



FACULTAD DE ODONTLOGÍA

INFLUENCIA DE LA TECNICA ODONTOPEDIATRICA —DECIR, MOSTRAR,
HACERII EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS QUE
ACUDE AL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD
DE LAS AMÉRICAS EN EL PERIODO 2018-2

Autora

Ximena Alexandra Corella Placencia

Año
2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INFLUENCIA DE LA TÉCNICA ODONTOPEDIÁTRICA “DECIR, MOSTRAR,
HACER” EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS QUE
ACUDE AL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD
DE LAS AMÉRICAS EN EL PERIODO 2018-2

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Odontóloga

Profesor Guía

Dra. María Fernanda Larco

Autora

Ximena Alexandra Corella Placencia

Año

2018

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido el trabajo, (Influencia de la técnica odontopediátrica “decir, mostrar, hacer” en el comportamiento del niño de 5 a 10 años que acude al centro de atención odontológica de la universidad de las américas en el periodo 2018-2.), a través de reuniones periódicas con la estudiante Ximena Alexandra Corella Placencia, en el Noveno semestre, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

María Fernanda Larco
Especialista en Odontopediatría
C.C. 1708675911

DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, (Influencia de la técnica odontopediátrica “decir, mostrar, hacer” en el comportamiento del niño de 5 a 10 años que acude al centro de atención odontológica de la universidad de las américas en el periodo 2018-2.), de la estudiante Ximena Alexandra Corella Placencia, en el semestre noveno, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Byron Vinicio Velásquez Ron
Rehabilitador Oral
C.C. 1705956470

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes

Ximena Alexandra Corella Placencia
C.C.: 172108503-1

AGRADECIMIENTOS

Después de Dios ese divino ser que todo lo puede y decide sobre nuestros destinos, agradezco con todo mi corazón a mi familia, a mi tutora de tesis, y profesores quienes han colaborado de varias maneras para ver realizado mi sueño, por lo cual me siento comprometida en dar todo de mi parte. Mi gratitud será eterna principalmente para mi más grande guía que ha sido mi querida madre Sandra Placencia que gracias a sus consejos que me ayudaron a formarme personalmente y profesionalmente.

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación va dedicado a la Dra. María Fernanda Larco por haber alimentado y compartido sus conocimientos con amor, sabiduría y encendida esa antorcha de luz y conocimiento a mis pensamientos, que me guiaron por el mejor de los caminos durante mi vida estudiantil y profesional. También lo dedico con todo mi corazón y amor a mi familia, especialmente a mis abuelitas Mercedes y Germania y mis dos angelitos Emmy y Nico, quienes han puesto su granito de arena para que yo pueda continuar con mis estudios y culminar con éxito.

RESUMEN

La atención del niño en la consulta odontológica es considerada importante, así empieza la aceptación del paciente hacia su tratamiento lo que garantiza el éxito del mismo.

Algunos odontólogos no tienen un manejo psicológico adecuado en sus pacientes donde la atención se torna difícil, limitando el logro de los objetivos. En el presente estudio se realizó el acondicionamiento de los pacientes pediátricos con la técnica decir, mostrar, hacer.

Este estudio consiste en la aplicación de esta técnica de acondicionamiento (DMH) en niños que acuden por primera vez a la consulta odontológica, para poder evidenciar el nivel de aceptación de la técnica y cómo influye en su comportamiento.

Se utilizó la escala de Frankl para poder evaluar el comportamiento de cada paciente, y así ver la efectividad de la técnica, en dos rangos: definitivamente positivo y definitivamente negativo. Se los evaluó a los niños en una sola cita. El resultado que la técnica Decir, mostrar, hacer, es eficiente e influye en el comportamiento y tiene un impacto positivo en los niños, ya que la mayoría de ellos cooperan de mejor manera cuando se les explica de manera dinámica y el odontólogo obtiene la atención completa del niño.

En conclusión, se determinó que el acondicionamiento previo en los niños es imprescindible, porque ellos van a tener una experiencia positiva en la atención odontológica, sin miedo, colaborando y confiando con el profesional tratante.

Palabras claves: decir, mostrar, hacer, comportamiento, modificación de conducta, miedo.

ABSTRACT

The attention of the child in the dental practice is of the utmost importance, so the acceptance of the patient towards his treatment begins, and the success of it.

Some dentists do not have adequate psychological management in their patients so that the attention becomes difficult, limiting the achievement of objectives.

In the present study, the conditioning of pediatric patients was performed with the technique Say, Show, Do.

This study consists of the application of this conditioning technique (SSD) in children who come for the first time to the dental consultation, in order to demonstrate the level of acceptance of the technique and how it influences their behavior.

The Frankl scale was used to evaluate the behavior of each patient, and thus see the effectiveness of the technique, in two ranges: definitely positive and definitely negative. The children were evaluated in a single appointment.

The result that the technique Say, Show, Do, is efficient and influences behavior and has a positive impact on children, since most of them cooperate in a better way when they are explained dynamically and the dentist gets the attention full of the child.

In conclusion, it was determined that preconditioning in children is essential, because they will have a positive experience in dental care, without fear, collaborating and trusting with the treating professional.

ÍNDICE

1. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Justificación	4
2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	5
2.1 La Odontopediatría	5
2.1.1 Historia de la Odontopediatría	5
2.1.2 Importancia la odontopediatría	6
2.2 El niño	6
2.2.1 Características psicológicas de los niños	6
2.2.2 Primera infancia: De 2 a 3 años.....	7
2.2.3 Segunda infancia: Pre-escolar de 3 a 5 años	8
2.2.4 Tercera infancia: Edad escolar de 5 a 8 años.....	9
2.2.5 Prepuberal: Edad de 8 a 12 años	10
2.2.6. Puberal: Edad de 13 a 18 años	10
2.3 Relación entre el odontólogo, niño y padres.....	11
2.4. El niño y la odontopediatría	13
2.5 Desarrollo emocional y físico.....	15
2.6 Conducta en la atención odontopediátrica	15
2.7 ¿Qué es el Miedo?.....	16
2.7.1 Clases de Miedo	16
2.8. ¿Qué es la ansiedad?	16
2.8.1 Clases de ansiedad	17
2.9 ¿Qué es el llanto?	18
2.9.1 Clases de llanto	18
2.9.2 El odontólogo frente al llanto	18
2.10 La emoción	19
2.10.1 Alegría	19

2.10.2 Tristeza	20
2.10.3 Miedo	20
2.10.4 Rabia	21
2.11 Dominio de los padres	21
2.11.1 Tipos de dominio.....	22
2.11.1.1 Sobreprotección	22
2.11.1.2 Sobreafecto	22
2.11.1.3 Sobreindulgencia.....	22
2.11.1.4. Sobreansiedad	23
2.11.1.5. Sobreautoridad	23
2.12 Técnica de acondicionamiento	23
2.12.1 Decir, Mostrar, Hacer.....	24
2.13. Otras técnicas.....	25
2.13.1. Control de voz.....	25
2.13.2. Refuerzo positivo	25
2.13.3. Mano sobre boca	25
2.13.4 Comunicación no verbal	26
2.14. Clasificación y diagnóstico del comportamiento.....	26
2.14.1 Escala de Frankl.	26
2.14.2. Comportamiento definitivamente negativo.....	27
2.14.3. Comportamiento ligeramente negativo.	27
2.14.4. Comportamiento ligeramente positivo.....	28
2.14.5. Comportamiento definitivamente positivo.	28
3. CAPÍTULO III. OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo general.....	29
3.2 Objetivos específicos.....	29
3.3. Hipótesis.....	29
4. CPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODOS	30
4.1. Tipo de estudio:	30
4.2. Universo de la muestra.....	30

4.3. Muestra.....	30
5. CAPÍTULO V. RESULTADOS	34
6. CAPÍTULO VI. DISCUSION	42
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
7.1. Conclusiones.....	47
7.2. Recomendaciones	47
REFERENCIAS	49
ANEXOS	54

1. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

En la consulta odontología acude una diversidad de pacientes donde todos los niños difieren en su comportamiento, presentando diferentes caracteres frente a situaciones nuevas o desconocidas para ellos. (Lopera et. al 2012 p. 61).

El miedo es el principal factor para que los niños no tengan buena aceptación en la consulta dental.

Según Katayoun et. al (2012, p.p 71-72) menciona que la ansiedad y el miedo se eleva significativamente al no conocer el procedimiento que se le va realizar, también indica que el temor de los padres es un influyente fundamental en los niños ya que transmite directamente las emociones del padre a hijo.

El éxito en la atención clínica odontológica no solo se basa en las técnicas mecánicas del operador, también depende de su habilidad para conseguir y garantizar la cooperación del niño, por ello es importante el acondicionamiento previo en la práctica (Hassan et. al 2015 p.p 456).

Varios odontólogos en un estudio aplicaron la técnica de acondicionamiento dental (DMH), tuvieron un mejor manejo del paciente y aceptación del tratamiento a realizar en niños que están en una etapa de aprendizaje y captan toda la información que se les proporciona (Hassan et. al 2015 p.p 457-459 y Greta et. al 2015 p.p 6-8).

La técnica de acondicionamiento de la conducta como (DMH) se ayudará con instrumentos esenciales para juegos didácticos como herramientas en el trabajo educativo y motivacional, considerando que la motivación constituye la base más importante para el desarrollo para mantener y mejorar comportamientos adecuados en la consulta odontológica y reducir una conducta negativa, y así poder observar, medir y seleccionar la técnica

adecuada en el niño que muestre poca o nada de colaboración ante el plan tratamiento odontológico (Teixeira et. al 2008 p.p 110-112 y Lopera et. al 2012 pp 61-63).

El odontólogo y todo su equipo debe comenzar con la descripción e indicación al niño de cada paso de su tratamiento, para ello se debe usar términos fáciles según la edad del paciente para lograr la comprensión del infante.

Se debe evitar palabras que al niño le haga sentir temor y rechace su tratamiento. Como, por ejemplo: “gritarle para que se deje atender”, “eres un mal criado”, “otros niños se comportan mejor”.

En esta técnica se puede ayudar con material interactivo que demuestren lo que se le va a realizar, como dibujos, pantomas, que el niño interactúe con ellos (Castro, A. et. al. 2013 pp. 215-217).



Figura 1. Acondicionamiento

Tomado de: (Córdova 2016)



Figura 2. Acondicionamiento

Tomado de: (Córdova 2016)

Otro de los métodos de tratamiento es la técnica farmacológica que sirve para tratar a los niños haciendo que estos se encuentren inconscientes para poderlos atender según Cordero et. al (2012 p.p 26-29).

Nos indica en su estudio que los padres ya no aceptan el tratamiento farmacológico en sus niños y prefieren el manejo de conducta de una manera motivacional hacia ellos antes del tratamiento ya que responden de una mejor manera y con buena aceptación (Cordero et. al 2012 p.p 26-29).

Uno de los procedimientos farmacológicos es la sedación consiente que consiste en la aplicación de fármacos por vía oral u óxido nitroso que van a deprimir la conciencia en un nivel mínimo, el cual va a conservar la respiración, posee reflejos y va a tener la destreza de reaccionar a estímulos verbales y físicos que el odontopediatría indique (Álvarez, M., Sacsquispe, S., Paredes, N. 2016. p. 257).

Una de las ventajas de esta técnica es que se puede realizar el tratamiento sin ninguna interrupción de manera rápida aplicando métodos odontológicos según el caso, la técnica está indicada en pacientes aprensivos, con problemas de

déficit atencional, discapacidad, que posean algún trauma pasado, entre otros. No se ha detectado desventajas en la técnica solamente se debe tener en cuenta la incapacidad para reducir o incrementar el nivel de sedación y la duración extendida de la acción (Álvarez, M., Sacsquispe, S., Paredes, N. 2016. p. 260).

1.2 Justificación

El presente ayudará a los estudiantes de la Universidad de las Américas que atienden en el área de odontopediatría a concientizar la importancia del acondicionamiento psicológico a los niños, base para la atención odontológica, para que los pacientes colaboren adecuadamente y tengan confianza sin ningún rechazo hacia el estudiante ni al plan de tratamiento a realizar.

2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 La Odontopediatría

Se define como odontopediatría a la rama de la odontología que es la encargada de brindar salud bucal durante la infancia, esta especialidad no está establecida solamente en la teoría, sino que abarca un sin número de cualidades, habilidades y técnicas del ámbito odontológico ya que se trabaja rodeado de niños que presentan diferentes comportamientos (Boj y Col. 2012 p. 2).

La odontopediatría piensa en la salud oral desde los primeros años de vida, fortaleciendo las bases en los niños de una buena salud dental y haciendo que tengan confianza con su doctor y se adapte al ambiente odontológico.

Existen varios métodos de tratamiento según la afección que tenga el niño como, por ejemplo: pulpectomía, pulpotomía, extracciones, restauraciones, etc. (Boj y Col. 2012. p. 2).

2.1.1 Historia de la Odontopediatría

Hipócrates empieza a mencionar sobre la dentición infantil, que la erupción trae consigo malestares para los menores como fiebre, picazón, diarrea, y convulsiones.

En el siglo II Galeno indica que es recomendable rozar vegetales aromáticos en piezas dentales de algunos niños para calmar la dolencia, además reducía las piezas con una lima si estos eran prominentes (Boj y Col. 2012 p. 4).

A términos del siglo XVIII se menciona las primeras asistencias odontopediátricas, Pierre Fauchard describe las 20 piezas temporales en el infante que tenían raíces completamente desarrolladas y en cada una de ellas se disponía un nuevo germen de las piezas permanentes.

En el siglo XX profesionales en el ámbito odontológico en España comienzan a reaccionar y preocuparse de una manera será por la salud bucodental infantil. Charles Godon, crea un modelo de ficha odontológica basada en la higiene dental en escolares siendo su principal objetivo las escuelas (Shukeir, A., Viñuela, C., López, B. 2003 p.p 10-11).

2.1.2 Importancia la odontopediatría

La odontopediatría es importante, se va a tratar enfermedades dentales específicamente en la infancia y adolescencia. Los profesionales son aptos para su atención, teniendo en cuenta que no es el mismo comportamiento que una persona adulta.

Así la odontopediatría ayuda a reducir el trauma o miedo que puede sufrir el paciente en la visita odontológica teniendo en cuenta que los niños son más susceptibles a asustarse. El odontólogo guiara al niño para que el tratamiento sea eficaz (Cameron, A., Widner, R. 2010. p.1).

2.2 El niño

Se comprende como niña o niño a la persona que aún no alcanza el nivel de madurez para tener independencia. El desarrollo físico de un niño se define como aquella criatura humana que aún no llega a la adolescencia (Papalia, D. 2009. p. 325).

2.2.1 Características psicológicas de los niños

Los niños no solamente se desarrollan en estatura, sino también psicológicamente. Ellos avanzan progresivamente en el ámbito social, afectivo, cognitivo, y sexual (Escobar, F. 2004).

Desde los 2 a 5 meses las sonrisas de los niños son una señal para saber si está feliz.

El padre se relaciona de manera progresiva y lenta en el espacio psicológico del niño, allí el progreso en su desarrollo mejorara, mientras el padre comparta actividades con él bebe.

Los niños de 5 a 8 meses de edad, ya son capaces de pensar en objetos y personas que se encuentran cerca de ello, esto hace que el pequeño identifique y asocie los sonidos con las cosas (Oliver, K. et al, 2015. pp. 22-25).

2.2.2 Primera infancia: De 2 a 3 años

El niño comienza a descubrir un ambiente nuevo, exterioriza interés por las cosas y las personas que se encuentran cerca de él.

Inclusive empieza a mostrar los cambios en su cuerpo ya que aún no lo conoce ni lo controla adecuadamente.

En esta etapa la vinculación con la madre es de suma importancia, él niño la considera como una extensión de su cuerpo.

La constancia de estar con la madre hace que el niño logre eliminar sus temores, como también a superar situaciones de dificultad logrando un equilibrio del sentimiento de seguridad.

La alegría del niño se expresa mediante la sonrisa, cuando se encuentra en una situación confortable a un elemento externo. (Papalia, D. 2009. p. 345).



Figura 3. Estimulación
Tomado de: (Arqui, J. 2016)

2.2.3 Segunda infancia: Pre-escolar de 3 a 5 años

En esta etapa el niño comienza a explorar a su alrededor de manera autónoma, presentando curiosidad acerca de las cosas que lo rodean, haciendo preguntas de porque existe o se hace cada cosa, los padres deben argumentar sus respuestas de una manera clara que sea comprensible para el niño que va aprender a conversar.

El niño empieza a relacionarse más con su familia hermanos y personas cercanas, y si tienen la misma edad van a ser sus compañeritos de juegos, haciendo que el ambiente afectivo primario se extienda.

La lectura de cuentos, historias, fabulas hace que los niños incrementen su creatividad y mejore el progreso del pensamiento. Por todo esto hace que los pequeños mezclen la fantasía con la realidad.

En esta etapa comienza la socialización, porque el niño ya entra en el preescolar y empieza a convivir con maestros y otros niños que lo motivan en las primeras normas sociales.

El niño comienza a buscar el límite de la voluntad diciendo: *“No quiero, Mío. Yo”*, esto no quiere decir que este mal genio o se comporte de una manera egoísta, aquí los padres interfieren marcando limites ante los niños (Safiri, S. et al, 2016. pp. 2-4).



Figura 4 Estimulación
Tomado de: (Guía infantil, 2013)

2.2.4 Tercera infancia: Edad escolar de 5 a 8 años

En esta etapa los pensamientos de los niños son más independientes, ya toman un poco de decisiones y son capaces de interactuar con nuevas circunstancias e ideas.

El ingreso a la escuela hace que los niños tengan responsabilidad y normas en el momento de trabajar en equipo, aquí el docente se vuelve la persona que los va a orientar en este ambiente.

Los niños necesitan tiempo de recreación donde puedan jugar y distraerse con sus compañeros o amigos, no se debe en esta etapa sobrecargarlos con requerimientos de las personas adultas.

En el tiempo libre que tienen se debe ofrecer nuevos intereses.

Comienzan a tener afecto hacia los otros niños y a modificar su manera de pensar, ubicándose en el puesto del otro niño, sienten más cariño y empatía hacia los demás (Markeviciute, G, 2015 pp. 25-28).



Figura 5. Estimulación

Tomado de: (Azuetal, R. 2014)

2.2.5 Prepuberal: Edad de 8 a 12 años

En esta edad ya termina la niñez y empieza a desarrollarse hormonalmente, debido a esto el niño comienza a experimentar diferentes cambios en su cuerpo como la aparición de vello facial y corporal, El niño se comporta con un poco de temor y ansiedad, porque en su cuerpo suceden cosas nuevas.

Los infantes cambian su comportamiento se vuelven más intrépidos, eficaces, no piden mucha ayuda al momento de realizar sus tareas u obligaciones, afrontan con gran éxito nuevos retos en la escuela, con amigos o en el hogar. Por otra parte, mientras va avanzando su desarrollo junto al cambio hormonal en ciertas ocasiones se encuentran aturcidos, no tienen mucha concentración se distraen con facilidad, y pueden ser muy solitarios y callados.

Empieza a terminar la niñez, se sienten muy emocionales y sensibles a algunas situaciones, empiezan a sentir amor hacia otras personas provocando los enamoramientos (Unicef, 2008. p. 35-36).



Figura 6. Estimulación

Tomado de: (Instituto de Educación básica)

2.2.6. Puberal: Edad de 13 a 18 años

El niño comienza a ser llamado joven o señorita, estos sienten simpatía o atracción por el sexo opuesto y por cosas que nunca ha experimentado, ya no se sienten solitarios ni con temor de los cambios ocurridos.

Los jóvenes comienzan a comportarse de manera agresiva, imponiendo su autoridad frente a personas adultas, toman una conducta de negación y la mayor parte del tiempo aparenta estar enfadados. En cambio, en las señoritas toman un carácter de mucha emotividad que puede llegar a una transformación en su cambio de humor y puede ser fácil para ellas explotar por cualquier motivo.

En esta edad los jóvenes ya no son tan dependientes de sus padres intentan salir a conocer nuevos lugares, personas, cosas, etc., pero se pueden encontrar con situaciones que deben tomar decisiones claras para su vida como es el uso de alcohol o cigarrillo.

La orientación de los padres es muy importante en esta etapa, los chicos empiezan a tener decisiones propias sin consultar a personas adultas (Unicef, 2008. p. 36-37).



Figura 7. Estimulación

Tomado de: (Instituto de Educación básica)

2.3 Relación entre el odontólogo, niño y padres

La odontología pediátrica tiene como objetivo llevar a cabalidad y con gran satisfacción el tratamiento clínico de los niños como criterio las características clínicas y psicológicas.

La variedad de dificultades que existen con la salud oral de los pacientes van a estar encaminados o relacionados con el ejemplo e influencia que los padres u odontólogos ejercen ante ellos, pues esto nos dará como resultado si los niños serán atendidos de una manera consecutiva y programada o solo acudirán de manera urgente a la consulta (Hassan et. al (2015 pp 457-459 y Greta et. al 2015p.p 6-8).

Es importante tener un buen protocolo de atención para establecer una buena relación y comunicación entre odontólogo, padres y paciente para lograr un buen tratamiento, todo se va a lograr con un adecuado comportamiento e información, y así considerar y pronosticar la conducta de la primera cita en la clínica odontopediátrica (Sharath et al., 2009, pp. 22-25).

Se debe tener claro los acontecimientos que puede repercutir en la conducta del niño como puede ser:

1. La angustia de las madres hacia cualquier tipo de tratamiento puede causar temor en el niño.
2. Experiencias negativas pasadas que haya tenido el paciente donde el dolor dental ha provocado miedo a la consulta odontopediátrica (hen et al., 2008. pp. 478-479).

Otro problema de mayor importancia es que los padres desconozcan de la salud oral de sus niños y de los tratamientos odontológicos que deben tener, y como consecuencia de ello puede existir una higiene bucal deficiente.

Es importante que la relación entre el niño, el odontólogo y los padres sea buena y se establezca confianza entre ellos, teniendo interacción tanto con los niños como con sus padres, comunicando al representante cada paso a realizar ya sea en una sola cita, o se desarrolle en varias sesiones acatando el comportamiento del paciente y las enfermedades bucales que este pueda presentar. (Cordero et. al 2012 pp 26-29)

En este círculo niño, los padres y odontólogo se van a lograr éxito para reforzar la confianza en el paciente en la consulta odontológica y por lo tanto se obtendrá que el niño perdure en su tratamiento a realizar en cada uno de sus procedimientos bucales.

El medio, en el niño es influyente en su comportamiento social ya que va a ser reflejado en la consulta dental en el que se desarrolla, el operador debe tener en cuenta esta causa, también debe utilizar las técnicas psicológicas adecuadas para cada uno de sus pacientes (Peretz et al., 2013. pp.28-30).

Los padres cuando acuden por segunda vez con sus niños a la consulta dental, ya tienen establecido un lazo de confianza y el odontólogo debe analizar si es conveniente realizar procedimientos un poco más difíciles que necesiten más tiempo o continuar con la fase inicial del acondicionamiento y confianza, esto ayuda a que el niño no adquiera problemas o traumas durante su desarrollo y crecimiento, lo que se va a lograr con las aptitudes del odontólogo y con ellos se transmitirá a sus padres y al niño (Katayoun et. al 2012, p.p71-72).

Cuando el paciente odontopediátrica acude a la consulta odontológica de manera constante y regular, se lo podrá motivar, aconsejar y educar, que mantenga una buena higiene oral, así se establecerá con frecuencia las sesiones de control a cada uno de sus tratamientos, como con radiográficas, fotografías según el diagnóstico cariogénico.

Cuando el niño manifiesta ser colaborador con actitud buena y positiva, respondiendo correctamente a sus tratamientos este deberá ser premiado, así el niño tendrá más confianza hacia su médico tratante y se dejará tratar más de una vez y en periodos largos (Pani et al., 2016. pp. 149-151).

2.4. El niño y la odontopediatria

Según Peretz et al., (2013. p.p.28-30) menciona que la primera cita al odontopediatria de un niño debe estar en las edades de los 6 meses de edad aproximadamente, ya que el infante ya poseerá sus primeros dientes en boca.

La atención odontopediátrica es primordial para mantener y mejorar el estado y mantenimiento de la higiene bucal, así permitirá que el niño se acostumbre a varios tratamientos con distintos procedimientos dentales de rutina.

El conocimiento odontológico del desarrollo psicológico en la primera infancia es primordial hacia ciertas características del comportamiento del niño relacionado en la aplicación odontológica (Oliver, K. et al, 2015. pp. 22-25).

Los resultados psicológicos según la conducta de los niños a ciertos estímulos dentales permiten que se establezca patrones según su comportamiento.

En los niños que se catalogan colaboradores o normales, la guía que se utiliza a menudo es la edad del paciente pediátricos partir de la definición de desarrollo psicomotriz y psicosocial, la edad mental y cronológica tienen importancia ya que influyen significativamente en ellos niños para que conozcan y consientan el procedimiento dental (Oliver, K. et al, 2015. pp. 23-26).

Como el paciente relaciona sus experiencias con el odontólogo es concluyente para la determinar nuevas expectativas y comportamientos para el procedimiento bucal.

Durante los meses iniciales de vida del niño este va formando su confianza, apego y seguridad, estos primeros lazos son con la familia la persona principal es la mamá ya que es con la que está en unión su mayoría de tiempo.

En esta etapa se va formando en el niño su sistema auditivo, motor, visual, social y afectivo es por esto el infante en sus primeros meses debe estar en un ambiente de paz, confianza y amor; así cuando ya comience el niño asistir a las citas en el odontopediatra sean más llevaderas y factibles (Markeviciute, G, 2015 pp. 23-24).

2.5 Desarrollo emocional y físico

Durante el primer y segundo año de vida el niño muestra una etapa de desarrollo emocional y físico, con diferentes esquemas de comportamientos, habilidades, nuevas experiencias sociales ya sea con niños de su misma edad o personas adultas, aquí se establece también el enlace con el personal odontológico, el niño va a comenzar a desarrollar sus nuevas experiencias, y sus representantes simbolizan una ayuda en su conocimiento, seguridad y fuerza en el niño (Pani et al., 2016. pp. 149-150).

Cuando el niño ya alcanza los 3 a 5 años entra en una etapa donde va tener en cuenta lo que es el miedo y este va a predominar llegando a alcanzar pánico como son a los monstruos, fantasmas y muchas cosas con las que los padres amenazan a los niños para que los logren obedecer o las utilizan de manera de castigo, y las reacciones más comunes que toman los niños hacia su miedo son rabietas como golpear, llorar o patear, estas son las circunstancias más halladas en los niños (Safiri, S. et al, 2016. pp. 2-4).

En la edad de 5 a 8 años ya crecen y se desarrollan de una manera normal y equilibrada, pero ya comienzan a ocurrir ciertos cambios en su dentadura ya que comienza el recambio dental, es decir ocurre el cambio de la dentición temporal a la definitiva (Markeviciute, G, 2015 pp. 25-28).

Los controles rutinarios suelen ser importantes durante los primeros años de vida para poder evaluar la posición dental, la relación de los maxilares y establecer nuevas técnicas de higiene y motivación (Mahdi, S. et al, 2016. pp. 9).

2.6 Conducta en la atención odontopediátrica

La conducta de los niños varía cuando se enfrentan a un ambiente extraño, diferente para ellos y a personas desconocidas, que en este caso sería el

profesional de odontología. Cuando al niño se le trata de una forma apropiada en la consulta odontológica esta se torna más tolerable y así el tratamiento a realizar se lo podrá terminar satisfactoriamente, pero también existen pacientes que ya han tenido experiencias traumáticas que han hecho que el niño sienta miedo o ansiedad (Crivello.2011.pp.31).

2.7 ¿Qué es el Miedo?

Es un estado emocional ante cualquier situación desconocida, como el peligro que puede ser imaginario o real (Merdad, L. 2017. pp. 15)

2.7.1 Clases de Miedo

- Miedo subjetivo: este se crea mediante fuentes de información como por ejemplo cuando una persona le expone que ha experimentado una mala situación odontológica, la otra persona crea un miedo sin haberlo experimentado.
- Miedo objetivo: este aparece cuando proviene de una mala experiencia pasada produciendo una pequeña ansiedad (Merdad, L. 2017. pp. 17).

Merdad, L en su estudio identificó que el miedo dental y algunos factores relacionados con la experiencia dental anterior se asocian con la salud bucal. En la práctica dental, los niños con miedo dental deben ser identificados, guiados y tratados temprano para evitar el deterioro de su salud oral.

2.8. ¿Qué es la ansiedad?

Es una reacción involuntaria que van a tener las personas como respuesta a varias circunstancias que se presentan en la vida diaria. Se considera que es un trastorno mental, ya que presenta diversos comportamientos, como desajustes a nivel conductual y psicológico (Marshman, Z. et al. 2016. pp 17-18).

2.8.1 Clases de ansiedad

Existen ciertos tipos de ansiedad, la ansiedad patológica esta nos llega afligir en la vida diaria haciendo que las personas sean infelices cuando presentan algún tipo de manía o fobias que pueden estar sujetas a un percance o una afección concreta.

También está la ansiedad sana está relacionada con temores que se tiene en el día con día, estos temores se los manifiesta con la observación de sucesos malos o experiencias trágicas, además se puede nacer con este tipo de miedos ya que se los puede heredar como miedo a la oscuridad, algún tipo de separación, o traumas, etc (Staberg, M. et al. 2013 pp. 85-87 y Katayoun et. al 2012, p.p71-72).

Cuando se enfoca en el ámbito odontológico a este tipo de respuestas que van a influenciar evidentemente en la salud oral de los pacientes ya que es un impedimento en su atención y como consecuencia en su plan de tratamiento.

Se va a desencadenar el tipo de ansiedad según el tipo de tratamiento que se vaya a realizar, se puede decir que lo que más aterra a los niños es el sonido de la turbina o en tratamiento de exodoncia, ya que en estos puede existir dolor (Castro, A. et. al. 2013 pp. 214-216).

Algunas investigaciones determinaron que la ansiedad provocada en los pacientes odontopediátricos tiene una mayor influencia en cuanto a la conducta que ellos desempeñan en el consultorio odontológico puesto que los niveles de ansiedad incrementan en el niño porque se encuentra en circunstancias de tratamientos difíciles o muy largos, también se menciona que los procedimientos realizados a padres no influyen de manera directa en los niños (Marshman, Z. et al. 2016. pp 17-

2.9 ¿Qué es el llanto?

Es uno de los primeros signos de comportamiento hacia algún estado de molestia, de esta manera los niños expresan su temor, angustia, ansiedad de algo desconocido, esto es lo primero que observa el odontopediatría en la consulta. (Hiraoka. D. et al. pp. 2-6).

2.9.1 Clases de llanto

1. Llanto compensador: este consiste en varios sonidos que se usan para ayudar, contrarrestar las fuertes resonancias que produce el equipamiento odontológico (Lurshay. R. 2016 pp. 429).
2. Llanto obstinado: este es muy fuerte que desencadena gritos, amenazas, movimientos corporales como patadas, etc. que acompaña con la agresividad del niño siendo desobediente (Lurshay. R. 2016 pp. 429).
3. Llanto herido en bajo volumen: el niño mantiene su respiración de manera trastornada acompañado de movimientos de extremidades superiores e inferiores rígidas.
4. Llanto atemorizado: su llanto se expresa mediante lágrimas de manera exagerada, una voz triste, se molesta por todo, solicita llamar a la madre o padre que lo acompañe, se cubre la boca y no deja que el odontopediatría lo mire (Kamper. S. et. al. 2016. pp. 1-3).

2.9.2 El odontólogo frente al llanto

Es importante que el odontólogo conozca acerca de las clases de llanto, ya que debe actuar de diferente manera ante cada una de ellas. El tratante debe tener un comportamiento seguro, y su tono de voz hacia el infante debe ser preciso y claro. Si se presenta un niño con llanto herido por un procedimiento doloroso accidental este requiere de apoyo y comprensión para que disminuya el miedo hacia lo desconocido, se recomienda usar la técnica de acondicionamiento

decir, mostrar y hacer, así en odontólogo dominara la situación que se pueda presentar (Teixeira et. al 2008 p.p 110-112 y Lopera et. al 2012 pp 61-63).

Las clases de llanto ayudarán al odontólogo a predecir lo que el paciente siente. En estudios se ha identificado que el comportamiento del odontólogo es influido en el tipo de conducta del infante. El odontopediatra muestra un grado alto de tensión ante el comportamiento de los niños como son gritos, patadas, acompañadas de llanto, etc., por esto en estas circunstancias el profesional involucra su control emocional (Blundenm, S. et al. pp 1-2).



Figura 8. Llanto

Tomado de: (odontonots)

2.10 La emoción

Es un sentimiento muy grande que se presente ante un acontecimiento, recuerdo o una idea, ya que es un estado afectivo (Lima, M., Casanova, Y. 2006).

2.10.1 Alegría

La alegría es el sentimiento que en los niños casi siempre es espontánea, y no siempre depende de una causa o un acontecimiento, solamente sucede, se rebasa y se comporta muy emotivo hacia los demás.

En la consulta dental si el niño se encuentra alegre ante conocer cosas nuevas, se presenta con sonrisas, emocionado y empatía hacia el odontólogo y al consultorio dental. (Lima, M., Casanova, Y. 2006).



Figura 9. Alegría

2.10.2 Tristeza

La tristeza es necesaria en ciertas circunstancias de la vida, pero esta puede ser para adquirir un tipo de paz y poder entender que todo es pasajero. En los niños se puede presentar con decaimiento, falta de apetito ya que se encuentran sin ánimo de realizar alguna actividad.

Cuando el niño se encuentra triste en la consulta dental se refleja con falta de interés, y un leve rechazo al tratamiento, porque el niño no tiene la gana de ser atendido. (Lima, M., Casanova, Y. 2006).



Figura 10. Tristeza

2.10.3 Miedo

El miedo se presenta como una auto-preservación y auto-protección de algo desconocido. En el ámbito odontológico el niño puede sentir miedo representado con sudoración de sus manos, aceleración del ritmo cardiaco, nerviosismo (Aminabadi, 2013).



Figura 11. Miedo

2.10.4 Rabia

Es un sentimiento de enojo que se va a manifestar con gritos, exaltación y puede tornarse violento.

El niño puede presentar rabia en el consultorio mostrándose con rabieta, pataletas, llanto y gritos, incremento del pulso y la respiración (Aminabadi, 2013).



Figura 12. Rabia

2.11 Dominio de los padres

Se ha definido que algunas actitudes de los niños son por el dominio de sus padres. Así el niño se comporta como el padre lo indique (Escobar, 2004).

2.11.1 Tipos de dominio

2.11.1.1 Sobreprotección

La madre con frecuencia brinda sobreprotección a sus niños ya que tiene temor que interactúe con otros infantes ya que piensa que lo van a lastimar, o puede sufrir contagio de varias enfermedades o si el niño no es de agrado de la madre. El niño tiene un comportamiento de dictador, intenta tener el control de la situación, y no interactúa con niños de su edad. En la consulta odontológica intenta manipular y ordenar al odontopediatra para que el procedimiento no se lleve a cabo. Son niños indisciplinados, no colaboradores por la actitud y sobreprotección que le brinda la madre (Escobar, 2004).

2.11.1.2 Sobreafecto

Esto ocurre cuando el niño no tiene hermanos, niños adoptados, o son los más pequeños en toda la familia. Estos infantes tienen un inadecuado desarrollo para formar parte de la sociedad como en su hogar o la escuela. Cuando el niño visita al odontólogo siempre va a estar acompañado de su madre ya que siente que ella le brinda protección, el niño sentirá miedo o temor y no dejara que la madre lo deje solo en la consulta odontopediátrica. Escobar, 2004.

2.11.1.3 Sobreindulgencia

Determinada por padres que consienten a su hijo en todo, es imposible para ellos negarles algo, ya que no pasan tiempo con sus niños y de alguna manera tratan de compensar su ausencia con regalos que para ellos son muestras de afecto. El niño empieza a comportarse en la consulta de manera muy exigente y prepotente intenta tener el control de la situación, puede llegar a tener una rabieta fuerte evitando que lo atienda (Escobar, 2004).

2.11.1.4. Sobreansiedad

Es consecuencia de alguna pérdida cercana o familiar, también se presenta cuando los padres son demasiado jóvenes sin experiencia, o si el niño nació en un embarazo complicado. Los padres expresan sobreafecto y sobreprotección ocasionados por el miedo y la ansiedad. El niño siempre dependerá de sus padres para cualquier acción que necesite realizar, puede manifestarse tímido y cobarde (Escobar, 2004).

2.11.1.5. Sobreautoridad

Los padres se comportan de manera autoritaria, posesiva para educar a sus niños, imparten un método severo, inflexible, cruel, creyendo que así el niño no cometerá errores, pero esto provocará que el infante se comporte con negativismo e inseguro. El odontólogo se convertirá en una persona de autoridad para él (Escobar, 2004).

2.12 Técnica de acondicionamiento

Para lograr éxito en el desempeño del comportamiento del paciente pediátrico se recurre a varias técnicas de acondicionamiento como guía de instrucción orientada a reconocer varias emociones del infante (Peretz, B. et al. 2013 pp. 28-29).

Los sin número tipos de conducta que tienen los niños se va a basar en el método del conductismo según la psicología que dice que el proceder de cada niño puede variar con respecto a la modificación de las circunstancias que envuelven al infante y fundamentándose en sus emociones.

Es primordial decidir la técnica de acondicionamiento que se vaya a utilizar con los pacientes odontopediátricos para que colaboren con el tratamiento y evitar el temor y angustia que los niños vayan a presentar (Lekic, C. 2011. pp. 2-6).

2.12.1 Decir, Mostrar, Hacer

Técnica más usada por los odontólogos para que el niño se acostumbre con todo el equipo de trabajo que se encuentra en el consultorio dental, de este modo los instrumentos, y cada uno de los métodos terapéuticos que se va a realizar.

El odontólogo y todo su equipo debe comenzar con la descripción e indicación al niño de cada paso de su tratamiento, para ello se debe usar términos fáciles según la edad del paciente para lograr la comprensión del infante.

Se debe evitar palabras que al niño le haga sentir temor y rechace su tratamiento. En esta técnica se puede ayudar con material interactivo que demuestren lo que se le va a realizar, como dibujos, pantomas, que el niño interactúe con ellos (Navit, S. et al 2015. pp. 2-5).

Se recomienda hacer este tipo de acondicionamiento en el trascurso de la consulta si se observa que el niño tiene rechazo o miedo hacia lo que se le va a realizar (Castro, A. et. al. 2013 pp. 215-217).

Según Boj y Col. 2012 pp. 112-115, introdujo esta técnica con el término de triple E (explicar, enseñar, ejercer), que se basa en una acumulación de técnicas de conducta, en una recopilación de conceptos de teorías de aprendizaje, su idea es familiarizar al niño con todo el ambiente odontológico.

Esta técnica se lleva a cabo de la siguiente manera: se le debe explicar y expresar al infante de una manera sutil para indicarle lo que se va a realizar con el fin de reducir la angustia y el temor, también se debe mostrar al paciente odontopediátrico como se va a llevar a cabo la técnica, después se va efectuar el tratamiento tal como se le ha manifestado y demostrado.

Es la más recomendada en la primera cita odontológica, se ha demostrado que existe más aceptación en los niños acerca de su tratamiento, y en los padres en perder el miedo en lo que se les va a realizar a sus hijos.

DMC ayudó a que una gran cantidad de niños que acudían a la clínica de Colombia en el área de odontopediatría tuvieron un mejor resultado en sus tratamientos odontológicos como la exodoncia que es la más traumática, decidieron continuar acudiendo a la consulta odontológica (Navit, S. et al 2015. pp. 2-5 y Pani et al., 2016. pp. 149-151).

2.13. Otras técnicas

2.13.1. Control de voz

La técnica de acondicionamiento consiste en el tono de voz con que se le habla al paciente. Si el tono de voz es fuerte en la conversación el odontólogo podrá tomar el mando, modulando el tono, volumen o ritmo, esto influye en el comportamiento del niño. Esta técnica se usa en pacientes que no prestan atención, que no son colaboradores, o niños muy pequeños para comprender el tratamiento (Álvarez, Pinto, Bönecker y Correa, 2014).

2.13.2. Refuerzo positivo

La técnica de acondicionamiento trata en dar un regalo o una recompensa por tener un buen comportamiento ante su tratamiento. Se le otorgara al niño premios de acuerdo a su edad, que sean de bajo costo, también se le debe manifestar elogios para que el paciente se sienta a gusto en la consulta odontológica (Álvarez, Pinto, Bönecker y Correa, 2014).

2.13.3. Mano sobre boca

Esta técnica de acondicionamiento ya no es muy usada por el odontólogo, ya que solamente se usa en pacientes demasiado agresivos, con un comportamiento inadecuado y difícil para el operador. Esta técnica solo se puede usar con la autorización de los padres, deben firmar un consentimiento de aprobación de la técnica para evitar problemas legales. Se coloca la mano

sobre la boca del niño dejando libre las fosas nasales, y así poder controlar su comportamiento negativo, se la puede repetir las veces que sea necesario hasta que mejore el temperamento del niño (Álvarez, Pinto, Bönecker y Correa, 2014).

2.13.4 Comunicación no verbal

En la técnica de acondicionamiento no se va a incluir palabras solo se va a comunicar mediante contacto visual, gestos tranquilizadores, caricias amigables, entre otros. Se le va a indicar al niño mediante señas, muestre al odontólogo si algo le molesta y esto ayude a que no se interrumpa el tratamiento. El profesional indicará al paciente que levante la mano cuando sienta algún desagrado y así se pausara el tratamiento, dándole la impresión de control al niño para que este tenga más confianza en la consulta (Álvarez, Pinto, Bönecker y Correa, 2014).

2.14. Clasificación y diagnóstico del comportamiento

Para tener un conocimiento claro del comportamiento de los niños, se requiere comprender su desarrollo, para tener en claro la reacción de los pacientes ante los procedimientos odontológicos que requieran (Jaramillo, 2003, p.22).

2.14.1 Escala de Frankl.

La escala fue definida por Frankl, es una herramienta que se aplica en varios comparativos acerca del comportamiento. Esta se va a utilizar en la medición fácil y sencilla en un estudio clínico, dividida en cuatro categorías: (Jaramillo, 2003, pp.23-24)

ESCALA DE FRANKL	
Definitivamente negativo (---)	Rechaza el tratamiento, grita fuerte, es temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.
Negativo (--)	Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas.
Positivo (+)	Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.
Definitivamente positivo (++)	Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.

Figura 13. Escala de Frankl.

Tomado de: (Cárdenas, p, 22)

2.14.2. Comportamiento definitivamente negativo.

El niño se resiste automáticamente al tratamiento, mantiene un llanto intenso y los movimientos de ambas extremidades son muy fuertes, no se puede realizar una comunicación, tiene un comportamiento agresivo (Jaramillo, 2003, pp.23-24).

2.14.3. Comportamiento ligeramente negativo.

El paciente no quiere que se le realice el tratamiento, mantiene un movimiento poco apreciable de sus extremidades, no se puede mantener una comunicación con él, su comportamiento es agresivo (Jaramillo, 2003, pp.23-24).

2.14.4. Comportamiento ligeramente positivo.

El niño va aceptar el tratamiento de una manera reservada, es muy cauteloso, puede presentar llanto ocasional, aquí el profesional puede entablar una comunicación verbal con él, este se encuentra entre ligeramente negativo y ligeramente positivo (Jaramillo, 2003, pp.23-24).

2.14.5. Comportamiento definitivamente positivo.

El niño es totalmente cooperador con el odontólogo, tiene excelente comunicaron, tiene interés y motivación hacia el tratamiento a realizar, sus extremidades se encuentran en control y relajadas (Jaramillo, 2003, pp.23-24).

3. CAPÍTULO III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Determinar la influencia de la técnica de acondicionamiento decir, mostrar, hacer en el comportamiento del niño de 5 a 10 años que acude al Centro de Atención Odontológica en el área de Odontopediatría de la Universidad de las Américas en el periodo 2018-2

3.2 Objetivos específicos

- Identificar el tipo de comportamiento de los niños que acuden al Centro de Atención Odontológica UDLA.
- Evaluar la aceptación del tratamiento en los infantes en el área de Odontopediatría UDLA.

3.3. Hipótesis

- La técnica “decir, mostrar, hacer” contribuirá a un mejor comportamiento y un adecuado tratamiento en la primera visita Odontológica.

4. CPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Tipo de estudio:

Investigación es de tipo: Observacional Descriptivo transversal. Estudio observacional, se aprecia el comportamiento de los niños mediante la técnica decir, mostrar, hacer y describe la aceptación de la misma para un mejor tratamiento y continuo. Transversal se realizará la recolección de datos en período de tiempo corto.

4.2. Universo de la muestra

El universo estará constituido por niños que acudirán a la Clínica Odontológica UDLA con su padre o representante.

Según el análisis censal realizado en la Clínica Odontológica Udla, se estableció que la población fue de 100 niños ($n=100$), que acuden a la Clínica por primera vez.

4.3. Muestra

Serán seleccionados 100 niños de 5 a 8 años que acudan al área de Odontopediatría según los criterios de inclusión y exclusión.

(Ecuación 1)

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

Donde

n = tamaño de la muestra

N = población

K^2 = 2.56 constante que no debes ser menos de 95%

e = 0.1 error máximo admisible

p . = 0.50 probabilidad a favor

q = 0.50 probabilidad en contra

Tomado de: (Anderson, Sweeney, & Williams, 2008, pág. 302)

(Ecuación 2)

Aplicando la formula.

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 80}{(0,1^2 * (120 - 1)) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}$$

$$n = 59,7 = 60$$

De tal manera que serán seleccionados n=60 pacientes según los criterios de inclusión y exclusión, que acudan al área de Odontopediatría de la Universidad de las Américas. (Anderson, Sweeney, & Williams, 2008, p. 302).

Criterios de inclusión

- Niños de 5 a 8 años que acudan por primera vez a la Centro de Atención Odontológica Udla
- Pacientes cooperadores
- Padres o representantes que consientan en la participación de los niños en el estudio.

Criterios de exclusión

Se excluirán Niños con las siguientes características:

- Acudan con cualquier tipo de emergencia odontológica
- Algún tipo de discapacidad.
- Que no asistan con el representante.

Descripción del método

Para empezar a realizar la recopilación de la muestra de este estudio se procederá a realizar una solicitud a la Universidad de las Américas para realizar el registro de datos necesarios por medio de una encuesta la cual será de

carácter observacional la misma que determinará el comportamiento de los niños frente a la primera visita odontológica.

Se detallará toda la explicación del acondicionamiento decir, mostrar, hacer, es decir:

Se procede a interrogar al niño con preguntas:

- ¿Cómo le gusta que le llamen al niño?
- ¿Color favorito del niño?
- ¿Personaje favorito?
- ¿Qué actividades realiza?
- ¿Tipo de alimentación?
- ¿Cuántas veces se cepilla al día?
- ¿Si alguien le ayuda a cepillarse o se cepilla solo?
- ¿Si usa hilo dental y enjuague bucal?
- ¿Si ha asistido anteriormente al odontólogo?

De manera visual para el niño se adornará el cubículo donde se le atenderá al niño.

- Se adornará el área de trabajo con globos, afiches y cosas llamativas para la distracción del niño
- Se procede al niño a indicarle con un pantoma las técnicas de cepillado y el uso de hilo dental para que el niño comprenda la técnica.
- Se le pide al niño que nos indique lo aprendido
- Se le indica al niño con material virtual que se encuentran en las computadoras de la universidad todo acerca de la higiene bucal y la caries dental.
- Se le indicara al niño los instrumentos con los que se le va atender para que de esta manera pierda el miedo, por ejemplo: espejo, explorador, micromotor, microbrush, revelador de placa, pasta profiláctica.

- Cada uno de los instrumentos se lo indicara, que el niño los tenga cerca y probando en sus deditos para que sepa con lo que se le va atender.
- Esto nos tomara unos 7 minutos.
- Para que continúe con su atención odontológica

Después de realizada la atención odontológica e procederá a realizar la segunda encuesta donde se anotará que tipo de comportamiento tuvo el niño frente al tratamiento.

- Comportamiento definitivamente positivo
- Comportamiento ligeramente positivo
- Comportamiento definitivamente negativo
- Comportamiento ligeramente negativo

5. CAPÍTULO V. RESULTADOS

Tabla de frecuencia: Descripción de la Muestra

Tabla 1
Sexo

SEXO					
Datos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	29	48,3	48,3	48,3
	Femenino	31	51,7	51,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

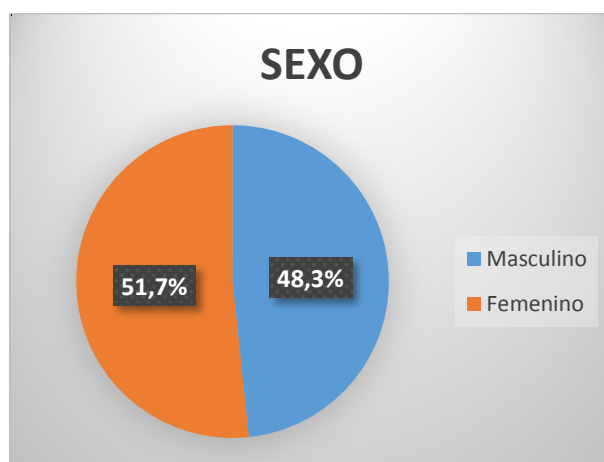


Figura 14. Sexo

De los niños evaluados, el 48,3% corresponde al sexo Masculino y el 51,7% al género Femenino. Como resultado se determina que asistieron más niñas a la consulta odontológica en su primera visita.

Tabla 2
Edades

EDADES					
Datos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4	1	1,7	1,7	1,7
	5	13	21,7	21,7	23,3
	6	12	20,0	20,0	43,3
	7	13	21,7	21,7	65,0
	8	10	16,7	16,7	81,7
	9	6	10,0	10,0	91,7
	10	5	8,3	8,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

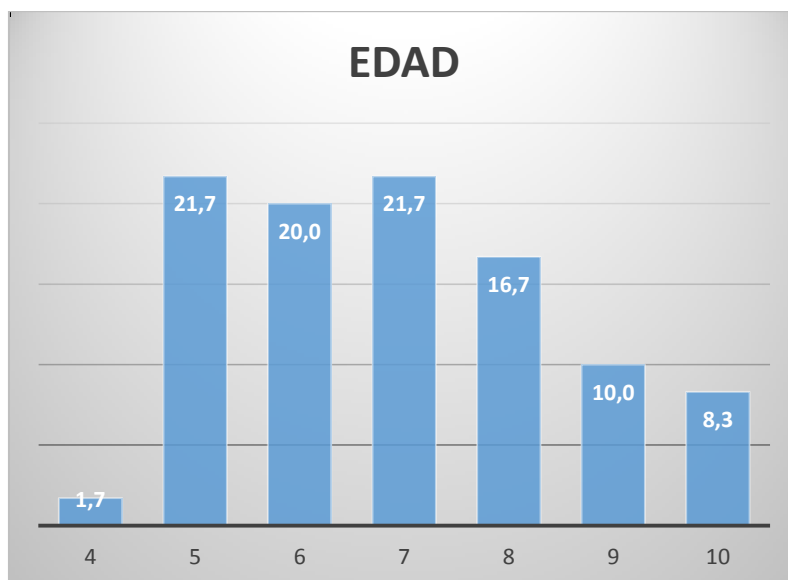


Figura 15. Edad

Las edades más representativas son 5 años con el 21,7% de los niños, 6 años con el 20,0% y 7 años con el 21,7%. Determina que fueron acondicionados en mayor cantidad niños de 5 a 6 años de edad sin relación al sexo.

Tabla 3
Comportamiento Inicial

COMPORTAMIENTO INICIAL					
Escala de Frankl		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Definitivamente positivo	33	55,0	55,0	55,0
	Definitivamente negativo	27	45,0	45,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



Figura 16. Comportamiento inicial

De los evaluados, al inicio el 55% están con comportamiento Definitivamente positivo siendo los niños que tuvieron mejor aceptación al acondicionamiento y el 45% están con comportamiento Definitivamente negativo, no existe mayor rango de diferencia en el acondicionamiento inicial.

Tablas cruzadas: COMPORTAMIENTO INICIAL * SEXO

Tabla 4
Tabla cruzada

Análisis		Tabla cruzada			
		sexo		Total	
		Masculino	Femenino		
COMPORTAMIENTO INICIAL	Definitivamente positivo	Frecuencia	14	19	33
		%	48,3%	61,3%	55,0%
	Definitivamente negativo	Frecuencia	15	12	27
		%	51,7%	38,7%	45,0%
Total		Frecuencia	29	31	60
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,025	1	0,311

Prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,311) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes entre masculino y femenino son similares en el comportamiento inicial

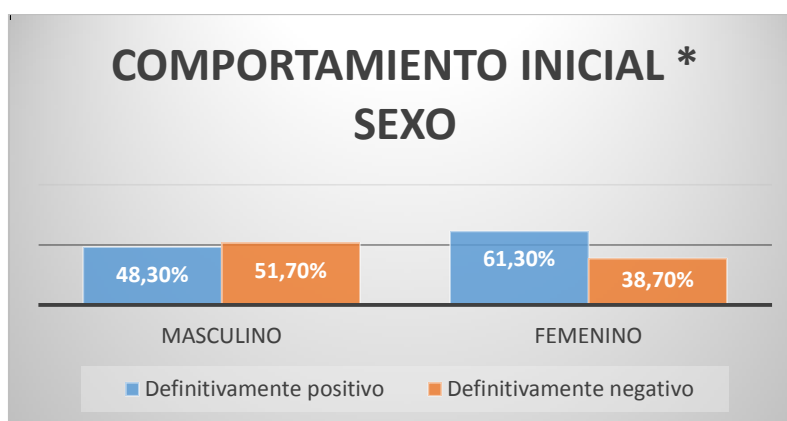


Figura 17. Comportamiento inicial

Masculino: el 48,3% de los evaluados tiene comportamiento Definitivamente positivo y el 51,7% tienen un comportamiento Definitivamente negativo.

Femenino: el 61,3% de las evaluadas tiene comportamiento Definitivamente positivo y el 38,7% tienen un comportamiento Definitivamente negativo

No existen diferencias entre masculino y femenino

Tabla 5
Comportamiento final

COMPORTAMIENTO FINAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Definitivamente positivo	48	80,0	80,0	80,0
	Definitivamente negativo	12	20,0	20,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



Figura 18. Comportamiento final

De los evaluados, al final el 80% están con comportamiento Definitivamente positivo, por lo que se determina que la técnica de acondicionamiento tuvo un resultado exitoso y solo el 20% están con comportamiento Definitivamente negativo.

Tablas cruzadas: COMPORTAMIENTO FINAL * SEXO

Tabla 6
Tabla cruzada

Tabla cruzada					
			SEXO		Total
			Masculino	Femenino	
COMPORTAMIENTO FINAL	Definitivamente positivo	Frecuencia	23	25	48
		%	79,3%	80,6%	80,0%
	Definitivamente negativo	Frecuencia	6	6	12
		%	20,7%	19,4%	20,0%
Total		Frecuencia	29	31	60
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,017	1	0,897

Prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,897) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes entre masculino y femenino son similares en el comportamiento final

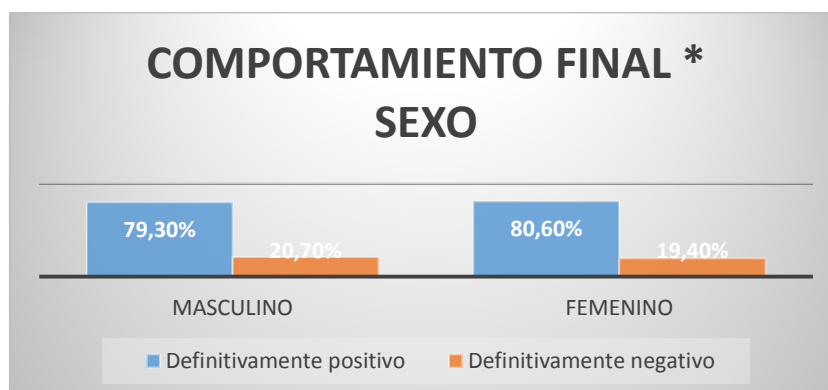


Figura 19. Comportamiento final

Masculino: el 79,3% de los evaluados tiene comportamiento Definitivamente positivo y el 20,7% tienen un comportamiento Definitivamente negativo.

Femenino: el 80,6% de las evaluadas tiene comportamiento Definitivamente positivo y el 19,4% tienen un comportamiento Definitivamente negativo

No existen diferencias entre masculino y femenino

Tablas cruzadas: COMPORTAMIENTO INICIAL*COMPORTAMIENTO FINAL

(Los porcentajes en este caso salen de Se dividir sobre el total de la muestra)

Tabla 6
Comportamiento inicial

COMPORTAMIENTO INICIAL*COMPORTAMIENTO FINAL tabulación cruzada					
			COMPORTAMIENTO FINAL		Total
			Definitivamente positivo	Definitivamente negativo	
COMPORTAMIENTO INICIAL	Definitivamente positivo	Frecuencia	33	0	33
		%	55,0%	0,0%	55,0%
	Definitivamente negativo	Frecuencia	15	12	27
		%	25,0%	20,0%	45,0%
Total		Frecuencia	48	12	60
		%	80,0%	20,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	18,333	1	0,000

Prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,000) es inferior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes entre los niveles de comportamiento NO son similares en relación al comportamiento inicial

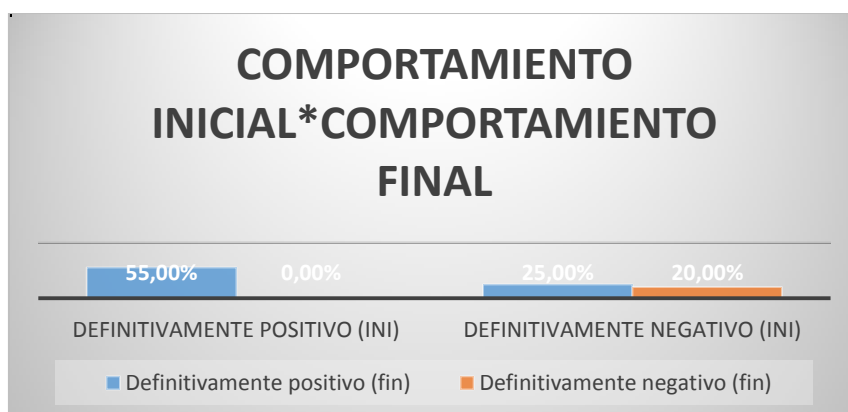


Figura 20. Comportamiento inicial

En este caso se tiene que al inicio son 33 (55%) niños con un comportamiento Definitivamente positivo y estos mismos 33 (55%) niños se mantienen en comportamiento Definitivamente positivo.

En el caso de los 27 niños que al inicio tenían un comportamiento Definitivamente negativo, 15 (25%) de ellos cambiaron a un comportamiento Definitivamente positivo y 12 (20%) se mantienen en un comportamiento Definitivamente negativo. Esto indica que 15 de 27 niños cambiaron su comportamiento esto es el 55,5% (15/27)

6. CAPÍTULO VI. DISCUSION

La adaptación del niño a la consulta odontológica se realiza desde la primera vez que el niño tiene esta experiencia utilizándose la técnica de manejo psicológico denominada triada de adaptación (decir, mostrar, hacer).

Se valoró si esta técnica es la ideal para el acondicionamiento de los niños, basado en un estudio que se llevó a cabo en Medellín donde Lopera Ossa realizó acondicionamientos con varias técnicas como distracción visual, con un 20% de aceptación, refuerzo positivo con un 20% y la que resulto con mejor porcentaje fue la técnica de acondicionamiento decir mostrar, hacer con un 60%

Muñoz et al, 2000, en su estudio los niños que acuden por primera vez a la consulta odontológica demostraron una distracción audiovisual antes de su tratamiento y su comportamiento fue definitivamente negativo, en un 50% como resultado.

Pérez, B. et al 2013 analizó que pacientes no colaboradores donde se aplicó la técnica de acondicionamiento decir, mostrar, hacer, concluyó que un 75% de los niños tuvieron un comportamiento definitivamente positivo después de su acondicionamiento. Estos dos autores utilizaron técnicas diferentes obteniendo resultados positivos en sus estudios, sin un mayor grado de alteración en sus resultados.

Cordero et, al, 2012 afirma que la técnica farmacológica es la ideal para tratar a los pacientes difíciles, ya que estos se encuentran inconscientes y se puede realizar el tratamiento con facilidad, pero también menciona que los padres no están totalmente de acuerdo con este tipo de acondicionamiento ya que puede ser riesgoso para sus hijos, aunque se obtuvo buenos resultados con la técnica.

Por otra parte, Pérez, B, et al, pone hincapié en que los niños deben conocer todo el procedimiento antes de que se les vaya a realizar cualquier tratamiento, así van a perder el miedo o trauma cuando acudan a la consulta odontológica, el niño podrá interactuar con material interactivo y establecer un lazo con el odontólogo esto esta descrito en la técnica de acondicionamiento decir, mostrar, hacer.

Crivello, 2011 indica acerca del temor o miedo que tienen los pacientes ante la consulta odontológica, aquí se demostró que llegaban a la consulta odontológica con una experiencia anterior negativa redujo su comportamiento definitivamente negativo con la técnica decir, mostrar hacer, que empezó con un 50% y termino en una reducción al 16%, esto demuestra que esta técnica es efectiva.

Poulsen y Koch 2003, afirman en su estudio que la educación en casa es primordial y de gran importancia porque los componentes externos como la escuela, la familia, amigos influye en el comportamiento del paciente y esto puede expresarse directamente en la consulta odontológica demostrado un comportamiento definitivamente negativo o positivo.

No obstante, este artículo no manifiesta una comparación significativa entre la influencia de su estilo de vida, educación y su comportamiento. Enseña directamente que una mala experiencia sucedida anteriormente es más complicada cambiarla en la consulta odontológica.

Sharath et al 2009, indica que el 65% total de los niños que asistieron a la consulta odontopediátrica su primer comportamiento fue definitivamente negativo, pero al aplicar las técnicas de acondicionamiento este porcentaje disminuyo en un 10% con la técnica decir, mostrar, hacer y en un 20% con distracción auditiva visual.

Dando como resultado en este estudio que estas técnicas lograron modificar el comportamiento del paciente pediátrico en la consulta odontológica en la mayoría de los casos.

Estas dos técnicas de acondicionamiento como demuestra la prueba de chi cuadrado no existe gran diferencia entre ellas, su resultado indica que se puede aplicar cualquiera de ellas y esto ayudara al odontólogo tenga un tratamiento exitoso.

Law et. al 2003, demostró que el método de la técnica decir, mostrar, hacer es importante en el comportamiento de los pacientes pediátricos de 2 a 14 años que acudían a la cita odontológica, la diferencia en este artículo fue que aplicaron la técnica de acondicionamiento en varias visitas a la consulta odontológica desde la profilaxis, exodoncias y pulpectomias, así concluyeron que la técnica DMH es indispensable en cada sesión que tenga el paciente para la realización de sus tratamientos.

Castro et. al 2013 hace una comparación entre las técnicas de imitación y la técnica, mostrar, hacer, en pacientes odontopediátricos de 6 a 9 años, determinando que las dos técnicas fueron igual de eficientes en un porcentaje del 50% cada una. Estas técnicas ayudaron a disminuir el miedo y la ansiedad en la consulta.

Sánchez 2004, pretendió evaluar la eficacia de dos técnicas de acondicionamiento sedación cociente y DMH en 74 niños de 8 a 13 años (38 niñas y 36 niños), los cuales tuvieron una encuesta antes y después de su tratamiento para evaluar el miedo que presentaban, donde concluyo que el 40% aceptaron la técnica de sedación y un 60% la técnica DMH resultando esta la mejor en este estudio.

Berg 2008, en los resultados que se obtuvo de la valoración de la conducta mediante la escala de Frankl fueron: en el grupo I que constaba de 65 niños su

comportamiento inicial fue definitivamente negativo en un 33% en la escala de Frank mejorando después del acondicionamiento con la técnica DMH en un comportamiento definitivamente negativo en un 15% como resultado final.

Zelikovsky y Bandura 2009, realizaron estudios basados en la observación de videos que demuestran un buen comportamiento de niños en la consulta odontológica y en los tratamientos realizados junto con la técnica de acondicionamiento DMH, esto ayudó a que los pacientes demostraran un comportamiento colaborador en el consultorio dental evitando el miedo y la tensión. De esta manera, el niño logra aprender de manera visual logrando que su experiencia sea positiva, imaginando los efectos positivos de la práctica dental con relación a la conducta que tomara en las siguientes citas dentales.

Klesges et al 2008, demostró que la utilización de la técnica DMH en pacientes de 4 a 9 años con fobia al odontólogo y la utilización de videos educativos ayudó a disminuir el temor que tenían estos niños ante cualquier tratamiento odontológico, esto da una ventaja al odontólogo para que pueda atender a los pacientes con una mayor efectividad en la consulta. El 65% de los niños llegaron con miedo y fobia al odontólogo y después del acondicionamiento este porcentaje se redujo a un 20% esto demuestra que la técnica de acondicionamiento DMH es eficaz para la disminución del miedo y mejorar la atención del tratamiento.

El presente estudio realizado en la clínica de la Universidad de las Américas se enfoca principalmente en la técnica “decir, mostrar hacer” que nos dio como resultado una aceptación totalmente positiva, porque en el comportamiento inicial los niños que llegaron con un rechazo total a la atención odontológica mediante la técnica (DMH), su comportamiento se modificó en un mayor porcentaje haciendo que los niños se encuentren en la consulta relajados y tranquilos. Esto demuestra que esta técnica se la debe realizar continuamente frente a cualquier tratamiento odontológico así sea de mínima invasión.

La técnica de acondicionamiento decir, mostrar, hacer ha sido efectiva ya que en el comportamiento inicial de los pacientes el 45% fue definitivamente negativo y con el previo acondicionamiento se redujo a un 20% siendo así un resultado significativo lo que nos demuestra que es de vital importancia realizar el acondicionamiento siempre antes de realizar cualquier tipo de atención odontológica porque el niño entenderá de manera fácil y sin miedo lo que se le va a realizar.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

La técnica de acondicionamiento decir, mostrar, hacer tiene un desarrollo positivo en los niños, porque la mayoría de ellos cooperan de mejor manera cuando se les explica de una manera dinámica, el odontólogo obtiene la atención completa del niño.

Los pacientes que no han recibido acondicionamiento previo son considerados difíciles, presentan como antecedente una mala experiencia en su atención, la técnica DMH influyó significativamente en ellos, haciendo que pierdan sus temores y se conviertan en pacientes colaboradores.

La aplicación de la técnica DMH mejoró el comportamiento de los niños durante la atención odontológica, el resultado según la escala de Frankl fue definitivamente positivo.

Se determinó que el acondicionamiento previo en los niños es de suma importancia, ya que ellos van a tener un impacto positivo en la atención odontológica, perdiendo el miedo y sintiéndose a gusto con su tratamiento.

7.2. Recomendaciones

Recomendar a docentes y estudiantes de la Carrera de Odontología poner en práctica siempre antes de realizar cualquier tipo de tratamiento la técnica odontopediatría “decir, mostrar hacer”.

Es recomendable que en el área de Odontopediatría de Clínica de la Universidad de las Américas se coloque afiches llamativos y educativos acerca de la higiene bucal y su importancia para que los representantes y los niños tengan una buena información y puedan ponerla en práctica con una adecuada higiene bucal.

Es indispensable que los estudiantes adecuen el lugar de trabajo siempre que se vaya atender a los niños con afiches, globos, cintas, etc., para que el niño sienta que está cómodo en el sillón odontológico.

Para que la ansiedad y el temor en los niños en la consulta odontológica disminuya significativamente, el odontólogo debe ganar la confianza de su paciente así se mantendrá la relación odontólogo- padres-paciente.

REFERENCIAS

- Álvarez, J., Pinto, K., Rezende, C., Bönecker, M., Nahás Pires, F. y Nahás Pires, M. (2014). Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Revista Estomatológica Herediana*, 20(2), 101.
- Alvarez, M., Sacsquispe, S., Paredes, N. (2016). Manejo bajo sedación consciente de quiste de erupción en infante. *Rev Estomatol Herediana*. 26(4):255-62.
- Aminabadi NA, Adhami ZE, Oskouei SG, Najafpour E, Jamali Z. (2013) Emotional intelligence subscales: are they correlated with child anxiety and behavior in the dental setting. *J Clin Pediatr Dent*. 38(1):61-6.
- Anderson, D., Sweeney, D., y Williams, T. (2012). *Estadística para negocios y economía*. Cengage Learning. 11ª. Edición. ISBN 10: 0-324-78324-8
- Bandura A. (2009). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. In: Baumeister RF, editor. *The self in social psychology*. 2nd ed. Michigan: Ann Arbor. p. 285-98
- Berg M. (2008). Dental fear in children: clinical consequences. Suggested behaviour management strategies in treating children with dental fear. *Eur Arch Paediatr Dent*. Suppl 1:41-6
- Blundenm, S., Etherton, H., Hauck, Y. 2016. Resistance to Cry Intensive Sleep Intervention in Young Children: Are We Ignoring Children's Cries or Parental Concerns?. *Children (Basel)*. 10;3(2). doi: 10.3390.
- Boj, R. 2012. *Odontopediatría. La evolución del niño al joven*. Barcelona-España: Ripano S.A.
- Cameron. A & Widmer .R, (2010) *Manual de odontología pediátrica*: Editorial el Sevier.
- Cárdenas Jamarillo D. *Odontología Pediátrica*. 3era edición. Editorial corporación para la investigación biológica, 2003. pp 22-34.
- Castro, A., Oliveira, F., Paiva Novaes, M., Ferreira, A. & Cunha, D. 2013. Behavior guidance techniques in Pediatric Dentistry: attitudes of

- parents of children with disabilities and without disabilities. *SpecialCare in Dentistry*, 33(5), 213-217.
- Chen, X., Jin, S., Liu, H., 2008. Survey of parental acceptance rate to behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Shanghai Journal of Stomatology*.17(5):475-8.
- Cordero, N., Cárdenas, J., Álvarez, G. 2012. Parental acceptance of pharmacologic and non-pharmacologic behavior management techniques in pediatric dentistry.*Revista CES Odontología*. 25(2), 24-32.
- Crivello, J. (2011) Odontopediatria. Sao Paulo ,Brazil : Livraria Santos. Impact of temperament on child behavior in the dental setting. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 5(4):119-22.
- Escobar, F. (2004). Odontología Pediátrica. (1ra. Ed.). Caracas, Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C.A.
- Greta, M., Narbutaite, J. 2015. Effectiveness of a Motivation and Practical Skills Development Methods on the Oral Hygiene of Orphans Children in Kaunas, Lithuania, journal of oral & maxillofacial research. *Journal of oral & maxillofacial research*. 6(3), 1-9. doi: 10.5037
- Hassan, M., Kawia, H., Shariff, M., Febronia, K. 2015. Application of Behavior Management Techn. *The Open Dentistry Journal*. 9, 455-461
- Hiraoka. D., Nomura. M. 2016. The Influence of Cognitive Load on Empathy and Intention in Response to Infant Crying. *Scientific reports*. 6(28) . 1-7 doi: 10.1038.
- Jaramillo, Cardenas. D, (2003) Odontologia Pediatrica: Editorial CIB.
- Kamper. S., Dissing, K., Hestbaek, L. 2016. Whose pain is it anyway? Comparability of pain reports from children and their parents. *Chiropractic Manual Therapies*. One; 24:24. doi: 10.1186/s12998-016-0104-0.
- Katayoun, S., Maryam ,K., Arash, A., Asadollah, S. 2015. Dental Fear and Concomitant Factors in 3-6 Year-old Children. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*. 6(2):70-74. doi: 10.5681

- Klesges R, Malott J, Ugland M. (2008). The effects of graded exposure and parental modelling on the dental phobias of a four year old girl and her mother. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 15 (2):161-4.
- Law CS, Blain S. (2003). Approaching the pediatric dental patient: a review of nonpharmacologic behavior management strategies. *J Calif Dent Assoc*. 31(9):703-13
- Lekic, C., 2011. Behaviour management of a pediatric dental patient: audiovisual presentation. *Journal Canadian Dental*. 77:63.1-8
- Lima, M., Casanova, Y. 2006. Fear, Anxiety and phobia to dentistry treatment. *Rev Hum Med v.6 n.1 Ciudad de Camaguey*. ISSN 1727-8120
- Lopera, O., Cardeño, V., Muñetones, D., Serna, N., Díaz, M., Bermúdez, P. 2012. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. *Revista Nacional de Odontología*. 9(16), 59-65
- Lurshay, R. (2016). The Crying Child. *Indian Pediatrics*. 53(5):429. doi: 27254058
- Mahdi, S., Sibilio, F., Amenta, F. 2016. Dental hygiene habits and oral health status of seafarers. *International Maritime Health*. 67(1):9-13. doi: 10.5603/IMH.2016.0003.
- Markeviciute, G., Narbutaite, J., 2015. Effectiveness of a Motivation and Practical Skills Development Methods on the Oral Hygiene of Orphans Children in Kaunas, Lithuania. 30;6(3):23-29. doi: 10.5037/jomr.2015.6302.
- Marshman, Z., Morgan, A., Porritt, J., Gupta, E., Baker, S., Creswell, C., Newton, T., Stevens, K., Williams, C., Prasad, S., Kirby, J., Rodd, H. 2016. Protocol for a feasibility study of a self-help cognitive behavioural therapy resource for the reduction of dental anxiety in young people. *Pilot Feasibility Stud*. 1;2:13. eCollection 2016
- Merdad, L., El-Housseiny, A. 2017. Do children's previous dental experience and fear affect their perceived oral health-related quality of life (OHRQoL)? *BMC Oral Health*. 16;17(1):47. doi: 10.1186/s12903-017-0338-9.

- Muñoz, F. (2000). *Odontología Pediátrica*. Madrid-España: Ripano, S.A.
- Navit , S., Johri , N ., Khan, S., Singh , R., Chadha, D., Navit, P., Sharma, A., Bahuguna, R. 2015. Effectiveness and Comparison of Various Audio Distraction Aids in Management of Anxious Dental Paediatric Patients. *Journal of clinical and diagnostic*. 9(12):1-9. doi: 10.7860
- Oliver, K., Manton, D., 2015. Contemporary behavior management techniques in clinical pediatric dentistry: out with the old and in with the new?. *82(1):22-8*.
- Pani, S., Alanazi, G., Albaragash, A., Almosaihel, M. 2016. Objective assessment of the influence of the parental presence on the fear and behavior of anxious children during their first restorative dental visit. *Journal of International Society of Preventive Community Dentistry*. 6(2):148–152. doi: 10.4103/2231-0762.189750
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. Mexico. Editorial Mc Graw. Hill.
- Peretz, B., Kharouba, J., Blumer, S., 2013. Pattern of Parental Acceptance of Management Techniques Used in Pediatric Dentistry. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 38(1):27-30.
- Poulsen, S., Koch, A. (2003). The child's first dental visit. *Int J Paed Dent*. 13: 264-5.
- Rollnick, S., Miller, W., Butler C. 2008. *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. New York: Guilford Press. 72 Spring Street, New York, NY 10012
- Safiri, S., Kelishadi, R., Heshmat, R., Rahimi, A., Djalalinia, S., Ghasemian, A., Sheidaei, A., Motlagh, M., Ardalan, G., Mansourian, M., Asayesh, H., Sepidarkish, M., Qorbani, M. 2016. Socioeconomic inequality in oral health behavior in Iranian children and adolescents by the Oaxaca-Blinder decomposition method: the CASPIAN- IV study. *International journal for equity in health*. 14;15(1):143. doi: 10.1186/s12939-016-0423-8.

- Sánchez F, Toledano M, Osorio R. (2004). Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de la ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento. *Av Odontoestomatol.* 20: 199-206.
- Sharath, A., Rekka, P., Muthu, M., Rathna, V.,Prabhu,Sivakumar, N. 2009. Children's behavior pattern and behavior management techniques used in a structured postgraduate dental program. *Journal of Indian Society of Predodontics and Preventive Dentistry.* 27(1):22-26.doi10.4103/0970-4388.50812
- Shukeir, S., Viñuela, C., Bermejo, A. (2003). Evolución histórica de la Odontopediatría en España durante el periodo 1980-1990. *Odontol pediátr Madrid.* ISSN: 1133-5181.
- Staberg, M., Noren, J., Johnson, M., Koop, S. & Robertson, A. 2013. Parenteral attitudes and experiences of dental care in children and adolescents with ADHD—a questionnaire study. *Swedish dental journal,* 38(2), 93-100
- Teixeira, A., Guinot, J., Dalmau, B. 2008. Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. *Odontología Pediatrica.* 16(2), 108-120.
- Teixeira, A., Guinot, J., Dalmau, B. 2008. Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. *Odontología Pediatrica.* 16(2), 108-120.
- Unicef. (2008). Desarrollo Psicosocial de los niños y las niñas. América Latina.
- Zaze, A.,Fraga, R. & Cunha, R. (2009). Evaluation of children's behavior aged 0-3 years during dental care: A longitudinal analysis. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry,* 27(3), 145
- Zelikovsky N, Rodríguez J, Gidyez C, Davis M. (2009). Cognitive behavioral and behavioral interventions help young children cope during a voiding cystourethrogram. *J Pediatr Psychol.* 25 (8): 535-43.

ANEXOS

Anexo 1

PRESUPUESTO

RUBROS	VALOR
Materiales y Suministros (encuesta)	\$60.00
Subcontratos y servicios	\$100.00
Recursos Bibliográficos y Software	\$50.00
Entrega final de tesis (borradores y empastados)	\$50.00
Publicación	\$100.00
Imprevistos	\$50.00
Total	\$410.00 dólares

ANEXO 2

CRONOGRAMA

Tutoría #1: Entrega de carta de autorización	Lunes 2 de abril 2018
Tutoría #2: Cronograma de reuniones	Viernes 6 de abril 2018
Tutoría #3: Revisión de Marco teórico	Lunes 9 de abril 2018
Tutoría #4: Recolección de la muestra	Jueves 12 de abril 2018
Tutoría#5: Recolección de la muestra	Miércoles 18 de abril 2018
Tutoría#6: Recolección de la muestra	Miércoles 25 de abril 2018
Tutoría #7: Recolección de la muestra	Jueves 3 de mayo 2018
Tutoría #8: Análisis de resultados	Jueves 10 de mayo 2018
Tutoría #9: Redacción de Discusión	Jueves 17 de mayo 2018
Tutoría #10: Redacción de resumen	Lunes 21 de mayo 2018
Tutoría #11: Ultimas correcciones	Lunes 28 de mayo 2018
Tutoría #12: Revisión Final	Lunes 4 de junio 2018

ANEXO 3
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACONDICIONAMIENTO DECIR, MOSTRAR, HACER EN NIÑOS

Responsables: Dra. Maria Fernanda Larco Corella	Estudiante	Ximena
Institución: Universidad de las Américas	Facultad de Odontología	
Teléfono: 0992855529	0999838228	
Email: maria.larco@udla.edu.ec ximena.corella@udla.edu.ec		

Título del proyecto: INFLUENCIA DE LA TECNICA ODONTOPIEDIATRICA “DECIR, MOSTRAR, HACER” EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS QUE ACUDE AL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS EN EL PERIODO 2018-2

Invitación a participar:

Está usted invitado a participar como paciente voluntario en un ejercicio supervisado por un especialista y un estudiante, como parte de un curso en el que están inscritos, para poder aumentar el conocimiento en cuanto al acondicionamiento decir, mostrar, hacer.

PROPÓSITO

El objetivo es determinar la influencia del acondicionamiento decir, mostrar, hacer en su primera visita odontológica.

PROCEDIMIENTOS

Para participar como paciente voluntario en el curso, debe ser niños entre 5 a 12 años, además deberá ser la primera vez que visite la Clínica Udla. Se realizará el siguiente procedimiento:

1) Encuesta

Se procederá a realizar una encuesta de 5 minutos a los niños en su primera visita odontológica en la cual se detallará lo siguiente:

- ¿Cómo le gusta que llamen?
- ¿Color favorito?
- ¿Personaje favorito?
- ¿Qué actividades realiza?
- ¿Tipo de alimentación tiene?
- ¿Cuántas veces se cepilla al día?
- ¿Si alguien le ayuda a cepillarse o se cepilla solo?
- ¿Si usa hilo dental y enjuague bucal?
- ¿Si ha asistido anteriormente al odontólogo?

2) Visual y práctico

- Se adornará el área de trabajo con globos, afiches y cosas llamativas para la distracción del niño.
- Se indica con dientes artificiales las técnicas de cepillado y uso del hilo dental para que el comprenda la técnica y como debe realizarla.
- Se le pide al niño que nos indique lo aprendido en los dientes artificiales
- Se le indica al niño con dibujitos que se encuentran en las computadoras de la universidad todo acerca de la higiene bucal y la caries dental.
- Esto nos tomara unos 7 minutos.
- Para que continúe con su atención odontológica

RIESGOS

Usted debe entender que los riesgos que corre con su participación en este curso, son nulos. Usted debe entender que todos los procedimientos serán realizados por profesionales calificados y con experiencia, utilizando procedimientos universales de seguridad, aceptados para la práctica clínica odontológica.

BENEFICIOS Y COMPENSACIONES

Usted debe saber que su participación como paciente voluntario en la investigación, no le proporcionará ningún beneficio inmediato ni directo, no recibirá ninguna compensación monetaria por su participación. Sin embargo, tampoco incurrirá en ningún gasto.

CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de la UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

RENUNCIA

Usted debe saber que su participación en el curso es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. También debe saber que los responsables del curso tienen la libertad de excluirlo como paciente voluntario del curso si es que lo consideran necesario.

DERECHOS

Usted tiene el derecho de hacer preguntas y de que sus preguntas le sean contestadas a su plena satisfacción. Puede hacer sus preguntas en este momento antes de firmar el presente documento o en cualquier momento en el futuro. Si desea mayores informes sobre su participación en el curso, puede contactar a cualquiera de los responsables, escribiendo a las direcciones de correo electrónico o llamando a los números telefónicos que se encuentran en la primera página de este documento.

ACUERDO

Al firmar en los espacios provistos a continuación, y poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas anteriores, usted constata que ha leído y entendido la información proporcionada en este documento y que está de acuerdo en participar como paciente voluntario en el curso. Al terminar su participación, recibirá una copia firmada de este documento.

_____ Nombre del Paciente	_____ Firma del Paciente	_____ Fecha
_____ Nombre del Clínico Responsable	_____ Firma del Clínico Responsable	_____ Fecha (d-m-a)

ANEXO 4

FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA



PROTOCOLO DE ODONTOPEDIATRÍA PARA ACONDICIONAMIENTO Niños de 5 años en adelante

Nombre del paciente..... Estudiante:

Evaluación inicial

- ¿Es la primera vez que viene al odontólogo? Sí () No (X)
- ¿A qué edad fue por primera vez al odontólogo?.....

Evaluación psicosocial

Nombre que le gusta que lo llamen:.....

Personaje favorito:..... Color favorito:.....

Actividades que le gustan:.....

1. Conducta negativa: rechaza tratamiento, resistencia, llanto fuerte
2. Conducta indefinida: pequeña resistencia, miedo, lloriqueo, nerviosismo
3. Conducta satisfactoria: adaptación cautelosa, reserva al tratamiento
4. Conducta positiva: buena relación, sin miedo, interés al tratamiento

A	D
X	X

Evaluación de la alimentación

(Evalúe con lo que se alimentó el paciente el día anterior)

Desayuno	
Entre comidas	
Almuerzo	
Entre comida	
Merienda	
Momentos o cantidad de azúcar	

Conclusión: (señalar con una X)

Calidad:

Equilibrada		Alta en carbohidratos		Otros (proteínas, vegetales)	
-------------	--	-----------------------	--	------------------------------	--

Consistencia:

Adhesiva		Semilíquida		Líquida	
----------	--	-------------	--	---------	--

Frecuencia: (sume la cantidad de veces que el paciente se alimenta durante el día en general)

5 veces riesgo normal		Más de 5 veces riesgo alto	
-----------------------	--	----------------------------	--

Evaluación de la higiene

¿Se cepilla los dientes? Sí No ¿Cuántas veces al día?.....
 ¿Alguna persona ayuda en el cepillado dental? Sí No
 ¿Usa enjuague bucal? Sí No ¿Usa hilo dental? Sí No

Riesgo de caries del paciente

Bajo () Medio () Alto ()

Acondicionamiento del paciente

Estimado estudiante favor utilizar en manual que se encuentra instalado en cada computadora.

FECHA	SESIÓN	MANEJO DE CONDUCTA	VISADO
	PRIMERA	Alumno enseñar en lenguaje didáctico los componentes de su equipo e instrumental. Con pantoma o modelo de dientes explicar el cepillado. Realizar profilaxis	
		Alumno enseñar en lenguaje didáctico tratamiento que le va a realizar. Cepillado dental al niño con su cepillo de dientes y pasta favorita. Colocar sellantes.	
	TERCERA	Alumno enseñar en lenguaje didáctico el estado de su boca. Realizar tratamientos de menos a más invasivos	

Estos pasos se realizaran obligatoriamente en la primera cita de cada paciente y se repetirán en caso de que lo requiera.

TECNICA USADA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:.....

Plan de tratamiento

Citas:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Firma del docente:..... Firma del estudiante:.....

Firma del representante aceptando el tratamiento:.....

ANEXO 5

Universidad de las Américas.

Facultad de Odontología.

**ESTUDIO DE LA TÉCNICA DE LA TÉCNICA DE
ACONDICIONAMIENTO DECIR, MOSTRAR, HACER EN NIÑOS**

Nombre: **Edad:**

TÉCNICA A APLICAR: **DECIR MOSTRAR HACER.....**

Comportamiento INICIAL:

Comportamiento o definitivamente negativo.	SI	NO	Comportamiento o definitivamente positivo.	SI	NO
Rechaza el tratamiento			Acepta el tratamiento		
Movimiento exagerado de las extremidades			Movimiento ligero de las extremidades		
No es posible la comunicación verbal			Buena comunicación Verbal.		

Llanto exagerado			Llanto esporádico No hay llanto		
Comportamiento agresivo			Cooperador, Reservado.		
Triste, molesto con el tratamiento			Feliz, entusiasmado con el tratamiento		

Resultado del Comportamiento.....

Universidad de las Américas.

Facultad de Odontología.

**ESTUDIO DE LA TÉCNICA DE LA TÉCNICA DE
ACONDICIONAMIENTO DECIR, MOSTRAR, HACER EN NIÑOS**

Nombre: **Edad:**

TÉCNICA A APLICAR: **DECIR MOSTRAR HACER.....**

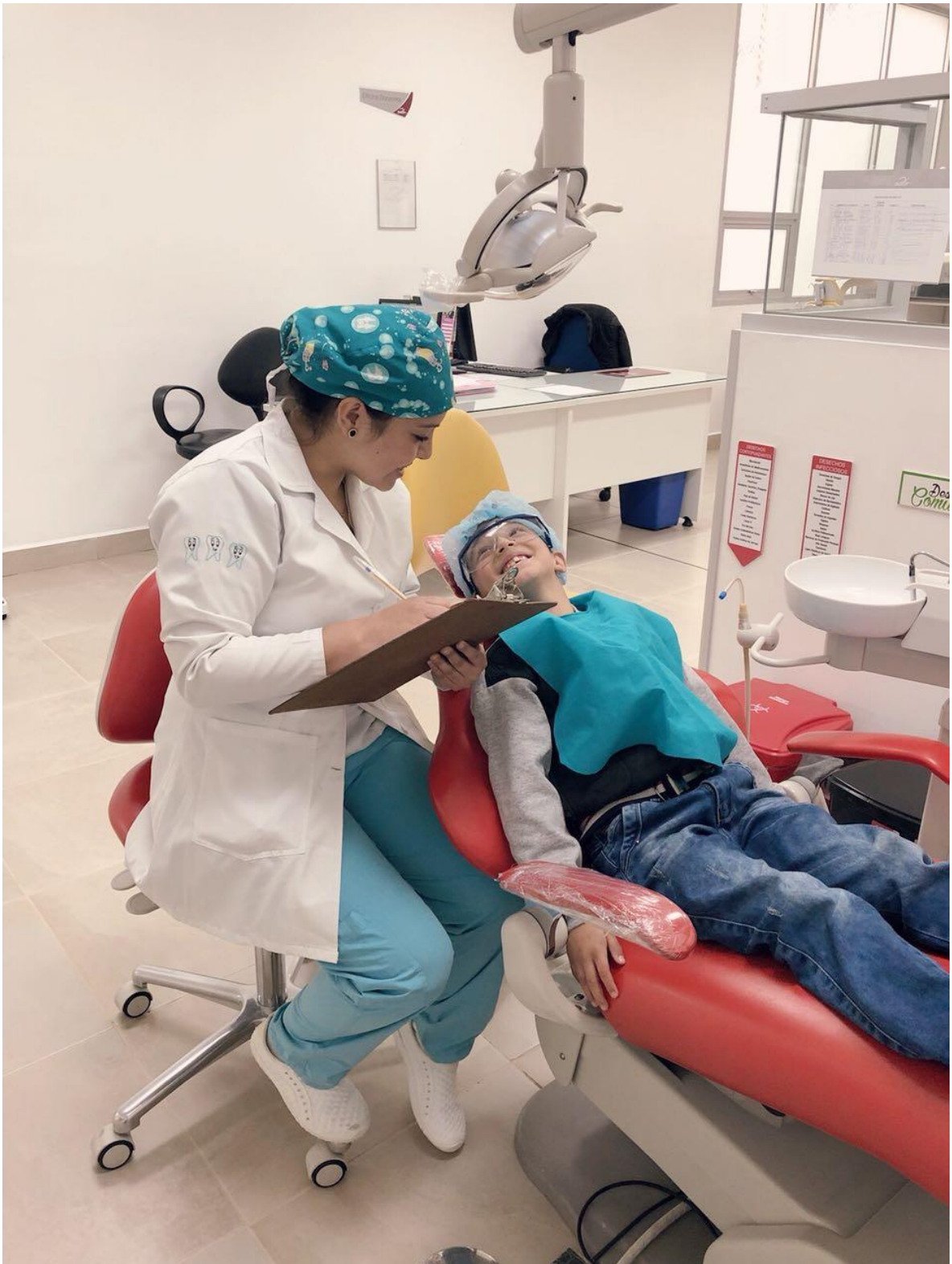
Comportamiento durante el tratamiento:

Comportamiento o definitivamente negativo.	SI	NO	Comportamiento o definitivamente positivo.	SI	NO
Rechaza el tratamiento			Acepta el tratamiento		
Movimiento exagerado de las extremidades			Movimiento ligero de las extremidades		
No es posible la comunicación verbal			Buena comunicación Verbal.		
Llanto exagerado			Llanto esporádico		

			No hay llanto		
Comportamiento agresivo			Cooperador, Reservado.		
Triste, molesto con el tratamiento			Feliz, entusiasmado con el tratamiento		

Resultado del Comportamiento.....

ANEXO 6



Acondicionamiento Decir mostrar hacer



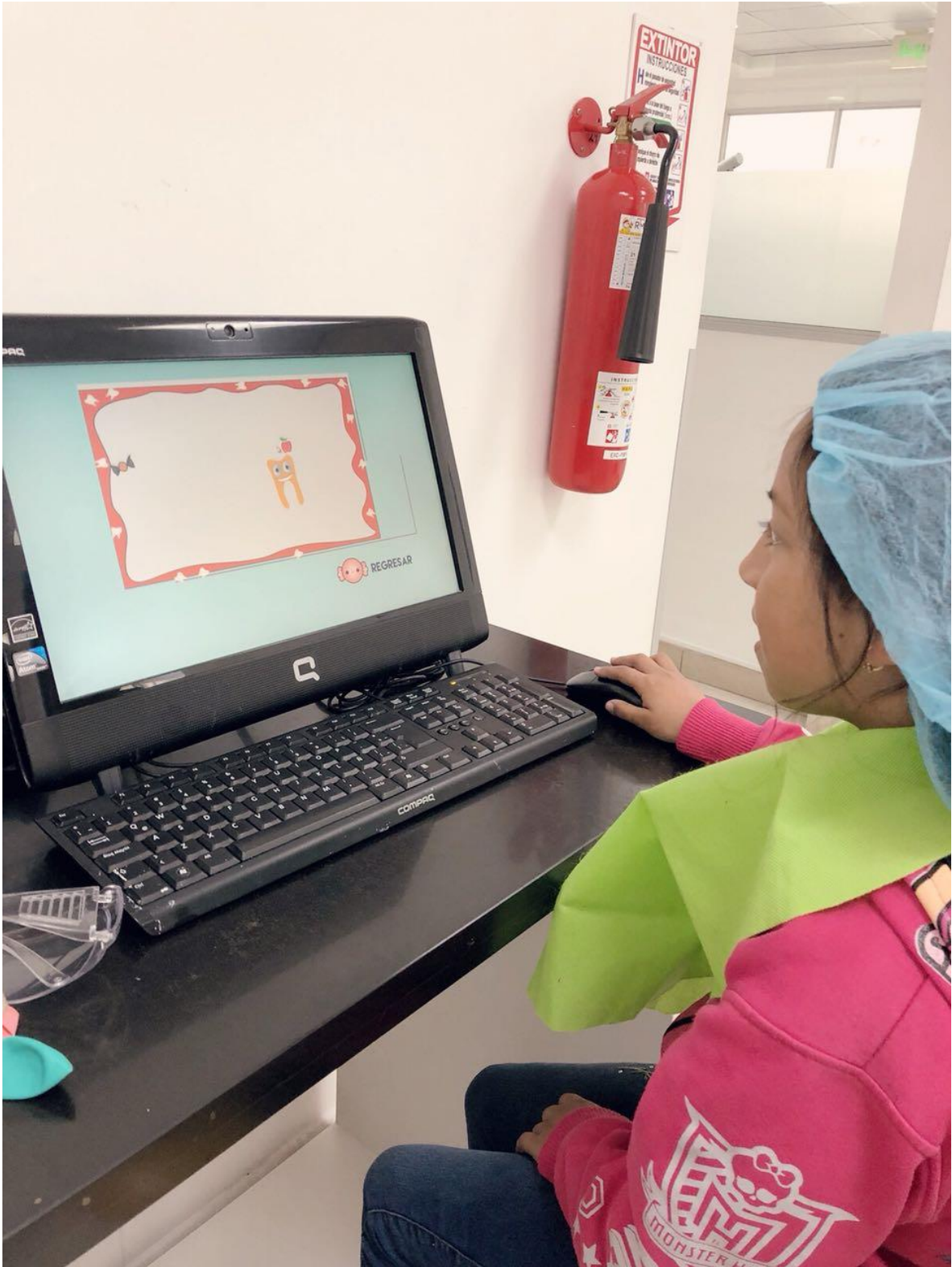
Acondicionamiento Decir mostrar hacer



Acondicionamiento Decir mostrar hacer



Acondicionamiento Decir mostrar hacer



Acondicionamiento Decir mostrar hacer



Acondicionamiento Decir mostrar hacer

