

República Bolivariana de Venezuela
Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior
Universidad José Antonio Páez
Faculta de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología



**ESTABLECER UN DIAGNOSTICO DEL PERFIL PSICOLOGICO
DEL PACIENTE PEDIATRICO EN LA CLINICA DEL NIÑO Y
ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
2016-2CR**

Autor:

BoscánAnakarerina

Estepa Diana

Tutor Académico:

Od. Mayra Hernández

San Diego, Febrero de 2017



UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ

**ESTABLECER UN DIAGNOSTICO DEL PERFIL PSICOLOGICO
DEL PACIENTE PEDIATRICO EN LA CLINICA DEL NIÑO Y
ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
2016-2CR**

Autor:

BoscánAnakarerina

Estepa Diana

Urbanización Yuma II, Calle N 3, Municipio San Diego, Ciudad Universitaria
José Antonio Páez, Valencia Edo Carabobo

República Bolivariana de Venezuela
Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior
Universidad José Antonio Páez
Faculta de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología



**ESTABLECER UN DIAGNOSTICO DEL PERFIL PSICOLOGICO
DEL PACIENTE PEDIATRICO EN LA CLINICA DEL NIÑO Y
ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
2016-2CR**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Odontólogo**

Autor:

BoscánAnakarerina

Estepa Diana

TutorAcademico:

Od. Mayra Hernández

San Diego, Febrero de 2017



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Boscán	Nombres: Anakarerina	C.I.: 15.910.605
Dirección: San Diego, Estado Carabobo		Teléfono: (0424) 417-5609
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología		
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
<i>Autores:</i>		
Nombre:	Boscán Gonzalez, Anakarenina	Teléfono: (0424) 417-5609
Nombre:	Estepa Gutiérrez, Diana Elvira	Teléfono: (0426) 304-1466
Título Del Trabajo: ESTABLECER UN DIAGNOSTICO DEL PERFIL PSICOLOGICO DEL PACIENTE PEDIATRICO EN LA CLINICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ 2016CR2		
Breve Explicación: El objetivo principal de la investigación es plantear la necesidad de establecer un diagnóstico del perfil psicológico del paciente pediátrico a nivel odontológico, para de esta manera brindar herramientas y conocimientos al futuro profesional acerca del cómo enfrentar las situaciones que se suelen presentar con los menores en la consulta odontológica. Para ello se decidió realizar una investigación de tipo no experimental, con un diseño transversal, lo que le permitirá a las autoras medir las variables en un solo momento, teniendo como población a los estudiantes del quinto semestre de odontología de la Universidad José Antonio Páez, cursantes de la Clínica del Niño y Adolescente 20162CR		
Lugar donde se desarrolla el Proyecto: Sede de la Universidad "José Antonio Páez", San Diego, Carabobo.		
Tiempo de Desarrollo: 6 meses.		
Tutor Académico propuesto: Profesora Mayra Hernández		

APROBADO _____ **NO APROBADO** _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

NOMBRE	FIRMA	FECHA
DIRECCIÓN DE ESCUELA		
NOMBRE	FIRMA	FECHA



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Estepa Gutiérrez	Nombres: Diana Elvira.	C.I.: 22.332.520
Dirección: San Diego, Estado Carabobo		Teléfono: (0426) 304-1466
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología		
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
<i>Autores:</i>		
Nombre:	Boscán Gonzalez, Anakarenina	Teléfono: (0424) 417-5609
Nombre:	Estepa Gutiérrez, Diana Elvira	Teléfono: (0426) 304-1466
Título Del Trabajo: ESTABLECER UN DIAGNOSTICO DEL PERFIL PSICOLOGICO DEL PACIENTE PEDIATRICO EN LA CLINICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ 2016CR2		
Breve Explicación: El objetivo principal de la investigación es plantear la necesidad de establecer un diagnóstico del perfil psicológico del paciente pediátrico a nivel odontológico, para de esta manera brindar herramientas y conocimientos al futuro profesional acerca del cómo enfrentar las situaciones que se suelen presentar con los menores en la consulta odontológica. Para ello se decidió realizar una investigación de tipo no experimental, con un diseño transversal, lo que le permitirá a las autoras medir las variables en un solo momento, teniendo como población a los estudiantes del quinto semestre de odontología de la Universidad José Antonio Páez, cursantes de la Clínica del Niño y Adolescente 2016CR2		
Lugar donde se desarrolla el Proyecto: Sede de la Universidad "José Antonio Páez", San Diego, Carabobo.		
Tiempo de Desarrollo: 6 meses.		
Tutor Académico propuesto: Profesora Mayra Hernández		

APROBADO _____ **NO APROBADO** _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

NOMBRE	FIRMA	FECHA
DIRECCIÓN DE ESCUELA		
_____	_____	_____
NOMBRE	FIRMA	FECHA



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

CONSEJO UNIVERSITARIO

CU-UJAP- _____
San Diego, Estado Carabobo, _____

Ciudadanas: Boscán, Anakarenina C.I. N°: 15.910.605
Estepa Gutiérrez, Diana Elvira C.I. N°: 22.332.520

Presentes.-

Cumplo con informarles que la Comisión Delegada del Consejo Universitario de la Universidad José Antonio Páez, en su sesión _____, celebrada el ___ de _____ próximo pasado, **ACORDÓ APROBAR EL Proyecto De Trabajo de Grado presentado por ustedes, titulado: ESTABLECER UN DIAGNOSTICO DEL PERFIL PSICOLOGICO DEL PACIENTE PEDIATRICO EN LA CLINICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ 2016-2CR**

Si no troparticular, se suscribieron de usted, Atentamente,

c. _____
Secretaria

C.c. Expediente de los alumnos
Archivo



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado **ESTABLECER UN DIAGNOSTICO DEL PERFIL PSICOLOGICO DEL PACIENTE PEDIATRICO EN LA CLINICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ 2016-2CR**, ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Tutor Académico

Od. Mayra Hernández

Cédula de Identidad

Firma

Jurados

Nombre

C.I.N°:

Firma

Nombre

C.I.N°:

Firma

Nombre

C.I.N°:

Firma



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

ACEPTACION DEL TUTOR

Quien suscribe **Mayra Hernández** portadora de la cedula de identidad N **16.771.384**, en mi carácter de tutor de trabajo de grado presentado por las ciudadanas: **Boscan Anakarerina C.I. 15.910.605**, **Estepa Diana C.I. 22.332.520**, presentando como requisito Parcial para optar al título de **ODONTOLOGO**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego a los ____ días del mes de Febrero de 2017

Od. Mayra Hernández

Cédula de Identidad

Firma

AGRADECIMIENTOS

A Dios. Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor, a mis Santos porque hicieron realidad este sueño anhelado

A mi madre ARELIS DE BOSCAN Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre JESUS ALBERTO BOSCAN Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis hijas, Ana Paola y Luisana por ser mi motivo de vida y de lucha

A mis familiares.

A mis hermanos Nakarith, Anahika y Jesús Alberto por apoyarme y estar siempre a lado con ellos aprendí aciertos y de momentos difíciles

A Luis Alejandro Chávez por estar siempre a mi lado y brindarme un apoyo incondicional y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis. ¡Gracias a ustedes!

A mis Profesores Od. Mayra Hernández, por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; a

la Od. Erika González por su apoyo ofrecido y estar día a día a mi lado brindándome su amistad; a la Od Bianca López por ser ejemplo a seguir y estar presente durante toda mi formación profesional, al Od. Martin Correa por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional, al Od. Tibisay Gómez por apoyarme en todo momento.

A mis amigos. Diana Estepa por ser una parte muy importante en mi vida por el apoyo recibido desde el día que la conocí por ser más que una amiga ser una hermana gracias por todos los consejos en los momentos difíciles, Francisco Rodríguez que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Alexandra Daniels, María Fernanda Molina, África Moreno y Daylis Cedeño por haber estado presente y brindarme una gran amistad

Finalmente a los profesores, aquellos que marcaron cada etapa de mi camino universitario, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en las Clínicas Odontológicas

AnakarerinaBoscán

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios y a la Virgen santísima por ser mis guías espirituales y permitirme llegar hasta este momento por iluminar mi camino para conseguir con ello un logro más para mi carrera y mi vida.

A mi hijo Sebastián Estepa Gutiérrez por ser mi motivo para vivir, mis ganas de salir adelante, por iluminar mi vida desde el momento que estás conmigo, gracias hijo por sacrificar tantos momentos juntos por nunca reprocharme la distancia, perdóname esos momentos de ausencia, por sacrificar tu tiempo de niño por ayudarme hacer mis trabajos por haber sido mi primer paciente de niño Gracias por ser el hombre de mi vida que me acompaña todos los días y está mi lado siempre esté triunfo es tuyo, es para ti, es por un futuro mejor para nosotros y te amo yo creo que estás en la mejor forma de recompensar todo tu sacrificio demostrándote que valió la pena y que hoy estamos aquí gracias a tu apoyo si no hubieses sido ese hombrecito fuerte tal vez las cosas serían diferentes te amo hijo.

A mi padre Derney José Estepa por ser mi apoyo mi pilar mi soporte, esa persona que siempre estuvo ahí a mi lado apoyándome y guiándome, gracias por tu ejemplo tu dedicación tu entrega y tu amor a tu trabajo tu profesionalismo con lo que me mostraste desde siempre que esta profesión es la más hermosa que existe y que debe realizarse con amor y con entrega, por apoyarme en todos y cada uno de los momentos de mi carrera por trasnochar conmigo y sufrir conmigo por nunca reprocharme, por todas aquellas cosas que aunque en su momento parecían imposibles de alcanzar siempre estuviste seguro de que yo podía dar más y que ningún obstáculo se interpondría entre mis sueños y mi meta de ser odontóloga. Gracias papi por ser ese apoyo incondicional que me guio y mostró que la

Odontología era lo mío, por tu amor incondicional y tu amistad sincera eres mi mejor amigo.

A mi madre Ana Mercedes Gutiérrez, quien a pesar de la distancia siempre estuvo allí con una palabra de aliento con esa voz que me daba tranquilidad en los momentos difíciles y me daba consejos para buscar la solución a los problemas, mamita este triunfo también es tuyo gracias.

A mis abuelitos Jacinto Gutiérrez, María Siabato, gracias por ser el pilar fundamental en la familia, por su ejemplo de lucha, por mostrarme la sencillez de la vida, lo hermoso de ser personas humildes y sencillas, por su interés en mis estudios y por ese apoyo que siempre he tenido en ustedes mis viejos gracias por acompañarme en cada momento de la vida, a mi abuelo Ismael Montoya quien a lo largo de mi carrera siempre estuvo orgulloso de que su nieta estuviese estudiando, lamentablemente físicamente ya no me acompañas y no pudiste verme con mi título en la mano pero desde el cielo sé que me acompañas así que te lo dedico a ti por ser un amigo con el que siempre conté.

A mis hermanos Andrés, Javier, Georgina y Alejandro por apoyarme y siempre darme una palabra de aliento y nunca reprocharme, por estar ahí conmigo en todo momento, los quiero mucho, esto nos une más como familia y siempre vamos a encontrar Refugio el uno en el otro que es lo que siempre nos han enseñado nuestros padres, estar unidos los quiero mucho.

A mis amigos Francisco Rodríguez, María Fernanda Molina, Alexandra Daniels, Daylis Cedeño, África Moreno y Anakarerina Boscán por haberme brindado una amistad sincera, por disfrutar conmigo cada uno de los momentos de la vida universitaria, por estresarnos juntos preocupándonos por el otro procurando siempre ayudarnos, somos una familia y espero que lo sigamos siendo para siempre, de mi parte siempre estaré para ustedes los quiero mucho amigos Gracias.

A mi compañera de tesis AnakarerinaBoscàn con la que nos estresamos, lloramos y sufrimos por sacar adelante este sueño, pero mira amiga, ya lo logramos aquí estamos.

Mis profesores en especial a mi tutora Mayra Hernández que gracias a su guía y su compromiso hemos llegado a feliz término de este trabajo fruto de Nuestro esfuerzo, Tibusay Gómez por su apoyo incondicional en todo momento, a los demás docentes profesionales todos que nos enseñaron a lo largo de la carrera el amor, el profesionalismo con el que debemos encarar esta profesión y nos brindaron las herramientas educativas y personales para ser cada día con los mejores odontólogos así como unos mejores personas.

A mis pacientes, quienes me permitieron que pusiera en práctica todos mis conocimientos, por siempre ser amables y agradecidos con lo que yo estaba realizando, por apoyarme y siempre cumplir a cabalidad con todas las peticiones que les hacía.

Diana Estepa

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mi madre Arelis de Boscan y Mi Padre Jesús Alberto Boscan, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaron. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti. A mis hijas Ana Paola y Luisana por ser mi motivo de superación y brindarme la gran experiencia de ser madre y recibir un amor indescriptible

Mis abuelos Mercedes González (QEPD) Ana Pastora de Boscan (QEPD) y Agustín Boscan (QEPD), por quererme y apoyarme siempre, esto también se lo debo a ustedes.

Mis hermanos, Nakarith, Anahika y Jesús Alberto, por estar conmigo y apoyarme siempre, los Amo un mundo.

A mi Mor Luis Alejandro Chávez por estar siempre presente y ser mi pilar de apoyo

Mis sobrinos, para que vean en mí un ejemplo a seguir.

Todos mis amigos, Diana Estepa, Francisco Rodríguez, Alexandra Daniels, María Fernanda Molina, África Moreno y Daylis Cedeño por compartir los buenos y malos momentos. Todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir esto.

AnakarerinaBoscán

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios y a la Virgen de Mongui. A mi hijo Sebastián Estepa por su entrega, su comprensión, su apoyo y siempre tener una sonrisa y una palabra de apoyo jamás un reproche. Esto es para ti, te amo. A mi padre Derney José Estepa por ser mi guía mi apoyo y mi mejor amigo, enseñándome lo maravilloso de esta profesión, con su amor y ejemplo, siendo mi apoyo mi soporte, sé que las palabras se quedan cortas para agradecer todo lo que haces por mí y creo que solamente puedo retribuir eso dándote la satisfacción del deber cumplido, Te quiero mucho papá!

A mi mamá, quien me enseñó desde muy pequeña que no hay que rendirse aunque las circunstancias sean adversas, que todos los días hay que levantarse para luchar y para salir adelante mami Gracias por tu dedicación, apoyo, ejemplo. Te quiero mucho mamá.

A mis hermanos Andrés, Javier, Georgina y Alejandro por impulsarme a seguir adelante y alcanzar mis sueños, su apoyo y sus palabras de aliento en esos momentos que los necesitaba los quiero mucho hermanitos.

A mis abuelitos Jacinto, María, Ismael, Georgina, quienes son los Pilares fundamentales de mi familia. Los quiero mucho, gracias a ustedes soy la persona que soy hoy en día. Y a toda mi familia.

A mis amigos Francisco, María Fernanda, Alexandra, África, Daylis y Anakarerina, por tantas locuras que vivimos, por tantos momentos juntos, tantas alegrías y tantos triunfos cosechados a lo largo de este tiempo. Gracias por permitirme ser parte de su vida y por haber llegado a la mía para enseñarme que cada persona tiene algo bello que dar y nos hace crecer, los quiero mucho.

A mis profesores todas aquellas personas que participaron en la consecución de este sueño mis pacientes mis compañeros y todo el personal de la universidad

Diana Estepa

INDICE GENERAL CONTENIDO

RESUMEN	pp.
INTRODUCCION	xx
CAPITULO	21
I EL PROBLEMA	22
1.1 Planteamiento del Problema	22
1.2 Objetivo de la Investigación	24
1.2.1 Objetivo General	24
1.1.2 Objetivos Específicos	25
1.3 Justificación de la Investigación	25
II MARCO TEORICO	27
2.1 Antecedentes	27
2.2 Bases Teóricas	30
2.2.1 Perfil del Niño	30
2.2.2 Consulta de Odontopediatría	38
2.2.3 El Diagnostico Psicológico	46
2.2.4 Teorías Conductistas del Aprendizaje	49

	2.2.5 Protocolo Psicológico en Odontopediatría	52
	2.3 Bases Legales	55
III	MARCO METODOLOGICO	57
	3.1 Naturaleza y Tipo de la Investigación	57
	3.1.1 Diseño de la investigación	58
	3.2 Población y Muestra	58
	3.3 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	59
	3.4 Validez	60
	3.5 Técnica de Análisis de los Datos	60
IV	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	61
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
	BIBLIOGRAFIA	92
	ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	62
Gráfico N° 2	63
Gráfico N° 3	64
Gráfico N° 4	65
Gráfico N° 5	66
Gráfico N° 6	67
Gráfico N° 7	68
Gráfico N° 8	69
Gráfico N° 9	70
Gráfico N° 10	71
Gráfico N° 11	72
Gráfico N° 12	73
Gráfico N° 13	74
Gráfico N° 14	75
Gráfico N° 15	76
Gráfico N° 16	77
Gráfico N° 17	78

INDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1	32
Cuadro N° 2	43
Cuadro N° 3	79



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

ESTABLECER UN DIAGNOSTICO DEL PERFIL PSICOLOGICO DEL PACIENTE PEDIATRICO EN LA CLINICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ 2016-2CR

Autores: Boscán, Anakarenina y Estepa Gutiérrez, Diana Elvira

RESUMEN

El presente trabajo de investigación trata sobre la necesidad de establecer un diagnóstico del perfil psicológico del paciente pediátrico en la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, brindando herramientas psicológicas para el abordaje y manejo de las conductas de los pacientes durante la consulta odontológica para la consecución de resultados exitosos en la aplicación de los tratamientos. Su objetivo general es demostrar la necesidad de establecer un diagnóstico del perfil psicológico del paciente pediátrico en la Clínica del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez 2016-2CR. La población de alumnos inscritos en el quinto semestre de la carrera de odontología, la muestra está conformada por 52 estudiantes del quinto semestre de odontología de la Universidad José Antonio Páez, cursantes de la Clínica del Niño y Adolescente, periodo 2016-2CR, Estado Carabobo. Es una investigación de campo. El comportamiento de los seres humanos afecta no sólo la salud física sino también la salud dental constituyendo un factor de riesgo para el individuo, es allí donde dos disciplinas aparentemente tan distintas la una de la otra encuentran numerosos puntos de interés en común, por una parte los conocimientos de la psicología como ciencia de la conducta tienen gran relevancia para el profesional de la odontología en el momento de abordar la prevención o tratamiento de las enfermedades dentales así como el manejo del paciente y recomendaciones a los estudiantes.

Palabras claves: Perfil psicológico, diagnóstico, Odontopediatría, manejo psicológico del niño, tratamientos preventivos.

INTRODUCCIÓN

La psicología infantil, se encarga del estudio del comportamiento del niño, desde su nacimiento hasta su adolescencia. De esta forma, esta rama de la psicología se centra en el desarrollo físico, motor, cognitivo, perceptivo, afectivo y social. Así es como los psicólogos infantiles llevan adelante métodos para prever y resolver los problemas en la salud mental de los niños.

La psicología infantil atiende dos variables que pueden incidir en el desarrollo del niño: el factor ambiental, como la influencia de sus padres o de sus amigos, y el factor biológico, determinado por la genética.

Ahora bien, manejar psicológicamente a los niños en la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento, mediante un proceso de enseñanza- aprendizaje por el cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva hacia la consulta odontológica.

A pesar de que lo ideal sería realizar la primera visita durante el primer año por razones preventivas, es solo cuando el niño tiene entre tres y cuatro años de edad que posee habilidades de comunicación y socialización suficientes para acceder a las exigencias de una cita odontológica, en este momento es capaz de entender la función del odontólogo y esto nos permite controlar los temores generados por una persona y ambientes nuevos, desconocidos y posiblemente amenazadores.

Ante estas circunstancias, se planteó demostrar la necesidad de establecer un diagnóstico del perfil psicológico del paciente pediátrico en la Clínica del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez 2016-2017, pues es indispensable para el manejo de posibles eventualidades y no permitir que en los infantes se manifiesten traumas y situaciones desagradables que en un futuro entorpezcan su relación con el profesional y con la consulta odontológica.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

El ciclo de la vida es un proceso de tipo evolutivo por el cual el ser humano pasa durante la totalidad de su existencia hasta que ocurre el cese de las actividades del organismo; éste a su vez consiste en nacer, crecer, reproducirse y morir. Este ciclo se encuentra dividido en cinco (5) etapas las cuales constituye la lactancia, infancia, pubertad, madurez y vejez, en cada uno de estos periodos, el individuo irá desarrollando sus habilidades psicomotoras, así como las sociales. El normal desarrollo de dichas etapas está dado por el estado de salud del individuo.

De esta manera la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte del sistema de valores y continuamente se invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol. Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, es lo que se puede denominar integración mente y cuerpo, aspectos que son estudiados en la psicología.

Así pues, el objetivo de estudio de la Psicología es el Comportamiento. Los factores de la personalidad que interfieren en el mismos se registran a tres niveles: Cognitivo; Motor; Fisiológico. Dividiéndose a su vez en diferentes ramas aplicables

a las diferentes disciplinas que abarca, dentro de las cuales cabe destacar la Psicología de la Salud definida por Torres y Beltrán (1986):

“Por psicología de la salud debe entenderse una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación estrecha entre el equipo de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda” (citado en Piña y Ribera p. 671).

Por lo tanto la psicología de la salud, surge desde la psicología y es una aplicación más dentro de la misma, se nutre de cualquier aspecto de la psicología que sea de interés en el área de la salud, estudia primordialmente el comportamiento en su significado más ambivalente de la persona sana o enferma. Sin embargo, su eje vertebrador se trata desde un posicionamiento de salud positiva, es decir, desde la promoción y comportamientos de salud y de las conductas o control de riesgo, también se ocupa prioritariamente, del comportamiento normal de la persona en el proceso de salud y dentro de este proceso, la psicología de la salud también se ocupa del comportamiento de los profesionales de la salud.

En este orden de ideas los profesionales de la salud forman el equipo multidisciplinario que basándose en sus conocimientos sobre las diferentes especialidades que la medicina posee, están en estrecha relación con el paciente, siendo la odontología una de las especialidades pertenecientes a este grupo, al ser la **especialidad médica** que se dedica al **estudio de los dientes y las encías y al tratamiento de sus dolencias**, se encarga de todo lo referente al **aparato estomatognático**, formado por el conjunto de órganos y tejidos que se encuentran en la cavidad oral y en parte del cráneo, la cara y el cuello. A su vez la odontología se subdivide en diferentes ramas dentro de las que se encuentra entre otras la odontopediatría.

Por su parte la odontopediatría es la rama de la odontología encargada de explorar y tratar a los niños, el odontopediatra debe manejar los conocimientos de la interacción entre mente y cuerpo, la comprensión y su valoración que constituyen el campo de la psicobiología que supone un marco para el estudio de la conducta humana, la psicobiología da una explicación en términos fisicalistas tanto de la conducta como de los procesos mentales. Las emociones, la conciencia corporal, el estrés y la angustia son conceptos psicobiológicos que se aplican a casi todos los trastornos y enfermedades.

Dada entonces la importancia de facilitar la adaptación del niño, es importante que los estudiantes en odontología manejen diversas técnicas y conocimientos psicológicos, para facilitar la adaptación el niño quien ante un tratamiento puede experimentar temor, manifestando a la vez conductas agresivas y no cooperativas, por lo cual en ocasiones, el docente encargado del área clínica en la cual se sucede esta contingencia, asume el control de la misma; a pesar de que el ideal es que el profesional en formación aborde estas reacciones del paciente (niño), siendo una necesidad la elaboración de un acertado diagnóstico del perfil psicológico de paciente tratado, para el mejor manejo conductual del mismo durante la consulta.

En este orden de ideas, la actitud del niño depende, según la UCV (ob. cit.), de las actitudes maternas, a su vez, el odontólogo debe obtener datos que le permitan conocer y percibir a su paciente, a fin de adaptar las técnicas de intervención para facilitar la adaptación, promover la colaboración a la conducta y tratamiento que requiere; cobra relevancia entonces la elaboración de un acertado diagnóstico del perfil psicológico del paciente pediátrico.

Las técnicas para realizar el manejo conductual, así como la adaptación del niño son empleadas en el área de odontología debido a que el paciente (niño) se le realizará un tratamiento que es desconocido para él, lo que puede causarle estrés, ansiedad, temor entre otras reacciones a éste, lo cual se expresará en la actitud que demuestre al momento de la consulta odontológica y la cooperación dada por él. Ante

tales circunstancias, se requiere del profesional para el manejo exitoso de la situación.

Así pues, la Universidad Autónoma de México (2011), concibe el diagnóstico del perfil psicológico como la intervención que recoge los conocimientos empíricamente en cuanto al cambio del comportamiento. Se basa en los conocimientos actuales aportados por la psicología científica. Define el comportamiento como el modo de interacción entre el individuo y su contexto. Contempla como objeto de estudio psicológico tanto lo que el individuo hace como lo que dice.

Dada entonces la importancia de la intervención en el área clínica, se considera relevante la elaboración oportuna de un diagnóstico del perfil psicológico de modo tal que el odontólogo en formación (estudiante) lo implemente para facilitar la adaptación del niño, el manejo del temor que experimente así poder llegar a feliz término en el tratamiento que requiere. Por lo que se formulan las siguientes interrogantes:

¿Qué método de diagnóstico se emplea en el área de odontopediatría de la escuela de odontología de la Universidad José Antonio Páez? ¿Cuál es el perfil psicológico de los pacientes ante la consulta odontológica en el área de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez? y ¿qué importancia tiene el diagnóstico del perfil psicológico en el área de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

-Determinar la importancia de establecer un diagnóstico del perfil psicológico del paciente pediátrico en la Clínica del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez 2016-2CR.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar el método diagnóstico empleado en la Clínica del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.
- Fundamentar la necesidad de la inclusión de un método de diagnóstico psicológico en la Clínica del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.
- Definir la importancia de establecer el diagnóstico de los pacientes pediátricos ante la consulta odontológica en la Clínica del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

1.3 Justificación de la Investigación

Asistir a una consulta de odontología puede desencadenar en el paciente una serie de emociones, reacciones somáticas, manifestaciones conductuales, que lejos de contribuir a su bienestar altera su organismo, dificulta el logro de los objetivos planteados por el especialista. Este aspecto cobra especial relevancia en los niños (as), quienes requieren adaptarse a la consulta, colaborar con el tratamiento, sentando las bases para un comportamiento positivo en las posteriores visitas.

En este sentido, tal como lo señala la UAM (ob. cit.), la intervención psicológica se plantea como un proceso de aprendizaje cuyo objetivo general es procurar herramientas para facilitar la adaptación de las personas, para que de este modo logren los objetivos de bienestar por los que acude a consulta. Por ello, ante las manifestaciones de temor en los niños, la solución consiste en la implementación de nuevos comportamientos que se constituyen en procedimientos generales eficaces para lograr sus propios objetivos vitales.

Por lo tanto, Establecer Un Diagnostico del Perfil Psicológico Del Paciente

Pediátrico en la Clínica del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, justifica la presente investigación desde una perspectiva teórica, al construir un marco conceptual sobre el tema, lo cual implica recopilar información actualizada sobre diversos procedimientos que el estudiante odontología puede consultar, implementar para facilitar la adaptación del paciente pediátrico a las conductas psicológicas.

Desde el punto de vista institucional, incluir un método diagnóstico en el área de odontopediatría, contribuirá a fortalecer la formación del profesional en odontología, permitiéndole a la Universidad José Antonio Páez, enriquecer el proceso de enseñanza, respondiendo a las demandas de la sociedad.

Igualmente, se justifica la presente investigación desde una perspectiva de salud, no sólo en el aspecto odontológico, sino también en la salud psicológica individual, pues la adaptación y manejo conductual del niño, es una temática muy importante debido a que estos son utilizados constantemente en el área de odontopediatría, de manera que el niño no crea y mantenga temores obtenidos por una situación traumática por falta de técnicas de adaptación y de un manejo operativo a la hora de la consulta, evitando de esta forma conductas no cooperativas y/o agresivas por parte del niño, buscando disminuir la creación de una cadena de miedos transmitidos de un individuo a otro, formando niños adaptados y profesionales capacitados para encargarse de estas situaciones.

Cierra la justificación social, toda vez que el estudio puede servir de antecedente o referente a todos relacionados con la temática, de modo tal que responda a las líneas de investigación de la Universidad José Antonio Páez, al plantearse como objetivo determinar la importancia de establecer un Diagnóstico Del Perfil Psicológico Del Paciente Pediátrico en el área de odontopediatría de dicho recinto universitario.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

La respuesta al tratamiento dental del niño afecta al comportamiento emocional, al generar comúnmente estrés que proviene del miedo y la ansiedad que se tiene ante lo desconocido. Es por ello que, estas temáticas han sido abordadas en diferentes investigaciones, algunas de las cuales se citan a continuación dada su relevancia para el presente estudio. El criterio de presentación es el orden cronológico ascendente.

Con relación al tema, destaca Martínez (2010), con una investigación titulada **Conducta de los Niños en la Consulta Odontopediátrica y su Ambiente Familiar**, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada, España; con el objetivo de comprobar el comportamiento del niño en su primera cita de atención odontológica viniendo de un ambiente familiar disfuncional, si este fuera el caso.

En el aspecto metodológico, se trató de una investigación de campo, transversal, observacional y analítica. Este estudio se realizó en niños que asistieron por primera vez para recibir atención odontológica al post grado de odontopediatría de la Universidad Autónoma de Nuevo León y a consultas privadas de odontopediatra.

En este sentido, la conducta de los niños en el consultorio odontopediátrico y la relación con el ambiente familiar constituyen un elemento fundamental en el éxito de la especialidad. Por lo tanto se concluye que durante la primera visita que hace el niño al odontólogo pediatra es importante para hacer sentir que el especialista es un amigo que contribuirá al bienestar de la salud bucal.

Es por ello que, el citado trabajo es un aporte para el presente, al destacar la

importancia de conocer la conducta de los niños en su primera visita al especialista y su relación con el ambiente familiar. En la primera consulta es donde se despliegan los sentimientos del paciente respecto al tratamiento odontológico y al dentista, teniendo la oportunidad el odontopediatra de proveer al niño un ambiente psicológico de seguridad que sea el adecuado para develar temores y ansiedades propias a dicha situación. Siendo la familia la unidad básica de la sociedad, el profesional debe ofrecer una atención individualizada y episódica para cada uno de sus miembros, en toda ocasión para lograr su salud dental.

De igual modo, se citan a Walter (2006), quien en Venezuela realizó una investigación titulada **Programa de Modificación Conductual para el Manejo del Temor en Niños y Niñas en situaciones de Conducta Odontológica**; con el objetivo de Diseñar un programa de modificación conductual dirigido al personal que labora en cinco unidades odontológicas ubicadas en el cono sur de la ciudad de Guanare. Se trató de una investigación de campo de tipo descriptivo, sustentada en la modalidad de proyecto factible, la población se constituyó con 36 funcionarios de las instituciones objeto de estudio.

El análisis de la información, permitió concluir que se requiere conocer técnicas de modificación conductual para el manejo del temor los niños y las que acuden a las unidades odontológicas donde laboran y de esta manera puedan disminuir las conductas no cooperativas que escenifican, referidas a gritos, llantos, patear, morder o salir corriendo, por lo que están dispuestos a participar en una actividad de capacitación dirigida a estos fines.

Es por ello que el citado trabajo ejecutado en el contexto nacional, se considera un aporte para la presente investigación, al señalar la importancia de la capacitación por parte de los profesionales de la salud como auxiliares en el manejo de la conducta para favorecer la adaptación efectiva a la consulta odontológica.

Cierra este tópico, la investigación realizada por Flores (2013), titulada **Abordaje del docente ante las manifestaciones de miedo en niños y niñas de Educación Inicial**; con el objetivo de analizar el abordaje del docente ante las

manifestaciones de miedo en niños y niñas durante las actividades académicas en el Centro de Educación Inicial “Nicolás Patiño”, de Cabudare Municipio Palavecino del Estado Lara.

Metodológicamente se abordó desde el enfoque cuantitativo, con un tipo de investigación de campo de carácter descriptivo, con diseño transaccional. Los sujetos de la investigación totalizaron veinte (20) docentes que administran el nivel de Educación Inicial en la mencionada institución educativa. Para recolectar la información se aplicó la técnica de la encuesta a través de un instrumento tipo cuestionario estructurado en veintidós (22) reactivos con alternativas de respuesta siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca.

Al mismo tiempo, el análisis de los datos permitió concluir que la mayoría de educadores hacen un abordaje no operativo de los miedos infantiles, ya que no aplican estrategias cognitivas conductuales que les permita a los niños y niña identificar las conductas de miedo y afrontar las situaciones que lo activan.

Por consiguiente, es de señalar la relevancia de la citada investigación para la presente, al destacar que el miedo es una emoción básica que experimenta el ser humano, en el caso de los niños (as) se desencadena ante situaciones novedosas, como es el caso de la atención odontológico, ante ello, se requiere del especialista crear un ambiente de confianza, que le transmita seguridad al niño (a).

En este orden de ideas, atendiendo a los estudios citados, se puede apreciar que los mismos guardan relación directa con la presente investigación, al señalar la importancia de la salud integral, así como realizar acciones de prevención y atención desde las edades tempranas en la consulta odontológica, todo lo cual lleva a justificar la necesidad de establecer un diagnóstico del perfil psicológico del paciente pediátrico en la Clínica del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

2.2 Bases Teóricas

Según Bavaresco (2006) las bases teóricas tiene que ver con las teorías que brindan al investigador el apoyo inicial dentro del conocimiento del objeto de estudio, es decir, cada problema posee algún referente teórico, lo que indica, que el investigador no puede hacer abstracción por el desconocimiento, salvo que sus estudios se soporten en investigaciones puras o bien exploratorias. Ahora bien, en los enfoques descriptivos, experimentales, documentales, históricos, etnográficos, predictivos u otros donde la existencia de marcos referenciales son fundamentales y los cuales animan al estudioso a buscar conexión con las teorías precedentes o bien a la búsqueda de nuevas teorías como producto del nuevo conocimiento. A fin de demostrar la necesidad de establecer un diagnóstico del perfil psicológico del paciente odontopediátrico en la Clínica del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, es necesario construir un marco teórico en el cual se abordan aspectos relacionados con la temática, tomando como sustento los postulados de diversas corrientes psicológicas como el condicionamiento clásico, operante y el aprendizaje social; tal como se detallan a continuación.

2.2.1 Perfil del Niño

- Psicología infantil

Desde su concepción el ser humana atraviesa por distintas fases de desarrollo de su propia especie: nace, crece, se reproduce y muere durante todo ese proceso experimenta cambios principalmente físicos y mentales, además de sociales y culturales, dependiendo del grupo en el que se desenvuelve. No obstante en dichas fases se presentan al mismo tiempo etapas que marcan su desarrollo, pero que, ante todo, determinan el grado de madurez que obtienen.

La etapa que comprende desde su nacimiento hasta los once o doce años se denomina infancia. La mayoría de los expertos opinan que esta es una de las más importante, debido a que durante ese tiempo se inicia el desarrollo físico, social e intelectual (Gavin, 1994). De la misma manera resulta ser una de las etapas más largas dentro de las que pertenece el ser humano, preparándose para los cambios que vendrán en la pubertad, etapa subsecuente a la infancia (Harvey, 1982).

Es importante aclarar que la pubertad es un proceso que conduce a la madurez sexual y a la capacidad de reproducirse, con lo que se da inicio a la adolescencia. Dicho proceso surge con un acelerado incremento en producción de hormonas, lo que señala el final de la niñez. Este suele tardar alrededor de cuatro años para ambos sexo y comienza entre dos y tres años antes en las niñas que en los varones. Algunos cambios durante la pubertad incluyen el desarrollo de vello púbico, voz más profunda y crecimiento muscular (Papalia, 2001).

En la adolescencia las transiciones son intelectuales y sentimentales, su forma de razonar se modifica, pues tiene una mejor capacidad para pensar de manera abstracta e hipotética, así mismo sus sentimientos varían con respecto a todo. La adolescencia dura casi una década, abarcando desde los once y doce años, hasta los diecinueve o principios de los veinte, ni el punto de inicio ni el de terminación están marcados con claridad (Papalia, 2001).

El interés de los expertos por reconocer lo que sucede alrededor de la niñez se ve reflejado en el establecimiento de la Psicología Infantil, que se define como la disciplina científica dedicada a entender mejor a los niños y su desarrollo. Los temas que pueden ser objetos de los psicólogos de la infancia son: cambios físicos, conocimientos, percepción y personalidad... (Harvey, 1982:5).

Cabe señalar que esta disciplina no solo en cuenta las diferencias individuales, si no también todas aquellas características comunes del desarrollo evolutivo del niño (Harvey, 1982). Además, considera muchos factores ambientales que pueden modificar las conductas de cada uno, como la cultura, la clase social y la familia entre otros (Gavin, 1994).

Por lo tanto, es necesario no perder de vista que las descripciones presentadas con relación y grado de madurez pueden ser variables para algunos casos, pero en su mayoría el proceso es común. Así, a partir de los estudios es posible hacer una revisión de la evolución infantil que permitirá comprender aspectos claves que, al final, se convertirán en la base del diseño, propósito de la investigación.

Cuadro 1
Análisis del comportamiento del niño de siete a doce años.

Edad	Personalidad	Sociedad	Intereses	Familia	Amigos	Escuela	Sexualidad	Sentido ético
7 años	Periodo de quietamiento, calma y concentración	Comprende de ocupa un lugar social. Le cuesta el trabajo	Fantasías de Magia Superhéroe es Preocupa con por explicaciones fuera de la escuela. No acepta correcciones ni Observaciones.	Se reconoce como miembro de la familia. Se siente orgulloso de su familia. Mantiene mejor relación con el padre. Hay poca acercamiento con la madre. Solo permite su presencia en	Forman padillas o grupos. Busca amigos de su mismo sexo. Dinámica de escribir y borrar por inseguridad. Inversión de elementos (letras, números	Proximidad con la maestra. Funciona como medio para conocer situaciones concretas. Rodea. Dinámica de escribir y borrar por inseguridad. Inversión de elementos (letras, números	Piensa en temas relacionados. No trata de explicarse el por qué. Busca entender situaciones concretas. Rodea. Dinámica de escribir y borrar por inseguridad. Inversión de elementos (letras, números	Distingue entre lo bueno y lo malo de sí mismo y los demás. Preocupación por la maldad y el engaño. Tendencia a la mentira con menos frecuencia que a los seis años.
	Abstracción del mundo para comprender significados de cosas y personas. Relaciona experiencias actuales con antiguas. Piensa antes de actuar y toma en cuenta repercusiones sobre él. Adquiere conciencia de sí mismo y de los demás	Comprende de ocupa un lugar social. Le cuesta el trabajo para distinguir obligaciones fuera de la escuela. No acepta correcciones ni Observaciones. Establece una capacidad de empatía. Ceden gradualmente a los berrinches. Se	Fantasías de Magia Superhéroe es Preocupa con por explicaciones fuera de la escuela. No acepta correcciones ni Observaciones. Establece una capacidad de empatía. Ceden gradualmente a los berrinches. Se	Fantasías de Magia Superhéroe es Preocupa con por explicaciones fuera de la escuela. No acepta correcciones ni Observaciones. Establece una capacidad de empatía. Ceden gradualmente a los berrinches. Se	Se reconoce como miembro de la familia. Se siente orgulloso de su familia. Mantiene mejor relación con el padre. Hay poca acercamiento con la madre. Solo permite su presencia en	Forman padillas o grupos. Busca amigos de su mismo sexo. Dinámica de escribir y borrar por inseguridad. Inversión de elementos (letras, números	Proximidad con la maestra. Funciona como medio para conocer situaciones concretas. Rodea. Dinámica de escribir y borrar por inseguridad. Inversión de elementos (letras, números	Piensa en temas relacionados. No trata de explicarse el por qué. Busca entender situaciones concretas. Rodea. Dinámica de escribir y borrar por inseguridad. Inversión de elementos (letras, números

	<p>Pensamiento más serio, concluyente y curioso.</p> <p>Capacidad de crítica y razonamiento.</p> <p>Capta el desarrollo lógico de las cosas.</p> <p>Repite hasta comprender.</p> <p>Dominio del tiempo (hora, mes) y espacio (lugar).</p> <p><u>Emociones:</u></p> <p>Cambio de humor constante.</p> <p>Pretende ser perfecto.</p> <p>Preocupación por cometer errores.</p>	<p>convierten en buen oyente.</p> <p>reuniones colectivas.</p> <p>, etc.).</p>						
8 años	<p>Sutiles cambios corporales.</p> <p>Características</p> <p>Expansividad (se entiende como miembro de la sociedad.)</p> <p>Velocidad (madurez de operaciones)</p>	<p>Reacciona a los estímulos que lo involucran socialmente.</p> <p>Desarrolla un sistema de decisiones</p>	<p>Colecciona todo lo que llama la atención.</p> <p>Interés el trueque entre amigos.</p> <p>Conocer</p>	<p>Exige la cercanía de la madre como apoyo.</p>	<p>Etapas de la verdad: amigos.</p> <p>Elige la compañía de 1 o 2 amigos.</p>	<p>Actividades breves (impacienta).</p> <p>Alejamientos de la maestra.</p>	<p>Varón: interés por procesos ajenos a su cuerpo.</p> <p>Niñas: interés por cambios corporales</p>	<p>Sentido de propiedad.</p> <p>Adversión a la falsedad.</p> <p>Afrontación de</p>

9 años	<p>motrices finas.) rápidas. lo que no Compete a la sus actos.</p> <p>Valoratividad Se rige por le es e con pubertad.</p> <p>(valor a lo que normas cercano. otros Sentido</p> <p>sucede por su sociales. Discusión niños. de</p> <p>causa). sobre Aprend responsab</p> <p>Pensamiento temas e ilidad</p> <p>concreto. novedosos errores. (puntuali</p> <p>Reconoce . dad).</p> <p>agente causal.</p> <p>Establece</p> <p>diferencias y</p> <p>similitudes.</p> <p>Capacidad</p> <p>autocrítica.</p> <p>Identifica</p> <p>contexto, lo real</p> <p>y lo ficticio.</p> <p>Capacidad de</p> <p>entender las</p> <p>cosas como un</p> <p>todo y no en</p> <p>partes.</p> <p>Capacidad de</p> <p>observación.</p> <p>Cronología</p> <p>rudimentaria.</p> <p><u>Emocional:</u></p> <p>Sensible a la</p> <p>crítica</p>	<p>Capacidad de Demuestra Explicació Cambio Buena Respons Pudoroso y Equidad</p> <p>aplicar su considerable n de sus en su relación able de con esencial.</p> <p>personalidad a habilidad en errores. relación. con sus sus curiosidad Interés</p> <p>las cosas que la crítica Cosas que Menor compañ llegadas por los temas por la</p> <p>realiza. social y tienen exigencia eros de tempran relacionados justicia.</p> <p>Sincero y autocrática. explicació hacia su clases. o. con la Reclama</p> <p>responsable, no Acepta sus n. madre. Fiel y Buena anatomía y sus</p>
--------	---	--

	muy agresivo. Capacidad de aceptar su culpa. Mejor dominio del tiempo. Planea de antemano y prepara las cosas. Busca su individualidad.	culpas. Desarrolla un sentido de status individual	Perfeccionas sus habilidades. Las sucesiones y categoría. Historias de animales, clásicos infantiles, biografías, novelas policiales etc.	No tan necesaria la presencia activa del padre. Respeto por ambos. Acude a los padres en ciertas ocasiones.	devoto. Elige un amigo especial. Amigos de su mismo sexo.	relación con los maestros. Capacidad de trabajar independiente.	fisiología. Resistencia a exponer su cuerpo.	derechos. Preocupación por las cosas que no ha hecho.
10 años	Satisfecho consigo mismo. Arranques breves y superficiales de ira. Explosiones de felicidad y afecto. Concreto, franco, honesto y fiel.	Acepta el mundo y la vida con espíritu libre y fácil de reciprocidad. Mantiene una atmosfera amistosa con lo que lo rodea. Su vida colectiva organizada es más seria.	Continúa actividad. Juegos fuera de casa. Utiliza la fuerza y habilidad físicas. No al trabajo. Menor interés en el dinero. Temas de interés variados	Aumenta la participación con la familia. Madre el centro del universo. Padre como ejemplo a seguir y la máxima autoridad. Buena relación con los hermanos menores.	Mayor importancia. Tiene un amigo predilecto de su mismo sexo. Poco o nula amistad con el sexo opuesto. Se organiza en	Gusto por aprender y memorizar. Agrado y respeto por la maestra. Interés por la investigación.	Desagrado por el sexo opuesto. Interés por conocer su cuerpo. Pudoroso.	Consciente de lo que rodea. Interés por la justicia y la honestidad. Preocupación por la realidad y por lo que está mal.

Menos clubes.
relación
con
hermanos
mayores.
Gusto por
convivir y
realizar
actividades
juntas.

11 años	Objetivos minuciosos.	Ansiedad por crecer.	Agrado por la	Apego con la	Compañías de	Ansias de	Inicio de	Conciencia de
	Concentración en el trabajo grupal.	Cuestiona a los adultos.	discusión. Deportes.	familia. Ve a sus	amigos. Cercanía con	cooperar interés de	Cambios físicos	virtudes y defectos.
	Pone atención en contexto.	Disgusto por órdenes.	Competencia.	padres como	los niños de	aprender .	notorios en	No reconoce
	Prefiere contradecir que responder.	Deja de ser visto como un bebe.	Interés por la aventura.	personas independientes.	niños de su misma	niños de su misma	Incremento de actividad físicas.	reconoce sus defectos. Procura la
	Dominio total del tiempo.			Madre blanca de	edad. Influencia	basado en	Debilidad por su	verdad. Utiliza la
	<u>Emociones:</u>			críticas, y	independiente por	en cuentos e	maestra.	mentira a
	Cambio de estado de ánimo.			sentimientos más	profundos. amistad	historias reales y	simples	su conveniencia.
	Irritación expresada en gritos.				es. reales y	simples		Identifica lo bueno y lo malo.
	Teme a no agradar.							
	No identifica el porqué de su estado de ánimo							

12 años	Menos insistente, más razonable y mejor compañero.	Cuestiona la sociedad. Habla de política con los adultos.	Chiste y lenguaje de doble sentido. Historieta s cómicas algunos temas relacionad os con la historia y aventura, travesías a mundos lejanos. Actividad es en grupo y su círculo social. Posibilida d de ganar dinero	y leguaje de doble sentido. Historieta s cómicas algunos temas relacionad os con la historia y aventura, travesías a mundos lejanos. Actividad es en grupo y su círculo social. Posibilida d de ganar dinero	Afectuoso en el hogar. Unión con los padres. Proceso de madurez en la relación madre e hijo. Acepta la disciplina de los padres. Exige manos de sus padres. No dependen de ellos.	Influencia de su grupo de amistad es. Se olvida de la competencia. Preocupación por pertenecer a un grupo. Amistades numerosas. Preocupación por exámenes.	Le gusta aprender y que le enseñen. Dispuesto a cooperar con las tareas. Responsable por llegar a tiempo. Aumenta su capacidad de aprendizaje. Interés por discutir temas de clases. Preocupación por exámenes.	Varía niño a niña. Niña: demuestra actitud y fisonomía de mujer. Acepta sus cambios. Niños: consciencia sexual no madura. Menores cambios físicos y mentales. Ambos: relación estrecha entre sexo opuestos.	Preocupación por los valores de la lealtad, la ley y la justicia. Auténtico sentido de la razón y la realidad. Medida sobre la vida misma. Le da peso a la verdad.
---------	--	---	--	--	---	--	---	---	--

Fuente: análisis del comportamiento del niño de siete a doce años, extraído de los libros El niño de 7 a 8 años, el niño de 9 a 10 años, El niño de 11 a 12 años de ArnoldGesell (1992).

2.2.2 Consulta de Odontopediatría

El hombre es una estructura compleja, donde cada uno de sus componentes tiene una labor importante para mantener el equilibrio u homeostasis. Específicamente, las unidades dentarias, contribuyen al proceso de alimentación, en la expresión del lenguaje oral y forman un aspecto relevante en lo que a estética y por consiguiente autoestima del sujeto se refiere.

En este sentido, Silenes (2000), las define como piezas óseas, blancas, con función especialmente masticatoria, que el hombre y otros animales poseen implantados en sus huesos maxilares, dentro de la cavidad bucal. En el caso de los seres humanos, se distinguen los incisivos (son ocho) que cortan el alimento, los caninos (son cuatro) que los desgarran, por ser afilados y puntiagudos, mientras los molares (son 12) y premolares (son ocho), los trituran, preparando la acción de la saliva que formará el bolo alimenticio.

Específicamente, para Silenes (ob. cit.), las unidades dentarias participan también de posicionar la musculatura facial. En el hombre, hasta la edad de 7 años existen 10 por mandíbula (20 en total) y son denominados primera dentición. No son definitivos. Los permanentes en el ser humano adulto, alcanzan el número de 32 (16 dientes por mandíbula).

Agrega el citado autor que, las unidades dentarias se componen de una raíz, que se halla implantada en el alvéolo, de la cual se desprende un cuello, y luego viene la corona o cuerpo, que es la parte que se visualiza, pues sobresale del alvéolo. Internamente, se encuentra una parte muy dura, periférica, que se denomina marfil o dentina, que está cubierta por esmalte, al ras de la corona (la parte más externa del diente); y a nivel de la raíz se recubre por cemento. La pulpa dentaria es una materia blanda, contenida en una cavidad que se halla en el centro del diente. Allí se ubican venas, arterias y nervios que se introducen en el vértice de la raíz.

Vale señalar que, las unidades dentarias son piezas claves para la salud integral de la persona. No obstante, están expuestos a diversas patologías, razón por la cual es importante la atención odontológica desde los primeros años de vida en el marco de la prevención, siendo relevante la atención en la consulta de odontopediatría, pues el niño es un paciente muy especial que requiere un trato acorde con esa condición peculiar que le confiere la corta edad y para el que no todas las consultas parecen estar adecuadas a la hora de recibirlos.

De acuerdo a Geiser (2014), la odontología pediátrica es la especialidad dedicada a la atención del paciente infantil y adolescente, el paciente pediátrico requiere de un manejo diferente al paciente adulto. Es una parte de la odontología que se encarga del cuidado y mantenimiento de la salud oral del niño de una forma integral, incluyendo a aquellos que requieren cuidados especiales. Se intenta prevenir la enfermedad oral desde el embarazo de la madre, siguiendo las diferentes etapas del desarrollo y crecimiento del niño hasta su madurez.

Para el citado autor, la odontopediatría se encarga de prevenir la aparición de la enfermedad, conservación de la integridad y la salud de los tejidos bucales. Este manejo exige al profesional un conocimiento del desarrollo emocional y psicológico de estos pequeños pacientes y así determinar qué tipo de comportamiento esperar según las características de su edad.

Así mismo, es de gran importancia tener en cuenta el lugar y las instalaciones donde se atiende al paciente pediátrico. Lo ideal es lograr una interacción entre el juego, la distracción y la atención del paciente. Lo anterior se logra convirtiendo el lugar de atención en un ambiente tranquilo utilizando alternativas de distracción previas a la atención del paciente como son los juegos de Xbox, uso de marcadores para pintar, juegos didácticos para armar; y en el consultorio contar con televisión para que el paciente disfrute de sus programas y personajes favoritos; mostrar un sillón odontológico con colores llamativos (vaso, eyector, guantes, espejos) de colores alegres y enseñar los instrumentos odontológicos que se van a utilizar con un lenguaje sencillo y divertido; entre otros.

Según la Revista Gaceta Dental (2012), entre los frecuentes errores que comete el profesional no habituado a tratar con pacientes infantiles destaca el comportamiento del dentista «porque ve al niño como un adulto pequeño y el niño en realidad es un ser diferente en cada momento de su vida y si no conocemos en qué estadio de su vida se encuentra, si no sabemos de su desarrollo, no podremos tratarle».

Y hay casos en que los problemas creados por estos pacientes 'rebotados' «son tan graves que hay que recurrir a la anestesia general del niño porque nosotros somos el último eslabón para atender a un paciente que llega a la consulta llorando y pateando», reconoció el doctor Fernando Costa, citado en Revista Gaceta Dental (ob. cit.). No obstante, pese a todas las precauciones que se puedan tomar con el niño, siempre hay casos en los que surge el miedo al sillón del dentista.

Por eso, según Costa (ob. cit.), hay que tratar de conseguir que el foco de la atención no esté dentro del niño, sino fuera de él», aunque si el niño ya ha tenido una mala experiencia con el dentista «es conveniente hacer un trabajo previo y hay que enseñarle pequeñas técnicas de relajación». Pero en muchas otras ocasiones, el problema de los miedos no se debe siquiera a experiencias negativas del niño sino a la educación que ha recibido de sus padres. Por ello, es importante implementar un protocolo psicológico en el área de odontopediatría de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez

En este sentido, al hablar de atención en la consulta de odontopediatría, se aborda de manera indirecta lo que son las emociones en el ser humano, para Moles (2007), la emoción es la base de todo comportamiento afectivo, se trata de reacciones somáticas que acompañan a conductas muy determinadas, ante la satisfacción e insatisfacción de necesidades debido a cambios ambientales repentinos. Agrega además, que el ser humano está dotado de la capacidad de disponer de un cúmulo de emociones y sentimientos, muchos de ellos producto de su condicionamiento social. Por lo que el citado autor considera que el aparato emocional está constituido

fundamentalmente por cuatro grandes emociones básicas: alegría, rabia, miedo y tristeza.

Concretamente, Gray (citado por Díaz 2003) considera el miedo como un hipotético estado del cerebro o sistema neuroendocrino, que surge en determinadas condiciones y se manifiesta por ciertas formas de comportamiento. En el desarrollo de las teorías explicativas del miedo hay contribuciones de las psicologías conductistas. En esta teoría, calificada de simplista posteriormente, se señala que los estímulos atemorizantes innatos, es decir, aquellos que no se han aprendido, sino que simplemente desarrollan miedo, debido a su carácter peligroso para el individuo, podrían ser: el ruido, la pérdida de soporte inesperada y el dolor.

A este respecto Davidoff (citado en Moreno, 2002), define el miedo como una situación identificable asociada a un estímulo aversivo cuya función es preparar al organismo para sortear el obstáculo. La misma autora señala que los miedos son aprendidos por diversos mecanismos, algunos de los cuales no están explicados de una forma que se pueda comprobar el proceso de adquisición, tal es el caso de los miedos irrealistas.

Desde estas perspectivas el miedo tiende a desaparecer con el crecimiento, por un procesos de extinción de los aparejamientos que le dieron origen, o por desarrollo cognitivo. A esto se debe además agregar el carácter adaptativo del origen del miedo y cuando deja de ser funcional desaparece, no siendo siempre así, dado que hay miedos muy persistentes en el tiempo, generalizándose y desproporcionándose a nivel de fobias.

Los cognitivistas sostienen que los miedos disminuyen en cantidad, pero evolucionan debido al desarrollo cognitivo y al ambiente social, lo que influye en las motivaciones y expectativas. Ahora bien, al abordar el desarrollo emocional del niño, Wallon (2010) señala tres (3) fases en el desarrollo emocional: Predominio del plano visceral de la sensibilidad de 1 a 6 meses, donde el niño experimenta el esquema displacer excitación placer, a los 6 meses comienzan a aparecer el miedo, la cólera y el amor.

La segunda fase es el predominio del plano propioceptivo de la sensibilidad, que va desde los 6 meses a 1 año; donde el niño se va desligando de su madre, comenzando a interesarse por el mundo que lo rodea, dando origen a nuevas emociones. Por último, está predominio del plano exteroceptivo de la sensibilidad, a partir del año comienza a socializarse, interactuando con el resto del mundo. Aparecen emociones como: celos, alegría, tristeza, a medida que el niño va creciendo, aprende a manifestar sus emociones.

Asimismo Breton (citado por Prato 2003) sostiene que a lo largo del desarrollo humano el miedo le genera a los demás innumerables consecuencias relacionadas con actuaciones sociales que con frecuencia implican no solo dominio – sumisión de unos a otros provocándose sensaciones, sentimientos, actitudes y estilos de comportamientos desadaptativos, sintiendo falta de apoyo, refuerzo consciente con las adaptaciones que genere incompetencia, desánimo, inseguridad y miedo.

Agrega además Pérez (2003) que el miedo se refiere a sentimientos de temor sobre peligros de carácter tangible, que se vinculan a aspectos específicos del mundo exterior. También señala que es necesario relacionar algunos términos con el miedo provocado; así el concepto de susto y de sobresalto están muy unidos al miedo. El primero se define como una impresión repentina causada en el ánimo por sorpresa, espanto, pavor; una preocupación vehemente por alguna adversidad o daño que se teme. Un sobresalto sería la sensación que proviene de un acontecimiento repentino e imprevisto, un temor o susto repentino. El pánico sería el miedo grande o temor muy intenso. Todo lo anterior se resume en el siguiente cuadro:

Cuadro 2
Tipología del Miedo

	Definición	Perturbación del ánimo	Causa Real	Objeto Presente	Soluciones
Miedo	Neurótico Agudo Crónico	Si	Si	Si	Métodos Psicológicos y Neuropsicológicos
Ansiedad	Inquietud del ánimo	Si	No	No	Métodos Psicológicos
Fobia	Miedo individual y desproporcionado	Si	Si y No	Si y No	Métodos Psicológicos y Psiquiátricos
Terror	Miedo a sucesos nefastos	Si	Si y No	No	No necesarias
Horror	Miedo a sucesos repugnantes	Si	Si y No	No	No necesarias
Susto	Impresión repentina	Si	Si y No	V	No exposición a las causas
Sobresalto	Susto repentino	Si	Si y No	Si	No exposición a las causas
Pánico	Miedo intenso	Si	Si y No	--	Métodos Psicológicos

Fuente: Tomado de Pérez (2003)

En el cuadro anterior se puede apreciar que el miedo tiene diversidad de patologías, pudiendo ser una respuesta emitida, en este caso por el niño y niña ante la consulta de odontología, con diversas manifestaciones. Específicamente para Peurfoy (1999) ante situaciones de miedo el sujeto presenta una serie de reacciones

fisiológicas, entre las que se destacan: aceleración del ritmo cardíaco, sudoración excesiva, tensión muscular, sequedad bucal y de garganta, náuseas, deseos de orinar y defecar, dificultades respiratorias, temblores, dilatación de pupilas, erizamiento del cabello, aumento de la presión arterial.

Estas manifestaciones se acompañan por cambios bioquímicos, como la secreción de adrenalina, por parte de las glándulas adrenales y la de noradrenalina, que se da en las terminales nerviosas periféricas. También se presenta un crecimiento del contenido de ácidos grasos libres y de corticoesteroides en plasma. Pero, cuando el miedo se prolonga en el tiempo, provoca insomnio, fatiga, pesadillas, pérdida del apetito, agresividad, sobresaltos, conductas de evitación. Durante los primeros meses de vida, el bebé no muestra conductas temerosas, pero sí responde con llanto y gritos, cuando siente hambre, dolor, frío, o cuando recibe estímulos violentos (ruidos fuertes, pérdida de apoyo, entre otros).

Asimismo, a partir de los 8 meses, el niño es capaz de mostrar miedo ante las personas desconocidas, pues ya es capaz de reconocer y diferenciar los estímulos familiares de los extraños. Es aquí que aparece la angustia del octavo mes. Cuando comienza a caminar, su respuesta de miedo se manifiesta conductas de evitación, huyendo de los estímulos y acercándose a su madre.

Cabe destacar, que los miedos infantiles aumentan durante los dos primeros años, ya que el niño comienza a explorar su entorno, lo que resulta potencialmente peligroso. Cuando desarrolla el habla y mejora la comunicación, cambia la naturaleza de los miedos, pasando del miedo a daños físicos, a los miedos sociales. Sin embargo, tal como señala Pérez (ob. cit.), el miedo pasa por un proceso de moderación. En un principio el miedo no aparece en determinada especie a estímulos específicos y más tarde sí parece ser que este proceso puede estar relacionado con la maduración del sistema nervioso implicado, de forma que éste no posee todavía el nivel de maduración suficiente para determinados estímulos, reconocer y dar una respuesta adecuada.

Según el mismo autor, los estímulos causantes del miedo se clasifican en:

intensos, novedosos, característicos de peligro especiales, de significados evolutivos y estímulos procedentes de interacciones sociales entre congéneres. Agrega el autor que ante una situación/ estímulo provocador de miedo se ocasionan una serie de cambios fisiológicos en donde los sistemas fisiológicos implicados, a nivel interactivo, por excelencia, son: el sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino.

Sobre la base de lo anterior, se puede afirmar que existen muchas diferencias individuales en cómo las personas expresan sus emociones. Asimismo, ante situaciones que desencadenan el miedo, el niño puede emitir las siguientes conductas: huida, según Pérez (ob. cit.), los miedos pueden presentarse en diferentes ámbitos. Hay un temor ante el cambio de rutinas (situaciones o lugares nuevos). Hay un miedo también de tipo sensorial a ruidos concretos y finalmente puede desarrollarse un miedo injustificado hacia ciertas personas, incluso hacia compañeros de su misma edad, sin existir ningún antecedente previo de conflicto.

Lo citado anteriormente, puede llevar al niño y niña a evitar tales situaciones, manifestando conductas como huir, es la evitación directa de situaciones o personas amenazantes. Los niños bajarán los ojos o correrán a esconderse; se negarán a acercarse; no se animará a entrar por ejemplo, a la consulta de odontología. Por eso el niño que se niega a enfrentarse a situaciones de tensión a la larga podrá tenerle miedo a todos los problemas y nunca aprenderá a manejar las crisis que son inevitables en el transcurso del desarrollo.

Respecto al llanto, para La Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (2010), se trata de una respuesta emocional a una experiencia o situación de sufrimiento. Los niños lloran por muchas razones y el grado de su angustia depende de los niveles de desarrollo y de las experiencias previas. El llanto en los niños es una respuesta al dolor, al temor, a la tristeza, a la frustración, a la confusión, a la ira, a la incapacidad para expresar sus sentimientos de una manera adecuada.

Asimismo, el llanto es una respuesta normal de los niños a las situaciones angustiantes que no son capaces de resolver de otra manera y cuando la capacidad de un niño para hacer frente a estas situaciones se agota, el llanto es un comportamiento

automático e instintivo. De igual manera, un niño que experimente miedo puede reaccionar de forma agresiva en la consulta de odontología, pues un niño que está creciendo finalmente aprende a expresar sentimientos de miedo sin llorar, lo cual es importante para la atención odontológica.

En los párrafos precedentes se aprecia una serie de manifestaciones de miedo en el niño. Asimismo, se puede decir que los seres humanos sienten miedo con signos y síntomas particulares, cada vez que enfrenta una situación nueva, esto es relativamente frecuente a lo largo de la vida, luego el miedo no se supera nunca mientras se siga viviendo; eso sí se puede aprender (y de hecho se hace) a manejarlo para que la persona no se paralice o invalide. Es aquí donde cobra relevancia la necesidad de establecer un diagnóstico del perfil psicológico del paciente pediátrico en la Clínica del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

2.2.3El diagnóstico psicológico

El diagnóstico psicológico, sin embargo, se refiere a síntomas o funcionamientos mentales-emocionales que no tienen una base orgánica observable – el diagnóstico se infiere por los comportamientos del paciente o por lo que dice que le está pasando. A pesar de los progresos en las neurociencias, estamos todavía a años luz de comprender la complejidad del cerebro lo suficientemente como para poder decir, con una exactitud comparable a la del diagnóstico médico orgánico, qué estructura cerebral da lugar a un comportamiento mental-emocional específico en ese momento.

Por lo tanto, decir que alguien está deprimido porque le falta serotonina (un neurotransmisor) en el cerebro, es como decir que la economía de un país sufre porque los ciudadanos compran coches extranjeros. Algo tendrá que ver, sí, pero la respuesta es infinitamente más compleja.

De modo que debemos tener cuidado de no reificar (convertir algo intangible en algo real y observable) a los diagnósticos psicológicos como si fuesen cosas que se pueden observar directamente y que se “tienen”. No se “tienen” dificultades sexuales o una depresión, por ejemplo, de la misma manera que se “tiene” un infarto cardíaco. Las personas que hayan sufrido un infarto cardíaco tendrán todas una obstrucción en un vaso sanguíneo que riega el corazón. Las personas con dificultades sexuales o una depresión sufrirán de ello por una infinidad de razones diferentes.

Tipos de diagnóstico psicológico

Para describir los diagnósticos psicológicos podemos decir que, a grandes rasgos, existen dos tipos de diagnóstico psicológico: el diagnóstico psicológico sintomático y el diagnóstico psicológico estructural.

El diagnóstico psicológico sintomático

El diagnóstico psicológico sintomático consiste en agrupar un cierto número de síntomas, lo que se llama un síndrome, en función de la frecuencia, duración y etiología de su aparición, y darle un nombre para que pueda ser fácilmente reconocido. Esto es útil porque es frecuente que ciertos grupos de síntomas aparezcan juntos y formen cuadros clínicos familiares para los profesionales de la salud mental. Nos ayuda a comunicar rápidamente cuál es el sufrimiento manifiesto del paciente a otros profesionales. Sin embargo, esta forma de diagnóstico no nos dice gran cosa sobre la persona que sufre de estos síntomas: no nos ayuda a tener una idea de qué tipo de persona es, ni qué personalidad tiene, ni cuáles son sus maneras habituales de sentir, pensar y comportarse. Es una forma de diagnóstico descriptiva pero poco profunda dado que síntomas parecidos pueden ser producidas por personas muy diferentes y tener causas diferentes.

El diagnóstico psicológico estructural

El diagnóstico psicológico estructural consiste en intentar descubrir cuál es la estructura de personalidad del paciente, siempre sujeta a revisión en función de nuevos datos, para comprenderle como una persona completa y compleja. La estructura de personalidad consiste en qué tipo de vínculos establece esa persona con los otros, cuál es la cualidad y la intensidad de sus pulsiones y afectos, qué mecanismos de defensa y de adaptación utiliza, qué auto-imagen tiene, de qué tipo de síntomas sufre, y cómo ha llegado hasta allí. El objetivo es poder hacerse una idea tridimensional del individuo y procurar entender cómo funciona concretamente esa persona. Nos permite tener una idea más clara de qué tipo de tratamiento puede serle beneficioso y cómo enfrentarlo. Ahora bien, es importante recordar que un diagnóstico psicológico estructural es siempre aproximativo y nunca enteramente perteneciente a una categoría concreta; el funcionamiento mental es complejo y puede cambiar a lo largo de la vida o como consecuencia de un tratamiento psicológico.

Las primeras entrevistas

Durante las primeras entrevistas un psicólogo intentará llegar a un diagnóstico estructural aproximativo para poder entender qué le sucede al paciente y poder indicarle el tratamiento más adecuado para su situación. Ahora bien, es frecuente que las palabras técnicas que utilizan los psicólogos para hablar de estructuras de personalidad sean reificadas y transformadas en etiquetas reduccionistas. Por esta razón, los psicólogos tienden a no utilizarlos con los pacientes porque suelen limitar la libertad de los pacientes para pensar sobre sí mismos y crearse su propia idea de lo que les sucede. Es más importante que un paciente pueda crear una imagen matizada, íntima y profunda de lo que le ocurre a que sepa que aquello de lo que sufre se suele llamar “X”. Por lo tanto, en el momento de la indicación terapéutica, el psicólogo

usará un lenguaje llano y comprensible para decirle al paciente qué cree que le pasa y cómo ayudarle.

2.2.4 Teorías Conductistas del Aprendizaje

El aprendizaje basado en el paradigma conductista sugiere medir la efectividad en términos de resultados, es decir, del comportamiento final, estando condicionada por el estímulo inmediato ante un resultado, con objeto de proporcionar una retroalimentación o refuerzo, a cada una de las acciones del mismo. Para Gispert (2010), el aprendizaje en el conductismo se concibe como cambio relativamente permanente de la conducta que cabe explicar en términos de experiencia práctica. Aunque no es posible observar directamente el proceso de aprendizaje, sí se puede observar y registrar la ejecución del sujeto y, a partir de ella, interferir la presencia o ausencia de aprendizaje.

Los conductistas o psicólogos partidarios de la teoría estímulo-respuesta (E-R-) sostienen que la mayoría de cambios de la conducta pueden explicarse en términos de reforzamiento (condicionamiento operante) o de emparejamiento de estímulos y respuestas (condicionamiento clásico). De acuerdo al citado autor, los conductistas han elaborado teorías estímulo-respuesta, que explican el aprendizaje humano o a ausencia de éste en función de reacciones o respuestas de una persona a los estímulos. Creen que el desarrollo de respuestas y estímulos se efectúa mediante dos procesos: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.

Específicamente, del condicionamiento clásico se toman los postulados de Watson (citado en Gispert, ob. cit.), para quien la respuesta es desencadenada por el estímulo, es decir es necesaria e inevitable. Asimismo, el refuerzo se presenta siempre después del estímulo condicionado, cualquiera sea el comportamiento del organismo. A la vez, se da la asociación de estímulos, sigue la ley de contigüidad.

A la vez, dentro del conductismo, destaca el aprendizaje operante de Skinner. Refiere Moles (2004), que este término toma su nombre del hecho que el organismo

opera sobre lo que le rodea, La conducta generalmente es instrumental al producir efectos importantes, así que este tipo de aprendizaje, también se llama aprendizaje instrumental, se basa en la asociación de estímulos a respuestas. Parte de la que los seres vivos operan sobre su ambiente para producir efectos, en lugar de sólo responder como es el caso del condicionamiento clásico.

Cabe destacar, que la respuesta operante es emitida por la persona entre la presencia de un estímulo discriminativo, que no provoca la respuesta sino supone un indicio de las consecuencias que seguirían a tal conducta. Si las consecuencias que siguen a la conducta operante son gratificantes para el sujeto que la emite, la probabilidad de que esta conducta aparezca de nuevo, ante el estímulo discriminativo, aumentará, así como la fuerza. Por el contrario, la conducta se debilitará o desaparecerá cuando las consecuencias que le sigan sean aversivas o desagradables para el sujeto.

Por lo tanto, estos postulados pueden ser considerados por el especialista, por ejemplo, elogio al niño (a) cuando siga instrucciones, acepte ser atendiendo, abordando de ese modo los miedos que pueda experimentar ante la conducta de odontopediatría. Es decir, la respuesta operante es emitida por la persona, al estar en presencia de un estímulo discriminativo, que no provoca la respuesta sino que supone un indicio de las consecuencias que seguirían a tal conducta, que si son gratificantes aumenta la probabilidad de que esta respuesta aparezca de nuevo, pero se debilitará o desaparecerán cuando las secuelas que le sigan sean aversivas o desagradables para el sujeto. Por ello se trata de crear un ambiente agradable, de confianza para que el niño colabore durante la consulta de odontología.

Aunado a lo anterior, se toma como fundamento el aprendizaje social de Bandura (1986), quien se enfoca a determinar en qué medida aprenden los individuos no sólo de la experiencia directa, sino también de observar lo que les ocurre a otros. Este psicólogo demostró junto a otros científicos a través de sus experimentos y estudios, que gran parte del aprendizaje de los organismos se adquiere en el medio social. Observando a otro, los sujetos aprenden conocimientos, reglas, habilidades,

estrategias; entre otras y de acuerdo a ello su comportamiento puede estar en pro o en contra de comportarse de esa manera.

Sobre la base de los resultados obtenidos en sus estudios, el autor acepta que los seres humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental, por ello, el niño puede manifestar ciertos temores en la consulta de odontológica, una vez que los observó en familiares, amigos o en los medios de comunicación.

En efecto, según Bandura (ob. cit.), los modelos pueden enseñar al observador cómo comportarse ante una variedad de situaciones, por medio de autoinstrucción, imaginación guiada, autoreforzamiento por lograr ciertos objetivos y otras habilidades de autorelación. Esto explica cómo se aprende a manifestar el miedo ante diversas situaciones.

La anterior aseveración, la confirma Cabrera (1999), para quien el miedo es una emoción aprendida, como tal se asume el enfoque del aprendizaje por observación, al considerar éste que los problemas, las atribuciones motivacionales, destrezas cognitivas, son realidades objetivas que se aprenden cuando el sujeto se implica activamente con y en el mundo percibido. De las apreciaciones que hace el niño y niña de un modelo.

De acuerdo con esta postura al considerar el miedo como una emoción aprendida, se indica que se da por un proceso de interacción del individuo con su medio, operándose así las estructuras cognoscitivas. Es lo que técnicamente Bandura (ob. cit.), denomina modelamiento, es decir, un procedimiento referido a los cambios conductuales, cognitivos y afectivos que se derivan de observar a uno o más modelos y que facilita la respuesta, las conductas modeladas crean en los observadores expectativas de que ocurrirán las mismas consecuencias si imitan las acciones.

En el caso específico de los niños y niñas pequeñas, explica Bandura (ob. cit.), que éstos toman como modelos a los padres, educadores, amigos y hasta los héroes de la televisión. Por ello, al establecer un diagnóstico del perfil psicológico del paciente pediátrico permitirá que cuando se le pide a otro paciente infantil que se siga indicaciones del especialista, mientras el paciente lo observa y luego lo imita. Así se

va adaptando a la consulta de dicha área.

2.2.5 Protocolo Psicológico en Odontopediatría

Es de señalar que, en el marco de un protocolo psicológico en el área de odontopediatría, se puede implementar diversas técnicas cognitivo conductuales, según Gispert (ob. cit.), algunos de estos procedimientos), que aunque algunas técnicas puede parecer simplistas o insuficientes pero insistimos en el amplio soporte experimental con el que cuentan. Otra ventaja es que aportan soluciones prácticas aplicadas en el aquí y ahora, utilizando la observación y medición de la conducta como variable fundamental y en detrimento de otras técnicas más subjetivas.

En este orden de ideas, se utilizan técnicas para instaurar una conducta cuando esta conducta no se encuentra en el repertorio del sujeto, en este caso niño (a). De allí que, desde la perspectiva de la presente investigación, se propone el moldeamiento por aproximaciones sucesivas, en términos de Moles (2007), es un procedimiento que se utiliza para establecer respuestas que no existen en el repertorio del sujeto. Consiste en reforzar una escala de respuestas que se han desglosado previamente desde las más sencillas hasta las más complejas.

Se justifica su utilización cuando la conducta que se ha esperado sea emitida por el niño, no puede ser reforzada positivamente porque no existe en el repertorio conductual del mismo. Este procedimiento promueve la adquisición de las nuevas conductas a través del reforzamiento diferencial de respuestas cada vez más parecidas a la respuesta final prevista.

De acuerdo a Gispert (ob. cit.), el moldeamiento es el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones a la conducta blanco (conducta que se desea instaurar) hasta que esta aparezca en el repertorio de conducta es decir se instale. Para ello, se debe especificar con precisión la conducta seleccionada para el moldeamiento (conducta meta: por ejemplo, atención médica por el odontólogo), seleccionar reforzadores potentes y utilizarlos cada vez que la conducta del paciente se aproxime

a la deseada. Por ejemplo, intentos del niño (a) en sentarse en la silla, luego en dejarse examinar, así ir aumentando la complejidad de la tareas}, hasta que el paciente reciba la tención completa por el especialista.

Además de lo señalado, está la técnica denominada reforzamiento positivo, según Moles (ob. cit.), es la probabilidad de aumento en la frecuencia de una conducta cuando esta genera una consecuencia agradable (reforzador positivo). Por ejemplo, dar palabras de elogio, estímulo, premiar al niño (a) cuando se siente en la silla, colabore con el especialista, siga la indicaciones, se le entregará una fruta de su agrado, colores, jugueticos; entre otros reforzadores para motivar e incentivar al niño a acudir a la consulta.

Por otra parte, está la economía de Fichas, refiere Gispert (ob. cit.), que esta técnica consiste en el uso de fichas como refuerzos para desarrollar conductas deseables; los refuerzos o fichas se cambian después por otros objetos que tengan mayor valor real para el sujeto. Se pueden usar papeletas, fichas de póquer, puntos en un gráfico, perforaciones en una hoja de méritos, entre otros.

Vale destacar que estos refuerzos tienen escaso valor en sí mismos, pero simbolizan un poder potencial de adquisición. Se suelen cambiar por otros refuerzos, como la concesión de tiempo libre, premios, objetos del agrado del niño (a), frutas que sean sus favoritas, entre otros elementos tangibles, cuando cambie las fichas que recibe cada vez que asiste y colabora en la consulta de odontopediatría.

Igualmente, esta técnica se utiliza en niños(as) y las fichas además de plásticas pueden ser puntos, estrellas, caras sonrientes, tarjetas de puntuación, estampillas, dinero de juguete, entre otros. Antes del tratamiento se le explica al niño que se desea que colabore para realizarle determinado procedimiento dental, se establecen las reglas para darle las fichas, se le dice cuál será la recompensa al culminar el tratamiento correspondiente a la cita, se concreta el número de fichas para obtener el reforzador y si no cumple con el número convenido las puede guardar para la próxima cita, finalmente se le otorga la recompensa final si cumplió con lo pautado.

Por otra parte, está la técnica denominada modelamiento basada en el aprendizaje vicario de Bandura (ob. cit.), quien sostiene que el aprendizaje ocurre en el acto de aprender las consecuencias de las propias acciones y por medio de la observación de modelos; en este caso presentarle a los niños otros pacientes con control del miedo, ya sea con otros niños y niñas (Modelamiento en vivo), o a través de canciones, cuentos, películas (modelamiento simbólico). De esta manera, se persigue instaurar y desarrollar en los niños y niñas habilidades de control del temor.

En cuanto a la respiración, según Lázarus (1992), algunas situaciones provocan en el sujeto una respiración rápida y superficial, lo que implica un uso reducido de la capacidad funcional de los pulmones, una peor oxigenación, un mayor gasto y un aumento de la tensión general del organismo” (p. 66). Es por ello que las técnicas de respiración consisten en facilitar al individuo el aprendizaje de una forma adecuada de respirar, para que en una situación por ejemplo de temor, pueda controlar la respiración de forma automática.

También, se puede implementar la relajación, consiste en tensar un músculo o un grupo muscular. Esto permite notar la tensión (muchas personas estresadas no son conscientes de su tendencia a tensar los músculos). El siguiente paso es la relajación de ese músculo o grupo muscular. Es decir, se trata de ir trabajando cada músculo o grupo muscular por separado. En primer lugar se tensan durante siete segundos y luego se relajan durante 45 segundos, dos veces cada paso. Este procedimiento puede ser aplicado para entrenar al niño y niña a controlar la emoción de miedo que pueda experimentar en la consulta de odontopediatría.

Como se puede apreciar, las citadas técnicas permitirán al especialista un abordaje positivo de las manifestaciones de miedo en niños y niñas, por eso es importante ayudarles a que los expresen, hacerles conscientes de que puede aparecer en todas las edades. Sin querer asustarles ni crearles inquietudes gratuitas, el ideal es darles confianza para que comuniquen lo que sienten y así ayudarlos en el área de odontopediatría de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez

2.2 Bases Legales

El trabajo de investigación se sustenta en diversas normativas legales; partiendo de la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (1999), establece en el artículo 83 que:

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

También, el artículo 78 la Carta Magna establece que “Los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derecho “El Estado, las familias y la sociedad le aseguran con prioridad absoluta, protección integral...”. Es así, como la Constitución Nacional de la República contempla el derecho a la salud como prioridad en todo ciudadano venezolano, con el fin de preservar la salud a los venezolanos, lo cual es responsabilidad de los padres como autoridad en la familia, asistir con su hijo y darle atención odontológica desde los primeros años de vida.

Estos preceptos constitucionales destacan la importancia del rol de padre al suplir las necesidades básicas de los hijos; lo cual se plasma en la Ley Orgánica de Protección del Niño y Niña (LOPNNA, 2007), en el Artículo 13, párrafo primero donde señala que:

Los padres o responsables tienen el deber y el derecho de orientar a los niños y adolescentes en el ejercicio progresivo de sus derechos y garantías, así como el cumplimiento de sus deberes, de forma que contribuya a su desarrollo integral y a su incorporación a la ciudadanía activa.

Como se puede apreciar, los citados artículos son de gran relevancia para la presente investigación, al destacar que es deber de todo padre/madre el velar por la

salud de su hijo (a), lo cual implica recibir asistencia en consultas de odontopediatría, tomando en consideración el Artículo 7, referido a la prioridad absoluta: El Estado, la familia y la sociedad deben asegurar, con Prioridad Absoluta, todos los derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes. Mientras que en el Artículo 8, la normativa citada establece lo siguiente:

Interés Superior de los Niños, Niñas y Adolescentes es un principio de interpretación y aplicación de esta Ley, el cual es de obligatorio cumplimiento en la toma de todas las decisiones concernientes a los niños, niñas y adolescentes. Este principio está dirigido a asegurar el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes, así como el disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías.

Estos preceptos constitucionales se plasman en la Ley Orgánica de Salud (1998), señalados en los artículos 25 y 28:

Artículo 25.- La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo. El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud...; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud,..., condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud,...

Artículo 28.- La atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, comprende actividades de prevención, promoción, restitución y rehabilitación que serán prestadas en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondientes. A tal efecto y de acuerdo con el grado de complejidad de las enfermedades y de los medios de diagnóstico y tratamiento, estos servicios se clasifican en tres niveles de atención.

Como se puede apreciar, existe suficiente normativa legal que sustenta el desarrollo de la presente investigación con el objetivo de una propuesta de implementación de un protocolo psicológico en el área de odontopediatría de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Naturaleza y Tipo de la Investigación

En este capítulo se describe el tipo y diseño de la investigación, la población y la muestra objeto de estudio, se describe el instrumento, el procedimiento para la recolección de los datos, y el plan de tabulación y análisis estadístico de los mismos que permitirán dar respuesta a los objetivos que direccionaron el estudio.

La presente investigación tiene como objetivo demostrar la necesidad de establecer un diagnóstico del perfil psicológico del paciente pediátrico en la Clínica del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez; por lo cual se tratará de un proyecto factible, que de acuerdo a la Universidad José Antonio Páez (2007), consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable “para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organización o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos”

Desde este punto de partida, será necesario fundamentar la investigación en un estudio de campo, que para Sabino (2002), consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurrieron los hechos sin manipular variable alguna. En consecuencia, se ubicará en una investigación de campo al buscar la información en la fuente primaria, siendo en este caso los estudiantes de la clínica del niño y del adolescente del 5 semestre de dicha institución.

En cuanto al nivel, será una investigación descriptiva, dado que como primer paso se hará un análisis (diagnóstico) de la situación, donde se describirán las diferentes tendencias que dadas; búsqueda que se fundamenta en lo expresado por Sabino (ob. cit.), para quien la investigación descriptiva (nivel o estudio descriptivo),

consiste en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciados.

3.1.1 Diseño de la investigación

A fin de dar respuesta a los objetivos que direccionarán el estudio, es necesario seleccionar un diseño metodológico, que de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2003), se refiere al plan o estrategia concebida para alcanzar los objetivos de la investigación que se desea” (p.184). En este caso será no experimental, no se manipularán las variables. A la vez es un diseño transversal, que implica según los citados autores medir las variables en un solo momento.

Al mismo tiempo, al tratarse de un proyecto factible, se abordará en la primera etapa, que de acuerdo a la Universidad José Antonio Páez (ob. cit.), implica el diagnóstico, planeamiento y fundamentación teórica de la propuesta; procedimiento metodológico, actividades y recursos necesarios para su ejecución, análisis y conclusiones sobre la viabilidad y realización del proyecto.

3.2 Población y Muestra

La población es un conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio. Según Tamayo y Tamayo, (1997), “La población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población posee una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación”(P.114)

La muestra es la que puede determinar la problemática ya que les capaz de generar los datos con los cuales se identifican las fallas dentro del proceso. Según Tamayo, T. Y Tamayo, M (1997), afirma que la muestra “ es el grupo de individuos que se toma de la población, para estudiar un fenómeno estadístico” (p.38)

Para efectos de este estudio, como la población estará conformada por los estudiantes del quinto semestre de odontología de la Universidad José Antonio Páez,

cursantes de la Clínica del Niño y Adolescente.

Estrato	Sujeto
Pacientes	20
Total	100%

Tabla 1

3. 3 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

La recolección de datos es definida por Balestrini (2002), como “conjunto de técnicas que permitirán cumplir con los requisitos establecidos en el paradigma científico vinculados a las diferentes etapas de este proceso investigativo y especialmente referidas al momento teórico y momento metodológico” (p.131). Por lo tanto, se utilizará la técnica de encuesta que según la Universidad Nacional Abierta (2000), facilita recolectar información estandarizada a partir de una muestra representativa o el total de unidades que componen un universo.

Por otra parte, en relación al instrumento según Best (citado por Ruiz 2002), “son procedimientos sistemáticos y estandarizados que permiten observar la conducta humana, a fin de hacer inferencia sobre determinados constructos, rasgos, dimensiones o atributos” (p.23). Para recolectar la información se diseñará un instrumento dirigido a los sujetos en estudio con la finalidad de medir la variable, estructurado en ítems cerrados con alternativas de respuesta siempre, algunas veces y nunca.

3.4 Validez

La validez en términos generales es definida por Ruiz (ob. cit.), como “la exactitud con que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas a un instrumento en el sentido de que midan realmente el rasgo que pretenda medir” (p.57). En este sentido, el instrumento elaborado se someterá al juicio de expertos con la finalidad de validarlo. Para ello, se seleccionará a tres (3) profesionales versados en el área en estudio para determinar la claridad, congruencia y pertinencia del cuestionario

3.5 Técnica de Análisis de los Datos

De acuerdo a Selltiz, Jahoda y otros (citados por Balestrini, 2006), “el propósito del análisis es resumir las observaciones llevadas a cabo de forma tal que proporcionen respuestas a las interrogantes de investigación” (p.169), implicando categoría, ordenación y manipulación de los datos para agruparlos y poder establecer conclusiones a partir de la investigaciones formuladas en el estudio.

En ese orden y dirección Balestrini (ob. cit.), plantea que la fase de análisis comprende codificación, tabulación técnica de presentación y estadística que se introduce a los datos para poder formular entre las relaciones estudiadas y extraer conclusiones en cuanto a los hallazgos encontrados.

De allí, que en el presente estudio se aplicará como técnica de análisis la estadística descriptiva que implica organizar la información recabada, hacer un análisis de cada ítem contrastando los hallazgos con la teoría que sustenta la investigación. Esto permitirá formular las conclusiones y recomendaciones, para proceder a crear un protocolo psicológico en el área de odontopediatría de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

CAPITULO IV

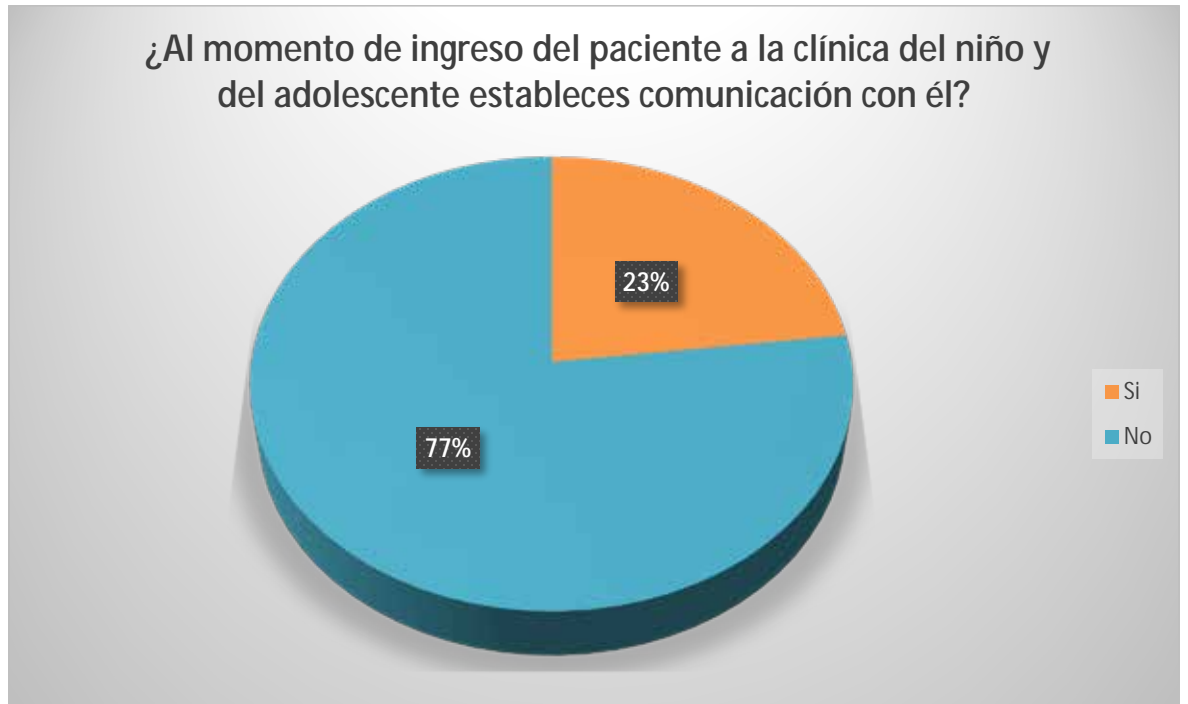
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El presente capítulo tiene como finalidad mostrar los resultados obtenidos luego de aplicar el instrumento de recolección de información, en este caso el cuestionario. Dicho material consta de diecisiete preguntas, dicotómicas, que fueron aplicadas a 52 personas, en este caso estudiantes del quinto semestre de odontología de la Universidad José Antonio Páez, cursantes de la Clínica del Niño y Adolescente.

En base a lo anterior, el análisis se realizó tomando en consideración los propósitos definidos en el estudio, presentando las interrogaciones con sus respectivas respuestas. Para una mejor percepción de los resultados, se elaboraron gráficos de barras, con el fin de lograr una visualización precisa de los resultados de las preguntas, para de esta manera presentar de una forma más exacta los datos alcanzados.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de los consultados que cursaron la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, durante el año 2016.

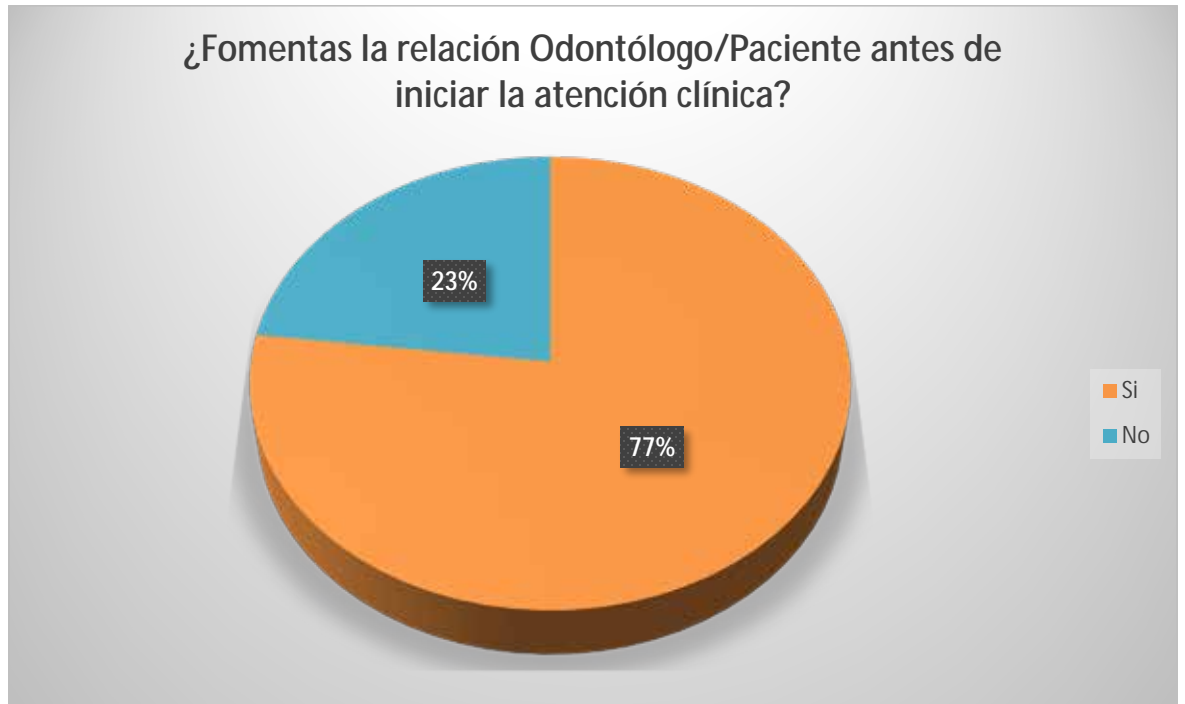
Gráfico N° 1



Fuente : Boscan, Estepa 2016

Los estudiantes consultados manifestaron mayoritariamente (40 de ellos, el 77 %, así lo hicieron saber) que no establecen una relación inmediata con los niños. Eso conlleva a un distanciamiento y posiblemente, a la generación de desconfianza o temor en los menores.

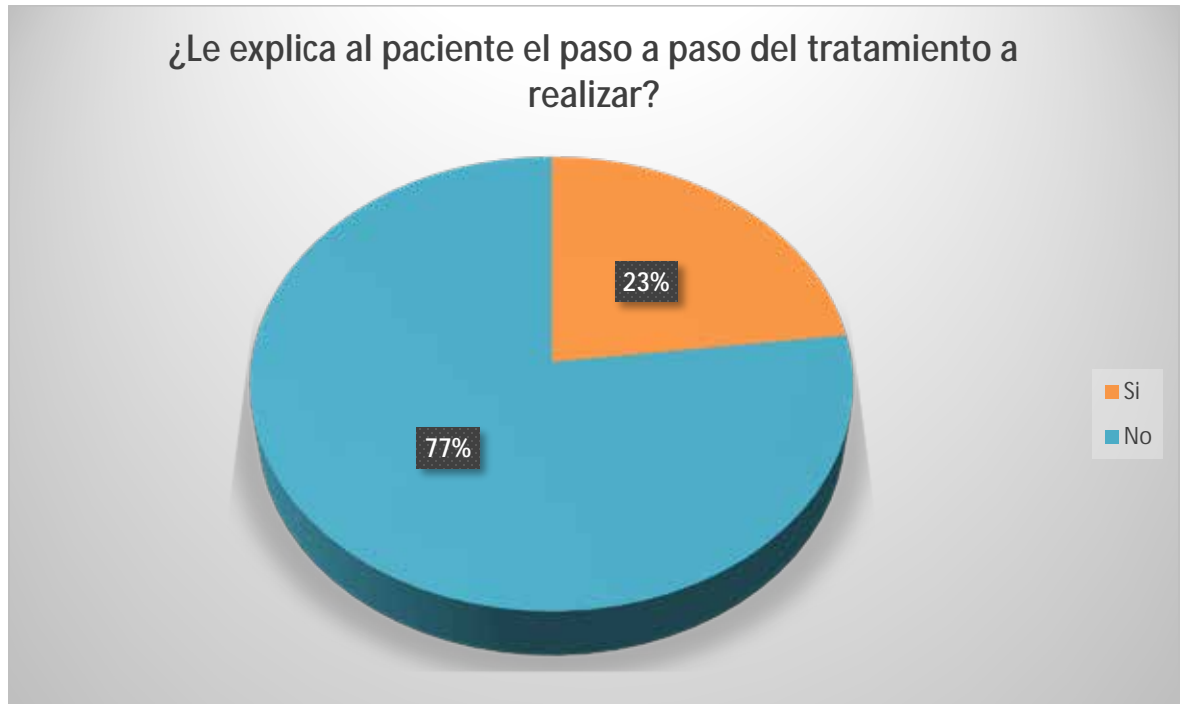
Gráfico N° 2



Fuente : Boscan, Estepa 2016

40 de los estudiantes interrogados (el 77 %) afirmaron que promueven el establecer un vínculo con las personas que son atendidas por ellos. De esta forma se facilita la interacción y el desarrollo de un tratamiento óptimo.

Gráfico N° 3



Fuente : Boscan, Estepa 2016

Muchos pacientes manifiestan que no tienen conocimiento de los que los profesionales de la salud le están realizando. Y esto queda de manifiesto por lo expresado por los interrogados quienes en gran medida (el 77 %, 40 de 52 consultados) afirman que no les explican a sus pacientes todo el procedimiento que les están realizando. Y eso queda mostrado desde temprana edad de los atendidos.

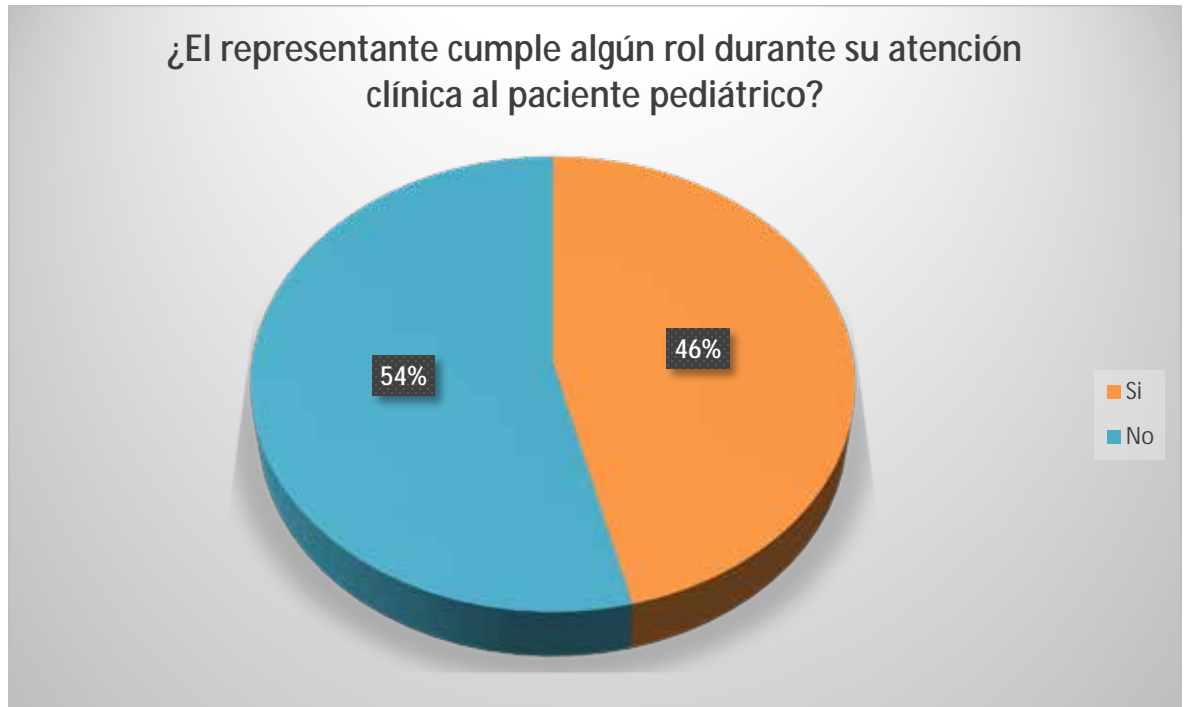
Gráfico N° 4



Fuente : Boscan, Estepa 2016

Poco más de la mitad de los que participaron en este estudio (28 de ellos, el 54 %) indicaron que no establecieron una relación comunicacional con los parientes o representantes de los niños que asistieron a consulta. Esto puede tomarse como un distanciamiento para con ellos, lo cual dificulta que los mismos se involucren en los ulteriores tratamientos y consultas de control.

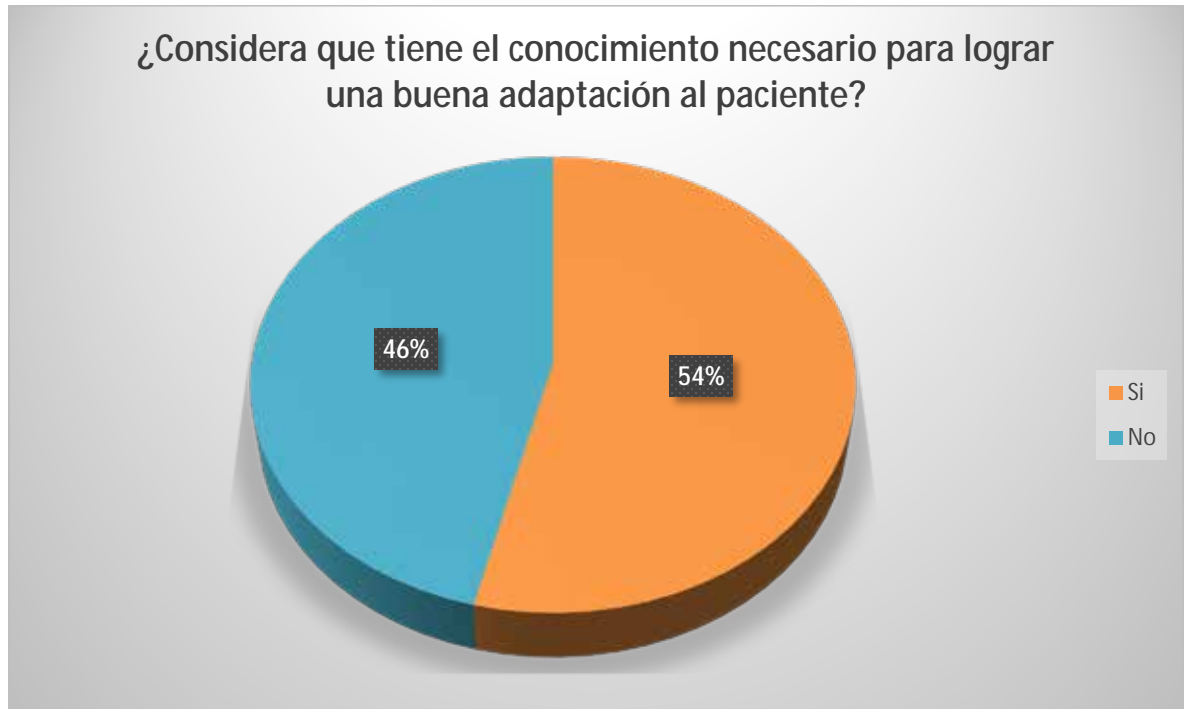
Gráfico N° 5



Fuente : Boscan, Estepa 2016

En exactamente la misma proporción que la interrogante anterior, los encuestados expresaron que los representantes de los pequeños no asumen rol alguno durante el proceso de atención clínica de los menores. Esto también puede estar influido por la respuesta anterior, ya que al no existir un lazo comunicacional no se puede pedir que surja una participación en el proceso de atención de los chicos.

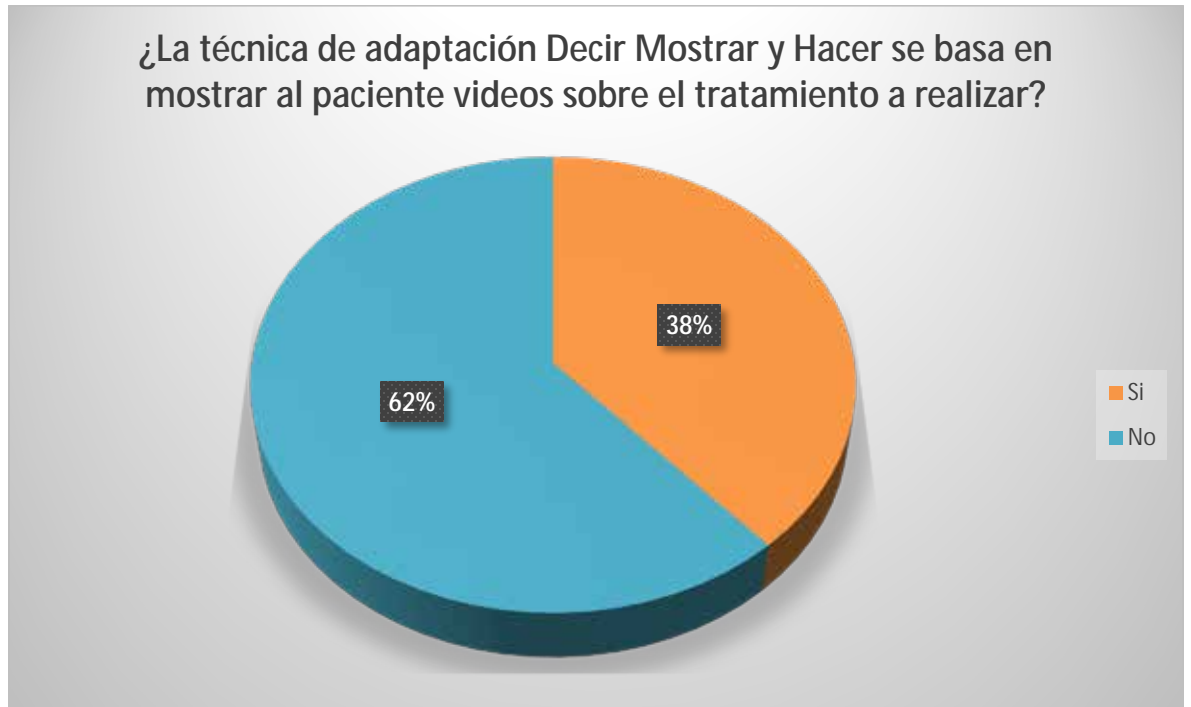
Gráfico N° 6



Fuente : Boscan, Estepa 2016

El 54 % de los interrogados expresó que se siente con el conocimiento suficiente para lograr adaptarse en buena medida al paciente que está tratando.

Gráfico N° 7



Fuente : Boscan, Estepa 2016

32 sondeos (62 %) expresaron que esta técnica, creada por Addelston, no se limitaba a mostrar videos acerca de tratamientos dentales, lo cual es correcto, ya que en este procedimiento el odontopediatra le explica al niño de qué situación se trata y qué se va a hacer (mostrando instrumentos o un modelo y al profesional actuando en el contexto) para después hacerlo y se le deben dar explicaciones adecuadas para el nivel cognoscitivo del menor.

Gráfico N° 8

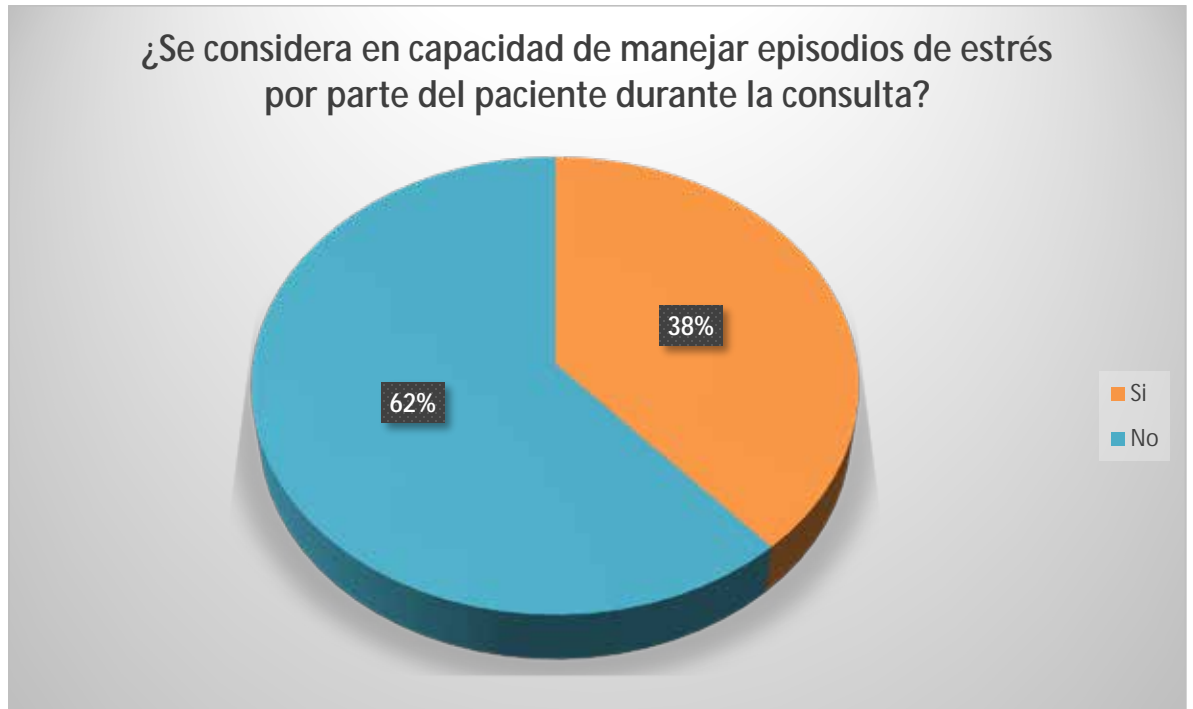


Fuente : Boscan, Estepa 2016

Exactamente la mitad de los que participaron indicó que desconocía en qué consistía este método, el cual consiste en incrementar la frecuencia de una acción deseable eliminando algo que resulta molesto al sujeto, siempre que obre correctamente.

Este refuerzo debe ser también lo más inmediato posible a la conducta deseada. Su aplicación puede ser de manera continua o intermitente (la primera es más eficaz que la última)

Gráfico N° 9



Fuente : Boscan, Estepa 2016

La mayoría de los consultados expresó no poseer la capacidad suficiente para manejar los posibles episodios de estrés por parte de los infantes, tales como conductas llorosas, desafiantes, tímidas, etc. Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requerirá estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente. Es necesario en todo momento asegurarse de poder maniobrar esta situación para estar seguro que no habrá una actitud negativa por parte del paciente.

Gráfico N° 10

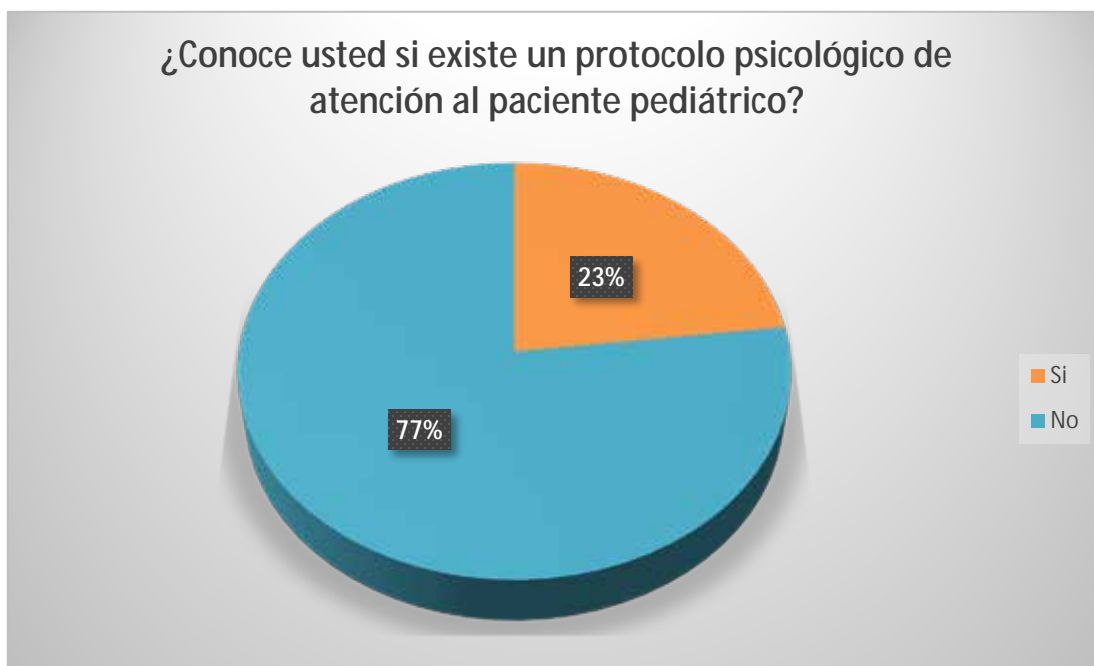


Fuente : Boscan, Estepa 2016

Todos los participantes manifestaron su interés en reforzar sus destrezas en cuanto al manejo conductual de los menores que acuden a consulta odontológica. Su comportamiento puede ser muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos.

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

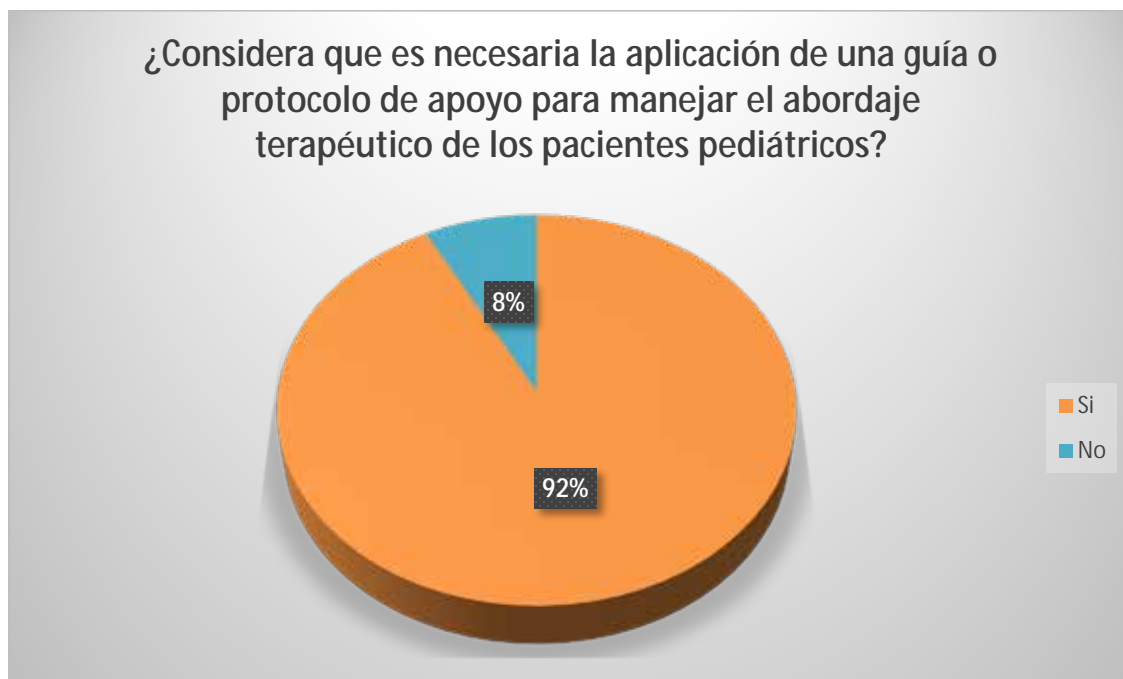
Gráfico N° 11



Fuente : Boscan, Estepa 2016

Del universo de estudiantes consultados, solamente 12 (23 %) manifestó tener conocimiento de la existencia de algún protocolo psicológico orientado hacia la forma de atender un paciente pediátrico. El restante 77 % desconocía totalmente que hubiese tal material.

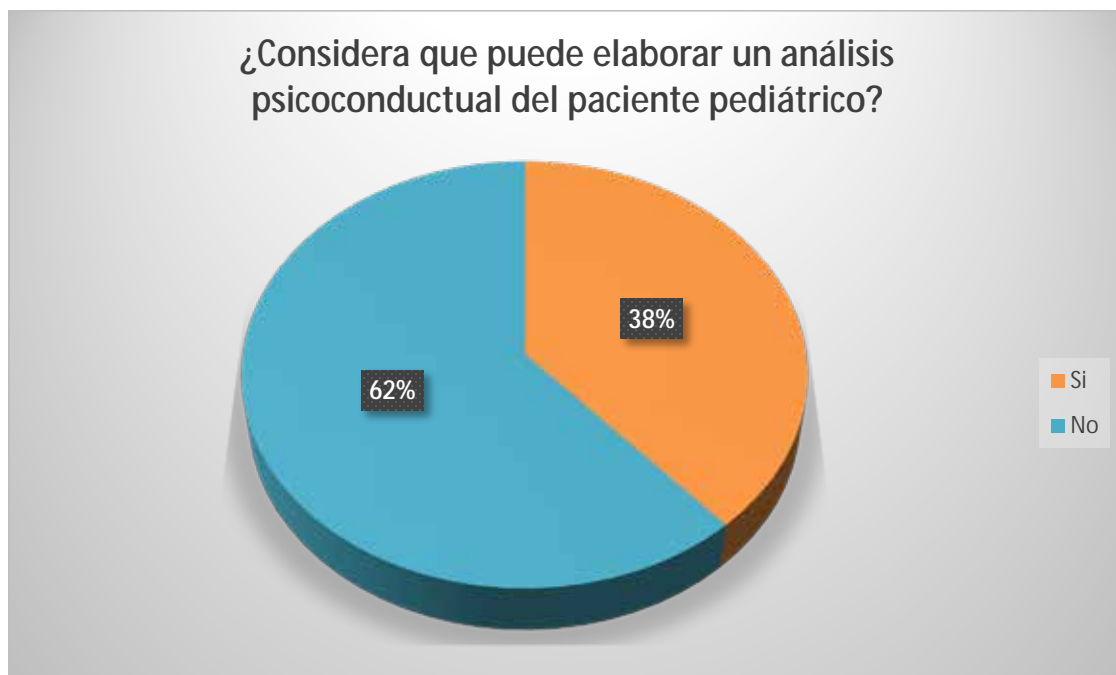
Gráfico N° 12



Fuente : Boscan, Estepa 2016

La amplia mayoría de los consultados, 48 de ellos para ser exactos, expresó su interés en tener a mano una pauta o modelo en los cuales apoyarse y que les sirva de orientación a la hora de enfrentar situaciones en las cuales el niño(a) pueda presentar alguna reacción emotiva ante el abordaje por parte del profesional de la odontología.

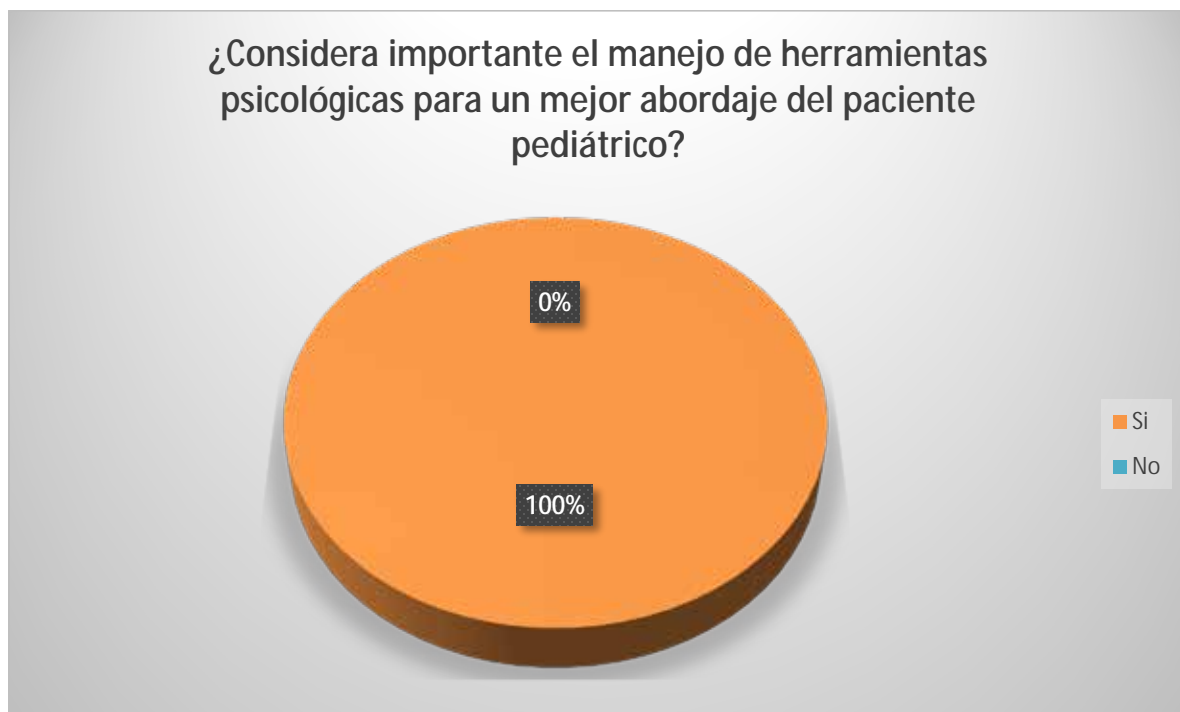
Gráfico N° 13



Fuente : Boscan, Estepa 2016

Ante este planteamiento, prácticamente dos tercios de los entrevistados (32, el 62 % de ellos) manifestaron su incapacidad de realizar por su cuenta un análisis psicoconductual de los niños que son atendidos por ellos,

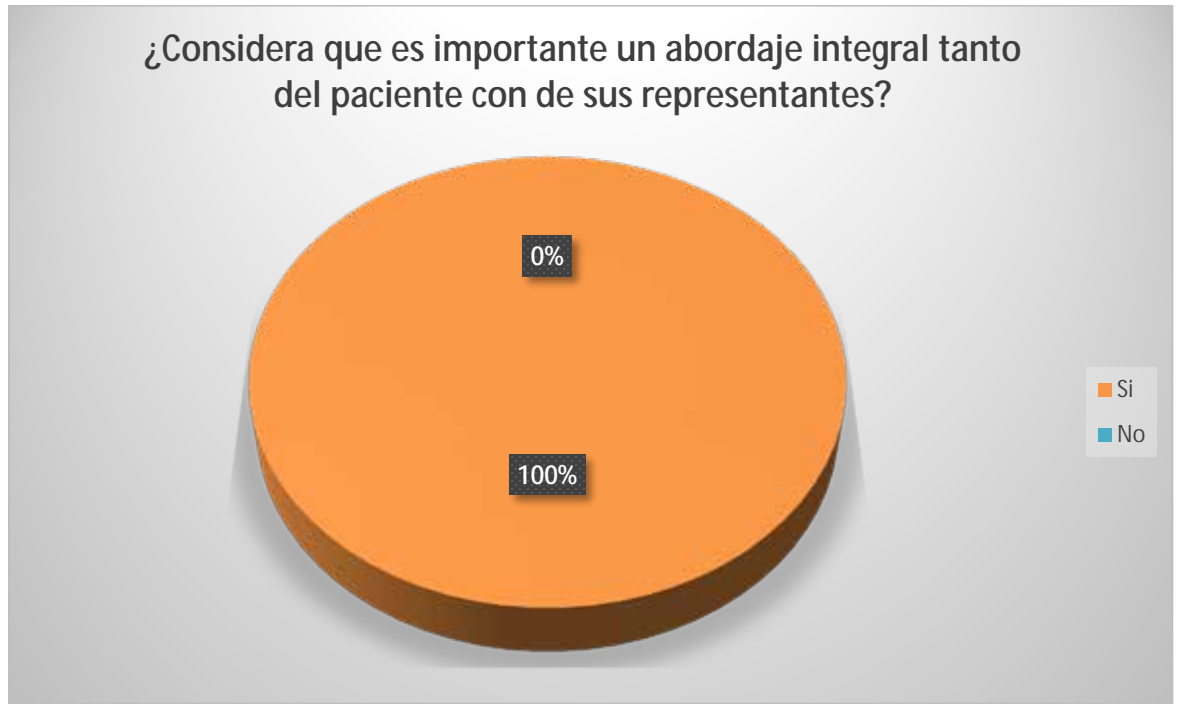
Gráfico N°1 4



Fuente : Boscan, Estepa 2016

En este punto todos los entrevistados estuvieron de acuerdo con la necesidad de contar con medios y guías que los orienten hacia la mejor manera de aproximarse al paciente pediátrico y de esta manera evitar subsecuentes traumas y convencerlo así de la necesidad de mantener una correcta higiene bucal.

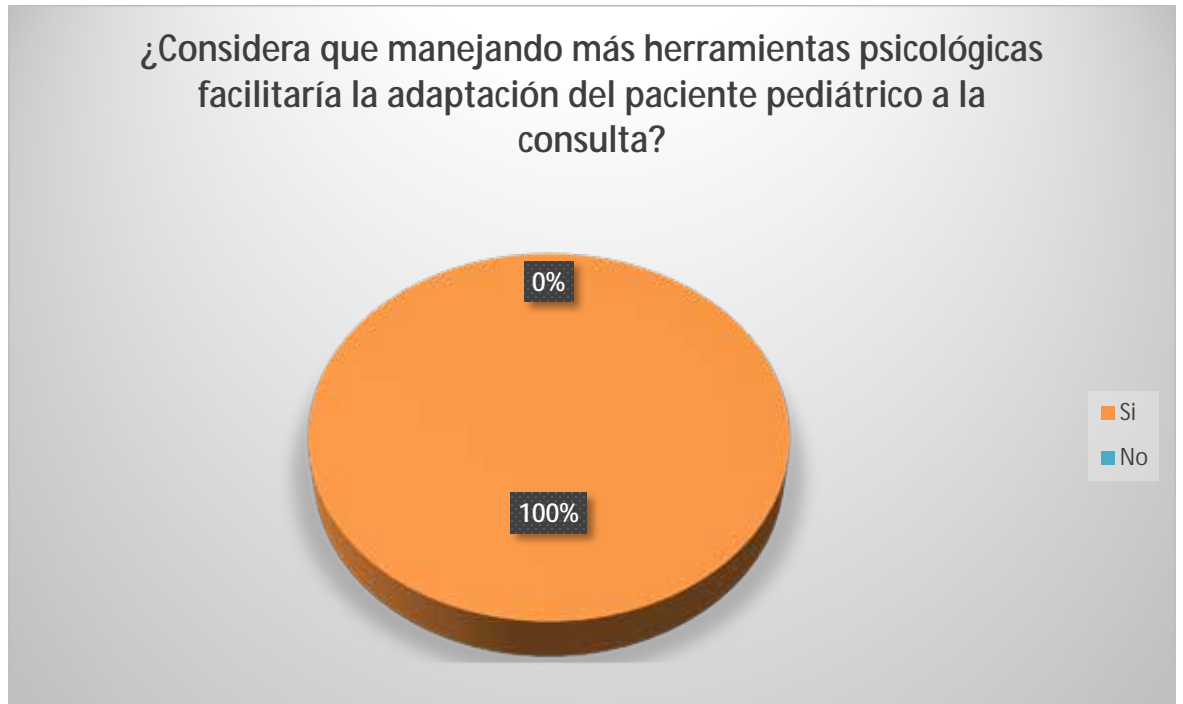
Gráfico N°15



Fuente : Boscan, Estepa 2016

Al igual que en la anterior interrogante, los consultados estuvieron de acuerdo en forma unánime en involucrar a los representantes y a los pacientes para de esta manera sortear todos los miedos preexistentes en el niño e incluir a los adultos en este proceso y que se hagan participe de él, para poder generar conductas positivas de los pequeños pacientes hacia el asistir a la consulta odontológica.

Gráfico N°16



Fuente : Boscan, Estepa 2016

La totalidad de los que participaron en la investigación estuvieron de acuerdo con la imperiosa necesidad de contar con una mayor cantidad de elementos para poder manejar las posibles situaciones difíciles que se pueden presentar con los infantes que acuden a consulta odontológica.

Gráfico N° 17



Fuente : Boscan, Estepa 2016

Todos los consultados estuvieron de acuerdo que, al contar con información y guía que los oriente en relación a cómo manejar psicológicamente a los pequeños en el área de consulta, se puede establecer una relación de empatía entre el profesional y los pacientes, facilitando los futuros tratamientos y mejorando de esta manera la salud bucal de los chicos.

Cuadro 3

Cuadro comparativo de hallazgos

Interrogante	Hallazgo	Deber ser
<p>¿Al momento de ingreso del paciente a la clínica del niño y del adolescente estableces comunicación con él?</p>	<p>Los estudiantes consultados manifestaron mayoritariamente (40 de ellos, el 77 %, así lo hicieron saber) que no establecen una relación inmediata con los niños. Eso conlleva a un distanciamiento y posiblemente, a la generación de desconfianza o temor en los menores.</p>	<p>Es fácil comprender que previo a un rendimiento eficiente del dentista es necesario vencer las barreras psicológicas que existe entre él y su paciente. El paciente menor de edad tiene limitaciones en cuanto al desarrollo del lenguaje, su comprensión es limitada, su capacidad de adaptación está siendo puesta a prueba.</p>
<p>¿Fomentas la relación Odontólogo/Paciente antes de iniciar la atención clínica?</p>	<p>40 de los estudiantes interrogados (el 77 %) afirmaron que promueven el establecer un vínculo con las personas que son atendidas por ellos. De esta forma se facilita la</p>	<p>El éxito en el tratamiento de los niños está relacionado directamente con el conocimiento, por parte del dentista, de sus características</p>

	<p>interacción y el desarrollo de un tratamiento óptimo.</p>	<p>psicológicas y necesidades particulares. Mientras mayor sea el conocimiento, obtenido en entrenamiento formal, experiencia, o ambas, mayores son las posibilidades de tener buenos resultados en áreas de la conducción del paciente.</p>
<p>¿Le explica al paciente el paso a paso del tratamiento a realizar?</p>	<p>Muchos pacientes manifiestan que no tienen conocimiento de los que los profesionales de la salud le están realizando. Y esto queda de manifiesto por lo expresado por los interrogados quienes en gran medida (el 77 %, 40 de 52 consultados) afirman que no les explican a sus pacientes todo el procedimiento que les están realizando. Y eso queda mostrado desde temprana edad de los</p>	<p>En general, a todos los niños debería permitírseles algún grado de control sobre las modalidades del tratamiento, permite al paciente participar de un modo activo en la secuencia de acciones que se cumple en su boca y le informa que él sigue existiendo como persona para el profesional que lo atiende.</p> <p>Cuando el niño llega a la consulta es confrontado con muchas opciones; si se puede elegir entre algunas, se afirmara su confianza en su capacidad para resolverlas y se hará</p>

	atendidos.	participe de un tratamiento que, para tener éxito, necesita ciertamente del concurso mutuo de profesional y paciente.
¿Establece comunicación con el representante del paciente?	Poco más de la mitad de los que participaron en este estudio (28 de ellos, el 54 %) indicaron que no establecieron una relación comunicacional con los parientes o representantes de los niños que asistieron a consulta. Esto puede tomarse como un distanciamiento para con ellos, lo cual dificulta que los mismos se involucren en los ulteriores tratamientos y consultas de control.	En el desarrollo psicológico hay un permanente y riquísimo juego entre la herencia y el ambiente. Algunas variables en el ambiente tiene directa relación con la conducta que el niño manifiesta ante el dentista; esta representadas por la influencia de sus padres.
	En exactamente la misma proporción que la interrogante anterior, los encuestados expresaron	El representante de los pacientes actúa como un enlace entre el paciente y el Odontólogo. Con este

<p>¿El representante cumple algún rol durante su atención clínica al paciente pediátrico?</p>	<p>que los representantes de los pequeños no asumen rol alguno durante el proceso de atención clínica de los menores. Esto también puede estar influido por la respuesta anterior, ya que al no existir un lazo comunicacional no se puede pedir que surja una participación en el proceso de atención de los chicos.</p>	<p>objetivo, el representante realiza todos los esfuerzos para asegurarse de que el paciente se sienta cómodo en la consulta.</p>
<p>¿Considera que tiene el conocimiento necesario para lograr una buena adaptación al paciente?</p>	<p>El 54 % de los interrogados expresó que se siente con el conocimiento suficiente para lograr adaptarse en buena medida al paciente que está tratando.</p>	<p>El estudiante debe conocer el diagnóstico del perfil psicológico y las técnicas de adaptación para así adaptar eficazmente al paciente y tener éxito en la consulta .</p>
	<p>32 sondeos (62 %) expresaron que esta técnica, creada por Addelston, no se limitaba a mostrar videos acerca de</p>	<p>El estudiante debe conocer las técnicas de adaptación para así poder aplicarlas, la técnica decir, mostrar y hacer se trata de</p>

<p>¿La técnica de adaptación Decir Mostrar y Hacer se basa en mostrar al paciente videos sobre el tratamiento a realizar?</p>	<p>tratamientos dentales, lo cual es correcto, ya que en este procedimiento el odontopediatra le explica al niño de qué situación se trata y qué se va a hacer (mostrando instrumentos o un modelo y al profesional actuando en el contexto) para después hacerlo y se le deben dar explicaciones adecuadas para el nivel cognoscitivo del menor.</p>	<p>explicarle al niño lo que se le hará, después se le enseña el instrumental y luego se simula lo que sucederá.</p>
<p>¿Conoce la técnica de reforzamiento negativo?</p>	<p>Exactamente la mitad de los que participaron indicó que desconocía en qué consistía este método, el cual consiste en incrementar la frecuencia de una acción deseable eliminando algo que resulta molesto al sujeto, siempre que opere correctamente.</p> <p>Este refuerzo debe ser también lo más</p>	<p>El reforzamiento negativo consiste en retirar, reducir o prevenir un supuesto estímulo aversivo o terminar o prevenir la pérdida de un estímulo positivo. Los especialistas en las técnicas de modificación de conductas se han preocupado por el mal uso y abuso que se hace del castigo, ya que esto favorece a los problemas</p>

	<p>inmediato posible a la conducta deseada. Su aplicación puede ser de manera continua o intermitente (la primera es más eficaz que la última)</p>	<p>del niño y adolescente.</p>
<p>¿Se considera en capacidad de manejar episodios de estrés por parte del paciente durante la consulta?</p>	<p>La mayoría de los consultados expresó no poseer la capacidad suficiente para manejar los posibles episodios de estrés por parte de los infantes, tales como conductas llorosas, desafiantes, tímidas, etc. Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requerirá estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente. Es necesario en todo momento asegurarse de</p>	<p>Los estudiantes a lo largo de su formación universitaria deben adquirir el conocimiento y las herramientas necesaria para afrontar cualquier tipo de episodio que experimente el paciente en la consulta odontológica .</p>

	<p>poder maniobrar esta situación para estar seguro que no habrá una actitud negativa por parte del paciente.</p>	
<p>¿Considera que debe reforzar sus conocimientos sobre el control del paciente?</p>	<p>Todos los participantes manifestaron su interés en reforzar sus destrezas en cuanto al manejo conductual de los menores que acuden a consulta odontológica. Su comportamiento puede ser muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos.</p> <p>Por esta razón, en la atención del niño no existen dos casos</p>	<p>El profesional de la salud debe estar en constante capacitación para estar a la vanguardia de los avances y nuevas técnicas para así tener mejor control de la consulta</p>

	<p>similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular.</p>	
<p>Conoce usted si existe un protocolo psicológico de atención al paciente pediátrico?</p>	<p>Del universo de estudiantes consultados, solamente 12 (23 %) manifestó tener conocimiento de la existencia de algún protocolo psicológico orientado hacia la forma de atender un paciente pediátrico. El restante 77 % desconocía totalmente que hubiese tal material.</p>	<p>Todo profesional de la salud debe desarrollar un procedimiento básico para la atención de sus paciente permitiendo de forma ordenada diagnosticar correctamente al paciente al cual se enfrenta.</p>
	<p>La amplia mayoría de los consultados, 48 de</p>	<p>La utilización de</p>

<p>¿Considera que es necesaria la aplicación de una guía o protocolo de apoyo para manejar el abordaje terapéutico de los pacientes pediátricos?</p>	<p>ellos para ser exactos, expresó su interés en tener a mano una pauta o modelo en los cuales apoyarse y que les sirva de orientación a la hora de enfrentar situaciones en las cuales el niño(a) pueda presentar alguna reacción emotiva ante el abordaje por parte del profesional de la odontología.</p>	<p>material de apoyo es indispensable para solventar las diferentes situaciones que se presenta en la consulta odontológica</p>
<p>¿Considera que puede elaborar un análisis psicoconductual del paciente pediátrico?</p>	<p>Ante este planteamiento, prácticamente dos tercios de los entrevistados (32, el 62 % de ellos) manifestaron su incapacidad de realizar por su cuenta un análisis psicoconductual de los niños que son atendidos por ellos,</p>	<p>El profesional de la salud debe estar en la capacidad de realizar un diagnóstico integral a los pacientes para que el resultado del tratamiento sea efectivo logrando una buena adaptación del paciente y un resultado exitoso del tratamiento.</p>
<p>¿Considera importante el manejo de</p>	<p>En este punto todos los entrevistados estuvieron de acuerdo con la</p>	<p>El manejo de herramientas psicológicas nos permiten el abordaje correcto del paciente</p>

<p>herramientas psicológicas para un mejor abordaje del paciente pediátrico?</p>	<p>necesidad de contar con medios y guías que los orienten hacia la mejor manera de aproximarse al paciente pediátrico y de esta manera evitar subsecuentes traumas y convencerlo así de la necesidad de mantener una correcta higiene bucal.</p>	<p>tomando en cuenta que el individuo es un ser integral que debe ser atendido desde todas las perspectivas correspondiente a su salud.</p>
<p>¿Considera que es importante un abordaje integral tanto del paciente con de sus representantes?</p>	<p>Al igual que en la anterior interrogante, los consultados estuvieron de acuerdo en forma unánime en involucrar a los representantes y a los pacientes para de esta manera sortear todos los miedos preexistentes en el niño e incluir a los adultos en este proceso y que se hagan participe de él, para poder generar conductas positivas de los pequeños pacientes hacia el asistir a la consulta odontológica.</p>	<p>El desarrollo del ser humano esta condicionado por el ambiente y la genética siendo fundamental tomar todos esos aspectos en consideración para poder diagnosticar y tratar a los pacientes de manera efectiva.</p>

<p>¿Considera que manejando más herramientas psicológicas facilitaría la adaptación del paciente pediátrico a la consulta?</p>	<p>La totalidad de los que participaron en la investigación estuvieron de acuerdo con la imperiosa necesidad de contar con una mayor cantidad de elementos para poder manejar las posibles situaciones difíciles que se pueden presentar con los infantes que acuden a consulta odontológica.</p>	<p>Es importante contar con la mayor información posible para poder manejar las situaciones difíciles que pueden presentar los pacientes dentro o fuera de la consulta odontológica.</p>
---	---	--

Fuente: Boscan, Estepa 2016

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El comportamiento de los seres humanos afecta no sólo la salud física sino también la salud dental constituyendo un factor de riesgo para el individuo es allí donde dos disciplinas Aparentemente tan distintas la una de la otra encuentran numerosos puntos de interés en común Por una parte los conocimientos de la psicología como ciencia de la conducta tienen gran relevancia para el profesional de la odontología en el momento de abordar la prevención o tratamiento de las enfermedades dentales así como los problemas que supone el manejo del paciente.

Dentro de los problemas que la psicología podría intervenir para facilitar la relación intraconsulta serían relación médico-paciente, la ansiedad del paciente en el acto dental, el manejo del medio y la motivación de los pacientes para el compromiso con los cuidados propios de su salud bucal respondiendo al efecto estímulo respuesta propuesto por Pablo en su teoría conductiva; Las situaciones de estrés propias del odontólogo y la conducta no cooperadora del paciente especialmente los niños así como la experiencia del dolor entre otros.

El impacto del miedo y la ansiedad sobre la salud dental de los pacientes es uno de los principales problemas de interés para la psicología la ansiedad odontológica considerada como un estado complejo en el que una persona al concebir la idea de someterse a un tratamiento odontológico conduce a la evitación de la tensión motivo por el cual se presentan patologías con consecuencias incontrolables lo que conlleva a tratamientos largos y dolorosos lo que termina produciendo más ansiedad y miedo en el paciente y convertirlo en un círculo vicioso difícil de manejar.

Es allí donde convergen los puntos de interés entre la psicología y la odontología pues se requiere la aplicación de principios y técnicas de la psicología conductual para afrontar los problemas de salud dental esta teoría fue sugerida a

finales de la década de los 60 y ha producido un cambio cualitativo de la odontología para abordar la odontología conductual, que se define como el campo que surge de la aplicación de los conceptos métodos y técnicas conductuales aquellos problemas de salud dental relacionados de algún modo con el comportamiento de las personas que los padecen, formando parte así de la psicología de la salud con la cual comparte bases y técnicas, así como procedimientos y temas de interés.

En base a lo anteriormente esbozado cobra fundamental interés el manejo de dichas herramientas psicológicas para la consecución de tratamientos exitosos tanto en relaciones interpersonales como intraorales del paciente y el odontólogo.

Recomendaciones

A los estudiantes se recomienda: Profundizar los conocimientos sobre el abordaje conductual del paciente; Afianzar conocimientos sobre las distintas técnicas de adaptación; Indagar sobre los estudios conductuales relacionados a la odontología.

A los docentes de área de Odontopediatría se recomienda: Desarrollar herramientas didácticas que favorezcan el aprendizaje de elementos psicológicos por parte del estudiante; Profundizar en los ítems educativos relacionados con la conducta humana.

A la Universidad José AntonioPáez se recomienda: Implementar herramientas psicológicas conductuales en su contenido programático; Brindar a los docentes y estudiantes información básica aplicada a las áreas de la psicología de la salud; Articular e integrar conocimientos interdisciplinarios que aborden el individuo entre integralmente.

BIBLIOGRAFIA

- BALESTRINI, M. (2006). *Cómo se Elabora el Proyecto de Investigación*. Caracas: EL Consultores Asociados.
- BANDURA, A. (1986) *Modificación de la conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia*. México: Editorial Trillas.
- BIBLIOTECA NACIONAL DE ESTADOS UNIDOS (2010). *Socialización del Niño y Niña*. Documento en Línea. Disponible: ww.bibliousa.com (Consulta: 2010, Diciembre 4)
- BROSKIMMEYER, L. (2000) *Miedo Infantil*. Material mimeografiado. UPEL IPB
- CABRERA, R. (1999). *La educación universitaria en Venezuela. Trabajo de Grado de Maestría no publicado*. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999). Caracas: Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453.
- DÍAZ, C. (2003). *Escuela de Familia. Trabajo de Grado de Maestría no Publicado*. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Instituto Pedagógico Barquisimeto.
- FLORES, M. (2013). Flores (2013). *Abordaje del docente ante las manifestaciones de miedo en niños y niñas. Trabajo de Grado de Maestría no Publicado CIPPSV Lara*
- GISPERT C, (2010) *Psicopedagogía*. España: Ediciones Océano.
- GLEISER, M. (2014). *La odontología pediátrica en atención infantil*. <http://vitalmente.com/la-odontologia-pediatica-en-atencion-infantil/>
- HERNÁNDEZ S., FERNÁNDEZ C. Y BAPTISTA L. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill, Editores, S.A.
- LEY ORGÁNICA DE SALUD (1998), Gaceta Oficial N° 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998.
- LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCIÓN DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE con su Expresión de Motivos. (2007). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Ordinaria N° 37.090.

- MOLES, J. (2004). *Psicología Conductual*. Caracas: Editorial Greco.
- MOLES, J. (2007). *Asesoramiento Clínico*. Caracas: Editorial Greco
- MORENO, I. (2002). *Los procesos metodológicos investigativos*. Universidad Rafael María Baralt, Venezuela
- PÉREZ. (2003), Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Biblioteca Médica Nacional*. <http://bases.bireme>.
- PEURFOY, D. (1999) *Las conductas operativas del niño*. Material Mimeografiado Universidad Valle del Momboy, Valera.
- PRATO, L. (2003) *El aprendizaje Emocional*, Madrid, Santillana.
- REVISTA GACETA DENTAL (2012). No hay niños no tratables sino dentistas que no saben tratar niños. *Gaceta dental, Revista Médica*. <http://www.gacetadental.com/2012/11/no-hay-nios-no-tratables-sino-dentistas-que-no-saben-tratar-nios-24259/>
- RODRÍGUEZ, M. Y PIMENTEL, E. (2011). Factores de riesgo de caries dental en bebés. *Revista Venezolana de Odontología*. Caracas.
- RUIZ, C. (2002). *Instrumento de Investigación Educativa Procedimiento para su diseño y validación*. Venezuela: Ediciones CIDEG, C.A.
- RUIZ, M. (2011). *Tratamientos más frecuentemente realizados durante la etapa de reevaluación en pacientes integrales niños de la clínica de la facultad de odontología de la universidad de San Carlos de Guatemala*. Documento en Línea Disponible: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/09/09_1414.pdf (Consulta: 2012, Octubre 24)
- SABINO (2002), *El Proceso de Investigación*. Caracas: Editorial Panapo.
- SILNESS, L. (2000). Periodontal disease in pregnancy. *Acta OdontolScand* 1964; 22:121-8.
- SIMANCAS, Y., SALAS, M. Y AGREDA, M. (2011). *Condiciones de higiene bucal en niños en edad escolar de la escuela básica "Filomena Dávila" del estado Mérida, Venezuela*. Universidad de Los Andes - Mérida - Venezuela. Documento en línea Disponible: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/33983>

UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ (2007). Manual para la Presentación de Trabajos de Grado. Valencia: Autor

WALLON (2010) Teoría de la Evolución Afectiva. UPEL IPB