



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

VALIDACIÓN ENTRE TRES TÉCNICAS DE ERGONOMIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS PARA
MEJORAR SU CONDUCTA DURANTE LA ATENCIÓN REALIZADA EN EL HOSPITAL BACA ORTIZ

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

Profesora Guía
Dra. Susana Loayza

Autor
Cristian Andres Robalino Ruiz

Año
2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con e/la estudiante, orientado sus conocimientos para un adecuado desarrollo del tema escogido, y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los trabajos de Titulación”

Susana Elizabeth Loayza Lara
Odontopediatra
C.I.:18022912426

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Gabriela Jazmín Bastidas Tulcanazo

Endodoncista

C.I.:1002668018

DECLARACIÓN DE AUTORIA DEL ESTUDIANTE

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

Cristian Andres Robalino Ruiz
C.I.: 1723311310

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por apoyarme y guiarme por el camino del bien y estar en los momentos mas dificiles de mi vida.

¡Gracias papitos!

A mis hermanos, por acompañarme y brindarme su lealtad a lo largo de mi carrera universitaria. A mi tutora, Dra. Susana Loayza parte de ser una excelente tutora y guía, fue una amiga que me brindo su cariño. A mi jefa, Dra Anabely Mora ya que en ella encuentre valores que ayudaron en mi formación profesional ademas que me brindó su cariño de madre.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo mis padres, ya que con la ayuda de ellos y el amor que me brindaron pude culminar la universidad. A mis hermanos ya que ellos me ayudaron a salir adelante junto a mi perrita marley. Los cinco siempre seran mi mayor bendición.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la validez de las tres técnicas de ergonomía aplicada en pacientes pediátricos para mejorar su conducta durante la atención. **Materiales y métodos:** El presente trabajo corresponde a un estudio descriptivo y analítico. El estudio se realizó en el “Hospital Baca Ortiz” de la ciudad de Quito. La recolección de los datos se obtuvo mediante “Face Image scale” para poder observar la conducta del niño frente la técnica y el tratamiento dental. La muestra consto de 60 pacientes pediátricos, 20 niños para la técnica 1, 20 niños para la técnica 2 y 20 niños para la técnica 3. Los datos recopilados se analizaron mediante cuadros estadísticos. **Resultados:** se puede determinar que existe una discrepancia entre las tres técnicas de ergonomía para mejorar la conducta del niño, presentándose que la técnica 1 tiene una mayor eficacia en mejorar la conducta con un (65%) de felicidad por parte del niño al final del tratamiento, la técnica 2 demostró lo contrario con un (45%) de tristeza al final del tratamiento y la técnica 3 al igual que la 2 no ayudaron a mejorar la conducta del niño con un (70%) de tristeza por parte del niño al final del tratamiento. **Conclusiones:** La técnica 1 tuvo mayor eficacia para mejorar la conducta de los niños colaboradores, o con niños que ya tenían experiencia previa en la consulta odontológica, la técnica 2 y 3 son muy eficaces para el tratamiento odontológico, mas no para mejorar la conducta del niño, ya que al “Hospital Baca Ortiz” acuden niños poco colaboradores y con antecedentes negativos en la consulta.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the validity of the three techniques applied ergonomics in pediatric patients to improve their behavior during care. **Materials and Methods:** This paper corresponds to a descriptive and analytical study. The study was conducted at the "Hospital Baca Ortiz" of the city of Quito. The data collection was obtained by "Face Image scale" to observe the child's behavior against the technical and dental treatment. The sample group contained 60 pediatric patients, 20 children for technique 1, 20 children for technical 2 and 20 children for technical 3. The collected data were analyzed by statistical tables. **Results:** can be determined that there is a discrepancy between the three techniques ergonomics to improve the child's behavior, introducing that technique 1 is more effective in improving behavior with (65%) of happiness by the child at the end of treatment technique 2 proved otherwise with a (45%) of sadness at the end of treatment and technique in March as the two helped not improve the child's behavior with (70%) of sadness by the child end of treatment. **Conclusions:** Technique 1 was more effective in improving the behavior of the collaborating children, or with children who had previous experience in dental consultations, technique 2 and 3 are very effective for dental treatment, but not to improve the child's behavior, Since the "Baca Ortiz Hospital" is attended by uncooperative children with negative antecedents in the consultation.

ÍNDICE

1. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	3
2. CAPÍTULO II. OBJETIVO	4
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
2.3 HIPÓTESIS ALTERNATIVA.....	4
3. CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1 PACIENTE PEDIÁTRICO	5
3.1.1 Recién nacido	5
3.2 EDADES	6
3.2.1 Un año de edad	6
3.2.2 Dos años de edad.....	6
3.2.3 Tres años de edad	6
3.2.4 Cuatro años de edad.....	6
3.2.5 Cinco años de edad	6
3.2.6 Seis años de edad	7
3.3 TIPOS DE CONDUCTA	7
3.3.1 Conducta Positiva	7
3.3.2 Conducta negativa	7
3.3.3 Conducta indefinida	7
3.3.4 Cooperador	7
3.3.5 Cooperador tenso	8
3.3.6 Descontrolado-rebelde.....	8
3.3.7 Agresivo-desafiante	8
3.3.8 Tímido.....	8
3.3.9 Lloroso	9

3.4 TEMOR Y ANSIEDAD	9
3.5 PRESENCIA DE LOS PADRES.....	10
3.5.1 Ergonomía pediátrica.....	10
3.6 COMUNICACIÓN.....	11
3.7 PROFILAXIA	11
3.8 ANESTESIA	12
3.9 APLICACIÓN DE SELLADOR O BARNIZ FLUORADO.....	12
4. CAPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODO	13
4.1 TIPO DE ESTUDIO	13
4.2 UNIVERSO.....	13
4.3 MUESTRA.....	13
4.3.1 Criterios de inclusión.....	13
4.3.2 Criterios de exclusión.....	13
4.4 DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO	13
5. CAPÍTULO V. RESULTADOS.....	16
5.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	16
6. CAPÍTULO VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	28
6.1 DISCUSIÓN.....	28
7. CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31
7.1. CONCLUSIONES.	31
7.2. RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS	32
ANEXOS	38

1. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

En Odontopediatría la atención dental requiere varias consideraciones importantes como es la posición del niño en el sillón odontológico, muchas veces estas se pasan por alto durante la planificación del tratamiento (Julio C. Isaias, 2013).

La correcta posición y armonía del hombre junto con la práctica de las ciencias biológicas humanas se la conoce como ergonomía (Pirvu, 2014).

En odontología la ergonomía es fundamental tanto para el odontólogo como para el paciente pediátrico, ya que ayuda a la atención del mismo. Además, con la participación del padre o de la madre tendremos una mayor eficacia en pacientes con una conducta negativa (Bozkurt, 2016).

Debido al comportamiento del paciente pediátrico, el especialista necesita adquirir conocimiento y entrenamiento del desarrollo emocional y fisiológico del paciente pediátrico para así poder realizar los diferentes tratamientos (Stein, 2014).

En el día a día se atiende una gran cantidad de pacientes, diferentes edades y género; pero al momento de atender un paciente pediátrico es muy diferente debido a que los pacientes pediátricos no tienen la suficiente capacidad de razonar como la de un adulto (Valderrama Melissa, 2011).

Al momento de atender al paciente, el odontopediatra debe conocer las diferentes técnicas que se procederá a realizar. Es de mucha importancia saber qué papel cumple el padre o madre de familia del infante para mantener esa relación existente, ya que de esta manera agregando la inteligencia y la práctica se lograría una excelente triada: niño- papá o mamá-estomatólogo (Pirvu, 2014).

Es de mucha importancia aplicar con eficacia las diferentes técnicas ergonómicas, debido a que los pacientes pediátricos desarrollan traumas por el mal manejo del odontólogo, y esto influye de manera negativa en la consulta odontológica tanto para el odontólogo como para el paciente, así como también para el padre, madre o familiar que acompañe al niño. Hay que informar al padre o madre de toda técnica que se va a realizar, debido a que ellos formaran parte del tratamiento para una mejor atención y mejor comportamiento del paciente pediátrico (Noemí Bordoni, 2010).

El uso de restrictores físicos es una técnica que está disponible para el odontólogo, todo dependerá del tipo de paciente y también del comportamiento de los padres para que el paciente no tenga ningún tipo de trauma (Gorän Koch, 2011).

El diseño adecuado del ambiente de Odontopediatría, combinado con el empleo de musicoterapia, distractores, refuerzo positivo, el empleo del juego y la imaginación, el empleo de la anestesia local para prevenir el dolor durante un procedimiento dental y la elección de un adecuado instrumental, deben ser vistas como parte del manejo ergonómico de una atención especializada, que justamente nos diferencia como especialistas entre la gran oferta que surge en nuestra sociedad; se espera de los profesionales que empleen todas las herramientas posibles para una atención de alta calidad y sobre todo la más cómoda para el paciente (Nissan, 2016).

1.2 Justificación

En la actualidad no existe un estudio, aplicado a nuestro medio para el mejoramiento de la atención del paciente pediátrico.

Por lo anteriormente expuesto, es importante conocer y diferenciar que técnica es la mejor de acuerdo al tipo de paciente pediátrico que se realizara.

El principal motivo, es ayudar a los odontopediatras del Hospital Baca Ortiz a una mejor atención y a los alumnos que cursan clínicas en la facultad de Odontología, debido a que tienen poca experiencia con pacientes pediátricos y carecen de información sobre las diferentes técnicas de ergonomía.

2. CAPÍTULO II. OBJETIVO

2.1 Objetivo general

Evaluar la validez de las tres técnicas de ergonomía aplicada en pacientes pediátricos para mejorar su conducta durante la atención.

2.2 Objetivos específicos

1. Valorar que técnica es la más eficaz al momento de mejorar la conducta del niño.
2. Comparar la conducta del paciente pediátrico entre las tres técnicas a evaluar.
3. Calificar la actitud de los padres frente al tratamiento odontopediátrico con las tres técnicas de ergonomía mencionadas.
4. Observar la conducta del niño frente a las 3 técnicas de acuerdo con la edad y el género.

2.3 Hipótesis alternativa

Si habrá diferencia significativa entre las técnicas de ergonomía en pacientes pediátricos para mejorar de la conducta en la consulta odontológica.

3. CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

3.1 Paciente pediátrico

El comportamiento del bebe en el consultorio odontológico es muy variable, existen distintos factores tales como el ambiente sociocultural en el cual se observa el trato del niño en la casa y la forma del comportamiento familiar, el nivel de madurez del bebé en correlación con su personalidad, estado de ansiedad y salud. El miedo es característico de una infancia normal; es la manifestación de la necesidad que se va a reflejar en el niño. Esta característica aparece en distintos periodos de la vida del bebe y se encuentra asociada a cuatro tipos de desarrollo del paciente pediátrico: físico-motora, cognoscitiva, emocional y social, estos aspectos son los que producen diferentes actitudes en el tratamiento odontológico; debido a esto el estomatólogo tiene que encontrar la técnica que logre una experiencia positiva y agradable para el paciente odontopediátrico (Valderrama Melissa, 2011).

El estomatólogo tiene que entender que hay leyes básicas en el desarrollo de la maduración de las personas, no todas las personas tienen las mismas características, debido a esto el estomatólogo está en toda la capacidad de controlar y manipular ocasiones nuevas en el tratamiento odontológico con ayuda de su preparación académica para así triunfar en el tratamiento (Finkbeiner, 2011).

3.1.1 Recién nacido

El recién nacido expresa sus requerimientos y su entusiasmo mediante muecas y ruidos. El padre o la madre tienen que estar muy claros ante todo estos gestos y ruidos para poder atenderlo. Las muecas y ruidos avisan los diferentes estados de ánimo (Michelson, 2016).

3.2 Edades

3.2.1 Un año de edad

A esta edad empieza la maduración social del niño, es característico por sus enojos muy frecuentes, durante la exfoliación de los incisivos existe el enojo; después el niño siente curiosidad por su boca (Valleman, 2016).

3.2.2 Dos años de edad

A esta edad el niño se cansa muy rápido durante el tratamiento odontológico y necesita mucho tiempo para acostumbrarse al mismo, también es característico la poca capacidad de interactuar con otras personas debido a la dependencia de su madre (Schreier, 2016).

3.2.3 Tres años de edad

La indagación por lo que se encuentra a su alrededor es muy frecuente a esta edad, de igual manera aumenta la facilidad de conversar con otras personas y el anhelo de imitar todo lo que hacen otras personas (Schreier, 2016).

3.2.4 Cuatro años de edad

El niño confía en el mismo y siente curiosidad de aprender cosas nuevas, tiene una mayor facilidad de palabra, una gran actividad física y mental (Lochman, 2016).

3.2.5 Cinco años de edad

Presenta una mejor solidez emocional. Anhelo de ser aceptado y emotivo al elogio y reproche (Cooke, 2016).

3.2.6 Seis años de edad

Desinterés por arreglar y limpiar su habitación, existe variación en la simpatía y el desprecio (Pop-Jordanova, 2015).

3.3 Tipos de conducta

3.3.1 Conducta Positiva

El comportamiento del niño es de relajación y actitud positiva frente al tratamiento odontológico (Norberg, 2016).

3.3.2 Conducta negativa

La conducta es totalmente inapropiada en el sillón odontológico ya que expresa miedo, gritos y llanto debido a que hermanos o familiares transmitieron malos consejos acerca del dentista o simplemente desconocen acerca del odontólogo (Michelson, 2016).

3.3.3 Conducta indefinida

Su carácter es indefinido ya que al momento de estar sentado en la silla el niño es tranquilo y es muy cuidadoso a la exploración acompañado de temor, al momento de iniciar el tratamiento el niño reacciona de manera inadecuada acompañada del llanto (Elam, 2016).

3.3.4 Cooperador

El niño coopera en todos los tratamientos odontológicos ya que se encuentra relajado, sin miedo y alegre por lo que se está realizando, además existe una excelente comunicación con el dentista (Verzak, 2016).

3.3.5 Cooperador tenso

El odontólogo tiene que tener mucho cuidado con este tipo de niños, ya que esto depende si la conducta del niño es positiva o negativa en futuros tratamientos, es notoria esta actitud ya que es evidente la sudoración de manos y se quebranta su voz (Mullahi, 2016).

3.3.6 Descontrolado-rebelde

La reacción principal en estos niños es la “paleta” junto con el llanto irritable y el realizar movimientos fuertes de brazos y piernas. El papá o mamá tendrá que controlar la disciplina del niño caso contrario el odontólogo pondrá mano en el asunto (Lier, 2016).

3.3.7 Agresivo-desafiante

El dentista tiene que presentarse como un amigo demostrando fidelidad y tranquilidad al niño ya que sus padres estarán fuera de la consulta. Por lo general son niños de mayor edad que utilizan un lenguaje de no querer o de desprecio al tratamiento. Es un niño desconfiado, incomprendido y generalmente se encuentra de mal humor (Ferrara, 2016).

3.3.8 Tímido

El tratamiento tiene que ser suave, fabricando confianza en el niño por lo contrario si el dentista no tiene conocimiento de cómo hacer el abordaje el niño tomara una conducta descontrolada y llora en voz baja. Estos niños dependerán mucho de los padres ya que ellos consienten mucho a sus hijos y se encuentran sobreprotegidos (Palosaari, 2016).

3.3.9 Lloroso

El niño se queja por el mínimo movimiento del dentista y llora por todo sin razón alguna de dolor, el dentista tiene que poner autoridad y firmeza al hablar y así poder controlar la situación. Finalmente asegurarse de que no existan motivos de dolor y llanto en el niño (Tomcheck, 2015).

3.4 Temor y ansiedad

El temor (miedo) y la ansiedad logran perturbar el comportamiento del paciente pediátrico y de esta manera interrumpir el resultado del tratamiento. El temor o miedo es una respuesta de cara a una amenaza real que proviene de un cuerpo externo que es dañino y actúa en el plano anímico a la respuesta física al dolor. El miedo es una emoción que abarca un conjunto de reacciones esenciales en la supervivencia del niño o del individuo y es una reacción de alarma (D'Alessandro, 2016).

La ansiedad es un estado emocional, que proviene de fuentes internas como ilusiones y perspectivas no reales o insinuadas al paciente pediátrico por quienes se encuentran alrededor. Siempre irán de la mano el temor con la ansiedad, la ansiedad normal o útil es un nivel alto de ansiedad que se encuentra dentro del grupo de respuestas corrientes o adaptativas ante un entorno extraño y nuevo (ejemplo: la primera visita a la consulta dental). La ansiedad patológica o neurótica no guarda correlación con el riesgo que aparentemente la provoca e incluso continúa después de que haya desaparecido el mismo. Existen niños que aprenden habilidades negativas para poder manejar su ansiedad y escaparse del tratamiento dental así manipulando a sus padres. Son de aquellos pacientes pediátricos que, con gritar, llorar, desobedecer, no seguir instrucciones o patear van a sentir compasión, frustración o vergüenza por parte de los padres y lograr escaparse del tratamiento (Boj, 2012).

El dentista debe tomar en cuenta estos factores cuando se realice un análisis de la ansiedad en sus pacientes y así mejorar la conducta del niño (Nirmala, 2015).

3.5 Presencia de los padres

Es de mucha importancia que exista una relación padres-profesional, debido a que los padres son grandes aliados del odontopediatra para poder guiar en los hábitos de autocuidado, dieta, higiene oral, prevención y el apoyo al niño con los sentimientos de miedo y ansiedad. Varios autores contraindican que los padres estén presentes durante la cita odontológica del niño, refutando que causa interrupción en los procedimientos odontológicos (Pani, 2016).

Por otro lado, algunos odontopediatras creen que la presencia de los padres es mucha importancia y satisfactoria para los niños en la edad pre-escolar. Fundamentado en conocimientos sobre el proceso psicosocial y afectivo de los niños y la experiencia clínica, se llega a una concordancia con estos autores y se cree que la presencia de los padres es muy importante en la atención de los niños. La presencia de los padres torna al niño más seguro frente a la consulta, disminuye la ansiedad y el miedo. Los padres están ligados al odontopediatra para así lograr un vínculo más cercano con el niño, de esta manera poder orientar e indicar que postura deben tomar en el consultorio. Una madre con sensibilidad, confianza y autoestima ayuda a la capacidad del niño en cooperar con el dentista, en cambio es lo opuesto con las madres que carecen de autoestima, seguridad y sin poder de decisión (Lara, 2012).

3.5.1 Ergonomía pediátrica

Las correctas posiciones en el sillón odontológico del niño y la madre.

Las técnicas son las siguientes:

- A. La madre o padre podrá quedarse de pie a un lado del niño y del sillón odontológico.
- B. El representante estará sentado en el sillón odontológico, con una postura idéntica a la de cabalgar de cara al paciente odontopediátrico, teniendo libertad de participar de la atención de su niño, sin necesidad de esfuerzos.
- C. El representante deberá estar sobre la silla odontológica y el niño así controlando manos y piernas para una mejor atención (Muñoz, 2012).

3.6 Comunicación

La comunicación es la apertura para que un tratamiento sea satisfactorio, siendo clave para interactuar con el niño y el padre. El odontopediatra tiene que estar muy atento al habla del niño, a las manos si están sueltas (relajación) o sujetas al sillón odontológico (tensión), a los latidos del corazón colocando las manos sobre el pecho, al llanto, en fin, a toda señal de ansiedad. Existe una técnica muy utilizada en odontopediatría decir-mostrar-hacer, es de mucha ayuda ya que reduce la expectativa del niño sobre lo que está por venir, tornándose más seguro. Otra técnica empleada en el área de odontopediatría, es orientar al niño a que levante la mano cuando le incomode algo para que el profesional se detenga y pregunte lo que está mal (Takeuchi, 2016).

3.7 Profilaxia

Se procederá a decir las siguientes frases: voy a bañar a tu dientecito. Primero vamos a utilizar una escobita para que tu diente quede blanco, ahora lo vamos a lavar con mucha agua y llamaremos al patito (eyector de saliva) a que se lleve toda el agua (Gomes, 2016).

3.8 Anestesia

¿Tú no duermes en las noches y después te despiertas? (preguntando al niño). Entonces tu dientecito se va a dormir y luego se despertará en tu casita (mientras se aplica el anestésico tópico) y ahora hay que llamar a la abejita (jeringa carpule) para que nos ayude a dormir a tu dientecito con un agua dormilona (mientras se coloca el anestésico) (Morwarld, 2017).

3.9 Aplicación de sellador o barniz fluorado

Ahora vamos hacer un dibujito en tu dientecito con unas pinturas para dejarlo bien bonito.

Otras explicaciones metafóricas pueden ser usadas, tales como:

- Colocación del ácido: vamos a colocarte una pintura azul con sabor a limón.
- Torunda de algodón: almohada para el dientecito.
- Alta rotación: duchita.
- Baja rotación: tractorcito (Nahás, 2009).

4. CAPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODO

4.1 Tipo de estudio

De acuerdo a las características del estudio es de tipo descriptivo y analítico.

4.2 Universo

El universo estará conformado por pacientes pediátricos que acudan a la atención odontológica en el Hospital Baca Ortiz.

4.3 Muestra

La muestra fue intencionalmente conformada por 60 pacientes que deberán cumplir los criterios de inclusión y exclusión.

4.3.1 Criterios de inclusión

Pacientes entre 3 a 5 años.

Pacientes que acudan con su representante.

Pacientes que se realicen profilaxis, sellantes y restauraciones.

4.3.2 Criterios de exclusión

Pacientes con enfermedades sistémicas y síndromes.

Pacientes que necesiten realizarse exodoncias, pulpectomía y pulpotomía.

Pacientes con representantes que no acepten participar en el estudio.

4.4 Descripción del método

El método que se utilizó es de observación directa, obtenida después de aplicar las tres técnicas de ergonomía.

En un principio los pacientes que cumplan todos los criterios, luego se procederá a explicar al representante la técnica que se va a realizar y aceptar el consentimiento informado.

La técnica 1 a emplear es: el representante podrá quedarse de pie al lado de la silla odontológica, pero de forma que no interfiera en el espacio de trabajo del profesional, en caso que sea necesario podrá sujetar las muñecas y apoyarse arriba de las rodillas del hijo. Esta técnica se aplicará a 20 pacientes pediátricos.

La técnica 2 a ejecutar es: el representante estará sentado en el sillón odontológico, con una postura idéntica a la de cabalgar de cara al paciente odontopediátrico, teniendo libertad de participar de la atención de su niño, sin necesidad de esfuerzos. Esta técnica se aplicará a 20 pacientes pediátricos.

La técnica 3 a realizar es: el representante deberá estar sobre la silla odontológica y el niño así controlar manos y piernas para una mejor atención. Esta se aplicará a 20 pacientes pediátricos.

Para ver si mejoramos la conducta del niño utilizaremos la escala FIS (Face Image Scale)

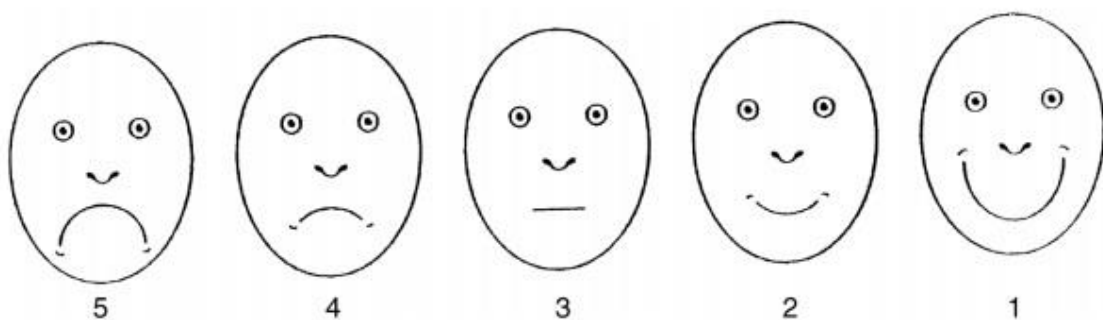


Figura 1. Escala FIS (Face Image Scale) para valorar la ansiedad dental en los niños.

Tomado de: (Espinoza, 2012)

Siendo:

1.- muy feliz

2.- feliz

3.- normal

4.- triste

5.- muy triste

Con esta escala lograremos validar que técnica de ergonomía es la mejor para así poder ayudar tanto como a los profesionales del Hospital Baca Ortiz y a los alumnos del Centro de Atención Odontológico de la UDLA.

Tabla 1. Operacionalización de variables.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Ergonomía	<p>Una de las técnicas es: que la mamá sujetará las manos y se apoyará sobre las rodillas del hijo para contener los movimientos de las piernas.</p> <p>La segunda técnica es: La madre estaría echada en la silla odontológica. Frente al niño de cúbito apoyado sobre los codos y así restringir las manos y las piernas.</p> <p>La tercera técnica es: La madre podrá echarse de cúbito dorsal en la silla dental y el niño quedará echado sobre su tórax. (Julio C. Isaías, 2013)</p>	-Eficacia	Face Image Scale	Muy feliz
		-Fracaso		Feliz
				Normal
				Triste
				Muy triste
Conducta	<p>La noción de conducta padece de cierta imprecisión. Sinónimo de comportamiento, con dicho término nos referimos a las acciones y reacciones del sujeto ante el medio. Generalmente, se entiende por conducta la respuesta del organismo considerado como un todo. (Reyes D., 2012)</p>	-Eficacia	Face Image Scale	Muy feliz
		-Fracaso		Feliz
				Normal
				Triste
				Muy triste
Edad			Años cumplidos	3-5 años
Sexo			Masculino	porcentaje
			Femenino	

5. CAPÍTULO V. RESULTADOS

5.1 Análisis de los resultados

Se realizaron un total de 60 hojas descriptivas de la conducta del niño de 3 a 5 años de edad que fueron sometidos a las técnicas de ergonomía. La presente investigación se basa en la presentación de resultados desde un punto de vista: descriptivo.

Tipo de análisis Frecuencia

Consiste en operacionalizar las variables (hacerlas medible) a continuación se realiza un conteo de repeticiones y se establecieron los respectivos promedios y porcentajes.

Comparación de reacciones por edad

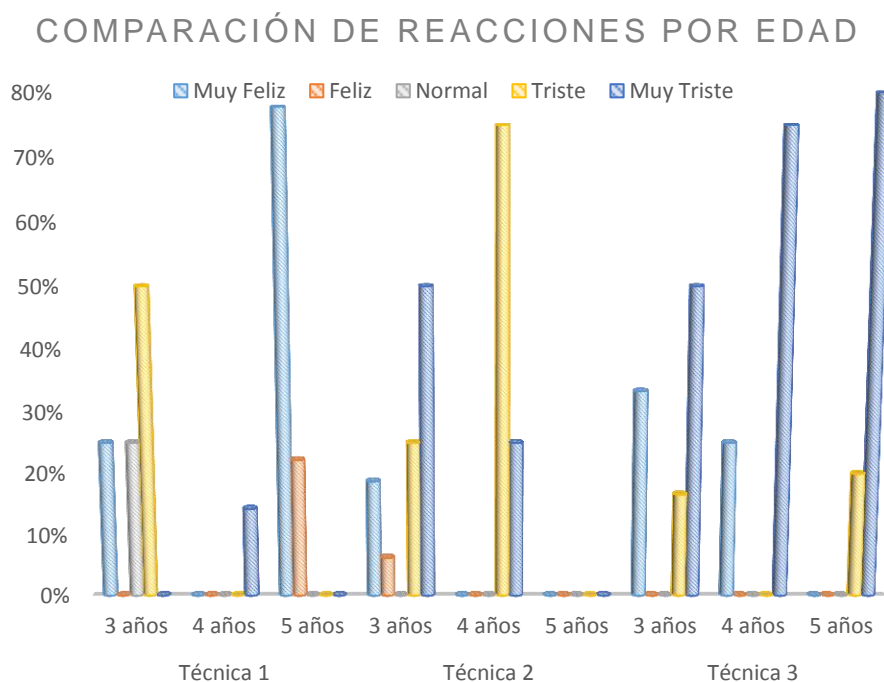


Figura 2. Comparación de reacciones por edad

En la técnica 1 los niños de 3 años solo un 25% expresaron con la conducta muy feliz, otro 25% tuvieron una expresión normal y un 50% tristes. Los niños de 4 años solo un 57.14% se manifestaron muy feliz y un 14,28% muy triste. Los niños de 5 años mostraron un 77,77% muy feliz y un 22,22% feliz.

En la técnica 2 los niños de 3 años un 18,75% su conducta fue muy feliz, un 6,25% feliz, otro 25% triste y un 50% muy triste. Por otro lado, en los niños de 4 años de edad se obtuvo un 75% triste y un 25% muy triste. En esta técnica no hubo niños de 5 años.

En la técnica 3 los niños de 3 años solo un 33,33% se mostraron muy feliz, un 16,66% triste y un 50% muy triste. En los niños de 4 años un 25% reflejaron la conducta muy feliz y un 75% muy triste. En los niños de 5 años un 20% se manifestaron tristes y el 80% muy tristes.

Comparación de reacciones por género

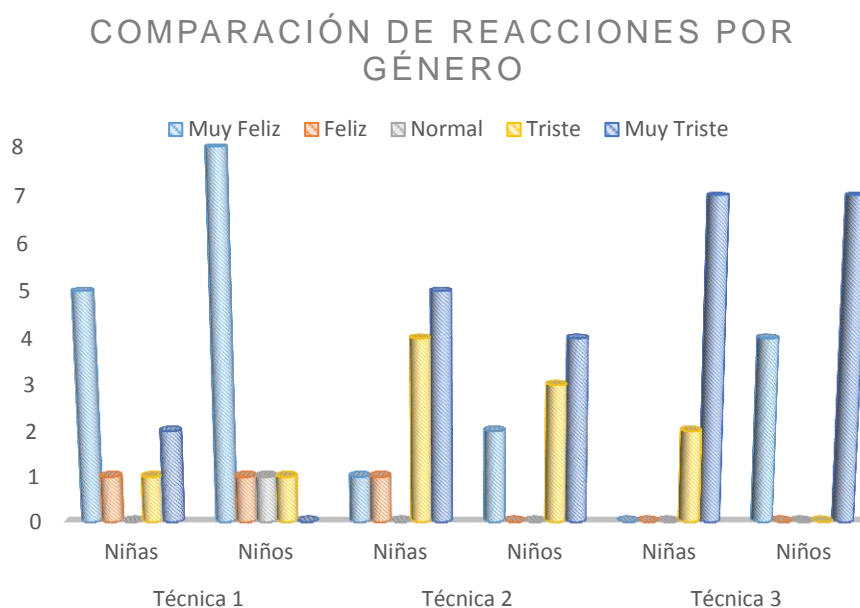


Figura 3. Comparación de reacciones por género

Las niñas en la técnica 1 se observaron en un 55,55% muy feliz otro 11,11% feliz y el mismo porcentaje tristes y un 22,22% muy tristes. Por otro lado, los niños obtuvieron valores más elevados de 72,72% muy feliz, un 9,09% feliz otro 9,09% normal y un 9,09% triste.

Los niños en la técnica 2 obtuvieron un valor de 22,22% en la conducta muy feliz, un 33,33% tristes y un 44,44% muy tristes. Por otro lado, las niñas mostraron un 9,09% muy feliz otro 9,09% feliz, un 36,36% tristes y un 45,45% muy tristes.

En la técnica 3 las niñas obtuvieron un 22,22% tristes y un 77,77% muy tristes. En cambio, los niños lograron valores de 36,36% muy feliz y un 63,63% muy tristes.

Test de significación estadística

Técnica 1	Técnica 2	Técnica 3
P1= 75%	P2= 20%	P3= 20%
P1=0,75	P2= 0,2	P3= 0,2
$P = \frac{P1+P2+P3}{3} = \frac{0,75+0,2+0,2}{3} = 0,383$		

(Ecuación 1)

$$\text{Error Estándar} = \sqrt{p(1-p)(1 \div n1 + 1 \div n2 + 1 \div n3)}$$

(Ecuación 2)

$$\sqrt{0,383(1-0,383)(1 \div 20 + 1 \div 20 + 1 \div 20)}$$

(Ecuación 3)

$$= 0,05727$$

$$\text{Error Estándar} = 0,05727 \times 1,96 = 0,11$$

(Ecuación 4)

La diferencia

$$(P1-P2-P3) = 0,75-0,2-0,2 = 0,35$$

(Ecuación 5)

Supera el valor 0,11 concluimos que la diferencia entre 0,75; 0,2; 0,2; corresponde al porcentaje de las 3 técnicas SI es significativa estadísticamente. Rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alternativa.

Resultados generales

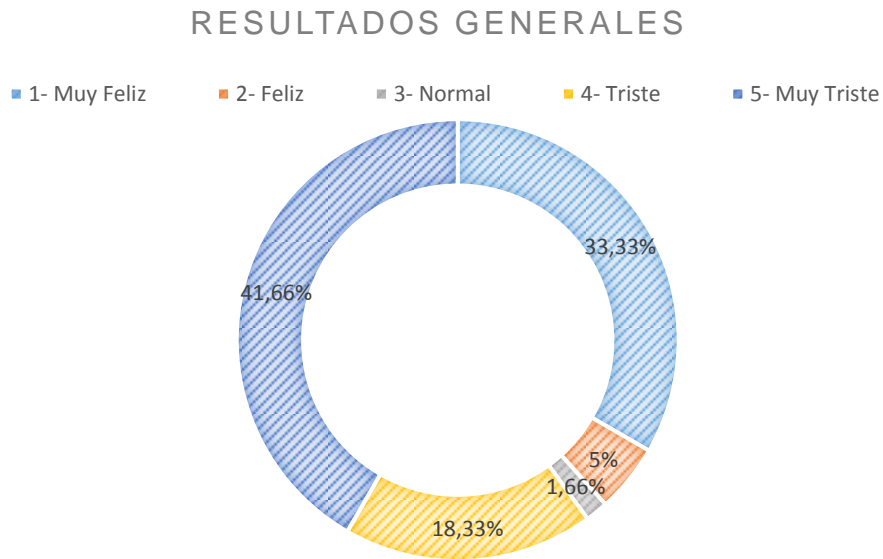


Figura 4. Total de pacientes atendidos en las tres técnicas.

- Muy feliz: 20 pacientes (33,33%)
- Feliz: 3 pacientes (5%)
- Normal: 1 paciente (1,66%)
- Triste: 11 pacientes (18,33%)
- Muy triste: 25 pacientes (41,66%)

De los 60 niños que acudieron al “Hospital Baca Ortiz”, se tomó 20 niños para cada técnica, existiendo una diferencia abrumadora de pacientes poco colaboradores y con una conducta negativa.

Resultados de la primera técnica

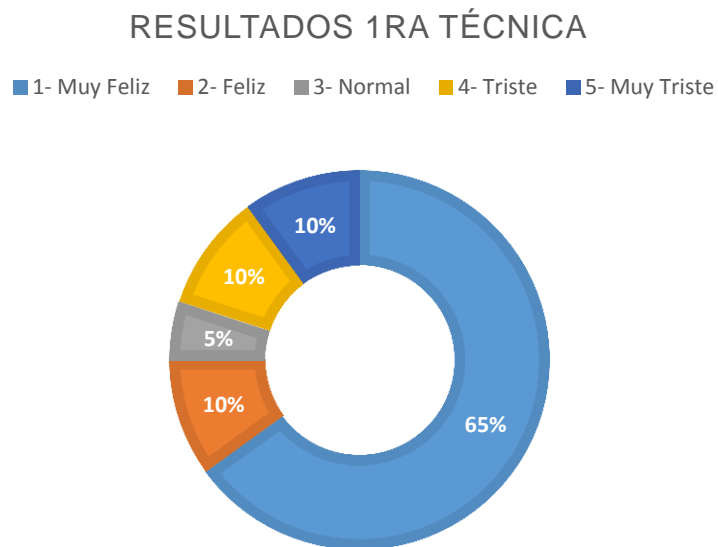


Figura 5. Tabla de resultados de la 1er técnica

- Muy feliz: 13 pacientes (65%)
- Feliz: 2 pacientes (10%)
- Normal: 1 paciente (5%)
- Triste: 2 pacientes (10%)
- Muy triste: 2 pacientes (10%)

En la primera técnica la conducta del niño fue positiva en mayor porcentaje frente al tratamiento odontológico.

Resultados de la segunda técnica

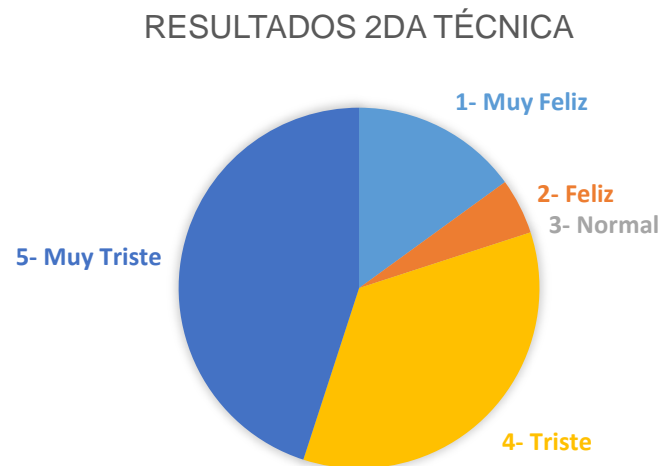


Figura 6. Resultados de la 2da técnica.

- Muy feliz: 3 pacientes (15%)
- Feliz: 1 paciente (5%)
- Normal: 0 paciente (0%)
- Triste: 7 pacientes (35%)
- Muy triste: 9 pacientes (45%)

En esta técnica la conducta del niño fue poca colaboradora y no tan eficaz en el manejo del mismo frente al tratamiento odontológico.

Resultados de la tercera técnica

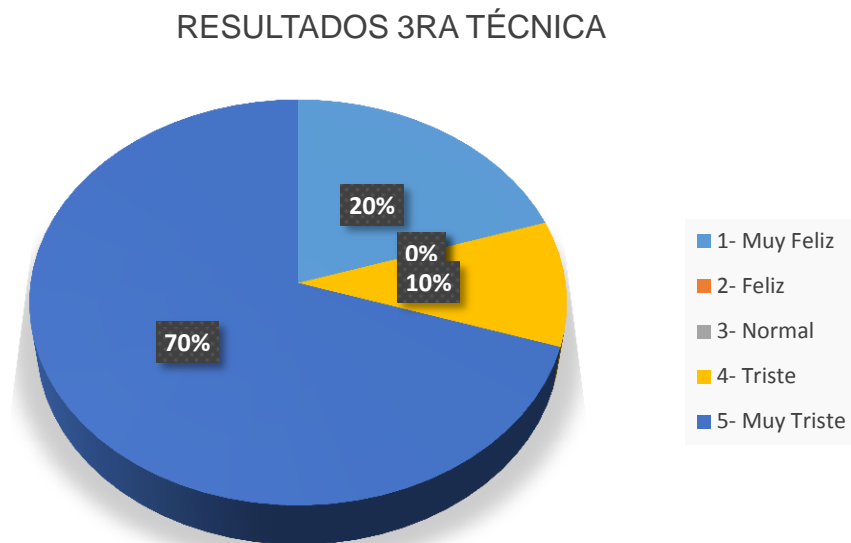


Figura 7. Resultados de la 3ra técnica.

- Muy feliz: 4 pacientes (20%)
- Feliz: 0 paciente (0%)
- Normal: 0 paciente (0%)
- Triste: 2 pacientes (10%)
- Muy triste: 14 pacientes (70%)

La conducta del niño fue negativa pero eficaz al momento de realizar cualquier tipo de tratamiento odontológico siendo una de las técnicas más utilizadas en el "Hospital Baca Ortiz".

Muy feliz

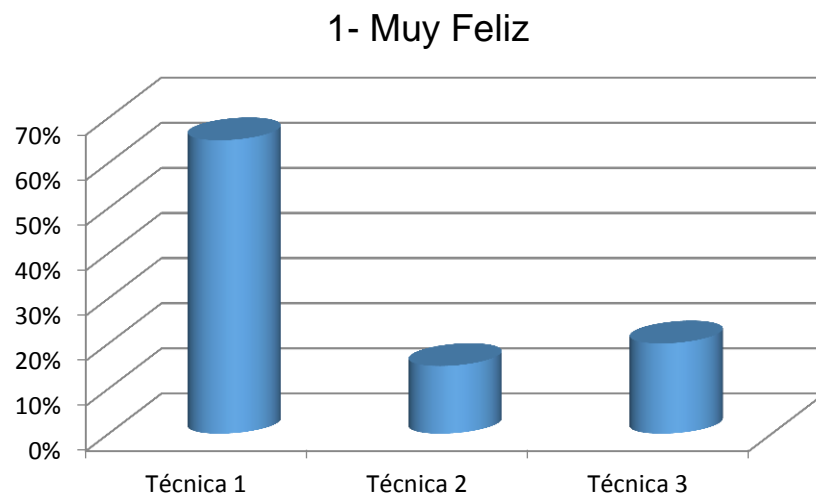


Figura 8. Tabla de resultados del estado muy feliz.

La técnica que tuvo una mayor aceptación por parte del niño fue la primera con un 65%, seguido de la técnica 3 con un 20% y por último la técnica 2 con un 15%.

Feliz

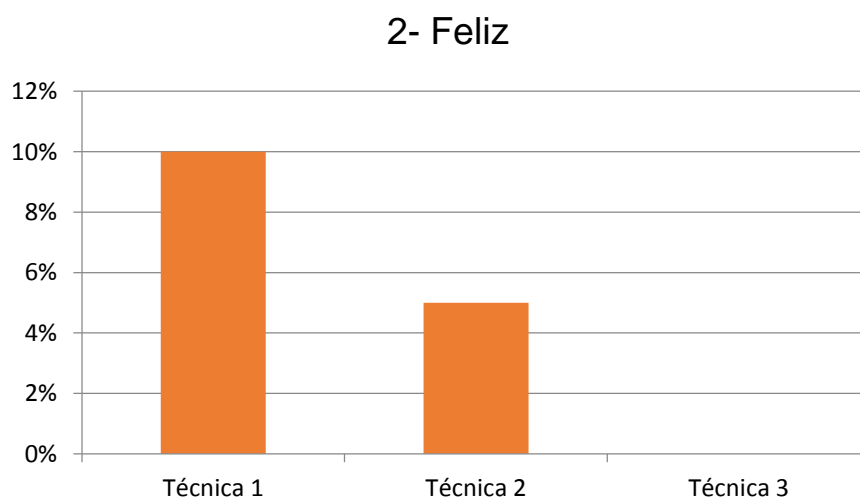


Figura 9. Tabla de resultados del estado feliz.

De acuerdo a los valores obtenidos la técnica 1 es la que predomina con un 10% con las demás técnicas, seguido de la técnica 2 con un 5%.

Normal

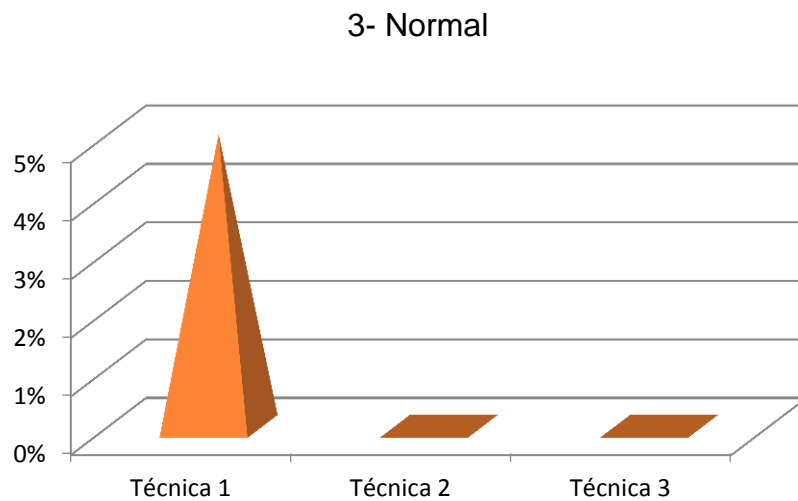


Figura 10. Tabla de resultados del estado emocional

A un niño no se diferenci3 el estado emocional al final del tratamiento si estaba muy feliz o muy triste por lo tanto se lo considero un paciente colaborador ya que se pudo realizar el tratamiento odontol3gico.

Triste

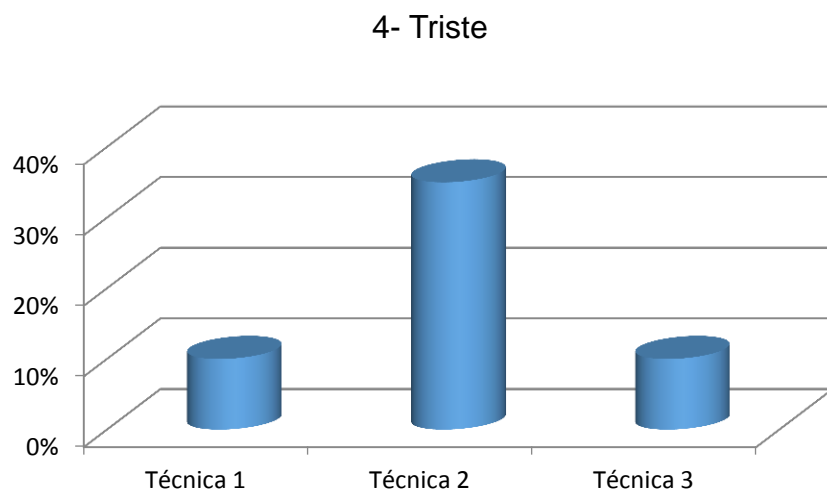


Figura 11. Tabla de resultados del estado emocional triste.

Fue el tercer estado más frecuente en la tabla emocional, con presencia de niños poco colaboradores que se negaban a ser atendidos, por lo cual era notorio el estado emocional en su rostro, la técnica que domino fue la 2 con un 35% seguido de la técnica 3 con un 10% al igual que la técnica 1.

Muy triste

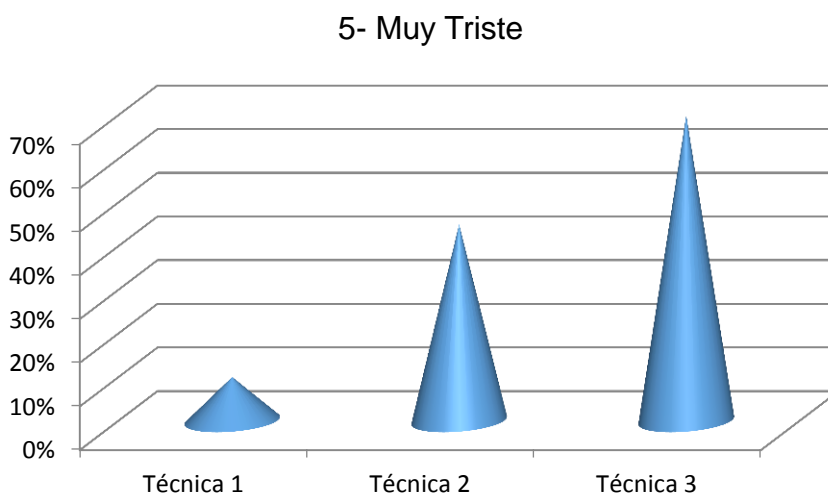


Figura 12. Tabla de resultados del estado muy triste.

Fue el primer estado emocional en la tabla de resultados, ya que la mayoría de niños que acuden al “Hospital Baca Ortiz” tienen un alto riesgo de caries, por ende, al momento de realizar un tratamiento presentan temor al odontólogo y al instrumental por algún antecedente en la consulta. La técnica 1 demostró valores de un 70%, la técnica 2 un 45% y la técnica 3 un 10%.

Comparación de las tres técnicas y sus respectivas reacciones.

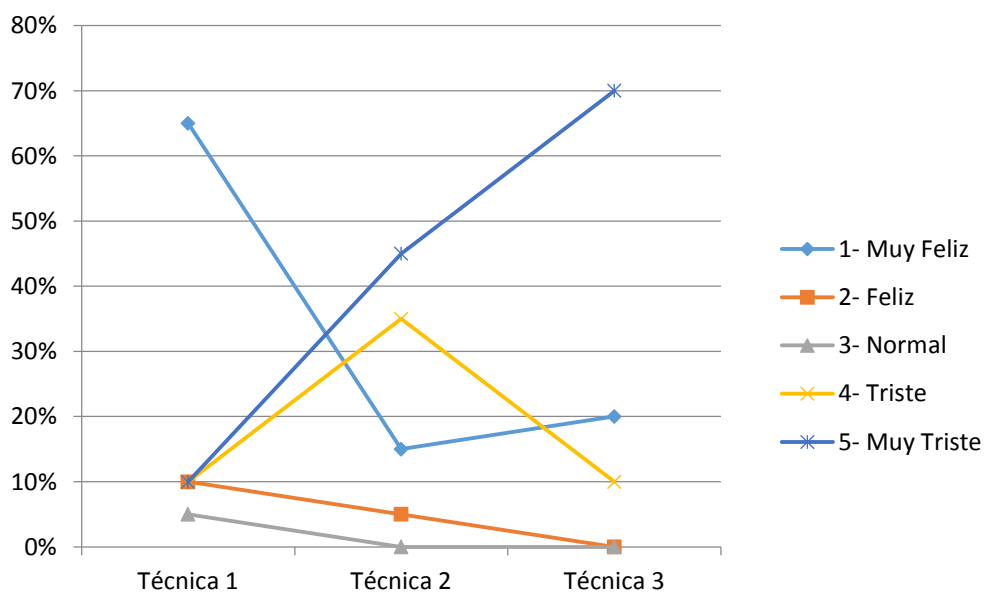


Figura 13. Comparación de las tres técnicas y sus respectivas reacciones.

Como se observa en el gráfico la técnica 1 con un 65% tuvo una mayor incidencia del estado emocional muy feliz, los valores bajaron drásticamente en la técnica 2 con un 15%, al igual que en la técnica 3 con un 20%. De tal manera que en la técnica 1 si existió una mejoría de la conducta del niño, debido a que eran pacientes colaboradores o ya tenían una excelente experiencia en la consulta odontológica.

Por otro lado, el estado emocional muy triste tuvo una mayor incidencia en la técnica 3 con un 70%, y la técnica 2 con un 45%, la cual se aplicaba a todos los niños pocos colaboradores siendo muy eficaz para el tratamiento odontológico, pero no para mejorar la conducta del mismo. En la técnica 1 la disminución de los valores con un 10% del estado emocional muy triste fue muy drástico.

6. CAPÍTULO VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Discusión

En el presente estudio se valoró cuál de las tres técnicas de ergonomía mejora la conducta del paciente pediátrico frente al tratamiento odontológico, utilizando el test Face Image Scale para así medir la conducta del niño durante el tratamiento, por lo cual se tomó a 20 niños para cada técnica junto la participación del padre o madre del mismo. Se obtuvo que en la técnica 1 la conducta de los niños fue positiva con un 65% frente a las otras 2 técnicas. En el estudio de García en el 2007 se reporta que la técnica decir-mostrar-hacer fue la técnica en la que hubo una mejoría de la conducta frente al tratamiento (García A. , 2007).

García menciona en su estudio que la técnica mano sobre boca es buena para aplicar al niño y poder atender al mismo con una explicación previa de la técnica, ya que es un tanto agresiva para el niño, también menciona que si no se explica correctamente las técnicas que se va a realizar puede existir un trauma de parte del niño (García Y. , 2006).

Hay que tomar en cuenta que la técnica decir-mostrar-hacer que menciona García es una técnica previa al tratamiento para mejorar la conducta del niño, puesto que si fracasa se aplicara una de las técnicas mencionadas para que el profesional pueda trabajar de una mejor manera y así mejorar la conducta del paciente pediátrico.

Bustos menciona en su estudio que las técnicas comunicativas o básicas no son suficiente para el profesional para poder mejorar la conducta del niño y una de las técnicas que más se utiliza es la sedación, ya que el odontopediatra puede trabajar de una mejor manera y así realizar todos los problemas bucales del niño en una sola cita (Bustos, 2015).

En nuestro estudio también se observó que la técnica 3 (mamá sobre niño sujetando manos) fue una de las más utilizadas por parte de los odontopediatras, ya que existe un mayor control del niño sin traumas y daños psicológicos para el mismo, para el odontopediatra es la primera técnica a elección puesto que así pueden trabajar de una manera eficaz mientras que los padres demuestran satisfacción al poder observar el trabajo del odontólogo y de la técnica.

Lopera y un grupo de estudiantes, en el estudio realizado en la Facultad de Odontología en la Universidad Cooperativa de Colombia en 2012, sobre el manejo de la conducta de paciente pediátrico observaron que la técnica decir-mostrar-hacer hubo un 74,5% de comportamiento positivo frente a ella, con la técnica control de voz demostró un comportamiento negativo con un 41,6% y la técnica restricción física hubo un comportamiento totalmente negativa con un 56,9% (Lopera, 2012).

Por otro lado, Cruz en su estudio, propone la musicoterapia como una alternativa para mejorar la conducta del niño, lo cual dieron resultados positivos ya que todos los niños que fueron sometidos a la musicoterapia mostraron una conducta receptiva y colaboradora al momento de ser atendidos y teniendo una gran ventaja ya que esta técnica fue aceptada por padres o tutores. La música logra reducir la tensión y la ansiedad del niño, influyendo en el sistema nervioso, respiratorio y circulatorio, obteniendo un ambiente tranquilo y adecuado al momento de realizar cualquier tratamiento odontológico (Cruz, 2005).

En el presente estudio, la técnica 1 (madre sujetando la mano del niño) la conducta fue positiva en niños de 4 y 5 años, ya que tienen una mejor predisposición para acatar órdenes y responder a las mismas también hay que tomar en cuenta que el padre o representante al momento de sujetar la mano del niño transmite seguridad y confianza de que no le sucederá nada a lo largo del tratamiento dental y eso es de gran ayuda para el odontopediatra.

Pérez enfatiza en su estudio sobre la técnica de distracción audiovisual, donde se obtuvo que un 67,39% cambió su conducta al observar videos sobre dibujos animados o programas de niños en el procedimiento de colocación de anestesia local, por su parte los padres reaccionaron de una manera positiva frente esta técnica (Pérez, 2011).

Mientras que la técnica 2 (madre sobre el niño en forma de montar) en esta técnica no hubo aceptación de parte del representante ya que es incómodo al momento de montarse al sillón y no existe un buen control del niño en el tratamiento y el profesional no puede realizar de forma correcta el tratamiento odontológico.

7. CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones.

La técnica 1 tuvo mayor eficacia, tanto en mejorar la conducta del niño, como su actitud, durante la consulta odontológica indistintamente del género. Mientras que no hay diferencia significativa de la actitud de los padres frente a las 3 técnicas, debido a que se mostraron dispuestos a seguir las indicaciones con la finalidad de que su hijo mejore la conducta.

7.2. Recomendaciones

Se recomienda a los profesionales y a los estudiantes de la facultad de odontología de la UDLA, aplicar una de las tres técnicas para así poder mejorar la conducta del niño frente a cualquier tratamiento a realizar.

Se invita a los docentes de la facultad de odontología de la UDLA, informar al estudiante sobre las técnicas de ergonomía para mejorar la conducta del niño en la clínica.

Disminuir el temor en los niños, formando una excelente triada odontólogo-niño-padre.

Realizar un estudio de las diferentes técnicas de ergonomía en la Facultad de Odontología de la UDLA.

REFERENCIAS

- Boj, J. (2012). *Odontopediatría*. Barcelona-España: MASSON S.A.
- Bozkurt, S. (8 de December de 2016). *Risk factors associated with work-related musculoskeletal disorders in dentistry*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27917817>
- Bustos, A. (2015). GRADO DE ACEPTACIÓN DE LOS PADRES ANTE LA RESTRICCIÓN COMO TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA EN NIÑOS DE 0 A 8 AÑOS DE EDAD EN UNA COMUNIDAD RURAL DE HUÁNUCO-PERÚ. *Revista de investigación de la Universidad Norbert Wiener*, 57-68.
- Cooke, J. (2016). Children's emotion understanding and mother-child attachment: A meta-analysis. *PubMed*.
- Cruz, C. (2005). La música como medio alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. *Revista Estomatologica Herediana* , 46-49.
- D'Alessandro, G. (7 de June de 2016). *Fear of dental pain in Italian children: child personality traits and parental dental fear*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26613212>
- Elam, K. (15 de March de 2016). *Non-Residential Father-Child Involvement, Interparental Conflict and Mental Health of Children Following Divorce: A Person-Focused Approach*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26692236>
- Espinoza, P. (2012). Ansiedad dental de niños de 6 años beneficiarios del programa de Salud Oral integral en la región metropolitana. *Repositorio Academico de la Universidad de Chile*, 35-45.
- Ferrara, P. (2016). Child abuse and neglect: A review of the literature. *PubMed*.
- Finkbeiner. (2011). *Four-Handed Dentistry Revisited. The Journal of contemporary dental practice*. Obtenido de <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001>
- García, A. (2007). Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el

- odontopediatra comparando tres metodos de informacion. *Revista Odontológica Mexicana*, 135-139.
- García, Y. (2006). Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. *Revista Odontológica Mexicana* , 126-130.
- Gomes, H. (18 de Agust de 2016). *Professional dental prophylaxis increases salivary cortisol in children with dental behavioural management problems: a longitudinal study*. Obtenido de PubMed.
- Gorän Koch, S. P. (2011). *Odontopediatría: Abordaje Clínico*.
- Julio C. Isaias. (2013). *Ergonomía en Odontopediatría*. Lima: <http://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2013/2/art-9/>.
- Lara, A. (2012). Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 324-330.
- Lier, P. V. (13 de January de 2016). *Children's Elementary School Social Experience and Executive Functions Development: Introduction to a Special Section*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26687502>
- Lochman, J. (2016). Pre-Post Tornado Effects on Aggressive Children's Psychological and Behavioral Adjustment Through One-Year Postdisaster. *PubMed*.
- Lopera, M. (2012). Management of pediatric patient behavior by students of the Faculty of Dentistry, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín. *PubMed*, 59-65.
- Michelson, N. (20 de October de 2016). *Subjective Social Status and Psychological Distress in Mothers of Young Children*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27323755>
- Morwarld, E. (24 de January de 2017). *Incidence of Local Anesthetic Systemic Toxicity in Orthopedic Patients Receiving Peripheral Nerve Blocks*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28079735>

- Mullahi, A. A. (23 de November de 2016). *Regional early development and eruption of permanent teeth: case report*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27882508>
- Muñoz, F. E. (2012). Odontología Pediátrica. En F. E. Muñoz, *Odontología Pediátrica* (pág. 135). Madrid : RIPANO.
- Nahás, M. S. (2009). *Odontopediatría en la Primera Infancia*. Grupo Editorial Nacional.
- Nirmala, S. (15 de May de 2015). *Preferences of Dentist's Attire by Anxious and Nonanxious Indian Children*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26349797>
- Nissan, S. (12 de November de 2016). *Children's Responses to Sensory Stimuli and their Behavior in the Dental Office*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28052213>
- Noemí Bordoni, A. E. (2010). *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Panamericana.
- Norberg, A. (26 de June de 2016). *Different Aspects of Psychological Ill Health in a National Sample of Swedish Parents after Successful Paediatric Stem Cell Transplantation*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26785348>
- Palosaari, E. (20 de July de 2016). *Negative Social Relationships Predict Posttraumatic Stress Symptoms Among War-Affected Children Via Posttraumatic Cognitions*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26362037>
- Pani, S. (5 de Agust de 2016). *Objective assessment of the influence of the parental presence on the fear and behavior of anxious children during their first restorative dental visit*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27652248>
- Pérez, L. (2011). La Distracción Audiovisual Como Método Para Disminuir El Nivel de Ansiedad. *Revista ADM*, 23-46.
- Pirvu, C. (12 de June de 2014). *The dentist's operating posture - ergonomic aspects*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25184007>

- Pop-Jordanova, N. (2015). Some Psychological Aspects of T1DM in Children and Adolescents. *PubMed*.
- Schreier, H. (2016). Child maltreatment and pediatric asthma: a review of the literature. *PubMed*.
- Stein, L. (5 de April de 2014). *Physiological and behavioral stress and anxiety in children with autism spectrum disorders during routine oral care*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25114916>
- Takeuchi, R. (16 de December de 2016). *Evaluation of the child oral health promotion 'MaliMali' Programme based on schools in the Kingdom of Tonga*. Obtenido de PubMed.
- Tomcheck, S. (9 de September de 2015). *Sensory Pattern Contributions to Developmental Performance in Children With Autism Spectrum Disorder*. Obtenido de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26356661>
- Valderrama Melissa, V. M. (2011). Evaluation of management of pediatric patients with diagnosis of dengue in a children's clinic of medium complexity in accordance with the new guideline to the WHO. *Revista Colombiana Salud Libre*, 33-44.
- Valleman, S. (2016). Psychological wellbeing and quality-of-life among siblings of paediatric CFS/ME patients: A mixed-methods study. *PubMed*.
- Verzak, Z. (10 de December de 2016). *Psychosocial and Economic Status of the Parents with Children with and without Tooth Trauma*. Obtenido de PubMed.

ANEXOS

Anexo 1

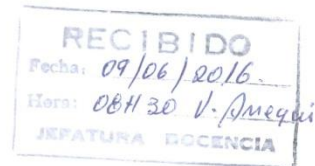
Presupuesto

RUBROS	VALOR
Equipos	50.00
Materiales y Suministros	50.00
Viajes Técnicos	30.00
Subcontratos y servicios (Ej. Estadístico)	100.00
Recursos Bibliográficos y Software	10.00
Entrega final de la tesis (borradores y empastado)	50.00
Transferencia de resultados (Publicaciones o eventos)	100.00
Total	390.00

Cronograma

	Mes			
	1	2	3	4
Inscripción del tema (inicio de TIT)	X			
Planificación (revisión de texto con tutor)	X			
Prueba Piloto	X			
Recolección definitiva de la muestra		x		
Análisis de resultados		x		
Redacción de la discusión			x	
Redacción del texto final			x	
Presentación del borrador a los correctores				x
Entrega del empastado				x
Segunda entrega a los profesores correctores				X

Anexo 2



Quito, 8 de junio de 2016

Señor Doctor
Carlos Valencia
Director Departamento de Docencia del Hospital Baca Ortiz
Presente

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de mi parte, a la vez deseo solicitar de la manera más respetuosa su autorización para que el alumno Cristian Andrés Robalino Ruiz estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, con número de matrícula 502142 y número cédula de identidad 1723311310, para que realice el trabajo de investigación en el área de Odontología Pediátrica del Hospital Baca Ortiz, con el fin de desarrollar un estudio descriptivo y analítico sobre la validez de tres técnicas de ergonomía dental para pacientes pediátricos que oscilen en las edades entre 3 a 5 años que asistan a las consultas de Odontología del Hospital Baca Ortiz.

Éste trabajo contribuirá en la atención del área de clínicas de Odontopediatría tanto en el Hospital Baca Ortiz como en el Centro de Atención Odontológico de la UDLA, mejorando la posición de la madre y niño (ergonomía) durante la atención dental y estableciendo una mejor interrelación entre paciente y profesional.

Ésta investigación se desarrollará bajo la tutela de la Doctora Susana Loayza con título de Odontopediatra, docente de la Facultad de Odontología de la UDLA, aplicando todas las normas de bioseguridad y ética, con un tiempo de estudio y desarrollo de 2 meses, con fecha de inicio 12 de septiembre de 2016 hasta el 31 de octubre de 2016.

Por la atención que se digna dar a mi solicitud anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,


UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
.....
Dr. Eduardo Flores
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
Dr. Eduardo Flores
DECANO FACULTAD ODONTOLÓGIA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

Anexo 3



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO ERGONOMÍA DENTAL

Responsables: Dra. Susana Loayza	Estudiante Cristian Robalino
Institución: Universidad de las Américas	Facultad de Odontología
Teléfono: +593 (2) 3981000 ext. 7228	0980537729
Email: s.loayza@udlanet.ec	crobalino@udlanet.ec

Título del proyecto: "Validez entre tres técnicas de ergonomía en pacientes pediátricos para mejorar su conducta durante la atención realizada en el Hospital Baca Ortiz"

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 a la percepción del color dental.

PROPÓSITO

Evaluar la validez de las tres técnicas de ergonomía aplicada en pacientes pediátricos para mejorar su conducta durante la atención.

PROCEDIMIENTOS

Para participar como paciente voluntario, su hijo debe tener entre 3 y 5 años de edad, que acuda a la consulta de odontología pediátrica del Hospital Baca Ortiz. Se realizara 3 técnicas de ergonomía para mejorar la conducta del mismo:

- 1) Primera técnica
 - El representante tendrá que estar de pie junto al niño.
 - Sin interferir en el espacio de trabajo del profesional.
 - Si es necesario el representante podrá las manos del niño y apoyarse sobre las rodillas del mismo.
 - Esta técnica la realizaremos con 20 pacientes pediátricos.
- 2) Segunda técnica
 - El representante estará sentado en el sillón odontológico en posición de montar frente al hijo.
 - El representante tendrá la libertad de participar en la atención de su hijo sin necesidad de esfuerzos.
 - Esta técnica se realizará a 20 pacientes pediátricos.
- 3) Tercera técnica
 - El padre o madre podrá estar sobre la silla odontológica y el niño.
 - Controlando manos y piernas del niño.
 - Esta técnica se realizará a 20 niños.





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.

Jairo Huera
Nombre del Paciente

[Firma]
Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Clínico Responsable

Firma del Clínico Responsable

Fecha

Anexo 4

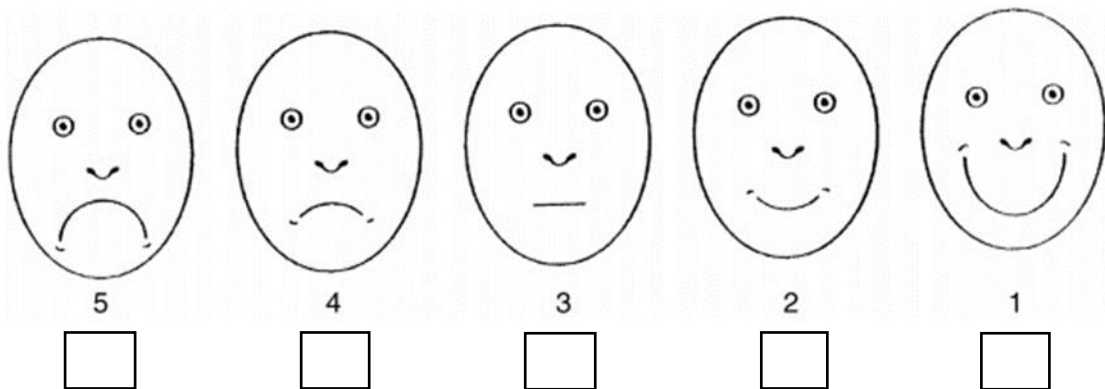


Validez entre tres técnicas de ergonomía en pacientes pediátricos para mejorar su conducta durante la atención realizada en el Hospital Baca Ortiz

Nombre:

Edad:

Técnica:



1.- muy feliz

2.- feliz

3.- normal

4.- triste

5.- muy triste

Anexo 5

Técnica 1

Madre sujetando la mano del niño.

Caso 1



Caso 2



Técnica 2

Madre sobre niño en posición de montar

Caso 1



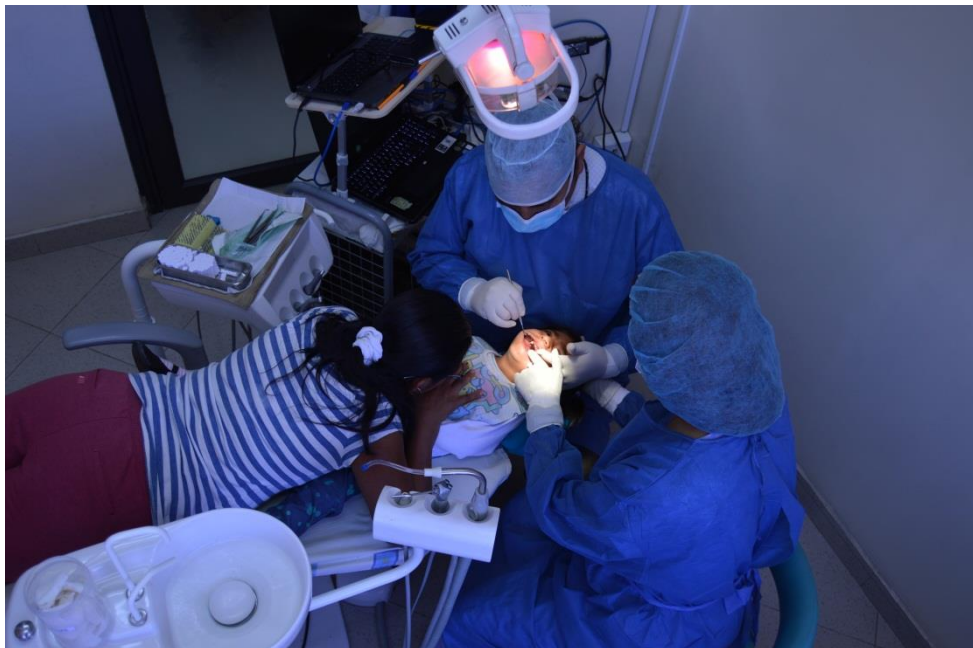
Caso 2



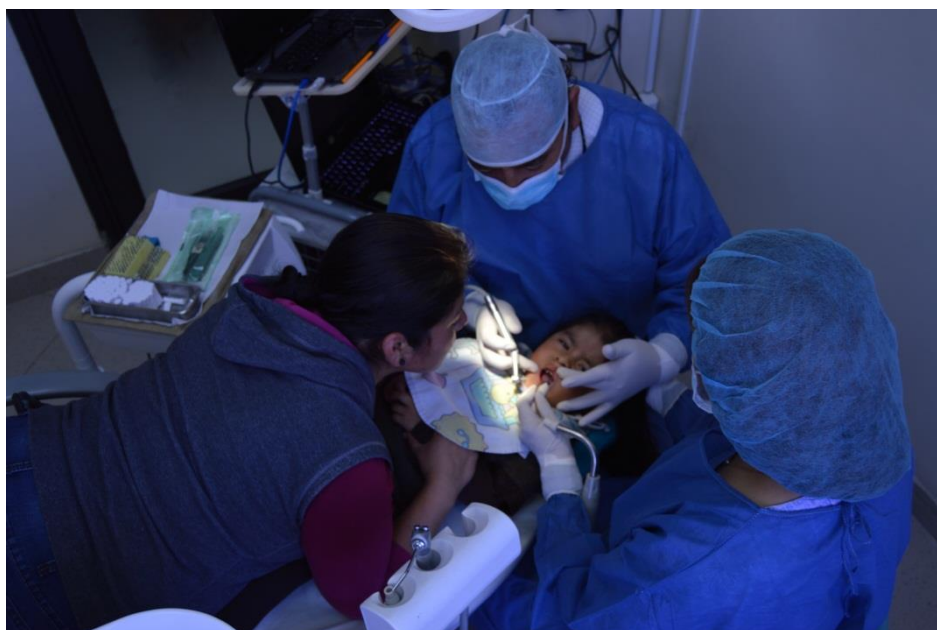
Técnica 3

Madre sobre el niño controlando manos y piernas.

Caso 1



Caso 2



Caso 3

