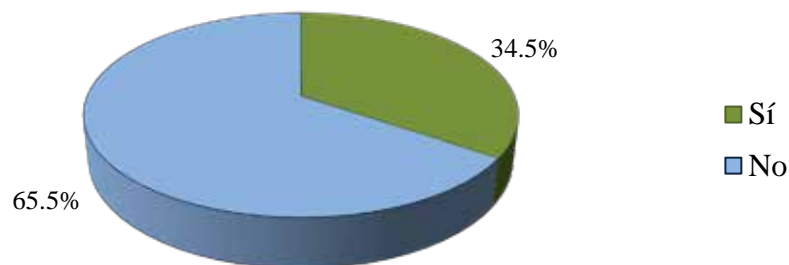


Gráfico 14. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 14

De conformidad a los datos contenidos en Tabla/Gráfico 14, se evidencia que un sector importante de estudiantes (65,5%), desconoce la técnica desensibilización, entre cuyas estrategias se encuentra, precisamente, familiarizar al paciente pediátrico con los instrumentos y equipos dentales desde los más sencillos hasta los más amenazantes. Ciertamente, para Abanto y cols. (2011), esta técnica permite al odontólogo lograr que el niño vaya superando sus miedos al habituarse progresivamente al entorno odontológico y por ello, es fundamental para la adaptación del niño odontofóbico a la consulta.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Técnicas de adaptación

Ítem 15. ¿Crees conveniente que un paciente poco cooperador se relaje antes de realizar algún procedimiento dental al cual teme?

Tabla 15. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 15

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	76	84,5	34,5
No	14	15,5	65,5
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

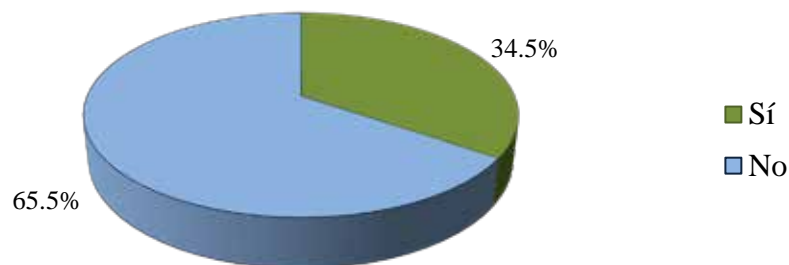


Gráfico 15. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 15

Las cifras contenidas en Tabla/Gráfico 15 se consideran como resultados favorables, pues sugiere que 65,5% de los estudiantes posee algún conocimiento sobre la técnica imaginación guiada; en efecto, de acuerdo con Campillo (2010), la relajación del paciente poco cooperador, ansioso o con odontofobia forma parte de dicho método, el cual tiene por finalidad inducirle a imaginarse a sí mismo en la situación que le provoca miedo, hasta que se encuentre emocionalmente preparado para afrontarla sin problemas.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Técnicas de adaptación

Ítem 16. ¿Consideras que es poco conveniente utilizar la restricción física del paciente pediátrico que rechaza la consulta odontológica?

Tabla 16. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 16

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	31	34,5	34,5
No	59	65,5	65,5
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

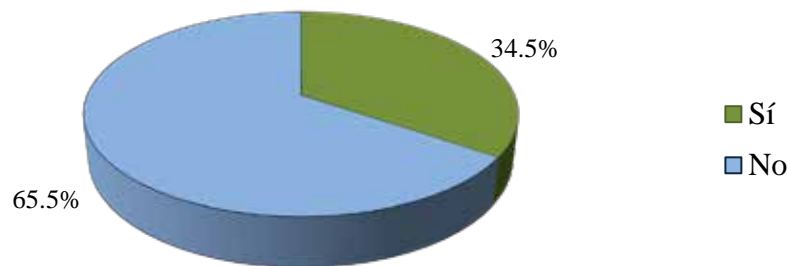


Gráfico 16. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 16

Los hallazgos reflejados en Tabla/Gráfico 16, evidencian que los estudiantes consultados no poseen el mismo dominio cognitivo en materia de adaptación del 6 paciente odontofóbico, lo cual es reflejado por la proporción de sujetos que estiman poco conveniente utilizar la restricción física del paciente pediátrico que rechaza la consulta odontológica (55,5%), lo cual significa que el restante porcentual sí lo hace o consideraría hacerlo. Dicha situación es perjudicial pues conforme a los postulados de Furman (2009) no deben emplearse métodos manuales, físicos o mecánicos de inmovilización parcial o total en pacientes odontofóbicos, ya que ello contribuye a exacerbar su miedo a la consulta.

Dimensión: Conocimientos

Indicador: Técnicas de adaptación

Ítem 17. ¿Crees que es perjudicial medicar a un paciente odontofóbico?

Tabla 17. Distribución de frecuencias de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 17

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	50	55,5	55,5
No	40	44,5	44,5
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)



Gráfico 17. Distribución porcentual de los conocimientos que manejan los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología sobre técnicas de adaptación; ítem 17

Como se verifica en Tabla/Gráfico 17, la proporción de estudiantes que seleccionó la opción No (44,5%), señala cómo la mayoría desconoce que el empleo de medicación en pacientes odontofóbicos debe utilizarse como último recurso. Ciertamente, según Furman (2009), la medicación ansiolítica o sedante debe reservarse en estos casos para situaciones de emergencia y procedimientos que requieran anestesia, pero no para tratamientos rutinarios escasamente invasivos. En razón de este y anteriores resultados, los estudiantes de VII Semestre de Odontología presentan vacíos cognitivos en la materia, por lo cual queda diagnosticada la relevancia de un protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la

consulta odontológica, que permita proporcionar y reforzar los conocimientos teórico-prácticos requeridos.

4.2. Objetivo Específico 2. Determinar la factibilidad de un protocolo de adaptación del paciente con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de V Semestre en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez

Variable: Factibilidad.

Dimensión: Viabilidad

Indicador: Factibilidad técnica

Ítem 18. ¿Consideras que la Universidad José Antonio Páez posee los recursos humanos requeridos para incorporar estrategias destinadas a mejorar el aprendizaje?

Tabla 18. Distribución de frecuencias de la disponibilidad de recursos humanos; factibilidad técnica, ítem 18

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	77	85,5	85,5
No	13	14,5	14,5
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

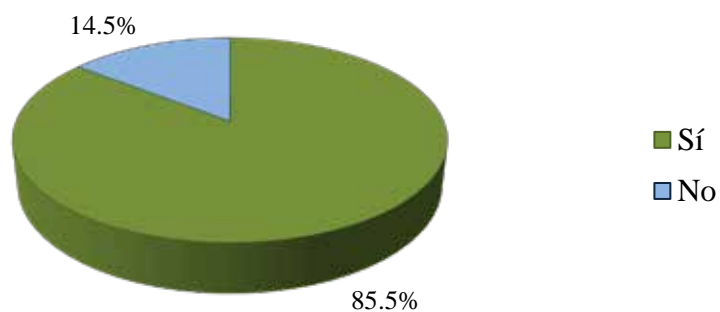


Gráfico 18. Distribución porcentual de la disponibilidad de recursos humanos; factibilidad técnica, ítem 18

De acuerdo a la data plasmada en Tabla/Gráfico 18, la propuesta de un protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica es viable técnicamente, pues en la opinión mayoritaria (85,5%), la Universidad José Antonio Páez posee los recursos humanos requeridos para incorporar estrategias destinadas a mejorar el aprendizaje

Variable: Factibilidad.

Dimensión: Viabilidad

Indicador: Factibilidad técnica

Ítem 19. ¿Crees que la Universidad José Antonio Páez cuenta con los recursos operativos requeridos para la producción de materiales de apoyo para los estudiantes?

Tabla 19. Distribución de frecuencias de la disponibilidad de recursos para la producción de materiales de apoyo; factibilidad operativa, ítem 19

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	79	87,5	87,5
No	11	12,5	12,5
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

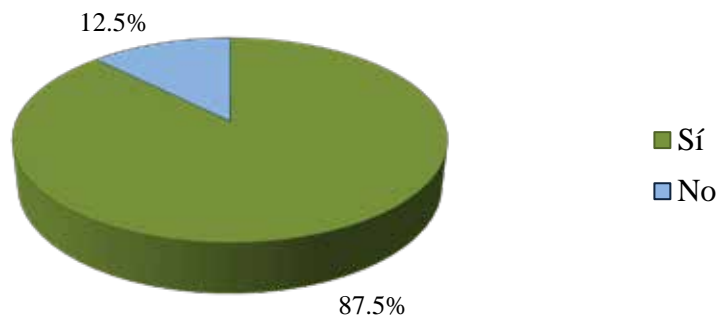


Gráfico 19. Distribución porcentual de la disponibilidad de recursos para la producción de materiales de apoyo; factibilidad operativa, ítem 19

Según los datos reflejados en Tabla/Gráfico 19, la propuesta de un protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica es viable operativamente, pues la mayoría de los estudiantes (87,5%), considera que la Universidad José Antonio Páez cuenta con los recursos operativos requeridos para la producción de materiales de apoyo para los estudiantes.

Variable: Factibilidad.

Dimensión: Viabilidad

Indicador: Factibilidad económica

Ítem 20. ¿En tu criterio, la Universidad José Antonio Páez podría destinar recursos financieros para producir recursos didácticos de apoyo?

Tabla 20. Distribución de frecuencias de la destinación de recursos financieros para producir recursos didácticos de apoyo; factibilidad económica, ítem 20

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	90	100,0	100,0
No	0	0,0	0,0
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

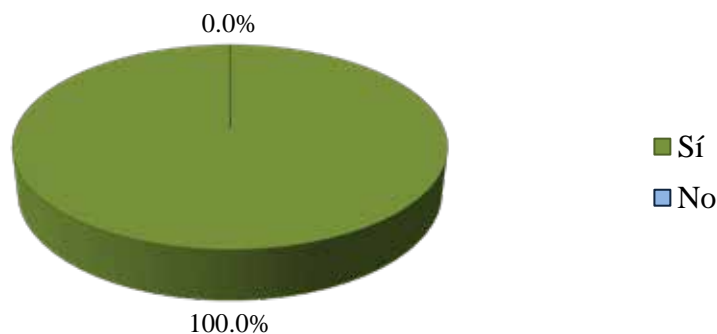


Gráfico 20. Distribución porcentual de la destinación de recursos financieros para producir recursos didácticos de apoyo; factibilidad económica, ítem 20

Como se advierte en Tabla/Gráfico 20, la propuesta de un protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica es viable económicamente, pues la totalidad de los encuestados (100%), concuerda en que la Universidad José Antonio Páez podría destinar recursos financieros para producir recursos didácticos de apoyo.

En consecuencia, la propuesta a realizar es factible desde las perspectivas técnica, operativa y económica, lo que sumado al diagnóstico sobre dominio cognitivo demuestra su pertinencia formativa.

4.3. Objetivo Específico 3. Elaborar un protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII Semestre en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez

Variable: Protocolo.

Dimensión: Adaptación

Indicador: Utilidad

Ítem 21. ¿Crees que te sería útil un protocolo para la adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta pediátrica?

Tabla 21. Distribución de frecuencias de la utilidad de un protocolo para la adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta pediátrica, ítem 21

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si	88	97,5	97,5
No	2	2,5	2,5
Total	90	100,0	100,0

Fuente: Berrios y Delgado (2017)

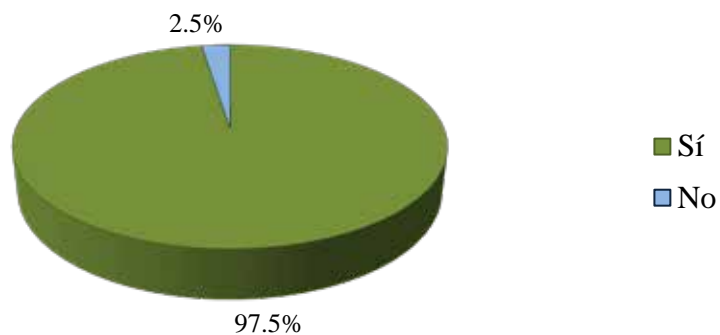


Gráfico 21. Distribución porcentual de la utilidad de un protocolo para la adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta pediátrica, ítem 21

Los resultados del último ítem, contenidos en Tabla/Gráfico 21, resultaron sumamente favorables toda vez que la casi totalidad de los estudiantes encuestados (97,5%), coincidieron en opinar que les sería útil la propuesta de un protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica, lo cual constituye un componente agregado al diagnóstico de necesidad y estudios de factibilidad antes expuestos.

4.4 Discusión de los Resultados

Según los resultados expuestos en el diagnóstico, se encontró que las debilidades cognitivas de los estudiantes se evidenciaron en cada una de las dimensiones asignadas; así, un número significativo de estos cursantes manifestó desconocer la importancia de identificar los temores del paciente antes de iniciar su atención odontológica, lo que muestra fallas en su aprendizaje sobre psicología infantil. En tal sentido, se encuentra coincidencia con los resultados reportados por Torres (2015), quien evidenció la necesidad de incorporar al pensum de la carrera odontológica en la Universidad José Antonio Páez la Unidad Curricular Psicología del Niño.

En relación a la identificación de odontofobia, las fallas cognitivas encontradas en el presente estudio se interpretan al contraste con los hallazgos relatados por Gómez y Montes (2013), quienes constataron en un grupo de pacientes adultos atendidos en las clínicas de la Universidad José Antonio Páez que 68% de los casos de odontofobia tuvo su origen en experiencias odontológicas desagradables durante la niñez o adolescencia; por tanto, desde dicha comparación se convalida la relevancia que posee la posesión de sólidos conocimientos para identificar oportunamente estados ansiosos o miedos que tarde o temprano desencadenan fobia a la consulta dental.

Asimismo, la carencia de dominios teórico-prácticos en técnicas de adaptación de los estudiantes que integraron la muestra en la presente investigación se asemejan a la identificada en una universidad salvadoreña por Vásquez y Montes (2013), quienes en razón de haber detectado debilidades puntuales en tal sentido propusieron, como en este caso, una solución educativa dirigida a estudiantes de quinto año de Odontología a fin de proveerles un recurso de apoyo que complemente su formación.

CAPÍTULO V

LA PROPUESTA

5.1. Introducción

En las Ciencias de la Salud y por ende en la práctica odontológica, los protocolos representan un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más adecuados a utilizar ante todo paciente con un determinado cuadro clínico y mejorar la calidad del proceso asistencial, sirviendo asimismo como marco de actuación que promueve y mejora el conocimiento de los prestadores de servicios de salud para abordar al enfermo.

Por ello, los protocolos en la praxis odontológica son fundamentales y sobre todo cuando se trata del manejo en el paciente pediátrico, quien requiere un abordaje particular dadas las características físicas, psicológicas y emocionales que caracterizan el desarrollo infantil, todo lo cual tiene especial significado al momento de adaptar a la consulta odontológica al infante con odontofobia.

5.2. Justificación de la Propuesta

El “Protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica” que aquí se propone beneficiará a los estudiantes de Odontología, pues servirá como herramienta destinada a fortalecer los conocimientos adquiridos a lo largo de su formación académica en la atención del paciente pediátrico, describiendo los pasos a seguir para diagnosticar y abordar al infante odontofóbico.

Por consiguiente, se justifica su incorporación como recurso de apoyo en el proceso de aprendizaje de quienes se preparan para el ejercicio profesional, pues la

adaptación a la consulta odontológica es un procedimiento indispensable a fin de asegurar la cooperación del niño con odontofobia y requiere seguir determinadas pautas de actuación, a fin de lograr el propósito de la intervención clínica: prevenir y tratar las diferentes patologías para asegurar un buen estado de salud bucodental e integral.

5.3. Objetivos de la Propuesta

5.3.1. Objetivo General

Proveer a los estudiantes de la Universidad José Antonio Páez un compendio de estrategias destinadas a la identificación y adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica.

5.3.1. Objetivos Específicos.

- Proporcionar las pautas a seguir para la identificación del paciente pediátrico odontofóbico.
- Facilitar los procedimientos requeridos para la adaptación del paciente pediátrico odontofóbico a la consulta odontológica.

5.4. Organización de la Propuesta

El “Protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica” se organiza de la siguiente forma: portada, índice de contenido y desarrollo.



*Protocolo de adaptación del paciente pediátrico
con odontofobia a la consulta odontológica*

Autoras: Berrios Ángela, Delgado Kelly

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
1. Evaluación diagnóstica de la odontofobia infantil	3
1.1. Criterios diagnósticos de fobias específicas del DSM-5	3
1.2. Test de Dibujos de Venham	4
1.3. Escala de observación de Frankl	6
2. Adaptación a la consulta del paciente pediátrico con odontofobia	7
2.1. Ambientación	7
2.2. Bienvenida	7
2.3. Decir-mostrar-hacer	9
2.4. Reforzamiento positivo	10
2.5. Reacondicionamiento	12
2.6. Modelamiento	13
2.7. Distracción contingente	14
2.8. Imaginación guiada	15
2.9. Ludoterapia	16
2.10. Musicoterapia	17
2.11. Aromaterapia	18
Bibliografía recomendada	19

Evaluación diagnóstica de la odontofobia infantil

1.1. Criterios diagnósticos de fobias específicas del DSM-5

En el DSM-5 de la Asociación Americana de Psicología, se establecen las pautas a seguir para la elaboración del diagnóstico de fobias específicas, pertenecientes a la categoría trastornos de ansiedad, en la cual se incluye genéricamente la odontofobia. Así pues, esta herramienta considera que en los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse a personas u objetos; el diagnóstico de la fobia es positivo si:

- El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.
- La alteración no se explica mejor por los síntomas de otros trastornos (trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social).

1.2. Test de Dibujos de Venham

 0 puntos	 1 punto	 1 punto	 0 puntos	 0 puntos	 1 punto	 1 punto	 0 puntos
 0 puntos	 1 punto	 1 punto	 0 puntos	 0 puntos	 1 punto	 1 punto	 0 puntos
 0 puntos	 1 punto	 0 puntos	 1 punto	 0 puntos	 1 punto	 1 punto	 0 puntos
 1 punto	 0 puntos	 1 punto	 0 puntos	 0 puntos	 1 punto	 1 punto	 0 puntos

Versión femenino

Versión masculino

Procedimiento:

1. Entregue al niño(a) una hoja con el test impreso; indíquele que señale en el mismo los dibujos que representan cómo se siente en ese momento, en cada una de las imágenes.
2. Si el infante así lo requiere, oriénteles sobre el significado de los dibujos: felicidad, alegría, tristeza, rabia, miedo, deseos de huir.
3. Una vez completado el test, realice la sumatoria de las puntuaciones; el significado de las mismas le permitirá identificar el nivel de ansiedad, según la siguiente escala:
 - 0 Puntos: Sin Ansiedad. Significado: no requiere adaptación a la consulta.
 - 1-4 Puntos: Ansiedad Leve. Significado: requiere al menos una técnica de adaptación a la consulta, de acuerdo a su edad.
 - 5-8 Puntos: Ansiedad Moderada. Significado: requiere dos o más técnicas de adaptación a la consulta, de acuerdo a su edad.
 - 9-12 Puntos: Ansiedad Severa. Significado: requiere todas las técnicas de adaptación a la consulta, de acuerdo a su edad.

1.3. Escala de observación de Frankl

Esta herramienta diagnóstica, evalúa el nivel de ansiedad del niño respecto a la figura del odontólogo; se realiza una vez culminada la cita odontológica y comprende una escala de cuatro puntajes, en los cuales usted debe clasificar el comportamiento del paciente durante la atención:

1: Definitivamente negativa. Rechaza el tratamiento; grita, llora, patalea fuertemente y/o: se rehúsa a entrar al consultorio, no admite ubicarse en el sillón dental, rechaza con violencia al clínico o a su asistente, intenta huir del consultorio. Requiere la mayoría de las técnicas de adaptación a la consulta.



2: Negativo. Dificilmente acepta el tratamiento; coopera poco. Requiere dos o más técnicas de adaptación a la consulta.



3: Positivo. Acepta el tratamiento y muestra voluntad para acatar las instrucciones del odontólogo, pero casi siempre con reservas. Requiere al menos una técnica de adaptación a la consulta.



4: Definitivamente positivo. Buena relación y armonía con el odontólogo; interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta. No requiere adaptación a la consulta.



2.- Adaptación a la consulta del paciente pediátrico con odontofobia

2.1.- Ambientación

1) La ambientación del consultorio odontopediátrico es clave, ya que permite que el infante se sienta cómodo y a gusto.

2) Sala de espera. Se trata del lugar donde el paciente debe permanecer hasta que le llega su turno de entrar al consultorio; idealmente debe contar con diversos espacios, dotados con decoración, mobiliario, juegos y elementos según la edad de los pacientes, sus intereses y preferencias

3) Consultorio. Es importante dotar el consultorio odontopediátrico con mobiliario, decoración, equipos e instrumental diseñados en base a formas y colores que llamen la atención de los infantes, estimulen su interés e induzcan su buena disposición anímica.



2.2. Bienvenida (niños de todas las edades)

1) Una actitud amable y cariñosa es esencial para que el niño se familiarice con usted; sólo así podrá ganarse su confianza y colaboración



2) Es importante dar la bienvenida al paciente pediátrico cuando éste se encuentra en la sala de espera, conversando por breves minutos e indicándole que en breve estará de nuevo con él, en caso que haya otros pacientes esperando turno.

3) Evite esperar al infante dentro del consultorio; hágale sentir que su visita es deseada e importante para usted



2.3.- Decir-mostrar-hacer (niños en edad preescolar y escolar)

1) Invite al niño a tomar asiento; deberá tener a la mano macromodelo dental, juguetes que recrean instrumental odontológico, similares.



2) Decir. Explique al niño con un vocabulario claro y adaptado a su edad el procedimiento a realizar; procure sustituir palabras que provoquen miedo; por ejemplo, en niños de edad preescolar, “punta” en lugar de “aguja o inyección”, “hematíes” por “sangre”, “lazo” por “sutura”. Respecto a los nombres de instrumentos y equipos, también pueden ser cambiados por nombres que estimulen la imaginación y traigan recuerdos agradables para el niño: tractorcito (turbina), almohada para el diente (abridor de boca) paraguas (dique de goma), cucharita (cureta). En cambio, a los niños de 6 a 12 años no les gusta ser tratados como bebés y por ello, en este caso el uso de diminutivos o símiles debe ser utilizado con cautela, analizando el caso de cada paciente individualmente



Decir-mostrar-hacer (continuación)

3) Mostrar. Ejemplifique ante el paciente cómo se realiza el procedimiento; por ejemplo, si se va a tratar una lesión cariosa mediante tratamiento restaurador atraumático, emplear los macromodelos dental y de cureta, señalándole cómo se emplea “rascando” un diente; asimismo, es aconsejable facilitar dichos implementos al niño según su edad, a fin de que recree por sí mismo la demostración realizada por usted.



4) Hacer. Una vez perciba que el niño se encuentra distendido y confiado, dispuesto a colaborar, invítele a colocarse en el sillón dental; si se rehúsa a hacerlo respetar su voluntad y acordar nueva cita, pero en caso de acceder, proceda a la realización de la actividad programada, explicándole paso a paso lo que está realizando.



2.4.- Reforzamiento positivo (niños en edad preescolar y escolar)

1. Explique claramente al niño el comportamiento que se espera de él. La recompensa no puede ser utilizada como chantaje para realizar el tratamiento.



2. Culminado el procedimiento clínico, aplique el refuerzo positivo si se logró la conducta deseada:
Felicitación verbal



Gesto de afecto



Recompensa



2.5.- Reacondicionamiento (niños en edad preescolar y escolar con experiencias dentales previas negativas)

1. La atención dental debe organizarse de forma tal que se inicie con los procedimientos más sencillos:

Evaluación clínica



Topificación con fluor



Técnicas de higiene oral



2. Una vez el niño va adquiriendo confianza y coopera, estará listo para recibir gradualmente tratamientos de mayor complejidad; siempre debe explicarle en forma clara y lenguaje cónsono con su edad, qué va a realizar, cómo y por qué.



2.6.- Modelamiento (niños en edad preescolar y escolar)

1. Organice la cita del niño de forma tal que pueda observar el tratamiento que se desea realizar mientras se realiza en un paciente cooperador; la idea es que el paciente imite la conducta del modelo
2. Si no es posible contar con un paciente cuyo padre o responsable autorice la presencia de otras personas en la consulta de su hijo/a, una estrategia válida es presentar al paciente un video.
3. En caso de no contar con equipos audiovisuales en el consultorio, podría solicitar a la madre del paciente que simule recibir el tratamiento a realizar en el niño, acordándolo con anticipación.



2.7.- Distracción contingente (niños en edad preescolar y escolar)

1. Dote la sala de espera con elementos audiovisuales y juegos, a fin de evitar la ansiedad del paciente



2. Incorpore elementos decorativos y equipo audiovisual en el consultorio, a objeto de distraer al paciente durante la intervención clínica.

2.8.- Imaginación guiada (niños en edad escolar)

1. Pregunte al paciente cuáles son los objetos y actividades clínicas que le causan temor.
2. Una vez identificado el origen de sus temores, suministre al paciente un material de lectura ilustrado, contenido del paso a paso de los procedimientos clínicos que incluyan las causas del miedo.
3. Culminada la lectura, solicite al infante que se imagine a sí mismo experimentando los procedimientos que le causan temor
4. Pregunte al paciente qué sensaciones experimentó durante el ejercicio de imaginación



2.9.- Ludoterapia (niños en edad preescolar y escolar)

Ludoterapia o terapia del juego, es un procedimiento basado en la realización de actividades recreativas de diversa índole antes, durante y/o después de la consulta odontológica. Son variantes de la técnica de distracción contingente



a.- Cuenta-cuento. Puede realizarse durante la atención odontológica del paciente o en forma grupal con varios niños; tiene como finalidad distraerle(s) con historias divertidas, preferiblemente relacionadas con el cuidado dental.



b.- Payaso-terapia. Aplicable en forma grupal; consiste en el empleo de accesorios de payaso por parte del odontólogo y/o el asistente dental, a objeto de distraer la atención de los niños, incitándoles a jugar y divertirse antes o después de la atención odontológica.



c) Títere-terapia. Como método grupal, requiere el empleo de títeres recreando situaciones felices en el consultorio odontológico.



2.10.- Musicoterapia (niños en edad preescolar y escolar)

Consiste en el empleo de la música para inducir estados de tranquilidad, relajar e inducir la cooperación en el paciente pediátrico ansioso o con miedo en la consulta odontológica. Son recomendables algunos sonidos de la naturaleza (agua que corre, oleaje suave, similares) y la música clásica, especialmente las composiciones de Bach

1. Música ambiental: Disponga en el consultorio de un equipo de ambientación musical, a un volumen moderado.
2. Audífonos: Indicado para niños en edad escolar, preferiblemente; siempre con previo consentimiento del paciente, ajuste los auriculares asegurándose de que el volumen es adecuado



2.11.- Aromaterapia (niños en edad preescolar y escolar)

Consiste en el empleo de aromas que inducen tranquilidad; es de especial aplicación para atender niños que sienten aversión por los olores de ciertos productos de uso odontológico.

1. Esencias florales: Colocar en un recipiente con aspersor agua y 5-7 gotas de la esencia (preferiblemente manzanilla o lavanda); rocíe antes de que el niño ingrese a la consulta, limitándose a áreas alejadas del sillón odontológico, equipos y materiales.
2. Difusores aéreos automáticos: Disponibles en el mercado, puede graduarse la cantidad de veces que emanan su fragancia; de preferencia, seleccionar aromas muy suaves.
3. Vela aromática: Asegúrese de colocarla en lugar seguro, fuera del alcance del niño



Bibliografía recomendada

Abanto, J., Rezende, K., Bönecker, M., Correa, F., Correa, M. (2010). Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Revista Estomatología Herediana*; 20(2): 101-106.

Boj, J.R., Catalá, M., García, A., Mendoza, A. (2011). *Odontopediatria*. 4ª edición. Madrid: Masson.

Kort, F. (2010). *Psicología del comportamiento infantil*. 2ª edición. México: Trillas.

Paz, M., Bermúdez, A.M. (2008). *Manual de psicología infantil: aspectos evolutivos e intervención psicopedagógica*. Lima: Biblioteca Nueva.

Papalia, D., Olds, S., Duskin, R. (2011). *Psicología del Desarrollo*. 11ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana.

Pérez, N. (2012). *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez*. Madrid: Gamma Editorial.

Soto, R., Reyes, D. (2010). Manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*; 25. Disponible: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-10/>.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

1. Se diagnosticaron los conocimientos que poseen los estudiantes de VII Semestre de la Escuela de Odontología para la adaptación de pacientes pediátricos con odontofobia a la consulta odontológica, confirmando que los saberes en psicología infantil, identificación de odontofobia y técnicas de adaptación a la consulta odontológica son insuficientes a los fines de proceder adecuadamente en la práctica clínica para abordar y tratar al paciente pediátrico odontofóbico.

2. Se determinó la factibilidad de un protocolo de adaptación del paciente con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de VII Semestre en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, pues se constató que la propuesta es viable técnica, operativa y económicamente.

3. Se diseñó el “Protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica” dirigido a estudiantes de VII Semestre en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, en base a las debilidades identificadas en el diagnóstico y la consulta de obras producidas por expertos en Psicología Infantil y Odontopediatría.

En razón de los señalamientos previos, se puede decir que cada niño tiene pautas de conductas específicas en la consulta y aún más si ha desarrollado odontofobia como producto de experiencias negativas propias o asimiladas en su entorno familiar y social; de allí, se concluye sobre la pertinencia del protocolo propuesto a fin de capacitar al estudiante de Odontología en los pasos a seguir para

adaptar al infante con odontofobia a la consulta odontológica, así como prevenir el desarrollo de dicho trastorno en el paciente pediátrico.

6.2. Recomendaciones

1. Se exhorta a las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad José Antonio Páez a incluir el “Protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica” como recurso didáctico a disposición de los estudiantes de VII Semestre de Odontología, así como proceder a la ambientación y dotación de las Clínicas Integrales del Niño y el Adolescente.

2. En tal sentido, se sugiere hacer seguimiento de los resultados obtenidos mediante el protocolo diseñado evaluando la actuación de los estudiantes en la práctica clínica odontopediátrica, así como perfeccionarlo de acuerdo a las innovaciones que en el futuro aporte la comunidad científica para el abordaje y tratamiento del paciente pediátrico odontofóbico.

3. Asimismo, es recomendable considerar la inclusión de la asignatura Psicología del Niño y el Adolescente en el pensum de la carrera Odontología.

4. A los estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, se les sugiere realizar estudios prospectivos intramuros y extramuros a objeto de contribuir a la identificación de pacientes propensos a desarrollar trastornos de ansiedad de tanta repercusión en la salud integral de la población infantil como lo es la odontofobia.

REFERENCIAS

- Abanto, J., Rezende, K., Bönecker, M., Correa, F., Correa, M. (2010). Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Revista Estomatología Herediana*; 20(2): 101-106.
- Arias, Fidas (2012) *El proceso de investigación*. 8ª edición. Caracas: Orial
- Boj, J.R., Catalá, M., García, A., Mendoza, A. (2011). *Odontopediatria*. 4ª edición. Madrid: Masson.
- Briones, G. (2004). *Metodología de la investigación cuantitativa en las Ciencias Sociales*. 4a edición. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Cameron, A., Widmer, R. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*. 3ª edición. Barcelona, España: Elsevier-Mosby.
- Campillo, M. (2010). Entrenamiento en Imaginación Guiada: Manejo del Miedo a las intervenciones odontológicas. *Revista Procesos Psicológicos y Sociales*; 8(2): 25-32.
- Carballo, J. (2011). Clasificación de trastornos de ansiedad en pacientes odontopediátricos: una propuesta. *Revista ADM*; 54(4): 207-214.
- Ciraiz, E. (2011). Nivel de ansiedad previo y posterior al tratamiento dental mediante el test de dibujos de Venham modificado en pacientes niños que asisten a la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Descargado el 18 de marzo de 2017 desde: http://www.repositorio.usac.edu.gt/2375/1/T_2643.pdf.
- Código de Deontología Odontológica (1992). XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela. San Felipe, Estado Yaracuy, 13, 14 y 15 de Agosto de 1992.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta Oficial N° 36.860 Extraordinario. 30 de diciembre de 1999.
- Escalona, G., Figueroa, M. (2009). Influencia de la musicoterapia como método de relajación sobre el miedo a la consulta odontológica (en los niños que acudieron al área de Post Grado de Odontopediatria, estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo). Trabajo de Postgrado no publicado. Bárbula: Universidad de Carabobo.

- Fraimpar, E. (2012). Adaptación del niño a la consulta odontológico. *Ciencia Médica al día*; 39(2). Descargado el 18 de marzo de 2017 desde: <http://cienciamedicaaldia.com/adaptacion-del-nino-a-la-consulta-odontologica/>
- Furman, E. (2009). *Hacia la construcción de una clínica odontológica agradable para los niños*. Bogotá: Ediciones PUJ.
- García, M.E. (2013). *Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar*. Tesis Doctoral no publicada. Granada: Universidad de Granada. Descargado el 15 de marzo de 2017 desde: <https://hera.ugr.es/tesisugr/18695267.pdf>.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana
- Jadue, L., Delgado, I., Simian, M., Prieto, F., Huberman, J. (2009). Programa de salud oral integral para niños(as) de 6 años como problema de salud con garantías explícitas en Chile: la participación de los pediatras. *Revista Chilena de Pediatría*; 80(6): 534-538.
- Kort, F. (2010). *Psicología del comportamiento infantil*. 2ª edición. México: Trillas.
- Ley del Ejercicio de la Odontología (1970). *Gaceta Oficial* N° 29.288. 10 de agosto de 1970.
- Matey, P. (2015). Sin miedo al dentista: La OPS testifica la odontofobia. *Eureka*; 2(3): 11-13. Descargado el 12 de marzo de 2017 desde: <http://www.elmundo.es/elmundo/2015/02/18/eureka/ciencia/1266487692.html>
- Méndez, C. (2004). *Metodología. Diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en Ciencias Empresariales*. México: Limusa.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Nota informativa N°318. Descargado el 12 de marzo de 2017 desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Palella, S., Martins, F. (2009), *Metodología de la Investigación cuantitativa*. 3ª edición. Caracas: FEDUPEL.
- Papalia, D., Olds, S., Duskin, R. (2011). *Psicología del Desarrollo*. 11ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Paredes, V. (2015). Efecto de la escucha de música barroca sobre la ansiedad de niños que acuden a la consulta odontológica. *Ciencia Odontológica*; 12(2): 107-121.

- Paz, M., Bermúdez, A.M. (2008). Manual de psicología infantil: aspectos evolutivos e intervención psicopedagógica. Lima: Biblioteca Nueva.
- Pérez, N. (2012). Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez. Madrid: Gamma Editorial.
- Ramírez, T. (2007). Cómo hacer un Proyecto de Investigación. 3ª edición. Caracas: PANAPO.
- Rojas, E. (2019). Metodología de la investigación. Descargado el 18 de marzo de 2017 desde: <http://metodologiamecanica.blogspot.com/>.
- Soto, R., Reyes, D. (2010). Manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría; 25. Descargado el 10 de marzo de 2017 desde: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-10/>.
- Tamayo, M. (2009) El proceso de la investigación científica. México: Limusa.
- Tejada, V. (2011). La imaginación guiada y otras técnicas de adaptación del paciente odontopediátrico. México: Pearson Educación.
- Torres, Y. (2015). Inclusión de la unidad curricular Psicología Del Niño al contenido programático del IV Semestre de la carrera Odontología de la Universidad José Antonio Páez para una excelente práctica del odontólogo en la atención a pacientes pediátricos. Trabajo de Postgrado no publicado. Bárbula: Universidad de Carabobo.
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2011) Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. 7ª edición. Caracas: FEDUPEL
- Vásquez, M.E., Montes, E. (2013). Diagnóstico y diseño de un programa de orientación en atención psicológica primaria, dirigido a estudiantes de Quinto Año de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, que brindan consulta a pacientes en etapa infantil con indicadores de ansiedad, durante el período comprendido entre febrero y agosto de 2013. Descargado el 15 de marzo de 2017 desde: <http://ri.ues.edu.sv/5407/1/pdf>.
- Villafranca, D. (2010). Metodología de Investigación. 4ª edición. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana

ANEXOS

ANEXO A
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD “JOSÉ ANTONIO PÁEZ”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Estimado Estudiante:

A continuación encontrarás un cuestionario destinado a recolectar datos para una investigación dirigida a proponer un protocolo de adaptación del niño odontofóbico a la consulta odontológica. Por favor, sigue atentamente las instrucciones.

1. Lee detenidamente cada pregunta.
2. Selecciona la opción de respuesta que se ajuste a tu realidad (Sí o No); no hay respuestas correctas ni incorrectas.
3. Asegúrate de responder todas las preguntas: todas tus respuestas son indispensables.

CUESTIONARIO

1.- ¿Crees que es necesario tener en cuenta el desarrollo psicológico del niño a fin de facilitar su atención odontológica?

Sí No

2.- ¿Crees que es importante identificar los temores del paciente pediátrico antes de iniciar su atención odontológica?

Sí No

3.-¿Sabes identificar las características que te permiten observar si el paciente tiene miedo a la consulta odontológica?

Sí No

4.- ¿Conoces las ventajas de utilizar el test de dibujos de Venham para evaluar la ansiedad del paciente pediátrico en la consulta odontológica?

Sí No

5.- ¿Sabes cómo utilizar la escala de observación de Frankl en la consulta odontopediátrica?

Sí No

6.- ¿Crees que es necesario adaptar la técnica decir-mostrar-hacer de acuerdo a la edad del paciente pediátrico?

Sí 5 No 5

7.- ¿Consideras beneficioso premiar al niño cooperador con reconocimiento positivo, una caricia o un pequeño obsequio?

Sí 5 No 5

8.- ¿Te parece necesario organizar el tratamiento odontológico de un paciente que se muestra temeroso o asiste a consulta por primera vez, para iniciarlo con procedimientos simples?

Sí 5 No 5

9.- ¿Te parece importante el reforzamiento positivo continuo de la conducta cooperativa en el paciente pediátrico?

Sí 5 No 5

10.- ¿Te parece conveniente la estrategia de hablar al niño que llora a fin de distraerle y no suspender el procedimiento clínico que se le realiza?

Sí 5 No 5

11.- ¿Has implementado la técnica de reforzamiento positivo de conductas en pacientes pediátricos poco cooperadores?

Sí 5 No 5

12.- ¿Es importante recomendar a los padres preparar al niño antes de asistir la consulta odontológica?

Sí 5 No 5

13.- ¿Crees que los consultorios odontopediátricos debieran contar con televisores a fin de distraer al niño temeroso o poco cooperador?

Sí 5 No 5

14.- ¿Consideras conveniente ir familiarizando al paciente pediátrico con los instrumentos y equipos dentales, desde los más sencillos hasta los más amenazantes?

Sí 5 No 5

15.- ¿Crees conveniente que un paciente poco cooperador se relaje antes de realizar algún procedimiento dental al cual teme?

Sí 5 No 5

16.- ¿Consideras que es poco conveniente utilizar la restricción física del paciente pediátrico que rechaza la consulta odontológica?

Sí 5 No 5

17.- ¿Crees que es perjudicial medicar a un paciente odontofóbico?

Sí 5 No 5

18.- ¿Consideras que la Universidad José Antonio Páez posee los recursos humanos requeridos para incorporar estrategias destinadas a mejorar el aprendizaje?

Sí 5 No 5

19.- ¿Crees que la Universidad José Antonio Páez cuenta con los recursos operativos requeridos para la producción de materiales de apoyo para los estudiantes?

Sí 5 No 5

20.- ¿En tu criterio, la Universidad José Antonio Páez podría destinar recursos financieros para producir recursos didácticos de apoyo?

Sí 5 No 5

21.- ¿Crees que te sería útil un protocolo para la adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta pediátrica?

Sí 5 No 5

Gracias por tu participación

ANEXO B

VALIDACIÓN DE EXPERTOS

ANEXO B

VALIDACIÓN DE EXPERTOS



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

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS
SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

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

TITULO DEL TRABAJO: Protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de V semestre de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

AUTORAS: Berrios Angela y Delgado Kelly

Ítems	CRITERIOS								
	Pertinencia (Oportunidad Converciencia)		Claridad (Redacción)		Coherencia (Corr.-pondencia)		Decisión		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1	X		X		X		X		
2	X			X	X	X		X	
3	X		X		X		X	X	
4		X		X		X		X	
5	X		X		X			X	

Ítems	CRITERIOS								
	Pertinencia (Oportunidad Conveniencia)		Claridad (Redacción)		Coherencia (Correspondencia)		Decisión		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
6	X		X		X		X	X	
7	X		X		X		X	X	
8	X		X		X		X	X	
9	X		X		X		X	X	
10		X		X		X			X
11	X		X		X		X	X	
12	X		X		X		X	X	
13	X		X		X		X	X	
14	X		X		X		X	X	
15	X		X		X		X	X	
16	X		X		X		X	X	
17	X		X		X		X	X	
18	X		X		X		X	X	
19	X		X		X		X	X	
20	X		X		X		X	X	
21	X		X		X		X	X	
22	X		X		X		X	X	
23	X		X		X		X	X	
24	X		X		X		X	X	
25	X		X		X		X	X	

OBSERVACIONES:

SI VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:
 APLICABLE: NO APLICABLE:
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I. 19.600.144	Firma <i>José E. Hoyos</i>
Profesión <i>Psicopedagogo</i>	Nivel Académico <i>Postgrado</i>	Fecha 27/03/2017

ANEXO B

VALIDACIÓN DE EXPERTOS



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

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS
SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

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

TITULO DEL TRABAJO: Protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de V semestre de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

AUTORAS: Berrios Angela y Delgado Kelly

Ítems	CRITERIOS								
	Pertinencia (Oportunidad Conveniencia)		Claridad (Redacción)		Coherencia (Correspondencia)		Decisión		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		

Ítems	CRITERIOS								
	Pertinencia (Oportunidad Conveniencia)		Claridad (Redacción)		Coherencia (Correspondencia)		Decisión		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		
21									
22									
23									
24									
25									

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

APLICABLE: NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I. 16920892	Firma
Profesor	Nivel Académico	Fecha
Odontólogo	Odont. Espec.	03/04/2017

ANEXO B

VALIDACIÓN DE EXPERTOS



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

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS
SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

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

TITULO DEL TRABAJO: Protocolo de adaptación del paciente pediátrico con odontofobia a la consulta odontológica dirigido a estudiantes de V semestre de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

AUTORAS: Berríos Angela y Delgado Kelly

Ítems	CRITERIOS								
	Pertinencia (Oportunidad Conveniencia)		Claridad (Redacción)		Coherencia (Correspondencia)		Decisión		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		

Ítems	CRITERIOS								
	Pertinencia (Oportunidad Conveniencia)		Claridad (Redacción)		Coherencia (Correspondencia)		Decisión		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		
21									
22									
23									
24									
25									

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

APLICABLE: NO APLICABLE: _____
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	CI	Firma
ERIKA MOTA	1316501	<i>[Firma]</i>
Profesión	Nivel Académico	Fecha
ODONTOLOGO	ESPECIALISTA	4/4/17

ANEXO C

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V				
Alfa de Cronbach	0,5562	Calculadora de Confiabilidad Múltiple											REVISAR INSTRUMENTO	0,09											
Correlación Dos Mitades	0,6971	Prof. Alberto J. Rojas G.											REVISAR INSTRUMENTO	0,69											
Spearman-Brown	0,8215				Máximo	2							INSTRUMENTO ALTAMENTE CONFIABLE	0,82											
Correlación r de Pearson	-0,4286				Mínimo	1							REVISAR INSTRUMENTO	#Falso											
Media del Test	24,2				Rango	2,0							INSTRUMENTO ALTAMENTE CONFIABLE	23,74											
Desviación Estadar del	3,1241				Ítemos	Sujetos	logaritmo N	1,00					INSTRUMENTO ALTAMENTE CONFIABLE	0,93											
KR21	1,4467				21	10	Intervalo clas	0,46					INSTRUMENTO ALTAMENTE CONFIABLE	0,93											
KR20	2,2248												INSTRUMENTO ALTAMENTE CONFIABLE	0,98											
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21				
Sujeto 1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2				
Sujeto 2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2				
Sujeto 3	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1				
Sujeto 4	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2				
Sujeto 5	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1				
Sujeto 6	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2				
Sujeto 7	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2				
Sujeto 8	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2				
Sujeto 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1				
Sujeto 10	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2				
Sujeto 11																									
Sujeto 12																									
Sujeto 13																									
Sujeto 14																									
Sujeto 15																									
Sujeto 16																									
Sujeto 17																									
Sujeto 18																									
Sujeto 19																									
Sujeto 20																									
Sujeto 21																									
Sujeto 22																									
Sujeto 23																									
Sujeto 24																									
Sujeto 25																									
Sujeto 26																									
Sujeto 27																									