



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“ESTUDIO COMPARATIVO DE CONDUCTA APLICANDO ESTRATEGIA
AUDITIVA Y VISUAL EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS QUE RECIBEN
TRATAMIENTO DE OPERATORIA DENTAL”

AUTOR

Liseth Álvarez Carrasco

AÑO

2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“ESTUDIO COMPARATIVO DE CONDUCTA APLICANDO ESTRATEGIA
AUDITIVA Y VISUAL EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS QUE RECIBEN
TRATAMIENTO DE OPERATORIA DENTAL”

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

PROFESOR GUIA

Dra. Mayra Carrera

AUTOR

Liseth Álvarez Carrasco.

AÑO

2018

DECLARACION EL PROFESOR GUIA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante LISETH MAGALI ALVAREZ CARARSCO, 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”.

Dra. Mayra Carrera

CI.1708942527

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

Declaro haber revisado este trabajo, "ESTUDIO COMPARATIVO DE CONDUCTA APLICANDO ESTRATEGIA AUDITIVA Y VISUAL EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE OPERATORIA DENTAL, del LISETH MAGALI ALVAREZ CARRASCO. en el semestre 2018-2, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Dra. Clara Serrano

CI. 1713551925

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.”

Liseth Álvarez Carrasco.

CI.1718763814

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por cubrirme con su infinita bondad y misericordia, por guiarme en el camino de formación profesional, autor de mis errores y aciertos, consuelo y apoyo en mis tropiezos....

Con infinito respeto y admiración quiero agradecer a mis padres; Rene gracias por su apoyo y la manera tan especial de estar orgulloso de mis pasos, sin usted no estaría donde estoy, ni tendría todo lo que tengo.

Magali, a Ud. por ser mi fuerza, por ser ejemplo de lucha y superación, gracias por no dejar que caiga y no dejarme sola, por enseñarme a ser valiente, por formar mi carácter, todo lo que soy, y espero ser, se lo debo a Ud.

A mi hermana Adriana, por respaldar y apoyarme en cada una de mis decisiones, por ser mi cómplice y mi confidente, por apoyarme en el inicio de esta exitosa travesía, aunque con miedo gracias por ser una de mis primeras pacientes.

A mi ángel en el cielo mi abuelita Piedad V., yo sé que me cuida desde lejos, y aunque nunca lo dijo sé que debe estar orgullosa de mi.

Al amor Andrés, como no estar agradecida contigo, si desde el inicio te sentías orgulloso por mis calificaciones, mis prácticas, por mis pequeños o grandes logros, gracias por motivarme en este último paso, estar conmigo en todo este proceso, emocionarte y vivirlo con la misma intensidad que yo.

Mary infinitas gracias, por estar a mi lado y ser parte de mi formación académica, de mi vida universitaria, por compartir aulas, pacientes, deberes, alegrías y tristezas, no sé qué habría sido mi vida en la universidad sin tu apoyo y aliento.

Walter, yo sé que lejos o cerca, estar pendiente de mi era algo normal, y tu desarrollado 6to sentido, gracias de verdad, muchas gracias, por ser como eres y quien eres en mi vida, sin tus palabras de aliento, sorpresas y locuras cuando me sentía lejos de casa, o no me sentía bien siempre fueron las más acertadas.

A mi tutora de titulación, Dra. Mayra carrera, todo lo aprendido a lo largo de este proceso se lo debo a usted, no sé de qué otra manera agradecer, por su manera tan espontánea, justa, y desinteresada de enseñar y compartir sus conocimientos, con quienes recién estamos adquiriendo experiencia, Es una profesional, madre, amiga y futura colega excepcional.

A mis maestros, por compartir sus conocimientos y formarme para mi vida profesional.

A mis roomies, mis hijos Chuleta y Jamón, por contagiarme de alegría, no tienen voz ni pueden leer esto, pero que agradecida estoy con tan nobles seres por su compañía, por desvelarse conmigo en mis noches pesadas de estudio.

Y a todas las personas que en el transcurso del camino me extendieron su mano amiga.

Gracias.

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación, se lo dedico a mi madre, mi compañera de logros, mi fuerza a la distancia, por su apoyo incondicional, su amor impecable, me enseñó que en la vida todo implica un sacrificio, que estar lejos de casa y ser valiente era parte de este proceso, que Dios provee y nunca nos abandona, no me va alcanzar la vida para agradecerle todo lo que ha hecho por mí.

Mi gran amiga, el amor más grande del planeta, mi madre.

RESUMEN

El manejo de la conducta en pacientes pediátricos es fundamental puesto que en este proceso el niño presenta episodios de ansiedad, ya sea por inmadurez emocional o simplemente por estar rodeado de un ambiente totalmente desconocido.

La ansiedad es definida como un tipo de fenómenos que puede desempeñar un papel primordial para la formación de síntomas, ya sean de índole físico o psicológico, además indica que estos episodios se manifiestan por un estado de inquietud que puede ir aumentando de forma progresiva si el paciente se siente de alguna manera amenazado, o en situaciones de peligro, tensión o estrés.

El profesional odontólogo utiliza diversos métodos de manejo de conducta con la finalidad de crear un ambiente cómodo con distracciones visuales y auditivas, los mismos que disminuyen la ansiedad en el niño. El objetivo de este tipo de métodos distracción conjuntamente con el tratamiento odontológico es que el paciente pediátrico se concentre en el sonido de la música o de imágenes y se olvide en cierto grado del ambiente externo y sus estímulos adjuntos como sonido de turbinas, micromotores, compresores o incluso sonidos emitidos por otros pacientes pasen desapercibidos.

Palabras clave: *Conducta, estrategia auditiva y visual, tratamiento de operatoria dental.*

ABSTRACT

Behavior management in pediatric patients is fundamental since in this process the child presents episodes of anxiety, either because of emotional immaturity or simply because they are surrounded by an environment totally unknown to them.

Anxiety is defined as a type of phenomena that can play a major role in the formation of symptoms, whether physical or psychological, and also indicates that these episodes are manifested by a state of anxiety that may increase progressively if the patient feels threatened in any way, or in situations of danger, tension or stress.

The dentist uses a variety of methods to create a comfortable environment with visual and auditory distractions, which decrease anxiety levels in the child. The aim of this type of method in conjunction with dental treatment is that the pediatric patient concentrates on the sound of music or images and forgets to some extent the external environment and its accompanying stimuli such as sound from turbines, micromotors, compressors or even sounds emitted by other patients go unnoticed.

Key words: Behavior, auditory and visual strategy, dental surgery treatment.

ÍNDICE

1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2.OBJETIVOS:.....	4
1.2.1.Objetivo general.....	4
1.2.2.Objetivo específico.....	4
1.3.HIPÓTESIS	4
2.MARCO TEÓRICO.....	5
2.1.CONDUCTA.....	5
2.1.1.Clasificación de conductas en pacientes Odontopediátricos	5
2.1.2.Teoría conductista	6
2.1.3.Teoría cognitivista	7
2.1.4.Teoría psicodinámica	7
2.2.ESTRÉS	8
2.2.1.ETIOLOGIA DEL ESTRÉS.....	8
2.3.ANSIEDAD	8
2.3.1.Etiología de la Ansiedad.....	10
2.3.2.Semiología de la ansiedad:	10
□ Componente fisiológico.....	10
□ Componente cognitivo.....	11
□ Componente motor	11
2.3.3.Ansiedad en el tratamiento odontológico	11
2.3.4.Instrumentos de evaluación de la ansiedad.....	12
2.3.5.Ansiedad y miedos dentales en edad escolar.....	12
2.3.6.Factores que pueden generar miedo dental.....	13
2.3.7.Signos y Síntomas.....	14
2.4.REGISTROS FISIOLÓGICOS	17
2.4.1.Frecuencia Cardíaca.....	18
2.4.2.Resultados normales.....	19

2.4.3.Resultados Anormales	19
2.4.4.Taquicardia.....	19
2.4.5.Bradicardia	20
2.5. TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA	20
2.5.1.ESTIMULACIÓN MUSICAL	20
2.5.2. ESTIMULACION VISUAL	21
3.OBSERVACIÓN CONDUCTUAL A TRAVÉS DE MEDIOS DE DISTRACCIÓN	22
4.VARIABLES	23
4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO	23
5.MATERIAL Y MÉTODOS	24
5.1.TIPO DE ESTUDIO: ANALÍTICO, COMPARATIVO, TRANSVERSAL.....	24
5.2.UNIVERSO DE LA MUESTRA	24
5.3.MUESTRA	24
5.4.CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	24
5.5.CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	25
5.6.DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO	25
5.7. REPORTE DE LOS HALLAZGOS.....	26
6.RESULTADOS	27
6.1.INFLUENCIA AUDITIVA Y VISUAL.....	27
6.2.FRECUENCIA CARDIACA.....	30
7.DISCUSIÓN	37
8.CONCLUSIONES	39
9.RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS:.....	41
ANEXOS.....	47

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad y el miedo pueden ser considerados como factores limitantes en el tratamiento dental que, en ocasiones, puede impedir el correcto manejo del paciente odontopediátrico, creando miedos injustificados e incluso posibles traumas que formarán una experiencia de dolor y rechazo ante el tratamiento de operatoria dental, impidiendo a futuro, la aceptación de las buenas prácticas de salud bucal.

Una de las definiciones de ansiedad ante la consulta odontológica, propuesta por Al-Namankany en el 2012, crea una respuesta multi-sistémica cuando se presenta una situación que atente contra su paz, o ponga al paciente en peligro según su concepción, cada persona lo siente de manera diferente, misma que genera impacto sobre el paciente, siendo una gran barrera para la atención dental.

El análisis de signos vitales y control de los mismos antes de la consulta y atención odontológica es de gran importancia, es por eso que no se deberían excluir en el registro, la ansiedad en niveles elevados generan producen cambios en la salud , que se reflejan en la presión arterial, respiración, frecuencia cardiaca y temperatura los cuales deben ser estabilizados previa atención odontológica, para evitar situaciones de mayor incomodidad en el niño y pacientes en general (Osorio, Angie, G.,2014).

Se ha podido notar que ante un estado de relajación y tranquilidad el dolor no es percibido, ya que las indicaciones por parte del especialista hacia el paciente puede ayudar a inhibir dicho dolor o molestia, es de conocimiento general por parte de los odontopediatras que cuando el paciente es un niño, el temor de ir a una consulta odontológica es mayor, el llanto y el dolor son factores que embargan en sus pensamientos y es ahí donde la efectividad de las dos estrategias de manejo conductual serán evaluadas.

La disyuntiva en el uso de estrategias para tratar o manejar la conducta en la consulta de pacientes de 5 a 10 años de edad es una problemática social existente en los niveles de atención dental. Surge como consecuencia de un sinnúmero de causas entre las cuales pueden recalcarse: fobias que presentan los pacientes de 5 a 10 años al ser atendidos en clínicas públicas y privadas sin experiencia, falta de orientación vocacional y profesional, modelos de aprendizaje tradicionales y/u obsoletos, sobreprotección de los acompañantes del menor e incluso falta de comunicación paciente-profesional, y mal acondicionamiento en general.

Botetano en el 2011 (p.108) señala que, la ansiedad y miedo dental suele darse por motivos y experiencias anteriores, en experiencias médicas y dentales pasadas que fueron traumáticas; ya sea de manera indirecta, los padres y abuelos crean preocupaciones en los niños, las mismas que se transforman en barreras que los especialistas deben proceder con prudencia y creatividad.

La estrategia visual, crea para el paciente pediátrico una disposición totalmente diferente a la usual cuando acude a la consulta dental, creando en su sensación un concepto agradable de lo que es la atención dental, disipando los miedos, siendo de similar aceptación la distracción de la estrategia auditiva.

En la clínica de la facultad de odontología de la Universidad de Las Américas , no se ha dado solución a esta problemática del manejo de conducta del paciente pediátrico dentro de los tratamientos odontológicos, por tal razón la presente investigación establece alternativas de solución para mejorar la conducta y por ende la eficacia de los tratamientos de operatoria dental en niños de 5 a 10 años de edad, utilizamos dos estrategias; auditiva y visual las mismas que pueden ser utilizadas en el campo de la odontopediatría brindando así un tratamiento dental seguro garantizando los procedimientos dentales.

1.1. JUSTIFICACION

Al conocer la efectividad del manejo de conducta durante los tratamientos odontológicos con estrategias distractoras, este estudio comparativo empleará métodos auditivo y visual para determinar cuál es la más favorable a utilizar y que ofrece mejores resultados de adaptabilidad de conducta en pacientes pediátricos de 5 a 10 años, durante los tratamientos de operatoria dental; el cual contribuirá en el manejo, evaluación, acondicionamiento y tratamiento del paciente pediátrico, haciendo que la práctica odontológica guarde afinidad entre la relación paciente-profesional ya que este sería uno de los propósitos del presente estudio.

De esta manera se espera contribuir con la información obtenida y que pueda ser aplicado dentro del Centro Odontológico Universidad de Las Américas, haciendo así grata la estadía del paciente pediátrico durante las visitas al odontólogo para continuar con su proceso de atención odontológica.

1.2. OBJETIVOS:

1.2.1. Objetivo general

- Comparar la conducta aplicando estrategia auditiva y visual en niños de 5 a 10 años que reciben tratamiento de operatoria dental, en el área de Odontopediatría del centro de Atención Odontológica de la Universidad de Las Américas de Quito-Ecuador.

1.2.2. Objetivo específico

- Medir la frecuencia cardíaca antes y después de aplicar estrategia auditiva y visual en pacientes pediátricos que reciben tratamiento de operatoria dental.

1.3. HIPÓTESIS

- Existe diferencia de conducta entre la aplicación estrategia auditiva y visual en niños de 5 a 10 años que reciben tratamiento de operatoria dental.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CONDUCTA

La Real Academia Española define la conducta como: la forma en que los seres humanos se comportan a lo largo de su vida, ante situaciones de la vida cotidiana.

Por otro lado, la buena dirección de la conducta del paciente pediátrico, hace que el especialista posea un entrenamiento y conocimiento del desarrollo sociológico y emocional del niño; maneje de forma adecuada nivel de comunicación, para poder definir y elegir una técnica para el control de comportamiento que se utilizará en el paciente para conseguir mejores resultados.

2.1.1. Clasificación de conductas en pacientes Odontopediátricos

Es muy importante conocer el tipo de niño que será atendido es por eso que; Baeza, J. (2011) menciona las siguientes clasificaciones.

Clasificación de Frankl:

Positivo o Cooperador: colaboración con el odontólogo, atento ante los procedimientos odontológicos, disfruta y está interesado en lo que hacen dentro de su boca.

Parcialmente positivo: se niega al tratamiento, grita y llora fuertemente, es temeroso o es negativo al extremo

Parcialmente negativo: no está interesado en entrar a la consulta se niega de forma rotunda.

Negativo o No cooperador: con dificultad es sometido el tratamiento, no es cooperador, tiene muchas actitudes negativas, pero no son evidentes puede ser; retraído, lejano o tímido.

Clasificación de Lampshire:

- Cooperador
- Tenso Cooperador
- Aprehensivo Exteriorizado
- Miedoso
- Terco o desafiante
- Hiperemotivo

Clasificación de Wright:

- Colaborador: es entusiasta en la consulta, se comunica muy bien con el especialista
- Incapaz de colaborar: no colabora ante ningún procedimiento, necesita atención especial.
- Colaborador Potencial: puede ser incontrolable y difícil de tratar por su actitud desafiante

2.1.2 Teoría conductista

Las conductas observadas son asimiladas y en alguna situación de la vida cotidiana se asocian a estímulos favorables o desfavorables que serán vinculados posteriormente ante estímulos de la misma categoría (Makvandi,Z., et al.,2015,pp. 90).

Por otro lado, otros autores dicen que la ansiedad aparece luego de varios procederes erróneos de cada individuo, mismos que hacen que el individuo asocie con sucesos ya vividos como traumáticos los cuales pueden representar

una amenaza para sí mismo, de manera que cada vez que se encuentre en una de estas situaciones presente episodios de angustia, relacionados directamente con el estímulo negativo que atente con su paz y tranquilidad (Álvarez, P., Barrionuevo, S. ,2015). Otra literatura dice que es posible desarrollar ansiedad a través de la experiencia o información directa de sucesos traumáticos, pero también por medio del aprendizaje observacional de las personas representativas e importantes en el entorno de cada persona, en este caso de los representantes o de la presión y tensión que generen las personas que acompañan a la consulta al paciente (Makvandi,Z., et al.,2015,pp. 91).

2.1.3 Teoría cognitivista

Esta teoría considera la ansiedad como resultado de “cogniciones” anómalas. Es posible interpretar que el individuo imagina en la situación que esta por suceder, y adquiere una conducta distinta a la usual, se puede interpretar esta reacción como un aviso o una amenaza para su salud física o emocional, induciendo una respuesta neurofisiológica desencadenando así ansiedad y tipo de reacciones negativas, como respuestas de defensa ante todo tipo de amenazas (Makvandi,Z., et al.,2015,pp. 91).

2.1.4 Teoría psicodinámica

La angustia podría ser la señal peligrosa cuando una persona se siente en peligro o situaciones de riesgo. Según esta teoría, los estímulos involuntarios inaceptables para el sujeto o que lo pongan en un estado de alerta, desencadenarían un estado de ansiedad. Es por esto que la conducta poco habitual se puede manifestar durante la consulta y al terminar la misma este puede desaparecer (Gastaud, M.et al.,2015, pp.162).

2.2. ESTRÉS

Palabra proveniente del inglés la cual que enlaza una reacción fisiológica del organismo en la que se llevan a cabo varios mecanismos de autodefensa para resistir situaciones de tensión. Amar, et al. (2010. pp.534) lo definen como un “Estadio de tensión aguda del organismo forzado a movilizar sus defensas para hacer frente a una situación amenazante”; el agresor puede ser un factor físico como un factor psicológico.

2.2.1. ETIOLOGIA DEL ESTRÉS

Campbell, et al (2013. pp.467) hacen referencia a todos los factores que producen estrés elevan las necesidades metabólicas de la hipófisis y la corteza suprarrenal, produciendo así hormonas en cantidades excesivas para resistir e induciendo la aparición de signos de adaptación como, por ejemplo, la elevación de la frecuencia cardíaca, elevación de temperatura, etc.

2.3. ANSIEDAD

Mathur J, et al en el 2017 (pp.24) califica la ansiedad como una situación de experiencia a la que todos conocemos, la cual no es fácil de identificar para así definirla, se cree que la ansiedad es un estadio normal de cada individuo en diversas situaciones, pone en alerta el organismo, influye en el desarrollo de la personalidad, estimula el aprendizaje, contribuye a conseguir objetivos y cumplir metas personales. La identificación de la ansiedad, puede ser un solo estado transitorio como respuesta de un estímulo, es la reacción dada frente a una situación incómoda que tiene que ver con el bienestar del asiente, una contestación fisiológica ante una queja o estrés y un estado de desconsuelo mórbido conocido como trastorno de ansiedad (Mathur J, et al., 2017, pp.25).

Una persona que cursa un episodio de ansiedad puede encontrarse en una actitud defensiva, como respuesta a situaciones que el individuo identifique como amenaza a su confort. Es por esto que Mathur J, et al., (2017, pp.25) dice que es un mecanismo universal para reaccionar en un estímulo amenazante,

se presenta en todas las personas, y es de gran ayuda para reforzar las respuestas ante un estímulo extraño.

Se espera que el miedo y la ansiedad con leve experiencia en situaciones de alerta, puede convertirse en una preocupación y requieren un tratamiento cuando el miedo o la ansiedad es desproporcionada a la amenaza real y el funcionamiento diario se deteriora. Una de las declaraciones bien aceptada acerca de la ansiedad es que es un constructo multidimensional que consiste en somática, cognitiva, y elementos emocionales (Shinde SD, et al., 2017, pp 43).

Situaciones de la vida cotidiana contribuyen a general miedo y angustia, la cual genera una atmosfera de estrés, ya en el consultorio dental esta se ve directamente proporcional a la conducta dentro del consultorio dirige al individuo como una señal para inquirir la armonía, puede ser un estadio momentáneo y el individuo concibe sentimientos desagradables de tensión , estrés , miedo, angustia y aprehensión, pasado el ciclo de peligro la persona vuelve a su condición normal (Sharma, A et al., 2017, pp.6)

La ansiedad dental puede ser notable mucho antes del día de la consulta dental con sólo pensar en lo que el profesional realice en la consulta, estos sentimientos de alerta empiezan con su función. De esta manera el individuo empieza a general estadios de tensión y angustia con el simple hecho de pensar en que puede pasar (Shinde SD, et al., 2017, pp 45).

La ansiedad del tratamiento dental es un hecho bien conocido. Percepción general en la población con respecto al tratamiento dental es el dolor y la incomodidad. Tales procesos de pensamiento están obligados a afectar el comportamiento de los pacientes dentales pediátricos antes de la primera cita dental (Mathur J, et al., 2017, pp.24).

La fobia presente en un consultorio dental se caracteriza por una persistente preocupación en función a lo que el paciente imagina que sucederá durante el proceder del profesional, como por ejemplo inyecciones o situaciones dentales en general” (Ríos, et al., 2013).

2.3.1. Etiología de la ansiedad

La ansiedad puede ser resultado de varias situaciones cotidianas, experiencias adquiridas a lo largo de la vida, hábitos, también como experiencias del medio que nos rodea o anécdotas que dejan huella en el actuar de cada individuo. En particular, las situaciones de estrés y la forma en que manejan las emociones ante una situación de miedo y angustia situaciones adversas pueden contribuir a llegar a un estado de ansiedad y por ende responder ante este estímulo como mecanismo de defensa, poder ser una respuesta fisiológica, que afectara la estabilidad del paciente dentro de la consulta y durante los tratamientos propuestos en la cita. Los antecedentes familiares y personales de cada paciente también están involucrados en la etiología de los trastornos de ansiedad (Shinde SD, Hegde RJ.,2017, pp.103).

2.3.2. Semiología de la ansiedad:

Es característico de las personas ansiosas poseen una musculatura tensa, afligida resalta en su forma de actuar, resalta su rigidez. El estado de ansiedad figuran tres componentes de respuesta, los cuales están relacionados entre sí, como son el componente motor, cognitivo y fisiológico, este último puede ser muy importante (Makvandi,Z., et al.,2015,pp. 91).

- **Componente fisiológico**

La fisiología del cuerpo humano pone en alerta el sistema nervioso central, el mismo ante este tipo de estímulos, reacciona con respuestas fisiológicas, como falta de respiración, palpitaciones, elevación de la presión arterial, etc

- **Componente cognitivo**

Los aspectos cognitivos van a interferir cuando el individuo está en alerta, o cuando se ve en una situación de amenaza, presenta malestar, preocupación, presión, tensión, miedo, inseguridad, desequilibrio emocional, dificultad para decidir, negatividad, respuestas anticipadas a situaciones que aún no suceden, percepción de fuertes cambios psicológicos, entre otros (Wauthia, E., Rossignol, M., 2016, pp.27).

- **Componente motor**

Este componente involucra el comportamiento del paciente, durante la atención odontológica, su forma de reaccionar físicamente ante estímulos que alteren su paz, y fomente angustia en el mismo. Misma que es fácil de reconocer, por sus manifestaciones como inquietud, llanto, expresiones de tensión entre otras respuestas que resultan alteras, dentro de motor y verbal. (Wauthia, E., Rossignol, M., 2016, pp.27)

2.3.3 Ansiedad en el tratamiento odontológico

La inasistencia de pacientes, la cancelación de citas, y el retraso de los tratamientos odontológicos, es algo muy usual hoy en día, la ansiedad, hacia los mismos. En Norteamérica aproximadamente el 20% del total de la población evita asistir a una consulta dental periódica por la ansiedad y el temor que le produce este procedimiento (Al-Namankany A, 2012, pp.219).

Se ha afirmado que la ansiedad dental podría ser considerada un factor de riesgo mismo que hace que los pacientes con altos niveles de ansiedad al asistir al odontólogo, sean mas propensos a tener caries dental (Abanto, J., Vidigal, E., Alvarez, Carvalho, T., Bonecker, M., 2017, pp.3).

2.3.4 Instrumentos de evaluación de la ansiedad

Es primordial que los doctores tengan un conocimiento apto para poder reconocer los sucesos de preocupación dentro de cada paciente, por lo tanto, la apreciación es de suma importancia, ya que los niños no son conocedores para poder explicar exactamente lo que padecen. Distintos autores afirman que la desazón puede ser estimada a través de resoluciones fisiológicas, la utilización de técnicas proyectivas y la insinuación de la conducta del niño (Álvarez., Barrionuevo, S., 2015, pp.22-23).

Los parámetros de valoración deben ser útiles para el estomatólogo, el empleo de las técnicas proyectivas y la percepción de la conducta no son aplicados día a día dentro de las consultas odontológicas, demasiados estudios requieren de experiencia. De manera semejante, la práctica del uso de equipos de medición de los resultados fisiológicos y la explicación de las soluciones requieren de personas especializadas en el ámbito de este tema, ya que los odontólogos no tienen la práctica diaria. Además, este tipo de procedimiento implica la pérdida de tiempo e interrupciones en la normalidad de la clínica. (Ríos, et al., 2013,pp.263)

“Los tres instrumentos más ampliamente utilizados en niños son el Children’sFearSurvey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS), el Venham Picture Test (VPT) y el Facial ImageScale (FIS).” (Ríos, et al., 2013,pp.263).

2.3.5. Ansiedad y miedos dentales en edad escolar

Los niños y jóvenes no pueden anticipar sucesos futuros de tratamientos odontológicos, pero la mitad de la niñez y adolescencia desarrollan un razonamiento más lógico para tener un adecuado tratamiento, por lo cual existen cambios graduales de los temores y preocupaciones que pueden ser exteriorizados (Sharif,A., et al, 2010,pp.45).

Los niños y jóvenes son los más susceptibles a sus miedos y a sus miedos, por lo cual ellos utilizan su propio mecanismo de defensa y el cual lo refleja en su conducta. Este mecanismo nos emite una alerta del peligro que es generado dentro del paciente (Sharif,A., et al., 2010,pp.45).

Alta prevalencia de la ansiedad dental severa puede ser visto en los primeros años de la escuela. Parece que los factores generales tales como factores de la familia tienen un menor impacto en el comportamiento de los niños en edad escolar en una visita al dentista. (Paryab, M.,2013, pp.84).

Los pacientes en edad escolar poseen características propias de la edad, que es necesario que el profesional las conozca para un manejo conductual óptimo.

Características de los 5 años

- Es confiable, estable y bien equilibrado. La madre es el centro del mundo y el niño le gusta estar cerca de ella, obedecerla y darle gusto.
- El temor más sobresaliente es el de perder a la mamá.
- En sentido general se lleva bien con los adultos.

2.3.6. Factores que pueden generar miedo dental

El temor de los niños a los tratamientos odontológicos es el principal problema que se enfrenta el profesional durante las consultas odontológicas. Por otro lado, los impactos emocionales y miedos que son generados durante la atención dental, deben ser observados para poder determinar una información exacta para futuras atenciones dentales (Ravikumar, D., et al.,2016, pp.17). Mediante la preparación y desarrollo de los tratamientos odontológicos, es necesario que las experiencias dentales de los niños y la ansiedad hayan sido eficientes y determinadas como los más primordiales (Astill, S., et al, 2016, pp.271). Por otro lado, las experiencias dentales negativas tales como la ansiedad materna interfieren con la relación doctor paciente, generando temor

dentro de los niños, ya que la madre transmite sus emociones negativas hacia su hijo obstaculizando al doctor en el procedimiento de atención odontológica (Astill, S., et al., 2016, pp.275).

La falta de conocimiento acerca de los distintos factores que pueden influir dentro del desarrollo del tratamiento odontológico, es de suma importancia para el estomatólogo para que pueda determinar una base de cómo proceder con el paciente. Pero de igual forma no es muy fácil para el profesional de odontopediatría exigir un alto conocimiento del paciente de los aspectos del tratamiento psicológico durante el desarrollo infantil (Kilinç, G et al., 2016, pp.76).

Es importante identificarla ansiedad dental, misma que conduce a angustias indeseables tales como la evitación de dental tratamiento y aumentar el estrés entre los cuidadores que, por consiguiente afecta a la calidad del tratamiento, por lo tanto, la distracción técnica sobre el comportamiento y la ansiedad en niños que reciben dental tratamiento restaurador (Al-Khotani, A., et al., 2016, pp.494).

Intervenciones de distracción se utilizan en medicina diaria práctica para ayudar a los pacientes a lidiar con los procedimientos desagradables. Hay evidencias de que la exposición al escenario natural es beneficioso para los pacientes y que el uso de la realidad virtual es más eficaz que otra distracción intervenciones, tales como ver la televisión (Tanja-Dijkstra, K., et al., 2014, pp.4).

2.3.7. Signos y Síntomas

Un paciente con ansiedad puede presentar: taquicardia, xerostomía, dolor de estómago, dificultades de respiración, angustia, sudoraciones, ganas de ir al baño, sed, movimientos espontáneos o involuntarios, mareo, impaciencia,

imaginar situaciones que no suceden y tensionarse por lo que imagina (Wiederhold, M., et al.,2014, pp.359).

Varios autores como Al-Namankany ,A.(2012,pp.220) la ansiedad dental proviene de:

Recordar experiencias desfavorables de anteriores visitas, o de anécdotas de personas cercanas al paciente.

- Debilidad durante la atención odontológica.
- Miedo al ridículo o vergüenza por mala higiene y falta de cuidado dental.
- Temor generado por material e instrumental utilizando durante la atención, o sonidos producidos por el instrumental durante la atención odontológica.

El tratamiento dental puede ser muy desagradable para los pacientes ansiosos. A pesar de todos los avances, la ansiedad dental sigue trastornar la relación dentista-paciente, los factores psicológicos como la personalidad individual y la influencia familiar pueden alterar la actitud de un paciente (Hathiwala S, Acharya S, Patil S., 2015, pp.90). El temor de los niños estaban fuertemente asociados con la caries sin tratar y la experiencia de tratamiento dental, y con los temores de los padres (Olak,J.,et al.,2013, pp.31).

Por otro lado, el ruido producido en la clínica dental es provocar ansiedad y contribuye significativamente a la evitación del tratamiento dental y la mejor manera optado por la mayoría de los sujetos para superar esta ansiedad fue método de distracción audiovisual (Muppa R, et al., 2013,pp.191).

El dolor no es la única razón para el miedo de la odontología. Durante dental tratamiento es un factor importante y ha sido la principal preocupación para los dentistas durante mucho tiempo (Prabhakar A R, Marwah N, Raju, O.,2007, PP.107).

Los niños y jóvenes con ansiedad, por lo tanto, requieren tiempo clínico adicional y pueden llegar a ser tratamientos costosos de tratar en el largo plazo. La reducción de la ansiedad mediante el uso de técnicas psicológicas eficaces, es de importancia. Sin embargo, hay una falta de investigación de alta calidad que investiga el impacto de la terapia cognitivo-conductual (Marshman, Z., et al.,2016, pp.13).

Existen diferentes elementos que afectan a los dinamismos y el comportamiento del niño en relación a la odontología, la cual demuestra una diversidad de exhibiciones cordiales, que se despliegan frente a su situación física y su figura.

Por otro lado, el paciente asiste a su cita médica con el odontólogo no solo tiene una dolencia en sus tejidos bucales, tiene problemas emocionales altamente sensibles con el medio que lo rodea y su conocimiento, por consecuencia al ser humano le provoca miedo, ansiedad e inquietudes por los efectos dolorosos.

Cada infantil tiene ansias y miedo en relación a los adultos, debido a que se arriesgan a experimentar diferentes circunstancias desconocidas (Shin, k., et al., 2014, pp.196)

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE CONDUCTA APLICANDO ESTRATEGIA
AUDITIVA Y VISUAL EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS QUE RECIBEN
TRATAMIENTO DE OPERATORIA DENTAL. ”**

Estudiante: Liseth Alvarez Carrasco.

Tutor: Dra. Mayra Carrera.

Tabla 1. Estrategia Auditiva.

N.-	HCL	Edad	FC Antes	FC Después	Observaciones
1					
2					
3					

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE CONDUCTA APLICANDO ESTRATEGIA
AUDITIVA Y VISUAL EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS QUE RECIBEN
TRATAMIENTO DE OPERATORIA DENTAL. ”**

Estudiante: Liseth Alvarez Carrasco.

Tutor: Dra. Mayra Carrera.

Tabla 2. Estrategia Visual.

N.-	HCL	Edad	FC Antes	FC Después	Observaciones
1					
2					
3					

2.4. REGISTROS FISIOLÓGICOS

Para determinar los objetivos de las reacciones de los estudios odontológicos de los niños la mayoría de los investigadores buscan examinar las respuestas fisiológicas, ya que la desazón influye dentro del sistema nervioso autónomo, modificando las funciones respiratorias, neuroendocrinas, gastrointestinales,

circulatorias y renales. Múltiples investigaciones provocan a determinar los siguientes parámetros fisiológicos tales como: la transpiración y los ritmos cardiacos que son los más comunes de ser controlados, también la presión arterial sistólica y diastólica, por último la respiración durante los procesos odontológicos (Barreto, K.. et al.,2017,pp.37).

Un principal problema que puede ayudar a incrementar la ansiedad o angustia en los niños son los equipos o instrumentos necesarios que sirven para medir los signos vitales tienen que ser conectados al paciente (Ríos, M., et al. ,2013, pp.44).

Para poder manejar al paciente de una manera correcta que sufre de ansiedad dental, lo que se debe hacer es impulsar un correcto dialogo entre el paciente y el doctor, como consecuencia el resultado será que tenga la correcta información para realizar los procedimientos dentales haciendo de esta forma disminuir la pérdida del control dentro del procedimiento. La preocupación dental influye de una manera drástica en diferentes niveles de atención, procedimientos y tratamientos que son los que predominan en la salud oral (Shim,Y.,et al.,2015,pp.53).

2.4.1. Frecuencia Cardíaca

Se mide a través del pulso; mismo que cuantifica los latidos por minuto, su medición se puede dar en varias partes del cuerpo cercanas a la piel , en cuanto pase por ahí una arteria, las partes pueden ser: las rodillas en su parte posterior, la ingle, el cuello, la sien, la parte alta o la cara interna del pie, la muñeca (Fang JC, O'Gara PT,2015)

2.4.2. Resultados normales

Simel DL (2016, pp.121) indica que resultados tomados en reposo:

- De 70 a 190 latidos por minuto, en recién nacidos hasta 1 mes.
- De 80 a 160 latidos por minuto, en bebés de 1 a 11 meses.
- De 80 a 130 latidos por minuto, en niños de 1 a 2 años
- De 80 a 120 latidos por minuto, en niños de 3 a 4 años.
- De 75 a 115 latidos por minutos, en niños de 5 a 6 años
- De 70 a 110 latidos por minuto, en niños de 7 a 9 años.
- De 60 a 100 latidos por minuto, en niños de 10 o más años y adultos

2.4.3. Resultados Anormales

La frecuencia cardíaca que se presenta alta se les denomina taquicardia. También con relación a la frecuencia cardíaca en reposo que estén por debajo de los valores normales se denomina bradicardia (Fang JC, O'Gara PT,2015).

2.4.4. Taquicardia

El ritmo cardíaco acelerado (o taquicardia) es una situación en la que el corazón late más rápido de lo normal.

Un ritmo cardíaco normal en situación de reposo se sitúa entre los 60 y los 100 latidos por minuto; si se sobrepasan los 100 latidos se produce la taquicardia (Simel, DL ,2016, pp.121)

La taquicardia ventricular es una frecuencia cardíaca mayor a 100 latidos por minuto, con al menos tres latidos cardíacos irregulares seguidos.

2.4.5. Bradicardia

La bradicardia Infantil describe un ritmo cardíaco lento debajo de 100 latidos por minuto en un niño (Simel, DL ,2016, pp.121).

2.5. TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA

2.5.1. ESTIMULACIÓN MUSICAL

Los estímulos musicales, también conocidos como musicoterapia, suelen ser considerados como una disciplina que puede permitir una comunicación con un determinado sujeto mediante la aplicación de diversas técnicas musicales (Santinosky, 2006).

El sonido es la sensación que se percibe por las vibraciones generadas por un cuerpo. Para que se considere un sonido armónico debe tener una frecuencia de vibración y amplitud baja.

Para que se pueda crear un ambiente propicio para la relajación se deben usar sonidos armónicos, capaces de perpetuar un solo en el oído de quién va a recibir la terapia, también debe llegar a despejar su mente y crear un estado de atenuación de sentimientos negativos.

Está demostrado que la música es capaz de modificar estados de ánimo, debido a que la persona escucha música de su agrado su organismo sea capaz de liberar diversas sustancias, entre ellas neurotransmisiones, que podrán favorecer un estado de alegría y optimismo generalizado (Jauset Berrocal,2008).

2.5.2. ESTIMULACION VISUAL

La distracción es un método con el cual logramos desviar la atención del niño para que no perciba un procedimiento que puede ser desagradable para él (Jauset Berrocal,2008).

La distracción visual es efectiva en la modelación conductual en niños no colaboradores o con problemas de comportamiento durante la consulta odontológica con la finalidad de brindar a los padres y al paciente una opción de tratamiento adicional a las técnicas invasivas como restricción física o sedación consciente las cuales conllevan un riesgo para la salud física y emocional del niño (Santinosky, 2006).

En la mayoría de niños se puede controlar la ansiedad si esta no es muy elevada, por medio de distracciones como ver videos ya sean sobre cuentos disponibles para su edad o temas educativos incluso películas de su agrado, es así como mejoraremos la predisposición del paciente pediátrico al momento de realizarle los procedimientos odontológicos (Jauset Berrocal,2008).

Además, esto permite tanto a odontopediatras como odontólogos generales mejorar la calidad de sus servicios brindados, una reducción del tiempo de trabajo, disminución de la ansiedad operatoria y una mayor motivación de sus pacientes hacia el cuidado de salud oral.

3. OBSERVACIÓN CONDUCTUAL A TRAVÉS DE MEDIOS DE DISTRACCIÓN

- Observación independiente. - se define como la evaluación de la conducta del paciente durante la consulta dental
- Video de simulación dental. - es la demostración de videos a los pacientes durante los procedimientos clínicos y es el cual nos ayudara a evaluar la ansiedad dental del paciente.
- Escala de ansiedad. - consiste en la realización de cuestionarios para poder evaluar a los niños durante el proceso de pre- exámenes y pre-tratamientos.

4. VARIABLES

4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Tabla 3. Variables.

VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA
Influencia auditiva y visual	Técnicas de distracción, en relación con la conducta y colaboración del niño en la consulta	Conducta del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Influye • No influye
		Numérica	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de datos de FC
VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA
Frecuencia Cardíaca	La frecuencia cardíaca es un signo vital y se define como el número de veces por minuto que nuestro corazón late o se contrae.	Bradicardia Taquicardia	<ul style="list-style-type: none"> • Niños de 5 a 6 años de edad: 75 a 115 latidos por minutos • Niños de 7 a 9 años de edad: 70 a 110 latidos por minutos • Niños de 10 años o más: 60 a 100 latidos por minutos
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Grupo etario	<ul style="list-style-type: none"> • 5-10 AÑOS
Sexo	Condición orgánica que distingue hombres de <u>mujeres</u>	Sexo del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO: ANALÍTICO, COMPARATIVO, TRANSVERSAL

La presente investigación es de tipo comparativo, permitirá dilucidar cuál de las estrategias, auditiva o visual ayudará en el manejo de la conducta, verificando así la frecuencia cardíaca del paciente a tratar antes y después de la aplicación de la estrategia de elección, en los pacientes de 5-10 años que enfrentan tratamientos de operatoria dental en la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas.

5.2 UNIVERSO DE LA MUESTRA

El universo estará constituido por todos los niños de 5 a 10 años que acuden al Centro Odontológico de la Facultad de las Américas.

5.3 MUESTRA

Se escogerá 60 niños: 30 niños de 5-10 años para realizar técnica Auditiva y 30 niños de 5-10 años para realizar la técnica visual.

Se tomará como criterios de inclusión y exclusión a los niños que cumplan lo siguiente:

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Que acuden al Centro Odontológico de la Facultad de las Américas.
- Que posean consentimiento informado firmado por el representante.
- Pacientes aptos para tratamientos de operatoria dental.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que presenten algún tipo de discapacidad.
- Evaluación de niños menores a 5 años o mayores a 10 años.
- Niños sometidos a otros tratamientos que no sea operatoria dental.

5.6 DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

Para el objetivo de estudio se necesitará obtener un permiso del coordinador general del Centro Odontológico de la Facultad de las Américas, para la recolección de la muestra dentro del mismo (Anexo1). Al seleccionar el paciente apto para la muestra , se explicara al representante legal de que se trata el proyecto para que con ello firme el consentimiento informado del menor (Anexo 2) como autorización para recolectar la muestra , seguido a esto se explicará nuevamente al representante del paciente y al paciente y al estudiante a cargo del caso de que se trata el proyecto y la toma de la muestra, se procederá a tomar la frecuencia cardiaca del paciente para constatar si el mismo presenta taquicardia o bradicardia con ayuda de un pulsímetro, el cual se colocará en el dedo índice de la mano izquierda del paciente , luego de este proceso con ayuda de un dispositivo electrónico (Ipad), se seleccionará una película o una lista de reproducción musical de elección y preferencia del paciente para ser vista o escuchada durante el tratamiento de operatoria dental, en donde el paciente será expuesto a un tratamiento odontológico que involucre el uso de una turbina de alta velocidad y/o micromotor de baja velocidad , succión de saliva ,aislamiento absoluto o relativo según el estudiante tratante lo requiera, cucharillas , explorador, espejo , pinza bucal, abre bocas, mordedores, material de restauraciones como: acido grabador para la cavidad, bonding, resinas de foto curado, equipo para pulir la restauración, mismos que serán otorgados en la zona de entrega de materiales de la clínica odontológica de la facultad que se realice en el turno establecido, se acostará el paciente en posición decúbito supino como en una consulta normal, al finalizar el tratamiento de operatoria dental, apagamos el dispositivo

electrónico, se tomará por segunda vez el pulso del paciente, con el instrumento ya antes mencionado, y se comprobará la efectividad de la técnica auditiva o visual verificando el cambio de la condición de la frecuencia cardíaca del paciente, si será igual, disminuyó o aumentó luego del manejo de conducta aplicando una de estas dos estrategias, auditiva o visual.

5.7. REPORTE DE LOS HALLAZGOS

Tabla 4. Frecuencia Cardíaca.

5-6 años de FC 75 a 115 x Min	7-9 años FC 70 a 110 x min	10 años de FC 60 a 100 x min
----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

OMS (2009)

La presente tabla indica, la frecuencia cardíaca normal del grupo etario de la investigación propuesta.

6. RESULTADOS

6.1. INFLUENCIA AUDITIVA Y VISUAL

6.1.1. Tablas cruzadas

Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Se midió la frecuencia cardíaca antes y después de aplicar estrategia auditiva y visual en pacientes pediátricos de 5 a 10 años que reciben tratamiento de operatoria dental en la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas.

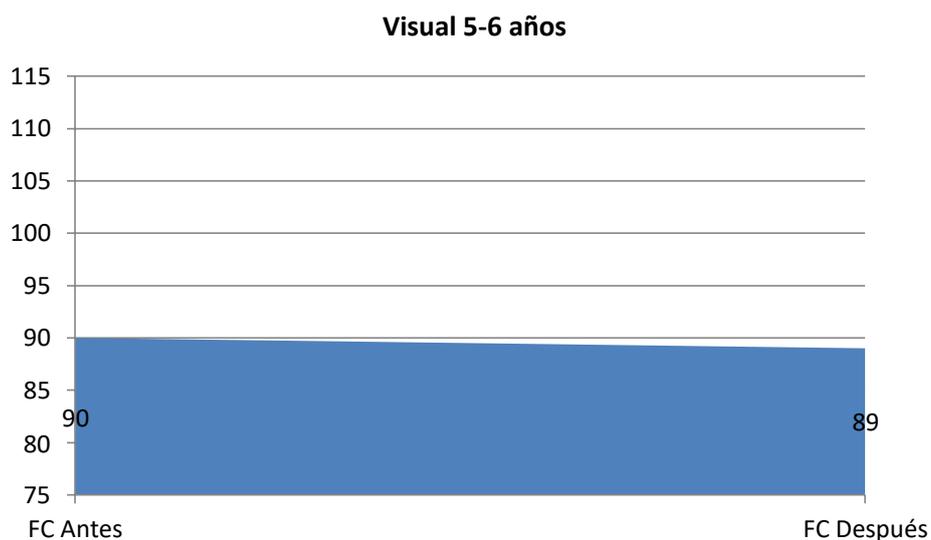


Figura 1 .Tabla Cruzada

En la tabla cruzada se puede notar los resultados de la medición de la frecuencia cardíaca antes y después de aplicar la estrategia visual en pacientes de 5 a 6 años de edad que reciben tratamiento de operatoria dental en la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas. Al comparar estos resultados se puede observar que la frecuencia cardíaca presenta una reducción de 90 a 89 pulsaciones por minuto.

Visual 7-9 años

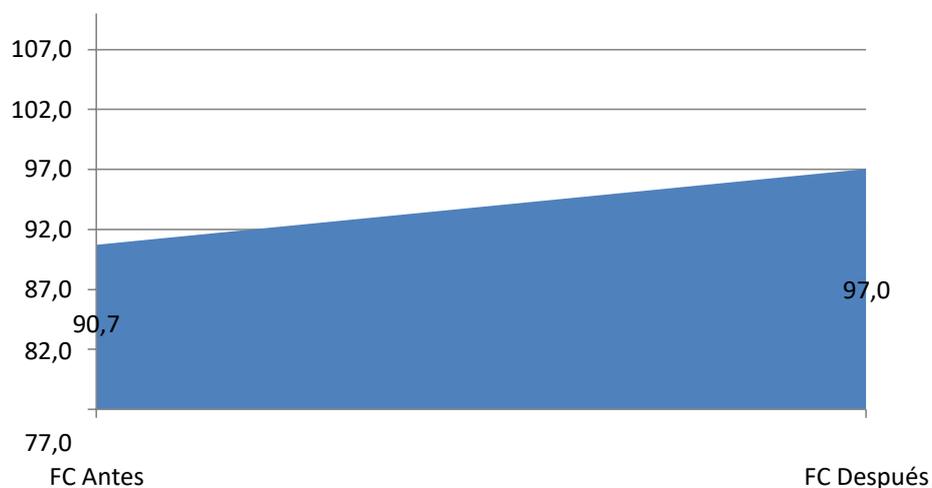


Figura 2. Tabla cruzada 2

Los resultados de la medición de la frecuencia cardíaca antes y después de aplicar la estrategia visual en pacientes de 7 a 9 años de edad que reciben tratamiento de operatoria dental en la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas. Al comparar estos resultados se puede observar que la frecuencia cardíaca aumento de 90.7 a 97 pulsaciones por minuto.

Visual 10 años

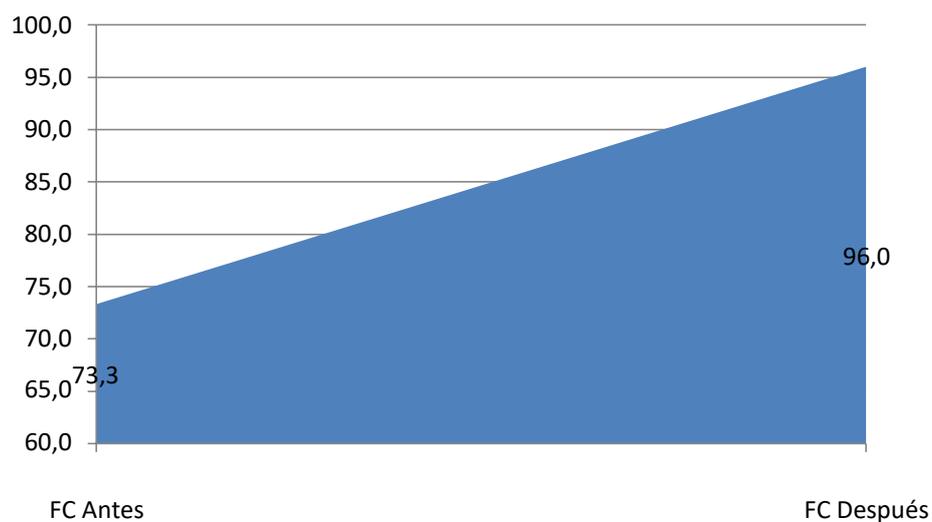


Figura 3. Tabla cruzada 3

Los resultados de la medición de la frecuencia cardíaca antes y después de aplicar la estrategia visual en pacientes de 10 años de edad que reciben

tratamiento de operatoria dental en la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas. Al comparar estos resultados se puede observar que la frecuencia cardiaca aumento de 73.3 a 96 pulsaciones por minuto.

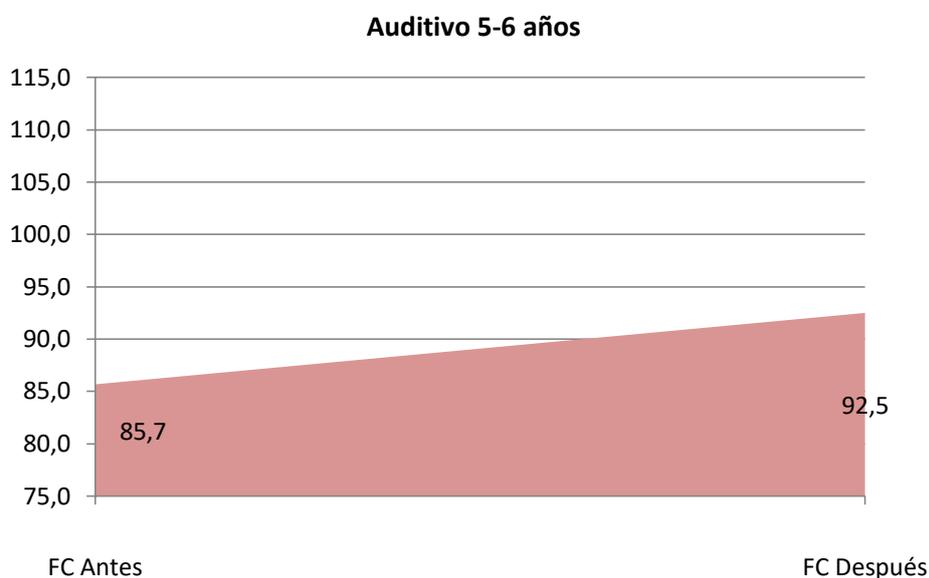


Figura 4. Tabla cruzada 4

En lo referente a la aplicación de estrategia auditiva en pacientes pediátricos de 5 a 6 años se puede observar que antes del tratamiento la frecuencia cardiaca era de 85.7 y después es de 92.5 pulsaciones por minuto.

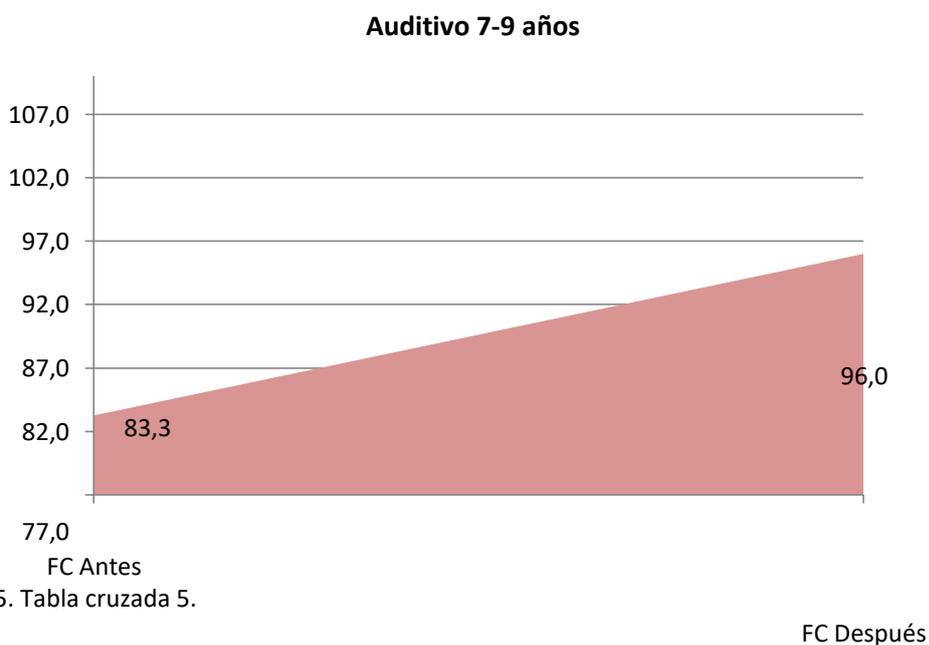


Figura 5. Tabla cruzada 5.

Al aplicar la estrategia auditiva en pacientes pediátricos de 7 a 9 años se puede observar que antes del tratamiento la frecuencia cardíaca era de 83.3 y después es de 96 pulsaciones por minuto.



Figura 6. Tabla cruzada 6

Al aplicar la estrategia auditiva en pacientes pediátricos de 10 años se puede observar que antes del tratamiento la frecuencia cardíaca se redujo de 95.6 a 94.2 pulsaciones por minuto.

6.2. FRECUENCIA CARDIACA

6.2.1. Rango de edad 5-6 años

Tabla 5. Rango de edades.

Edad	Sexo	FC Antes	FC Después	Variación de FC	
6	F	90	89	-1	Ansiedad

De los pacientes pediátricos que reciben tratamiento de operatoria dental en la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas, 1 paciente de 6 años de edad de género femenino, se constató que la frecuencia cardíaca antes de la consulta fue de 90 y después de la consulta fue de 89, por lo que la variación de la frecuencia cardíaca fue de -1. De acuerdo a estos datos se puede determinar que la frecuencia cardíaca por ansiedad es baja.

6.2.2. Rango de edad de 7-9 años

Tabla 6. Edades

Edad	Sexo	FC Antes	FC Después	Variación de FC	Estado de ánimo
7	F	80	110	30	Estrés
8	F	69	78	9	Estrés
8	F	86	110	24	Estrés
8	F	111	100	-11	Ansiedad
8	F	107	110	3	Estrés
8	F	89	105	16	Estrés
8	F	96	111	15	Estrés
9	F	56	89	33	Estrés
9	F	113	98	-15	Ansiedad
9	F	81	98	17	Estrés
9	F	88	94	6	Estrés
Promedio		88,7	100,3	11,5	

De los pacientes pediátricos que reciben tratamiento de operatoria dental en la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas, 1 paciente es de 7 años de edad 6 son de 8 años y 4 son de 9 años de edad, todas son pacientes de género femenino. De las 11 pacientes en estudio se logró determinar que 9 de ellas presentaron variación de la frecuencia cardiaca debido al estrés y tan sólo 2 por ansiedad.

6.2.3. Rango de edad de 8 - 9 años

Tabla 7. Rango de 8-9 años

Edad	Sexo	FC Antes	FC Después	Variación de FC	Estado de ánimo
8	M	66	74	8	Estrés
8	M	110	98	-12	Ansiedad
8	M	79	98	19	Estrés
8	M	103	97	-6	Ansiedad
8	M	89	90	1	Estrés
8	M	96	98	2	Estrés
8	M	89	96	7	Estrés
8	M	108	105	-3	Ansiedad
9	M	105	89	-16	Ansiedad
9	M	81	73	-8	Ansiedad
9	M	78	99	21	Estrés
9	M	95	110	15	Estrés
9	M	97	98	1	Estrés
9	M	93	110	17	Estrés
9	M	94	85	-9	Ansiedad
Promedio		92,2	94,7	2,5	

En el rango de edad de 8 - 9 años tenemos 15 pacientes que reciben tratamiento de operatoria dental en la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas, de los cuales 8 son de 8 años y 7 son de 9 años de edad, todos de género masculino, en estos pacientes se logró evidenciar que 9 presentan variación de la frecuencia cardiaca debido al estrés y 6 por ansiedad

6.2.4. Rango de edad de 10 años

Table 8. Edades

Edad	Sexo	FC Antes	FC Después	Variación de FC	Estado de ánimo
10	m	75	98	23	Estrés
10	m	89	95	6	Estrés
10	f	56	95	39	Estrés
Promedio		73,3	96,0	22,7	

En el rango de 10 años de edad tenemos 3 pacientes que reciben tratamiento de operatoria dental en la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas, de los cuales 2 son de género masculino y 1 de género femenino, en estos pacientes se logró evidenciar que los 3 presentan variación de la frecuencia cardiaca debido al estrés .

6.2.5. Edad, visual

Tabla 9. Valoración edad-visual

Grupos de edad	Variable	Porcentaje
5-6 años	1	3,33%
7-9 años	26	86,67%
10 años	3	10,00%
Suma	30	100,00%

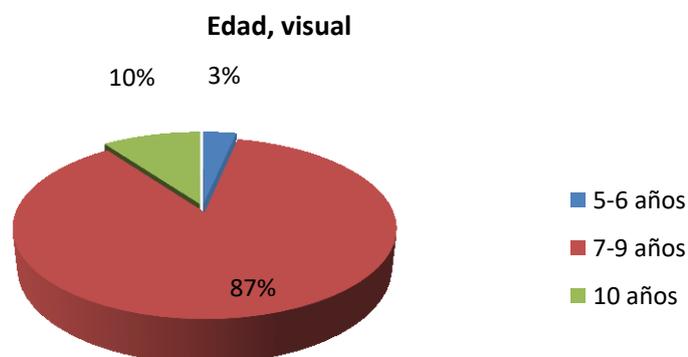


Figura 7. Pastel edad-visual.

Análisis e interpretación. De los 30 niños que participaron en el estudio el 3.33% pertenecen al grupo de edad, visual de 5 a 6 años, el 86.67% pertenecen al grupo de edad, visual de 7 a 9 años y el 10.00% pertenecen al grupo de edad, visual de 10 años. Se puede observar que el grupo mayoritario es de 7 a 9 años de edad visual.

6.2.6. Género, visual

Tabla 10. Visual.

Género	Variable	Porcentaje
Masculino	17	56,67%
Femenino	13	43,33%
Suma	30	100,00%

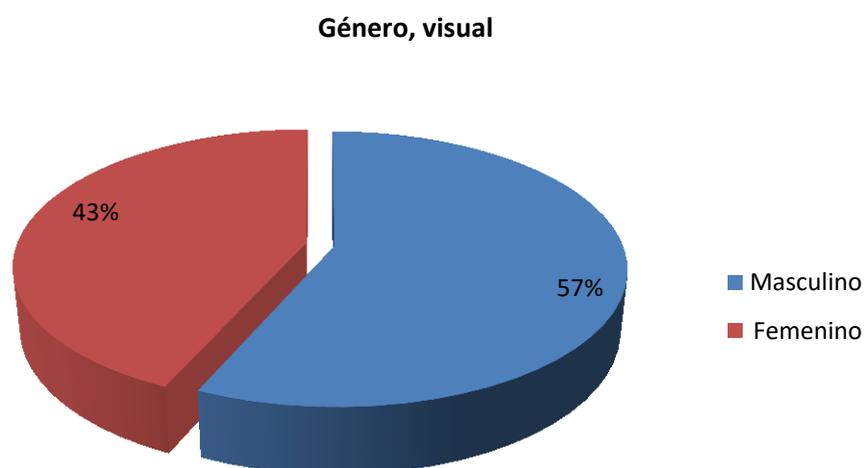


Figura 8. Genero visual.

Análisis e interpretación: De los 30 niños que participaron en el estudio, el 56.67% pertenecen al género, visual masculino y el 43.33% pertenecen al género, visual femenino

6.2.7. Edad, auditivo

Tabla 11. Edad –auditivo

Grupos de edad	Variable	Porcentaje
5 - 6 años	6	19,35%
7-9 años	15	48,39%
10 años	10	32,26%
Suma	31	100,00%

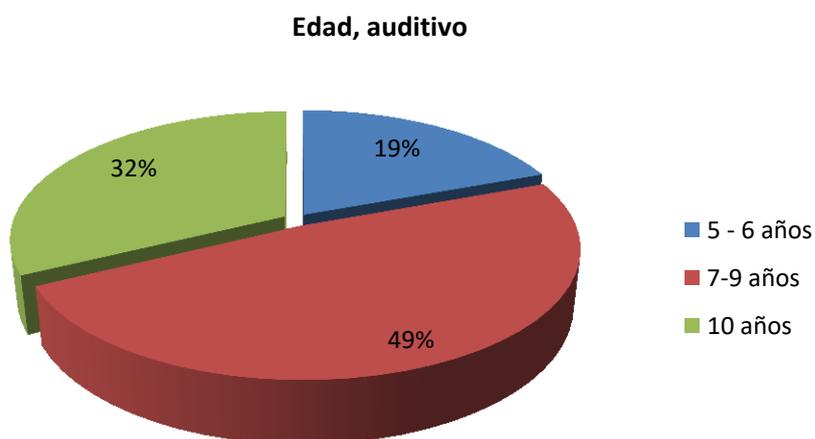


Figura 9. Pastel edad-auditivo.

Análisis e interpretación. De los 31 niños que participaron en el estudio 6 que corresponden al 19.35% pertenecen al grupo de edad, auditivo de 5 a 6 años, 15 que corresponden al 48.39% pertenecen al grupo de edad, auditivo de 7 a 9 años, 10 que corresponden al 32.26% pertenecen al grupo de edad, auditiva de 10 años.

6.2.8. Género, auditivo

Tabla 12. Género.

Grupos de edad	Variable	Porcentaje
Masculino	12	46,15%
Femenino	14	53,85%
Suma	26	100,00%

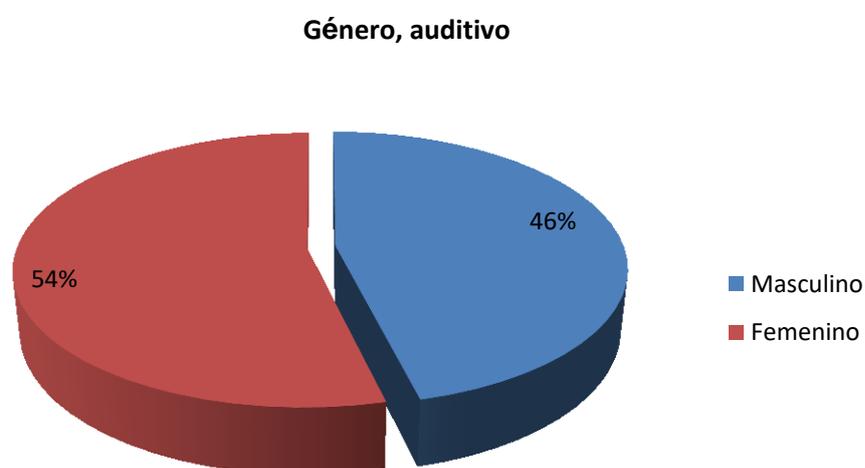


Figura 10. Pastel género.

Análisis e interpretación: De los 26 niños que participaron en el estudio, 12 que corresponden al 46.15% pertenecen al género auditivo masculino y 14 niños que corresponden al 53.85% pertenecen al género auditivo femenino.

7. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos del estudio comparativo de conducta aplicando estrategia auditiva y visual en niños de 5 a 10 años que reciben tratamiento de operatoria dental demuestran que existe una diferencia significativa antes y después del tratamiento odontológico.

Un estudio realizado en la Clínica Estomatológica “Ismael Clark y Macaro” de Cuba demostró que la causa de la ansiedad se postula como multifactorial, siendo el motivo más reconocido a nivel mundial que ocasione una experiencia traumática previa donde el ruido de la turbina es la causa principal del miedo al tratamiento de operatoria dental.

Es importante monitorear a los pacientes, antes de realizarles un tratamiento odontológico, con la finalidad de tener mayor control del paciente en cuanto a la conducta y estado emocional. Es importante tomar en cuenta que en odontología pediátrica uno de los principales retos es el manejo de la conducta del niño, lo cual constituye un elemento fundamental del éxito en la especialidad (Cerrón Callupe, M. 2010).

(Sosa, Silva, et al., 2007) comparan el pulso de los pacientes niños antes y después del tratamiento odontológico, donde el pulso presenta variaciones, en donde el paciente puede presentar Taquicardia (Frecuencia cardiaca bajo los valores normales) o Bradicardia (valores superiores a los normales).

En otro estudio, Osorio, Angie, G en el 2014 menciona que; la observación de signos vitales y control de los mismos antes y después de la consulta y atención odontológica es de gran importancia, es por eso que no deben ser omitidos en su registro, niveles altos de ansiedad generan cambios a nivel fisiológico los cuales deben ser estabilizados previa atención odontológica, para evitar situaciones de mayor incomodidad en el niño y pacientes en general.

Este estudio coincide con la investigación realizada puesto que se encontró que un alto porcentaje de niños que acudieron al tratamiento de operatoria dental en la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas, presentaron frecuencia cardíaca inicial menor a la frecuencia cardíaca post tratamiento de operatoria dental.

Por otro lado, un estudio realizado en la Universidad de Valencia – España, Campbell D. (2001) determinó que las consecuencias del tratamiento de operatoria dental son devastadores, tales como la cancelación de las visitas y el distanciamiento entre las mismas no sólo se han considerado consecuencias de la ansiedad y el miedo dental, sino que han sido nombradas como factores capaces de predecir que el paciente presente ansiedad y miedo al tratamiento dental.

En lo que se refiere al estudio presente, se logró evidenciar que los pacientes de 5 a 6 años, los niños de 7 a 9 y 10 años de edad, presentaron un aumento en la frecuencia cardíaca debido al estrés.

Wiederhold, M., et al.(2014, pp.359) indica que; un paciente con ansiedad puede presentar: taquicardia, xerostomía, dolor de estómago, dificultades de respiración, angustia, sudoraciones, ganas de ir al baño, sed , movimientos espontáneos o involuntarios, mareo , impaciencia, imaginar situaciones que no suceden y tensionarse por lo que imagina; es decir en comparación con los estudios realizados, el estrés como la ansiedad, producen alteraciones en la frecuencia cardíaca como el resto de respuestas fisiológicas ya antes mencionadas.

8. CONCLUSIONES

1. La aplicación de estrategias auditivas y visuales en pacientes pediátricos durante la consulta odontológica, disminuyen significativamente su nivel de ansiedad.
2. Cuando se utiliza estrategias auditivas y visuales durante el tratamiento odontológico se evidenció que la frecuencia cardíaca de los niños que acudieron a la clínica de la Universidad de Las Américas fueron normales.
3. En un alto porcentaje de niños que acudieron a la Universidad de Las Américas se evidenció que las estrategias tanto auditiva como visual, son de gran ayuda para el control de la conducta y sobre todo del miedo y ansiedad del paciente pediátrico.
4. La estrategia visual es más efectiva en niños de 5-6 años.
5. En niños de 7-9 años, se pudo comprobar que ambas estrategias pueden ser idóneas para el control de la ansiedad durante los tratamientos de operatoria dental.
6. El último grupo de estudio de pacientes pediátricos de 10 años la estrategia auditiva no es la más adecuada ya que los pacientes, tienden a aburrirse y poner más atención al tratamiento de operatoria dental aumentando así su ansiedad/ estrés dentro del proceso.
7. Aplicar estrategias visuales y auditivas se pudo evidenciar que se obtuvo mayor colaboración del niño durante el tratamiento odontológico, por lo que se recomienda su utilización.
8. Los niños al terminar la consulta demostraron haber tenido una experiencia dental agradable.

9. RECOMENDACIONES

1. Para brindar tratamientos exitosos con niños de 5 a 10 años de edad es necesario utilizar varias estrategias que permitan relajar al niño y obtener mayor colaboración en su tratamiento odontológico.
2. Se recomienda promover estrategias visuales y auditivas durante el tratamiento de operatoria dental en niños de 5 a 10 años de edad.
3. Se puede utilizar, el teléfono celular como material para proyectar una película o reproducir una lista de música, no es necesario adquirir material extra para el manejo de conducta durante la consulta.
4. Es importante que el niño en su primera visita al odontólogo pediatra se sienta en confianza con el profesional y sobre todo que conozca que a más de ser un amigo contribuirá al bienestar de su salud bucal, se recomienda al terminar la consulta con un refuerzo positivo, premiando al paciente su buen comportamiento y colaboración.
5. Se recomienda al odontólogo tratante actualizarse de manera frecuente con música o series animadas, caricaturas, del momento para ir a la vanguardia, con la época que estamos viviendo.
6. Se sugiere implementar, aditamentos o brazos flexibles, en donde colocar los dispositivos en el sillón odontológico, para facilitar, la utilización del dispositivo en la técnica de manejo de conducta elegida por el paciente.

REFERENCIAS:

Abanto, J., Vidigal, E., Alvarez, Carvalho, T., Bonecker, M. (2017). Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. *Brazilian Oral Research*, 31, e13. Epub January 16, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-3107bor-2017.vol31.0013>

Álvarez. , Barrionuevo, S. (2015). Recuperado el 25 de MARZO de 2017, de Repositorio Digital
:<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/5393>

Al-Namankany A, D. S. (2012). Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *London. British Dental Journal*. 212: 219-222. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.174

Al-Khotani, A., Bello, L. A., & Christidis, N. (2016). Effects of audiovisual distraction on children's behaviour during dental treatment: a randomized controlled clinical trial. *Acta Odontologica Scandinavica*, 74(6), 494–501. doi.org/10.1080/00016357.2016.1206211

Amar A, Hauchard R, Feller J. (2000) *La psicología moderna de la A a la Z*. 3a ed. Bilbao: Editorial Mensajero;

Astill, S., Ricketts, N., Singh, L.-A., Kurtz, D., Gim, Y. H., & Huang, B. (2016). Environmental and perceived stress in Australian dental undergraduates: Preliminary outcomes. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 10(4), 270–279. <http://doi.org/10.15171/joddd.2016.043>

- Ayuso, J. L. (2008). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Baeza, J. (2011). <http://www.clinicadeansiedad.com/>. Obtenido de <http://www.clinicadeansiedad.com/02/168/Que-es-la-ansiedad-y-por-que-seproduce-.htm>
- Barreto, K., et al. (2017). Factors associated with dental anxiety in Brazilian children during the first transitional period of the mixed dentition. *Eur Arch Paediatr Dent* 18: 39. doi:10.1007/s40368-016-0264-6
- Campbell D. (2001). *El efecto Mozart*. Barcelona: Urbano;
- Cerrón Callupe, M. (2010) Miedo en niños de 4 a 12 años de edad en relación a sus experiencias dentales y la ansiedad materna en el instituto de salud oral de la fuerza aérea del Perú –Universidad Nacional Federico Villa real, Lima–Perú.
- Fakhruddin, K. S., Gordusys, M. O., & El Batawi, H. (2016). Effectiveness of behavioral modification techniques with visual distraction using intrasulcular local anesthesia in hearing disabled children during pulp therapy. *European Journal of Dentistry*, 10(4), 551–555. <http://doi.org/10.4103/1305-7456.195159>.
- Fang JC, O'Gara PT. The history and physical examination. In: Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, eds. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 11
- Gastaud, M., Carvalho, C., Goodman, G., Ramires, R. (2015). Assessing levels of similarity to a "psychodynamic prototype" in psychodynamic psychotherapy with children: a case study approach (preliminary findings). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(3), 161-165. <https://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0059>

- Makvandi, Z., Karimi-Shahanjarini, A., Faradmal, J., & Bashirian, S. (2015). Evaluation of an Oral Health Intervention among Mothers of Young Children: A Clustered Randomized Trial. *Journal Of Research In Health Sciences*, 15(2), 88-93. Retrieved from <http://jrhs.umsha.ac.ir/index.php/JRHS/article/view/1955>
- Muppa R, Bhupatiraju P, Duddu M, Penumatsa NV, Dandempally A, Panthula P.(2013). Comparison of anxiety levels associated with noise in the dental clinic among children of age group 6-15 years. *Noise Health*15:190-3.doi 0.4103 / 1.463-1741,112371
- Olak,J.,et al.(2013).Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. Vol. 15, No. 1;15(1):26-31.
- Paryab ,M.(2013). Dental anxiety and behavioral problems: a study of prevalence and related factors among a group of Iranian children aged 6-12.*J india Soc Pedod Anterior Dent*. May-Jun; 31 (2): 82-6. doi: 10.4103 / 0970-4.388,115699.
- Prabhakar A R, Marwah N, Raju,O.(2007).Comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* ;25:177-82
- Prathima V, Anjum MS, Reddy PP, Jayakumar A, Mounica M.(2014). Assessment of anxiety related to dental treatments among patients attending dental clinics and hospitals in Ranga Reddy District, Andhra Pradesh, India. *Oral Health Prev Dent*. 12 (4): 357-64. doi: 10.3290 / j.ohpd.a31660.

- Ravikumar, D., Gurunathan, D., Karthikeyan, S., Subbramanian, E., & Samuel, V. A. (2016). Age and Environment Determined Children's Preference Towards Dentist Attire - A Cross - Sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 10(10), ZC16–ZC19. doi.org/10.7860/JCDR/2016/22566.8632
- Ríos, M, Herrera,A, Barahona,P, Molina ,Y, Cadenasso,P, Zambrano, V, & Rojas,G. (2016). Ansiedad Dental en Adultos Chilenos que Concurren a un Servicio de Salud Primaria. *International journal of odontostomatology*, 10(2), 261-266. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2016000200012
- Santinosky, S, (2006) *Musicoterapia Clínica*. Buenos Aires .Galerna
- Sharma, A., Kumar, D., Anand, A., Mittal, V., Singh, A., y Aggarwal, N. (2017). Factors predicting Behavior Management Problems during Initial Dental Examination in Children Aged 2 to 8 Years. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry* , 10 (1), 5-9. http://doi.org/10.5005/jp-journals- 10005-1397
- Sharif,A., Mohammad O.(2010). Guest Editorial - Dental anxiety: detection and management. *Journal of Applied Oral Science*, 18(2), i. https://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572010000200001
- Shinde SD, Hegde RJ.(2017)Evaluation of the influence of parental anxiety on children's behavior and understanding children's dental anxiety after sequential dental visits. *Indian J Dent Res*. Jan-Feb;28(1):22-26. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_181_16.
- Shin, William K.; Braun, Thomas M.; Inglehart, Marita R. (2014). Parents' dental anxiety and oral health literacy: effects on parents' and children's oral health-related experiences. *Journal of Public Health Dentistry* (3): 195-201.doi: 10.1111/jphd.12046

- Shim,Y.,et al.(2015).Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *J Dent Anesth Pain Med.* Jun;15(2):53 61. doi.org/10.17245/jdapm.2015.15.2.53
- Simel DL (2016).Approach to the patient: history and physical examination. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine.* 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 7.
- Sharma, A., Kumar, D., Anand, A., Mittal, V., Singh, A., y Aggarwal, N. (2017). Factors predicting Behavior Management Problems during Initial Dental Examination in Children Aged 2 to 8 Years. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry* , 10 (1), 5-9. <http://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1397>.
- Sharif,A., Mohammad O.(2010). Guest Editorial - Dental anxiety: detection and management. *Journal of Applied Oral Science*, 18(2), i. <https://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572010000200001>
- Shinde SD, Hegde RJ.(2017)Evaluation of the influence of parental anxiety on children's behavior and understanding children's dental anxiety after sequential dental visits. *Indian J Dent Res.* Jan-Feb;28(1):22-26. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_181_16.
- Shin, William K.; Braun, Thomas M.; Inglehart, Marita R. (2014). Parents' dental anxiety and oral health literacy: effects on parents' and children's oral health-related experiences. *Journal of Public Health Dentistry* (3): 195-201.doi: 10.1111/jphd.12046
- Shim,Y.,et al.(2015).Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *J Dent Anesth Pain Med.* Jun;15(2):53 61. doi.org/10.17245/jdapm

Sue, D. (2006). *Comportamiento anormal*. México, D.F: McGraw-Hill.

Tanja-Dijkstra, K., Pahl, S., White, M. P., Andrade, J., May, J., Stone, R. J., Moles, D. R. (2014). Can virtual nature improve patient experiences and memories of dental treatment, A study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 90.doi.org/10.1186/1745-6215-15-90

Wauthia, E., & Rossignol, M. (2016). Emotional Processing and Attention Control Impairments in Children with Anxiety: An Integrative Review of Event-Related Potentials Findings. *Frontiers in Psychology*, 7, 562. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00562>

Wiederhold, M. D., Gao, K., & Wiederhold, B. K. (2014). Clinical Use of Virtual Reality Distraction System to Reduce Anxiety and Pain in Dental Procedures. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 17(6), 359–365. <http://doi.org/10.1089/cyber.2014.0203>

ANEXOS

ANEXO 1

Quito, Julio del 2017

Doctora

María Pilar Gabela

Coordinadora General de la Clínica Odontológica de la Universidad de Las Américas.

De mi consideración:

Yo, Liseth Magali Alvarez Carrasco, CI 1718763814, estudiante del último semestre de la Facultad de Odontología de la UDLA, solicito a usted muy comedidamente, se me permita tomar las muestras dentro de la clínica odontológica de la facultad en los pacientes que acudan a esta, ya que se necesitaran para mi estudio de titulación.

El procedimiento a realizar no requiere utilización propia de un cubículo, se trabajara con alumnos que cursen la clínica 4 y 5 , mismos que están capacitados para atender pacientes pediátricos , sin interrumpir el trabajo de los compañeros comprobare estrategias de manejo de conducta en pacientes de 5 a 10 años , con la utilización de un iPad , proyectando su música o película favorita , midiendo su frecuencia cardiaca antes y después de lo antes mencionado.

Sin más que decir, agradezco la atención prestada.

Liseth Alvarez Carrasco.

ANEXO 2.

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
MANEJO DE CONDUCTA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS.**

Responsables: Dra. Mayra Carrera Estudiante Liseth Alvarez
Institución: Universidad de Las Américas Facultad de Odontología
Teléfono: +593 (2) 3981000 ext. 0959045737
Email: mo.carrera@udlanet.ec lmalvarez@udlanet.ec

Título del proyecto : “Estudio comparativo de conducta aplicando estrategia auditiva y visual en niños de 5 a 10 años que reciben tratamiento de operatoria dental. ”

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 manejo de conducta de pacientes pediátricos.

PROPÓSITO

El objetivo es Comparar la conducta aplicando estrategia auditiva y visual en niños de 5 a 10 años que reciben tratamiento de operatoria dental.

PROCEDIMIENTOS

Para participar como paciente voluntario en el curso, usted debe ser mayor de 18 años, ser representante legal del menor de edad que será evaluado. Se realizarán uno de estos dos tipos de procedimientos:

1) Manejo de la conducta a través del método visual.

- Se empezará por tomar el pulso del paciente, colocando el pulsímetro en el dedo índice de la mano izquierda.

Se reproducirá en un Ipad una película, de genero infantil, sin violencia, ni agresión verbal, escogida por el paciente.

- La película se reproducirá, el tiempo que dure el procedimiento de operatoria dental.

- Terminado el tratamiento, se tomará por segunda vez, el pulso al paciente.

- En caso de que el paciente se resista a ayudar en el estudio, se retirará el dispositivo electrónico que reproduce la película y no será tomado en cuenta como parte de la investigación.

An empty rectangular box with a black border, intended for the initials of the name of the person conducting the study.

Iniciales del nombre del

Manejo de la conducta a través del Método Auditivo.

- Se empezará por tomar el pulso del paciente , colocando el pulsímetro en el dedo índice de la mano izquierda.

Se reproducirá en un Ipad una lista de reproducción, del genero y preferencia escogida por el paciente.

- El listado de canciones se reproducirá, el tiempo que dure el procedimiento de operatoria dental.
- Terminado el tratamiento, se tomará por segunda vez , el pulso al paciente.
- En caso de que el paciente se resista a ayudar en el estudio, se retirará el dispositivo electrónico que reproduce la película y no será tomado en cuenta como parte de la investigación.

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

Fecha

