



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INFLUENCIA DE LA TÉCNICA DE MANEJO DE LA CONDUCTA
IMPARTIDA POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA
DE SÉPTIMO Y OCTAVO SEMESTRE SOBRE EL COMPORTAMIENTO
DEL NIÑO EN LA CONSULTA

AUTOR

ESTEFANY DAYANNET DE LA TORRE ROSALES

AÑO

2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INFLUENCIA DE LA TÉCNICA DE MANEJO DE LA CONDUCTA IMPARTIDA
POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE SÉPTIMO Y
OCTAVO SEMESTRE SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN LA
CONSULTA

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

Autora

Estefany Dayannet De La Torre Rosales

Año

2018

DECLARACIÓN AL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido el trabajo, Influencia de la técnica de manejo de la conducta impartida por parte de los estudiantes de odontología de séptimo y octavo semestre sobre el comportamiento del niño en la consulta, a través de reuniones periódicas con el estudiante Estefany Dayannet De La Torre Rosales, en el semestre 2018-2 , 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. Ana María Alvear Miquilena

Odontopediatra

C.I.: 1717689390

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, Influencia de la técnica de manejo de la conducta impartida por parte de los estudiantes de odontología de séptimo y octavo semestre sobre el comportamiento del niño en la consulta, de Estefany Dayannet De La Torre Rosales, en el semestre 2018-2, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Dra. Ana Jacqueline Balseca Morales

C.I.:1721853446

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mí 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”

Estefany Dayannet De La Torre Rosales
C.I.: 1003970827

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, a mis padres, a mi hermano por ser una guía incondicional a lo largo de toda mi carrera y a los profesores que formaron parte de este proceso de desarrollo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres,
cuya mejor herencia que me
pudieron dejar es el estudio.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar si la técnica de manejo de la conducta impartida por los estudiantes de séptimo y octavo semestre tiene influencia sobre el comportamiento del paciente pediátrico. **Materiales y métodos:** La presente investigación es de tipo descriptivo y longitudinal, donde se evaluó a 83 estudiantes de clínica V y IV, sobre qué tipo de técnica implementaron para el acondicionamiento del niño. Para lo cual se realizó dos tablas formuladas en Excel, una tabla que en la que constaba que tipo de técnica que implemento el estudiante para el acondicionamiento del niño. La otra tabla de acuerdo a la escala de Frank que tipo de niño fue, para lo cual se mantuvo una plática con los niños para determinar qué tipo de niño era. **Resultados:** Se presentó el 52.5% en los niños un nivel definitivamente positivo de acuerdo a la Escala de Frankl, tomando en cuenta que el 16.4% de los estudiantes no aplican ninguna técnica para el acondicionamiento del niño, lo que repercutió que el docente sea la persona que manejara la conducta del paciente. En el 3.6% de los casos los docentes tuvieron que aplicar la técnica de restricción física para la atención. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes infantiles durante la consulta odontopediátrica tienen un comportamiento de cooperación con el profesional odontólogo, siendo el miedo el problema más frecuente que se presenta cuyo porcentaje fue 9,23%.

Palabras clave: Comportamiento, paciente odontopediátrico, estudiantes, técnica.

ABSTRACT

Objective: To evaluate whether the behavior management technique taught by the seventh and eighth semester students influences the behavior of the pediatric patient. **Materials and methods:** The present investigation is of descriptive and longitudinal type, where 83 students of clinical V and IV were evaluated, on what type of technique they implemented for the conditioning of the child. For which two tables were made in Excel, a table that showed what kind of technique that the student implemented for the conditioning of the child. The other table according to the scale of Frank that type of child was, for which a conversation with the children was held to determine what type of child was. **Results:** 52.5% of the children presented a definitely positive level according to the Frankl Scale, taking into account that 16.4% of the students do not apply any technique for the conditioning of the child, which affected the teacher to be the person who handled the patient's behavior. In 3.6% of the cases, the teachers had to apply the technique of physical restraint for the attention. **Conclusion:** The majority of childhood patients during the pediatric dentistry visit have a cooperative behavior with the professional dentist, with fear being the most frequent problem presented with a percentage of 9.23%.

Keywords: Behavior, odontopediatric patient, students, technique.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1. Antecedentes	4
3.2. El Conocimiento	5
3.2.1. Niveles de conocimiento.....	5
3.2.2. Métodos para evaluar “conocimientos”	6
3.2.3. Métodos para evaluar el “demostrar como”	6
3.2.4. Métodos para evaluar el “hacer”	7
3.3. El niño y sus actitudes frente a la consulta odontológica	7
3.3.1. Comportamiento del niño según la edad	7
3.3.2. Ansiedad.....	8
3.3.3. Miedo.....	9
3.3.4. Evolución de los temores del niño según la edad.....	10
3.4. Clasificación del Comportamiento	10
3.4.1. Escala de comportamiento de Frankl	10
3.4.2. Técnicas de restricción para pacientes definitivamente negativos	11
4. OBJETIVOS	13
4.1. Objetivo general:	13
4.2. Objetivos específicos.....	13
4.3. HIPÓTESIS	13
5. MATERIAL Y MÉTODOS	14
5.1. Tipo de estudio:.....	14

5.2. Universo de la muestra.....	14
5.2.1. Muestra.....	14
5.3. Criterios.....	15
5.3.1. Criterios de inclusión	15
4.3.2. Criterios de exclusión	15
4.4. Descripción del método	15
4.5. Operacionalización de variables.....	16
5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	16
6. RESULTADOS	17
6.1. Estadísticas descriptivas.	17
6.2. Estadística de contrastes de hipótesis.....	24
6.2.1. Estadístico de contraste para la Escala de Frank.....	24
6.2.2. Estadístico de contraste para los problemas de conducta del paciente.	27
6.2.3. Estadístico de contraste para técnica empleada por los estudiantes de odontología	32
6.2.4. Estadístico de contraste para los tratamientos a los pacientes pediátricos.	34
7. DISCUSIÓN.....	37
8. CONCLUSIONES.....	40
9. RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS.....	42
ANEXOS	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables.....	16
Tabla 2 Estadística descriptiva edad de los pacientes, 2018.	17
Tabla 3 Descriptivos del género de los pacientes, 2018	18
Tabla 4 Frecuencia en la Escala de Frank,2018.	19
Tabla 5 Técnica aplicada por estudiantes en la consulta pediátrica, 2018.....	20
Tabla 6 Técnica aplicada por el docente en la consulta pediátrica, 2018	21
Tabla 7 Tratamientos odontológicos aplicados a los pacientes pediátricos, 2018	22
Tabla 8 Problemas presentes en la consulta de odontología pediátrica, 2018.....	23
Tabla 9 Comparación de las variables de predicción y la Escala de Frank, 2018.	26
Tabla 10 Escala de Frank.....	29
Tabla 11 Comparación de las variables de predicción y los problemas de conducta del paciente odontológico	31
Tabla 12 Técnicas del estudiante.....	33
Tabla 13 Comparación de las variables de predicción y la técnica empleada por los estudiantes, 2018	35

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Fórmula de Chi Cuadrado	14
Figura 2 Edad de los niños atendidos en consulta, 2018.	18
Figura 3 Género de los niños que asisten a la consulta, 2018.....	19
Figura 4 Frecuencia en la Escala de Frank, 2018.....	20
Figura 5 Técnica aplicada por estudiantes en la consulta pediátrica, 2018.	21
Figura 6 Técnica aplicada por el docente en la consulta pediátrica, 2018.	22
Figura 7 Tratamientos odontológicos aplicados a los pacientes pediátricos, 2018.	23
Figura 8 Problemas presentes en la consulta de pediatría, 2018.....	24

1. INTRODUCCIÓN

Según, la Academia América de Odontología Pediátrica, el manejo del paciente pediátrico en la consulta debe ser una continua interacción entre paciente con el odontólogo para brindarle la confianza que el niño necesita; esto quiere decir que no solo se trata de obtener una comunicación, sino que el odontólogo fuera una figura representativa en el medio del niño. (Ossa, y otros, 2013, págs. 59-65) (Alarco-Cadillo, Apayco, Bossio, & Torres, 2017)

Rodd HD y otros realizaron un estudio, el objetivo fue comparar la experiencia de los estudiantes de odontología y la confianza en la atención odontología pediátrica dentro de tres escuelas dentales del Reino Unido, 147 estudiantes de último año de odontología completaron un cuestionario anónimo que capturó su experiencia de siete habilidades clínicas básicas y donde también se empleó una escala analógica visual para registrar los niveles de confianza percibidos que incluían: examen, diagnóstico y planificación del tratamiento; selección de pacientes para el tratamiento bajo anestesia general; odontología operativa; odontología preventiva; manejo del trauma dento-alveolar y provisión de cuidado de rutina para niños en calificación. El hallazgo fue que todos los estudiantes informaron una falta de confianza en el manejo del paciente pediátrico y que se ha justificado porque no existió un mayor énfasis en el plan de estudios de pregrado. (HD, M, S, & IC., 2010, págs. 208-221)

Patir Münevveroğlu evaluó los sentimientos de los niños hacia el profesional, valores altos de miedo, con lo que se observó que los pacientes pediátricos tuvieron fuertes percepciones y preferencias con respecto a la apariencia de los odontólogos de sus clínicas dentales. (Patir Münevveroğlu A, 2014, págs. 1-4). Alsarheed M afirmó que los datos recopilados fueron utilizados por los profesionales para mejorar la prestación de la atención odontológica. (M, 2011, págs. 186-190).

Por lo tanto, los estudiantes del Centro Odontológico de UDLA, de la clínica IV y V de séptimo y octavo semestre, incorporaron las diferentes técnicas en cuanto al manejo de un niño; requiriendo conocimientos tanto teóricos y prácticos de respaldo. En consecuencia se estableció que no tienen un claro conocimiento de la materia, presentando falencias que van a perjudicar, al paciente y alumno, conllevando a no brindar un tratamiento eficiente y de calidad. (Andrade & Rédua, 2010)

Con este estudio traté de conocer de qué manera influenció en el resultado esperado, el recordar y a la vez reforzar el conocimiento académico del estudiante de la Facultad de Odontología, que sirvió para impedir una inadecuada atención del paciente pediátrico. (Andrade & Rédua, 2010)

2. JUSTIFICACIÓN

Para lograr la culminación de un tratamiento dental de un paciente pediátrico que acudió a la consulta es necesario tener un conocimiento de todas las actitudes de las diferentes etapas que cursa el niño de 2 a 14 años, períodos del crecimiento general de los niños, que favoreció al estudiante en el desempeño, asumiendo actitudes para el manejo de los pacientes. En la atención odontológica uno de los primordiales contratiempos es el temor a lo desconocido generando la ansiedad en los niños (Alarco-Cadillo, Apayco, Bossio, & Torres, 2017)

Es importante esta problemática debido a que se reconoció la influencia que tiene el proceso educativo de los alumnos, para que puedan desempeñar un tratamiento odontológico con un paciente pediátrico. Identificando si existió diferencia en atención entre un estudiante que ha culminado la materia y un estudiante que no cursó la materia, con el propósito principal que fue corregir las actitudes que posee frente a los niños. Alcanzando una adecuada adaptación en la consulta, logrando que adquiriera respuestas positivas en las diferentes conductas que puedan presentar dichos pacientes. (Alarco Cadillo, Casas Apayco, Reyes Bossio, & Ramírez Torres, 2017)

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

El nivel de conocimiento que posee un estudiante para el manejo del paciente pediátrico tuvo una influencia significativa para el éxito del tratamiento, logrando una comunicación con el niño consiguiendo que presente una actitud diferente frente al tratamiento, el alumno debió poseer y desarrollar las habilidades. (HD, M, S, & IC., 2010, págs. 208-221)

Rodd HD realizó un estudio de una encuesta anónima que capturó la experiencia de siete habilidades clínicas básicas, determinando que la falta de confianza para el manejo del paciente pediátrico fue justificada porque no existió un mayor énfasis en el plan de estudios de pregrado. Se concluyó, el desinterés por recordar la materia de odontopediatría conllevó a un estado de desconfianza para manejar al paciente pediátrico. (HD, M, S, & IC., 2010, págs. 208-221)

Rupp presentó un estudio de encuestas, completadas por los estudiantes de cuarto semestre, del conocimiento sobre la carrera de odontología académica, basado en estudios teóricos. Concluyendo que los estudiantes de años inferiores no poseen el conocimiento ni información que se necesitó para tomar una decisión, atender a un paciente pediátrico y pacientes adultos. (JK, DL, & NS, 2009, págs. 1051,1054,1055)

Kleinert HL y col. propusieron que para mejorar las competencias del estudiante y su dificultad para brindar una atención odontológica a niños, idearon un paciente virtual con discapacidad, estuvo capacitado para el atendimento de personas con discapacidad y personas sin discapacidad, noción de cómo tratar al paciente. (L. Kleinert, y otros, 2009, págs. 281,284)

El caso involucro a un niño de 10 años con síndrome de Down con un dolor de un diente, requiriendo que el estudiante decida el procedimiento clínico a tomarse frente al niño. El resultado mostró, un nivel de dificultad, satisfacción por el simulacro de entrenamiento a los participantes. Concluyendo que el tener una preparación de estudiantes nos permite brindar una atención sensible y competente para los niños. (L. Kleinert, y otros, 2009, págs. 281,284)

3.2. El Conocimiento

El conocimiento comprende un conjunto de información que el ser humano posee de sí mismo como del entorno que lo rodea, aquel conocimiento está basado de: sentidos y de la flexibilidad para obtenerlo, usando la observación como material para percibir las características de las cosas u objetos que están alrededor. (Compagnucci & Cardós, 2009)

Otros autores también lo definen como medio de construcción de conocimientos previos y su difusión mediante actividades: juegos, lecturas relacionadas a un tema determinado, lenguaje entendible y sencillo. (Morales Urbina, 2009, págs. 2,3)

3.2.1. Niveles de conocimiento

En medicina y odontología, la enseñanza se basa en una trasmisión de saberes, debidamente estructurados, abarcando el área del conocimiento, habilidades y actitudes. Permitieron que el profesional ejecute su profesión, la trasmisión de saberes tiene una relación con los diferentes niveles de aprendizaje y aumento de su complejidad. El estudiante no solo debe alcanzar un simple conocimiento, sino que también, las habilidades prácticas deben ser desarrolladas. Demostrando que los conocimientos usados permiten ser personas aptas en el ejercicio profesional. (Núñez Cortés, Palés Argullós, & Rigual Bonastre, 2014, pág. 25)

En la pirámide de Miller del campo cognoscitivo, están los niveles de aprendizaje distribuidos de acuerdo al conocimiento del saber, saber cómo, la conducta determinada en demostrar y hacer. (Durante, 2009, pág. 56)

El primer nivel es el saber, que corresponde los conocimientos, segundo nivel es el saber cómo, determinando la aplicación de los conocimientos a los problemas, relacionados al manejo del paciente. Conjuntamente estos niveles pertenecen al dominio del conocimiento. El tercer nivel es “demostrar”, el profesional manifiesta sus habilidades y los procedimientos que generalmente va hacer, en el nivel cuatro tenemos el “hacer”, práctica de manera real, incluye los aspectos anteriores, adicionalmente actitudes, decisiones, ética y desarrollo profesional. (Núñez Cortés, Palés Argullós, & Rigual Bonastre, 2014, págs. 58,59)

3.2.2. Métodos para evaluar “conocimientos”

Los instrumentos que van a evaluar las diferentes competencias cognitivas se encuentran preguntas escritas, en especial, las respuestas de opción múltiple, que han sido las más utilizadas, basadas en preguntas validadas, fidedignas y fáciles de elaborar. Empleo de los exámenes orales, pruebas de conocimientos fundamentados en contextos clínicos y preguntas abiertas. (Núñez Cortés, Palés Argullós, & Rigual Bonastre, 2014, págs. 58,59) Estos diferentes modelos de evaluación, medirán especialmente a estudiantes y profesionales. (Núñez Cortés, Palés Argullós, & Rigual Bonastre, 2014, págs. 59,60)

3.2.3. Métodos para evaluar el “demostrar como”

Se usan métodos establecidos en el manejo de simuladores que reproduzcan situaciones semejantes a la vida real. Adicionalmente se evalúo las habilidades clínicas y procedimientos prácticos aplicados de acuerdo a los conocimientos que se han adquirido. (Núñez Cortés, Palés Argullós, & Rigual Bonastre, 2014, pág. 56)

3.2.4. Métodos para evaluar el “hacer”

Nivel más significativo y completo, que proporciona una información de práctica profesional del estudiante. (Núñez Cortés, Palés Argullós, & Rigual Bonastre, 2014, pág. 60)

Los instrumentos que brindan información real de la práctica del profesional son: revisión de historias clínicas, decisiones terapéuticas, encuestas del nivel de satisfacción de pacientes y familiares. (Núñez Cortés, Palés Argullós, & Rigual Bonastre, 2014, pág. 60)

3.3. El niño y sus actitudes frente a la consulta odontológica

3.3.1. Comportamiento del niño según la edad

Edad de 0 a 2 años: Lenguaje simbólico con señales de despedida y palmadas. Se debe tomar en cuenta que a esta edad no les gusta esperar. (Martin, 2014, págs. 37-43)

Edad 2 hasta 3 años: Se da la imitación del “yo también”, su comportamiento es dar y quitar, con expresiones de emociones violentas. (Martin, 2014, págs. 37-43)

Edad 2 a 4 años: Existe un aumento del desarrollo motor, oraciones cortas y puede esperar periodos breves. (Martin, 2014, págs. 37-43)

Edad 4 hasta los 6 años: El niño desarrolla sus miedos por la imaginación, tiene crisis de ira, y comienza a preguntar el ¿Por qué? de las cosas. (Martin, 2014, págs. 37-43)

Edad 6 hasta los 8 años: Presencia de cambios de humor, el criticar al paciente por su comportamiento no es lo más recomendable, además, el niño a esta edad se vuelve cobarde. (Martin, 2014, págs. 37-43)

Edad 9 a 12 años: Les gusta estar con sus amigos y crece la responsabilidad. (Martin, 2014, págs. 37-43)

3.3.2. Ansiedad

Durante el procedimiento el niño puede mostrar diversas actitudes, la ansiedad, considerada una etapa emocional, provocada por fuentes internas, como las fantasías. Se debe conocer que no es posible eliminar en su totalidad el temor y ansiedad fueron expresiones de protección interna y sobrevivencia que el ser humano desarrolló. (Álava Sordo, 2013, págs. 2,3). (Álava Sordo, 2013, págs. 2,3)

Existe la posibilidad que el paciente pediátrico asimile una táctica negativa para controlar la ansiedad, escapando del sillón dental, comenzando a gritar, llorando, despertando sentimientos de frustración o de fracaso en los padres, logrando esquivar el tratamiento que necesita. (Álava Sordo, 2013, págs. 6,7)

Según Ledesma-Herrera K y Villavicencio-Caparó refirieron que el miedo en la atención odontológica, tuvo factores de riesgo que causaron ansiedad en el niño, la sensación de la vibración con fresas con un OR correspondiente al 38.7, se convirtió en el factor de riesgo primordial. La actitud y el comportamiento del odontólogo en el procedimiento de profilaxis dental agudizaron el problema induciendo a sensaciones de ahogo, náuseas o sofocamiento, generando más ansiedad.(K. & E, 2017, págs. 69-78)

Estudio realizado en el 2010 se encontró mayor prevalencia de ansiedad en el sexo masculino, en relación al femenino, pero mediante la escala de Corah se

determinó que existió mayor prevalencia en el sexo femenino, dependiendo del nivel de madurez psicológica que presente el niño. (K. & E, 2017, págs. 69-78)

Como conclusión la ansiedad es un fenómeno que va de la mano con el miedo y con el paso del tiempo ha ido progresando ya que el profesional no ha brindado la importancia necesaria para tratar esta reacción. (K. & E, 2017, págs. 69-78)

3.3.3. Miedo

Reacción ante una amenaza que nace de un objeto externo, pudiendo ser perjudicial y presentándose como un fundamento real. En la primera infancia resguardada del estímulo-miedo, estimulación que va a empezar a aumentar en el primer año de edad. (Álava Sordo, 2013, págs. 6-8)

Tenemos diferentes tipos de temores, racionales e irracionales, fundamentándose en la experiencia que tiene el niño, la mayor parte se aprenden de diferentes formas. Las experiencias naturales producen miedo, como movimientos groseros y ruidos fuertes. (Álava Sordo, 2013, pág. 9)

Ha sido reconocido que el miedo es uno de los principales motivos que dificultan la atención del niño en odontología según el estudio realizado por Marcano, A y otros, con el tema Assessment of anxiety and fear in school children in the pediatric dentistry consultation, que han propuesto el uso de instrumentos de evaluación, entre ellos la escala de Ansiedad de Corah, que evalúa miedos dentales. Test de dibujos de Venham para evaluar el miedo según la edad, de los niños que han acudido al servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo. La deducción fue que los niveles de miedo dental disminuyeron a medida que avanza la edad, donde, a la edad de 6 años se expresaron en un mayor porcentaje y los niveles de ansiedad fueron descritos en un 76%. (Marcano, 2012, págs. 50-62)

3.3.4. Evolución de los temores del niño según la edad.

Cuando el niño está cursando los 0 meses a 1 o 2 y medio años de edad, se presentan sonidos fuertes, movimientos groseros, soledad, las extrañas cosas y lugares altos. (Peredo Videa, 2009, pág. 33)

A la edad de 3 a 5 años, nos encontramos con los temores que son específicos: los profesionales como doctores, policías y odontólogos. Monstruos y fantasmas, que son el origen de la imaginación que el niño posee. (Peredo Videa, 2009, pág. 31)

A los 6 a 8 años: Miedo a la oscuridad, a lo fingido o ficticio. (Peredo Videa, 2009, págs. 29-30)

De 9 a 14 años de edad: El temor a las cosas que se imaginan, a los elementos que son de origen natural como los rayos y truenos. Tienen miedo a ser ridiculizados, al fracaso escolar y la suspensión de un examen. Por primera vez aparece el miedo a las enfermedades y la muerte. (Peredo Videa, 2009, págs. 27-48)

3.4. Clasificación del Comportamiento

Al observar al paciente pediátrico el profesional como objetivo principal determina el nivel de comunicación y cooperación del niño, para lo cual existen diferentes escalas de evaluación entre ellas está la Escala de Frankl. (Rocío & Tania, 2014, pág. 36) (Cadillo LA, 2017)

3.4.1. Escala de comportamiento de Frankl

- **Definitivamente negativo:** En esta escala el niño rechaza el tratamiento, intenso llanto, movimientos de las extremidades y no es

posible tener una comunicación verbalmente ya que se encuentra en un estado agresivo. (Rocío & Tania, 2014, págs. 36-38)

- **Levemente negativo:** El tratamiento es rechazado por el niño, movimiento leve de extremidades, tímido comportamiento y por lo general existe un bloqueo en la comunicación, pero accede y obedece algunas ordenanzas, llanto a un mismo ritmo que se conoce como monofónico. (Rocío & Tania, 2014, págs. 36-38)
- **Levemente positivo:** En esta escala el niño ya acepta el tratamiento de forma callada, el tipo de llanto será esporádico y se consigue crear una comunicación. (Rocío & Tania, 2014, págs. 36-38)
- **Definitivamente positivo:** Existe una colaboración, la comunicación es buena, motivación y a la vez tenemos un interés por el tratamiento. Las extremidades se encuentran relajadas con control de las mismas. (Rocío & Tania, 2014, pág. 38)

3.4.2. Técnicas de restricción para pacientes definitivamente negativos

Aquellas técnicas son utilizadas como último recurso y únicamente se las aplica en los pacientes que presentan una conducta violenta acompañado de muestras de agitación de sus extremidades. (Rodríguez & Blanco, 2014, págs. 64-67)

- **Técnica de restricción física:** Es una técnica de acompañamiento, la madre o cualquier familiar sujeta las rodillas e inmoviliza las manos del niño. La madre tomara una posición en el sillón de cabalgamiento o también puede recostarse en el sillón y sostener los brazos. (Rodríguez & Blanco, 2014, págs. 64-67)
- **Manos sobre la boca:** Aquella técnica debe usarse en niños mayores de tres años de edad, para su uso se debe explicar y a su vez tener el consentimiento informado del padre para evitar así problemas legales. Para proceder con la técnica se recomienda que el padre de familia salga de la consulta odontológica. Existe dos formas de efectuarla como

es: con restricción de vías áreas y también sin restricción de vías áreas.
(Rodríguez & Blanco, 2014, págs. 64-67)

Actualmente se usa la técnica sin restricción de vías aéreas donde el profesional colocara su mano de una manera firme sobre la boca del paciente, se puede repetir varias veces y se debe tomar en cuenta que el uso de tono de voz permite que el paciente permanezca quieto y pueda de esta manera escuchar las instrucciones del odontólogo. (Rodríguez & Blanco, 2014, págs. 64-67)

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

- Evaluar si la técnica de manejo de la conducta impartida por los estudiantes de séptimo y octavo semestre tiene influencia sobre el comportamiento del paciente pediátrico.

4.2. Objetivos específicos

1. Determinar el comportamiento que el niño presenta en la consulta para determinar si la técnica empleada por el estudiante es la correcta.
2. Conocer la técnica usada por los estudiantes para el manejo del niño.
3. Identificar los problemas que los alumnos presentan para el manejo del paciente pediátrico.

4.3. HIPÓTESIS

1. El manejo odontológico a un paciente pediátrico es adecuado si el estudiante de séptimo y octavo semestre aplica una técnica correcta de acuerdo al caso.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Tipo de estudio:

Descriptivo y longitudinal.

La presente investigación es de tipo descriptivo debido ya que se describen los problemas que presenta el estudiante para el manejo de un paciente pediátrico. También es un estudio longitudinal porque investiga al mismo grupo de gente de manera repetida a lo largo de un período.

5.2. Universo de la muestra

El universo estuvo constituido por los 50 alumnos de la clínica V y los 33 alumnos de la clínica IV

5.2.1. Muestra

Serán seleccionados los estudiantes de séptimo y octavo semestre que acuden a Centro de Atención odontológica de la Universidad de las Américas (CAO) y según los criterios de inclusión y exclusión.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Figura 1 Fórmula de Chi Cuadrado
Tomado de: (Fernández, 2016)

5.3. Criterios

5.3.1. Criterios de inclusión

- Estudiantes de séptimo y octavo semestre.
- Estudiantes que estén asistiendo a la clínica IV y V.

4.3.2. Criterios de exclusión

- Estudiantes que no sean de séptimo y octavo semestre.
- Estudiantes que no estén asistiendo a la clínica IV y V.

4.4. Descripción del método

El presente estudio se realizó mediante instrumento de recolección de muestra que consta de dos tablas formuladas en Excel, (anexo A) una tabla que consta del nombre del estudiante, la clínica a la que pertenece, la técnica que implemento para el acondicionamiento del niño. En cambio, la otra tabla tenía el nombre del niño, y de acuerdo a la escala que tipo de niño fue (anexo B). Con aquellas tablas se procedió a la recolección de la muestra, se preguntaba a cada estudiante la técnica que implemento para el acondicionamiento y cuál era el procedimiento que iba a realizar. Luego se mantuvo una plática con los niños para determinar qué tipo de niño era de acuerdo a la escala de Frank, además, de observar si la estudiante necesito ayuda del docente, y en caso de ser así, que tipo de técnica de restricción uso para aquel niño.

4.5. Operacionalización de variables

Tabla 1 Operacionalización de variables

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Técnica de acondicionamiento	Es un conjunto de procedimientos con el fin de adaptar al niño a la consulta odontológica.	Decir-mostrar-hacer Refuerzo positivo Control de voz	De acuerdo a un rango de porcentaje: Alto se considera en un porcentaje de 80 a 100% Medio si presenta un porcentaje de 50% a 79%. Bajo con un porcentaje de 0 – 49%
Comportamiento de los niños	Conjunto de respuestas o actos exhibidos por el niño debido al entorno que lo está rodeando.	Escala de Frankl	Mediante la escala de Frankl: Definitivamente negativo: rechaza el tratamiento. Levemente negativo: movimientos leves de las extremidades Levemente positivo: Acepta el tratamiento de manera cautelosa. Definitivamente positivo: Cooperación, buena comunicación

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En la investigación planteada permitió obtener datos cuantitativos con relación al nivel de comunicación y cooperación del niño en la consulta de pediatría; a través de la Escala de Frank, las técnicas que se emplearon por el estudiante y el docente, el tratamiento que se aplicó al paciente y algunas variables sociodemográficas. Esto tuvo la finalidad de tomar acciones positivas para reforzar las técnicas que reduzcan las conductas adversas del niño en el

consultorio y, además, difundió académicamente los mejores resultados que se obtiene en el refuerzo de crisis en el paciente, con el objetivo de disminuir temores y ansiedades propias de su edad.

6. RESULTADOS

6.1. Estadísticas descriptivas.

En relación a la edad se pudo observar que los pacientes de la consulta pediátrica presentaron una edad media de aproximadamente 8 años y de mediana igual valor. La dispersión que se calculó a través de la desviación típica estándar es de 1,88 años, con una edad mínima de 5 años y máxima de 13 años. (tabla 2 y figura 2).

Tabla 2 Estadística descriptiva edad de los pacientes, 2018.

Estadístico	Valor
N	83
Media	7,72
Mediana	8,00
Desviación estándar	1,883
Rango	8
Mínimo	5
Máximo	13
CV (%)	24,4%

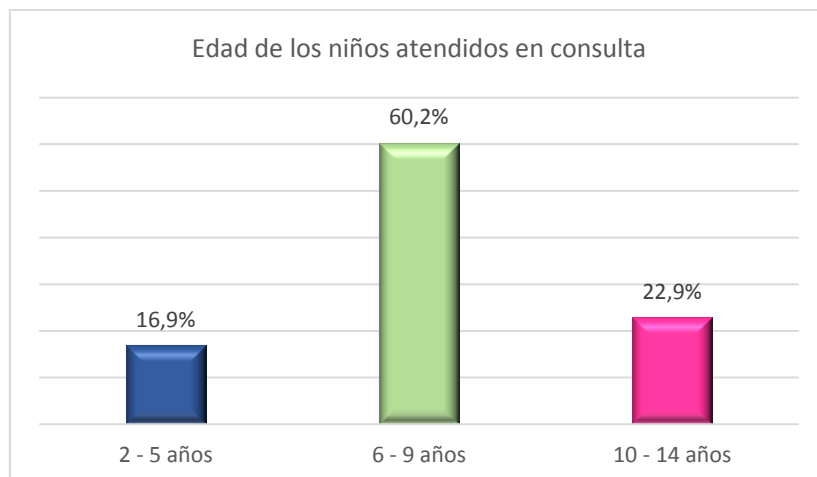


Figura 2 Edad de los niños atendidos en consulta, 2018.

El género masculino es el predominante en la consulta de atención odontológica pediátrica con una significancia del 51,81%, mientras que el femenino es de 48,19%, siendo equivalentes a 43 y 40 niños respectivamente, como se muestra en la tabla 3 y figura 3.

Tabla 3 Descriptivos del género de los pacientes, 2018

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	40	48,19	48,19
Masculino	43	51,81	100,00
Total	83	100,00	

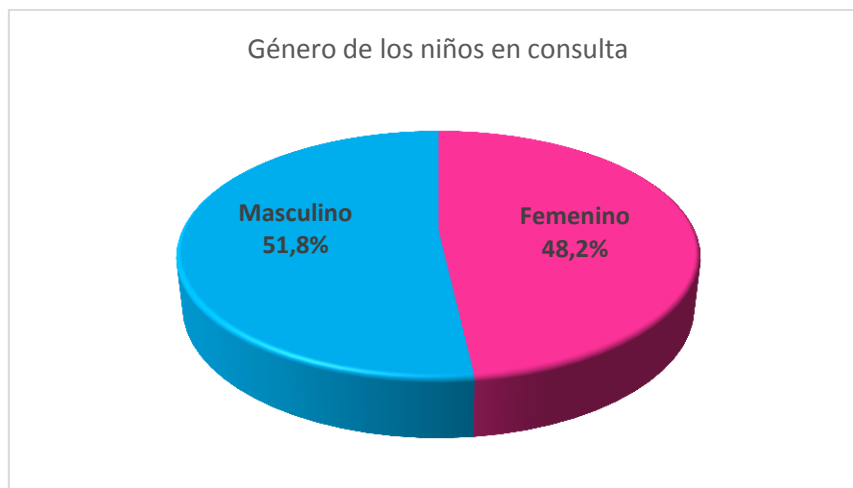


Figura 3 Género de los niños que asisten a la consulta, 2018

De un total de 83 pacientes pediátrico se puede observar que la evaluación de la conducta en el consultorio a través de la Escala de Frank presentó una mayor evaluación en el nivel definitivamente positivo con una significancia de 56,63%, seguida por la clasificación levemente positivo en 31,33%, ambas escalas sumadas engloban aproximadamente el 88% de las apreciaciones. La menor prevalencia está en la escala definitivamente negativo con una significancia de 1,2% (tabla 4 y figura 4).

Tabla 4 Frecuencia en la Escala de Frank,2018.

Escala de Frank	Frecuencia	Porcentaje	
		Porcentaje	acumulado
Definitivamente negativo	1	1,20	1,20
Levemente negativo	9	10,84	12,05
Levemente positivo	26	31,33	43,37
Definitivamente positivo	47	56,63	100,00
Total	83	100,00	

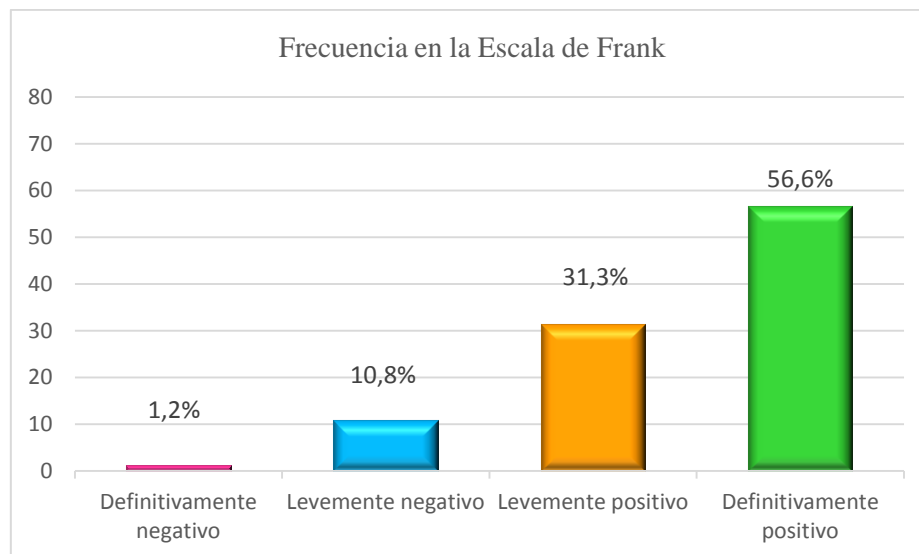


Figura 4 Frecuencia en la Escala de Frank, 2018.

La técnica decir – mostrar -hacer; que fue aplicada por los estudiantes, tiene la mayor prevalencia en la atención de odontología pediátrica con un valor de 59,1%, seguida por la técnica refuerzo positivo en un 17,27%. Las dos técnicas anteriormente nombradas suman el 77% aproximadamente de las acciones que fueron puestas en prácticas en la consulta por los estudiantes de las clínicas IV y V. La técnica que tiene menor relevancia es el control de voz con una significancia de 7,2% (tabla 5 y figura 5).

Tabla 5 Técnica aplicada por estudiantes en la consulta pediátrica, 2018.

Técnica aplicada por estudiante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Decir - Mostrar – Hacer	65	59,09%	59,09%
Control de voz	8	7,27%	66,36%
Refuerzo positivo	19	17,27%	83,64%
No aplica técnica	18	16,36%	100,00%
Total	83	100,00	

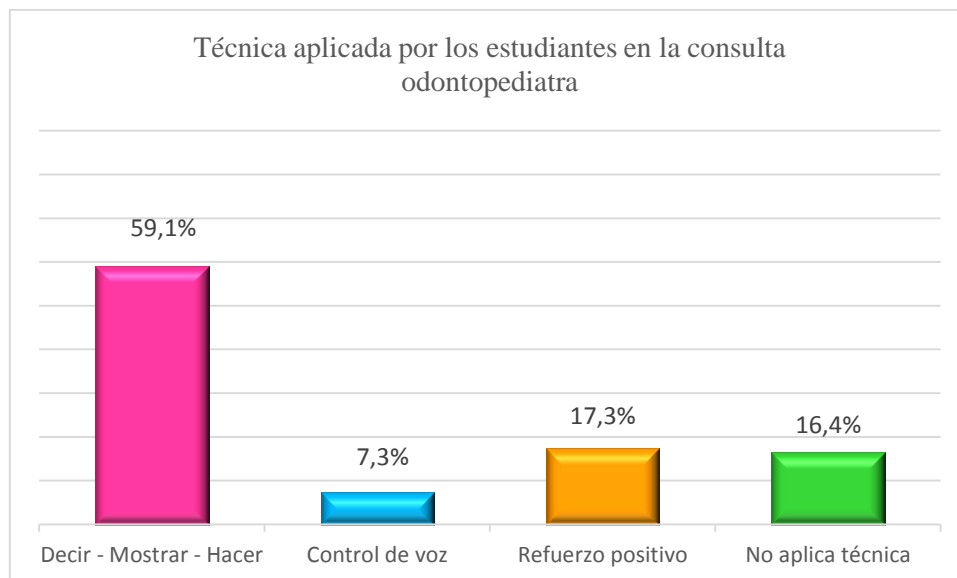


Figura 5 Técnica aplicada por estudiantes en la consulta pediátrica, 2018.

En la técnica que fue aplicada por el docente, la restricción física tiene baja significancia con una incidencia de 3,61%, ya que esta es considerada el último recurso ante conductas violentas de los niños en el consultorio. La acción en la cual no se aplica ninguna técnica tiene mayor significancia, siendo esta de 96,39% (tabla 6 y figura 6).

Tabla 6 Técnica aplicada por el docente en la consulta pediátrica, 2018

Técnica aplicada por estudiante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Restricción física	3	3,61	3,61
Ninguna	80	96,39	100,00
Total	83	100,00	

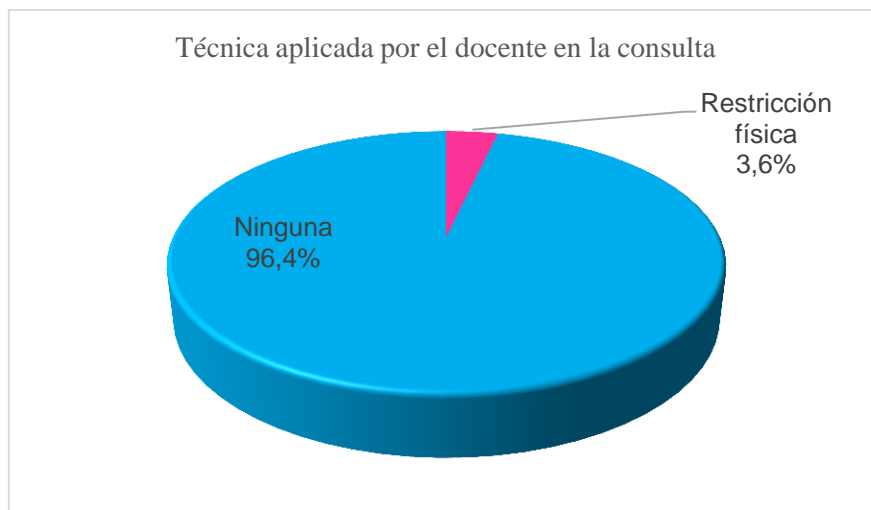


Figura 6 Técnica aplicada por el docente en la consulta pediátrica, 2018.

El tratamiento en la consulta de odontología pediátrica que presentó mayor frecuencia de atención fue la restauración con una incidencia de 30,59%, seguido por la profilaxis y el sellante, ambos con la misma incidencia 22,35%. Estos tratamientos nombrados anteriormente, en conjunto representan el 75,29% de la atención en general al niño. La pulpotomía, pulpectomía y sacar el mantenedor de espacio fueron los que presentaron baja incidencia en consulta, con una importancia de 1,18% (tabla 7 y figura 7).

Tabla 7 Tratamientos odontológicos aplicados a los pacientes pediátricos, 2018

Tratamientos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Exodoncia	7	8,24%	8,24%
Profilaxis	19	22,35%	30,59%
Sellantes	19	22,35%	52,94%
Pulpectomía	8	9,41%	62,35%
Pulpotomía	1	1,18%	63,53%
Corona	1	1,18%	64,71%
Restauración	26	30,59%	95,29%
Mantenedor de espacio	3	3,53%	98,82%
Sacar mantenedor de espacio	1	1,18%	100,00%
Total	83	100,00	

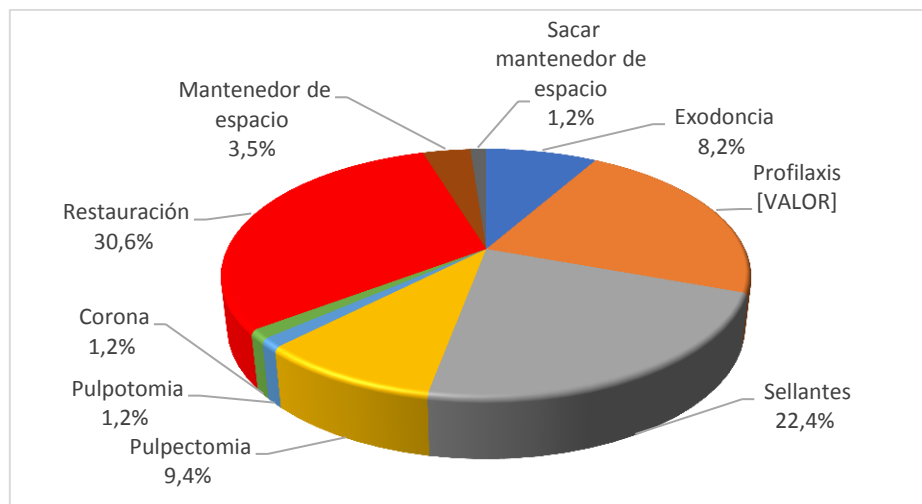


Figura 7 Tratamientos odontológicos aplicados a los pacientes pediátricos, 2018.

El problema que tuvo mayor incidencia en la consulta pediátrica es el miedo con afectación del 13,25%, seguido por el llanto con una incidencia de 10,84%. Realmente, la ausencia de esta característica es la mayor prevalencia con una prevalencia de 69,88% (tabla 8 y figura 8).

Tabla 8 Problemas presentes en la consulta de odontología pediátrica, 2018

Problemas	Frecuencia	Porcentaje	
		Porcentaje	acumulado
El niño empezó a llorar	9	10,84	10,84
El niño empezó a tener miedo	11	13,25	24,10
El niño empieza a rechazar el tratamiento	5	6,02	30,12
No tiene problema	58	69,88	100,00
Total	83	100,00	

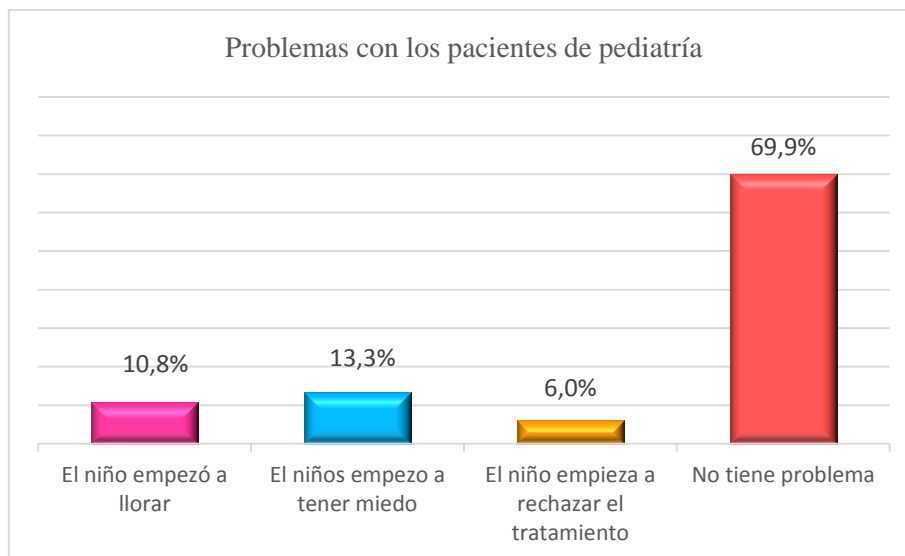


Figura 8 Problemas presentes en la consulta de pediatría, 2018.

6.2. Estadística de contrastes de hipótesis.

El análisis estadístico se realizó utilizando la prueba Chi-cuadrado de *Pearson*, dónde las hipótesis a contrastar en la relación de las variables predictivas con respecto a las técnicas y tratamientos son: la hipótesis nula (H_0) hace referencia a que no existen relación estadística entre las variables del estudio (p -valor $>0,05$), versus la hipótesis alternativa (H_a) de que en ambas variables existen relaciones de causalidad (p -valor $<0,05$), con una probabilidad del 95% y un error del 5%.

6.2.1. Estadístico de contraste para la Escala de Frank

En el diseño experimental, empleando la prueba de Chi-cuadrado de *Pearson*, se logró identificar las variables que guardan relación de dependencia con la Escala de Frank. Estas son: problemas de conducta, técnica del estudiante y técnica del docente las cuales son estadísticamente no significativas, debido a que los p -valores son menores que 0,05, por consiguiente, se rechazó la hipótesis nula concluyendo que existe relación causa-efecto en estas. La edad, el sexo y el tratamiento, resultaron ser significativas, ya que los p -valores son

mayores que 0,05, por lo tanto, no son un factor que se relacione con la Escala de Frank.

El género femenino presentó un nivel de evaluación positiva en Escala de Frank, con una significación de 85,0%, repartidas de la manera siguiente: 32,5% para levemente positiva y 52,5% para definitivamente positiva. El género masculino presentó mejor evaluación positiva en la Escala de Frank con una prevalencia conjunta de 90,70%. En la atención a niños en edades comprendidas entre 6 y 9 años los estudiantes tienen la mejor evaluación positiva, sumando esta una significancia de 90%. Los estudiantes cuyos niños en consultas no presentaron problemas fueron evaluados en un 75,86% como positivos en la Escala de Frank, el 44,44% tiene una evaluación negativa cuando el niño cuando comienza a llorar. Los estudiantes que no aplican técnicas en el manejo de la comunicación y cooperación con el paciente están evaluados definitivamente negativos con una significancia del 44,44%. Las mejores técnicas evaluadas definitivamente positiva fueron: decir-mostrar-hacer (86,15%), control de voz (87,5%) y refuerzo positivo (94,74%). La técnica aplicada por el docente es evaluada en un 100% como negativa, siendo la escala definitivamente negativa un 33,33%. El tratamiento de exodoncia es el que presenta en la escala negativa la mayor significancia 14,29% (tabla 8).

Tabla 9 Comparación de las variables de predicción y la Escala de Frank, 2018.

Descriptiva	Escala de Frank				Total
	Definitivamente negativo	Levemente negativo	Levemente positivo	Definitivamente positivo	
Género					
Femenino	1 (2,5%)	5 (12,5%)	13 (32,5%)	21 (52,5%)	40 (48,19%)
Masculino	0 (0%)	4 (9,3%)	13 (30,23%)	26 (60,47%)	43 (51,81%)
Total	1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>	0,674				
Edad					
2 - 5 años	0 (0%)	2 (14,29%)	4 (28,57%)	8 (57,14%)	14 (16,87%)
6 - 9 años	1 (2,0%)	4 (8,0%)	14 (28,0%)	31 (62,0%)	50 (60,24%)
10 - 14 años	0 (0%)	3 (15,79%)	8 (42,11%)	8 (42,11%)	19 (22,89%)
Total	1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>	0,745				
Problema del niño					
El niño empezó a llorar	1 (11,11%)	3 (33,33%)	3 (33,33%)	2 (22,22%)	9 (10,84%)
El niño empezó a tener miedo	0 (0%)	2 (18,18%)	9 (81,82%)	0 (0%)	1 (10,84%)
El niño empieza a rechazar el tratamiento	0 (0%)	4 (80,0%)	0 (0%)	1 (20,0%)	5 (6,02%)
No tiene problema	0 (0%)	0 (0%)	14 (24,14%)	44 (75,86%)	58 (69,88%)
Total	1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>	0,000				
Técnica del estudiante					
Decir - Mostrar - Hacer	1 (1,54%)	6 (9,23%)	2 (3,08%)	56 (86,15%)	65 (78,31%)
Control de voz	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	7 (87,5%)	8 (9,64%)
Refuerzo positivo	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,26%)	18 (94,74%)	19 (22,89%)
No aplica técnica	8 (44,44%)	5 (27,78%)	3 (16,67%)	2 (11,11%)	18 (21,69%)
Total	9 (10,84%)	11 (13,25%)	5 (6,02%)	58 (69,88%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>	0,000				
Técnica del docente					
Restricción física	1 (33,33%)	2 (66,67%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (3,61%)
Ninguna	0 (0%)	7 (8,75%)	26 (32,5%)	47 (58,75%)	80 (96,39%)
Total	1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>	0,000				
Tratamiento odontológico al paciente					
Exodoncia	1 (14,29%)	0 (0%)	3 (42,86%)	3 (42,86%)	7 (8,43%)
Profilaxis	0 (0%)	1 (5,26%)	6 (31,58%)	12 (63,16%)	19 (22,89%)
Sellantes	0 (0%)	1 (5,26%)	7 (36,84%)	11 (57,89%)	19 (22,89%)
Pulpectomía	0 (0%)	2 (25%)	1 (12,5%)	5 (62,5%)	8 (9,64%)
Pulpotomía	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (1,2%)
Corona	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (1,2%)
Restauración	0 (0%)	4 (15,38%)	9 (34,62%)	13 (50%)	26 (31,33%)
Mantenedor de espacio	0 (0%)	1 (33,33%)	0 (0%)	2 (66,67%)	3 (3,61%)
Sacar mantenedor de espacio	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (1,2%)
Total	1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>	0,633				

Tabla 9 Comparación de las variables de predicción y la Escala de Frank, 2018
Continuación.

Definitivamente negativo	Escala de Frank			Total
	Levemente negativo	Levemente positivo	Definitivamente positivo	
1 (2,5%)	5 (12,5%)	13 (32,5%)	21 (52,5%)	40 (48,19%)
0 (0%)	4 (9,3%)	13 (30,23%)	26 (60,47%)	43 (51,81%)
1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
		0,674		
0 (0%)	2 (14,29%)	4 (28,57%)	8 (57,14%)	14 (16,87%)
1 (2,0%)	4 (8,0%)	14 (28,0%)	31 (62,0%)	50 (60,24%)
0 (0%)	3 (15,79%)	8 (42,11%)	8 (42,11%)	19 (22,89%)
1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
		0,745		
1 (11,11%)	3 (33,33%)	3 (33,33%)	2 (22,22%)	9 (10,84%)
0 (0%)	2 (18,18%)	9 (81,82%)	0 (0%)	1 (10,84%)
0 (0%)	4 (80,0%)	0 (0%)	1 (20,0%)	5 (6,02%)
0 (0%)	0 (0%)	14 (24,14%)	44 (75,86%)	58 (69,88%)
1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
		0,000		
1 (1,54%)	6 (9,23%)	2 (3,08%)	56 (86,15%)	65 (78,31%)
0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	7 (87,5%)	8 (9,64%)
0 (0%)	0 (0%)	1 (5,26%)	18 (94,74%)	19 (22,89%)
8 (44,44%)	5 (27,78%)	3 (16,67%)	2 (11,11%)	18 (21,69%)
9 (10,84%)	11 (13,25%)	5 (6,02%)	58 (69,88%)	83 (100%)
		0,000		
1 (33,33%)	2 (66,67%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (3,61%)
0 (0%)	7 (8,75%)	26 (32,5%)	47 (58,75%)	80 (96,39%)
1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
		0,000		
1 (14,29%)	0 (0%)	3 (42,86%)	3 (42,86%)	7 (8,43%)
0 (0%)	1 (5,26%)	6 (31,58%)	12 (63,16%)	19 (22,89%)
0 (0%)	1 (5,26%)	7 (36,84%)	11 (57,89%)	19 (22,89%)
0 (0%)	2 (25%)	1 (12,5%)	5 (62,5%)	8 (9,64%)
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (1,2%)
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (1,2%)
0 (0%)	4 (15,38%)	9 (34,62%)	13 (50%)	26 (31,33%)
0 (0%)	1 (33,33%)	0 (0%)	2 (66,67%)	3 (3,61%)
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (1,2%)
1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
		0,633		

6.2.2. Estadístico de contraste para los problemas de conducta del paciente.

En el diseño experimental, se empleó la prueba de Chi-cuadrado de *Pearson*, se logró identificar las variables que guardan relación de dependencia con el problema del niño en consulta, estas son: técnica del estudiante y del docente, siendo esta no significativas estadísticamente, debido a que los p-valores son

menores que 0,05. La edad, el sexo y el tratamiento no son un factor que se relacione con el problema de conducta del niño en consulta, porque los p-valores son mayores que 0,05, por consiguiente, se acepta la hipótesis nula de independencia.

En la atención odontológica pediátrica el género masculino representó un 25,58% de los casos con problemas en consulta, siendo la afectación llanto el que tiene mayor significancia 11,63%. En cuanto al género femenino los problemas de conductas tienen una prevalencia de 35,0%, con el miedo como prevalencia mayor 17,5%. La edad comprendida entre 10 y 14 años es la que concentra las mayores dificultades con una significancia de 42,11%, donde el llanto y el rechazo al tratamiento tienen las mismas prevalencias 15,79%.

La no aplicación de técnicas por parte del estudiante ante los problemas de conducta representa un 88,89% de los casos atendidos, siendo el llanto el de mayor significancia con 44,44%, seguido por el miedo con una importancia de 27,78%. La técnica de decir-mostrar-hacer es la segunda acción que es aplicada ante las dificultades en la consulta con una significación de 13,85%, teniendo mayor incidencia el miedo con una importancia de 9,23%. La restricción física; técnica del docente, es aplicada en la afectación llanto del niño, con una significancia del 100%. El llanto tiene como problema en consulta, tiene una mayor prevalencia en el tratamiento de exodoncia, con una significancia de 42,86%, seguida por el rechazo hacia el tratamiento durante el tratamiento de mantenedor de espacio, con una significancia de 33,33% (tabla 9).

Tabla 10 Escala de Frank

Descriptiva	Escala de Frank				
	Definitivamente negativo	Levemente negativo	Levemente positivo	Definitivamente positivo	Total
Género					
Femenino	1 (2,5%)	5 (12,5%)	13 (32,5%)	21 (52,5%)	40 (48,19%)
Masculino	0 (0%)	4 (9,3%)	13 (30,23%)	26 (60,47%)	43 (51,81%)
Total	1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>	0,674				
Edad					
2 - 5 años	0 (0%)	2 (14,29%)	4 (28,57%)	8 (57,14%)	14 (16,87%)
6 - 9 años	1 (2,0%)	4 (8,0%)	14 (28,0%)	31 (62,0%)	50 (60,24%)
10 - 14 años	0 (0%)	3 (15,79%)	8 (42,11%)	8 (42,11%)	19 (22,89%)
Total	1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>	0,745				
Problema del niño					
El niño empezó a llorar	1 (11,11%)	3 (33,33%)	3 (33,33%)	2 (22,22%)	9 (10,84%)
El niños empezó a tener miedo	0 (0%)	2 (18,18%)	9 (81,82%)	0 (0%)	1 (10,84%)
El niño empieza a rechazar el tratamiento	0 (0%)	4 (80,0%)	0 (0%)	1 (20,0%)	5 (6,02%)
No tiene problema	0 (0%)	0 (0%)	14 (24,14%)	44 (75,86%)	58 (69,88%)
Total	1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>	0				
Técnica del estudiante					
Decir - Mostrar – Hacer	1 (1,54%)	6 (9,23%)	2 (3,08%)	56 (86,15%)	65 (78,31%)
Control de voz	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	7 (87,5%)	8 (9,64%)
Refuerzo positivo	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,26%)	18 (94,74%)	19 (22,89%)
No aplica técnica	8 (44,44%)	5 (27,78%)	3 (16,67%)	2 (11,11%)	18 (21,69%)
Total	9 (10,84%)	11 (13,25%)	5 (6,02%)	58 (69,88%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>	0				
Técnica del docente					
Restricción física	1 (33,33%)	2 (66,67%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (3,61%)
Ninguna	0 (0%)	7 (8,75%)	26 (32,5%)	47 (58,75%)	80 (96,39%)
Total	1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>	0				
Tratamiento odontológico al paciente					
Exodoncia	1 (14,29%)	0 (0%)	3 (42,86%)	3 (42,86%)	7 (8,43%)
Profilaxis	0 (0%)	1 (5,26%)	6 (31,58%)	12 (63,16%)	19 (22,89%)
Sellantes	0 (0%)	1 (5,26%)	7 (36,84%)	11 (57,89%)	19 (22,89%)
Pulpectomía	0 (0%)	2 (25%)	1 (12,5%)	5 (62,5%)	8 (9,64%)
Pulpotomía	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (1,2%)
Corona	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (1,2%)
Restauración	0 (0%)	4 (15,38%)	9 (34,62%)	13 (50%)	26 (31,33%)
Mantenedor de espacio	0 (0%)	1 (33,33%)	0 (0%)	2 (66,67%)	3 (3,61%)
Sacar mantenedor de espacio	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (1,2%)
Total	1 (1,2%)	9 (10,84%)	26 (31,33%)	47 (56,63%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>	0,633				

La no aplicación de técnicas por parte del estudiante ante los problemas de conducta representa un 88,89% de los casos atendidos, siendo el llanto el de mayor significancia con 44,44%, seguido por el miedo con una importancia de 27,78%. La técnica de decir-mostrar-hacer es la segunda acción que es aplicada ante las dificultades en la consulta con una significación de 13,85%, teniendo mayor incidencia el miedo con una importancia de 9,23%.

La restricción física; técnica del docente, es aplicada en la afectación llanto del niño, con una significancia del 100%. El llanto tiene como problema en consulta, tiene una mayor prevalencia en el tratamiento de exodoncia, con una significancia de 42,86%, seguida por el rechazo hacia el tratamiento durante el tratamiento de mantenedor de espacio, con una significancia de 33,33% (tabla 10).

Tabla 11 Comparación de las variables de predicción y los problemas de conducta del paciente odontológico

Descripción	Problemas con el niño				Total
	El niño empezó a llorar	El niño empezó a tener miedo	El niño empieza a rechazar el tratamiento	No tiene problema	
Genero					
Femenino	4 (10,0%)	7 (17,5%)	3 (7,5%)	26 (65,0%)	40 (48,19%)
Masculino	5 (11,63%)	4 (9,3%)	2 (4,65%)	32 (74,42%)	43 (51,81%)
Total	9 (10,84%)	11 (13,25%)	5 (6,02%)	58 (69,88%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>			0,65		
Edad					
2 - 5 años	1 (7,14%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)	11 (78,57%)	14 (16,87%)
6 - 9 años	5 (10%)	8 (16%)	1 (2%)	36 (72%)	50 (60,24%)
10 - 14 años	3 (15,79%)	2 (10,53%)	3 (15,79%)	11 (57,89%)	19 (22,89%)
Total	9 (10,84%)	11 (13,25%)	5 (6,02%)	58 (69,88%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>			0,382		
Técnica del estudiante					
Decir - Mostrar – Hacer	1 (1,54%)	6 (9,23%)	2 (3,08%)	56 (86,15%)	65 (78,31%)
Control de voz	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	7 (87,5%)	8 (9,64%)
Refuerzo positivo	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,26%)	18 (94,74%)	19 (22,89%)
No aplica técnica	8 (44,44%)	5 (27,78%)	3 (16,67%)	2 (11,11%)	18 (21,69%)
Total	9 (10,84%)	11 (13,25%)	5 (6,02%)	58 (69,88%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>			0		
Técnica del docente					
Restricción física	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (3,61%)
Ninguna	6 (7,5%)	11 (13,75%)	5 (6,25%)	58 (72,5%)	80 (96,39%)
Total	9 (10,84%)	11 (13,25%)	5 (6,02%)	58 (69,88%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>			0		
Tratamiento odontológico					
Exodoncia	3 (42,86%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (57,14%)	7 (8,43%)
Profilaxis	0 (0%)	3 (15,79%)	2 (10,53%)	14 (73,68%)	19 (22,89%)
Sellantes	0 (0%)	3 (15,79%)	1 (5,26%)	15 (78,95%)	19 (22,89%)
Pulpectomía	4 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (50%)	8 (9,64%)
Pulpotomía	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (1,2%)
Corona	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (1,2%)
Restauración	2 (7,69%)	5 (19,23%)	1 (3,85%)	18 (69,23%)	26 (31,33%)
Mantenedor de espacio	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,33%)	2 (66,67%)	3 (3,61%)
Sacar mantenedor de espacio	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (1,2%)
Total	9 (10,84%)	11 (13,25%)	5 (6,02%)	58 (69,88%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>			0,078		

6.2.3. Estadístico de contraste para técnica empleada por los estudiantes de odontología

En el diseño experimental, empleando la prueba de Chi-cuadrado de *Pearson*, se logró identificar sólo una variable que guardan relación de dependencia con la técnica de los estudiantes para el manejo del niño en consulta, siendo esta la técnica empleada por el docente. Esto debido a que estadísticamente es no significativa ya que su p-valor es menor que 0,05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de independencia. La edad, el sexo y el tratamiento no son un factor que se relacione con la técnica del estudiante, porque los p-valores son mayores que 0,05.

La técnica del estudiante decir-mostrar-hacer tuvo una mayor prevalencia tiene en la comunicación y cooperación con el paciente pediátrico, tanto en el género femenino como en el masculino, con significancias de 75% y 81,4% respectivamente. En los intervalos de las edades 6 - 9 años y 10 - 14 años están concentradas la mayor aplicación de la técnica decir-mostrar-hacer en un 78% y 73,68% sucesivamente.

La restricción física como técnica docente es aplicada cuando el estudiante no aplica técnica en los momentos de dificultad con el paciente pediátrico y esta tiene una significancia de 100%. En los tratamientos de exodoncia, profilaxis, sellantes, pulpectomía, pulpotomía, corona, restauración y mantenedor de espacio, la técnica del estudiante de mayor prevalencia, es decir-mostrar-hacer, seguida por el refuerzo positivo.

Tabla 12 Técnicas del estudiante

Descripción	Técnicas del estudiante				Total
	Decir - Mostrar – Hacer	Control de voz	Refuerzo positivo	No aplica técnica	
Género					
Femenino	30 (75%)	6 (15%)	11 (27,5%)	10 (25%)	40 (48,19%)
Masculino	35 (81,4%)	2 (4,65%)	8 (18,6%)	8 (18,6%)	43 (51,81%)
Total	65 (78,31%)	8 (9,64%)	19 (22,89%)	18 (21,69%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>			0,345		
Edad					
2 - 5 años	12 (85,71%)	3 (21,43%)	4 (28,57%)	2 (14,29%)	14 (16,87%)
6 - 9 años	39 (78%)	2 (4%)	11 (22%)	11 (22%)	50 (60,24%)
10 - 14 años	14 (73,68%)	3 (15,79%)	4 (21,05%)	5 (26,32%)	19 (22,89%)
Total	65 (78,31%)	8 (9,64%)	19 (22,89%)	18 (21,69%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>			0,691		
Total	65 (78,31%)	8 (9,64%)	19 (22,89%)	18 (21,69%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>			0,159		

Tabla 12 Técnicas del estudiante Continuación.

Descripción	Técnicas del estudiante				Total
	Decir - Mostrar - Hacer	Control de voz	Refuerzo positivo	No aplica técnica	
Tratamiento odontológico					
Exodoncia	4 (57,14%)	2 (28,57%)	2 (28,57%)	3 (42,86%)	7 (8,43%)
Profilaxis	17 (89,47%)	1 (5,26%)	5 (26,32%)	2 (10,53%)	19 (22,89%)
Sellantes	16 (84,21%)	2 (10,53%)	3 (15,79%)	3 (15,79%)	19 (22,89%)
Pulpectomía	4 (50%)	1 (12,5%)	0 (0%)	4 (50%)	8 (9,64%)
Pulpotomía	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (1,2%)
Corona	1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,2%)
Restauración	21 (80,77%)	2 (7,69%)	6 (23,08%)	5 (19,23%)	26 (31,33%)
Mantenedor de espacio	2 (66,67%)	0 (0%)	1 (33,33%)	1 (33,33%)	26 (31,33%)
Sacar mantenedor de espacio	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Total	65 (78,31%)	8 (9,64%)	19 (22,89%)	18 (21,69%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>			0,159		
Técnica del docente					
Restricción física	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)	3 (3,61%)
Ninguna	65 (81,25%)	8 (10%)	19 (23,75%)	15 (18,75%)	80 (96,39%)
Total	65 (78,31%)	8 (9,64%)	19 (22,89%)	18 (21,69%)	83 (100%)
<i>p-valor</i>			0		

6.2.4. Estadístico de contraste para los tratamientos a los pacientes pediátricos.

En el diseño experimental, empleando la prueba de Chi-cuadrado de *Pearson*, se logra identificar que las variables edad y género no guardan relación de dependencia con el tratamiento, debido a que estadísticamente son significativas ya que los p-valores son mayores que 0,05.

En el género femenino los tratamientos profilaxis, sellantes y restauración representan en conjunto el 80% de la atención en consulta pediátrica, siendo la profilaxis la mayor significancia con 32,5%, mientras que en el género masculino las atenciones están centradas en la profilaxis, sellantes, pulpectomía y restauración con una prevalencia conjunta de 86,35%, donde la restauración y sellantes tienen los mayores pesos, 32,56% y 27,91%

respectivamente. En los intervalos de edades 10-14 y de 6-9 años el tratamiento de restauración tiene la mayor significancia con 42,11% y 30% sucesivamente, mientras que en las edades de 2 a 5 años los tratamientos con mayor prevalencia son profilaxis, sellantes, pulpectomía y restauración, con una significancia conjunta de 92,86%.

Tabla 13 Comparación de las variables de predicción y la técnica empleada por los estudiantes, 2018

Tratamiento odontológico aplicado al niño					
Descripción	Exodoncia	Profilaxis	Sellantes	Pulpectomía	Pulpotomía
Género					
Femenino	3 (7,5%)	13 (32,5%)	7 (17,5%)	3 (7,5%)	1 (2,5%)
Masculino	4 (9,3%)	6 (13,95%)	12 (27,91%)	5 (11,63%)	0 (0%)
Total	7 (8,43%)	19 (22,89%)	19 (22,89%)	8 (9,64%)	1 (1,2%)
p-valor	0,427				
Edad					
2 - 5 años	1 (7,14%)	3 (21,43%)	4 (28,57%)	3 (21,43%)	0 (0%)
6 - 9 años	3 (6%)	14 (28%)	12 (24%)	3 (6%)	1 (2%)
10 - 14 años	3 (15,79%)	2 (10,53%)	3 (15,79%)	2 (10,53%)	0 (0%)
Total	7 (8,43%)	19 (22,89%)	19 (22,89%)	8 (9,64%)	1 (1,2%)
p-valor	0,464				

Tabla 13 Comparación de las variables de predicción y la técnica empleada por los estudiantes, 2018 Continuación.

Tratamiento odontológico aplicado al niño					
Descripción	Corona	Restauración	Mantenedor de espacio	Sacar mantenedor de espacio	Total
Género					
Femenino	0 (0%)	12 (30,0%)	1 (2,5%)	0 (0%)	40 (48,19%)
Masculino	1 (2,33%)	14 (32,56%)	2 (4,65%)	1 (2,33%)	43 (51,81%)
Total	1 (1,2%)	26 (31,33%)	3 (3,61%)	1 (100%)	83 (100%)
p-valor	0,427				
Edad					
2 - 5 años	0 (0%)	3 (21,43%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (100%)
6 - 9 años	0 (0%)	15 (30%)	2 (4%)	0 (0%)	50 (100%)
10 - 14 años	1 (5,26%)	8 (42,11%)	1 (5,26%)	1 (5,26%)	19 (100%)
Total	1 (1,2%)	26 (31,33%)	3 (3,61%)	1 (1,2%)	83 (100%)
p-valor	0,464				

7. DISCUSIÓN

La presente investigación evaluó la influencia de las técnicas de manejo de la conducta impartida por los estudiantes de séptimo y octavo semestre sobre el comportamiento del paciente pediátrico, para lo cual se evaluó a un total de 83 niños de edad entre 2 a 14 años, con una media de 8 años, tomando en cuenta a niños como a las niñas y la mayoría eran infantes de sexo masculino, se les aplicó la escala de Frank y una encuesta.

La mayoría de los niños y adolescentes presentaron un comportamiento definitivo positivo (56,63%) y levemente positivo (31,33%), mostrando concordancia con el estudio de Ramos-Martínez et al. (2015), manifiestan que en la mayoría de los casos el comportamiento de los infantes, de acuerdo a la escala de Frank fueron positivas y que la técnica más recomendable para manejar la conducta dentro de la atención odontológica pediátrica es la técnica decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, comunicación efectiva, distracción y las estrategias no verbales para la comunicación.

Además, se evidenció que las técnicas de manejo de la conducta (refuerzos positivos y Decir - Mostrar - Hacer) que usaron los estudiantes de odontología están relacionado con el comportamiento de los niños (definitivamente positivo y levemente positivo) que participaron en la investigación ($p < 0,05$), con esto se comprueba que el manejo odontológico a un paciente pediátrico es adecuado si el estudiante de séptimo y octavo semestre aplica una técnica correcta de acuerdo al caso. Al igual que el estudio realizado por Lopera et al. (2013), en donde determina en su estudio realizado a 137 niños y a estudiantes de séptimo a decimo que lo atendieron en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia (Medellín), en donde evidenció que el tipo de conducta más frecuente del paciente al momento de la consulta es positivo y totalmente positivo en 70% y la técnica más utilizada fue decir-mostrar-hacer en 78,1%, seguida de refuerzo positivo en 45,3%, mostrando un nivel medio alto de conocimiento y dominio de las técnicas, también se relaciona el acto de aplicar la técnica decir-mostrar-hacer con la respuesta

positiva del infante, es una estrategia muy aplicada por los estudiantes de odontología y que con frecuencia funciona, dependiendo de que el estudiante maneja la técnica y se tome el tiempo para implementarla, considerando que las técnicas del manejo de la conducta son vistas como un arte a través del cual es posible establecer la comunicación, fomentar la educación y construir una relación de confianza entre el niño y el odontopediatra (Ferro, Maldonado, Montiel, & Rivas, 2010).

Lo preocupante de los resultados de la presente investigación fue que al momento de atender a 18 niños (16,4%), los estudiantes de odontología no realizaron ningún tipo de técnica, lo que conllevó a que 10 pacientes (12%) mostrará un comportamiento levemente negativo a definitivamente negativo, manifestándose en que el niño empezó a llorar, experimentar miedo y rechazo al tratamiento, además en 3 casos el docente guía intervino. Estos hallazgos demuestran que al no dominar las técnicas de manejo de las conductas de los niños en la consulta odontológica se complica la atención al paciente e impacta en la estabilidad emocional y psicológica del infante. Sobre esto Ramírez et al. (2017) señala que los niños con una experiencia médica anterior positiva tienden a colaborar más con el odontólogo, es por ello que lo importante no es el número, sino la calidad emocional de las consultas médicas previas, siendo importante tomar en cuenta que el comportamiento poco cooperador de los niños en el consultorio dental constituye un problema de la salud bucal e integral, no solo a nivel local sino también nacional e internacional, afectando tanto a países desarrollados como aquellos que se encuentran en vías de desarrollo.

La presente investigación indicó que el 69,88% de los pacientes odontopediátricos no presentaron problemas durante la atención en consulta, en contraste con un 13,25% que presentó miedo y 10,84% llanto, coincidiendo estos resultados con los descritos por Ravindran, Moses, Pari, & Inbanathan (2016), que señalan que el 63.6% de los practicantes de pregrado dicen que el niño coopera durante el desarrollo de la consulta y el tratamiento aplicado, con igual resultado en la investigación de Sarnat, Arad, Hanaue, & Shohami (2001),

donde en una escala de 1 a 3, 46% no tenían miedo en absoluto, el 36% un poco asustado y un 17% muy asustado, reforzando estos resultados con el conocimiento del odontólogo en las distintas técnicas para el manejo del comportamiento positivo en el niño.

8. CONCLUSIONES

- Un 52,5% de los niños presenta durante la consulta odontológica un nivel definitivamente positivo de acuerdo a la Escala de Frankl, lo que indica que las técnicas aplicadas por los estudiantes de odontología durante la atención clínica son las más correctas.
- Las técnicas más frecuentes aplicadas por el estudiante de odontología en la atención los niños durante la consulta dental es la técnica decir-mostrar-hacer con un 78,1%, y la de refuerzo positivo con un porcentaje de 45,3%.
- La mayoría de los pacientes infantiles durante la consulta odontopediátrica tienen un comportamiento de cooperación con el profesional odontólogo, siendo el miedo el problema más frecuente que se presenta cuyo porcentaje fue 9,23%.
- El 16.4% de los estudiantes no aplican ninguna técnica para el acondicionamiento del niño, lo que repercutió que el docente sea la persona que tuvo que manejar la conducta del paciente. En el 3.6% de los casos los docentes tuvieron que aplicar la técnica de restricción física para la atención.
- En la atención al paciente odontopediátrico los tratamientos más realizados son profilaxis, pulpectomías restauraciones y sellantes con una prevalencia del 86.35%, y las de mayor prevalencia son restauración y sellantes que tienen un peso de 32.56% y 27,91% respectivamente.

9. RECOMENDACIONES

- Realizar una evaluación previa del paciente odontopediátrico para determinar cuál es la técnica más efectiva para el control del comportamiento del niño durante la consulta y lograr la cooperación del mismo.
- Realizar estudios que evalúen las prácticas, las actitudes o el comportamiento de los alumnos y profesionales en odontología, así como también el nivel de conocimiento que complemente la información referente a la participación en la atención odontopediátrica.

REFERENCIAS

- Alarco Cadillo, L., Casas Apayco, L., Reyes Bossio, M., & Ramírez Torres, M. C. (2017). Use of two alternative techniques for the management of behavior: music therapy and audiovisual distraction, for the control and management
- Durante, E. (2009). Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller. *Revista del hospital Italiano*, 55-61 Vol. 26 N° 2.
- Núñez Cortés, J. M., Palés Argullós, J., & Rigual Bonastre, R. (2014). *GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA PRACTICA CLINICA EN LAS FACULTADES DE MEDICINA*. España: SAFEKAT, S.L.
- Peredo Videá, L. (2009). Los miedos infantiles y su relación con la manifestación de indicadores de depresión y ansiedad en niños de edad escolar. *Revista de Investigacion Psicologica*, 27-49.
- Rodríguez de Castro, F. (2015). Guidelines for the assessment of clinical practice in Medical Schools. Evaluation tools and indications for their use. *ELSIEVER*, 50-4.
- Alarco-Cadillo, L., Apayco, L. C., Bossio, M. R., & Torres, M. C. (2017). Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años. *Odontopediatria Latinoamericana*, Vol. 7, No. 1.
- Álava Sordo, S. (2013). Miedos y actitudes de los niños ante el dentista. *Revista Gaceta Dental*, 1-10.
- Andrade, M. d., & Rédua, M. P. (2010). *Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría*. Livraria Santos: Editora Ltda.
- Cadillo LA, C. A. (2017). Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años. *Revista de Odontopediatría latinoamericana*, Vol.7 N1.

- Compagnucci, E., & Cardós, P. (2009). El desarrollo del conocimiento profesional del psicólogo: estudio de graduados de la U.N.L.P. , su inserción en el campo educativo. *Orientación y Sociedad*, 1-12 Vol. 9 .
- Cortés, J. A., Perdomo, D., Morales, R., Álvarez, C. A., Cuervo, S. I., Leal, A. L., . . . Donoso, W. (2015). Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of community-acquired uncomplicated urinary tract infections in women. *Revista de la Facultad de Medicina*, Volumen 63, Número 4, p. 565-581.
- HD, R., M, F., S, A., & IC., M. (2010). Undergraduate experience and self-assessed confidence in paediatric dentistry: comparison of three UK dental schools. *Br Dent J*, 208-221.
- JK, R., DL, J., & NS, S. (2009). Dental students' knowledge about careers in academic dentistry. *Journal of Dental Education*, 1051-1060 Volume 70, Number 10.
- K., L.-H., & E, V.-C. (2017). ANXIETY AND FEAR ABOUT DENTAL TREATMENT IN CHILDREN. *OACTIVA UC Cuenca*, 69-78.
- L. Kleinert, H., Sanders, C., Mink, J., Nash, D., Johnson, J., Boyd, S., & Challman, S. (2009). Improving Student Dentist Competencies and Perception of Difficulty in Delivering Care to Children with Developmental Disabilities Using a Virtual Patient Module. *Journal of Dental Education*, 279-286 Volume 71, Number 2.
- Lopera Ossa, M. P., Cardeño Chaverra, V., Muñetones Correa, D., Serma Salazar, E., Diaz Garavito, M. V., & Bermúdez Reyes, P. (2012). Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. *Revista Nacional de Odontología.*, 59-65.
- M, A. (2011). Children's Perception of Their Dentists. *Eur J Dent.*, 186-90.
- Marcano, A. . (2012). Assessment of anxiety and fear in school children in the pediatric dentistry consultation. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*, 50-62.
- Martin, Á. L. (2014). Cómo intervenir en los problemas de conducta infantiles. *Orientación Educativa*, 37-43.

- Morales Urbina, E. M. (2009). Universidad, Ciencia y Tecnología. *uct*, 1-13
ISSN 1316-4821 v.13 n.52.
- Ossa, M. P., Chaverra, V. C., Correa, D. M., Salazar, E. S., Garavito, M. V., & Reyes, P. B. (2013). Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. *Nacional de odontología* , Vol. 9 ,Numero 16.
- Patır Münevveroğlu A, B. A. (2014). Assessment of the Feelings and Attitudes of Children towards Their Dentist and Their Association with Oral Health. *ISRN Dent*.
- Rocío, V. V., & Tania, P. C. (2014). INFLUENCIA DE LA TÉCNICA DE MODELADO CON VIDEO EN NIÑOS NO COOPERADORES DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL. *REVISTA ESTOMATOLOGICA DEL ALTIPLANO*, 35-39 .
- Strøm K1, R. A. (2015). Dentists' use of behavioural management techniques and their attitudes towards treating paediatric patients with dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent*, 349-55.
- Rodríguez, Á. F., & Blanco, J. Z. (2014). Physical restraint: review and ethical reflection. *Gerokomos*, 63-67.

ANEXOS

Anexo 1

No	ESTU- DIANTE	NI- VEL	TÉCNICA IMPLEMEN- TADA	PROBLEMAS PRESENTO ESTUDIANTE ATENCIÓN	QUE EL EN LA	TÉCNICA IMPLEMENTAD A POR EL DOCENTE	TRATA- MIENTO
1							
2							
3							
4							
5							

Anexo 2

PACIENTE	TIPO DE SEXO	EDAD	ESCALA DE FRANK	

Anexo 3

udla

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SOLICITUD DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA PARA TRABAJO DE
TITULACIÓN

Quito, 24 de mayo del 2018

Doctora
María Pilar Gabela
Coordinadora del Centro Odontológico de la Universidad De Las Américas

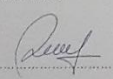
De mis consideraciones

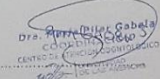
Yo, Estefany Dayannet De La Torre Rosales, estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad De Las Américas, solicito a usted comedidamente la autorización para poder recolectar la muestra de trabajo de titulación: Influencia de la técnica de manejo de la conducta impartida por parte de los estudiantes de odontología de séptimo y octavo semestre sobre el comportamiento del niño en la consulta.

Este estudio tiene como objetivo evaluar si la técnica de manejo de la conducta impartida por los estudiantes de séptimo y octavo semestre tiene influencia sobre el comportamiento del paciente pediátrico

De ante mano le agradezco la atención brindada a la presente solicitud.

Atentamente,


 Estefany De La Torre
 CI: 100397062-7
 Matricula: 708656


 Dra. María Pilar Gabela
 Coordinadora del Centro
 Odontológico de la UDLA

