



Universidad José Antonio Páez

**TÉCNICAS COMUNICATIVAS PARA EL ABORDAJE
TERAPÉUTICO DE EXODONCIA EN NIÑOS ATENDIDOS EN
LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.**

Autor(as):

Castro Prato, Carla Nayely

C.I.28.297.340

Díaz Guedez, Oriana José

C.I.27.655.360

San Diego, abril 2022



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



**TÉCNICAS COMUNICATIVAS PARA EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE
EXODONCIA EN NIÑOS ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Odontología

Autor(as):

Castro Prato, Carla Nayely

C.I.28.297.340

Díaz Guedez, Oriana José

C.I.27.655.360

Tutor: Od. Rodríguez Janeth

San Diego, abril de 2022



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



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto de Trabajo de Grado, elaborado por los bachilleres Castro Prato, Carla Nayely C.I. V – 28.297.340 y Diaz Guedez Oriana José C.I. V – 27.655.360, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **“técnicas comunicativas para el abordaje terapéutico de exodoncia en niños que asistan a la universidad José Antonio Páez.”**, adscrito a la línea de investigación de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad José Antonio Páez y escuela de Odontología, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 4 días del mes de Julio del año dos mil veintidós

Jaqueline Rodríguez 8844992
(Firma autógrafa) Nombres y apellidos

Nº de la Cédula de Identidad




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



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA
DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe, Rodríguez Janeth, portadora de la cédula de identidad N° 8.844.992, en mi carácter de tutora del trabajo de grado presentado por las ciudadanas Castro Prato, Carla Nayely C.I. V – 28.297.340 y Diaz Guedez Oriana José C.I. V – 27.655.360, titulado “técnicas comunicativas para el abordaje terapéutico de exodoncia en niños atendidos en la universidad José Antonio Páez.”, 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 13 días del mes de octubre del año dos mil veintidós


(Firma autógrafa) Nombres y apellidos
N° de la Cédula de Identidad



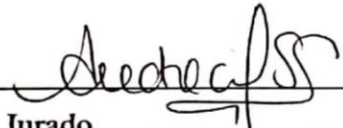
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

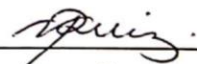


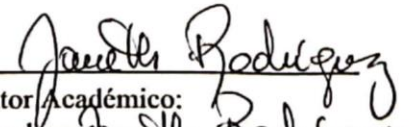
ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado “**técnicas comunicativas para el abordaje terapéutico de exodoncia en niños atendidos en la universidad José Antonio Páez.**” realizado por las ciudadanas Castro Prato, Carla Nayely C.I. V – 28.297.340 y Diaz Guedez Oriana José C.I. V – 27.655.360. Cursantes de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar que después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su **aprobación.**




Jurado
Nombre: **ANDREA SCOVINO**
C.I.: **24.553.114**


Jurado
Nombre: **Veronica Ruiz**
C.I.: **20029925.**


Tutor Académico:
Nombre: **Jaedli Rodriguez**
C.I.: **8844992**

Fecha 13 /10 /2022

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios y a la Virgen por permitirme llegar hasta aquí, por siempre demostrarme que, si hay fe, todo se puede lograr. A mis padres por ser mi apoyo incondicional, por creer en mi y en mis capacidades, por el gran esfuerzo y trabajo que hicieron para permitirme llegar hasta aquí. A mi hermana Betania por estar para mi en todo momento, llenándome de ánimos y aportando sus conocimientos para guiarme a lo largo de este trabajo. A la Dra. Janeth Rodríguez por ser mi guía, no solo en la elaboración de mi trabajo, sino a lo largo de la carrera, siempre con mucha dulzura y dedicación. **Carla Castro**

Doy gracias a Dios por concederme la dicha de culminar esta etapa con éxito y a mis padres por su apoyo incondicional a lo largo de esta carrera, por el amor y esfuerzo dedicado. **Oriana Diaz**

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a Dios por ser luz en nuestro camino y bastón en los momentos de adversidad, por demostrarnos que confiando nuestra vida y planes a él todo se puede lograr. A nuestros padres y familiares por el amor y apoyo brindado, este logro también es de ustedes, los amamos. **Carla y Oriana**

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	V
DEDICATORIA	VII
RESUMEN INFORMATIVO.....	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.1.1 Formulación del problema	4
1.2 Objetivos	4
1.2.1 Objetivo General.....	4
1.2.2 Objetivos Específicos	5
1.3 Justificación	6
1.4 Alcances y limitaciones.....	6
CAPÍTULO II.....	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Bases Legales.....	20
2.4 Cuadro técnico metodológico.....	26
CAPÍTULO III.....	27
3.1 Tipo, Diseño y Nivel de Investigación.....	27
3.2 Población y Muestra	27
3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	28
3.4 Procedimiento	28
3.5 Técnica de Análisis de Resultados	29
CAPÍTULO IV	31
4.1 RESULTADOS	31
4.2 DISCUSION	36
CAPITULO V.....	40
5.1 CONCLUSIÓN	40
5.2 RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	48

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ 2022-2CR, MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA.	31
TABLA 2. CAUSAS DE EXODONCIA DE DIENTES PRIMARIOS EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ 2022-2CR, MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA	31
TABLA 3 NIVEL DE MIEDO DENTAL APLICANDO EL CUESTIONARIO CFSS-DS A LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ 2022-2CR, MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA.	32
TABLA 4. NIVEL DE MIEDO DENTAL APLICANDO EL CUESTIONARIO CFSS-DS A LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ 2022-2CR SEGÚN EDAD, MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA	32
TABLA 5 NIVEL DE MIEDO DENTAL APLICANDO EL CUESTIONARIO CFSS-DS A LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ 2022-2CR SEGÚN GÉNERO, MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA.	33
TABLA 6. NIVEL DE ANSIEDAD DENTAL APLICANDO EL CUESTIONARIO CORAH A LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ 2022-2CR, MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA.	33
TABLA 7. NIVEL DE ANSIEDAD DENTAL APLICANDO EL CUESTIONARIO CORAH A LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ 2022-2CR, SEGÚN EDAD, MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA.	34
TABLA 8. NIVEL DE ANSIEDAD DENTAL APLICANDO EL CUESTIONARIO CORAH A LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ 2022-2CR, SEGÚN GÉNERO, MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA	35
TABLA 9. IMPACTO DE LAS TÉCNICAS COMUNICATIVAS EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ 2022-2CR, MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA	35



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



TÉCNICAS COMUNICATIVAS PARA EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE EXODONCIA EN NIÑOS ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.

Autoras: Castro Carla, Díaz Oriana

Tutora: Rodríguez Janeth

Año: 2022

RESUMEN INFORMATIVO

La exodoncia, es un procedimiento invasivo en el cual es indispensable el manejo del dolor para establecer un adecuado comportamiento del niño y así, alcanzar el éxito del tratamiento mediante técnicas comunicativas. Por tanto, se planteó como objetivo evaluar la eficacia de las técnicas comunicativas para el abordaje terapéutico de exodoncia en niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR. En lo que respecta al tipo de investigación es descriptivo, de campo, transversal y comparativo; se tomó como población 600 niños en edades comprendidas entre 6 y 12 años y una muestra de 38 niños con muestreo no probabilístico intencional cumpliendo criterios de inclusión. La técnica de recolección de datos fue la encuesta aplicando como instrumento el formato de historia clínica, estructurado por nueve partes, conformadas por preguntas abiertas y cerradas con especificaciones particulares, diseñado por la Universidad José Antonio Páez el cual, dentro de sus políticas y lineamientos se aplica en la Clínica de Odontopediatría II, por tanto, no amerita validación ni confiabilidad. Los datos fueron manejados con estadística descriptiva, el rango de edad entre 7 y 9 años (60,53%), seguido por el grupo de 6 años (23,68%). En relación al género, predominó el masculino (57,89%); la causa de exodoncia más reportada fue caries profundas (78,95 %); el 84,21% de niños atendidos, expresaron sentir poco miedo al acto quirúrgico y el 52,63% expresaron tener ansiedad moderada; la técnica mayormente aplicada fue la técnica decir, mostrar y hacer en un 47,37% obteniendo cooperación por parte de los niños en un 44,74%. Los niños presentaron poco miedo y moderada ansiedad, las técnicas comunicativas son eficaces para el manejo y control de conducta.

Palabras clave: exodoncia, técnicas comunicativas



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SCHOOL OF DENTISTRY



COMMUNICATIVE TECHNIQUES FOR THE THERAPEUTIC APPROACH OF EXTRACTION IN CHILDREN SERVED AT THE JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSITY.

Authors: Castro Carla, Diaz Oriana

Tutor: Rodríguez Janeth

Year: 2022

ABSTRACT

Extraction is an invasive procedure in which pain management is essential to establish an adequate behavior of the child and thus achieve treatment success through communication techniques. Therefore, the objective was to evaluate the effectiveness of communication techniques for the therapeutic approach of extraction in children treated at the Pediatric Dentistry II Clinic of the José Antonio Páez University 2022-2CR. Regarding the type of research, it is descriptive, field, cross-sectional and comparative; 600 children aged between 6 and 12 years were taken as a population and a sample of 38 children with intentional non-probabilistic sampling meeting inclusion criteria. The data collection technique was the survey, applying the clinical history format as an instrument, structured by nine parts, made up of open and closed questions with particular specifications, designed by the José Antonio Páez University, which, within its policies and guidelines, applied in the Pediatric Dentistry Clinic II, therefore, it does not merit validation or reliability. The data was handled with descriptive statistics, the age range between 7 and 9 years (60,53%), followed by the group of 6 years (23,68%). In relation to gender, male predominated (57,89%); the most reported cause of extraction was deep caries (78,95%); 84,21% of children attended expressed little fear of the surgical act and 52,63% expressed moderate anxiety; the most applied technique was the say, show and do technique in 47,37%, obtaining cooperation from the children in 44,74%. The children presented little fear and moderate anxiety, communication techniques are effective for managing and controlling behavior.

Keywords: extraction, communication techniques

INTRODUCCIÓN

La asistencia odontológica dirigida al abordaje terapéutico de los niños, ha sido estudiada en el tiempo debido a las situaciones negativas que se puedan generar en la consulta y a las cuales debe enfrentarse el odontólogo; causadas por el miedo, la ansiedad, falta de interés y motivación que puedan presentar tanto los padres como los niños que requieran de atención (1). En cuanto al éxito del tratamiento, este se encuentra relacionado directamente con el conocimiento del odontólogo acerca de los aspectos psicológicos y necesidades del niño, a su vez con la destreza para obtener y conservar la cooperación infantil (2).

En lo que se refiere a exodoncia, es un procedimiento invasivo en el cual es indispensable el manejo del dolor para lograr el alivio del miedo y la ansiedad para establecer un adecuado comportamiento del niño y a su vez alcanzar el éxito del tratamiento dental. El primordial trance de sensaciones que elevan el miedo y ansiedad del paciente pediátrico se enfoca en el tiempo de la anestesia dónde el paciente experimenta la penetración de la aguja, la infiltración del anestésico seguido de la hinchazón de los tejidos blandos, y la extracción propiamente dicha, por tal motivo el tratamiento indoloro es indispensable para una atención dental de calidad (3).

Ahora bien, el manejo de la conducta que presente el niño puede llevarse a cabo mediante técnicas farmacológicas y no farmacológicas (2). Bajo este marco, se evaluó

la eficacia de las técnicas comunicativas aplicadas a los niños que asistieron a la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR. De este modo, la presente investigación está estructurada por capítulos, los cuales se mencionan a continuación: Capítulo I: planteamiento del problema, Capítulo II: marco teórico, Capítulo III: marco metodológico, Capítulo IV: resultados y discusión y Capítulo V: conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

En primer término, la exodoncia es un procedimiento quirúrgico invasivo, por el que se extrae una pieza dental o una parte remanente del mismo que ha quedado alojada en el alveolo. A saber, la intervención se realiza bajo técnicas e instrumental adecuado, aplicando los principios quirúrgicos físicos y químicos pertinentes (4). Debe señalarse así, que la exodoncia en los niños, es indicada frente a los siguientes supuestos: extracción inmediata en dientes intruidos por trauma; presencia de patologías sistémicas que contraindiquen la conservación del órgano dental afectado; alteración en la secuencia eruptiva por persistencia del diente deciduo; lesiones pulpares incapaces de ser resueltas; erupción ectópica de caninos maxilares, o cuando existe el riesgo de resorción de los incisivos permanentes (5).

Consecuentemente, el miedo y la ansiedad dental surgen por múltiples causas: pánico a las agujas, extracciones dentales, sonido de la pieza de mano de alta velocidad, percepción negativa del odontólogo frente a la salud oral del paciente, entre otros. Así, estas manifestaciones pueden inducir a cancelar o posponer las citas, teniendo efectos negativos sobre la salud bucal. Es necesario acotar que el odontólogo considera el

miedo y la ansiedad como esquemas multidimensionales y comportamientos adquiridos (6).

Dentro de este orden de ideas, epidemiológicamente se ha registrado en la primera infancia, y en diferentes países y entre diferentes grupos étnicos que el 43% de niños exhiben ansiedad dental (8). al mismo tiempo se dice que la prevalencia del miedo dental en individuos entre 5 y 12 años, tiende a oscilar entre 5 % y 20 %, con una prevalencia media del 11% (9). No obstante, en Venezuela no existen estadísticas que representen la magnitud del miedo y ansiedad que presentan los niños ante la consulta odontológica; así como tampoco hay evidencia de protocolos o guías que desglosen el paso a paso en cuanto a la aplicación de estrategias para minimizar estos estados emocionales en la asistencia en odontopediatría.

1.1.1 Formulación del problema

El planteamiento anterior, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la técnica de adaptación más efectiva para el abordaje terapéutico de exodoncia en niños que asistan a la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Evaluar la eficacia de las técnicas comunicativas para el abordaje terapéutico de exodoncia en niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Analizar las causas de exodoncia de dientes primarios en los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.
- ✓ Determinar el nivel de miedo dental aplicando el cuestionario CFSS-DS a los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.
- ✓ Identificar el nivel de ansiedad dental aplicando el cuestionario de Corah a los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.
- ✓ Aplicar las técnicas comunicativas a los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.

- ✓ evaluar el impacto de las técnicas comunicativas en cada uno de los tres grupos de niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR., municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.

1.3 Justificación

En aras de justificar la investigación, el éxito de la práctica odontológica en niños depende no sólo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación infantil (10). Por consiguiente, con el deseo de reducir el miedo y la ansiedad de los niños, se pretendió enriquecer y fortalecer el conocimiento y posterior aplicación, acerca de las técnicas comunicativas y de modificación conductual, enfocadas a pacientes odontopediátricos y orientadas a los estudiantes de la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, superando conductas difíciles y realizar de manera eficaz el tratamiento en el niño, instándole a mostrar una actitud dental positiva.

1.4 Alcances y limitaciones

En atención a la problemática expuesta, el alcance del presente radica en contribuir a la indagación científica en las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad José Antonio Páez y la Escuela de Odontología. Igualmente,

la presente investigación servirá como aporte de datos a futuros proyectos de investigación

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Internacionalmente, en Bolivia (2022), con el objeto de evaluar el miedo dental en niños y niñas atendidos en la Clínica Odontológica Universidad Franz Tamayo; se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal. La población estuvo constituida por pacientes entre 4 a 12 años de edad que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Franz Tamayo en las cátedras de Odontopediatría I, Odontopediatría II e Integral Niños de la ciudad de El Alto, durante el periodo de agosto de 2019 a diciembre de 2019 y la muestra estuvo comprendida por 190 niños, a quienes se les aplicó la Escala de Evaluación de Miedo en niños – Subescala Dental; adicionalmente se recolectó información de experiencias odontológicas previas. El presente estudio remarca la importancia de que los dentistas no solo deben considerar la condición física de sus pacientes, sino también su estado psicológico y emocional (11).

De tal manera, los resultados obtenidos revelaron una media total de $30,7 \pm 8,3$ en la escala, lo cual indica que el miedo dental presente es bajo entre los 190 niños evaluados. Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto a género. En

relación con la edad, el grupo de niños entre 10 a 12 años evidenciaron una proporción más elevada (41%) de miedo dental, que los otros grupos de niños de edades menores. La experiencia de visitas odontológicas previas está asociada más frecuentemente a niveles de miedo dental bajo a diferencia de los niveles moderados y altos encontrados en aquellos que asistieron por vez primera. Se identificó que asfixiarse, inyecciones y que un extraño los toque, son aspectos que causan más miedo en los niños. El presente estudio concluyó que la prevalencia de miedo dental en los niños de la ciudad de El Alto es bajo y no asociada al género, pero hay evidencia de que puede incrementarse en niños mayores y en aquellos que no tuvieron experiencias odontológicas previas (11).

Por otra parte, en Ecuador (2021), con el propósito de conocer el manejo de la conducta del paciente pediátrico con la técnica decir-mostrar-hacer, se realizó una revisión bibliográfica. Así pues, el método aplicativo para la presente revisión bibliográfica fue la búsqueda de artículos en las bases digitales como: Elsevier, PubMed, Scielo, Medigraphic, Redalyc, Researchgate, ScienceDirect, y Google Scholar, empleando los criterios de inclusión y exclusión, además se utilizó las herramientas de Mendeley Desktop y Microsoft Excel 2016 para organización y sistematización de la información (12).

De un total de 47 artículos preseleccionados, se utilizó 13 artículos que mencionan la técnica Decir-Mostrar-Hacer como eficaz en el manejo del comportamiento de la conducta del paciente pediátrico y otros 11 artículos que refieren información sobre

temas de odontopediatría. Es de fundamental importancia que el odontólogo conozca cómo manejar la conducta de los pacientes pediátricos con los métodos y técnicas convenientes para disminuir o erradicar traumas y actitudes negativas frente al tratamiento dental, siendo una de las principales y más usada la Técnica Decir-Mostrar-Hacer (12).

Así mismo, en España Madrid (2020), se realizó una investigación con el objeto de evaluar las técnicas convencionales más utilizadas por el odontólogo para el manejo de la conducta del paciente infantil en la consulta dental. Para llevarlo a cabo, se implementó un cuestionario en la plataforma de Google, remitido vía email a 190 odonto/estomatólogos que tratasen pacientes infantiles, obteniendo un total de 115 respuestas adecuadas para el análisis de 8 técnicas convencionales de manejo de la conducta (13).

El estudio estadístico se realizó en el programa SPSS aplicando el test de ANOVA para una significación de $p= 0,05$. Teniendo como resultado que la técnica más utilizada por los diferentes profesionales fue la técnica decir-mostrar-hacer seguida de refuerzo positivo y control de voz. Técnicas de modificación de la conducta ocuparon un segundo término: desensibilización seguida muy de cerca por imitación. La técnica menos empleada fue la anestesia general. No encontramos diferencias significativas en relación al sexo en ninguna de las técnicas analizadas excepto en el uso de premedicación ($p: 0,027$), siendo los varones los que más frecuentemente la utilizaban. No se encontraron diferencias significativas en relación a la especialidad ni con la edad

de los profesionales. Las técnicas comunicativas fueron las preferidas por los odonto/estomatólogos siendo las técnicas avanzadas las menos utilizadas (13).

Ahora bien, nuevamente en Guayaquil Ecuador (2020) Se realizó un estudio tipo clínico, observacional, analítico, descriptivo y transversal con el objeto de determinar las causas de exodoncia más comunes en la clínica de Odontopediatría de la UCSG. La muestra estuvo constituida por 53 pacientes; dicho estudio demostró que la principal causa de exodoncia en pacientes pediátricos es la caries dental. El nivel de higiene oral de los pacientes es deficiente, teniendo así mayor riesgo de generar caries. Este estudio es importante para motivar a los padres y a los niños y poder implementar hábitos de higiene oral en pacientes pediátricos (14).

En cambio, en Lima Perú (2018), se llevó acabo un trabajo que tuvo como objetivo determinar el grado del miedo y ansiedad en la atención odontológica en niños de 7 a 12 años de la institución educativa “Señor de los Milagros”. El tipo de estudio fue Descriptivo, Observacional, Prospectivo y Transversal. La muestra fue de 291 niños; los instrumentos utilizados fueron sobre la Escala de Evaluación de Miedo en Niños - Subescala Dental (mide el grado de miedo) y la Escala de ansiedad de Corah (mide el grado de ansiedad). Los resultados evidenciaron que 188 alumnos no tienen miedo, 97 tienen poco miedo y 6 manifiestan mucho miedo a la atención odontológica. Así mismo, 51 alumnos no manifiestan ansiedad, 84 manifiestan una ansiedad severa, 82 alumnos manifiestan ansiedad moderada, 31 ansiedad elevada y 43 ansiedad leve y en la atención odontológica. El miedo y ansiedad es causado por un incorrecto protocolo

en la atención odontológica y tratamiento. A medida que los niños van creciendo disminuye los grados de miedo y ansiedad (15).

2.2 Bases teóricas

Exodoncia en dientes primarios, consecuencias, causas y contraindicaciones

Debe señalarse que la exodoncia en odontopediatría, es un acto rutinario que radica en la extracción de piezas dentales temporales que han sufrido alguna alteración que no pueda ser remediada por maniobras comunes. No obstante, la pérdida temprana de un diente temporal puede entorpecer el desarrollo adecuado de la masticación, alterar la cronología y la secuencia de erupción del diente sucesor, inducir el establecimiento de hábitos bucales perjudiciales, ocasionando trastornos en el habla y disminuir el perímetro del arco dental temporal favoreciendo la aparición de maloclusiones futuras produciendo inclinación y migración de los dientes adyacentes, malposiciones dentarias, apiñamientos, diastemas, impactaciones de los dientes permanentes y desviación de la línea media dental, generando asimetrías faciales (16).

Por tal motivo, la extracción de dientes deciduos debe ser aplazada el mayor tiempo posible, esperando hasta la época en que cronológicamente deban ser reemplazados, en cuyo caso se propone la exodoncia, solo cuando existan: caries no restaurables, diente intruidos por trauma; presencia de enfermedades sistémicas que contraindiquen la conservación del órgano dental infectado, que podría provocar empeoramiento de la

enfermedad de base; alteración en la secuencia eruptiva por persistencia del diente deciduo; lesiones pulpares incapaces de ser resueltas; anquilosis; piezas supernumerarias e incorrecta reabsorción de la pieza dental (16).

En lo que respecta a las contraindicaciones para llevar a cabo la exodoncia de dientes temporales, se mencionan las siguientes: Infección aguda que amerite antibioticoterapia; infección de las mucosas tales como gingivitis úlcernecrosantes o gingivostomatitis herpética; pericoronitis; enfermedades sistémicas como la leucemia, hemofilia, purpura trombocitopénica, diabetes juvenil descompensada; irradiación, etc. (16).

Relación de la exodoncia con el miedo y la ansiedad

Cabe considerar, que el miedo, la ansiedad en niños y la consecuente experiencia del dolor, están vigorosamente asociados a su comportamiento en el consultorio odontológico, influyendo de manera negativa en el tratamiento dental, alargando el tiempo atención en el consultorio e incluso dando lugar a accidentes y complicaciones durante el tratamiento, especialmente durante la exodoncia (3).

Causas de miedo y ansiedad dental

El miedo y la ansiedad dental pueden surgir por múltiples causas: fobia a las agujas, extracciones dentales, sonido de la pieza de mano de alta velocidad, percepción negativa del odontólogo frente a la salud oral del paciente, experiencias odontológicas previas negativas u afectación por experiencias traumáticas de otras personas (17).

Manifestaciones clínicas que presenta el niño con miedo y ansiedad dental

En este contexto, el paciente se percibe sudoroso, con taquicardias, que parece cansado, con cambios de conducta y tensión muscular nos hace ponernos alerta. La aplicación de la psicología en odontología en el caso de pacientes infantiles va a facilitar mucho la relación niño-dentista a la vez que mejorará la relación familia-dentista (18).

Factores que influyen en la ansiedad dental

Muchos son los factores que se han involucrado en el desencadenamiento o acentuación de la ansiedad en el consultorio dental, que van desde factores psicológicos como la edad, sexo, temperamento, problemas emocionales y de comportamiento, herencia cultural, presencia general de miedo y ansiedad a situacionales, un ejemplo de ello puede ser la experiencia de dolor y desagrado en el gabinete dental, falta de control, dentista con inadecuado comportamiento, etc. Así como también se encuentran influenciados por factores físico ambientales que engloban: problemas económicos familiares, grado de educación deficiente, ambiente del consultorio dental, vestuario del odontopediatra, instrumentos e implementos utilizados a lo largo de la consulta, entre otros (19).

Consecuencias de miedo y ansiedad dental

El miedo dental es uno de los problemas más frecuentes en odontología pediátrica, que puede tener consecuencias negativas para los niños, debido a las conductas de evitación, acarreando problemas para su salud dental, ya que no reciben los

tratamientos oportunos. En efecto, las personas que sufren miedo dental son más propensas a retrasar el tratamiento y sólo van si tienen algún problema evidente o dolor; lo que implica que el miedo aumente, provocando una especie de círculo vicioso. Además, la falta de cooperación que presentan estos pacientes puede afectar la calidad de los tratamientos, ya que en ocasiones no pueden llevarse a cabo de forma adecuada (20).

De igual forma, la ansiedad puede provocar la disminución del umbral del dolor en los pacientes, llegando a percibir una práctica, en principio indolora, como dolorosa. En lo que respecta al odontólogo, éstos también se ven perjudicados, debido a que las conductas derivadas de la ansiedad o las cancelaciones de última hora, afectan de forma negativa en la relación odontólogo-paciente. Es necesario acotar, que los tratamientos incompletos o mal desarrollados pueden ocasionar fatiga y fracaso profesional. Inclusive, el hecho de la percepción de dolor por parte del paciente puede dar lugar a opiniones sesgadas respecto a la actuación del dentista (20).

Escala para la valoración del miedo

La escala "Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule" CFSS-DS que evalúa el miedo dental infantil, ha sido la más usada, de mayor precisión, validez y por lo tanto una de las escalas "Gold Standard" que cubre los aspectos dentales para evaluar el miedo dental. Dicho instrumento, consiste de 15 ítems, cada ítem tiene un puntaje que va de 1 (sin miedo) a 5 (con mucho miedo); el puntaje total, por lo tanto, tiene un rango de 15 a 75. En efecto, una puntuación menor a 32 (bajo miedo), puntuaciones de

32 a 39 (moderado miedo) y puntuaciones mayores a 39 (alto miedo). Cabe destacar que los 15 ítems de la escala están relacionados con varios aspectos del tratamiento dental, estos son los siguientes:

1. Al dentista
2. A los médicos
3. A las inyecciones (vacunas)
4. A que alguien le revise la boca
5. A tener que abrir la boca
6. A que un desconocido te toque
7. A que el dentista tire agua y aire en la boca
8. A que el dentista use el motor en tu diente
9. A mirar al dentista usando el motor
10. Al ruido del motor
11. A que el odontólogo coloque un instrumento en tu boca
12. A atragantarse (tragar mal)
13. A tener que ir al hospital
14. A la gente vestida con ropa de hospital
15. A que la asistente dental te limpie los dientes (21).

Escala para medir la ansiedad

Norman Corah, psicólogo estadounidense pionero en el estudio, valoración y tratamiento de la ansiedad que los pacientes experimentan antes de someterse a

tratamientos odontológicos. Establece en 1969 un pequeño cuestionario (DAS) para detectar y establecer una gradación de dicha ansiedad, dicho cuestionario fue ampliado y modificado posteriormente en 1995 por Humphris y colaboradores (MDAS). De esta manera el cuestionario se constituye por cinco preguntas fáciles de comprender y responder por los niños. Se describen a continuación:

1. Si tuviera que ir al dentista mañana para una revisión, ¿cómo se sentiría al respecto?
 - a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso e intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

2. Cuando está esperando su turno en el consultorio del dentista en la silla, ¿cómo se siente?
 - a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso e intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

3. Cuando usted está en la silla del dentista esperando mientras el dentista prepara el taladro para comenzar de trabajo en los dientes, ¿cómo se siente?
- a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso e intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)
4. Imagínesse que usted está en la silla del dentista para una limpieza dental. Mientras espera el dentista o higienista saca los instrumentos que serán utilizados para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?
- a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso e intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)
5. Si le van a inyectar con una aguja anestésico local para su tratamiento dental ¿cómo se siente?
- a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso

- d) Muy ansioso e intranquilo
- e) Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

Una vez finalizado el cuestionario se debe cuantificar la puntuación obtenida. Respuesta a = 1 punto Respuesta b = 2 puntos Respuesta c = 3 puntos Respuesta d = 4 puntos Respuesta e = 5 puntos. Determinando de esta manera la valoración del grado de ansiedad como:

- ✓ Menos de 9 puntos. Su ansiedad es leve o nula en su visita al dentista.
- ✓ Entre 9-12 puntos. Ansiedad moderada en su visita al dentista.
- ✓ Entre 13-14 puntos. Ansiedad elevada en su visita al dentista.
- ✓ A partir de 15 puntos. Ansiedad severa o Fobia a su visita al dentista (22).

Técnicas Básicas o Comunicativas

El abordaje lingüístico comprende un arsenal de técnicas, que una vez integradas, mejoran el desarrollo de un paciente cooperador. Cabe destacar que, más que una colección de técnicas nuevas, el abordaje lingüístico o comunicativo es un proceso subjetivo continuo que se transforma en una extensión de la personalidad del dentista. Es necesario que, el dentista debe considerar el desarrollo cognitivo del paciente, así como la presencia de otros defectos de comunicación (por ejemplo, defectos en la audición), para elegir técnicas específicas (23).

Decir-Mostrar-Hacer: es una técnica de comportamiento usada por muchos profesionales de odontopediatría para moldear el comportamiento del niño. La técnica consiste en explicaciones verbales de los procedimientos con frases apropiadas acorde al desarrollo del paciente (decir), demostraciones para el paciente con aspectos visuales, auditivos, olfativos y táctiles del procedimiento que se va a realizar, de manera cuidadosa y no amenazante (mostrar), y luego sin desviarse de la explicación y de la demostración se debe concluir el procedimiento (hacer) (23).

Refuerzo Positivo: es una técnica eficaz en recompensar comportamientos deseados y así, fortalecer el retorno de estos comportamientos. Tenemos refuerzos sociales como la modulación positiva de la voz, la expresión facial, el elogio verbal y las demostraciones físicas apropiadas de afecto por todos los miembros del equipo odontológico. Se pueden usar reforzadores no sociales tales como juguetes y recuerdos. Objetivo: Reforzar el comportamiento deseado (23).

Distracción: es una técnica que desvía la atención del paciente ante lo que puede ser percibido como un procedimiento desagradable. Dar al paciente una pausa corta durante un procedimiento estresante puede ser un uso eficaz de distracción antes de considerar la aplicación de técnicas más avanzadas de orientación del comportamiento (23).

2.3 Bases Legales

Según la Legislación Venezolana señala los siguientes artículos de la Constitución Bolivariana de Venezuela. (24).

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida 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”. (24).

Por su parte, la Ley Orgánica de la Salud, Capítulo III dirigido a la atención médica en el artículo 29 establece: El primer nivel de atención médica estará a cargo del personal de ciencias de la salud, y se prestará con una dotación básica. Dicho nivel cumplirá acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria, sin distinción de edad, sexo o motivo de consulta. (25)

En cuanto a la Ley del Ejercicio de la Odontología, en el Capítulo I del ejercicio de la odontología define en el Artículo 2. al ejercicio de la odontología como 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 su Reglamento. (26)

Código De Deontología Odontológica. Capítulo Tercero, de la Investigación en Seres Humanos

Artículo 100º: La investigación en niños se limitará preferiblemente a las enfermedades propias de la infancia y de aquellas condiciones a las cuales los niños son particularmente susceptibles. Se considera imprescindible el consentimiento de los padres o representantes legales, dado por escrito, luego de pormenorizada explicación de los objetivos de la investigación y de los riesgos o molestias (27).

De los Deberes Generales de los Odontólogos

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 (27).

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 (27).

De los Deberes hacia los Pacientes

Artículo 17º: El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan (27).

Artículo 18º: El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional (27).

Artículo 19º: Si el Odontólogo tuviera dudas en el diagnóstico o tratamiento de algún caso, estará en la obligación de hacer todas las consultas a que hubiere lugar con sus colegas (especialistas o no) y con otros profesionales de las ciencias de la salud (27).

Artículo 20º: La conducta del Odontólogo debe ajustarse siempre por encima de cualquier otra consideración a normas de probidad, dignidad, honradez y serenidad.

Título III. Capítulo Primero, del Secreto Profesional.

Artículo 51º: El Secreto Profesional es un deber inherente a la esencia misma de la profesión. Se establece para la seguridad de los pacientes, el honor y la responsabilidad del Profesional de la Odontología y la dignidad de la ciencia. El Profesional de la Odontología y todo el personal de auxiliares están en la obligación de conservar como secreto todo lo lícito que vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesión. El secreto puede ser explícito o textualmente confiado por el paciente, y también implícito como consecuencia de las relaciones con pacientes. En ambos casos ha de ser inviolable, salvo en las circunstancias señaladas por la Ley (27).

Según la Declaración De Helsinki De La Amm – Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos, es deber del médico proteger la vida, la

salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento (28).

Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según la pauta I, acerca del valor social, científico y respeto de los derechos expone:

La justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos radica en su valor social y científico: la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas. Los pacientes, profesionales de la salud, investigadores, formuladores de políticas, funcionarios de salud pública, empresas farmacéuticas y otros confían en los resultados de las investigaciones para llevar a cabo actividades y tomar decisiones que repercutirán sobre la salud individual y pública, así como sobre el bienestar social y el uso de recursos limitados. Por consiguiente, los investigadores, patrocinadores, comités de ética de la investigación y autoridades de salud deben asegurarse de que los estudios propuestos tengan solidez científica, tengan de base un conocimiento previo adecuado y puedan generar información valiosa (29).

En lo que respecta a la pauta XVII en correspondencia a la investigación con niños y adolescentes muestra que antes de emprender una investigación en la que participarán niños y adolescentes, el investigador y el comité de ética de la investigación deben asegurarse de que: uno de los padres del niño o el adolescente o un representante legalmente autorizado haya dado permiso para su participación; y se haya obtenido el acuerdo (asentimiento) del niño o el adolescente conforme a su capacidad para hacerlo, después de haber recibido la debida información sobre la investigación adaptada a su nivel de madurez (29).

2.4 Cuadro técnico metodológico
Tabla de operación de variables

Objetivo de la investigación	Evaluar la eficacia de las técnicas comunicativas para el abordaje terapéutico de exodoncia en niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR				
VARIABLES	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO	ÍTEMS
Exodoncia	Causas de exodoncia	Caries, traumas, supernumerario, preexistencia de diente primario y permanente, etc.	Examen clínico intrabucal, examen radiográfico (panorámica, periapical)	Historia clínica, triada, unidad odontológica	Diagnóstico definitivo
Miedo	Sentimiento de desconfianza ante un Tratamiento Dental.	Pánico, actitud negativa	Se rehúsa a cooperar al tratamiento	Escala de evaluación de miedos en niños – sub escala dental CFSS-SD	15 ítems. < 32 bajo miedo, 32 a 39 moderado miedo y > 39 alto miedo.
Ansiedad	Respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza que puede interferir en el tratamiento dental	Crisis de angustia, tiende a anticipar consecuencias negativas sin que éstas hayan ocurrido	Evade o interfiere en el tratamiento dental	Cuestionario sobre ansiedad CORAH	5 ítems. < 9 puntos. Ansiedad leve o nula Entre 9-12 puntos. Ansiedad moderada. Entre 13-14 puntos. Ansiedad elevada A partir de 15 puntos. Ansiedad severa o Fobia

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo, Diseño y Nivel de Investigación

A título ilustrado, la presente investigación se planteó bajo un enfoque cuantitativo que representa procesos metódicos y empíricos con el objeto de generar conocimiento, con un nivel aprehensivo. En lo que respecta al tipo de investigación es descriptivo, de campo, transversal y comparativo, ya que se buscó recolectar información con el fin de caracterizar el perfil de dicha comunidad y a su vez, evaluar la eficacia de dos o más variables en un tiempo específico. Por su parte, el diseño es no experimental, lo que permitirá evaluar la eficacia de las técnicas comunicativas para el abordaje terapéutico de exodoncia en niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR.

3.2 Población y Muestra

Con respecto a la población, se entiende como un conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones y la muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Así pues, en esta investigación se tomó como población 600 niños en edades comprendidas entre 6 y 12 años y una muestra de 38 niños que asistieron a la Clínica de Odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR. Los

cuáles fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico cumpliendo criterios de inclusión (niños pertenecientes al rango de edad establecido que asistieron a la consulta por motivo de extracción).

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

A saber, recolectar los datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico. En este contexto, como técnica de recolección de datos se tomó la encuesta, aplicando como instrumento el formato de historia clínica, estructurado por nueve partes: I) identificación del paciente, II) antecedentes familiares y odontológicos, III) examen intraoral, IV) Causa de exodoncia, V) radiografía, VI) diagnóstico, VII) tratamiento, VIII) escala dental CFSS-SD y IX) escala de Corah. Conformadas por preguntas abiertas y cerradas con especificaciones particulares, diseñado por la Universidad José Antonio Páez el cual, dentro de sus políticas y lineamientos se aplica en la Clínica de Odontopediatría II, por tanto, no amerita someterlo al proceso de validación ni confiabilidad.

3.4 Procedimiento

Para dar curso a la extracción, a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión, se les explicó previamente los objetivos del estudio y la metodología a los representantes, así mismo, se les solicitó firmar el documento de consentimiento informado en representación de los pacientes. Seguidamente, se desarrollaron las

preguntas de la siguiente manera: una vez que el (la) paciente se encontraba sentado en el sillón odontológico, fue interrogado(a) en cuanto a la manifestación de miedo y ansiedad dental. Solicitándole al niño(a) que cuando se le mencione uno por uno los diferentes ítems de la herramienta, señale con cual se identificaba más. Posteriormente, se procedió a explicarle al niño(a) el acto quirúrgico, dependiendo de la colaboración del paciente se aplicaron las técnicas comunicativas mencionadas y explicadas anteriormente, culminando con la extracción de la pieza dental.

En este apartado, se requiere de recursos humanos, a saber: odontopediatras adscritos y estudiantes cursantes de la Clínica de Odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez. En cuanto a los recursos materiales, será necesario la disponibilidad de los equipos e instalaciones de la Clínica de Odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez. Así como también, traje de bioseguridad, guantes de látex, triada, fórceps, elevador, 7a, unidad odontológica, torundas de algodón, gasas, porta carpuler, anestesia, aguja corta, diplomas, juguetes y cuentos.

3.5 Técnica de Análisis de Resultados

Dentro de esta perspectiva, los datos recolectados fueron procesados en términos de estadística descriptiva y representados en frecuencia absoluta y relativa. De allí, se procedió a diseñar cuadros y tablas con ayuda del programa Excel 2016, determinando la cantidad y porcentaje de las variables en estudio, posteriormente interpretar y discutir

los resultados de la investigación, derivando las conclusiones entre los resultados obtenidos, teóricos y a fin de dar respuesta a los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Tabla 1. Aspectos epidemiológicos de los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.

Variable		N	%
Edad (años)	6	9	23,68
	7 a 9	23	60,53
	10 a 12	6	15,79
Total		38	100
Genero	Masculino	22	57,89
	Femenino	16	42,11
Total		38	100

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR

Tabla 2. Causas de exodoncia de dientes primarios en los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela

Variable		N	%
Causa de exodoncia	Pieza con caries profunda	30	78,95
	Pieza con caries movimiento fisiológico	8	21,05
	Pieza con movimiento patológico	0	0,00
	Diente en doble hilera	0	0,00
TOTAL		38	100

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR

Tabla 3 Nivel de miedo dental aplicando el cuestionario CFSS-DS a los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.

Variable		N	%
Nivel de miedo	Poco miedo	32	84,21
	Moderado miedo	3	7,89
	Alto miedo	3	7,89
Total		38	100

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR.

Tabla 4. Nivel de miedo dental aplicando el cuestionario CFSS-DS a los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR según edad, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela

Variables		Poco miedo		Moderado miedo		Alto miedo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Edad (años)	6	7	18,42	1	2,63	1	2,63	9	23,68
	7	6	15,79	1	2,63	0	0,00	7	18,42
	8	8	21,05	1	2,63	0	0,00	9	23,68
	9	6	15,79	0	0,00	1	2,63	7	18,42
	10	4	10,53	0	0,00	0	0,00	4	10,53
	11	0	0,00	0	0,00	1	2,63	1	2,63
	12	1	2,63	0	0,00	0	0,00	1	2,63
Total		32	84,21	3	7,89	3	7,89	38	100

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR.

Tabla 5 Nivel de miedo dental aplicando el cuestionario CFSS-DS a los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR según género, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.

Variables		Poco miedo		Moderado miedo		Alto miedo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Genero	Femenino	12	31,58	2	5,26	2	5,26	16	42,11
	Masculino	18	47,37	3	7,89	1	2,63	22	57,89
Total		30	78,95	5	13,16	3	7,89	38	100

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR.

Tabla 6. Nivel de ansiedad dental aplicando el cuestionario CORAH a los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.

Variable		N	%
Nivel de ansiedad	Ansiedad leve o nula	7	18,42
	Ansiedad moderada	20	52,63
	Ansiedad elevada	6	15,79
	Ansiedad severa, fobia	5	13,16
Total		38	100

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR.

Tabla 7. Nivel de ansiedad dental aplicando el cuestionario CORAH a los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, según edad, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.

Variables		Ansiedad leve o nula		Ansiedad moderada		Ansiedad elevada		Ansiedad severa, fobia		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad (años)	6	0	0	5	13,16	1	2,63	3	7,89	9	23,68
	7	1	2,63	4	10,53	1	2,63	1	2,63	7	18,42
	8	1	2,63	7	18,42	0	0,00	1	2,63	9	23,68
	9	1	2,63	3	7,89	3	7,89	0	0,00	7	18,42
	10	3	7,89	1	2,63	0	0,00	0	0,00	4	10,53
	11	0	0,00	0	0,00	1	2,63	0	0,00	1	2,63
	12	1	2,63	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,63
Total		7	18,42	20	52,63	6	15,79	5	13,16	38	100

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR

Tabla 8. Nivel de ansiedad dental aplicando el cuestionario CORAH a los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, según género, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela

Variables		Ansiedad leve o nula		Ansiedad moderada		Ansiedad elevada		Ansiedad severa, fobia		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Genero	Femenino	4	10,53	8	21,05	2	5,26	2	5,26	16	42,11
	Masculino	3	7,89	12	31,58	4	10,53	3	7,89	22	57,89
Total		7	18,42	20	52,63	6	15,79	5	13,16	38	100

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR.

Tabla 9. Impacto de las técnicas comunicativas en los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela

Variables		Cooperador		No cooperador		Total	
		N	%	N	%	N	%
Técnica aplicada	Decir, mostrar, hacer	17	44,74	1	2,63	18	47,37
	Refuerzo positivo	9	23,68	2	5,26	11	28,95
	Distracción	7	18,42	2	5,26	9	23,68
Total		33	86,84	5	13,16	38	100

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR.

4.2 DISCUSION

A título ilustrado, dentro de las variables en estudio y en atención al objetivo general del estudio, se pretende evaluar la eficacia de las técnicas comunicativas para el abordaje terapéutico de exodoncia en niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR, municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela. Bajo este enfoque, la tabla 1, evidencia la descripción de los aspectos epidemiológicos de 38 niños; de los cuales, el 60,53% correspondió al grupo de edad entre 7 y 9 años, seguido por el grupo de 6 años en un 23,68% y 15,79% para el grupo de edad entre 10 y 12 años. En relación al género, predominó en un 57,89% el masculino y el femenino con 42,11% respectivamente. Por su parte, la tabla 2 expresa las causas de exodoncia de dientes primarios de los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez, donde el 78,95 % presentaron caries profundas y el 21,05% piezas con movimiento fisiológico.

Al respecto, se observa que es más frecuente la exodoncia de dientes primarios en pacientes con un rango de edad entre 7 y 9 años con predominio del género masculino, suponiendo que estos tienen un índice menor de higiene bucal en comparación a las niñas, presentando mayor recurrencia de pérdida prematura de dientes. Siendo el motivo principal de extracción la caries dental profunda. Estas observaciones tienen similitud con las alcanzadas por Bustamante y Domingo (14), quienes demostraron que, la mayoría de los niños atendidos tenían entre 6 y 9 años en un 88% y que el

género con mayor pérdida prematura fue el masculino con un 56% siendo la caries profunda la causa de extracción en un 59% seguido por piezas con movilidad fisiológica en un 26%.

Con motivo de determinar el nivel del miedo dental, la tabla 3 evidencia que el 84,21% de niños atendidos, expresaron sentir poco miedo al acto quirúrgico, seguido por 7,89% con moderado miedo y alto miedo simultáneamente. Del mismo modo, la tabla 4, refleja el grado de miedo dental según la edad, donde se obtuvo que, niños de 8 años (8) presentaron poco miedo en un 21,05% y solo uno, moderado miedo 2,63%; niños de 6 años (7) presentaron poco miedo en un 18,42% y dos con moderado y alto miedo representados por el 2,63% igualmente. Así mismo, niños de 7 (6) y 9 años (6) presentaron poco miedo 15,79%. Por su parte, la tabla 5, refleja el grado de miedo dental según el género, representada en un 47,37% por niños con poco miedo y 7,89% con moderado miedo; en contraparte el 31,58% representado por niñas con poco miedo y 5,26% niñas con moderado y alto miedo simultáneamente.

Los resultados obtenidos tras la aplicación del CFSS-DS para medir el miedo dental, revelan que el grado de miedo dental es poco, en cuanto a diferencias por edad, los niños mayores tienden a sentir menos miedo y en lo que respecta a diferencias por género, los resultados fueron no significativos, indicando que tanto en niños como en niñas el nivel promedio de miedo dental es bajo y que no hay diferencias entre estos dos grupos. Estos resultados, son similares a lo reportado por Eyzaguirre y Morales (11), quienes en su investigación divulgaron que el nivel de miedo era bajo y tampoco

se encontraron diferencias significativas en cuanto al género. Sin embargo, en relación a la edad el grupo de niños entre 10 a 12 años evidenciaron una proporción más elevada (41%) de miedo dental, que los otros grupos de niños de edades menores.

Dando continuidad a los objetivos de la investigación, la tabla 6, expone el nivel de ansiedad dental manifestado por los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez, donde el 52,63% expresaron tener ansiedad moderada, el 18,42% ansiedad leve o nula y el 15,79% ansiedad elevada. Por su parte, la tabla 7, evidencia el nivel de ansiedad según la edad de los niños atendidos, niños de 8 años (7) 18,42%, y los niños de 6 años (5) 13,16% tuvieron ansiedad moderada; los niños de 10 años (3) 7,89% y niños entre 7, 8, 9 y 12 años representados cada uno por el 2,63% tuvieron ansiedad leve o nula; los niños de 9 años (3) 7,89% tuvieron ansiedad elevada. En relación al nivel de ansiedad según el género, la tabla 8, refleja que el 31,58% de los niños tuvieron ansiedad moderada y el 7,89% ansiedad elevada. no obstante, el 21,05% de las niñas tuvieron ansiedad moderada y el 10,53% ansiedad leve o nula.

Estos resultados se muestran contrarios a los de Luquin y Milton (15), donde el 28,9% presento ansiedad severa, seguido por el 28,2% con ansiedad moderada y solo el 17,4% con ansiedad nula. En cuanto al nivel de ansiedad según la edad, los niños de 10 años tuvieron ansiedad moderada 7,22% y el 6,53% ansiedad severa, seguido por el 6,19% niños de 7 años con ansiedad severa. En cuanto al género los resultados también

resultan contrarios pues predominaron las niñas por 15,5% con ansiedad severa y 13,1% con ansiedad moderada.

Ahora bien, haciendo referencia al impacto de las técnicas comunicativas sobre los niños atendidos en la clínica de odontopediatría, la tabla 9 evidencia que la técnica mayormente aplicada fue la técnica decir, mostrar y hacer en un 47,37% obteniendo cooperación por parte de los niños en un 44,74% solo uno 2,63% no coopero; seguidamente la técnica de refuerzo positivo representada por el 28,95% del cual el 23,68% coopero y solo el 5,26% no coopero; por último, la técnica de distracción representada por el 23,68% en base a este porcentaje el 18,42% coopero y solo el 5,26% no coopero. Entendiendo de esta manera, que ambas técnicas son eficaces para minimizar el miedo y ansiedad dental presente en los niños.

Estos resultados son similares a los de Bartolomé y Vilar (13), quienes expusieron que la técnica más aplicada por los odontopediatras es la técnica decir, mostrar y hacer seguida por la técnica de refuerzo positivo. Así mismo, Pineda y Mariola en su investigación, demostraron mediante una revisión bibliográfica que la técnica decir, mostrar y hacer es muy eficaz para el control de la conducta del niño permitiéndole una mayor adaptación al entorno y la práctica odontológica.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIÓN

Al evaluar la eficacia de las técnicas comunicativas para el abordaje terapéutico de exodoncia en los niños atendidos en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo 2022-2CR, municipio San Diego, Estado Carabobo, Venezuela, se describieron los aspectos epidemiológicos de los mismos, señalando que el rango de edad de la mayoría de niños atendidos estuvo entre los 7 y 9 años con predominio del género masculino; esto se debe a la falta de control de los padres en la higiene bucal lo que va ocasionando enfermedades dentales muy comunes que al no ser tratadas inmediatamente va a terminar realizándose una extracción dental.

Así mismo, se identificó las causas más comunes de la pérdida prematura de las piezas dentarias que fueron las caries dentales en primer lugar, seguidas de las piezas con movilidad fisiológica, mediante la implementación de las historias clínicas. En efecto, la frecuencia más relativa por la que se extraen las piezas dentales a temprana edad son las fracturas dentales producidas por la caries, debido a que el diente se va debilitando generando la fractura y ocasionándole al niño molestia y dolor. Con respecto a la prevalencia de miedo dental, los resultados indican que los pacientes odontopediátricos

expresaron poco miedo al procedimiento. En relación al nivel de miedo según edad, no hubo diferencias significativas y en cuanto al género los varones expresaron mayor miedo; los factores identificados que causaron mayor miedo en la consulta odontológica fue el ruido del motor.

Por lo que se refiere al nivel o grado de ansiedad los pacientes se sintieron ansiosos a la visita odontológica, según la edad los niños de 6 y 8 años presentaron ansiedad moderada y solo una minoría ansiedad leve o nula. En cuanto al género, no hubo diferencias significativas. En base al manejo de la conducta del paciente odontopediátrico, la presente investigación nos sirve como herramienta de consulta y apoyo al conocimiento sobre las conductas específicas de los niños en la niñez temprana y su tratamiento, para lograr mantener la cooperación de éste durante el tratamiento, utilizando procesos de enseñanza-aprendizaje, fomentando en el niño una actitud positiva hacia el ambiente odontopediátrico. No existe una técnica determinada para manejar la conducta en el niño, ya que cada niño presenta un comportamiento diferente.

No obstante, con los métodos y técnicas convenientes para disminuir o erradicar traumas y actitudes negativas, como es el caso de la técnica decir – mostrar – hacer y refuerzo positivo, demuestran ser eficaces para el control, manejo y adaptación del niño. Ambas consisten en interactuar con el niño, mediante el diálogo explicativo, uso de objetos o materiales que demuestren como se realiza el tratamiento paso a paso, de esta manera el paciente pediátrico desarrolla confianza y empatía que le permite

comprender como se efectuará el tratamiento odontológico y aceptarlo positivamente hasta su culminación.

5.2 RECOMENDACIONES

Bajo las consideraciones anteriores, se demostró que la causa principal de exodoncias en dentición primaria es la caries dental, siendo el género masculino tiene mayor incidencia de exodoncias prematuras, entendiendo que el grado de higiene oral en la población es deficiente. Esto obliga a mantener las actuaciones de promoción y prevención de la higiene oral en la clínica de odontopediatría II de la Universidad José Antonio Páez dirigida tanto por los estudiantes como el profesional docente. Así mismo, es necesario diseñar e implementar planes de salud encaminados al desarrollo de actividades preventivas y de promoción de salud en toda la comunidad, que permitan controlar los factores de riesgo desde edades tempranas de la vida para que en futuro no encontrarnos con estos diagnósticos odontológicos que no son saludables para el paciente.

Se sugiere continuar con este tipo de estudio disminuyendo los factores que causan miedo o ansiedad en los niños y proponer nuevos instrumentos y técnicas el manejo del miedo y ansiedad en los niños. Además, el estudiante y profesional odontólogo debe apropiarse de conocimientos adicionales en pedagogía y psicología del niño, esto les permitirá tanto al paciente como al odontólogo mejorar su experiencia en la consulta odontológica

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marcano A, Figueredo A, & Orozco G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. Revista De Odontopediatria Latinoamericana, 2021. <https://doi.org/10.47990/alop.v2i2.65>
2. Sangurima A. Eficiencia de técnicas psicológicas en pacientes pediátricos frente a exodoncias en semestre B 2015 UCSG. Trabajos de Titulación - Carrera de Odontología. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador. 2016.
3. Dra. Cazas Campos L. Abordaje terapéutico de exodoncia en niños minimizando miedo y ansiedad. Universidad Mayor De San Andrés. Facultad De Odontología, Unidad De Postgrado. la Paz- Bolivia. 2021.
4. Protocolo de exodoncia dentaria. Versión: 1. Código: PA-04-017-OD. 2018. Disponible: <http://promedan.net/wp-content/uploads/2017/09/PA-04-017-OD-Exodoncia.pdf>
5. Yemilin Brenda. Exodoncia en niños. Revista de Actualización Clínica. Volumen 23. Perú. 2018/2019 Disponible: <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-nacional-del-altiplano-de-puno/odontologia/exodoncia-en-ninos/9628509>
6. Alvarado L, Villacreses Mary, Romero A. Estudio de ansiedad y miedo previo a una exodoncia dental en pacientes que acuden a la unidad de atención

odontológica de Uniandes. Universidad Regional Autónoma De Los Andes. Ecuador. 2020. Disponible: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/11825/1/PIUAODONT006-2020.pdf>

7. Rodríguez N, Olmo R, Mourelle R, Gallardo L. Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. *Gaceta Dental* 195, 2008.
8. Munayco E. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico. *Clinical Research*, Perú. 2018.
9. Ortiz T. Percepción del miedo dental en niños de 5 a 12 años según creencias de personalidad y ansiedad dental materna. Repositorio Digital institucional. Universidad CES. 2021.
10. Teixeira A, Jimeno L, Bellet D. Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. Revisión bibliográfica. *Odontología Pediátrica Seop Y Arán Ediciones, S. L.* Vol. 16. N.º 2, pp. Madrid. 2008.
11. Eyzaguirre C, Gutiérrez L. Evaluación del miedo dental en niños atendidos en la clínica odontológica. Universidad Franz Tamayo. Bolivia. 2022
12. Pineda L, Pariona M. Manejo de la conducta del paciente pediátrico mediante el método decir-mostrar-hacer. Revisión bibliográfica. *Odontología* 24(1). Ecuador. Publicado: 30/01/2022.
13. Bartolomé B, Vilar C, Cañizares V, Torres L. Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. *Cient. Dent.* Vol. 17 núm. 1. 2020.

14. Bustamante J, Domingo J. Prevalencia y causas de exodoncia de dientes primarios, clínica de Odontopediatría. UCSG 2019. Universidad católica de Santiago de Guayaquil, facultad de ciencias médicas carrera de odontología. Guayaquil, Ecuador. 2020.
15. Casanova M. Miedo y ansiedad en la atención odontológica en niños de 7 a 12 años de la institución educativa “señor de los milagros”. Universidad nacional Federico Villarreal. Lima 2018.
16. Osorio D. Cirugía oral pediátrica. Universidad Inca Garcilaso De La Vega. Facultad De Estomatologia. Lima, Peru. 2017.
17. Arrieta K, Díaz S, Verbel J, Hawasly N. Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. Rev. Clin Med Fam vol.6 no.1 Barcelona feb. 2013.
18. Rodríguez N, Olmo R, Mourelle R, Gallardo L. Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. Gaceta dental. Madrid. 2011. Disponible: <https://gacetadental.com/2011/09/estudio-de-la-ansiedad-infantil-ante-el-tratamiento-odontologico-25464/>
19. Villar B., Torres L., Mendez Z., Rodriguez A., (2019). Factores que influyen en la ansiedad dental del paciente infantil. Rev. Puesta al dia. 2019.
20. Grupo NB psicología. Consecuencias de miedo y ansiedad dental. Disponible: <https://nbpsicologia.es/2017/07/22/miedo-al-dentista-causas-consecuencias-y-algunos-trucos/>

21. Manterola E, Morales L, Agasi R, Corrarello A, Finlandino G, Heredia G, Markiewicz J. El Miedo en Relación a la Odontología Uso de la Escala del Miedo Dental. Universidad de Buenos Aires Facultad de Odontología. Argentina. 2020. Disponible: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1179196/art4_vol35num81.pdf
22. SEDATIUM S.C.P. escala de corah. Disponible: www.sedatium.com
23. De Andrade M, Barbosa Paulo. Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría. Asociación latinoamericana de odontopediatría. Livraria Santos Editora Ltda. Brasil. 2010.
24. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860 de fecha 30 de diciembre de 1.999. Disponible: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf
25. Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.263 Extraordinario de fecha 17 de septiembre de 1998. Disponible: <https://pandectasdigital.blogspot.com/2016/07/ley-organica-de-salud.html>
26. Ley del ejercicio de la odontología. Disponible: <https://www.elcov.org/ley1.htm#:~:text=Art%C3%ADculo%202.%3A%20Se%20entiende%20por,que%20la%20limitan%20o%20comprenden.>
27. Código de Deontología Odontológica. Disponible: <https://www.elcov.org/ley2.htm>

28. Asociación médica mundial. Declaración de helsinki de la amm – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2022. Disponible: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
29. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017. Disponible: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

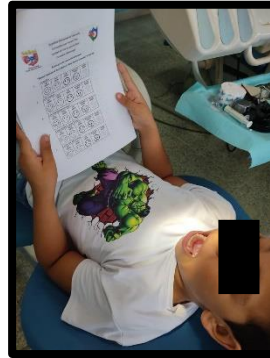
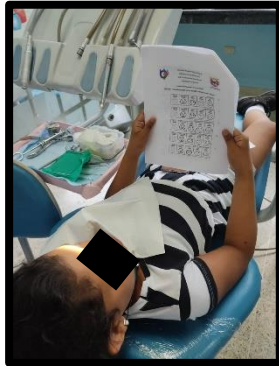
ANEXOS

Anexo 1. Firma de consentimiento por parte del representante



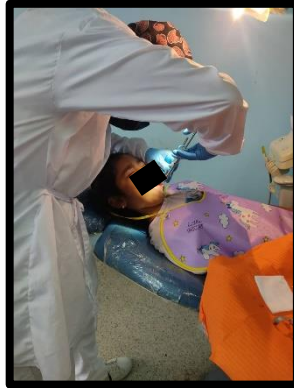
Fuente: Castro y Diaz 2022.

Anexo 2. Aplicación de encuesta



Fuente: Castro y Diaz 2022.

Anexo 3. Procedimiento quirúrgico



Fuente: Castro y Diaz 2022.