



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TÍTULO:

**Eficiencia de técnicas psicológicas en pacientes pediátricos
frente a exodoncias en Semestre B 2015 UCSG.**

AUTORA:

Sangurima Cedillo Arianna Mabel

**Trabajo de Graduación previo a la Obtención del Título de:
ODONTÓLOGA**

TUTOR:

Pino Larrea José Fernando

Guayaquil, Ecuador

2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Arianna Mabel Sangurima Cedillo**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Odontóloga**.

TUTOR

Dr. José Fernando Pino Larrea

REVISORES

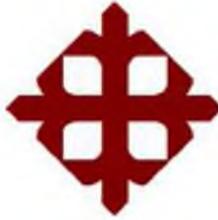
Dr.

Dr.

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dra. Geoconda María Luzardo Jurado

Guayaquil, a los 15 días del mes de marzo del año 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Arianna Mabel Sangurima Cedillo

DECLARO QUE:

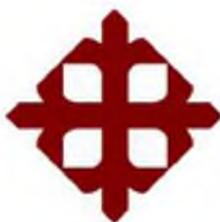
El Trabajo de Titulación "**Eficiencia de técnicas psicológicas en pacientes pediátricos frente a exodoncias en Semestre B 2015 UCSG**" previa a la obtención del Título de **Odontóloga**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 15 días del mes de marzo del año 2016

LA AUTORA

Arianna Mabel Sangurima Cedillo



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Arianna Mabel Sangurima Cedillo

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“Eficiencia de técnicas psicológicas en pacientes pediátricos frente a exodoncias en Semestre B 2015 UCSG”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 15 días del mes de marzo del año 2016

LA AUTORA:

Arianna Mabel Sangurima Cedillo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la fortaleza que me brindó cuando más lo necesité y por guiarme en cada uno de mis pasos a lo largo de mi carrera. Mi agradecimiento infinito a mi padre Alfredo y mi madre Janneth por su amor incondicional, por motivarme y apoyarme, haciendo posible que yo pudiera lograr mis sueños. Agradezco a mi hermana Daniela y hermano Alfredo por su amistad y compañía en los momentos que lo necesité. Un especial agradecimiento a mi tía Marthita por su cariño, motivación, y palabras de aliento que me brindó a lo largo de mi caminar. A mi abuelita Gladys por incentivarme a continuar y a no desfallecer a pesar de la distancia. A mi tía Mónica por ser un ejemplo de superación y perseverancia constante, y por su cariño y apoyo sin importar las circunstancias. A mi familia por estar presente en mí día a día. A mis amigas Leslie, Denisse, Jeannine, Ariadna, Laura y Alejandra por hacer de este proceso una de las mejores experiencias, llena de momentos inolvidables y que sin su amistad no hubiera sido posible. A mi prima María José por ser mi amiga y confidente, permaneciendo junto a mí en las buenas y en las malas. A una persona que llegó a mi vida hace muy poco pero que a pesar del corto tiempo me ha brindado su apoyo, comprensión y entusiasmo, Luis. Agradezco a todas las personas que me han ayudado y apoyado de una u otra manera. Quiero agradecer a mi tutor, Dr. José Pino por guiarme en este trabajo y por ser quien me encaminó hacia mi vocación en la atención a niños, inculcándome el servicio a la comunidad.

Arianna Sangurima Cedillo

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo con todo mi cariño a mi abuelita Macrina, quien ha sido mi inspiración cada día durante el transcurso no sólo de esta etapa sino de mi vida.

Arianna Sangurima Cedillo

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dr. José Fernando Pino Larrea
TUTOR

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

**Dr. José Fernando Pino Larrea
TUTOR**

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	iii
AUTORIZACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	vii
CALIFICACIÓN	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
ÍNDICE DE ANEXOS	xv
RESUMEN	xvi
ABSTRACT	xvii
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Justificación	2
1.2. Objetivos	3
1.2.1. Objetivo general	3
1.2.2. Objetivo específico	3
1.3. Variables	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1. Consideraciones generales	5
2.1.1. Triada odontólogo – niño – padres	5
2.1.1.1. Odontólogo	6
2.1.1.2. Niño	7
2.1.1.3. Padres	8
2.1.2. Conducta del paciente durante la consulta odontológica	9
2.1.2.1. Escala conductual de Frankl	9

2.2. Presencia de padres en la consulta	11
2.2.1. Ansiedad de los padres	12
2.2.2. Acompañantes diferentes a los padres	13
2.3. Técnicas psicológicas no farmacológicas	13
2.3.1. Lenguaje dental pediátrico	14
2.3.2. Técnica de comunicación	15
2.3.2.1. Decir – mostrar - hacer	16
2.3.3. Técnicas de modificación de la conducta	18
2.3.3.1. Refuerzo positivo	18
2.3.3.2. Modelado / modelamiento	19
2.3.3.3. Técnica de comunicación no verbal	20
2.4. Miedo y ansiedad	23
2.4.1. Escala de imagen facial (FIS) para medir la ansiedad a la atención odontológica	25
2.5. Procedimientos que incrementan el miedo y la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico	26
2.6.1. Inyección dental	27
2.6.2. Extracción	27
3. MATERIALES Y MÉTODOS	29
3.1 Materiales	29
3.1.1. Lugar de la investigación	29
3.1.2. Periodo de la investigación	29
3.1.3. Recursos empleados	29
3.1.3.1. Recursos humanos	29
3.1.3.2. Recursos físicos	29
3.1.4. Universo	30
3.1.5. Muestra	30
3.1.5.1. Criterios de inclusión	30
3.1.5.2. Criterios de exclusión	30
3.1.5.3. Criterios de eliminación	30
3.2. Métodos	30
3.2.1. Tipo de investigación	30

3.2.2. Diseño de investigación	31
3.2.2.1. Procedimiento	31
3.2.2.2. Análisis estadístico	32
4. RESULTADOS	33
4.1. Distribución de pacientes por edad y género	33
4.1.1. Distribución de pacientes por edad	33
4.1.2. Distribución de pacientes por género	34
4.2. Influencia de las técnicas psicológicas usadas por el operador en la actitud del niño en la consulta odontológica	35
4.3. Importancia de la presencia de los padres en la atención del paciente	38
4.4. Beneficios que aporta el lenguaje pediátrico basado en el proceso de enseñanza – aprendizaje empleado en las técnicas psicológicas	43
4.5. Complemento por parte de la comunicación no verbal hacia otras técnicas de control comunicativas	45
4.6. Técnicas psicológicas que reducen la ansiedad y miedo a la atención odontológica en pacientes pediátricos	46
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
5.1. Conclusiones	49
5.2. Recomendaciones	50
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
7. ANEXOS	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1	Tríada odontólogo – niño - padres	5
Figura N°2	Empatía con el paciente pediátrico	6
Figura N°3	Manejo exitoso de la conducta	7
Figura N°4	Paciente pediátrico	7
Figura N°5	Escala conductual de Frankl	9
Figura N°6	Paciente levemente positivo según Frankl	10
Figura N°7	Paciente definitivamente positivo según Frankl	10
Figura N°8	Madre junto al paciente pediátrico	12
Figura N°9	Comunicación entre el paciente pediátrico y el odontólogo	13
Figura N°10	Terminología dental y terminología sencilla para pacientes pediátricos	15
Figura N°11	Contacto visual con el paciente	16
Figura N°12	Familiarización con procedimientos odontológicos	16
Figura N°13	Explicación del tratamiento al paciente	17
Figura N°14	Recompensa tangible	19
Figura N°15	Esquemización de técnicas para tratar conductas diferenciales del paciente	20
Figura N°16	Operador estableciendo comunicación con el paciente pediátrico	21
Figura N°17	Contacto físico suave	22
Figura N°18	Caricias tranquilizantes	22
Figura N°19	Paciente pediátrico demostrando malestar en su rostro	24
Figura N°20	Escala de imagen facial (FIS)	26
Figura N°21	Inyección dental	27
Figura N°22	Extracción dental	28

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1	Distribución de pacientes por edad	33
Tabla N°2	Distribución de pacientes por género	34
Tabla N°3	Técnicas psicológicas empleadas	35
Tabla N°4	Escala conductual de Frankl	36
Tabla N°5	Conducta del paciente durante la consulta dental según la escala conductual de Frankl en cada técnica psicológica empleada	37
Tabla N°6	Acompañamiento del niño	38
Tabla N°7	Ansiedad antes del tratamiento	39
Tabla N°8	Ansiedad antes del tratamiento según el acompañante	41
Tabla N°9	Conducta del paciente en la consulta odontológica según la escala conductual de Frankl dependiendo del acompañante	42
Tabla N°10	Respuesta favorable	43
Tabla N°11	Respuesta favorable de las técnicas psicológicas empleadas	44
Tabla N°12	Refuerzo por parte de la técnica de comunicación no verbal a las técnicas empleadas	45
Tabla N°13	Ansiedad después del tratamiento	46
Tabla N°14	Ansiedad después del tratamiento según la técnica psicológica empleada	47
Tabla N° 15	Diferencia entre ansiedad antes y ansiedad después del tratamiento	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1	Distribución de pacientes por edad	33
Gráfico N°2	Distribución de pacientes por género	34
Gráfico N°3	Técnicas psicológicas empleadas	35
Gráfico N°4	Escala conductual de Frankl	36
Gráfico N°5	Conducta del paciente durante la consulta dental según la escala conductual de Frankl en cada técnica psicológica empleada	37
Gráfico N°6	Acompañamiento del niño	38
Gráfico N°7	Ansiedad antes del tratamiento	40
Gráfico N°8	Ansiedad antes del tratamiento según el acompañante	41
Gráfico N°9	Conducta del paciente en la consulta odontológica según la escala conductual de Frankl dependiendo del acompañante	42
Gráfico N°10	Respuesta favorable	43
Gráfico N°11	Respuesta favorable de las técnicas psicológicas empleadas	44
Gráfico N°12	Refuerzo por parte de la técnica de comunicación no verbal a las técnicas empleadas	45
Gráfico N°13	Ansiedad después del tratamiento	46
Gráfico N°14	Ansiedad después del tratamiento según la técnica psicológica empleada	47

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N°1	Consentimiento informado	57
Anexo N°2	Hoja de registro	58
Anexo N°3	Hoja de observación	59
Anexo N°4	Tabla consolidada de datos	61

RESUMEN

Problema: El miedo y ansiedad interfiere en el proceso del tratamiento odontológico, provocando el rechazo al mismo por parte del niño con las consecuentes interrupciones y fracaso del tratamiento. **Propósito:** Determinar la eficiencia de las técnicas psicológicas frente a exodoncias realizadas en pacientes pediátricos y evaluar su ansiedad antes y después del tratamiento. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal en niños de 4 a 10 años atendidos en la clínica odontológica UCSG (n=103) donde se observó las técnicas psicológicas empleadas y su relación con la conducta del paciente pediátrico durante la consulta dental. **Resultados:** La técnica de refuerzo positivo obtuvo una conducta definitivamente positiva en un 55%, un 54% de respuesta favorable y 54% de ansiedad leve posterior al tratamiento. La técnica de comunicación no verbal reforzó al 100% las técnicas psicológicas. La ansiedad inicial disminuye después del tratamiento (95% de confiabilidad). **Conclusión:** La técnica de refuerzo positivo influye positivamente en la conducta del niño, presenta alta frecuencia de respuesta favorable y obtiene en mayor porcentaje una ansiedad leve después del tratamiento. La técnica de comunicación no verbal complementa a las demás técnicas. **Recomendaciones:** Analizar la relación entre la técnica psicológica y la conducta del paciente por edad así como la ansiedad antes y después del tratamiento según el género en una muestra de mayor tamaño.

Palabras Clave: técnicas psicológicas, conducta, consulta dental, exodoncia, ansiedad, niños.

ABSTRACT

Background: Fear and anxiety interferes with the process of dental treatment, causing the rejection of it by the child with the consequent interruptions and treatment failure. **Objective:** To determine the effectiveness of psychological techniques applied against extractions in a population of school and assess their anxiety before and after treatment. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted in children aged 4 - 10 years who were attended in the dental clinic at UCSG (n = 103) where psychological techniques employed was observed and its relation to the conduct of pediatric patients during dental surgery. **Results:** The technique of positive reinforcement obtained a definitely positive behavior by 55%, 54% and 54% favorable response from mild anxiety after treatment. The technique of nonverbal communication reinforced 100% psychological techniques The initial anxiety decreases after treatment (95% confidence). **Conclusion:** The technique of positive reinforcement positively influence on children's behavior, it presents a high frequency of positive response and gets a higher percentage mild anxiety after treatment. The technique of nonverbal communication complements other techniques. **Recommendations:** To analyze the relationship between psychological technique and patient behavior by age and anxiety before and after treatment by gender in a larger sample.

Keywords: psychological techniques, behavioral, dental surgery, tooth extraction, anxiety, children.

1. INTRODUCCIÓN

En los niños el miedo a la atención odontológica es frecuentemente la causa principal de los problemas que se presentan en la consulta, provocando interrupciones del tratamiento. El éxito del tratamiento está relacionado directamente con el conocimiento del odontólogo sobre las características psicológicas y necesidades del niño, y también con su capacidad para lograr y mantener la cooperación infantil. ¹⁻³

El comportamiento en odontología de pacientes pediátricos es fundamental para el correcto desarrollo del tratamiento. Este es variable dependiendo de la etapa de crecimiento y desarrollo, del estado de salud del niño, de las condiciones socioculturales en las que se encuentren los padres, y demás elementos que engloban a cada uno de los mismos. ^{4, 5}

Las manifestaciones de comportamiento que se pueden observar pueden ir desde conductas agresivas e histéricas, a temerosas y aprensivas. El comportamiento del paciente pediátrico suele relacionarse con la actitud de los padres, especialmente con la de la madre. Es importante que el odontólogo reconozca la conducta que presenta el niño en la consulta, pudiendo hacerlo con la utilización de la escala conductual de Frankl, ya que es la más práctica y eficaz de uso odontológico infantil. ⁵⁻⁸

El manejo de la conducta que presente el niño puede llevarse a cabo mediante técnicas que no hacen uso de fármacos, como el decir-mostrar-hacer, la modelación, la comunicación no verbal y el refuerzo positivo. Otras medidas son el uso de restrictores físicos, y las técnicas farmacológicas como la sedación consciente y la anestesia general; las cuales no serán evaluadas en este trabajo porque estas técnicas no se utilizan para motivar al paciente odontopediátrico. ⁶

Cordero⁴ et al 2012 evaluaron la aceptación de parte de los padres con respecto a las técnicas no farmacológicas utilizadas en el tratamiento, obteniendo: refuerzo positivo 97,7%, modelado 97,7% y decir – mostrar – hacer 94,6% de aceptación. ⁴

Las técnicas de manejo de conducta buscan disminuir el miedo y la ansiedad del paciente pediátrico ante la situación odontológica. Un instrumento ampliamente utilizado en niños para medir la ansiedad a la atención odontológica es el Facial Image Scale (FIS), el cual se empleará en este estudio. ^{2,9}

La ansiedad a la atención odontológica en países europeos presenta tasas del 4% al 23%. En Sudamérica se presentan tasas en preescolares del 34,7%, y con 41,1% de ansiedad en los padres de dichos niños. En Estados Unidos el estado más grave de ansiedad es la fobia severa, que la sufren de 10 a 12 millones de personas, y por otra parte sufren de ansiedad 35 millones de personas. ⁹

La adaptación del paciente a la consulta odontológica significa haber logrado y mantenido su colaboración a lo largo del tratamiento, adquiriendo actitudes, valores y conocimientos que van a promover en próximas consultas una actitud positiva hacia la odontología. ² Por lo cual se considera conveniente realizar una investigación sobre la eficiencia de las técnicas psicológicas en pacientes pediátricos frente a exodoncias atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el Semestre B – 2015.

1.1. Justificación:

El miedo y ansiedad ante una exodoncia en un paciente pediátrico es un problema que se presenta día a día en la consulta odontológica. Este miedo y ansiedad interfiere con el proceso del tratamiento, llegando al rechazo de recibirlo por parte del niño.

A este miedo se le suman otros factores que contribuyen con su falta de cooperación como la conducta del niño, su estado de salud, el padecimiento de alguna enfermedad, encontrarse bajo tratamiento farmacológico, e incluso la presencia del padre o madre al momento de la intervención.

Al existir rechazo por parte del niño y poco o nada de interés, se desiste de la culminación del tratamiento, aumentando la gravedad de la enfermedad afectando a la salud oral y sistémica del niño.

Este trabajo permitirá conocer la eficiencia de las técnicas psicológicas aplicadas por parte de los estudiantes a pacientes pediátricos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para reforzarlas y mejorarlas y con esto brindar la atención pediátrica que el niño requiere.

1.2. Objetivos:

1.2.1. Objetivo general:

Determinar la eficiencia de las técnicas psicológicas aplicadas en la Clínica Odontológica de la UCSG en pacientes pediátricos frente a exodoncias.

1.2.2. Objetivos específicos:

1. Registrar la influencia de las técnicas psicológicas usadas por el operador en la actitud del niño en la consulta odontológica.
2. Analizar la importancia de la presencia de los padres en la atención del paciente.
3. Determinar los beneficios que aporta el lenguaje pediátrico basado en el proceso de enseñanza – aprendizaje empleado en las técnicas psicológicas.
4. Analizar cómo complementa la comunicación no verbal a otras técnicas de control comunicativas.

5. Establecer las técnicas psicológicas que reducen la ansiedad y miedo a la atención odontológica en pacientes pediátricos.

1.3. Variables:

Variable dependiente:

- Temor del paciente pediátrico: Es la actitud que toma el paciente pediátrico, presentando resistencia, explosión verbal y comportamiento negativo.

Variables independientes:

- Técnicas psicológicas aplicadas durante la exodoncia: Son técnicas que facilitan el tratamiento clínico del paciente odontopediátrico, proporcionándole un ambiente acogedor y una relación afectiva y cariñosa.

- Factores asociados al temor frente a la exodoncia: Son las características pertenecientes al paciente pediátrico y al procedimiento que se asocian al temor a la exodoncia.

Variables intervinientes:

- Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

- Género: Condición orgánica masculina o femenina.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Consideraciones generales:

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo, que es parte de una rama de la psicología que se basa en el control de las emociones. El conductismo plantea que si se alteran las circunstancias ambientales que la rodean, el comportamiento de una persona es modificable. El diagnóstico del comportamiento se lo obtiene mediante un análisis constante del paciente. Se deben considerar tanto los antecedentes odontológicos del paciente como también las experiencias médicas previas que puedan desencadenar diversos comportamientos. ¹⁰⁻¹²

2.1.1. Triada odontólogo – niño – padres

Al trabajar con niños la relación es de uno a dos; es decir que la relación se da entre el odontólogo, el niño y los padres, o la familia; estableciéndose el triángulo clásico de odontopediatría. En este triángulo el niño se ubica en el vértice, siendo el foco de atención tanto para la familia como para el odontólogo. Esta triada se enfocará en los cuidados necesarios de la salud oral del niño. ^{11, 13-15}

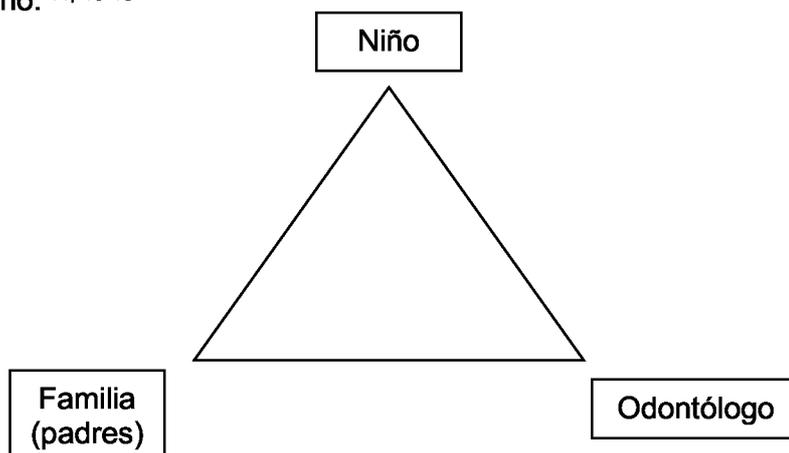


FIGURA N° 1. Triada odontólogo – niño – padres.

FUENTE: Modificada de Dean J, 2014. ¹¹

Modificada de Boj J, 2012. ¹³

El especialista debe mantener, con el paciente y con sus padres, una comunicación fluida basada en la verdad, lo que permitirá generar confianza y crear un vínculo personal. ^{10, 12, 16, 17}

2.1.1.1. Odontólogo

El odontólogo sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio. Debe ser el ejemplo para todo el personal, manteniéndose objetivo y conservando su capacidad para evaluar a cada niño con exactitud. ^{2, 5, 13}

El profesional debe tener una serie de características, siendo estas:

- Seguridad: Para ello requiere experiencia y conocimiento del desarrollo emocional y psicológico del niño. Debe tener autocontrol y nunca perder la paciencia, porque los niños son muy perceptivos.
- Firmeza: Demostrar perseverancia y control de la situación.
- Gentileza: Tiene que ponerse en el lugar del niño, mostrando tolerancia, empatía y comprensión. ^{2, 11, 18, 19}



FIGURA N° 2. Empatía con el paciente pediátrico.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Para un manejo exitoso de la conducta:

El odontólogo primero debe establecer la comunicación, lo que permitirá conocer mejor al paciente logrando que se relaje y coopere con el tratamiento.

El lenguaje a usar depende de la edad del niño. El utilizar una voz suave y

clara ayuda a obtener un acercamiento exitoso con el paciente y llevarlo a una buena adaptación. ^{5, 11, 12, 16}



FIGURA N° 3. Manejo exitoso de la conducta.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

2.1.1.2. Niño

El tratamiento dental del niño será exitoso al comprender su conducta. Hay que entender que los niños no son pequeños adultos. Los niños de diferentes edades tienen conocimientos propios del mundo que los rodea. Es necesario que nos comuniquemos y dirijamos de manera breve y directa, en lugar de dar explicaciones largas, debido a que a los niños se les puede dificultar su entendimiento. ^{5, 8, 16}



FIGURA N° 4. Paciente pediátrico.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

2.1.1.3. Padres

Los padres desde el momento del nacimiento modelan la conducta del niño permitiendo o prohibiendo diferentes aspectos en su comportamiento. Ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño ante nuevas situaciones. ^{6, 10, 13, 20}

Se pueden observar padres con conductas manipuladoras, hostiles, sobreindulgentes, autoritarias, e incluso padres carentes de afecto, lo que generará conductas negativas en el niño; mientras que los padres que permiten autonomía y expresan afectos generarán niños amistosos, cooperadores y atentos con conductas positivas. ⁵

Cárdenas¹⁰ 2009 en su estudio manifestó los tipos de padres que podemos encontrar, siendo:

- Padres motivados: Son quienes tienen interés por la salud oral de sus hijos, participando y aceptando la orientación del profesional.
- Padres ansiosos: A pesar de ser padres colaboradores y motivados, su presencia puede generar un resultado contrario al que se desea obtener en la conducta del niño.
- Padres autoritarios: El odontólogo debe establecer mecanismos de comunicación claros y constructivos. Aunque los padres son quienes toman la decisión de un tratamiento, es el odontólogo quien orienta y define cómo se lo realizará.
- Padres manipuladores: Son padres que intentan imponer la manera como se debe tratar al niño, por medio de sugerencias y comentarios.
- Padres indiferentes: No presentan interés por la salud oral del niño o desconocen su importancia. No muestran motivación al llevar a la consulta odontológica a sus hijos. ¹⁰

2.1.2. Conducta del paciente durante la consulta odontológica

El comportamiento del paciente odontopediátrico es muy variable en el consultorio, pudiéndose observar diferentes manifestaciones como comportamientos histéricos, agresivos, temerosos y aprensivos. ^{4, 5}

2.1.2.1. Escala conductual de Frankl

Es una escala descrita originalmente por Frankl y Wright, útil para reconocer el tipo de paciente al que se va a atender. También es conocida como la Escala de Valoración del Comportamiento de Frankl. Se trata de una medición práctica, sencilla, fiable y fácil de aplicar. Esta escala divide el comportamiento observado en cuatro categorías, que van desde definitivamente negativo a definitivamente positivo. ^{6, 7, 10, 11}

Escala de conductual de Frankl	
Grado 1	Definitivamente negativo (--)
Grado 2	Levemente Negativo (-)
Grado 3	Levemente Positivo (+)
Grado 4	Definitivamente positivo (++)

FIGURA N° 5. Escala conductual de Frankl.

FUENTE: Modificada de Bordoni N, 2010. ¹²

Modificada de Boj J, 2012. ¹³

- Grado 1: Definitivamente negativo (--); rechaza el tratamiento, presenta llanto intenso y enérgico, grita fuertemente, movimientos fuertes de las extremidades, comportamiento agresivo, no es posible la comunicación verbal, presenta temor o negativismo extremo.
- Grado 2: Levemente Negativo (-); difícilmente acepta el tratamiento o rechaza el tratamiento, movimientos leves de las extremidades, falta de cooperación, acepta y acata algunas órdenes, comportamiento tímido, bloquea la comunicación, llanto monotónico, presenta una actitud negativa, malhumor y resentimiento.

- Grado 3: Levemente Positivo (+); acepta el tratamiento de manera cautelosa, llanto esporádico, se puede establecer comunicación verbal, coopera, muestra voluntad para hacer caso y seguir las instrucciones del odontólogo, pero en ocasiones se muestra reservado. ^{6, 11-13}



FIGURA N° 6. Paciente levemente positivo según Frankl.
FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

- Grado 4: Definitivamente positivo (++); buena comunicación, relación y armonía con el odontólogo, cooperación, muestra interés y motivación en los procedimientos odontológicos, relajación y control de las extremidades, con risa y disfrute. ^{6, 11-13}



FIGURA N° 7. Paciente definitivamente positivo según Frankl.
FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

2.2. Presencia de padres en la consulta

El papel de los padres tiene un valor fundamental en la atención del paciente, pero su presencia en la sala de tratamiento no siempre será oportuna, podrán estar presentes siempre y cuando colaboren con el odontólogo y no aumenten la ansiedad del niño. Su presencia ayuda a desarrollar una mayor confianza y crear una mejor empatía con el niño. Los padres deben mostrar seguridad y calma, para que el paciente reaccione de forma similar. Mientras más nerviosa, insegura y tensa sea la reacción de los padres, mayor será el riesgo de que el niño reaccione de la misma forma ansiosa y negativa. ^{1, 4, 21, 22}

Antes de iniciar el tratamiento se aclara a los padres que no deben interferir de ninguna manera en la comunicación entre odontólogo y paciente. Los padres en el intento de colaborar en el tratamiento pueden emitir órdenes que resultan ser contradictorias a las del profesional, siendo escuchadas por el niño, y así entorpecen e imposibilitan la comunicación ideal entre el paciente y profesional, e inhiben el manejo del comportamiento del niño ^{2, 13, 16, 20}

Las únicas excepciones por las cuales no se da la separación de los padres son cuando el niño ha tenido experiencias previas médicas u odontológicas desagradables, cuando ha sido víctima de traumatismos dentales o cuando son pacientes muy jóvenes. ^{6, 11, 12, 23}

La presencia de los padres representa una gran ayuda en los pacientes más pequeños, menores de 3 años, brindándole seguridad al niño. La presencia de la madre es extremadamente importante durante la consulta en niños de hasta 4 años de edad. Conforme el niño crece la presencia de los padres es menos importante e incluso puede influir negativamente en la comunicación entre el odontólogo y el niño. Los niños de 5 años de edad o más tienen mayor capacidad de adaptación al tratamiento y son más independientes, por lo cual no necesitan estar cerca de la madre. ^{2, 13, 20}



FIGURA N° 8. Madre junto al paciente pediátrico.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

En los últimos años hay una mayor tendencia de los padres a querer estar durante los tratamientos con sus hijos. Se deberá decidir individualmente la presencia o ausencia de los padres durante el tratamiento dependiendo de las circunstancias. El simple acto de pedir al padre o madre que se retire de la sala de tratamiento ayuda a obtener del niño un comportamiento positivo, teniendo como recompensa el retorno de esa persona. Para el niño el regreso de sus padres es motivo de orgullo de saber que lo ha hecho bien. ^{1, 8, 10, 13}

2.2.1. Ansiedad de los padres

La ansiedad de los padres, especialmente la de la madre, tiene influencia sobre la conducta del niño. Los sentimientos de temor son fácilmente transmitidos a los niños por medio de las acciones y reacciones que se presenten durante el tratamiento. ^{3, 9, 15, 21}

En algunos casos se necesita una disminución de los niveles de ansiedad de los padres para que el tratamiento del niño sea efectivo. La disminución de ansiedad se obtendrá brindando información hacia los padres sobre las técnicas existentes para controlar la ansiedad de su hijo. ^{10, 13, 22}

2.2.2. Acompañantes diferentes a los padres

Debido al estilo de vida moderno con frecuencia los padres no pueden asistir a la consulta dental de sus hijos, y por ese motivo van acompañados por abuelos, familiares, empleados o amigos. Se les debe sugerir a los padres que asistan a una primera cita, para explicarles el tratamiento y puedan firmar el consentimiento. Se debe entablar buena comunicación con el acompañante y solicitarle que firme el consentimiento, aclarando su relación con el niño. ¹²

2.3. Técnicas psicológicas no farmacológicas

Son técnicas que facilitan al odontólogo el tratamiento clínico del paciente infantil, proporcionándole una relación afectiva y cariñosa y un ambiente acogedor. El abordaje psicológico debe realizarse con honestidad, conciencia y criterio objetivo, para tratar de lograr una adecuada comunicación, y así obtener un control y manejo del comportamiento, promoviendo actitudes positivas del paciente hacia la práctica odontológica. ^{1, 5, 6, 17}



FIGURA N° 9. Comunicación entre el paciente pediátrico y el odontólogo.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Los padres presentan mayor rechazo hacia las técnicas restrictivas tradicionales y una mayor aceptación hacia las técnicas comunicativas y en menor grado hacia las farmacológicas. Los padres buscan para sus hijos que se les comunique, motive y se les realice un tratamiento exitoso. ⁴

Las siguientes técnicas pertenecen a las técnicas psicológicas no farmacológicas:

- Decir – mostrar – hacer.
- Refuerzo positivo.
- Modelado / modelamiento.
- Técnica comunicación no verbal. ¹

2.3.1. Lenguaje dental pediátrico

En la atención odontológica del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye un individuo en particular. La adaptación de un niño a la consulta odontológica permite su colaboración a lo largo del tratamiento mediante un proceso de enseñanza – aprendizaje, a través del cual va adquiriendo valores, actitudes y conocimientos que promoverán una actitud positiva por parte del niño hacia la odontología, y para conseguir esto el odontólogo debe aplicar conocimientos de psicología. ^{11, 15, 20, 21}

La comunicación con el niño es la verdadera clave para dirigir la conducta, logrando por medio de ella que el niño se sienta física y emocionalmente seguro. En la comunicación que se establezca con el paciente se debe utilizar un lenguaje pediátrico, el cual significa adaptarse al nivel del niño en palabras y en ideas, de manera que sea un lenguaje que el niño pueda entender, pero sin engañar o mentir con las explicaciones. Es recomendable hablar siempre a su nivel o ligeramente superior, sin extenderse demasiado porque podría incrementar su ansiedad. Algunos ejemplos de la sustitución de términos dentales son los siguientes: ^{2, 12, 16, 18}

1 – 5 años

Terminología dental	Terminología sencilla
Jeringa de aire	Salida de aire
Jeringa de agua	Salida de agua
Succión de alta evacuación	Aspirador
Radiografía	Foto de los dientes
Anestesia local	Dormir los dientes
Extracción	Quitar el diente

6 – 10 años

Anestésiar	Dormir
Extraer	Sacar o quitar
Caries, lesión cariosa	Agujero
Dolor	Cosquilleo o presión

FIGURA N° 10. Terminología dental y terminología sencilla para pacientes pediátricos.

FUENTE: Modificado de Boj J, 2012. ¹³

Modificado de Cameron A, 2010. ²¹

2.3.2. Técnica de comunicación

La comunicación con el paciente pediátrico es lo primordial para dirigir su conducta, mediante habilidades tanto a nivel verbal como paraverbal. Es importante que tanto la comunicación del asistente auxiliar como la comunicación del odontólogo con el niño sean en una sola dirección para no confundirlo. Establecer contacto visual y sonreír, sentarse al mismo nivel que el niño y dar la mano como muestra de saludo y atención a su persona son maneras de realizarlo. La conversación debe ser natural y agradable, brindando interés sobre los gustos y actividades del niño. ^{11, 13, 21, 23}



FIGURA N° 11. Contacto visual con el paciente.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

2.3.2.1. Decir - Mostrar – Hacer

Es una técnica bastante sencilla y efectiva, que disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido. Su finalidad es familiarizar al niño con el equipo, instrumental y procedimientos odontológicos. También es conocida como técnica de triple E (Explique-Enseñe-Ejecute). ^{1, 5, 10, 22}



FIGURA N° 12. Familiarización con procedimientos odontológicos.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Esta técnica se debe llevar a cabo de la siguiente manera: a) primero decir y explicar lo que se le hará, b) después se le enseña el instrumental y se le mostrará cómo se va a llevar a cabo la técnica y c) luego se efectúa la técnica

tal y como se le explicó y demostró; todo esto haciendo uso de un vocabulario adecuado para la edad del niño. ^{2, 11, 12, 19}



FIGURA N° 13. Explicación del tratamiento al paciente.
FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Este proceso debe ser continuo desde la entrada del niño a la consulta dental y a lo largo de todos los procedimientos que se realicen en el tratamiento, con el fin de orientarlo gradualmente a los estímulos que le provocan ansiedad, y así sea capaz de afrontar la situación. ^{2, 8, 13, 24}

Esta técnica está indicada en todos los pacientes que puedan comunicarse, siendo las únicas contradicciones los pacientes muy pequeños que no comprenden lo que el odontólogo trata de explicar o las emergencias dentales y traumatismos que se puedan presentar. El éxito de esta técnica dependerá del vocabulario que se emplee, siendo adecuado para el nivel cognoscitivo del paciente. En niños hasta los 5 años de edad el nombre del equipo e instrumental pueden ser sustituidos por otros nombres que traigan recuerdos agradables y estimulen la imaginación del niño. En cambio a los niños de 6 a 12 años no les gusta recibir un trato como bebés, por lo que el uso de diminutivos debe ser con cautela, dependiendo del caso de cada paciente. ^{1, 12, 19, 20}

La técnica se la realiza de dos maneras, a través del acondicionamiento indirecto o a distancia del sillón odontológico, indicando el procedimiento a realizar en un objeto inanimado como un muñeco educativo, o animado como la madre del niño; o a través del acondicionamiento directo que es en el propio niño. ^{5, 6, 10, 13}

Se debe reacondicionar cuando el niño muestra una respuesta negativa al tratamiento. La técnica decir – mostrar – hacer puede ser realizado en niños con un nivel de ansiedad entre bajo y moderado. ^{1, 13, 17}

El operador debe evitar el uso de palabras que puedan provocar miedo o ansiedad, como: aguja, dolor, picadura, sangre, sacar el diente, sutura, etc.; y reemplazarlas por otras menos impactantes. ¹

2.3.3. Técnicas de modificación de la conducta

Son técnicas que consisten en cambiar un comportamiento individual negativo hacia un ideal deseado de forma gradual, con la finalidad de evitar conductas negativas. ¹³

2.3.3.1. Refuerzo positivo

El ser humano se orienta hacia el principio de la aprobación, es por ello que gran parte de las conductas pueden mantenerse y repetirse. Esta técnica es un proceso de conformación de la conducta por medio de la retroalimentación en el momento adecuado, mediante el uso de estímulos agradables o reforzadores positivos como recompensas para estimular en el niño el buen comportamiento. Está indicada en cualquier paciente, y no presenta contraindicaciones. ^{10, 11, 12, 19}

Estos reforzadores o recompensas pueden ser: materiales y tangibles, como pequeños regalos; o reforzadores sociales, pudiendo ser verbales como un elogio o felicitación, el cual puede ser un elogio marcado como por ejemplo: “ha sido un trabajo duro mantener abierta la boca todo este rato, ¿verdad?”, o

un elogio no marcado como por ejemplo: “qué buen niño eres”, “te comportaste súper bien hoy”, “eres muy valiente”; o no verbales como sonrisas y abrazos. La recompensa se debe ofrecer después de evaluar el comportamiento del niño en la consulta odontológica, y este haya sido adecuado. No puede ser utilizada como chantaje para que permita realizar el tratamiento. Se asocia la recompensa con el comportamiento que se intenta cambiar. ^{1, 5, 13, 21}



FIGURA N° 14. Recompensa tangible.

FUENTE: Tomada de Abanto J, 2010. ¹

El poder reforzador de una recompensa puede fracasar si el niño recibe la misma recompensa demasiadas veces. La aprobación del odontólogo es una de las recompensas más buscada por el niño. Se debe felicitar al comportamiento más que al individuo. ^{1, 5, 8}

2.3.3.2. Modelado / Modelamiento

Consiste en la observación de otro niño con un buen comportamiento durante el tratamiento. Esta técnica se la realiza para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que ingrese a la consulta, y se logra reducir el miedo, comportamientos negativos y de ansiedad acerca de lo desconocido estimulando el aprendizaje de la respuesta apropiada en una consulta dental y de patrones de conducta. ^{10, 13, 19, 22}

Esta técnica es más efectiva cuando el modelo observado posee características similares a las del niño, pudiendo ser el mismo género y edad. El modelado se lo puede realizar de manera real con un niño, o virtual mediante videos. Los modelos reales presentan resultados más efectivos. ^{1, 11, 12, 15}

El niño observa el comportamiento del modelo durante toda la cita odontológica: en la entrada, en el tratamiento, en la salida de la consulta y también cuando es recompensado por su buen comportamiento. Está indicada en pacientes que tengan el suficiente desarrollo emocional y comunicación verbal para entender el objetivo de la técnica. No está contraindicado en ningún paciente, aunque es de poca utilidad en pacientes de corta edad porque aún no tienen el desarrollo emocional adecuado para entender la técnica. ^{1, 10, 12, 13}

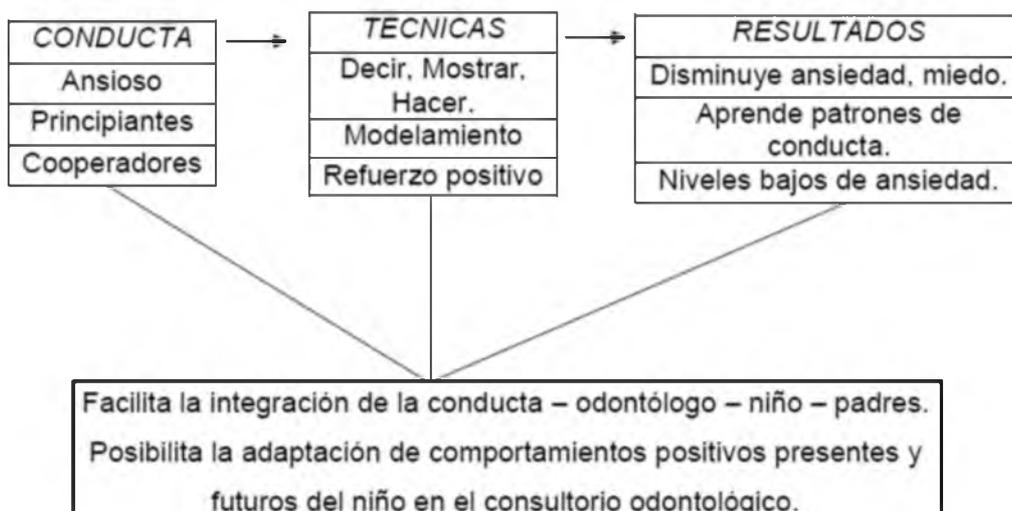


FIGURA N° 15. Esquematización de técnicas para tratar conductas diferenciales del paciente.

FUENTE: Modificada de Medina, J. 1998 ⁵

2.3.3.3. Técnica comunicación no verbal

Esta técnica consiste en establecer comunicación y guiar la conducta del paciente mediante el contacto, la postura y las expresiones faciales;

obteniendo una relación de confianza. La utilización de esta técnica es propia de los odontólogos que tienen la habilidad de atender y tratar a niños. ¹³

Es efectiva en la reducción de la ansiedad, y sus objetivos son controlar la forma como percibe el paciente sus emociones, y favorecer la eficiencia de otras técnicas comunicativas. Es importante y necesario para el odontólogo aparecer relajado, amigable y contento. Está indicada en cualquier paciente, siendo especialmente útil en pacientes de temprana edad; y no tiene contraindicaciones. ^{1, 2, 6, 19}



FIGURA N° 16. Operador estableciendo comunicación con el paciente pediátrico.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Posición del clínico frente al niño:

Esta posición implica la localización espacial del clínico junto a su postura y movimientos, potenciando la actitud y energía que transmite. Cuando el odontólogo observa un deterioro en la conducta del paciente pediátrico, debe situarse frente al niño en una posición desde adelante y hacia abajo que permitirá el establecimiento de un contacto visual firme y de expresiones faciales que puedan reforzar lo solicitado. Esta postura tiene un efecto positivo en la autoconfianza del odontólogo, al lograr resolver con éxito las diferentes situaciones que podrían presentarse. ¹³

A esta técnica pertenecen varias formas de expresión diferentes a las palabras, como son los gestos amigables, el tono y la decadencia de la voz,

contacto físico suave, como por ejemplo caricias tranquilizantes, estrechar la mano, palmadas en el hombro, tocar su pelo, uso de señales por parte del niño para interrumpir el tratamiento, entre otras; respetando su individualidad. El uso de señales para interrumpir o manifestar que algo le está incomodando al paciente es comúnmente usado por niños con más de 3 años de edad; y se lo realiza usualmente levantando el brazo más alejado del odontólogo, esto le ofrece al niño un mayor control de la situación, disminuyendo la ansiedad. ^{2, 8, 11, 20}



FIGURA N° 17. Contacto físico suave.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.



FIGURA N° 18. Caricias tranquilizantes.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Otros medios para controlar la ansiedad en los pacientes pediátricos son las técnicas farmacológicas, que son las siguientes: ¹⁹

- Analgesia o sedación consciente: Es un método que produce un grado de depresión mínima de la conciencia, manteniendo la capacidad de conservar la respiración espontánea y continua. Se la realiza por inhalación con óxido nitroso y oxígeno (N₂O/O₂).
- Anestesia general: Debe ser dada por el médico anestesista en un ambiente de hospital, debido a que son alteradas las funciones del paciente, teniendo que mantener un seguimiento constante en el pre, trans y postoperatorio. ¹⁹

2.4. Miedo y ansiedad

La odontología puede asociarse en ocasiones a situaciones dolorosas. Junto a la experiencia dolorosa se genera una respuesta secundaria adquirida de temor o ansiedad. ^{3, 11, 25, 26}

El miedo y la ansiedad son considerados frecuentemente como la principal causa de problemas de manejo del comportamiento en los niños, provocando interrupciones y prolongación del tratamiento, influyendo en el resultado del mismo. Tienen etiología multifactorial que incluye: edad, género, ansiedad de la madre o padre y actitud del odontólogo. El tratamiento dental para muchos niños es considerado desagradable. ^{9, 26 - 28}

El miedo o temor se define como un estado de angustia y malestar generalizado, que se asocia con una situación de inseguridad o desconocimiento. Es una reacción emocional o actitud frente a una amenaza real que surge de un objeto externo considerado como perjudicial. Con la edad se modifican las situaciones y objetos que desencadenan las reacciones de miedo. ^{15, 22, 24, 27}



FIGURA N° 19. Paciente pediátrico demostrando malestar en su rostro.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Se puede distinguir entre miedo o temor objetivo y subjetivo. El temor objetivo es el que ha sido producido por estimulación directa de los órganos sensoriales que estuvieron en contacto físico con la experiencia, es decir que es un miedo aprendido, resultado de una verdadera experiencia. El temor subjetivo es el que se basa en sentimientos y actitudes no personales, sin necesidad que el niño haya padecido el incidente; es decir es un miedo adquirido, resultado de una asociación de la imaginación, de ideas, de la inseguridad en relación con una situación poco habitual. Los niños pequeños son los más propensos a la sugestión. ^{15, 19, 20, 21}

Es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad, debido a que el temor se expresa con cierto porcentaje de ansiedad. La ansiedad es una reacción que se manifiesta ante situaciones menos específicas que el miedo. Es un estado emocional que se origina de fuentes internas como fantasías y expectativas no reales o sugeridas al niño por parte de quienes le rodean. ^{7, 9, 12, 17}

Podemos encontrar varios niveles de ansiedad. La ansiedad normal o útil es el nivel de ansiedad que pertenece al conjunto de respuestas normales o

adaptativas ante una situación nueva y extraña. Cuando las respuestas de las personas pasan de ser adaptativas a ser una respuesta exagerada y problemática por su sobredimensión, se habla de ansiedad patológica o neurótica. Este tipo de ansiedad no tiene relación con el peligro que supuestamente la provoca e incluso continúa después de que haya desaparecido el peligro. ^{11, 13, 15, 28}

La ansiedad ante la odontología frecuentemente parece ser mayor en las niñas que en los niños, y mayor en los pacientes jóvenes que en los de más edad. ^{7, 25, 26, 29}

Esta diferencia con respecto al sexo puede aumentar con la edad como consecuencia de las presiones sociales que indican que los niños deben ser fuertes, bravos y menos emocionales que las niñas; mientras que en las niñas es aceptable ser más débiles y manifestar miedo. Y al referirse solo a la edad, se debe a que hay un mayor desarrollo cognoscitivo, como el aprendizaje, lenguaje, creatividad y razonamiento; lo que refleja conductas más apropiadas, menos miedos y mayor colaboración. ^{3, 23, 28, 8}

2.4.1. Escala de imagen facial (FIS) para medir la ansiedad a la atención odontológica

La Escala de Imagen Facial es un instrumento que presenta una buena fiabilidad y facilidad de aplicación, creado por Buchanan y Niven. Es utilizado para medir la ansiedad a la atención odontológica en los niños de 3 a 18 años, y se administra antes de que comience el tratamiento. También puede administrarse mientras está en el sillón dental y después del tratamiento. La ansiedad antes de un tratamiento odontológico es mayor que después de este. ^{9, 14, 29, 30}

Está compuesta de una hilera de cinco caras que van desde mucha felicidad a mucha infelicidad. La cara 5 representa miedo extremo, mientras que la cara 3 está asociada con indiferencia. Se le pide al niño que indique cuál es la cara

que más representa cómo se siente en ese momento. El niño no tiene permitido observar a sus padres mientras hace la selección.^{7, 26, 29, 30}

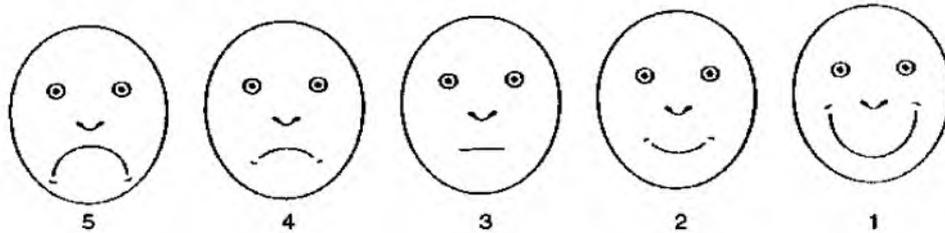


FIGURA N° 19. Escala de Imagen Facial (FIS)

FUENTE: Tomada de Buchanan H, 2002.¹⁴

Niveles de ansiedad:

1= Ansiedad leve

2= Ansiedad leve a moderada

3= Ansiedad moderada

4= Ansiedad moderada a severa

5= Ansiedad severa¹⁵

El tiempo en el que se lo aplica es menos de 1 minuto. Permite conocer el estado del niño mientras se encuentra en la sala de espera, lo que permitirá al clínico diseñar el plan de tratamiento apropiado para el paciente infantil.¹⁴

2.5. Procedimientos que incrementan el miedo y la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico

La ansiedad y miedo infantil están relacionadas íntimamente con todos y cada uno de los procedimientos que se realizan en el tratamiento odontológico. Los tratamientos a los que mayor incremento de miedo y ansiedad muestran los pacientes pediátricos son la inyección dental y la extracción.^{17, 27}

2.5.1. Inyección dental

La inyección dental es el procedimiento más temido. Un miedo común es el “sentir la aguja” y “ver la aguja”. Actualmente este procedimiento es casi indoloro, sintiendo el paciente un pellizco. El miedo que el niño experimenta es causado por la incomprensión a la sensación de sentir la aguja y después la sensación de pérdida de sensibilidad, ^{8, 12, 13}



FIGURA N° 21. Inyección dental.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

El inconveniente surge cuando el niño ha recibido comentarios negativos de parte de compañeros, hermanos e incluso padres. Ante las preguntas del paciente no se le debe mentir, pero tampoco dar detalles. Si se cuenta con la colaboración del niño, el procedimiento se lo llevaría a cabo con algunas lágrimas, o en caso de no haber colaboración se precisará la inmovilización de los brazos del niño con la ayuda del auxiliar. ¹³

2.5.2. Extracción

La extracción supone una experiencia no agradable para el niño. Es preferible explicar el procedimiento en un cita, y en la siguiente sesión realizarla. En la mayoría de los casos en que la anestesia ha sido adecuada, la presión y la fuerza para extraer el diente puede confundir al paciente. Previamente se le debe explicar que notará la sensación de presión en esa zona pero no sentirá dolor. ^{12, 13}



FIGURA N° 22. Extracción dental.

FUENTE: Sangurima A. Clínica Odontológica UCSG, 2015.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Materiales:

3.1.1. Lugar de la investigación:

El estudio se llevó a efecto en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

3.1.2. Período de la investigación:

La investigación se realizó en el Semestre B del año 2015 que corresponde de Octubre del 2015 a Febrero del 2016.

3.1.3. Recursos empleados:

3.1.3.1. Recursos humanos:

- Investigador: Arianna Sangurima Cedillo.
- Tutor del Trabajo de Graduación: Dr. José Pino Larrea.
- Tutor metodológico: Dra. María Angélica Terreros de Huc, M.S.C.
- Asesor en estadística: Ing. Ángel Catagua.
- Pacientes y sus representantes.

3.1.3.2. Recursos físicos:

- Mascarilla
- Gorro
- Mandil
- Gafas protectoras
- Cámara fotográfica
- Carpetas
- Hoja de registro
- Hoja de observación
- Consentimiento informado
- Bolígrafos

3.1.4. Universo:

El universo de este estudio se conformó por 305 pacientes pediátricos de 4 a 10 años atendidos en Odontopediatría II y Clínica Integral, de la Clínica Odontológica UCSG Semestre B – 2015.

3.1.5. Muestra:

Formaron parte del estudio todos los pacientes pediátricos que cumplieron los criterios de inclusión, dando una muestra de 103 niños (n=103).

3.1.5.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes de 4 a 10 años de edad.
- Pacientes pediátricos que fueron atendidos en Odontopediatría II y Clínica Integral, en la Clínica Odontológica UCSG en el Semestre B-2015.
- Pacientes cuyo consentimiento informado fue firmado por los representantes.
- Pacientes en quienes se logró realizar la exodoncia.

3.1.5.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes pediátricos que no se encontraron en el rango de edad de 4 a 10 años.
- Pacientes pediátricos que no tengan el consentimiento informado firmado por su representante.

3.1.5.3. Criterio de eliminación:

- Pacientes que no concluyeron el tratamiento odontológico.

3.2. Métodos:

3.2.1. Tipo de investigación:

Fue un estudio clínico de tipo transversal realizado en 103 pacientes pediátricos atendidos en la Clínica de la UCSG.

3.2.2. Diseño de investigación:

Fue un estudio de tipo analítico y descriptivo donde se observaron las técnicas psicológicas empleadas durante las exodoncias y la conducta del paciente durante dicho tratamiento.

3.2.2.1. Procedimientos:

1. Se efectuó la recopilación de información científica sobre las técnicas psicológicas aplicadas en pacientes pediátricos mediante artículos científicos y libros.
2. Se seleccionaron los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio atendidos en la Clínica Odontológica UCSG Semestre B-2015.
3. Posterior a la selección se informó a los padres de familia sobre el estudio del que formó parte el niño, solicitando su firma del consentimiento informado.
4. Luego de ello se realizó la HOJA DE REGISTRO al representante del paciente pediátrico, por anamnesis, en la que se indicó: edad, que comprendió siete grupos de edades: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; y el acompañante, en donde se indicó la persona que acompañó al niño a la consulta odontológica, pudiendo ser: padre o madre, otro familiar y persona sin lazos directos de consanguinidad.
5. Se continuó con la OBSERVACIÓN de: la ansiedad antes del tratamiento mediante la escala de imagen facial (FIS) que abarcó cinco niveles: 1, ansiedad leve; 2, ansiedad leve a moderada; 3, ansiedad moderada; 4, ansiedad moderada a severa y 5, ansiedad severa; la técnica psicológica utilizada para realizar la exodoncia como, refuerzo positivo, decir – mostrar – hacer, modelado / modelamiento; la respuesta favorable por parte del niño al aplicar la técnica psicológica; el complemento de la técnica de comunicación no verbal hacia la técnica psicológica empleada; la conducta del paciente durante la consulta odontológica, que fue medida mediante la escala conductual de FRANKL, siendo 4 tipos: tipo 1, definitivamente negativa; tipo 2, levemente negativa; tipo 3, levemente

positiva; y tipo 4, definitivamente positiva; y la ansiedad después del tratamiento mediante la facial image scale (FIS).

6. Se procedió a realizar los resultados de los datos obtenidos mediante cuadros estadísticos y obtener conclusiones.

3.2.2.2. Análisis estadístico:

El análisis estadístico se realizó con la ayuda del software Excell, SPSS y minitab. En la primera parte se obtuvo un análisis univariado, distribuciones de frecuencias relativas y porcentajes para establecer la prevalencia de la conducta y los niveles de ansiedad según las respuestas registradas en las hojas de observación. No se pudo realizar el test de chi cuadrado debido a que las tablas de contingencia no presentaban la dimensión 2x2, necesarias para su realización. Para las variables numéricas como los niveles de ansiedad se relacionó la ansiedad antes del tratamiento la cual presentó una media de 2,18 con LS 2,34 y LI 2,03, con la ansiedad después del tratamiento la cual presentó una media de 1,47 con LS 1,58 y LI 1,35; obteniendo intervalo de confianza del 95%.

4. RESULTADOS

4.1. Distribución de pacientes por edad y género:

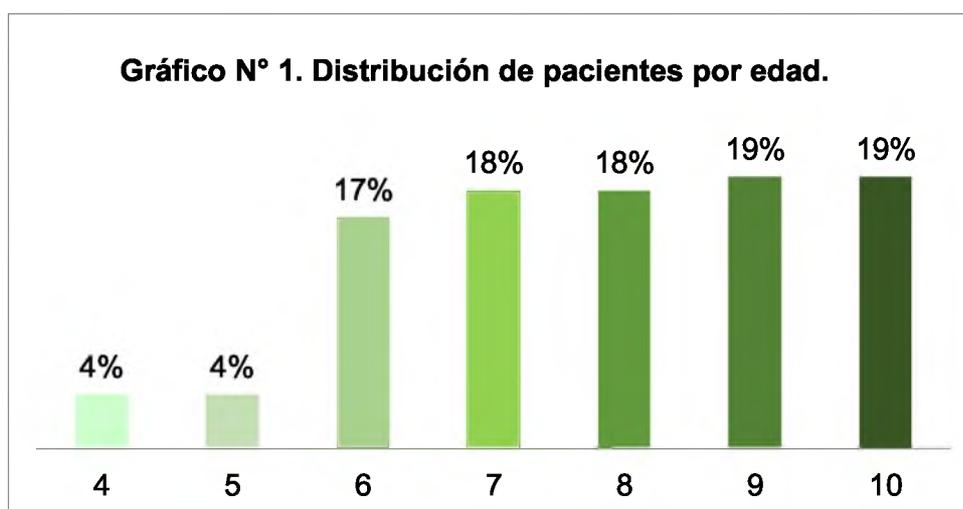
4.1.1. Distribución de pacientes por edad:

Tabla N° 1. Distribución de pacientes por edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
4	4	4%
5	4	4%
6	17	17%
7	19	18%
8	19	18%
9	20	19%
10	20	19%
Total	103	100%

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: La muestra estuvo constituida por 103 pacientes de los cuales el 19% tenían 9 y 10 años, el 18% tenía 7 y 8 años, el 17% tenía 6 años, y el 4% tenía 4 y 5 años de edad.

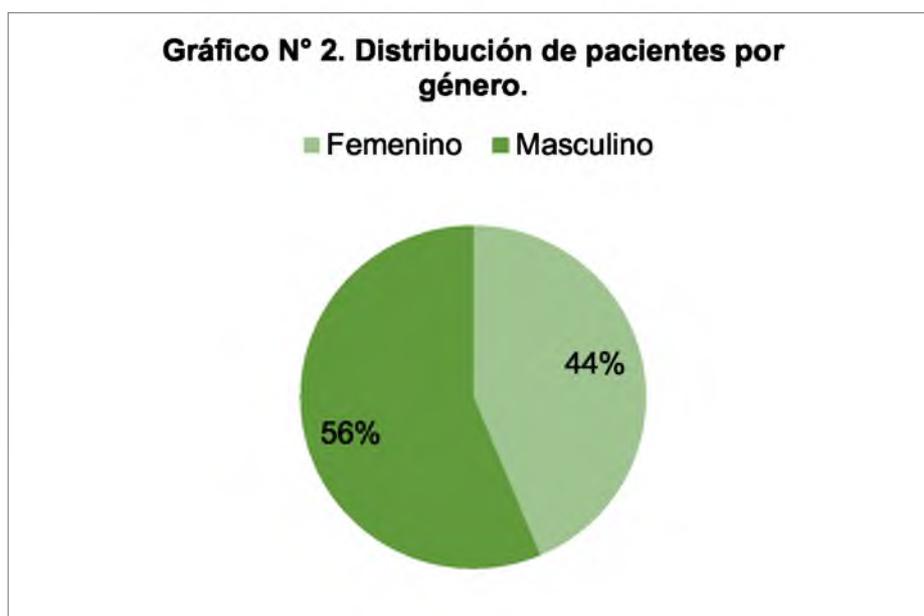


4.1.2. Tabla N° 2. Distribución de pacientes por género.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	45	44%
Masculino	58	56%
Total	103	100%

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: Los pacientes masculinos representaron el 56% del total de la muestra mientras que el género femenino representó el 44% de la muestra.



4.2. Influencia de las técnicas psicológicas usadas por el operador en la actitud del niño en la consulta odontológica:

Tabla N° 3. Técnicas psicológicas empleadas.

Técnica Psicológica	Frecuencia	Porcentaje
Decir - Mostrar - Hacer	47	46%
Modelado / modelamiento	8	8%
Refuerzo positivo	48	47%
Total general	103	100%

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: De las técnicas psicológicas empleadas la técnica de refuerzo positivo es usada con mayor frecuencia y correspondió al 47, la técnica decir – mostrar – hacer correspondió al 46% y la técnica de modelado / modelamiento correspondió al 8%.

A diferencia de Cordero et al⁴ que en su estudio valoró la aceptación de la técnica psicológica por parte de los padres y obtuvo 97,7% de refuerzo positivo, 97,7% de modelado / modelamiento y 94, 6% de decir – mostrar – hacer de aceptación.

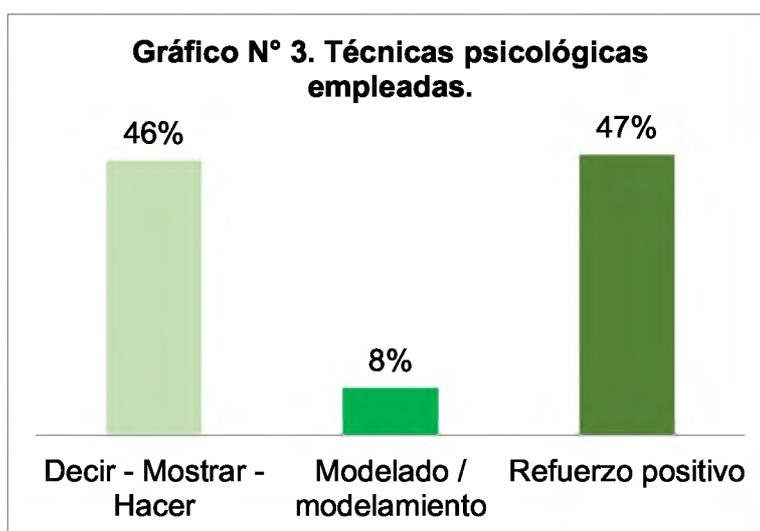


Tabla N° 4. Escala Conductual de Frankl

ESCALA CONDUCTUAL DE FRANKL	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente negativo	1	1%
Levemente negativo	20	19%
Levemente positivo	18	17%
Definitivamente positivo	64	62%
Total general	103	100%

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: Del total de niños atendidos (103), 62% presentaron una conducta definitivamente positiva durante la consulta dental, 19% presentaron una conducta levemente negativa, 17% presentaron una conducta levemente positiva y 1 solo paciente presentó una conducta definitivamente negativa, correspondiendo al 1%.

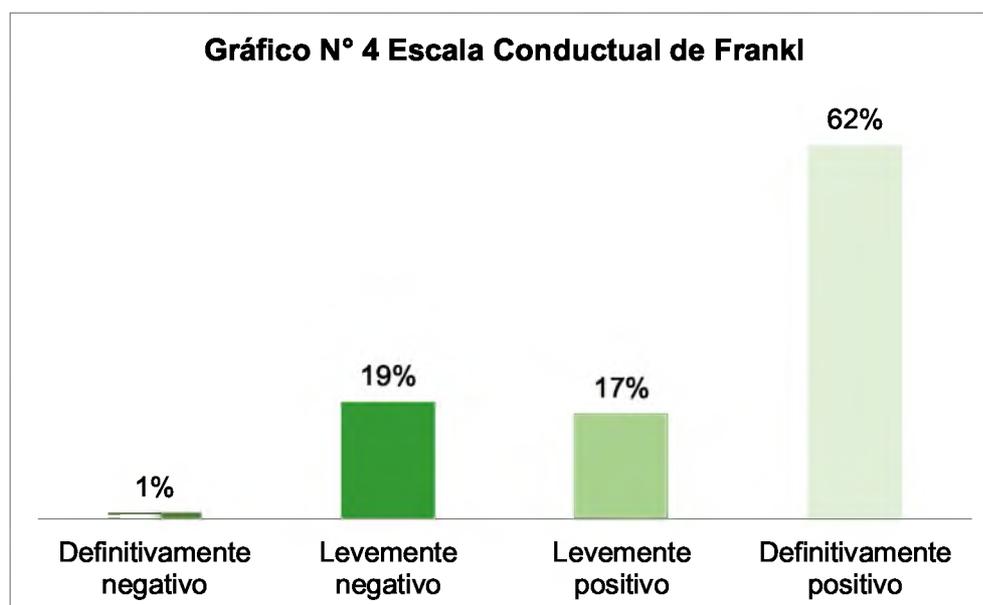
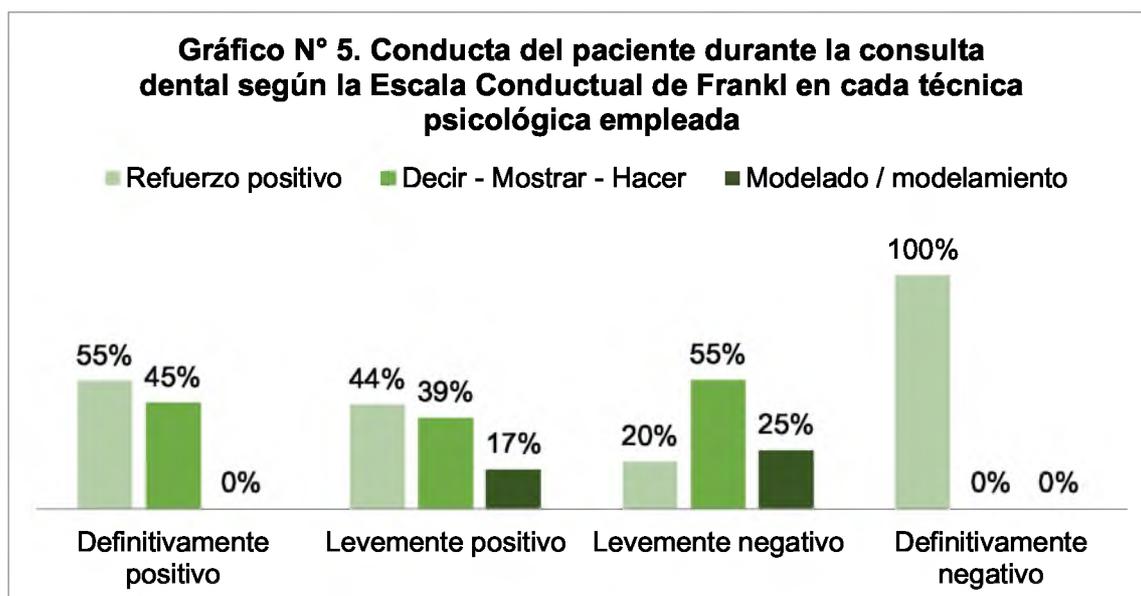


Tabla N° 5. Conducta del paciente durante la consulta dental según la escala conductual de Frankl en cada técnica psicológica empleada.

Técnica Psicológica	ESCALA CONDUCTUAL DE FRANKL				Total
	Definitivamente positivo	Levemente positivo	Levemente negativo	Definitivamente negativo	
Refuerzo positivo	35	8	4	1	48
Decir - Mostrar - Hacer	29	7	11	0	47
Modelado / modelamiento	0	3	5	0	8
Total general	64	18	20	1	103

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: En este estudio se observó que la técnica refuerzo positivo fue la que mejor influyó en la conducta del paciente, mostrando un 55% en conducta definitivamente positiva. La técnica Decir – Mostrar – Hacer mostró un 45% con conducta definitivamente positiva. Y finalmente en la técnica modelado / modelamiento no se obtuvo una conducta definitivamente positiva (0%), presentando en mayor porcentaje una conducta levemente negativa correspondiendo a 25%.



4.3. Importancia de la presencia de los padres en la atención del paciente:

Tabla N° 6. Acompañamiento del niño.

Acompañamiento del niño	Frecuencia	Porcentaje
Otro familiar	10	10%
Padre / madre	90	87%
Persona sin lazos directos de consanguinidad	3	3%
Total general	103	100%

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: Del total de pacientes pediátricos que asistieron a la consulta odontológica (103), el 87% fue acompañado de su padre o madre, el 10% fue acompañado por otro familiar, y un 3% por personas sin lazos directos de consanguinidad.

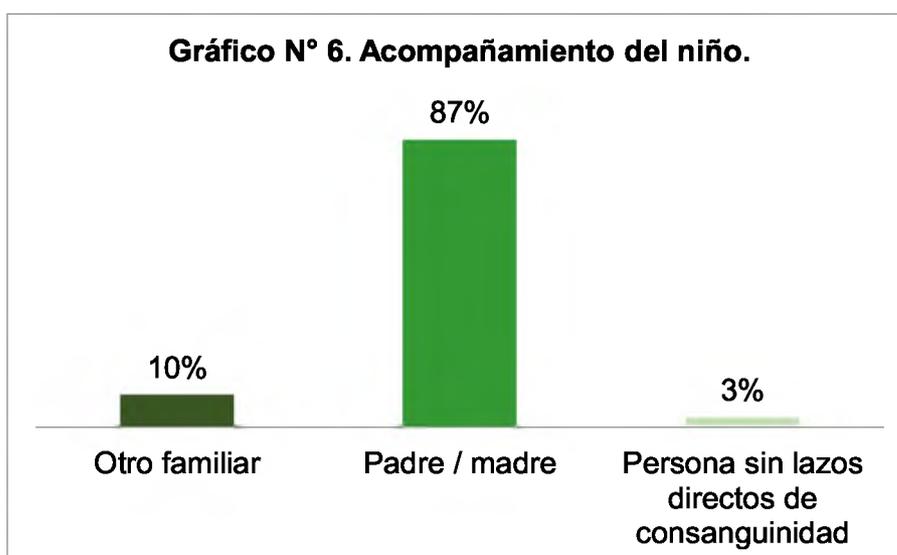


Tabla N° 7. Ansiedad antes del tratamiento.

Nivel de Ansiedad Antes Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad leve	39	38%
Ansiedad leve a moderada	27	26%
Ansiedad moderada	18	17%
Ansiedad moderada a severa	17	17%
Ansiedad severa	2	2%
Total general	103	100%

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: En lo que corresponde a ansiedad antes del tratamiento, un 38% de los pacientes que acudieron a la consulta odontológica presentaron ansiedad leve, un 26% presentó ansiedad leve a moderada, un 17% presentó ansiedad moderada, un 17% presentó ansiedad moderada a severa y un 2% presentó ansiedad severa.

A diferencia de Krishnappa et al ²⁶ que en su estudio evaluó la ansiedad en los pacientes pediátricos antes del tratamiento dental mediante la escala de imagen facial (FIS), obteniendo un promedio de ansiedad de 2,942.

Buchanan et al ¹⁴ mediante la escala de imagen facial (FIS), aplicada en pacientes pediátricos que se encontraban en la sala de espera, obtuvo un promedio de 2,2 de ansiedad antes del tratamiento.

Răducanu et al ²⁹ en su estudio aplicó la escala de imagen facial (FIS) a pacientes pediátricos en la sala de espera y consiguió un promedio de 2,21 de ansiedad, y también aplicó la escala FIS al paciente mientras este se encontraba en el sillón dental y obtuvo un promedio de 2,51 de ansiedad.

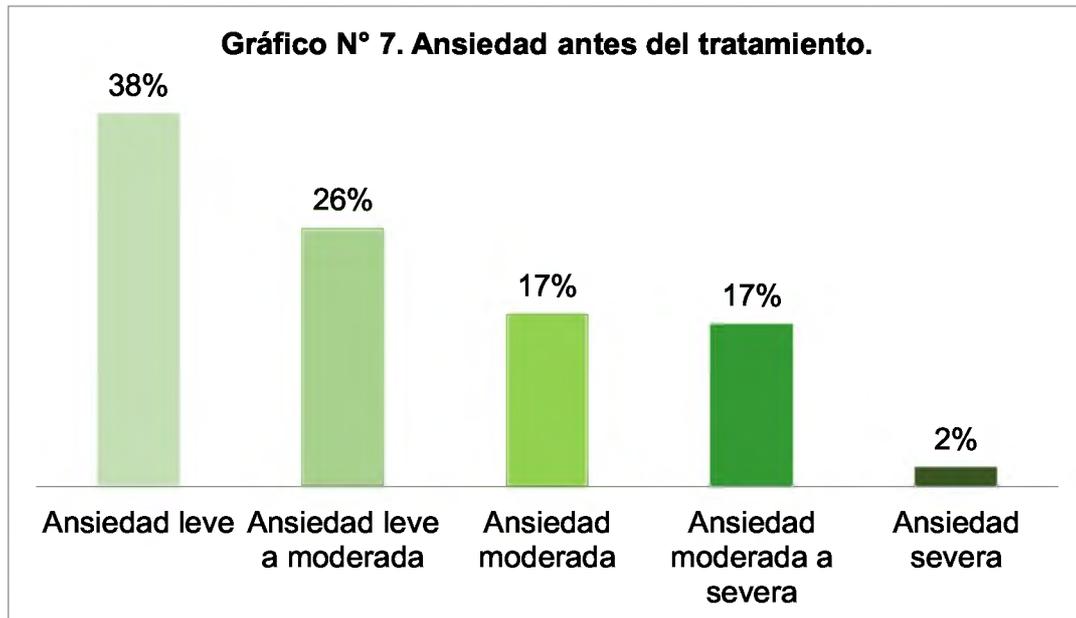


Tabla N° 8. Ansiedad antes del tratamiento según el acompañante.

Ansiedad Antes del Tratamiento						
Acompañante del niño	Ansiedad leve	Ansiedad leve a moderada	Ansiedad moderada	Ansiedad moderada a severa	Ansiedad severa	Total
Padre / madre	30	25	16	17	2	90
Otro familiar	7	1	2	0	0	10
Persona sin lazos directos de consanguinidad	2	1	0	0	0	3
Total general	39	27	18	17	2	103

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: La ansiedad ideal que deben presentar los pacientes es una ansiedad leve, que es la ansiedad normal, la cual se obtuvo en mayor porcentaje en los pacientes que fueron a la consulta odontológica acompañados de su padre o madre, representando un 77%. Los pacientes acompañados por otro familiar correspondieron a 18%, y los acompañados por una persona sin lazos directos de consanguinidad a 5%.

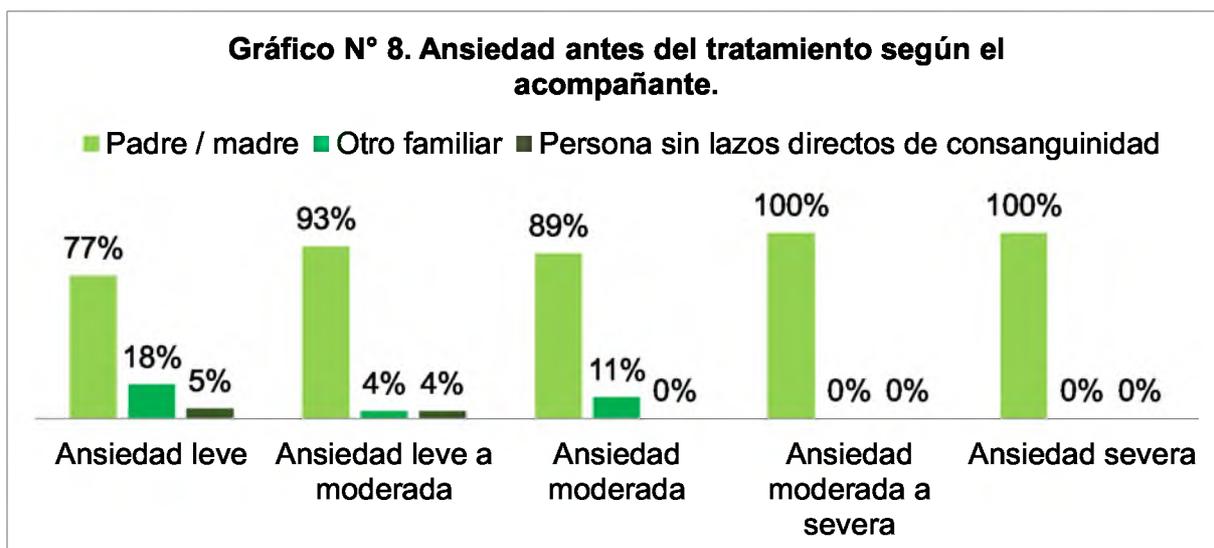
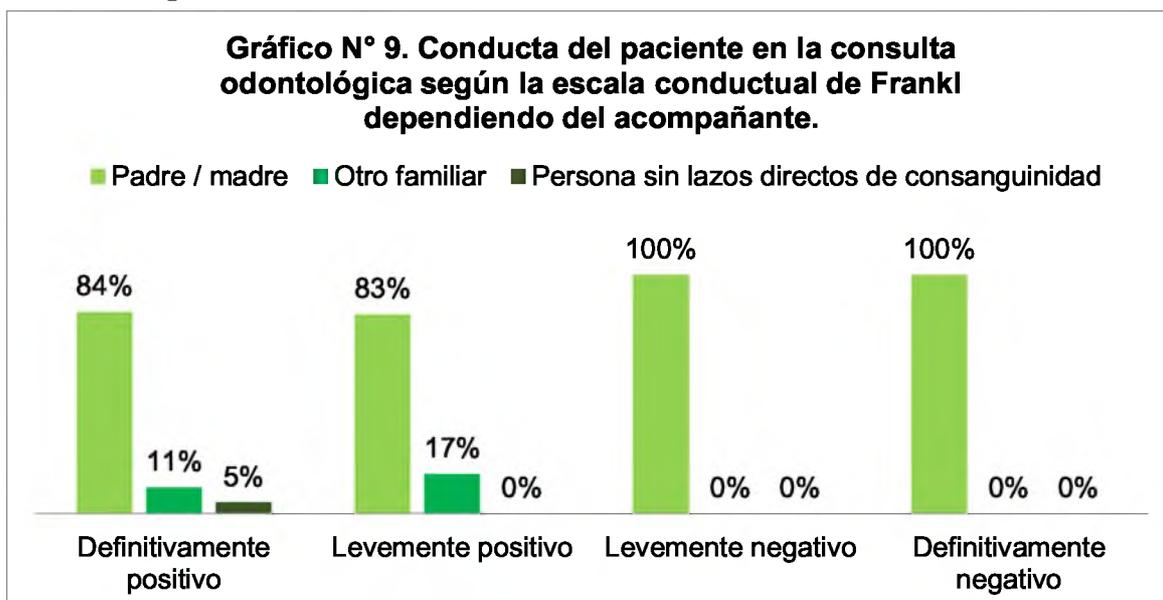


Tabla N° 9. Conducta del paciente en la consulta odontológica según la escala conductual de Frankl dependiendo del acompañante.

ESCALA CONDUCTUAL DE FRANKL					
Acompañamiento	Definitivamente positivo	Levemente positivo	Levemente negativo	Definitivamente negativo	Total
Padre / madre	54	15	20	1	90
Otro familiar	7	3	0	0	10
Persona sin lazos directos de consanguinidad	3	0	0	0	3
Total general	64	18	20	1	103

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: La conducta del paciente se observó variada dependiendo del acompañante con quien iba el niño a la consulta. La mayor frecuencia con conducta definitivamente positiva se presentó cuando el acompañante fue padre o madre, correspondiendo al 84%; con otro familiar como acompañante, al 11%; mientras que con personas sin lazos directos de consanguinidad al 5%.



4.4. Beneficios que aporta el lenguaje pediátrico basado en el proceso de enseñanza – aprendizaje empleado en las técnicas psicológicas.

Tabla N° 10. Respuesta favorable.

Respuesta Favorable	Frecuencia	Porcentaje
Si	82	80%
No	21	20%
Total	103	100%

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: Las técnicas psicológicas empleadas presentaron una respuesta favorable del 80%, mientras que un 20% presentó una respuesta no favorable.

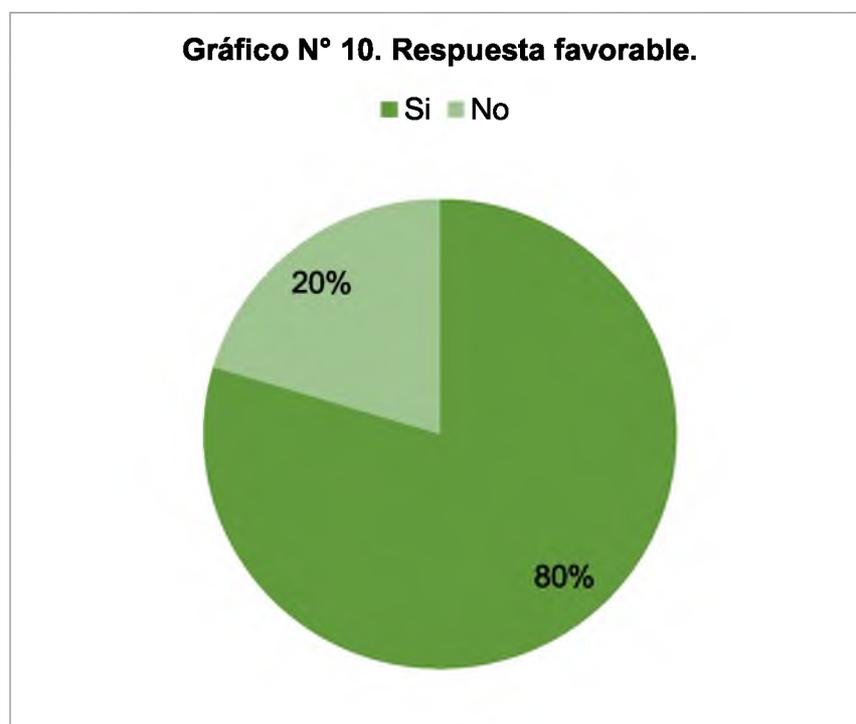


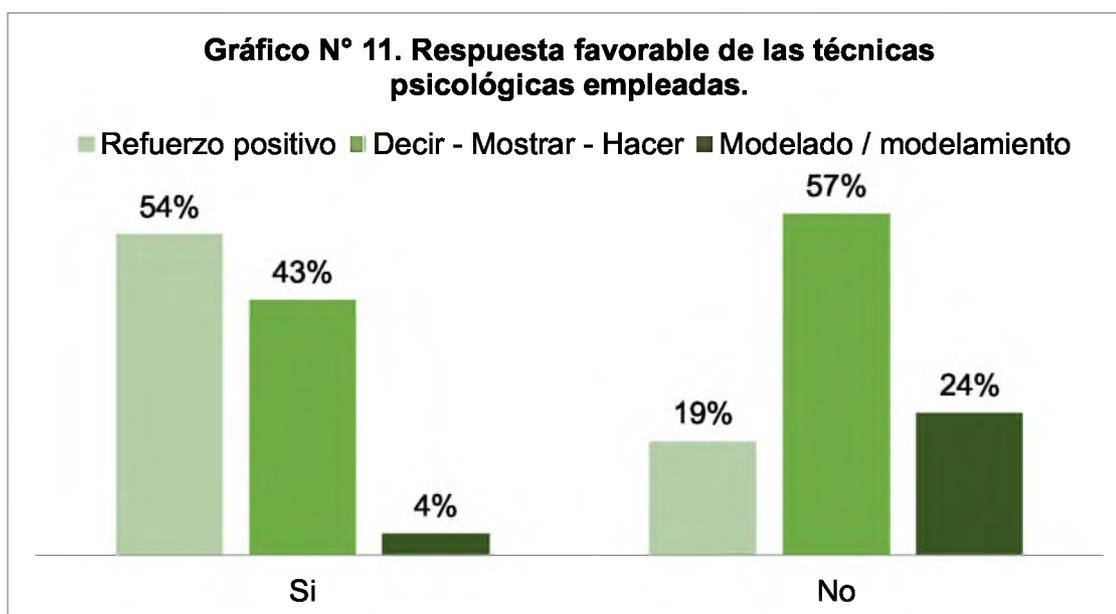
Tabla N° 11. Respuesta favorable de las técnicas psicológicas empleadas.

Técnica Psicológica	Respuesta Favorable		
	Si	No	Total
Refuerzo positivo	44	4	48
Decir - Mostrar - Hacer	35	12	47
Modelado / modelamiento	3	5	8
Total	82	21	103

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: El mayor porcentaje de respuesta favorable correspondió a la técnica de refuerzo positivo con 54%, seguido de la técnica decir – mostrar – hacer con 43%, y la técnica de modelado / modelamiento con 4%. Mientras que la técnica que no tuvo una respuesta favorable en mayor porcentaje fue la técnica decir – mostrar – hacer con 57%.

A diferencia de los autores citados que no analizaron la respuesta favorable o no favorable de las técnicas psicológicas.



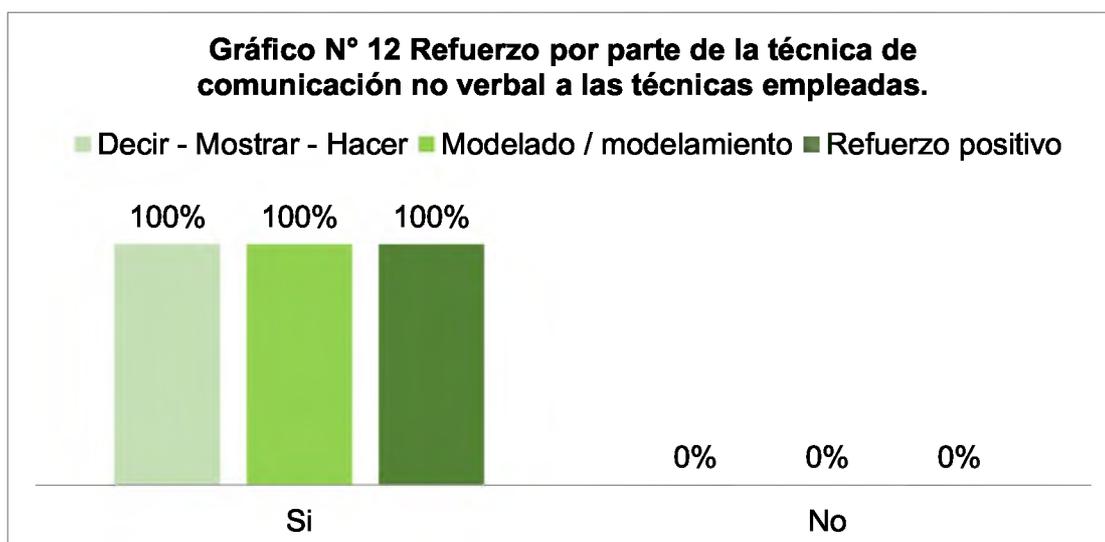
4.5. Complemento por parte de la comunicación no verbal hacia otras técnicas de control comunicativas.

Tabla N° 12 Refuerzo por parte de la técnica de comunicación no verbal a las técnicas empleadas.

Técnica Psicológica	LA TÉCNICA DE COMUNICACIÓN NO VERBAL REFORZÓ LA TÉCNICA EMPLEADA		
	Si	No	Total
Decir - Mostrar - Hacer	47	0	47
Modelado / modelamiento	8	0	8
Refuerzo positivo	48	0	48
Total	103	0	103

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: La técnica de comunicación no verbal reforzó a las tres técnicas psicológicas empleadas en todos los pacientes atendidos, representando 100% en cada una. A diferencia de los autores citados que no realizaron estudios sobre el refuerzo que brinda la técnica de comunicación no verbal.



4.6. Técnicas psicológicas que reducen la ansiedad y miedo a la atención odontológica en pacientes pediátricos.

Tabla N° 13. Ansiedad después del tratamiento.

ANSIEDAD DESPUÉS DEL TRATAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad leve	69	67%
Ansiedad leve a moderada	21	20%
Ansiedad moderada	12	12%
Ansiedad moderada a severa	1	1%
Ansiedad severa	0	0%
Total general	103	100%

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: En lo que corresponde a ansiedad después del tratamiento, un 67% de los pacientes que acudieron a la consulta odontológica presentaron ansiedad leve; un 20% ansiedad leve a moderada; un 12% ansiedad moderada; un 1% ansiedad moderada a severa y un 0% ansiedad severa.

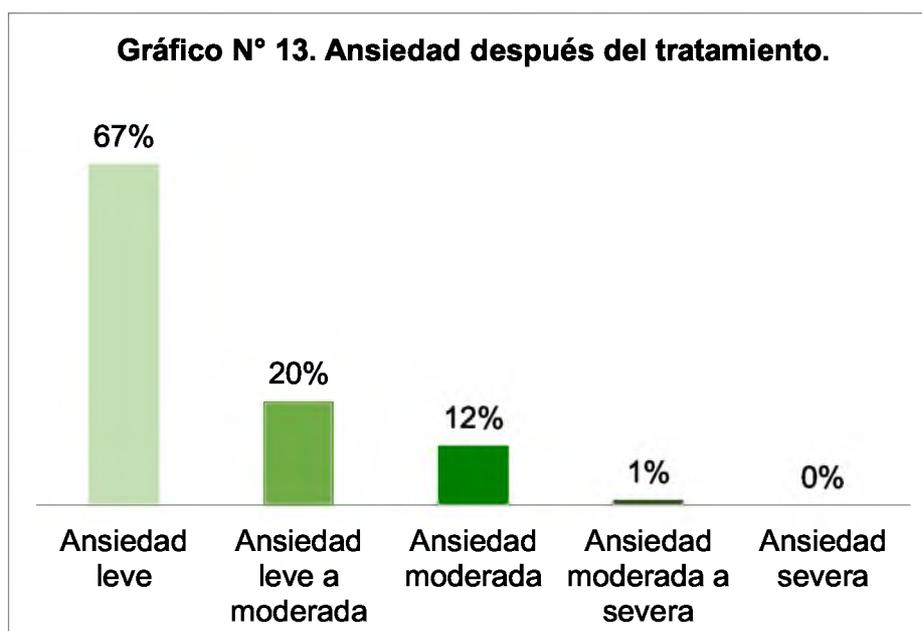


Tabla N° 14. Ansiedad después del tratamiento según la técnica psicológica empleada.

Técnica Psicológica	Ansiedad Después del Tratamiento					Total
	Ansiedad leve	Ansiedad leve a moderada	Ansiedad moderada	Ansiedad moderada a severa	Ansiedad severa	
Refuerzo positivo	37	8	2	1	0	48
Decir - Mostrar - Hacer	30	10	7	0	0	47
Modelado / modelamiento	2	3	3	0	0	8
Total general	69	21	12	1	0	103

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: Con respecto a la ansiedad después del tratamiento la técnica psicológica que presentó ansiedad leve en mayor porcentaje fue la técnica de refuerzo positivo, correspondiendo a 54%; la técnica decir – mostrar – hacer presentó un 43%; y la técnica de modelado / modelamiento presentó 3%.

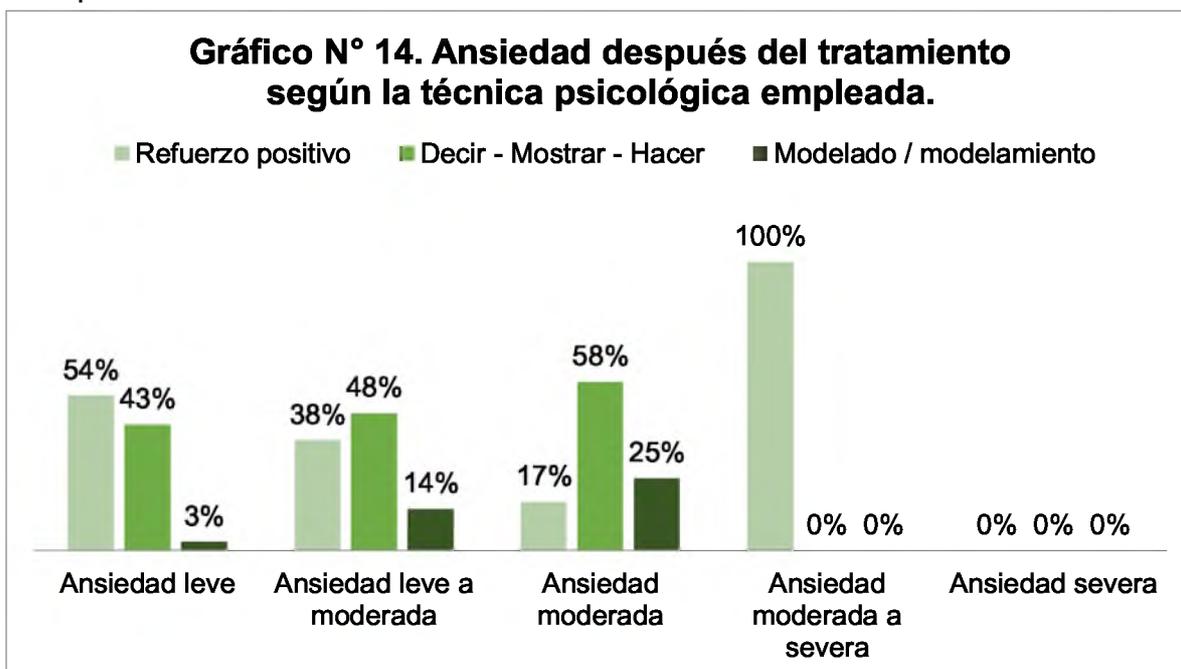


Tabla N° 15. Diferencia entre ansiedad antes y ansiedad después del tratamiento.

95%					
Ansiedad	Cantidad	Media	DesvEst	LS	LI
Antes del tratamiento	225	2,18	1,17	2,34	2,03
Después del tratamiento	151	1,47	0,74	1,58	1,35

FUENTE: Clínica Odontológica UCSG, 2015.

Análisis y discusión: Al analizar la relación entre ansiedad antes del tratamiento y ansiedad después del tratamiento en el total de la muestra, se obtuvo una media de 2,18 en la ansiedad antes del tratamiento, en comparación a la ansiedad después del tratamiento, con una media de 1,47; determinando que la ansiedad es mayor antes del tratamiento que después del tratamiento que se le aplica al niño, presentando un 95% de confiabilidad.

Al igual que Lazo et al ¹⁵ que comparó el nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños haciendo uso de la escala de imagen facial (FIS), y obtuvo como resultados un promedio de 2,92 en la ansiedad antes y 2,70 en la ansiedad después del tratamiento, concluyendo que el nivel de ansiedad antes del tratamiento es mayor que la ansiedad después del procedimiento clínico.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Influencia de las técnicas psicológicas usadas por el operador en la actitud del niño en la consulta odontológica.

Luego de analizar los resultados se concluyó que la técnica psicológica con mayor frecuencia empleada fue la técnica de refuerzo positivo. Los resultados de este estudio demostraron que esta técnica influyó de la mejor manera en la actitud del niño durante la consulta odontológica, mostrando una conducta definitivamente positiva durante el tratamiento.

Importancia de la presencia de los padres en la atención del paciente.

Los resultados demostraron que los niños asistieron mayormente acompañados de su padre o madre a la consulta odontológica, siendo estos pacientes quienes presentaron una ansiedad leve antes del tratamiento, la cual es una ansiedad normal que se presenta como una respuesta adaptativa ante una situación nueva o extraña. Es necesario resaltar que la conducta durante el tratamiento de estos pacientes acompañados por su padre o madre, correspondió a la mayor frecuencia de una conducta definitivamente positiva a diferencia de los pacientes que fueron acompañados por otro familiar o por una persona sin lazos directos de consanguinidad.

Beneficios que aporta el lenguaje pediátrico basado en el proceso de enseñanza – aprendizaje empleado en las técnicas psicológicas.

El lenguaje pediátrico empleado en las técnicas psicológicas es de suma importancia para obtener una respuesta favorable por parte del niño. Los resultados mostraron que la técnica de refuerzo positivo fue la técnica psicológica con la que mayor respuesta favorable se obtiene.

Complemento por parte de la comunicación no verbal hacia otras técnicas de control comunicativas.

La técnica de comunicación no verbal es primordial en la atención de los pacientes pediátricos. Esta técnica complementó en su totalidad a las técnicas empleadas en este estudio, permitiendo la realización del tratamiento.

Técnicas psicológicas que reducen la ansiedad y miedo a la atención odontológica en pacientes pediátricos.

En odontología la ansiedad antes del tratamiento es una manifestación normal, la cual se busca disminuir mediante la aplicación de técnicas psicológicas. Se concluyó que la técnica psicológica que presentó una ansiedad leve en mayor porcentaje después del tratamiento fue la técnica de refuerzo positivo.

La ansiedad después del tratamiento debe ser menor a la ansiedad que el niño presentaba antes del tratamiento, es decir que esta ansiedad debe disminuir, tal como los resultados de este estudio lo demuestran.

5.2. Recomendaciones

De acuerdo a la investigación realizada se recomienda desarrollar estudios sobre la eficiencia de las técnicas psicológicas en una muestra de mayor tamaño. Es importante incorporar en futuras investigaciones el Venham Picture Test y hacer uso del mismo para medir la ansiedad a la atención odontológica en los pacientes pediátricos. Es necesario realizar estudios sobre las demás técnicas psicológicas existentes puesto que el modelo de esta investigación solo consideró la técnica de refuerzo positivo, decir – mostrar – hacer y modelado o modelamiento. Es importante para futuras investigaciones se incorpore sobre la conducta del paciente durante la consulta odontológica mediante la escala conductual de Frankl en cada técnica psicológica y su relación con la edad. Adicionalmente, se debe realizar investigaciones sobre la ansiedad del paciente antes y después del

tratamiento con respecto al género. Finalmente, es pertinente realizar investigaciones acerca de la etiología del miedo y ansiedad en los pacientes pediátricos que presenta mayor frecuencia.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Abanto J, Rezende K, Bönecker M, Corrêa F, Corrêa M. Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Rev Estomatol Herediana. 2010 Junio; 20(2):101-106. [Consultado 10 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1769/1788>
- 2) González RE, Peñalver SMA. Técnicas básicas de manejo de la conducta durante el tratamiento odontopediátrico. Rev. Odont. Granadina. 2009 Agosto; 10(2):20-22. [Consultado 11 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.dentistasgranada.org/contenidos/adjuntos/ODONTOLOGOS_REVISTA_29.pdf
- 3) Sánchez A, Toledano M, Osorio R. Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento. Av. Odontoestomatol. 2004 Octubre; 20(4): 199 – 206. [Consultado 18 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v20n4/original4.pdf>
- 4) Cordero N, Cárdenas J, Álvarez L. Aceptación de las técnicas de manejo farmacológicas y no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos en odontología. Rev. CES Odont. 2012 Diciembre; 25(2): 24-32. [Consultado 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v25n2/v25n2a02.pdf>
- 5) Medina P, Josefa P. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta odontol. Venez. 1998; 36(2): 1-9. [Consultado 13 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp
- 6) Rodríguez C, Pinto F, Alcocer J. Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil. Rev. Odont. Vital. 2009 Septiembre;

- 2(11): 58-68. [Consultado 24 de octubre de 2015]. Disponible en: <https://issuu.com/cquintanad/docs/48382048>
- 7) Fonseca L, Sanchis C. Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en Odontopediatría. Revisión bibliográfica. *Therapeía*. 2013 Julio; 5 (5): 81–95. [Consultado 2 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4579644>
 - 8) Casamassimo P, Fields H, McTigue D, Nowak A. *Pediatric Dentistry infancy through adolescence*. 5a ed. St. Louis: Elsevier; 2013: p. 352 – 368.
 - 9) Ríos M, Herrera A, Rojas G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Av. Odontoestomatol*. 2014 Enero; 30 (1): 39 – 46. [Consultado 7 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n1/original4.pdf>
 - 10) Cárdenas D. *Fundamentos de Odontología: Odontología Pediátrica*. 4a ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2009: p. 27 – 39.
 - 11) Dean J, Avery D, McDonald R. *Odontología para el niño y el adolescente de McDonald y Avery*. 9a ed. New York: Amolca; 2014: p. 27 – 40.
 - 12) Bordoni N, Escobar A, Castillo R. *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. 1a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010: p. 71 – 101.
 - 13) Boj JR, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A, Planells P. *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. 1a ed. Madrid: Editorial Ripano; 2012: p. 97 – 118.
 - 14) Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *BSPD and IAPD, International Journal of Paediatric Dentistry*. 2002; 12 (1): 47 – 52. [Consultado 25 de enero de 2015]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11508802_Validation_of_a_Facial_Image_Scale_to_assess_child_dental_anxiety

- 15) Lazo A, Ramos W, Mercado J. Nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad. *Revista Estomatológica del Altiplano*. 2014; 1 (1): 27 – 34. [Consultado 28 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://huajsapata.unap.edu.pe/journal/index.php/REA/article/view/44/16>
- 16) Barbería E, Maroto M. ¿Es necesario cambiar la atención odontológica del niño? *Gaceta Dental*. 2005 Septiembre; 162 (4): 1 – 10. [Consultado 18 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2009/03/es-necesario-cambiar-la-atencion-odontologica-del-nio-31655/>
- 17) Rodríguez N, Olmo R, Gallardo N. Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. *Gaceta Dental*. 2008 Septiembre; 195: 150 – 163. [Consultado 12 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2011/09/estudio-de-la-ansiedad-infantil-ante-el-tratamiento-odontologico-25464/?instance=1>
- 18) Nahás M, Schmitt R, Kim S. *Salud bucal del bebé al adolescente – Guía de Orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores*. Sao Paulo: Editorial Livraria Santos; 2009: p. 169 – 174.
- 19) Guedes A, Bönecker M, Delgado C. *Fundamentos de Odontología Odontopediatría*, São Paulo: Livraria Santos Editora; 2011: p. 37 – 44.
- 20) Nahás, M. *Odontopediatría en la Primera Infancia*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2009: p. 125 – 143.
- 21) Cameron A, Widmer R. *Manual de Odontología Pediátrica*. 3a ed. Barcelona: Elsevier; 2010: p. 9 -17.
- 22) Biondi A, Cortese, S. *Odontopediatría Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada*. 1a ed. Buenos Aires: Alfaomega Grupo Editor Argentino; 2010: p. 2 – 27.
- 23) Juárez L, Retana R, Delgado A. Factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad en niños de cuatro a seis años de edad que acuden por primera vez con el odontopediatra. *Revista ADM*. 2014 Octubre; 71

- (1): 9 – 15. [Consultado 20 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od141d.pdf>
- 24)** Klingberg G, Broberg A. Temperament and child dental fear. *Pediatric Dentistry*. 1998; 20 (4): 237 – 243. [Consultado 25 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.aapd.org/assets/1/25/Klingberg-20-04.pdf>
- 25)** Raj S, Agarwal M, Aradhya K, Konde S, Nagakishore V. Evaluation of Dental Fear in Children during Dental Visit using Children's Fear Survey Shedule-Dental Subscale. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2013; 6 (1): 12 – 15. [Consultado 20 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=4248&Type=FREE&TYP=TOP&IN=~eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=333&isPDF=YES>
- 26)** Krishnappa S, Srinath S, Vishwanath S K, Bhardwaj P, Singh R. Evaluation of Facial Image Scale and Venham Picture Test Used to Assess Dental Anxiety in Children. 2013 January; 11 (3): 31 – 35. [Consultado 25 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.jiaphd.org/temp/JIndianAssocPublicHealthDent11331-7022419_015702.pdf
- 27)** Marcano A, Figueredo A, Orozco G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. 2012 Diciembre; 2 (2): 65 – 71. [Consultado 30 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2012/2/art-7/#>
- 28)** Lima M, Casanova Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Rev Hum Med*. 2006 Abril; 6 (1): 1 – 21. [Consultado 28 de octubre de 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202006000100007&script=sci_arttext
- 29)** Răducanu A, Feraru V, Herteliu C, Angheliescu R. Assessment of The Prevalence of Dental Fear and its Causes Among Children and Adolescents Attending a Department of Paediatric Dentistry in Bucharest. *OHDMBSC*. 2009 March; 8 (1): 42 – 49. [Consultado 29 de octubre de

2015]. Disponible en: <http://oralhealth.ro/volumes/2009/volume-1/V1-09-8.pdf>

- 30)** Shetty RM, Khandelwal M, Rath S. RMS Pictorial Scale (RMS-PS): An innovative scale for the assessment of child's dental anxiety. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2015 January; 33 (1): 48 – 52. [Consultado 25 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.jisppd.com/temp/JIndianSocPedodPrevDent33148-4334718_120227.pdf

7. ANEXOS

ANEXO N° 1

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este consentimiento informado es informar a los participantes del desarrollo de esta investigación y su rol en ella como colaboradores.

Este trabajo de investigación está a cargo de la estudiante Arianna Sangurima Cedillo de la, Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Carrera de Odontología. El objetivo del estudio es determinar la eficiencia de las técnicas psicológicas aplicadas en la Clínica Odontológica de la UCSG en pacientes pediátricos frente a exodoncias.

Si usted autoriza que su representado participe de este estudio, se le pedirá los datos de filiación para la hoja de registro, y se observará el comportamiento del niño durante la exodoncia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y no tendrá costo alguno, la información que se recaude será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito que para el antes expuesto.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas durante su participación, igualmente puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Yo, _____, con CI: _____ representante legal de _____, acepto que mi representado participe voluntariamente en esta investigación. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto, en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al teléfono 0993327422 de Arianna Sangurima Cedillo.

Representante

Tutor

Investigador

ANEXO N° 2
HOJA DE REGISTRO

Nombre del paciente: _____

Edad: 4 5 6 7 8 9 10

Género: M F

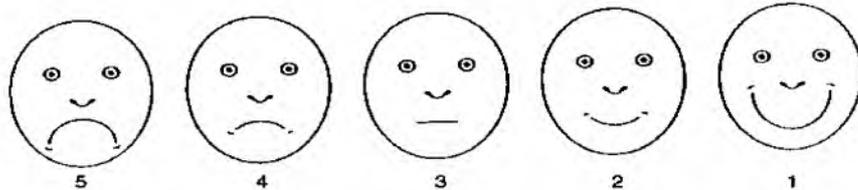
Persona que acompaña al niño a la consulta odontológica:

Padre / madre	<input type="checkbox"/>
Otro familiar	<input type="checkbox"/>
Persona sin lazos directos de consanguinidad	<input type="checkbox"/>

ANEXO N° 3
HOJA DE OBSERVACIÓN

Nombre del paciente: _____

1. Ansiedad antes del tratamiento:



Niveles de ansiedad: 1= Ansiedad leve 2= Ansiedad leve a moderada 3= Ansiedad moderada 4= Ansiedad moderada a severa 5= Ansiedad severa
--

2. ¿Qué técnica psicológica utilizó para realizar la exodoncia?

- Decir – Mostrar - Hacer
- Refuerzo positivo
- Modelado / modelamiento

3. ¿Recibió una respuesta favorable por parte del niño al aplicar la técnica psicológica?

Sí No

4. ¿La técnica de comunicación no verbal reforzó a la técnica empleada?

Sí No

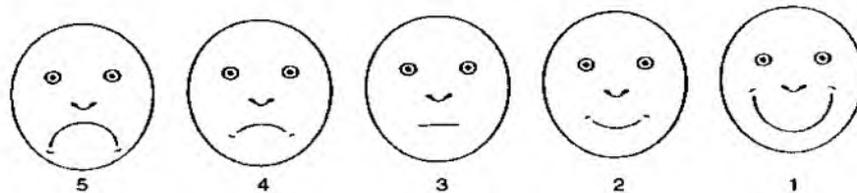
5. Conducta del paciente durante la consulta odontológica, mediante la Escala conductual de Frankl:

TIPO 1: Definitivamente negativo.	<input type="checkbox"/>
TIPO 2: Levemente negativo.	<input type="checkbox"/>
TIPO 3: Levemente positivo.	<input type="checkbox"/>
TIPO 4: Definitivamente positivo.	<input type="checkbox"/>

Modelo de Frankl sobre tipos de conducta del paciente pediátrico

ESCALA DE COMPORTAMIENTO DE FRANKL		
Categoría	Descripción	
Definitivamente negativo	Rechaza el tratamiento Llanto intenso Movimientos fuertes de las extremidades No es posible la comunicación verbal Comportamiento agresivo	
Levemente negativo	Rechaza el tratamiento Movimientos leves de las extremidades Comportamiento tímido-bloquea la comunicación Acepta y acata algunas órdenes Llanto monótono	
Levemente positivo	Acepta tratamiento de manera cautelosa Llanto esporádico Es reservado Se puede establecer comunicación verbal Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo	
Definitivamente positivo	Cooperación Buena comunicación Motivación e interés por el tratamiento Relajación y control de las extremidades	

6. Ansiedad después del tratamiento:



Niveles de ansiedad:
 1= Ansiedad leve
 2= Ansiedad leve a moderada
 3= Ansiedad moderada
 4= Ansiedad moderada a severa
 5= Ansiedad severa

ANEXO N° 4

TABLA CONSOLIDADA DE DATOS

HOJA DE REGISTRO					HOJA DE OBSERVACIÓN				
PACIENTE	EDAD	GÉNERO	PREGUNTA 1	ANSIEDAD ANTES DEL TRATAMIENTO	PREGUNTA 2	PREGUNTA 3	PREGUNTA 4	ESCALA CONDUCTUAL DE FRANKL	ANSIEDAD D
1	10	M	Otro familiar	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
2	10	M	Persona sin lazos afectivos de consanguinidad	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
3	10	F	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
4	9	F	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
5	10	M	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
6	9	F	Otro familiar	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
7	9	F	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
8	10	F	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
9	8	M	Padre / madre	3	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Levemente positivo	
10	8	M	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
11	9	M	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
12	7	M	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
13	7	M	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
14	8	M	Padre / madre	2	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
15	10	F	Persona sin lazos afectivos de consanguinidad	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
16	7	M	Padre / madre	2	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
17	5	F	Padre / madre	4	Modelado / modelamiento	No	SI	Levemente negativo	
18	8	M	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
19	4	F	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
20	9	M	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
21	4	F	Padre / madre	3	Refuerzo positivo	SI	SI	Levemente positivo	
22	9	F	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
23	6	M	Padre / madre	2	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
24	7	F	Padre / madre	2	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
25	7	M	Otro familiar	3	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Levemente positivo	
26	9	F	Otro familiar	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Levemente positivo	
27	7	M	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
28	10	M	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
29	9	F	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
30	9	M	Padre / madre	3	Deck - Mostrar - Hacer	No	SI	Levemente positivo	
31	10	F	Otro familiar	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
32	8	M	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
33	8	M	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
34	9	M	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
35	8	F	Padre / madre	3	Refuerzo positivo	SI	SI	Levemente positivo	
36	9	F	Padre / madre	2	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
37	7	F	Padre / madre	5	Refuerzo positivo	No	SI	Definitivamente negativo	
38	7	F	Otro familiar	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
39	6	M	Otro familiar	3	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
40	4	F	Padre / madre	4	Deck - Mostrar - Hacer	No	SI	Levemente negativo	
41	6	M	Padre / madre	2	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
42	8	F	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
43	8	F	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
44	10	F	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
45	9	M	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
46	6	M	Padre / madre	3	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Levemente positivo	
47	7	F	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Levemente positivo	
48	5	F	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
49	8	M	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
50	9	M	Padre / madre	2	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
51	6	M	Padre / madre	3	Refuerzo positivo	SI	SI	Levemente positivo	
52	7	F	Padre / madre	3	Refuerzo positivo	SI	SI	Levemente positivo	
53	10	M	Padre / madre	3	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Levemente positivo	
54	9	M	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
55	6	M	Padre / madre	4	Deck - Mostrar - Hacer	No	SI	Levemente negativo	
56	10	M	Otro familiar	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
57	7	M	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
58	6	F	Padre / madre	3	Deck - Mostrar - Hacer	No	SI	Levemente negativo	
59	7	F	Padre / madre	2	Modelado / modelamiento	SI	SI	Levemente positivo	
60	10	F	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
61	7	F	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
62	6	M	Padre / madre	4	Deck - Mostrar - Hacer	No	SI	Levemente negativo	
63	5	M	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
64	6	M	Padre / madre	3	Refuerzo positivo	SI	SI	Levemente negativo	
65	10	F	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
66	10	M	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
67	8	M	Padre / madre	4	Deck - Mostrar - Hacer	No	SI	Levemente negativo	
68	10	F	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
69	6	M	Padre / madre	2	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
70	7	M	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
71	10	F	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
72	9	F	Padre / madre	2	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
73	10	M	Padre / madre	2	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
74	6	M	Padre / madre	4	Modelado / modelamiento	No	SI	Levemente negativo	
75	9	F	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
76	8	F	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
77	9	M	Padre / madre	4	Modelado / modelamiento	No	SI	Levemente negativo	
78	7	M	Padre / madre	4	Deck - Mostrar - Hacer	No	SI	Levemente negativo	
79	10	M	Otro familiar	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
80	8	M	Padre / madre	3	Modelado / modelamiento	SI	SI	Levemente positivo	
81	9	M	Padre / madre	2	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
82	8	F	Padre / madre	3	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Levemente positivo	
83	8	M	Padre / madre	4	Deck - Mostrar - Hacer	No	SI	Levemente negativo	
84	9	M	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	
85	6	F	Padre / madre	1	Deck - Mostrar - Hacer	No	SI	Levemente negativo	
86	8	M	Padre / madre	4	Deck - Mostrar - Hacer	No	SI	Levemente negativo	
87	6	M	Padre / madre	4	Modelado / modelamiento	No	SI	Levemente negativo	
88	7	F	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
89	6	M	Padre / madre	4	Deck - Mostrar - Hacer	No	SI	Levemente negativo	
90	5	F	Padre / madre	4	Refuerzo positivo	No	SI	Levemente negativo	
91	10	F	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
92	6	F	Padre / madre	4	Refuerzo positivo	No	SI	Levemente negativo	
93	8	M	Padre / madre	3	Refuerzo positivo	SI	SI	Levemente positivo	
94	6	M	Padre / madre	4	Refuerzo positivo	No	SI	Levemente negativo	
95	7	M	Padre / madre	4	Modelado / modelamiento	No	SI	Levemente negativo	
96	4	M	Padre / madre	4	Deck - Mostrar - Hacer	No	SI	Levemente negativo	
97	6	F	Persona sin lazos afectivos de consanguinidad	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
98	7	M	Padre / madre	1	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
99	8	F	Padre / madre	3	Refuerzo positivo	SI	SI	Levemente positivo	
100	7	M	Padre / madre	3	Modelado / modelamiento	SI	SI	Levemente positivo	
101	10	F	Otro familiar	1	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Levemente positivo	
102	8	M	Padre / madre	2	Refuerzo positivo	SI	SI	Definitivamente positivo	
103	9	F	Padre / madre	2	Deck - Mostrar - Hacer	SI	SI	Definitivamente positivo	

Pregunta 1: Persona que acompaña al niño a la consulta odontológica.

Niveles de ansiedad:

Pregunta 2: ¿Qué técnica psicológica utilizó para reducir la ansiedad?

1º Ansiedad leve

Pregunta 3: ¿Recibió una respuesta favorable por parte del niño al aplicar la técnica psicológica?

2º Ansiedad leve a moderada

Pregunta 4: ¿La técnica de comunicación no verbal reforzó la técnica empleada?

3º Ansiedad moderada

4º Ansiedad moderada a severa

5º Ansiedad severa

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Sangurima Cedillo Arianna Mabel, con C.C: # 0704282714 autora del trabajo de titulación: Eficiencia de técnicas psicológicas en pacientes pediátricos frente a exodoncias en Semestre B 2015 UCSG previo a la obtención del título de **ODONTÓLOGA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 25 de febrero de 2016

f. Arianna Sangurima Cedillo
Nombre: Sangurima Cedillo Arianna Mabel
C.C: 0704282714

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Eficiencia de técnicas psicológicas en pacientes pediátricos frente a exodoncias en Semestre B 2015 UCSG.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Sangurima Cedillo, Arianna Mabel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Pino Larrea, José Fernando		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Odontología		
TITULO OBTENIDO:	Odontóloga		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	15 de marzo del 2016	No. DE PÁGINAS:	78
ÁREAS TEMÁTICAS:	Odontología Pediátrica, Psicología aplicada en Odontología		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Técnicas psicológicas, conducta, consulta dental, exodoncia, ansiedad, niños.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Problema: El miedo y ansiedad interfiere en el proceso del tratamiento odontológico, provocando el rechazo al mismo por parte del niño con las consecuentes interrupciones y fracaso del tratamiento. Propósito: Determinar la eficiencia de las técnicas psicológicas frente a exodoncias realizadas en pacientes pediátricos y evaluar su ansiedad antes y después del tratamiento. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal en niños de 4 a 10 años atendidos en la clínica odontológica UCSG (n=103) donde se observó las técnicas psicológicas empleadas y su relación con la conducta del paciente pediátrico durante la consulta dental. Resultados: La técnica de refuerzo positivo obtuvo una conducta definitivamente positiva en un 55%, un 54% de respuesta favorable y 54% de ansiedad leve posterior al tratamiento. La técnica de comunicación no verbal reforzó al 100% las técnicas psicológicas. La ansiedad inicial disminuye después del tratamiento (95% de confiabilidad). Conclusión: La técnica de refuerzo positivo influye positivamente en la conducta del niño, presenta alta frecuencia de respuesta favorable y obtiene en mayor porcentaje una ansiedad leve después del tratamiento. La técnica de comunicación no verbal complementa a las demás técnicas. Recomendaciones: Analizar la relación entre la técnica psicológica y la conducta del paciente por edad así como la ansiedad antes y después del tratamiento según el género en una muestra de mayor tamaño.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2889460 / 0993327422	E-mail: arianna.sangurima@cu.ucsg.edu.ec / arianna-014@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Landivar Ontaneda, Gabriela Nicole		
COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Teléfono: +593997198402		
	E-mail: gabriela.landivar@cu.ucsg.edu.ec / gabriela_landivar@hotmail.com		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/123456789/3903