



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN  
SONOVISO Y DECIR-MOSTRAR-HACER EN LA ATENCIÓN  
ODONTOLÓGICA**

Autores:

Gutiérrez, Ana K. CI: 24.387.963

La Riva, María B. CI: 24.637.104

Tutor (a): Erika González

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

Teléfono: (0241)8714240 – Fax: (0241)871239



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

**MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN  
SONOVISO Y DECIR-MOSTRAR-HACER EN LA ATENCIÓN  
ODONTOLÓGICA**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo.

Autores:

Gutiérrez, Ana K. CI: 24.387.963

La Riva, María B. CI: 24.637.104

Tutor (a): Erika González

San Diego, Abril de 2018



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

**MEDICIÓN DE LAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN SONOVISO Y DECIR-  
DE LA EFECTIVIDAD MOSTRAR-HACER EN LA ATENCIÓN  
ODONTOLÓGICA**

**ESTUDIANTES**

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

24387963

Ana Karina Gutiérrez González

24.637.104

María Beatriz La Riva Leal

Tutor Propuesto: Erika González

Firma:

Cédula de Identidad N° 17171133

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

Firma



Fecha

11/04/2018



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

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

| DATOS PERSONALES  |                                      |                                    |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| Apellidos: Gutierrez Gonzalez   | Nombres Ana Karina                   | Cedula De Identidad: 24387963      |
| Direccion: Residencias Abadia, torre 4, apartamento 4-32, San Diego Edo. Carabobo   |                                      | Teléfono: 04143928307              |
| DATOS ACADÉMICOS  |                                      |                                    |
| Escuela: Odontología  | Indice Académico 12,23               |                                    |
| DATOS DEL PROYECTO DE GRADO   |                                      |                                    |
| Autor   |                                      |                                    |
| Nombre  | Ana Gutiérrez, María Beatriz La Riva | Teléfono: 04143928307, 04124434714 |
| Titulo Del Trabajo: <b>MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN SONOVISO Y DECIR-MOSTRAR-HACER EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</b>  |                                      |                                    |
| Breve Explicacion: Proyecto de investigación que tiene como objetivo medir la efectividad de las técnicas de adaptación aplicadas en la Clinica del Niño y del Adolescente II con respecto a un sonoviso, para disminuir la ansiedad y el miedo odontológico, logrando así mejorar la calidad de atención en odontopediatria de la Universidad José Antonio Páez. |                                      |                                    |
| Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Clinica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez   |                                      |                                    |
| Tiempo De Desarrollo: Noviembre-Abril 2018  |                                      |                                    |
| Tutor Académico Propuesto: Od. Erika Gonzalez   |                                      |                                    |

APROBADO: ✓ NO APROBADO: \_\_\_\_\_

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Erick Cepeda [Firma] Julio 2017  
 NOMBRE FIRMA FECHA  
Rodolfo Pao [Firma] 17/04/18  
 NOMBRE FIRMA

DIRECCION DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_



IV



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

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

| DATOS PERSONALES  |                                      |                                    |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| Apellidos: La Riva Leal   | Nombres Maria Beatriz                | Cedula De Identidad: 24637104      |
| Direccion: Colinas de Guataparo urbanizacion el solar   |                                      | Teléfono: 04124434714              |
| DATOS ACADÉMICOS  |                                      |                                    |
| Escuela: Odontología  | Indice Académico 11,17               |                                    |
| DATOS DEL PROYECTO DE GRADO   |                                      |                                    |
| Autor   |                                      |                                    |
| Nombre  | Ana Gutiérrez, María Beatriz La Riva | Teléfono: 04143928307, 04124434714 |
| Titulo Del Trabajo: <b>MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN SONOVISO Y DECIR-MOSTRAR-HACER EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</b>  |                                      |                                    |
| Breve Explicacion: Proyecto de investigación que tiene como objetivo medir la efectividad de las técnicas de adaptación aplicadas en la Clinica del Niño y del Adolescente II con respecto a un sonoviso, para disminuir la ansiedad y el miedo odontológico, logrando asi mejorar la calidad de atención en odontopediatria de la Universidad José Antonio Páez. |                                      |                                    |
| Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Clinica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez   |                                      |                                    |
| Tiempo De Desarrollo: Noviembre-Abril 2018  |                                      |                                    |
| Tutor Académico Propuesto: Od. Erika Gonzalez   |                                      |                                    |

APROBADO:  NO APROBADO:

**COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO**

Ervy weffer      [Firma]      Julio 2017

NOMBRE      FIRMA      FECHA  
Rodolfo R      [Firma]      12/01/18

NOMBRE      FIRMA  
DIRECCION DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_



V



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

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN SONOVISO Y DECIR-MOSTRAR-HACER EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA", realizado por Gutiérrez Ana Karina C.I 24.387.963, Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.

Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Erika González  
C.I.: 17.171.133

Jurado  
Nombre: Luis Moyetones  
C.I.: 19.600.144

Jurado  
Nombre: Eglee Díaz  
C.I.: 4.131.694

Fecha: 11-04-18





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

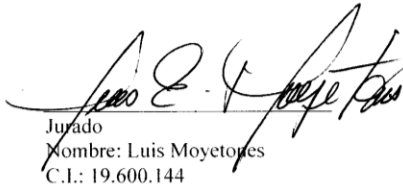
ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO


El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN SONOVISO Y DECIR-MOSTRAR-HACER EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA", realizado por La Riva María Beatriz C.I 24.637.104. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.

  
Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Erika González  
C.I.: 17.171.133

  
Jurado  
Nombre: Luis Moyetones  
C.I.: 19.600.144

  
Jurado  
Nombre: Eglee Díaz  
C.I.: 4.131.694

Fecha: 11-04-18





## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Erika González, portador (a) de la Cédula de Identidad N° 17171133, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por los ciudadanos Ana Gutiérrez, portadora de la Cedula de Identidad N° 24387963 y María B. La Riva portadora de la Cedula de Identidad N° 24.637.104, titulado **“MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS TECNICAS DE ADAPTACION SONOVISO Y DECIR-MOTRAR-HACER EN LA ATENCION ODONTOLOGICA”** 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 24 días del mes de Octubre del año dos mil diecisiete.

Erika González

C.I.: 17171133

## RECONOCIMIENTO

Primero que todo, agradecemos a **Dios** y a la **Virgen**, por siempre darnos sabiduría, entendimiento y mucha paciencia para nunca desistir de nuestro sueño y guiarnos por el camino correcto en todo momento.

Gracias a nuestros padres, familia y amigos, por el apoyo que nos brindaron a diario, no cabe duda de que hicieron este sueño posible, a pesar de las adversidades, sacrificios y preocupaciones. Gracias por ayudarnos a nunca decaer y hacernos ver que todo esfuerzo al final tiene su recompensa.

Muchas gracias a nuestra tutora **Erika González**, por regalarnos sus conocimientos y ser de gran ayuda en todo momento.

Agradecemos también a nuestra tutora metodológica **Ervy Weffer**, quien ha sido una pieza fundamental, gracias por toda la ayuda, guía y colaboración para poder culminar nuestro proyecto.

Finalmente queremos agradecer a la **Universidad José Antonio Páez** nuestra casa de estudios y segundo hogar, especialmente a lo que hoy es la escuela de Odontología, por inculcarnos todos esos valores y llevar a cabo nuestra formación académica. Gracias por habernos dado la oportunidad de conocer gente tan maravillosa en este largo recorrido como lo fueron nuestros profesores de estudio y amigos que hoy en día se convirtieron en familia.

## DEDICATORIA

A **Dios** y a mis vírgenes **Coromoto** y de la **Divina Pastora**, las cuales me acompañan en todo momento y me dan salud, sabiduría y fe.

A mis padres **Federico e Ivelin** por ayudarme y guiarme en este camino. Este logro es para ustedes. Gracias por el ejemplo que me dan día a día y los valores enseñados. Los adoro muchísimo.

A mis hermanos **José David** y **Tiki**. Este logro también es de ustedes. Gracias por todo, por el apoyo y los consejos. Los amo muchísimo.

A mi cuñada **Victoria Mantellini**, quien me ayudó muchísimo en esta hermosa tesis y me brindó su apoyo en todo momento. Gracias por todo, te quiero muchísimo.

A mis **amigas**, quienes me acompañaron en esta hermosa carrera. Mil gracias, no tengo como agradecerles todo lo que hicieron por mí, las quiero enorme.

Finalmente, a mi compañera de tesis, **Ana Karina**. A pesar de los días sin dormir y todas nuestras preocupaciones, logramos realizar este hermoso proyecto. Te quiero.

**María Beatriz La Riva Leal**

## DEDICATORIA

Quiero agradecer primeramente a Dios, quien ha estado presente en cada paso de mi vida, guiándome y protegiéndome.

A mis padres **Alejandro Gutiérrez** y **Silvia González** mis pilares y mi apoyo incondicional a lo largo de esta carrera, no existen palabras para agradecerles todo lo que hacen a diario, son lo más importante que tengo en mi vida y sin duda alguna este logro no hubiese sido posible sin ustedes, solo ustedes saben hacer cada obstáculo y cada adversidad que se me presente mucho más fácil, gracias por estar y por enseñarme a ser lo que hoy soy y gracias por ayudarme a materializar mi sueño, este logro va dedicado especialmente a ustedes.

A mi hermano **Daniel Gutiérrez** quien es una pieza fundamental junto a mis padres en mi vida, este logro también es gracias a ti, siempre estaré agradecida de que Dios me escogiera como tu hermana, te admiro por quien eres y siempre estaré orgullosa de ti.

A mis amigos durante toda la carrera, no cabe la menor duda de que hicieron este recorrido mucho más fácil, gracias por siempre brindarme todo su apoyo y cariño. Y un especial agradecimiento a mi amiga y hermana **Mary Briceño** este logro también va dedicado a ti, mi apoyo a diario y mi mano derecha, siempre estaré agradecida con la vida por ponerte en mi camino, mi compañera de carrera ya estamos a un paso de culminar nuestro gran sueño, a pesar de todas las preocupaciones y todo el sacrificio al final lo vemos reflejado en este gran logro y muy pronto podremos decir juntas ¡Lo Logramos!

Quiero agradecer también a **José La Riva** y **Victoria Mantellini** por todo el apoyo y la ayuda brindada, fueron primordial para el desarrollo y culminación de nuestra tesis.

Para finalizar muchas gracias a mi compañera de tesis **María B. La Riva** por todo el esfuerzo a lo largo de este camino, no fue fácil pero con ayuda de dios logramos culminar este gran proyecto.

¡Mil gracias!

**Ana Karina Gutiérrez González**

## INDICE GENERAL

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| <b>INDICE DE GRAFICOS .....</b> | <b>XIV</b> |
| <b>INDICE DE CUADROS.....</b>   | <b>XV</b>  |
| <b>RESUMEN INFORMATIVO.....</b> | <b>XVI</b> |
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>        | <b>1</b>   |

### **CAPÍTULO I**

#### **EL PROBLEMA 3**

|   |   |
|---|---|
| 1.Planteamiento del problema.....         | 3 |
| 2.Formulación del problema .....          | 6 |
| 3.Objetivos de la investigación .....     | 7 |
| 3.1.Objetivo general .....                | 7 |
| 3.2.Objetivos Específicos.....            | 7 |
| 4.Justificación de la Investigación ..... | 8 |
| 5.Alcance y Limitaciones.....             | 9 |

### **CAPÍTULO II**

#### **MARCO TEÓRICO 10**

|   |    |
|---|----|
| 1.Antecedentes de la Investigación..... | 10 |
| 2.Bases Teóricas.....                   | 12 |
| 2.1.Definiciones básicas.....           | 12 |
| 2.2.La conducta. ....                   | 13 |
| 2.3.El miedo. ....                      | 15 |

|   |    |
|---|----|
| 2.4.La ansiedad.....  | 16 |
| 2.5.Técnicas de adaptación .....                            | 20 |
| 2.6.Las técnicas de Sonoviso y de Decir-Mostrar-Hacer ..... | 23 |
| 3.Bases Legales .....                                       | 25 |
| 4.Definición de Términos.....                               | 26 |

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO      28**

|   |    |
|---|----|
| 1.Tipo de investigación .....                           | 28 |
| 2.Nivel de la investigación .....                       | 28 |
| 3.Diseño de la investigación .....                      | 28 |
| 4.Población y muestra .....                             | 29 |
| 5.Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos ..... | 30 |
| 6.Validez y Confiabilidad del Instrumento .....         | 31 |
| 6.1.Validez de contenido.....                           | 31 |
| 6.2.Confiabilidad del instrumento de medición .....     | 31 |
| 6.3.Técnica de análisis de datos .....                  | 31 |

### **CAPÍTULO IV**

#### **ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS      33**

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 1.Presentación de los resultados..... | 33 |
| 2.Análisis de los Resultados.....     | 34 |

Ítems: Escala de ansiedad: Según FIS, Dimensión: Efectividad, Variable: Técnicas de adaptación      34

Ítems: Escala de ansiedad: Según FIS, Dimensión: Efectividad, Variable: Técnicas de adaptación      36

Ítems: Escala conductual: Según FRANKL, Dimensión: Efectividad, Variable: Técnicas de adaptación 37

Ítems: Escala conductual: Según FRANKL, Dimensión: Efectividad, Variable: Técnicas de adaptación 39

Ítems: Escala de ansiedad según FIS, Dimensión: Efectividad, Variable: Técnicas de adaptación 41

Ítems: Escala conductual según FRANKL, Dimensión: Efectividad, Variable: Técnicas de adaptación 43

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**46

1.Conclusiones ..... 46

2.Recomendaciones..... 47

### **REFERENCIAS** 49

ANEXO 1 51

ANEXO 2 53

ANEXO 3 54

ANEXO 4 54

ANEXO 5 55

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

| GRAFICAS | TITULO  |
|----------|---|
| 1        | Grafico representativo de la ansiedad manifestada por los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II, previo al tratamiento y luego de aplicar la técnica sonoviso, evaluado desde la escala cognitiva según FIS.....Pag.35                |
| 2        | Grafico representativo de la ansiedad manifestada por los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II, previo al tratamiento y luego de aplicar la técnica DMH.....Pag.37   |
| 3        | Grafico representativo de la ansiedad evaluada desde la dimensión comportamental, previa al tratamiento y luego de aplicar el sonoviso a los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II.....Pag.39   |
| 4        | Grafico representativo de la ansiedad evaluada desde la dimensión comportamental, previa al tratamiento y luego de aplicar la técnica DMH a los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II.....Pag.41                                      |
| 5        | Grafico representativo y comparativo, acerca de la ansiedad presentada por los pacientes, según la escala de FIS, luego de aplicar el sonoviso y la técnica de adaptación DMH, a los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II.....Pag.43 |
| 6        | Grafico representativo y comparativo, acerca de la ansiedad presentada por los pacientes, según la escala de FRANKL, luego de aplicar el sonoviso y la técnica de adaptación DMH, a los pacientes   |

que acuden a la Clínica del Niño y del Adolescente  
II.....Pag.45.

## ÍNDICE DE CUADROS

| CUADROS | TITULO   |
|---------|--|
| 1       | Cuadro representativo por porcentaje de la ansiedad manifestada por los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II, previa al tratamiento y luego de aplicar la técnica Sonoviso, evaluado desde la escala cognitiva según FIS.....Pag.34                 |
| 2       | Cuadro representativo por porcentaje de la ansiedad manifestada por los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II, previa al tratamiento y luego de aplicar la técnica DMH.....Pag.36  |
| 3       | Cuadro representativo por porcentaje de la ansiedad evaluada desde la dimensión comportamental,previa al tratamiento y luego de aplicar el sonoviso a los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II.....Pag.38   |
| 4       | Cuadro representativo por porcentaje de la ansiedad evaluada desde la dimensión comportamental,previa al tratamiento y luego de aplicar la técnica DMH a los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II.....Pag.40  |
| 5       | Cuadro representativo y comparativo por porcentaje, acerca de la ansiedad presentada por los pacientes, según la escala de FIS, luego de aplicar el sonoviso y la técnica de adaptación DMH, a los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II. ....Pag.42 |
|         | Cuadro representativo y comparativo por porcentaje, acerca de la ansiedad presentada por los pacientes, según la escala de FRANKL, luego de aplicar el sonoviso y la técnica de  |

6 adaptación DMH, a los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II.....Pag.44.



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

## **MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN SONOVISO Y DECIR-MOSTRAR-HACER EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

**Autor (a):** Ana K. CI: 24.387.963

**Autor (a):** La Riva, María B. CI: 24.637.104

**Tutor:** Od. Erika González.

**Fecha:** Abril 2018.

### **RESUMEN INFORMATIVO**

El miedo y la ansiedad son episodios que pueden desencadenarse debido al consultorio odontológico, al personal o algún instrumento u objeto que se perciba como alguna amenaza, esto sucede ya que todo el ambiente odontológico es algo completamente desconocido para un niño, resultando perjudicial para el tratamiento. Ahora bien, la presente investigación tuvo por objetivo determinar la efectividad de las técnicas de adaptación sonoviso y decir-mostrar-hacer mediante un estudio comparativo durante la atención odontológica en la Clínica del niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, en el periodo lectivo 2018-1. El estudio se fundamentó en una investigación de carácter descriptivo con modalidad de campo. Se trabajó con una muestra de cuarenta y nueve (49) pacientes en etapa preescolar, en donde se evaluó su comportamiento mediante la escala de comportamiento según Frankl y su nivel de ansiedad mediante “Facial ImageScale” o la escala de “FIS”, de esta manera se efectuó la técnica de recolección de datos. Con base a los resultados de la investigación luego de ser aplicados los instrumentos, se puede apreciar que la implementación de un sonoviso como técnica de adaptación puede ser más efectiva con respecto a la técnica decir-mostrar-hacer aplicada anteriormente en la Universidad José Antonio Páez. Por lo cual, se podría decir que al momento de la atención de pacientes odontopediátricos las técnicas de adaptación previas al tratamiento siempre serán una herramienta indispensable para llevar a cabo un buen tratamiento desde el principio, dado que se le anticipa la situación al niño a la cual se va a enfrentar disminuyendo el miedo y por lo tanto la ansiedad. Sin embargo, el sonoviso como técnica de adaptación arrojó resultados más efectivos al momento de la consulta.

**Descriptores:** DMH, sonoviso, técnicas, adaptación, ansiedad, miedo.

## INTRODUCCIÓN

Para combatir el miedo, la ansiedad o fobia experimentados por los niños en las consultas odontológicas, los profesionales de la odontología han implementado diversas técnicas desde los inicios de la práctica odontológica. En general, estos sentimientos afectan la eficiencia de la salud bucal y comprometen el tratamiento odontológico. A pesar de tales esfuerzos, aún no se ha logrado disminuir del todo dicha problemática. Al enfrentarse al ambiente odontológico, los niños suelen experimentar miedo, el cual es una respuesta natural ante nuevas situaciones. Esa situación puede alterar el comportamiento del niño y afectar los tratamientos.

En general, los odontólogos deben considerar los métodos disponibles para abordar tratar a un niño en la consulta. La aplicación de estos métodos serán determinantes para enfrentar las reacciones y actitudes durante la atención odontológica. Además, es indispensable que los odontólogos conozcan a cada paciente y lo atiendan de manera integral. Lo anterior incluye el conocimiento de los métodos más efectivos para cada situación, ya que de esta manera se asegurará la eficacia de las técnicas y la disminución del temor a las consultas odontológicas.

Frente a la problemática descrita, surge la necesidad de evaluar la capacidad de las técnicas de adaptación como método para disminuir el miedo y la ansiedad. Estas técnicas podrían lograr una adecuada adaptación de cada paciente y así obtener resultados positivos en la realización de los tratamientos odontológicos. Además, estas técnicas podrían fomentar una actitud positiva en el niño.

En ese sentido, la presente investigación tuvo como propósito determinar la efectividad de las técnicas de adaptación Sonoviso y “decir-mostrar-hacer” (DMH). A tales fines, se realizó un estudio comparativo de los resultados de la aplicación de las técnicas durante la atención odontológica, en pacientes de 5 a 8 años que asistieron a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez.

La estructura del documento que se introduce comprende cinco capítulos. En el primero, se expone el planteamiento del problema, que identifica detalladamente la

situación objeto de estudio. En él se han expuesto los objetivos de la investigación, la justificación, importancia de la investigación, alcance y limitaciones.

En el segundo capítulo, se hace referencia a los elementos teóricos sobre las cuales se soporta la investigación; ampliando la descripción del problema y su interrelación con la teoría. Se desarrollaron los antecedentes históricos e investigativos relacionados con el problema planteado. Se introducen aspectos correspondientes a los fundamentos teóricos, bases legales y el sistema de variables.

En el tercer capítulo se describe el marco metodológico que señala el enfoque, tipo, nivel y diseño de la investigación, así como la población empleada en el estudio empírico que sirvió para realizar los análisis con la información recopilada a través de los informantes. Adicionalmente, dicho capítulo incluye la descripción de las técnicas y procedimientos empleados en la recolección, procesamiento y análisis de los datos.

En el cuarto capítulo se realiza el análisis e interpretación de los datos en función de la búsqueda de las explicaciones que son objeto de interés de este estudio. Los resultados se presentan referidos a cada una de las variables, sus respectivas dimensiones e indicadores y la correspondiente coherencia con objetivos e interrogantes de las que se ocupó este estudio. Al finalizar se expresan en el capítulo quinto las conclusiones y recomendaciones pertinentes al objeto de investigación

Se espera que los pacientes se beneficien del presente estudio. Además, se espera que esta investigación sea de utilidad para los estudiantes de la Universidad Jose Antonio Páez, quienes podrían realizar un mejor trabajo, en menor tiempo y obtener resultados positivos en las diferentes situaciones que podrían enfrentar.

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

#### 1. Planteamiento del problema

La salud oral es un aspecto fundamental de la salud general de los niños. Sin embargo, es común que los padres desconozcan su importancia y terminen descuidándola. Esta situación genera múltiples inconvenientes para los niños, incluyendo el desarrollo de hábitos orales incorrectos y patrones alimenticios inadecuados, los cuales pueden ocasionar la caries dental.

La caries dental es una enfermedad crónica que se presenta con frecuencia en la infancia y que conlleva graves repercusiones en la salud general del niño, incluyendo dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas a urgencias. Por esta razón, es indispensable que los infantes visiten periódicamente al odontólogo a temprana edad y si es posible desde sus primeros meses de vida.

En este orden de ideas es preciso citar la definición de salud bucodental según la Organización Mundial para la Salud (2012):

“la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”.  
(N.318)

En el contexto odontológico, los odontopediatras tienen regularmente el primer contacto con el niño y sus padres y hacen seguimiento a su crecimiento y desarrollo. Por lo tanto, la influencia que estos profesionales ejercen sobre el paciente y su familia durante las consultas, podría afectar el desenvolvimiento del paciente. Para lograr que los pacientes se adapten correctamente en la consulta es importante que el especialista identifique el comportamiento de cada uno de ellos, el cual podría variar

en el consultorio odontológico y estar sujeto a distintos factores como la edad o la actitud de los padres.

Así, es posible que existan niños que son cooperadores y receptivos a los tratamientos. Otros niños pueden tener comportamientos agresivos, temerosos, aprensivos, e incluso histéricos, los cuales reflejan miedo y ansiedad. Lo anterior podría resultar perjudicial para el tratamiento, retrasándolo o incluso impidiéndolo. Como se mencionó anteriormente, el comportamiento del niño se verá afectado por su miedo o ansiedad, ya que un consultorio odontológico le resulta totalmente desconocido.

En general, el miedo es un sentimiento que causa desequilibrios en el ánimo y puede traducirse en angustia, estrés y ansiedad. El miedo puede causar palidez, temblor, sudoración, aumento del ritmo cardiaco, entre otros. Además, podría argumentarse que el miedo es una condición innata. Todos los seres humanos nacen con miedo a lo desconocido y a ciertos estímulos. En el contexto de una consulta odontológica, los pacientes suelen experimentar temor a los ruidos fuertes. Cuando el dentista enciende la succión o acciona la turbina, algunos pacientes podrían experimentar tanto miedo y angustia que podrían llorar.

El miedo de los niños al dentista puede presentarse en distintos niveles que varían de un paciente a otro. Existen diferentes causas que pueden generar el miedo al dentista, como por ejemplo, el dolor o historial de una experiencia dolorosa y la vista o relación del olor del consultorio o unidad odontológica vinculados al dolor. Otros factores que pueden incidir en este tipo de miedo son los siguientes: ambientación dental poco atractiva, emociones relacionadas con posibles amenazas, relaciones familiares, crianza de los hijos y una preparación inadecuada para la primera visita al dentista.

En general, existen dos tipos principales de miedo, el miedo objetivo y el subjetivo. El primero se experimenta directamente, es decir, cuando la persona vive una experiencia traumática. El segundo surge a raíz de experiencias vividas de otras personas y es muy común en los pacientes pediátricos, los cuales son influenciados por las experiencias de sus padres. Por ello, es posible advertir que los padres juegan

un papel fundamental en las primeras consultas odontológicas del niño, debido a que los padres tienden a transmitir miedos causados por experiencias pasadas a sus hijos.

Ríos Erazo M, Herrera Ronda A y Rojas Alcayaga G (2014) definen la ansiedad como un estado psicológico que se presenta de manera desagradable y está asociado a cambios psicofisiológicos generados por un contenido intrapsíquico. La ansiedad es un sentimiento de miedo. Sin embargo, la mayoría de las veces las personas no son capaces de identificar las causas de la ansiedad, lo que conlleva a su aumento. La ansiedad dental puede presentarse de manera anticipada, es decir, sólo pensar en la visita al odontólogo, podría desencadenar el miedo. Por lo cual, algunas personas experimentan altos niveles de ansiedad con solo saber que tienen una cita con el dentista próximamente.

La ansiedad puede manifestarse de distintas formas como en los gestos, preocupación, inquietudes. En la consulta, la ansiedad puede causar que los niños actúen de forma retraída. En general, si la ansiedad en el paciente es demasiado intensa, su salud puede verse perjudicada, por lo cual es necesario controlarla. Existen diferentes grupos de ansiedad tales como: los físicos, psicológicos, de conducta, intelectuales o cognitivos. El tipo de ansiedad más frecuente en odontología es de conducta, el cual genera las siguientes manifestaciones en el paciente odontopediátrico: inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo, torpeza o dificultad para actuar y cambios en la expresividad corporal.

Debido a que el miedo y la ansiedad se reflejan en la conducta del paciente, el odontólogo debe tratar de disminuirlos. Tal disminución permitirá al odontólogo obtener resultados positivos en cuanto al tratamiento y en relación con la experiencia del paciente en la consulta, lo cual podría motivar al paciente a mejorar su salud oral. Entre las herramientas que ayudan a disminuir significativamente el miedo y la ansiedad, se encuentran las técnicas de adaptación previas al tratamiento.

En la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, se ha observado que para lograr la buena cooperación de los pacientes, se emplea regularmente la técnica de “decir-mostrar-hacer” (DMH). En la mayoría de los casos, esta técnica logra la aceptación del niño ante las labores odontológicas

clínicas durante su abordaje.No obstante, existen casos en los que algunos pacientes infantiles presentan inquietud y angustia ante los procedimientos pautados.

Frente a esta problemática, algunos especialistas implementan la relación dos a uno, es decir Odontólogo-Niño-Representante. En esta relación, el niño es el centro de atención de la familia y del personal odontológico, lo cual transmite confianza, respeto, carácter, comunicación y amistad, haciéndole comprender al niño que el tratamiento que está recibiendo es para su bienestar. Sin embargo, existen otras técnicas que podrían tener efectos positivos en la disminución del miedo y la ansiedad de los pacientes.

En virtud de lo anterior, es indispensable que en la Clínica del Niño y del Adolescente II se apliquen técnicas alternativas de adaptación en la consulta que disminuyan la ansiedad y el miedo del paciente. En este sentido, la presente investigación se basa en la necesidad de (1) emplear métodos alternativos como la técnica de Sonoviso; e (2) identificar métodos que reviertan exitosamente la aversión del niño a la consulta, logrando mayor docilidad y atención del niño para conquistar su confianza y relajación progresiva, obteniendo efectos positivos en los tratamientos odontológicos.

## 2. Formulación del problema

En ocasiones se presentan casos en donde los niños que acuden a consultas de odontopediatría experimentan altos niveles de miedo y ansiedad. Esta situación puede impactar negativamente los tratamientos odontológicos realizados en este tipo de paciente.

En la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, se aplican diversas técnicas para mitigar el miedo y la ansiedad de los pacientes odontopediátricos. Entre dichas técnicas de adaptación se encuentra, “decir-mostrar-hacer” (DMH). Sin embargo muchas veces no se logra disminuir por completo estas

emociones que causan repercusión al momento de la atención. Por ello se propuso la aplicación de una técnica distinta denominada Sonoviso.

Por lo cual, el presente trabajo tiene como propósito realizar un estudio comparativo entre las técnicas de adaptación Sonoviso y de “decir-mostrar-hacer” (DMH) a fines de dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál técnica es más efectiva para mitigar el miedo y la ansiedad en los pacientes odontopediátricos?

### 3. Objetivos de la investigación

#### 1. Objetivo general

Determinar la efectividad de las técnicas de adaptación Sonoviso y “decir-mostrar-hacer” (DMH), mediante un estudio comparativo de los resultados de su aplicación durante la atención odontológica, en pacientes de 5 a 8 años de edad que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez.

#### 2. Objetivos Específicos

1. Observar la ansiedad y comportamiento de los pacientes de 5 a 8 años de edad, que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez.
2. Analizar la ansiedad y comportamiento de los pacientes de 5 a 8 años de edad, que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, luego de aplicar la técnica de adaptación Sonoviso.

3. Evaluar la ansiedad y comportamiento de los pacientes de 5 a 8 años de edad, que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, luego de aplicar la técnica de adaptación de “decir-mostrar-hacer” (DMH).
4. Comparar la efectividad de las técnicas de adaptación Sonoviso y “decir-mostrar-hacer” (DMH) aplicadas a los pacientes de 5 a 8 años de edad, que asisten a la clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez.
5. Justificación de la Investigación

En general, el miedo y la ansiedad son fenómenos que influyen directamente en la conducta de los pacientes y podrían dificultar el trabajo de los odontólogos. Por ello, es indispensable que los estudiantes y profesionales conozcan correctamente las técnicas de adaptación existentes, para prevenir situaciones de fobia o rechazo a la consulta y saber cómo actuar en caso de que se presenten. Lo anterior brindaría a los estudiantes mayor seguridad y mejor desempeño al momento de trabajar.

Los resultados del presente proyecto ayudarán a los estudiantes de odontología, específicamente aquellos que cursan la asignatura de Clínica del Niño y del Adolescente en la Universidad José Antonio Páez, a evaluar los niveles de ansiedad y miedo que los pacientes pueden sufrir antes de consulta. Al comparar la efectividad de las técnicas de Sonoviso y de “decir-mostrar-hacer” (DMH), los odontólogos podrían definir cuál será de mayor utilidad y cual se debe aplicar en cada caso concreto. Adicionalmente, se espera que el estudio contribuya en la disminución de los niveles de miedo y ansiedad del paciente hasta lograr un estado óptimo, lo cual mejorará la relación odontólogo-paciente.

## 6. Alcance y Limitaciones

Esta investigación está limitada al estudio de diversos casos de niños odontopediátricos que asisten a la consulta odontológica de las diferentes clínicas del niño y el adolescente en la Universidad José Antonio Páez durante el período lectivo 2018-I.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 1. Antecedentes de la Investigación

El odontólogo suele enfrentarse a numerosos factores negativos al momento de la consulta pediátrica. Entre dichos factores se encuentran el miedo, la ansiedad y la falta de interés y motivación de los padres hacia sus hijos para que reciban tratamiento odontológico a tiempo. Por ello se han realizado numerosas investigaciones sobre cómo se puede disminuir o evitar este tipo de situaciones.

Entre los antecedentes más relevantes del presente trabajo, se encuentra la investigación realizada por García Génesis y Rodríguez Edixon (2017), cuyo objetivo fue describir las condiciones necesarias para la aplicación de la técnica Sonoviso en pacientes odontopediátricos que acuden a la Universidad José Antonio Páez en el periodo lectivo 2017-1. Conforme a los resultados de dicha investigación, la Universidad José Antonio Páez no cuenta con un área adecuada para adaptar al niño previo a ser atendido en la consulta odontológica. Además, se determinó que el personal de la Universidad no cuenta con el conocimiento necesario para aplicar un Sonoviso como técnica de adaptación.

Por otra parte, Lizelia Alfaro, Ketty Ramos, Adriana Redondo M., FarithDamiang., (2014) realizaron un estudio titulado “Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad”. Dicho estudio evaluó los cambios producidos por una estrategia de intervención educativa basada en la implementación de un protocolo para disminuir miedo y ansiedad dental. A fines del estudio, se consideró una población de 103 niños que asistieron a la IPS MEIN SALUD.

En general, la utilización del mencionado protocolo previo permitió: (1) brindar tratamientos seguros, de calidad, en menor tiempo y con menos riesgos de daño físico o psicológico, y (2) disminuir el miedo y la ansiedad en los niños, lo cual mejoró su

comportamiento y facilitó las consulta odontológicas. Además, la investigación reveló que los niños con alto nivel de escolaridad obtuvieron mejores resultados en la disminución del miedo y la ansiedad dental.

En una investigación realizada por Gheraldyne Escalon y María Eugenia Figueroa (2013), se evaluó la efectividad de la musicoterapia como método de relajación en la consulta odontológica. Dicha investigación consideró factores como temperatura corporal, frecuencia respiratoria, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y frecuencia cardiaca para comprobar la influencia de diversos géneros musicales como coadyuvantes en la consulta odontológica.

A fines de la citada investigación, se consideró una población compuesta por 52 pacientes de entre 3 y 10 años de edad. Los resultados de la investigación determinaron que la musicoterapia tiene poca efectividad para la disminución del miedo en los pacientes, ya que las variables fisiológicas no mostraron cambios significativos (manteniendo similitud en el antes y el después de la exposición al estímulo musical).

Finalmente, la investigación realizada por Bancalari y Oliva (2012), citado por Gheraldyne Escalón y María Eugenia Figueroa (2013), tuvo los siguientes objetivos y resultados:

“Determinar el efecto de la musicoterapia aplicada durante la sesión clínica, sobre los niveles de estrés de los usuarios internos de la Clínica de Odontología de la Universidad del Desarrollo de Chile. Realizaron un estudio de intervención con una población de 84 cada uno, de los cuales se dividió en grupo intervenido y un grupo control. Se diseñó una investigación de intervención longitudinal. Recolectaron los datos mediante el uso de una escala adaptada para la investigación, en donde se realizaron 18 preguntas que abordan las manifestaciones psicológicas del participante con el fin de determinar su nivel de estrés. Los datos obtenidos demostraron cambios en el nivel de estrés entre el grupo control y el grupo experimental, arrojando valores  $p$  menores a 0,05. Demostrando que la musicoterapia aplicada durante la sesión dental disminuye los niveles de estrés de los usuarios internos”(pág.13)

Los antecedentes mencionados anteriormente guardan estrecha relación con la presente investigación. En general, los estudios citados demuestran que las consultas

odontológicas pueden alterar el estado de ánimo de los niños, causándoles fobia, estrés y miedo. Por otra parte, la utilización de técnicas para disminuir el miedo en los pacientes son herramientas poderosas para asegurar la efectividad del tratamiento odontológico.

Adicionalmente, los estudios revelan que la aplicación de técnicas de musicoterapia infantil (tal como el Sonoviso), pueden controlar emociones como la ansiedad y el miedo. Su utilización permite que el niño se sienta cómodo y relajado (antes y después el tratamiento). Además, este tipo de técnica permite que la sesión clínica se desarrolle en un ambiente de serenidad y confort para el paciente. Esto permite que el especialista pueda ejecutar el procedimiento odontológico exitosamente.

Ahora bien, si bien los resultados de los trabajos citados son relevantes para el presente trabajo, su alcance no permite determinar la efectividad de la aplicación de la técnica de Sonoviso. Es por ello que el presente trabajo de investigación propone aplicar la técnica de Sonoviso en la Universidad José Antonio Páez y comparar su efectividad con respecto a la técnica de “decir-mostrar-hacer” (DMH). En general, se espera que los resultados de la investigación contribuyan a mejorar la calidad de la atención odontológica en las clínicas del niño y del adolescente.

## 2. Bases Teóricas

### 1. Definiciones básicas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948), la salud es “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por consiguiente, ningún individuo se debe considerar sano, si hay presencia de alguna afección oral.

En este contexto, la odontología es responsable del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático, las cuales deben ser abordadas desde muy temprana edad. Por su parte, la odontopediatría es la rama de la

odontología responsable del ejercicio profesional, la enseñanza y la investigación para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento integral del sistema estomatognático del niño durante el período perinatal, la niñez y la adolescencia.

## 2. La conducta.

El éxito de la atención en odontopediatría, radica generalmente en el manejo de la conducta. Según Bleger (1969), la conducta “es el conjunto de operaciones fisiológicas, motrices, verbales y mentales por las cuales un organismo en situaciones reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades”.

La conducta puede variar en cada paciente. En el niño, la conducta puede ser influenciada por factores como las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de salud en que se encuentre, las condiciones socio culturales de los padres y otras variables que inciden en el comportamiento del niño en la consulta odontológica. Dichas variables se refieren a:

1. Ambiente odontológico: Para un niño el ambiente odontológico contiene distintos eventos aversivos, tales como, gente desconocida, procedimientos extraños y máquinas atemorizantes. Por lo tanto es indispensable que el paciente se encuentre en ambientes odontológicos agradables, en donde se pueda sentir seguro. La sala de espera debe ser iluminada, alegre, cálida y si es posible debe contar con un ambiente musical tranquilizante para ayudar a cubrir ruidos inevitables en el consultorio que puedan generar ansiedad, estrés y miedo al momento de la consulta. En síntesis, se requiere una atmósfera de confianza en un ambiente odontológico placentero y armonioso para que el niño este relajado y sea más fácil adaptarlo y realizarle el tratamiento.

2. Odontólogo: El abordaje que el odontólogo emplea hacia el niño es determinante en sus reacciones futuras al tratamiento, de allí la responsabilidad del profesional que lo trata. El odontólogo que atiende niños debe gustarle lo que hace, ser tolerante, paciente y cariñoso, mostrar empatía por su paciente y ser capaz de ganarse su confianza y la de sus padres. Debe ser seguro de sí mismo y de sus actividades ya que los niños son capaces de percibir la más mínima muestra de inseguridad, pudiendo afectar su confianza.
3. Personal auxiliar: El personal auxiliar debe seguir los mismos lineamientos que el odontólogo, por lo que su entrenamiento es importante para la efectividad del trabajo en equipo. Tanto la recepcionista, como la secretaria y cualquier empleado del consultorio debe dar un trato amable y cálido al paciente y sus padres, ya que sus formas de expresarse pueden influenciar notablemente la actitud del niño. Los auxiliares de odontología son a menudo los primeros en recibir al paciente cuando entra en la consulta, por lo que deben saludarle con cordialidad y profesionalidad.
4. Los padres: Los padres son de tal importancia que en odontopediatría se dice que la relación odontólogo-paciente deja de ser un binomio, para convertirse en un triángulo, en cuyos vértices se encuentra: el odontólogo, el niño y sus padres.
5. El niño: La conducta del niño podría ser influenciada por las variables mencionadas anteriormente. Es importante destacar que los datos aportados por el paciente y sus familiares permitirán al odontólogo conocer y percibir al niño en su totalidad. En general, al estar en consulta, el niño se enfrenta a un conjunto de situaciones que son totalmente desconocidas. Lo anterior genera en el niño diferentes emociones y sentimientos como el miedo, el cual es una respuesta natural cuando un individuo afronta nuevas situaciones.

## 6. El miedo.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua (2004), la palabra “miedo” proviene del latín “metus” y se define como “un sentimiento, estado afectivo o sensación que provoca una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo, daño real o imaginario”. Este se manifiesta con una sensación de aprehensión o inquietud, pero puede alcanzar niveles extremos como terror o pánico. Cabe destacar que los psicólogos aseguran que la tensión de alerta causada por el miedo es necesaria para sobrevivir, sirve para superar los peligros reales y además ayuda a los individuos a defenderse de la angustia.

Existen tres categorías de miedo: innatos, de desarrollo y por experiencias traumáticas. Los temores innatos son los que el individuo trae al nacer (miedo a los ruidos intensos y repentinos, a perder equilibrio, a las tormentas o a objetos que se acercan rápidamente). Los temores de desarrollo, los cuales aparecen en determinadas edades, se relacionan con fantasías inconscientes (por ejemplo, miedo a la oscuridad o a lo desconocido). Por último, los temores por experiencias traumáticas están relacionados con experiencias difíciles vividas, a veces repetidas, que dejaron huellas en las personas (por ejemplo, nacimiento traumático, intervención quirúrgica o algún accidente).

También existe el miedo dental infantil. De acuerdo con Gheraldyne Escalona y María Eugenia Figueroa (2013)

Los niños experimentan miedo y temor cuando visitan al odontólogo, impidiéndoles incluso dormir la noche anterior. Este sufrimiento se ve traducido no sólo por experiencias de maltrato recibido, sino por conflictos expresados en la boca. Por eso es tan importante conocer la historia biopatológica, ya que el síntoma no es casual ni arbitrario. En la boca están expresadas las emociones más primitivas del placer, dolor, agresión y pérdida, la situación resulta de por sí angustiante si se tiene en cuenta, la posición que adopta el pequeño en el sillón que lo deja en un estado de indefensión, sumado a que

en muchos casos llega con dolor. Se completa así un cuadro en el que es necesario actuar acorde a lo que aqueja al paciente, brindándole un ambiente de confianza

Eisenberg (1993), plantea que, el miedo hacia el odontólogo, se origina a partir de dos tipos de miedo fundamentales:

1. Los miedos subjetivos: Son el resultado de situaciones imaginarias que se crean en la mente, a partir de escuchar malas experiencias de otras personas con el odontólogo y/o que son inculcadas desde la infancia (por ejemplo, cuando los padres amenazan con llevar al niño al odontólogo). Se caracterizan por ser temores infundados ya que carecen de todo fundamento lógico.
2. Los miedos objetivos: Este tipo de miedos se desarrollan a partir de haber experimentado personalmente situaciones desfavorables con uno o varios odontólogos. Lamentablemente aún existen dentistas que están pobremente capacitados y poco calificados para ejercer apropiadamente la profesión, factor que va repercutiendo progresivamente en que el infante quiera asistir con menor frecuencia a la consulta odontológica.

Ahora bien, la mayoría de las veces el miedo viene acompañado de ansiedad, la cual se presenta generalmente con anterioridad al tratamiento. Algunos pacientes que le temen al odontólogo, pueden experimentar ataques de ansiedad incluso antes de llegar al consultorio.

3. La ansiedad.

La ansiedad es un patrón de conducta complejo, asociado a una activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos (cognitivos y somáticos) y externos (ambientales). Este patrón puede aparecer antes y durante el proceder

odontológico, aún y cuando los odontólogos no sean capaces de identificarlo en la consulta.

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas”, que significa congoja o aflicción. Horacio (2002) la define como “un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se evidencia como una amenaza inminente”. Antes y durante la atención clínica el miedo leve y ansiedad son esperables, consistentes con un desarrollo normal, pero se vuelven una preocupación y una potencial necesidad de tratamiento cuando son desproporcionados al trato y deterioran o afectan la vida diaria del paciente (Klingberg y cols.).

La ansiedad también puede definirse como un estado psicológico desagradable, asociado a cambios psicológicos que serían la manifestación de un contenido intrapsíquico. La ansiedad también es un concepto multidimensional, el cual consta de 3 componentes de respuesta que interactúan entre sí: el cognitivo, el fisiológico y el motor.

#### 1. La ansiedad dental.

Según Alnamankany de Souza y Ashley, la ansiedad dental es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza. Este tipo de ansiedad es una experiencia individual, subjetiva, que varía entre las personas y genera una serie de impacto en la vida cotidiana, siendo una importante barrera para la búsqueda de atención dental.

El porcentaje de niños con altos niveles de ansiedad dental varía ampliamente dependiendo de las características de la población infantil estudiada (edad, pertenencia a población general o clínica, primera visita o no al dentista, etc.), de los procedimientos de evaluación de la ansiedad o miedo dental, y de los criterios de definición de la ansiedad o el miedo dental elevado o patológico.

Según estudios, la ansiedad dental en niños se presenta en los siguientes porcentajes en los países mencionados a continuación: un 5,7% de niños daneses (Wogelius, Poulsen&Sorensen, 2003); un 10,8% de niños ingleses (Milsom, Tickle, Humphris&Blinkhorn, 2003); un 11,6% de niños jordanos de escuelas públicas y el 6,9% de los pertenecientes a escuelas privadas (Taani, 2002); y el 20% de niños norteamericanos (Baier, Milgrom, Russell, Mancl&Yoshida, 2004).

## 2. Instrumentos para medir la ansiedad dental.

Existen diferentes instrumentos para medir los niveles de ansiedad. El cuestionario “ChildrensFearSurvey Schedule dental subscale (CFSS-DS)” creado por Cuthbert, tiene como objetivo identificar el nivel de ansiedad dental en niños de 4 a 12 años. El instrumento implica la realización de 15 preguntas relacionadas con el tratamiento, cuyas respuestas varían de 1 a 5 de manera ascendente (es decir, 1 no representa miedo y 5 manifiesta mucho miedo). El desarrollo de la habilidad lectora en niños menores de 6 años puede dificultar los resultados las puntuaciones.

Otro instrumento es el “Venham Picture test (VPT)” creado por Venham en 1977. Es una de las pocas escalas con imágenes disponibles y consiste en 8 tarjetas de niños en diversas situaciones dentales. En cada tarjeta hay 2 figuras, una feliz y otra representando un niño angustiado. Se le debe preguntar al niño como se sentiría acerca de visitar al dentista y señalar la figura que represente mejor su estado de ánimo.

Por último, el “FaceImageScaleFIS” creado por Buchanan y Niven, el cual está dirigido a niños de 3 a 18 años. Consiste en una hilera de cinco caras que van de mucha felicidad a mucha infelicidad y se le pide al niño que señale la cara que represente cómo se siente en ese momento. Es el más fácil de aplicar. Es recomendado para niños pequeños por su simplicidad, ya que toma poco tiempo (menos de 1 minuto).

Con base en el sentimiento de miedo o fobia que los niños presentan durante los tratamientos odontológicos es posible establecer un determinado patrón de conducta. Conforme a la Escala de Frankl, el comportamiento de los niños en consulta puede clasificarse de la siguiente manera:

1. Tipo I: Definitivamente negativo

1. Rechaza el tratamiento.
2. Llanto intenso.
3. Movimientos fuertes de las extremidades.
4. No es posible la comunicación verbal. Comportamiento agresivo.

5. Tipo II: Levemente negativo

1. Rechaza el tratamiento.
2. Movimientos leves de las extremidades.
3. Comportamiento tímido-bloquea la comunicación.
4. Acepta y acata algunas órdenes.
5. Llanto monotónico.

6. Tipo III: Levemente positivo

1. Acepta tratamiento de manera cautelosa.
2. Llanto esporádico.
3. Es reservado.
4. Se puede establecer comunicación verbal.
5. Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo.

6. Tipo IV: Definitivamente positivo

1. Cooperación.
  1. Buena comunicación.
  2. Motivación e interés por el tratamiento.
  3. Relajación y control de las extremidades. (Giraldo y Londoño, 2014, p.8).
4. Técnicas de adaptación

Adaptar al niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante un proceso de enseñanza - aprendizaje a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que promueven en el niño una actitud positiva hacia la Odontología.

Es por ello que en el área de la odontopediatría, existen diversas técnicas de adaptación dirigidas a disminuir los niveles de ansiedad, miedo o fobia de los niños, para que el odontopediatra mantenga el control de la situación y sea más efectivo el tratamiento a realizar.

1. Técnicas de adaptación según Bordoni.

A continuación se presenta la clasificación de las técnicas de adaptación según Bordoni (2004).

1. *Técnicas de adaptación comunicativas.*

1. Decir, mostrar, hacer. Consiste en que el paciente conozca con antelación los procedimientos que se le realizarán, explicándolos de manera secuencial. Es decir, primero se le explica, en un lenguaje adecuado para su desarrollo, el procedimiento que se va a aplicar (decir), luego se hace una demostración (mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (hacer). (p.18).

2. Control de voz. Consiste en reestablecer una comunicación perdida debido a una conducta no colaboradora; en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, para tratar de conseguir la atención del niño y remarcar la intención de que es el propio profesional quien toma las decisiones. (p.19).
3. Comunicación no verbal. Consiste en la utilización de actitudes como el cambio en la expresión facial, la postura y el contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento.” (Bordoni, 2004, citado por Figueira y Sierra, 2016, p.21).
4. Manejo de la contingencia. Conforme a la opinión de Castillo (1996), citado por Figueira y Sierra (2016), es una técnica que consiste en: “...utilizar reforzadores positivos o negativos ya sean materiales, sociales o de actividades en los pacientes dependiendo de la conducta que estos muestren” (p.21).
5. Refuerzo positivo. Según Bordoni (2004), esta técnica busca reforzar una conducta mediante la aprobación de un comportamiento deseado. En cuanto a los premios o regalos al final de la cita, son útiles como reforzadores sociales y para establecer una buena empatía con el paciente, pero no son condicionantes ya que no pueden ser utilizados inmediatamente. (p.21).
6. Refuerzo negativo. Esta técnica pretende: “...modificar un comportamiento no deseado mediante la eliminación de una causa de mal comportamiento, como retirar a los padres de la sala de trabajo condicionando su regreso a la mejoría de la conducta”. (Bordoni, 2004), (p.22).
7. Desensibilización. Esta técnica se utiliza para reducir los temores y la tensión del paciente. Es de uso regular en odontología, iniciando por los

procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para después (Soto, 2005), (p.22).

8. Tiempo fuera. Según Bordoni (2004) es una variación del refuerzo negativo para pacientes de mayor edad, que consiste en suspender temporalmente el tratamiento, dentro de la misma cita o darla por terminada y pedirles al paciente y sus padres que regresen cuando estén preparados para cooperar (p.23).
9. Distracción contingente. Consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento, mientras que se condiciona su conducta mediante el manejo de contingencias. Puede implementarse con la ayuda de medios audiovisuales o auditivos. (Bordoni, 2004), (p.23).
10. Escape contingente. Esta técnica busca que el paciente controle la situación, por lo que con una indicación suya, por ejemplo, al levantar la mano, podrá interrumpir temporalmente el tratamiento. (Bordoni, 2004), p.23).
11. Modelamiento. Consiste en permitir al niño observar a otros niños adaptarse a un tratamiento odontológico y así prepararlos para aceptar el tratamiento y mostrarles lo que se espera de ellos. No se requiere características especiales para realizar la técnica, no influye el sexo o raza, pero si la edad y la experiencia previa. Se ha demostrado que el modelado reduce el temor en niños y niñas entre 3 y 13 años de edad. Los niños con experiencia odontológica previa han mostrado beneficiarse menos con la técnica que aquellos que no la han tenido. Sin embargo, el modelado en combinación con otras técnicas como decir-mostrar-hacer, o refuerzo positivo, si parece ser efectivo. (Cadavid, Giaimo y Cárdenas, 1999, p.5).

12. Farmacológicas y anestesia general. Según Bordoni (2004), esta técnica es aplicada en casos en donde no es posible alcanzar los objetivos del tratamiento mediante manejos no farmacológicos. Por lo que es necesario considerar opciones diferentes, como la sedación o la anestesia general (p.24).

1. *Técnica de adaptación no comunicativa.*

En ese tipo de técnica se encuentra la inmovilización física. La inmovilización física “busca restringir firmemente las articulaciones, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo”. (Bordoni, 2004), (p.24).

13. Las técnicas de Sonoviso y de Decir-Mostrar-Hacer

En la mayoría de los casos, las técnicas descritas anteriormente han demostrado ser de gran utilidad en las consultas odontopediátricas. Sin embargo, existen algunos casos en los que el empleo de estas técnicas podría no ser eficiente.

Las técnicas de adaptación Sonoviso y “decir-mostrar-hacer” (DMH), son de gran utilidad para disminuir la ansiedad, el miedo o la fobia de los niños en las consultas odontológicas. Estas técnicas representan una visión didáctica que logra captar la atención de los niños, facilitando la realización de los tratamientos odontológicos.

1. La técnica de Sonoviso

Un sonoviso es una composición montada en forma de secuencia, de imágenes fijas acompañada con audio en las que se pueda narrar algo, no son solo canciones, son efectos para darle forma a la historia y poderla entender mejor. En un sonoviso se puede contar todo tipo de historia pero se debe realizar sin voces ni textos,

simplemente con imágenes y efectos musicales que forman una historia. Se debe realizar en un programa de edición en donde se puedan insertar imágenes, música, etc. Además también se deben tener fotos claras, con una buena calidad y que se note la secuencia que se quiere mostrar. Es así como se le puede dar una visión al paciente de lo que se le va a realizar, o a lo que se va a enfrentar al momento de la atención odontológica teniendo un conocimiento previo de su tratamiento y de esta manera ir disminuyendo el miedo a una situación que le es desconocida.

Según Jiménez (1985) el uso de medios audiovisuales presenta los siguientes beneficios:

1. Tienen poder de atracción debido a que despiertan la atención de la gente por el uso de combinado del color, el sonido y el movimiento.
2. Despiertan y mantienen el interés. Por su novedad provocan la curiosidad, que es considerada una de los principios del interés.
3. Amplían la duración del aprendizaje, pues permiten grabar con intensidad las imágenes en la memoria, con lo cual incrementa retención.
4. Acción persuasiva, debido en gran parte a que “muestran” aspecto de la vida real.

#### 1. La técnica de Decir-Mostrar-Hacer

La técnica de Decir-Mostrar-Hacer se describe clásicamente con el nombre de tell-show-do (TSD). Habitualmente se conoce por la técnica del diga-muestre-haga o de la triple E (EEE) explique-enseñe-ejecute. La idea es familiarizar al niño con ambientes, instrumentos y gente nueva. El odontólogo le explica al niño de qué

situación se trata y que se va a hacer, considerando el nivel cognoscitivo del paciente, El principal objetivo de esta técnica es aliviar los temores, conformar las respuestas del paciente y señalar expectativas de conducta.

La técnica de Decir-Mostrar-Hacer está indicada en los pacientes que puedan comunicarse y las únicas contraindicaciones son los pacientes muy pequeños que no comprenden lo que el odontólogo trata de explicar o las emergencias dentales y traumatismos. Una opción inicial es mostrar cómo debe llevarse a cabo la profilaxis y mostrar el cepillo especial y cómo gira la pieza de mano. Es necesario agregar elogios para reforzar de inmediato el buen comportamiento durante cualquier tratamiento actual y subsecuente. Por otra parte, las explicaciones no deben prolongarse, ya que pueden confundir al paciente y causar ansiedad. Los tratamientos se deben hacer de manera sencilla y casual. Se recomienda utilizar esta técnica durante toda la cita, para lo cual es de utilidad un espejo de cara.

Además de lo mencionado anteriormente, se debe recalcar que la comunicación es indispensable para la buena adaptación del paciente. Por lo cual, el odontólogo debe tener una buena comunicación, tanto a nivel verbal como paraverbal (ej. contacto visual). Ya que, una vez que el niño establezca una conversación con el odontólogo dará resultado a que se sienta suficientemente relajado y de esta manera proceder a una ordenada explicación de los procedimientos. Llevando a cabo una consulta en donde el paciente se pueda sentir a gusto desde el principio.

## 5. Bases Legales

De acuerdo con el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la salud es un derecho social fundamental y una obligación del Estado. El Estado debe promover y desarrollar políticas para elevar la calidad de vida, el bienestar y el acceso a los servicios. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de la salud y el deber de participar activamente en su promoción y defensa.

Por su parte, el artículo 42 de la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (2015), establece que los padres, los representantes o responsables son los

garantes inmediatos de la salud de los niños y adolescentes bajo su Patria Potestad, representación o responsabilidad. Adicionalmente, los padres están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos establecidos para velar por la salud de los niños y adolescentes.

Según el artículo 43 de la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (2015), “establece que los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados veraz y oportunamente sobre su estado de salud. En este sentido, el Estado y la sociedad deben garantizar programas de información y educación para niños y adolescentes en relación con estas materias”.

En relación con el ejercicio de la profesión de la odontología, el artículo 17 del Código de Deontología Odontológica (1992) establece que los odontólogos deben prestar atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos disponibles, debiendo procurar que sus indicaciones terapéuticas se cumplan. Por otro lado, el artículo 18 de dicho código establece que los odontólogos deben (i) tener como principal objetivo la conservación de la salud del paciente; (ii) asegurarle al paciente todos los cuidados profesionales; y (iii) actuar con serenidad y delicadeza.

## 6. Definición de Términos

**Ansiedad:** es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos

**Apego:** se define como una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida a algo o alguien, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección.

**Estrés:** es un estado de sobreesfuerzo (generalmente psíquico) del organismo. El estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o ansioso y no afecta a todas las personas de la misma forma.

**Fobia:** Es un temor o miedo, irracional e incontrolable, frente a un objeto, animal o situación.

**Medio Psicoprevención:** es un complemento a la prevención de riesgos. Es aquella rama de la psicología laboral que tiene como objetivo cambiar actitudes y modificar conductas inadecuadas, con el fin de realizar un trabajo seguro y, por lo tanto, sin riesgos de accidentes.

**Miedo:** es una emoción caracterizada por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado.

**Miedo Psicofisiológico:** es la interrelación entre las funciones corporales, especialmente del sistema nervioso y de las glándulas endocrinas, y el comportamiento humano

**Odontofobia:** Es un miedo anormal, persistente e injustificado llegado el momento de la atención dental, a veces antes incluso. Miedo casi tormentoso a las intervenciones sobre los dientes o a una cirugía dental.

**Temor:** Sospecha de que algo es malo o puede conllevar un efecto perjudicial o negativo.

**Tensión:** Se usa para referirse a un estado animico, se le conoce como estrés.

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 1. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de campo. Chávez (2007, p. 133) expresa que el tipo de investigación “se determina de acuerdo con el tipo de problema que el lector desea solucionar, objetivos que pretenda lograr y disponibilidad de recursos”. El investigador debe indagar sobre que otros criterios clasificarán su estudio, con el objeto de completar tal explicación, señalando de esta manera las razones consideradas para incluirlas en los diversos tipos, basándose en la realidad de su trabajo científico.

#### 2. Nivel de la investigación

Según, Tamayo (2007), se refiere a las investigaciones descriptivas como el registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos; trabajando así, sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. Asimismo Hernández y Colbs (2003) define que, “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (p.52)

#### 3. Diseño de la investigación

La presente investigación es de diseño cuasi experimental. Arnau (1995) define el diseño cuasi-experimental como un plan de trabajo con el que se pretende estudiar el impacto de los tratamientos y/o los procesos de cambio, en situaciones donde los sujetos o unidades de observación no han sido asignados de acuerdo con un criterio aleatorio.

Por su parte, Cook y Campbell (1986) afirman que los cuasi-experimentos se asemejan a experimentos de asignación aleatoria en todos sus aspectos excepto, en que no se puede presumir que los diversos grupos de tratamiento sean inicialmente equivalentes dentro de los límites del error muestral (p. 142). En el experimento, el investigador maneja de manera deliberada la variable experimental y luego observa lo que ocurre en condiciones controladas”.

Con base en el diseño citado, el presente trabajo implicó la aplicación de las técnicas de Sonoviso y de “decir-mostrar-hacer” (DMH) a los niños de la Clínica del niño y Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez. Específicamente, se aplicó el diseño cuasi-experimental para determinar el impacto de las técnicas en los niños que asistieron a las consultas odontológicas, y se observaron los resultados de manera controlada.

#### 4. Población y muestra

Para Corbetta (2007), la población como “un conjunto de N unidades, que constituyen el objeto de un estudio; donde N es el tamaño de la población”. (p. 274). En cuanto a la noción de muestra, Bavaresco (2006), expresa que “cuando se hace difícil el estudio de toda la población, es necesario extraer una muestra, la cual no es más que un subconjunto de la población, con la que se va a trabajar” (p. 92)

En la presente investigación se trabajó con una muestra de cuarenta y nueve (49) pacientes comprendidos en edades de 5 a 8 años de edad, en etapa preescolar que

asistieron a la Clínica del Niño y el Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo lectivo 2018-1. En el municipio de San Diego del estado Carabobo.

## 5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Según Rodríguez Peñuelas (2008:10) las técnicas, son los medios empleados para recolectar información, entre las que destacan la observación, cuestionario, entrevistas, encuestas. Por su parte, Arias (1999) asegura que “Los instrumentos son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información (pág.53)

La Escala de Valoración del Comportamiento es probablemente la escala de clasificación de comportamiento utilizada con más frecuencia (Frankl, 1962; Kingberg y Broberg, 2007). En la presente investigación se utilizó la Escala de Valoración de Comportamiento expuesta por Pizano y Bermúdez (2003).

A fines del presente trabajo, el odontólogo, como evaluador del comportamiento del niño en el sillón, aplicó la Escala de Valoración de Comportamiento en la clínica. Para efectos de este estudio, los términos “negativo” o “definitivamente negativo” según la Escala de Comportamiento de Frankl, fueron utilizados para describir un mal comportamiento. Dicha escala de comportamiento es la más usada y permite comparar con estudios previos. (**Ver anexo 4.**)

Para evaluar la ansiedad dental se aplicó la Escala “Facial ImageScale” o “FIS” (Buchanan y Niven, 2002). Se les pidió a los niños que indicaran con el dedo con cuál imagen se sentían identificados en el momento previo a los procedimientos odontológicos, en un entorno clínico. Se designó la figura representativa 4 como “triste” y a la figura 5 como “muy triste”, siendo ambas consideradas como ansiedad dental (Buchanan y Niven, 2002). La figura 3 se designó como cara “indiferente”, la figura 2 como cara “feliz” y la figura 1 como cara “muy feliz”. (**Ver anexo 3.**)

## 6. Validez y Confiabilidad del Instrumento

### 1. Validez de contenido

Chávez (2007) define la validez como la eficacia con que un instrumento mide lo que pretende el investigador; es decir, la validez de una escala se relaciona con la confiabilidad del instrumento. Por su parte, Méndez (2007, p. 298), define la validez como “el grado en que una prueba mide lo que se propone medir”, este aspecto es de gran importancia porque asegura al investigador que la información obtenida le servirá a su propósito.

### 2. Confiabilidad del instrumento de medición

Para AnderEgg (2002), el término confiabilidad se refiere a "la exactitud con que un instrumento mide lo que pretende medir. (p. 44). Por lo tanto los autores de estos instrumentos sostienen que las escalas aplicadas a la muestra son válidas y confiables.

### 3. Técnica de análisis de datos

Rodríguez Peñuelas (2010, p.32), señala que el método cuantitativo se centra en los hechos o causas del fenómeno social, con escaso interés por los estados subjetivos del individuo. Este método utiliza el cuestionario, inventarios y análisis demográficos que producen números, los cuales pueden ser analizados estadísticamente para verificar, aprobar o rechazar las relaciones entre las variables definidas operacionalmente. Además, regularmente la presentación de resultados de estudios

cuantitativos viene sustentada con tablas estadísticas, gráficas y un análisis numérico. El método cuantitativo, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010), utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Dichos autores señalan además que este enfoque es secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente y no se puede “brincar o eludir” pasos. En esta técnica el orden es riguroso, aunque desde luego, se puede redefinir alguna fase y parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación. Se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 1. Presentación de los resultados

El propósito de este capítulo es resumir las observaciones realizadas a fines de dar respuesta a las interrogantes de la investigación. Los datos, a partir de los cuales el investigador inicia el análisis, son diferentes según el nivel de elaboración realizado, el cual depende de la naturaleza del problema de investigación y, consecuentemente, del tipo de investigación; también de las técnicas y procedimientos seguidos en la elaboración.

En este capítulo, se muestran los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes que acuden a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez. En este sentido, se analizaron las variables en estudio, utilizando los indicadores con sus respectivas dimensiones e ítems.

La información registrada se tabuló de acuerdo al número de ítems que conforman el cuestionario, presentada en cuadros que muestran las frecuencias y posteriormente en gráficos de barras, donde se exponen los cambios que evidencian la efectividad de las técnicas de adaptación Sonoviso y “decir-mostrar-hacer” (DMH) mediante un estudio comparativo, durante la atención odontológica. Al final, se presenta la discusión de los resultados y las conclusiones obtenidas del análisis de los resultados en relación con los objetivos específicos.

Para los estudios realizados se subdividió la población total de 49 pacientes en dos grupos de 24 y 25 niños, en los cuales se aplicó el Sonoviso a un grupo y el método de “decir-mostrar-hacer” (DMH) a otro, a través de los modelos del FIS en donde se pudo evaluar la ansiedad desde un nivel cognitivo y el modelo de

FRANKL queda de igual manera mide la ansiedad pero desde una dimensión comportamental del paciente.

## 2. Análisis de los Resultados

Para lograr el manejo eficaz de las emociones del niño en la consulta odontológica, el odontólogo debe procurar la colaboración del niño durante el tratamiento. A tales fines, el odontólogo debe implementar procesos de enseñanza y aprendizaje, promoviendo una actitud positiva hacia la consulta. La técnica que el odontólogo seleccione influirá notoriamente en el estado emocional del niño.

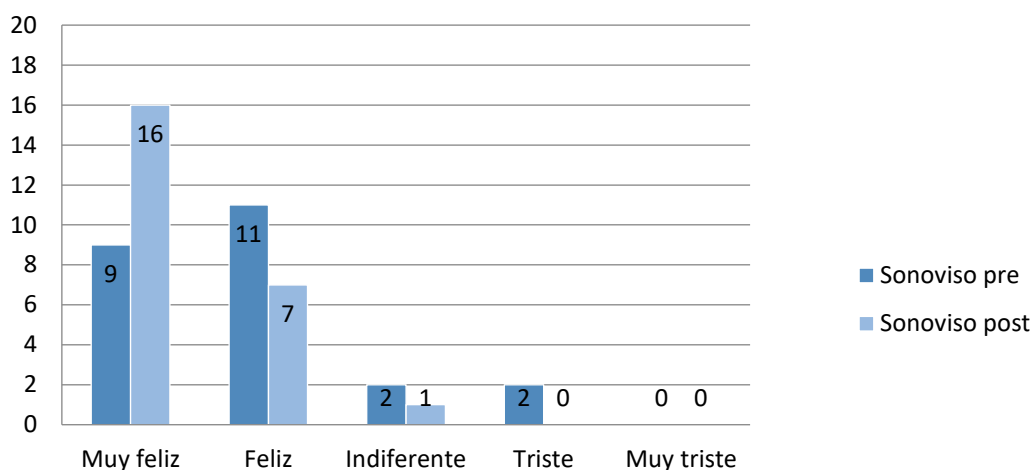
Ítems: Escala de ansiedad: Según FIS

Dimensión: Efectividad

Variable: Técnicas de adaptación

**Cuadro N° 1:** Cuadro representativo por porcentaje de la ansiedad manifestada por los pacientes que acuden a la Clínica del Niño y del Adolescente II, previa al tratamiento y luego de aplicar la técnica Sonoviso, evaluado desde la escala cognitiva según FIS.

|             | Pre | %    | Post | %    |
|-------------|-----|------|------|------|
| Muy feliz   | 9   | 38%  | 16   | 67%  |
| Feliz       | 11  | 46%  | 7    | 29%  |
| Indiferente | 2   | 8%   | 1    | 4%   |
| Triste      | 2   | 8%   | 0    | 0%   |
| Muy triste  | 0   | 0%   | 0    | 0%   |
| Total       | 24  | 100% | 24   | 100% |



**Fuente: Gutiérrez A., La Riva M. (2018)**

**Gráfico N° 1:** Grafico representativo de la ansiedad manifestada por los pacientes que acuden a la Clínica del Niño y del Adolescente II, previo al tratamiento y luego de aplicar la técnica sonoviso, evaluado desde la escala cognitiva según FIS.

**Fuente: Gutiérrez A., La Riva M. (2018)**

**Interpretación:** En cuanto al método Sonoviso en la escala FIS, se observa claramente que la escala “feliz” en pre-atención alcanzó un 46%, mientras que en post-atención alcanzó un 67% “muy feliz”. Por lo cual, la aplicación de la técnica pareciera generar efectos positivos en la experiencia del paciente. Estos resultados son similares a los obtenidos por Bancalari y Oliva (2012), cuyos estudios revelaron que la musicoterapia aplicada durante la sesión dental disminuye los niveles de estrés de los usuarios internos. Cabe destacar que tanto las técnicas utilizadas por Bancalari y Oliva (2012), como las técnicas de sonoviso aplicadas en la presente investigación, tienen como elemento en común la utilización de música.

Ítems: Escala de ansiedad: Según FIS

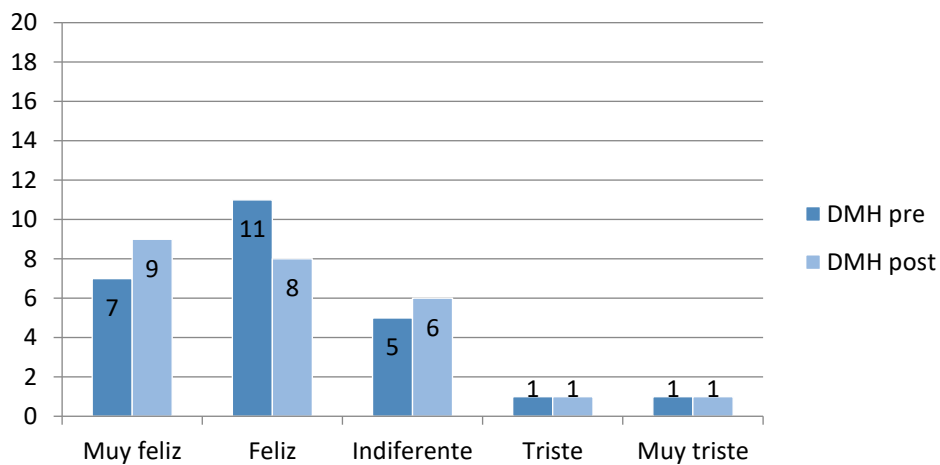
Dimensión: Efectividad

Variable: Técnicas de adaptación

**Cuadro N° 2:** Cuadro representativo por porcentaje de la ansiedad manifestada por los pacientes que acuden a la Clínica del Niño y del Adolescente II, previa al tratamiento y luego de aplicar la técnica DMH.

|             | pre | %    | post | %    |
|-------------|-----|------|------|------|
| Muy feliz   | 7   | 28%  | 9    | 36%  |
| Feliz       | 11  | 44%  | 8    | 32%  |
| Indiferente | 5   | 20%  | 6    | 24%  |
| Triste      | 1   | 4%   | 1    | 4%   |
| Muy triste  | 1   | 4%   | 1    | 4%   |
| Total       | 25  | 100% | 25   | 100% |

**Fuente: Gutiérrez A., La Riva M. (2018)**



**Gráfico N° 2:** Grafico representativo de la ansiedad manifestada por los pacientes que acuden a la Clínica del Niño y del Adolescente II, previo al tratamiento y luego de aplicar la técnica DMH.

**Fuente: Gutiérrez A., La Riva M. (2018)**

**Interpretación:** En relación con el método “decir-mostrar-hacer” (DMH) en la escala FIS, se observa que la escala “feliz” en pre-atención alcanzó un 44%, mientras que en post-atención alcanzó un 32%. Asimismo, en post-atención se observó un incremento en los índices de indiferente, así como también se mantuvieron de la misma manera los índices “Triste” y “Muy triste”, lo cual podría sugerir ineficiencia en el método. Sin embargo en la escala “Muy Feliz” se observó un incremento del porcentaje en donde pre-atención se obtuvo un 28% y en post-atención un 36%. En virtud de lo anterior, pareciera que la aplicación de esta técnica podría generar efectos positivos en ciertos niños. Estos resultados son similares a los obtenidos en la investigación realizada por Lizelia Alfaro, Ketty Ramos, Adriana Redondo M. y Farith Damiang (2014). De acuerdo con dichos autores, al realizar un protocolo previo al tratamiento utilizando diversas técnicas de adaptación, incluyendo la técnica de “Decir-Mostrar-Hacer”, se pueden realizar tratamientos más seguros y lograr una disminución en el miedo y la ansiedad en los niños.

Ítems: Escala conductual: Según FRANKL

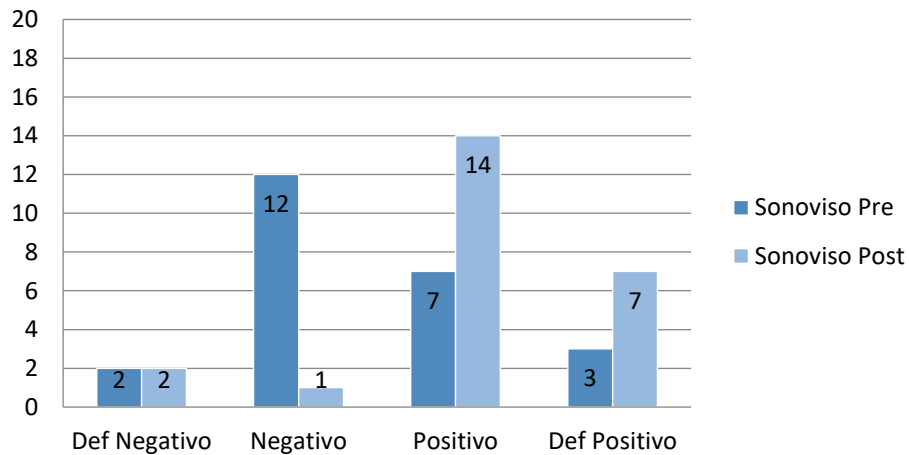
Dimensión: Efectividad

Variable: Técnicas de adaptación

**Cuadro N° 3:** Cuadro representativo por porcentaje de la ansiedad evaluada desde la dimensión comportamental,previa al tratamiento y luego de aplicar el sonoviso a los pacientes que acuden a la Clínica del Niño y del Adolescente II

|                             | Pre | %    | Post | %    |
|-----------------------------|-----|------|------|------|
| Definitivamente<br>Negativo | 2   | 8%   | 2    | 8%   |
| Negativo                    | 12  | 50%  | 1    | 4%   |
| Positivo                    | 7   | 29%  | 14   | 58%  |
| Definitivamente<br>Positivo | 3   | 13%  | 7    | 29%  |
| Total                       | 24  | 100% | 24   | 100% |

**Fuente: Gutiérrez A., La Riva M. (2018)**



**Gráfico N° 3:** Grafico representativo de la ansiedad evaluada desde la dimensión comportamental,previa al tratamiento y luego de aplicar el sonoviso a los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II

**Fuente:** Gutiérrez A., La Riva M. (2018)

**Interpretación:** De igual manera en la escala de FRANKL, se observa un 50% negativo en el pre-atención Sonoviso, mientras que en la revisión del post-atención se observa un 58% positivo. Dicho resultado evidencia la influencia cognoscitiva y su recepción en los niños a través de la aplicación de este método.A manera de comparación, se observa que en la investigación realizada por Gheraldyne Escalón y María Eugenia Figueroa (2013) (en donde se evaluó la efectividad de la musicoterapia como método de relajación), se concluyóque la musicoterapia tiene poca efectividad para la disminución del miedo en los pacientes. Sin embargo, la musicoterapia generó ciertos cambios que podrían evidenciar su impacto en los pacientes como método de relajación. Como lo fue en la presente investigación, ya que, se observó que la aplicación del sonoviso generó cambios positivos en el comportamiento de los pacientes.Sin embargo, no logro generar cambios en todos los pacientes, debido a que se mantuvieron los porcentajes en la escala de comportamiento “definitivamente negativo”, mientras que en el comportamiento negativo se obtuvo un porcentaje mayor en pre-atención.

Ítems: Escala conductual: Según FRANKL

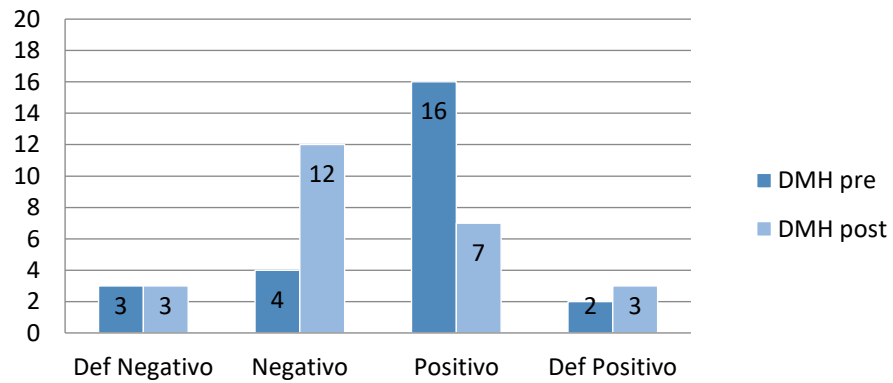
Dimensión: Efectividad

Variable: Técnicas de adaptación

**Cuadro N° 4:** Cuadro representativo por porcentaje de la ansiedad evaluada desde la dimensión comportamental,previa al tratamiento y luego de aplicar la técnica DMH a los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II.

|                          | pre | %    | post | %    |
|--------------------------|-----|------|------|------|
| Definitivamente Negativo | 3   | 12%  | 3    | 12%  |
| Negativo                 | 4   | 16%  | 12   | 48%  |
| Positivo                 | 16  | 64%  | 7    | 28%  |
| Definitivamente Positivo | 2   | 8%   | 3    | 12%  |
| Total                    | 25  | 100% | 25   | 100% |

**Fuente: Gutiérrez A., La Riva M. (2018)**



**Gráfico N° 4:** Grafico representativo de la ansiedad evaluada desde la dimensión comportamental,previa al tratamiento y luego de aplicar la técnica DMH a los pacientes que acuden a la Clínica del Nino y del Adolescente II.

**Fuente: Gutiérrez A., La Riva M. (2018)**

**Interpretación:**En la escala de FRANKL, se aprecia un 64% de actitud positiva en pre-atención, mientras que los resultados en post-atención reflejan un incremento negativo de hasta un 48%, lo cual pareciera indicar la persistencia de la desadaptación de los niños luego de aplicar el método DMH. Como se mencionó anteriormente, en la investigación realizada por Lizelia Alfaro, Ketty Ramos, Adriana Redondo M. yFarithDamiang(2014), se observó que luego del protocolo realizado con las diferentes métodos de adaptación previos al tratamiento, es posible mejorar la experiencia del paciente en la consulta (específicamente la disminución del miedo y la ansiedad). No obstante, pareciera que la aplicación exclusiva del DMH, no genera los cambios necesarios para la adaptación requerida en la clínica odontológica.

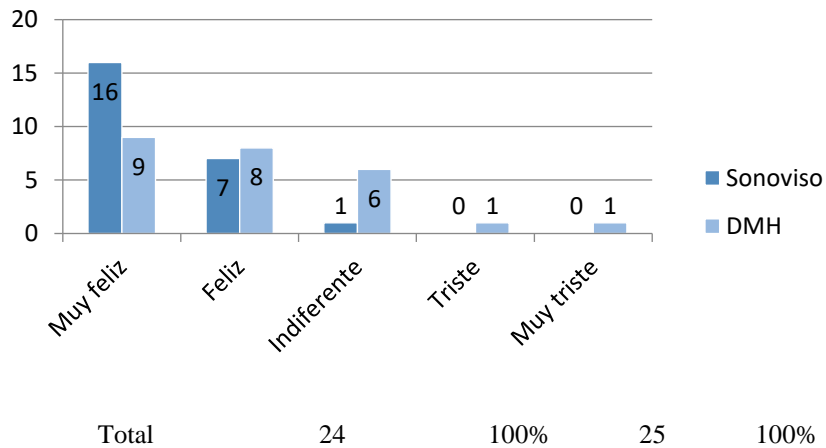
Ítems: Escala de ansiedad según FIS

Dimensión: Efectividad

Variable: Técnicas de adaptación

**Cuadro N° 5:** Cuadro representativo y comparativo por porcentaje, acerca de la ansiedad presentada por los pacientes, según la escala de FIS, luego de aplicar el sonoviso y la técnica de adaptación DMH, a los pacientes que acuden a la Clínica del Niño y del Adolescente II.

|             | Sonoviso | %   | DMH | %   |
|-------------|----------|-----|-----|-----|
| Muy feliz   | 16       | 67% | 9   | 36% |
| Feliz       | 7        | 29% | 8   | 32% |
| Indiferente | 1        | 4%  | 6   | 24% |
| Triste      | 0        | 0%  | 1   | 4%  |
| Muy triste  | 0        | 0%  | 1   | 4%  |



**Fuente: Gutiérrez A., La Riva M. (2018)**

**Gráfico N° 5:** Grafico representativo y comparativo, acerca de la ansiedad presentada por los pacientes, según la escala de FIS, luego de aplicar el sonoviso y la

técnica de adaptación DMH, a los pacientes que acuden a la Clínica del Niño y del Adolescente II.

**Fuente: Gutiérrez A., La Riva M. (2018)**

**Interpretación:** En cuanto al método Sonoviso y DMH en la escala FIS luego de la atención, se observa claramente un porcentaje mayor en cuanto a la escala “Muy feliz” y “Feliz” con respecto a la técnica sonoviso, así como también se puede observar que luego del tratamiento el porcentaje aumenta en cuanto a la escala “Indiferente” y “Triste” con respecto a la técnica DMH. Por lo cual, la aplicación de la técnica sonoviso pareciera generar efectos positivos en la experiencia del paciente. Estos resultados son similares a los obtenidos por Bancalari y Oliva (2012), quienes concluyeron que la musicoterapia aplicada durante la sesión dental disminuye los niveles de estrés en los pacientes.

Ítems: Escala conductual según FRANKL

Dimensión: Efectividad

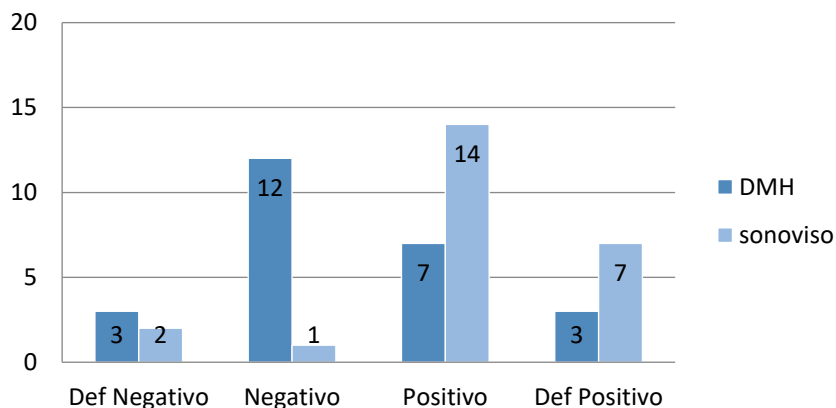
Variable: Técnicas de adaptación

**Cuadro N° 6:** Cuadro representativo y comparativo por porcentaje, acerca de la ansiedad presentada por los pacientes, según la escala de FRANKL, luego de aplicar el sonoviso y la técnica de adaptación DMH, a los pacientes que acuden a la Clínica del Niño y del Adolescente II.

|                             | Sonoviso | %  | DMH | %   |
|-----------------------------|----------|----|-----|-----|
| Definitivamente<br>Negativo | 2        | 8% | 3   | 12% |
| Negativo                    | 1        | 4% | 12  | 48% |

|                          |    |      |    |      |
|--------------------------|----|------|----|------|
| Positivo                 | 14 | 58%  | 7  | 28%  |
| Definitivamente Positivo | 7  | 29%  | 3  | 12%  |
| Total                    | 24 | 100% | 25 | 100% |

Fuente: Gutiérrez A., La Riva M. (2018)



**Gráfico N° 6:** Grafico representativo y comparativo, acerca de la ansiedad presentada por los pacientes, según la escala de FRANKL, luego de aplicar el sonoviso y la técnica de adaptación DMH, a los pacientes que acuden a la Clínica del Niño y del Adolescente II.

Fuente: Gutiérrez A., La Riva M. (2018)

**Interpretación:** En relación con los resultados de Sonoviso y DMH con respecto a la escala de FRAKL luego de la atención, se aprecia un incremento en el porcentaje en la escala “Definitivamente negativo y “Negativo” con respecto a la técnica DMH. Respecto a la técnica de Sonoviso, se observa que luego del tratamiento, el porcentaje aumenta en la escala “Positivo” y “Definitivamente positivo”. En virtud de lo anterior, pareciera que la aplicación de la psicoprevención podría generar efectos positivos en la experiencia del paciente. Estas observaciones son similares a las realizadas por, Lizelia Alfaro, Ketty Ramos, Adriana Redondo M.

y Farith Damiang (2014). Dichos autores, observaron una disminución del miedo y la ansiedad en los niños, así como mejoras en el tiempo de trabajo y en el comportamiento de los niños, como consecuencia de la aplicación de distintos métodos de adaptación pre-tratamiento. Lo anterior facilitó las consultas odontológicas. Sin embargo la aplicación exclusiva del DMHen la presenta investigación, pareciera no ser suficiente para la adaptación a la consulta. Por su parte, la aplicación del sonoviso genera mejores resultados según la escala de FRANK.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 1. Conclusiones

En relación con el primer objetivo, el cual fue observar la ansiedad y comportamiento de los pacientes de 5 a 8 años de edad, que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, se observó que dichos pacientes llegan a consulta experimentando miedo y ansiedad. Esta situación podría estar asociada a diversos factores, tales como conducta de los padres en la consulta y experiencia previas. Se logró obtener una medida de esta variable a través de las escalas Frankl y fis, cuyos resultados indicaron un nivel alto de ansiedad dental en los niños que acudieron a la consulta y un comportamiento alterado

En relación con el segundo objetivo, el cual fue analizar la ansiedad y comportamiento de los pacientes de 5 a 8 años de edad, que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez luego de aplicar la técnica de adaptación Sonoviso, se observó que la aplicación de dicha técnica generó resultados positivos en ambas escalas (Frankl y fis). En general, los pacientes manifestaron un mayor grado de felicidad después de su aplicación, reflejando un nivel bajo de ansiedad y un adecuado comportamiento para los tratamientos odontológicos

En relación con el tercer objetivo, el cual fue evaluar la ansiedad y comportamiento de los pacientes de 5 a 8 años de edad, que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, luego de aplicar la técnica de adaptación de “decir-mostrar-hacer” (DMH), se observó que la aplicación dicha técnica fue menos eficaz en la reducción del estrés. Específicamente, se observó un nivel alto de ansiedad de los pacientes y algunos comportamientos inesperados por parte de ellos. En la mayoría de los casos se evidenciaron diferencias

favorables entre el nivel de ansiedad y miedo de los pacientes antes y después de la aplicación de las técnicas

Por último y en relación con el cuarto objetivo, el cual fue comparar la efectividad de las técnicas de adaptación Sonoviso y “decir-mostrar-hacer” (DMH) aplicadas a los pacientes de 5 a 8 años de edad, que asisten a la clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, es posible advertir que con base en los resultados de la investigación, pareciera que la técnica de adaptación de Sonoviso es más efectiva que la técnica de “decir-mostrar-hacer” (DMH) en niños odontopediatricosen etapa preescolar.

En virtud de lo anterior, la técnica sonoviso pareciera ser una herramienta poderosa para reducir el estrés y la ansiedad de los niños en consulta, lo cual podría generar resultados positivos en la aplicación de los tratamientos.

Finalmente, se destaca que la utilización de dos instrumentos diferentes en la presente investigación para medir la ansiedad dental en los niños, resultó positivo ya que se consideró tanto el elemento conductual observable de la ansiedad Frankl como la autopercepción del niño FIS.

## 2. Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos, se recomienda la utilización de la técnica de Sonoviso en niños en edades comprendidas entre 5 a 8 años de edad, en etapa preescolar, que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez. Adicionalmente, se formulan las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda emplear la técnica Sonoviso con una muestra mayor para confirmar los resultados obtenidos en esta investigación.

2. Se recomienda emplear la técnica DMH con una población de mayor edad para comprobar su eficiencia en otro grupo de etario.
3. Seleccionar una muestra con niños que muestren únicamente un comportamiento negativo, para observar los efectos de las técnicas en niños con gran ansiedad dental.
4. Se recomienda aplicar varias técnicas de adaptación al niño durante su atención odontológica e identificar la más efectiva. En general, mientras mayor sea la confianza del paciente hacia el odontólogo más seguro se sentirá el niño. Esto permitirá disminuir el miedo y la ansiedad del paciente, dando como resultado una mejor calidad del tratamiento a realizar.

## REFERENCIAS

- Alfaro L, Ramos k, Redondo A, Rangel T, González F.(2014). Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad en la universidad de Cartagena facultad de odontología. Departamento de investigación recuperado de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2739/3/tesis%20documento%20final.pdf>
- Andrade D, Bocaranda O, Medina Y, Méndez S.(2013). Comportamiento del niño en la consulta odontológica ante diferentes técnicas de adaptación Universidad de Carabobo recuperado de <http://www.mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/2915>
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, Venezuela.
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (1992). Código de Deontología Odontológica. Yaracuy, Venezuela.
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2006). Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Caracas, Venezuela.
- Asociación Latinoamérica de odontopediatría. (2018). Revista de odontopediatríalatinoamerica recuperado de [www.revistaodontopediatria.org](http://www.revistaodontopediatria.org) listo
- Díaz Ana(2008). Técnicas e instrumento de recolección de información recuperado de <http://www.eumed.net/librosgratis/2008b/402/Tecnicas%20e%20Instrumentos%20de%20Recoleccion%20de%20Informacion.htm>

- Figuera, D y Sierra, M. (2006). Efecto de la psico-prevención mediante un modelamiento con sonoviso sobre la conducta ante un tratamiento odontológico en pacientes odontopediátricos en etapa preescolar de la clínica del niño y el adolescente de la universidad José Antonio Páez periodo 20161cr (Tesis de grado). Universidad José Antonio Páez Carabobo
- García, G y Rodríguez, E. (2017). Condiciones necesarias para la aplicación de la técnica sonoviso en pacientes odontopediátricos que acuden a la Universidad José Antonio Páez. (Tesis de grado) Universidad José Antonio Páez Carabobo
- Hernández Sampieri, R (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill: México
- Marcano, A.A, Figueredo, A.M, Orozco, G. (2012). Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica recuperado de <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2012/2/art-7/>
- Metodología de investigación, pautas para hacer tesis.(2018). [Mensaje en un blog] recuperado de <http://tesis-investigacion-cientifica.blogspot.com/2013/08/disenos-cuasiexperimentales.html>
- Noemí Bordoni; E.R; C (2010) *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*, Buenos Aires, Medica Panamericana
- Osorio A. (2014). Niveles de ansiedad y respuesta fisiológica en el niño de 5 a 10 años de edad ante los procedimientos odontológicos. Recuperado de <Http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/1180>
- Palella y Martins. (2003) *Metodología de la investigación cuantitativa*. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador

Pérez Liliana.(2011). La distracción audiovisual como método para disminuir el nivel de ansiedad Universidad Autónoma de Nuevo león facultad de odontología recuperado de <http://eprints.uanl.mx/5689/1/1080049579.PDF>

Tesis de investigación.(2014). [Mensaje en un blog] recuperado de <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2014/06/tecnicas-de-analisis-de-datos-ejemplo.html>

Tesis de investigación. (2014). Técnicas e instrumentos de investigación. Según autores recuperado de <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2014/06/tecnicas-e-instrumentos-de.html>

## ANEXO 1

### CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Objetivo   | Variables              | Definición conceptual   | Dimensiones                      | Indicador      | Ítems  |
|--|------------------------|---|----------------------------------|----------------|--|
| General  |                        |   |                                  |                |  |
| Determinar la efectividad de las técnicas de adaptación sonoviso y de “decir-mostrar-hacer” (DMH), para el manejo de la ansiedad en el tratamiento odontológico, dirigido a pacientes comprendidos de 5 a 8 años de edad, que asisten a la Clínica del Niño y Adolescentes II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-I | Técnicas de adaptación | Son las diferentes herramientas que se aplican en los pacientes para lograr mantener su colaboración al tratamiento, mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje y a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva a la Odontología | Efectividad<br>-Sonoviso<br>-DMH | Comportamiento | <p>Escala conductual:<br/>Según Frankl.</p> <p>1=Definitivamente negativo<br/>2= Negativo<br/>3= Positivo<br/>4=Definitivamente Positivo</p> <p>Escala de ansiedad:<br/>“FIS”</p> <p>1=“Muy Feliz”<br/>2= “Feliz”<br/>3=“Indiferente”<br/>4= “Triste”<br/>5=“Muy triste”</p> |
|  |                        |   |                                  | Ansiedad       |  |



ANEXO 2

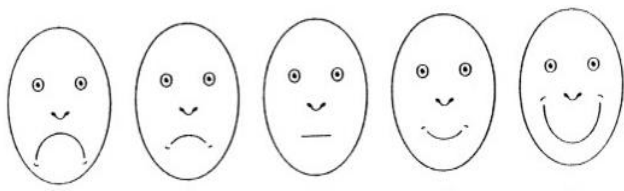
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
ENCUESTA CON GUIA DE OBSERVACION

Edad: \_\_\_\_\_  
Técnica de adaptación: \_\_\_\_\_

PRE-ATECION

**ESCALA DE FIS**

**ESCALA SEGÚN FRANKL**

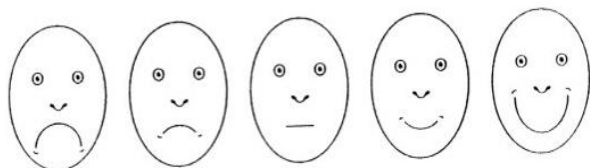


Definitivamente negativo (1)    Negativo (2)    Positivo (3)    Definitivamente Positivo (4)

LUEGO DE APLICAR LA TECNICA

**ESCALA DE FIS**

**ESCALA SEGÚN FRANKL**



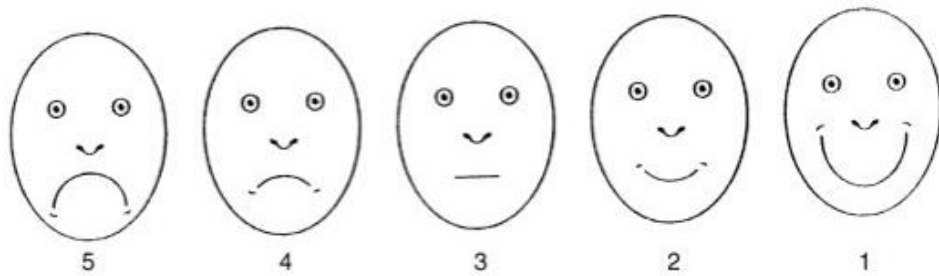
Definitivamente negativo (1)    Negativo (2)    Positivo (3)    Definitivamente Positivo (4)

## ANEXO 3

### CUESTIONARIOS FONIS N° SAI2025

#### Escala FIS (Face Image Scale)

**Instrucciones:** "Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la total tristeza. La idea es que me digas cual de las caras es la que mejor representa como te sientes en este momento"



## ANEXO 4

### Escala de Valoración de la conducta de Frankl

**Instrucciones:** Evalúe el comportamiento del niño, durante la atención dental, de acuerdo a la siguiente pauta.

|          | <b>Categoría</b>         | <b>Conducta</b>  |
|----------|--------------------------|--|
| <b>1</b> | Definitivamente negativo | Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera                           |
| <b>2</b> | Negativo                 | Acepta el tratamiento con mucha dificultad, se muestra arisco y/o lejano y ausente |
| <b>3</b> | Positivo                 | Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece y se muestra ansioso               |
| <b>4</b> | Definitivamente positivo | Ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.                  |

## ANEXO 5



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad, C.I.: V. \_\_\_\_\_ mayor de edad, representante del Niño (a),  
Consentimiento para el llenado de la Historia Clínica, la toma de fotografías, placas radiografías, el de laboratorio y complementario, con la finalidad de llegar al diagnóstico que permita la realización y aplicación de un plan de tratamiento para solucionar el problema que presenta mi representado (a).

Entiendo que esta recolección de datos forma parte de un estudio integral realizado por el bachiller \_\_\_\_\_ a fin que presente el caso clínico a los orientación adecuada en la aplicación del plan de tratamiento.

Entiendo que la participación de un representado en este estudio es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo considere necesario, sin que ellos implique algún tipo de represalia. Así mismo sé que el seguimiento de este estudio puedes ser expuesto en conferencias, congresos por el bachiller tratante con motivos de docencia, servicios e investigación.

Igualmente, estoy consciente que los resultados del estudio del caso clínico me serán proporcionados si los solicito, y que le bachiller \_\_\_\_\_  
Es la persona que debo buscar si tengo alguna pregunta acerca del tratamiento o sobre mis derechos como participante, y que lo puedo localizar por el número telefónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Bachiller

\_\_\_\_\_  
Representante

\_\_\_\_\_  
Testigo

Valencia, \_\_\_\_\_

Centro Documental