



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**“TÉCNICA COMUNICATIVA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA
DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN ALUMNAS DEL NIVEL
INICIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 224 “SANTA ROSA” DE ABANCAY
2016”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

Autor: Chirinos Juro, Gustavo

Abancay – Apurímac

2016

DEDICATORIA:

A Dios por darme la vida y acompañarme siempre.

A mi familia por creer y confiar en mí.

Y a todas las personas que me apoyaron.

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay, a los asesores del taller de tesis por su guía y dedicación, agradezco de igual manera al Mg. CD. Neil Huamaní Pozo, a la Dra. Rosaby Sánchez Félix, al CD. Orlando Fred Batallanos Barrionuevo y al CD. Cesar Edgardo Valer Ugarte por su asesoramiento en este trabajo, a la Rvda. Madre Yolanda Escarsina Quispe y a la Mg. Sulma Acosta Trujillo por haberme permitido realizar este trabajo en su casa de estudios; y a todos aquellos quienes formaron y son parte de mi desarrollo personal y profesional. Gracias por su invaluable ayuda y dedicación en la realización de este trabajo de investigación.

A mis queridos amigos, por haberme brindado su cariño y amistad, por todas las experiencias vividas y por todo aquello que aún nos depara el futuro.

Y un agradecimiento especial a mi familia por su apoyo, cariño y amor incondicionales.

RESUMEN

La técnica comunicativa forma parte de las técnicas de manejo de la conducta no farmacológicas dentro de la odontología pediátrica. La particularidad de ésta técnica radica en conocer a nuestro paciente, incluso antes de realizar cualquier tipo de procedimiento, resultando en una aceptación tanto en su primera atención como en las posteriores, de los servicios de salud odontológicos. **Objetivo:** El objetivo de esta investigación fue determinar la influencia de la técnica comunicativa en la conducta durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” Abancay de Mayo – Agosto 2016. **Métodos:** Estudio pre experimental, cuantitativo, con una muestra de 67 alumnas, a quienes se les aplicó una ficha de recolección de datos y la escala de Frankl. **Resultados:** Se observó que durante el pre test según la escala de Frankl un 52.2% de alumnas tuvieron una conducta levemente negativa, seguido de un 46.3% de alumnas que presentaron una conducta levemente positiva, por ultimo un 1,5% de alumnas tuvieron una conducta definitivamente negativa. Posteriormente de acuerdo a lo observado durante el post test según la escala de Frankl un 85.1% de alumnas tuvieron una conducta definitivamente positiva, seguido de un 14.9% de alumnas que presentaron una conducta levemente positiva. **Conclusiones:** En la presente investigación se pudo determinar que la técnica comunicativa influyó significativamente en la conducta durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay, Mayo - Agosto 2016; habiéndose presentando niveles de conducta positivos durante el post test a comparación de aquellos presentados durante el pre test en el cual no se utilizaron las técnicas comunicativas.

Palabras clave: conducta, manejo, Odontopediatria, Escala de Frankl, técnica comunicativa, atención odontológica.

ABSTRACT

The communicative technique is part of non-pharmacological behavior management techniques within pediatric dentistry. The particularity of this technique lies in knowing our patient, even before performing any type of procedure, resulting in an acceptance both in his first and subsequent care of the dental health services. **Objective:** The objective of this research was to determine the influence of the communicative technique on behavior during dental care in students of the initial level of the 224 "Santa Rosa" Abancay Educational Institution from May to August 2016. **Methods:** Pre-experimental, quantitative study, with a sample of 67 students, who were given a datasheet and the Frankl scale. **Results:** It was observed that during the pre-test according to the Frankl scale, 52.2% of students had a slightly negative behavior, followed by 46.3% of students who had a slightly positive behavior, and 1.5% of students had a Definitely negative behavior. Subsequently, according to what was observed during the post test according to the Frankl scale, 85.1% of students had a definite positive behavior, followed by 14.9% of students who presented a slightly positive behavior. **Conclusions:** In the present investigation it was possible to determine that the communicative technique had a significant influence on the behavior during dental care in students of the initial level of the Educational Institution 224 "Santa Rosa" Abancay, May - August 2016; With positive levels of behavior during the post test compared to those presented during the pre-test in which the communicative techniques were not used.

Key words: behavior, management, Pediatric dentistry, Frankl scale, communicative technique, dental care.

INDICE

Introducción	3
Capítulo I: planteamiento del problema	5
1.1.- Descripción de la realidad problemática	5
1.2.- Delimitación de la investigación	6
1.2.1.- Delimitación temporal	6
1.2.2.- Delimitación geográfica	6
1.2.3.- Delimitación social	6
1.3.- Formulación del problema	7
1.3.1.- Problema principal	7
1.3.2.- Problemas secundarios	7
1.4.- Objetivos de la investigación	8
1.4.1.- Objetivo general	8
1.4.2.- Objetivos específicos	8
1.5.- Hipótesis de la investigación	9
1.5.1.- Hipótesis general	9
1.5.2.- Hipótesis secundarias	9
1.6.- Justificación de la investigación	10
Capitulo II: Marco teórico	11
2.1.- Antecedentes de la investigación	11
2.2.- Bases teóricas	17
Estudio del desarrollo emocional	18
B. F. Skinner – modificación de la conducta	19
Albert bandura – teoría del aprendizaje social	22
Etapas del desarrollo emocional	24
Diagnóstico y clasificación de la conducta	25
Trastorno de estrés postraumático en niños	26
Clasificación del comportamiento	29
Escala de Frankl	30
Manejo del comportamiento	31
Técnicas de manejo	33
Técnicas comunicativas	34

Decir-mostrar-hacer	34
Control de voz	34
Comunicación no verbal	35
Refuerzo positivo	35
Refuerzo negativo	35
Modelado	36
2.3.- Definición de términos	36
Capitulo III: Metodología	40
3.1.- Tipo de investigación	40
3.2.- Diseño de la investigación	40
3.3.- Población y muestra de la investigación	40
3.4.- Variables, dimensiones e indicadores	41
3.5.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.5.1.- Técnicas	41
3.5.2.- Instrumentos	41
3.6.- Procedimientos	41
Capitulo IV: Resultados	43
4.1.- Resultados	43
4.2.- Discusión de resultados	66
Conclusiones	69
Recomendaciones	70
Referencias bibliográficas	72
Anexos	76
1. Instrumentos	76
2. Matriz de consistencia	77
3. Cartas	78
4. Consentimiento informado	80
5. Registro fotográfico	81
6. Informes	91

INTRODUCCIÓN

La técnica comunicativa forma parte de las técnicas de manejo de la conducta no farmacológicas dentro de la odontología pediátrica que hoy en día tenemos a nuestra disposición. Como su mismo nombre lo dice, la comunicación es el cimiento en el cual se construye la relación entre el paciente odontopediátrico y el odontólogo. La particularidad de ésta técnica radica en conocer a nuestro paciente, incluso antes de realizar cualquier tipo de procedimiento, ya que esto tendrá una influencia positiva sobre los pacientes odontopediátricos y como estos ven la importancia de la salud oral, resultando en una aceptación tanto ahora como en su futuro, de los servicios de salud odontológicos.

En esta investigación se categorizaron las conductas utilizando la escala de Frankl, las conductas evaluadas con esta escala fueron: llanto, actitud frente al tratamiento, comportamiento, comunicación y actividad motora; posterior a la identificación de las conductas se utilizaron las siguientes técnicas comunicativas: moldeado, decir – mostrar – hacer, comunicación no verbal, refuerzo positivo, refuerzo negativo, y control de voz, una vez utilizadas las técnicas comunicativas, se procedió a reevaluar las conductas de las alumnas utilizando la escala de Frankl, viendo así como influenciaron las técnicas comunicativas en la conducta de las alumnas.

Estudios previos sobre las técnicas de manejo de la conducta en pacientes odontopediátricos, como las técnicas convencionales o no farmacológicas y las técnicas farmacológicas, han arrojado respuestas positivas al ser aplicadas de manera correcta

Al final, todas las técnicas apuntan a un objetivo en común, el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico, el poder hacer de su experiencia

odontológica algo que disfruten y hacer que vean al odontólogo como alguien en quien pueden confiar para ayudarlos.

Este trabajo de investigación tuvo como principal objetivo, determinar la influencia de las técnicas comunicativas en la conducta de pacientes odontopediátricos; demostrando la importancia de dichas técnicas y como estas pueden mejorar su experiencia odontológica.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la realidad problemática

Actualmente el tema más importante en el área de la Odontopediatría es la conducta del paciente odontopediátrico y su manejo durante la consulta odontológica.

Se pueden observar conductas disruptivas hacia el odontólogo, tales como: el llanto intenso, monotónico, esporádico; en la actitud frente al tratamiento pueden presentarse conductas de rechazo rotundo o parcial hacia el tratamiento; también podemos observar comportamientos agresivos, introvertidos o poco cooperativos; en ocasiones no es posible establecer una comunicación con nuestros pacientes o quizá llegar hasta aceptar y acatar algunas ordenes; finalmente la actividad motora puede presentarse como movimientos leves o fuertes de las extremidades.

“El manejo de conducta del paciente infantil es un componente clave para el éxito en la Odontopediatría, considerando estas técnicas como modelos de aprendizaje. Uno de los principales retos de la Odontología Pediátrica es el manejo de la conducta, lo cual constituye un elemento fundamental del éxito en la especialidad”.¹

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo, rama de la psicología que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las condiciones ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones. Los métodos que utilice el odontólogo para abordar y tratar a un niño son determinantes de las reacciones y actitudes en la situación odontológica, para ello las técnicas que se emplean para manejar las emociones del niño, comprenden de aquellos procedimientos que creen cambios en su comportamiento, incrementando su autocontrol.²

En base a la problemática expuesta se utilizaron las técnicas comunicativas en el manejo de la conducta en las alumnas del colegio “Santa Rosa” en Abancay – Apurímac, utilizando el consultorio odontológico de esta Institución Educativa, donde sus conductas fueron evaluadas utilizando la escala de Frankl en conjunto con simulaciones de tratamientos, en periodos de pre test y post test, utilizando en este ultimo las técnicas comunicativas, viendo así su influencia sobre la conducta de las alumnas.

1.2.- Delimitación de la investigación

1.2.1.- Delimitación temporal:

- Mayo a Agosto del 2016

1.2.2.- Delimitación geográfica:

- Institución Educativa Inicial N° 224 “Santa Rosa”, Abancay - Apurímac

1.2.3.- Delimitación social

- Alumnas del nivel inicial del Colegio “Santa Rosa” de 5 a 6 años de edad

1.3.- Formulación del problema

1.3.1.- Problema principal

- ¿Cómo influye la técnica comunicativa en la conducta durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016?

1.3.2.- Problemas secundarios

- ¿Cómo influye la técnica de Modelado en el llanto durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016?

- ¿Cómo influye la técnica de Decir - Mostrar - Hacer en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016?

- ¿Cómo influye la técnica de comunicación no verbal y refuerzo negativo en el comportamiento durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016?

- ¿Cómo influye la técnica de control de voz y refuerzo negativo en la comunicación durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016?

- ¿Cómo influye la técnica de refuerzo positivo en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016?

1.4.- Objetivos de la investigación

1.4.1.- Objetivo general

- Determinar la influencia de la técnica comunicativa en la conducta durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

1.4.2.- Objetivos específicos

- Determinar la influencia de la técnica de Modelado en el llanto durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

- Determinar la influencia de la técnica de Decir - Mostrar - Hacer en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

- Determinar la influencia de la técnica de comunicación no verbal y refuerzo negativo en el comportamiento durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

- Determinar la influencia de la técnica de control de voz y refuerzo negativo en la comunicación durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

- Determinar la influencia de la técnica de refuerzo positivo en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

1.5.- Hipótesis de la investigación

1.5.1.- Hipótesis general

- La técnica comunicativa influye significativamente en la conducta durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

1.5.2.- Hipótesis secundarias

- La técnica de Modelado influye poco en el llanto durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

- La técnica de Decir - Mostrar - Hacer influye poco en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

- La técnica de comunicación no verbal y refuerzo negativo influye significativamente en el comportamiento durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

- La técnica de control de voz y refuerzo negativo influye poco en la comunicación durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

- La técnica de refuerzo positivo influye significativamente en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

1.6.- Justificación de la investigación

El siguiente trabajo de investigación demuestre la importancia de las técnicas de manejo de la conducta en la odontología pediátrica y la influencia que estas tienen al tratar con pacientes odontopediátricos, siendo establecer una buena relación operador – paciente, nuestro punto de inicio en el área de la odontopediatría.

El estudio realizado servirá para mostrar como un buen manejo de las técnicas comunicativas influye en como nuestros pacientes odontopediátricos perciben los servicios odontológicos, haciendo que ellos lo vean como algo bueno y brindándoles así una mejor atención.

En cuanto a la relevancia social del presente trabajo de investigación, quienes se verán beneficiados serán nuestros pacientes odontopediátricos; demostrándoles a ellos, a sus padres, y al personal de odontología que un buen uso de las técnicas de manejo de la conducta nos ayudara a brindar confianza, seguridad y una buena calidad de salud oral, creando una experiencia en el cual los pacientes odontopediátricos, puedan gozar de una atención de calidad y una experiencia odontológica que puedan disfrutar.

Es por ello el siguiente trabajo de investigación permitirá mejorar la atención y relación con nuestros pacientes odontopediátricos, brindándoles una mejor experiencia odontológica, fomentando así una cultura de prevención.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes de la investigación

2.1.1.- Llanco EL. Eficacia del manejo de conducta con videojuegos versus el manejo de conducta convencional en la satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador odontopediátrico en niños de 3 a 5 años que acuden al centro médico odontológico san carlos – huancayo, 2013. Resultados: Según la variable experimental, satisfacción del paciente referente a: ¿Me gusto que el dentista trabajara hoy en mi diente? Después de haber realizado el trabajo sobre el diente del niño se le aplico la encuesta a dicho paciente para saber cómo se sintió después de haberle realizado la intervención, teniendo los siguientes resultados: se tiene que el 3,3% del total de niños de este grupo está ligeramente acuerdo con el trabajo sobre el diente que se le realizo, el 36,7% considera que está de acuerdo con el trabajo, asimismo el 60% considera que está totalmente de acuerdo. Según variable de control, satisfacción del paciente referente a: ¿Me gusto que el dentista trabajara hoy en mi diente? Después de haber realizado el trabajo sobre el diente del infante se le aplico la encuesta a dicho paciente para saber cómo se sintió después de haberle realizado la intervención, teniendo los siguientes resultados: se tiene que el 13,8% de encuestados se encuentra ligeramente en desacuerdo después de la intervención, el mayor porcentaje presentado es de los que se encuentran ligeramente de acuerdo los que representan un 51,7%, el 31% son aquellos que consideran que están de acuerdo con el trabajo sobre el diente del niño, mientras que solo el 3,4% de los niños menciona que está totalmente de acuerdo con el trabajo del dentista.

Conclusiones: Las conclusiones encontradas en la investigación fueron bastante alentadoras respecto al uso de los videojuegos en el manejo de conducta para realizar el tratamiento restaurador; en comparación con los pacientes en los que no se utilizó la técnica propuesta la eficacia fue menor.³ (Nacional)

2.1.2.- Quiroz JM. Manejo de conducta no convencional en niños: hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia, 2011, Lima - Perú. Resultados: Según el estudio de Cruz y Díaz-Pizán (2005), la conducta de los pacientes atendidos con música no varía de forma significativa con aquellos que no reciben música durante el tratamiento dental, sin embargo, los pacientes que fueron atendidos con música mostraron una mayor satisfacción con el tratamiento y disminución en la sensación del dolor. Otro estudio realizado por Aitken et al. (2002), en el cual evaluaron el efecto de la música en la distracción del dolor, la ansiedad y el manejo de pacientes pediátricos, concluye que, aunque el audio analgesia no parece ser efectiva para reducir el dolor, la ansiedad y la conducta no cooperativa durante los procedimientos de restauración dental en pacientes pediátricos, los pacientes relataron haber disfrutado mucho escuchar música durante la visita. En el estudio de Álvarez y Muñoz (1998), se evaluó la eficacia de la técnica, escuchando cuentos infantiles que eran elegidos por los niños, en 18 pacientes entre 4 y 6 años de edad que requerían tratamiento odontológico restaurador con el uso de anestesia local, los pacientes fueron sometidos a una cita control con manejo de la conducta convencional y a una segunda cita en la que se aplicaba la técnica auditiva, como resultado encontraron una mejoría del 80% del comportamiento en la segunda cita, reafirmando la eficacia de ésta técnica en el manejo de conducta pediátrico. Prabhakar et al. (2007), compararon las técnicas de distracción auditiva (música) con la audiovisual; en este estudio se contó con 60 niños de 4 a 8 años de edad los cuales se separaron en 3 grupos: grupo control, grupo con distracción auditiva y grupo con distracción audiovisual. Todos tuvieron 4 visitas dentales (para evaluación general, profilaxis, preparación de la cavidad y restauración y para extracción), durante las 4 citas el nivel de ansiedad fue evaluado por la prueba de imágenes de Venham, escala de ansiedad clínica de Venham, el pulso

y saturación de oxígeno. Los resultados indicaron que la distracción auditiva (música) no tuvo un efecto significativo en la disminución de la ansiedad, sin embargo, los niveles de ansiedad fueron menores a los del grupo control debido al efecto relajante de la música y también porque elimina el sonido desagradable de la pieza de mano. Pero por otro lado los resultados demostraron que la distracción audiovisual fue más efectiva para manejar la ansiedad de los niños, pues al concentrarse en la pantalla del televisor se distraían del ambiente a su alrededor y el sonido quitaba los ruidos como el de la pieza de mano. Conclusiones: Es necesario nuevas técnicas para el manejo de conducta del paciente pediátrico que sean acordes a los avances tecnológicos de nuestra era y a su vez que promuevan la salud como es el uso de la medicina natural o alternativa, ampliamente estudiada en los últimos años. La técnica que mejor resultados da es la distracción audiovisual, debido a que la concentración de los niños (auditiva y visual) queda atrapada en la película o juego o imagen virtual que estén visualizando desconectándose totalmente del ambiente odontológico. La musicoterapia es utilizada como un tipo de sugestión en la que el niño es animado a la fantasía, ya que evoca sentimientos placenteros para el paciente llevándolo a un estado de relajación. Se necesita mayor investigación sobre las tendencias actuales en el manejo de conducta del paciente pediátrico, teniendo en cuenta que hoy en día los niños también son exigentes con respecto al servicio que se les da y como se les es brindado.⁴ (Nacional)

2.1.3.- Alvarez ZA. Evolución de la conducta según la escala de Frankl en niños de 4 a 8 años que acuden a consulta al posgrado de odontopediatría de la FMUAQ, 2012, Querétaro - México. Resultados: La escala de Frankl que tuvo mayor presencia fue el tipo 4 (aproximadamente un 65.3% de la población de estudio), en promedio el 90.75% de los pacientes presentó una conducta positiva (escala de Frankl tipo 3 y 4), en general la evolución de la conducta fue de manera positiva. En los pacientes de 4 y 5 años se presentaron mayores problemas en el manejo de la conducta, pero en esta población fue donde se realizó una mayor cantidad de tratamientos complejos, en relación al género no se encontraron diferencias entre niños y niñas. Conclusiones: Factores como la

edad del paciente y el tratamiento realizado influyen en la modificación de la conducta, pero concluimos que éstos no son los únicos factores involucrados y por lo tanto no determinan una conducta negativa.⁵ (Internacional)

2.1.4.- Lopera MP, Cardeño V, Muñetones D, Serna E, Díaz MV, Bermúdez P. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. Resultados: 57% de los estudiantes expresaron que el motivo de consulta no influye en el comportamiento del niño y lo explican por otros factores como miedo y ansiedad o la relación del niño con el entorno familiar. Refieren que el tipo de conducta más frecuente del paciente al momento de la consulta es positivo y totalmente positivo en 70%. La técnica más utilizada fue decir-mostrar-hacer en 78,1%, seguida de refuerzo positivo en 45,3%, y la menos utilizada fue la técnica mano sobre boca en 58,4%. El 91,9% de los estudiantes considera muy fácil y fácil la utilidad de la técnica de manejo decir-mostrar-hacer, y el 80,3% de los estudiantes cree que el acompañamiento del docente influye en el comportamiento del niño. Conclusiones: los estudiantes se sienten satisfechos respecto al conocimiento y práctica de las técnicas de manejo del paciente pediátrico, y seguros en la atención clínica del niño; valoran su experiencia como buena.⁶ (Internacional)

2.1.5.- Pucha MC. Tipos de comportamiento y su manejo odontológico en niños de 3 a 8 años, que acuden al consultorio dental del patronato provincial de amparo social de la ciudad de Loja, durante el periodo abril-septiembre del 2011, Loja – Ecuador. Resultados: Comportamiento de los niños investigados según rango de edad: Según los resultados obtenidos los tipos de comportamientos que prevalecieron fueron: C. Cooperador (80,67%) seguido de C. Incontrolado (8,67%) y C. tenso (1,33%). Esto se debió a que la mayor parte 74,67% era de una edad 5-8 años donde los niños presentan menor miedo por su madurez y disminuida ansiedad al separarse de los padres. Conclusiones: Los factores que influyeron en el comportamiento de los niños en el consultorio dental fueron: 18%

padecieron de algunas enfermedades a nivel general; visitaron al consultorio dental por prevención 68% y en la mañana 71.33%; finalmente la actitud severa de los padres en un 58%. Al ejecutar las charlas a los padres de familia, conocieron la influencia de su comportamiento, en los niños al momento de asistir al consultorio dental.⁷ (Internacional)

2.1.6.- Cerrón ME. 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 - 2010, Lima – Perú. Resultados: Respecto al nivel de miedo dental en niños según sus experiencias dentales. Se observa que del total de niños con alto miedo dental el 82.4% habían tenido una experiencia dental negativa. Del total de niños con bajo miedo dental el 26.6 % había tenido una experiencia dental negativa, no se encontraron niños sin miedo y que hayan tenido una experiencia dental negativa. Se observa que existe asociación estadística entre las experiencias dentales negativas y el nivel miedo dental en niños, lo que significa que las experiencias dentales negativas influyen el nivel de miedo dental en niños. En lo referente al nivel de miedo dental en niños según la ansiedad materna. Se observa que del total de niños con alto miedo dental el 47% tenían madres con un nivel de ansiedad moderada. Del total de niños con bajo miedo el 46.3% tenían madres con ansiedad baja y del total de niños sin miedo el 50% tenían madres con bajo nivel de ansiedad. Se observa que si existe asociación estadística entre el nivel de miedo dental en niños y la ansiedad materna, lo que significa que la ansiedad materna influye en el nivel de miedo dental en niños. Conclusiones: Las madres de los niños con mayor número de vistas al odontólogo de 6 a 9 o más de 10 veces, tuvieron niveles de ansiedad significativamente más bajos que los otros niños. La tercera parte de los niños habían tenido una experiencia dental negativa o desagradable. Los niños con experiencias dentales negativas previas presentaron niveles significativamente más elevados de miedo dental. Los niños con niveles más elevados de miedo tenían madres más ansiosas que los niños con bajo miedo al tratamiento odontológico.⁸ (Nacional)

2.1.7.- García ME. Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar, 2010, Granada - España. Resultados: Al realizar la asociación entre las variables con el Análisis de Cluster, las características del encuestado con las características propias de la interioridad del niño y las características psicológicas del mismo tuvieron relación en la situación que viven los padres, con los sentimientos, las perturbaciones, fobia y la preocupación. Conclusiones: Las familias disfuncionales generaron mayores niveles de ansiedad en el niño, pero también, desarrollan mayor número de recursos para enfrentar sus problemas. De acuerdo al estado civil de los padres con respecto a las variables tensión interna, sentimientos, hipocondría, fobias, sueño, perturbación, dolores, alteración, tensión muscular no existió dependencia significativa. Sin embargo, el comportamiento de los niños de acuerdo al estado civil con relación de la variable preocupación tuvo una dependencia significativa.⁹ (Internacional)

2.1.8.- Cueva EI, Factores de comportamiento en relación a la experiencia de caries dental en escolares de 6 a 11 años, 2009, Lima-Perú. Resultados: Para determinar la relación entre la variable severidad de caries dental y los factores de comportamiento, se usó la prueba de chi cuadrado. Se encontró que la edad de inicio del cepillado fue altamente significativo ($p=0.000$), al igual que el uso de la crema dental cada vez que se cepilla ($p=0.000$), uso diario del hilo dental ($p=0.000$) y la frecuencia y oportunidad del consumo de productos azucarados ($p=0.000$); mientras que al evaluar la frecuencia de cepillado reveló diferencias muy significativas ($p=0.006$). El test también mostró que la visita periódica al dentista fue significativa ($p=0.03$) y que los niños con baja severidad de caries asistieron con mayor frecuencia al dentista para un tratamiento de control, siendo la urgencia como motivo de consulta un factor de riesgo para un alta. Conclusiones: En relación a la valoración de la salud oral, la mayoría de los niños no visitan periódicamente al dentista y casi tres cuartas partes de ellos refiere haber visitado en los últimos dos años, siendo el motivo de consulta más común el tratamiento odontológico. Los hábitos dietéticos, hábitos de higiene oral y valoración de la salud oral se relacionaron individualmente con el promedio y

severidad de caries dental. La severidad de caries dental fue mayor en aquellos que consumían productos azucarados más de dos veces al día entre las comidas principales, iniciaron su cepillado dental después de los 3 años y nunca usaron hilo dental. Existe relación directa entre la experiencia de caries dental con los factores de comportamiento referidos a los hábitos dietéticos, hábitos de higiene oral y valoración de la salud oral, de los escolares de 6 a 11 años.¹⁰ (Nacional)

2.1.9.- Cruz CM, Evaluación de la modificación de la conducta del paciente pediátrico a través de la musicoterapia durante el tratamiento odontológico, 2002, Lima -Perú. Resultados: en el grupo de casos el 60% son Varones y el 40% son mujeres, mientras que en el grupo control lo son el 48% y el 52%, respectivamente, no encontrándose diferencia significativa entre ambos sexos ($p > 0,05$). Puede observarse también que, en cuanto al nivel de problema conductual, en el grupo que fue tratado con música, el 32% fue categorizado como leve, el 40% como moderado y el 28% como severo; en el grupo control estas categorías fueron, respectivamente, 36%, 32% y 32%, no arrojando diferencia significativa ($p > 0,05$). Los resultados de comportamiento de los pacientes durante el procedimiento odontológico, según se hayan expuesto a éste con música o sin música. La prueba U de Mann-Whiney, no arroja diferencia significativa en ninguna de las situaciones ($p > 0,05$). Conclusiones: El 56% de los niños del grupo experimental dieron respuestas totalmente positivas ante la pregunta "me gusto que el dentista trabajara hoy día en mi diente", frente a un 32% del grupo control. El 56% de los niños del grupo experimental dieron respuestas totalmente positivas ante la pregunta el "tratamiento que recibí hoy no me dolió", frente a un 2% del grupo control. ¹¹ (Nacional)

2.2.- Bases teóricas

El manejo de la conducta del paciente pediátrico exige un entrenamiento y un conocimiento del desarrollo emocional y psicológico del niño. Las tendencias sociales, las actitudes de los padres, los aspectos éticos y las controversias jurídicas han llevado a que se revisen muchas técnicas restrictivas utilizadas tradicionalmente.¹²

“Su objetivo es lograr establecer confianza con el paciente y desarrollar una actitud dental positiva a largo plazo”¹³.

Se debe enseñar al niño que la consulta dental no es un lugar que deba ser temido. La odontología nunca debe ser usada por los padres como una amenaza hacia el niño. Llevarlo al odontólogo jamás debe implicar castigo.¹⁴

A diferencia de otras áreas, la naturaleza cualitativa del comportamiento no permite establecer parámetros exactos para los procedimientos específicos que se deben realizar en las diversas situaciones clínicas.¹²

El comportamiento no cooperativo o no receptivo de pacientes niños puede ser un impedimento para proveer tratamiento odontológico de buena calidad, ya que además de requerir más tiempo de atención se corre el riesgo de producir daño físico y/o psicológico. Por lo tanto, la utilización de técnicas apropiadas que permitan brindar un tratamiento seguro y de alta calidad será importante.¹³

ESTUDIO DEL DESARROLLO EMOCIONAL

Para lograr un buen entendimiento es importante conocer los fundamentos básicos del desarrollo emocional del paciente y las características de cada una de las etapas del desarrollo desde el nacimiento hasta la edad adulta.¹²

Esto permitirá al clínico determinar qué tipo de comportamiento esperar, así como diferenciar si las características del paciente se ajustan a las de su edad. El estudio del desarrollo emocional, sin embargo, es un tema controvertido y ha sido interpretado de diferentes maneras por diversos autores.¹²

La pregunta fundamental que se ha tratado de responder es, ¿cuál es o cuáles son las causas por las que un individuo desarrolla su personalidad y estilo de comportamiento? Distintas teorías han explicado el proceso desde distintos puntos de vista, tales como la sexualidad, el razonamiento o el medio ambiente. Las escuelas que han planteado los principales modelos de desarrollo son: ¹²

TEORÍA	AUTOR	CONCEPTO
Psicoanalítica	Freud	Conducta controlada por fuerzas inconscientes
Sico-social	Eriksson	Desarrollo de personalidad a través de etapas emocionales de la vida
Conductismo	Skinner-Pavlov	Desarrollo y modificación de la conducta por el medio-ambiente
Teoría del aprendizaje social	Bandura	Aprendizaje en un contexto social mediante la observación e imitación de modelos
Cognoscitiva	Piaget	Desarrollo por medio de etapas donde hay cambios cualitativos en la capacidad cognoscitiva del individuo
Humanística	Maslow	Desarrollo del individuo basado en la superación de niveles de necesidad.

Tabla 2-1: Clasificación y descripción de las principales Teorías de Desarrollo del Niño.¹²

B. F. SKINNER – MODIFICACION DE LA CONDUCTA

Skinner forma parte de la corriente conductista el cual se interesó en la modificación de la conducta, en el condicionamiento operante, aquí se podrá entender un poco sobre su vida, y los aporte que el hizo en su teoría, ya que para él la conducta que se repetiría sería la que tendría consecuencias positivas.¹⁵

Skinner el cual pertenece al condicionamiento operante, desarrollo una teoría básica sobre el comportamiento de las personas y la reacciones que se tiene ante un estímulo, su teoría está basada en la modificación de la conducta y comportamiento, incluyendo la forma de actuar ante circunstancias presentadas. Fue el creador de los refuerzos el cual cada uno tiene una función importante en la modificación de la conducta actuando sobre las reacciones que se tienen o se quiere cambiar. Los tipos de refuerzos se utilizan en la conducta que se quiere

cambiar en forma positiva y negativa, diferenciando lo que es un refuerzo y un reforzador, para Skinner el condicionamiento es el fortalecimiento de la conducta a resultas del reforzamiento.¹⁵

1- Condicionamiento Operante:

Es un procedimiento por el que se busca aumentar la probabilidad de una respuesta al ser seguida ésta por un reforzador (positivo o negativo). El Condicionamiento Operante o instrumental es distinto al condicionamiento clásico o pauloviano ya que éste último consiste en aumentar la probabilidad de que un determinado estímulo provoque una respuesta al emparejar ese estímulo con uno que ya provoca esa respuesta (reforzadores primarios: comida, agua, etc...)¹⁶

2- Reforzador:

Cualquier estímulo que aumente la probabilidad de una respuesta a la que le sigue temporalmente. No está especificado el tiempo que tiene que tardar el reforzador en seguir a la respuesta con el fin de aumentar su probabilidad de ocurrencia; sin embargo, normalmente se supone que la efectividad de un reforzador decae rápidamente conforme aumenta el tiempo que transcurre entre la respuesta y el reforzador.¹⁶

“Refuerzo: Es el proceso por el cual un estímulo aumenta la probabilidad que se repita un comportamiento anterior”.¹⁵

a) Reforzador positivo: es cualquier estímulo cuya presentación después de una respuesta aumenta la probabilidad de esa respuesta. Por ejemplo el halago verbal o la entrega de algún premio físico (juguete, "chuches", fichas intercambiables por regalos, etc...) son reforzadores positivos ya que aumentarán la probabilidad de aparición de las conductas deseadas (hacer los

deberes, portarse bien, etc...). A veces el reforzador positivo puede ser, en niños pequeños, el conseguir la atención del adulto, aunque sea de una forma inadecuada (gritos, pataletas, lloros...)¹⁶

“Refuerzo positivo: Incrementa la probabilidad que la conducta se realice nuevamente”.¹⁵

b) Reforzador negativo: es cualquier estímulo cuya eliminación después de una respuesta aumenta la probabilidad de esa respuesta. Normalmente se trata de un estímulo aversivo o no deseado que no se presenta si se produce la respuesta adecuada. Una respuesta que ha sido reforzada por un reforzador negativo se denomina a menudo respuesta de escape, porque proporciona un escape al reforzador negativo. Por ejemplo, podemos escapar de los sonidos molestos de un equipo de música muy ruidoso desconectándolo, o un niño puede evitar un castigo más severo por algo que ha hecho mal, si lo explica a sus padres sin mentir y mostrando arrepentimiento.¹⁶

“Refuerzo negativo: Es la eliminación del estímulo de alguna situación contingente a la respuesta, en que aumenta la posibilidad de que ocurra otra vez”.¹⁵

3-Reforzamiento:

Consiste en presentar un reforzador positivo o eliminar un reforzador negativo, inmediatamente después de una respuesta. Se dice que la respuesta ha sido reforzada.¹⁶

“Extinción: Es un proceso en donde deja de existir al discontinuar el refuerzo que la mantenía activa”.¹⁵

“Reforzadores primarios: Estímulos necesario para la supervivencia como el agua, alimento, abrigo”.¹⁵

“Reforzadores secundarios: Estímulos condicionados por asociación con los reforzadores primarios”.¹⁵

“Castigo: Disminuye la probabilidad en que ocurra una respuesta de un estímulo, tiene objeto a disminuir la probabilidad de repetición de un comportamiento anterior”.¹⁵

ALBERT BANDURA – TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Albert Bandura es creador de la teoría social del aprendizaje, que se centra en los conceptos de refuerzo y observación. Sostiene que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental y que entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no. En los niños, afirma Bandura, la observación e imitación se da a través de modelos que pueden ser los padres, educadores, amigos y hasta los héroes de la televisión.¹⁷

ALGUNOS FACTORES DE LA IMITACIÓN

-Por instinto: Las acciones observadas despiertan un impulso instintivo por copiarlas.

-Por el desarrollo: Los niños imitan las acciones que se ajustan a sus estructuras cognoscitivas.

-Por condicionamiento: Las conductas se imitan y refuerzan por moldeamiento.

-Conducta instrumental: La imitación de vuelve un impulso secundario, por medio de refuerzo repetido de las respuestas que igualan las de los modelos. La imitación reduce los impulsos.¹⁷

La teoría del aprendizaje social es la teoría en que las personas aprenden nuevas conductas a través del refuerzo o castigo, o a través del aprendizaje observacional de los factores sociales de su entorno. Si las personas ven consecuencias deseables y positivas en la conducta observada, es más probable que la imiten, tomen como modelo y adopten.¹⁷

4 PASOS DE APRENDIZAJE POR OBSERVACION DE BANDURA TEORIA OBSERVACIONAL

Bandura refuerza su interés por el aprendizaje observacional, a través del cual ha demostrado que los seres humanos adquieren conductas nuevas sin un reforzado obvio y hasta cuando carecen de la oportunidad para aplicar el conocimiento. El único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe a otro individuo, o modelo, llevar a cabo una determinada conducta. El comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que aprende el individuo directamente por medio del acondicionamiento operante y clásico, sino que también a través de lo que aprende indirectamente (vicaria mente) mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones.¹⁷

1. ATENCION: observar lo que los adultos, hacen y dicen.
2. REPETICION: capacidad de repetir lo visto
- 3-REPETICION MOTORA: hábitos de ejecutar lo visto por lapsos cortos o largos.
4. MOTIVACION: es aqui que como padres o como guías debemos de motivar a los niños a cumplir ciertos tipos de actividades.¹⁷

Es necesario crear en los niño hábitos claros desde un comienzo ya que ellos son seres que se adaptan, y se dejan guiar de las personas que aman y que sienten que los aman es aqui donde decimos que los niños son como esponjitas.¹⁷

Como dice Charles Caleb Colton¹⁸, “La imitación es la forma más sincera de la adulación.”

ETAPAS DEL DESARROLLO EMOCIONAL

Lactancia

Esta etapa transcurre desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad, y se caracteriza por ser un período donde hay un desarrollo muy rápido de las distintas habilidades motoras, tales como caminar.¹²

Infancia temprana

En este período, que transcurre entre los 3 y 6 años aproximadamente, se presenta un desarrollo elevado de la comunicación verbal, los niños comienzan a ser menos dependientes de sus padres, a compartir y a relacionarse con otros niños de su edad. Es también una etapa donde el juego y la creatividad tienen un papel fundamental para el desarrollo.¹²

- 5 años

Asentamiento del habla (enriquecimiento del vocabulario y dominio de la sintaxis) e inicio de la fase social (frases de 5 a 6 palabras).

Se considera una buena edad de cara a las visitas dentales; el niño se muestra confiado, estable y bien equilibrado. No es demasiado exigente.

La madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella, obedecerla y complacerla. Responde a los elogios.

Sugerencias de actuación en los tratamientos: utilizar la firmeza, la alabanza y los elogios.¹⁹

- 6 años

Lenguaje definitivamente fijado.

El niño está cambiando. Predominio de rabietas violentas y de constantes cúspides de tensión. No se puede adaptar; los demás se deben adaptar a él. No puede aceptar bien las críticas, el regaño o el castigo. Necesita tener razón y ganar, y además requiere muchos elogios.

Se muestra como un cobarde agresivo, por ello se presenta temores exagerados de lesiones en el cuerpo.

Sugerencias de actuación en los tratamientos: necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas.¹⁹

Infancia intermedia

Esta etapa transcurre entre los 6 y los 12 años, y por tanto está relacionada con la formación escolar. Es un período donde hay una marcada influencia de factores culturales externos y donde el individuo desarrolla profundamente sus capacidades cognitivas.¹²

Adolescencia

Existe una controversia sobre si la adolescencia es la etapa final del desarrollo de la infancia, o si, más bien, es la primera etapa de la edad adulta. Esto debido a que se trata de una etapa que se caracteriza más por la búsqueda de una identidad emocional, cultural y sexual que por el desarrollo de habilidades motoras o cognitivas.¹²

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Consideraciones generales

La clasificación del comportamiento del paciente, así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar, son importantes para definir el tipo de manejo del comportamiento que se le dará

al paciente. El diagnóstico del comportamiento debe ser dinámico y cambiante y supone un análisis constante del paciente. Es necesario evaluarlo, desde el ingreso a la consulta, pasando por todos los procedimientos operatorios, hasta el postoperatorio. En última instancia, el objetivo es realizar una evaluación completa del comportamiento del paciente y de los factores condicionantes que lo influyen, con el fin de hacer una selección correcta del tipo de técnicas y métodos de intervención terapéutica.¹⁹

Antecedentes-historia

Como primer paso en la elaboración del diagnóstico del comportamiento, deben considerarse tanto los antecedentes odontológicos del paciente como las experiencias previas que puedan causar diversos comportamientos. Por ejemplo, el estado emocional y la actitud de un paciente que asiste a una cita por primera vez es muy diferente de aquel que tuvo una experiencia negativa previa que requirió tratamiento doloroso.¹²

En la anamnesis se debe indagar sobre el tipo de procedimientos específicos que se le realizaron, su actitud, el manejo que recibió por parte del odontólogo, así como sobre otras experiencias médicas que pudieran afectar el comportamiento. Es también importante establecer el desarrollo emocional actual del niño, cuál es el comportamiento en su entorno del colegio, con amigos, o en la casa, así como determinar si existen factores que predisponen un comportamiento negativo, tales como amenazas de los padres o influencias de hermanos o amigos.¹²

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS

El TEPT puede encontrarse en cualquier edad. Los niños más pequeños pueden tener sueños molestos del trauma, que luego pueden convertirse en pesadillas de monstruos. A menudo, reviven el trauma en su juego. Por ejemplo,

un niño involucrado en un accidente de tráfico grave podría volver a representar el accidente con coches de juguete, una y otra vez.

Los niños pueden perder el interés en las cosas con las que solían disfrutar.

Puede que les cueste creer que van a vivir el tiempo suficiente para crecer.

Frecuentemente se quejan de dolores de estómago y de cabeza.²⁰

Otro de los rasgos fundamentales de la teoría de Erikson es que cada una de las etapas se ven determinadas por un conflicto que permite el desarrollo individual. Cuando la persona logra resolver cada uno de los conflictos, crece psicológicamente. En la resolución de estos conflictos la persona halla un gran potencial para el crecimiento, pero por otra parte también podemos encontrar un gran potencial para el fracaso si no se logra superar el conflicto propio de esa etapa vital.²¹

Es posible que continúe sintiéndose indefenso después del evento. Estos sentimientos influyen en sus actividades y relaciones diarias.²²

¿Cuáles son las causas del trastorno de estrés postraumático?

-Un accidente

-Haber sido víctima de un crimen o haber presenciado un crimen, como un asalto

-Una enfermedad grave, como cáncer, o la muerte de un ser querido

-Un desastre natural, como una inundación, terremoto, huracán o tornado

-Abuso físico o sexual

-Violencia, guerra o terrorismo ²²

¿Cuáles son los signos y síntomas del trastorno de estrés postraumático?
Los signos y síntomas del PTSD en un niño pueden dividirse en 3 grupos:

Revivir o volver a experimentar el acontecimiento:

- Su hijo representa el evento en el juego o siente como si el evento estuviera volviendo a suceder.
- Su hijo tiene pesadillas.
- Su hijo ve escenas retrospectivas (recreación del pasado) o imágenes del evento en su mente.²²

Evasión:

- El hijo evita hablar del evento traumático.
- Su hijo evita las actividades, lugares o personas que podrían recordarle del evento traumático.
- Su hijo tiene dificultad para pasar un rato con sus amigos o familiares, o pierde interés en las cosas que le gustan.
- Su hijo no expresa sus sentimientos o se comporta como si fuera más pequeño.
- El niño se percibe a sí mismo como alguien que no tiene esperanzas para el futuro. Es posible también que le preocupe morir a una edad temprana.²²

Reacción exagerada o cambios en el estado de ánimo:

- Su hijo se estresa o se siente herido emocionalmente con facilidad.
- Su hijo tiene miedo de separarse de usted o se pega a usted más que de costumbre.
- Su hijo siente tristeza, temor, culpa o rabia de forma repentina.
- Su hijo se siente nervioso, aterrado o irritable.
- Su hijo tiene problemas en la escuela o dificultad para prestar atención.
- Su hijo tiene dificultad para dormir.²²

¿Cuáles son los riesgos del trastorno de estrés postraumático?

El PTSD puede empeorar si el niño no recibe tratamiento. Al niño podría resultarle difícil rendir en la escuela o llevarse bien con los demás debido a la enfermedad. Este trastorno podría también influir en la manera en que el niño come y duerme, lo cual podría hacer que se sienta enfermo. Si no recibe tratamiento, es posible que el niño se haga daño a sí mismo o a los demás.²²

¿Qué puedo hacer para ayudar a mi hijo?

Hable abiertamente sobre lo que sucedió y escuche las preocupaciones que tiene el niño. Asegúrele que todos los integrantes de la familia están bien. Informe sobre el PTSD a las personas que se relacionan con el niño, incluyendo los maestros. Trabaje en equipo para ayudar al niño.²²

CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

También es importante evaluar permanentemente el comportamiento motor del paciente. Aspectos tales como la respuesta motora, el contacto visual, su respuesta a estímulos verbales o no verbales y el tipo de llanto le permiten al clínico establecer el grado de comunicación y cooperación potenciales del niño.¹²

El objetivo final del proceso es clasificar el comportamiento del paciente. Aunque es difícil hacer un diagnóstico preciso, hay en la literatura distintos métodos de evaluación que pueden servir de orientación, tales como la Escala de Frankl, Shiere y Fogels, la Escala de Houpt, la Escala de la Universidad de North Carolina y la Escala de la Universidad de Ohio (OSUBRS). Pero más allá de utilizar una escala rígida, lo fundamental es hacer una sinopsis del tipo de comportamiento y documentar su evolución cita a cita.¹²

ESCALA DE FRANKL

La Escala de Comportamiento descrita originalmente por Frankl y Wright es el instrumento que más se ha reportado y aplicado en los diferentes estudios sobre manejo del comportamiento. Aun cuando no ha sido validada, la Escala de Frankl es ampliamente utilizada en la clínica debido a que se trata de una medición sencilla, práctica y fácil de aplicar.¹²

Definitivamente negativo

Rechaza el tratamiento

Llanto intenso

Movimientos fuertes de las extremidades

No es posible la comunicación verbal

Comportamiento agresivo¹²

Levemente negativo

Rechaza el tratamiento

Movimientos leves de las extremidades

Comportamiento tímido-bloquea la comunicación

Acepta y acata algunas órdenes

Llanto monótono¹²

Levemente positivo

Acepta tratamiento de manera cautelosa

Llanto esporádico

Es reservado

Se puede establecer comunicación verbal

Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo¹²

Definitivamente positivo

Cooperación

Buena comunicación

Motivación e interés por el tratamiento

Relajación y control de las extremidades¹²

MANEJO DEL COMPORTAMIENTO

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo, parte de una rama de la psicología basada a su vez en el control de las emociones que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las circunstancias ambientales que la rodean. El manejo del comportamiento, por lo tanto, consiste en un proceso constante de evaluación del paciente y de adaptación a esos resultados, mediante la aplicación de diversas técnicas, de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación.¹²

Objetivos del manejo del comportamiento

Siempre se deben tener en cuenta los objetivos de tratamiento del paciente y la factibilidad de lograrlos con técnicas no farmacológicas. De lo contrario, deben considerarse otras alternativas, tales como la sedación o anestesia general. Los principales objetivos del manejo del comportamiento son:¹²

Calidad del tratamiento: brindar al paciente un tratamiento de excelente calidad, lo que supone una selección adecuada de las técnicas apropiadas, con el fin de realizar procedimientos acordes con los criterios clínicos aceptados.¹²

Seguridad: proteger la integridad y seguridad físicas del paciente. Debe evitarse el compromiso de la vía aérea, por bronco aspiración o deglución de materiales u otros objetos. Tampoco deben lacerarse los tejidos blandos con instrumentos rotatorios o punzantes o lastimar físicamente al paciente. Sin embargo, es importante aclararles a los padres que, a pesar de que se tomen todas las precauciones necesarias, pueden presentarse accidentes.¹²

Comunicación: se debe establecer algún tipo de comunicación, tanto con el paciente como con sus padres. Aún con aquellos pacientes de temprana edad

puede lograrse una comunicación no verbal. Se busca una interrelación positiva y se trata de evitar la confrontación, a pesar de que exista un rechazo hacia el tratamiento.¹²

Confianza y motivación: otro objetivo es que, tanto el paciente como sus padres, desarrollen una actitud positiva y se motiven para regresar a los controles preventivos futuros. Un buen manejo y una buena motivación pueden servir como una ayuda eficaz de prevención.¹²

Factores controlables: los factores controlables hacen referencia a una serie de situaciones que se presentan en la consulta y que complementan el manejo del comportamiento.¹²

Control de canales de comunicación: una comunicación fluida basada en la verdad, tanto con el paciente como con sus padres, permite crear un vínculo personal y generar confianza.¹²

Consentimiento verbal y/o escrito

Este es un aspecto cada vez más importante. Se recomienda mantener informados a los padres sobre las técnicas y procedimientos que han de aplicarse a su hijo(a). El objetivo es disminuir la ansiedad de los padres, establecer una comunicación y por ende mejorar la actitud y comportamiento del paciente. Todas las decisiones terapéuticas deben involucrar a los padres, pues en última instancia son ellos quienes aceptan o rechazan la aplicación de una determinada técnica. Se les debe informar sobre el método que se utilizará, con indicaciones, contraindicaciones, riesgos y alternativas, tales como la sedación o anestesia general. Cuando se van a utilizar técnicas como inmovilización física o mano sobre la boca se recomienda obtener el consentimiento escrito.¹²

Actividades preoperatorias-primera cita

La primera cita es decisiva en el manejo de la conducta. No debe tratar de forzarse al paciente a que se deje examinar inmediatamente. En niños de corta edad, especialmente, es deseable que puedan recorrer y conocer el consultorio, así como familiarizarse con el odontólogo, el personal auxiliar, los instrumentos y el medio ambiente en general. En algunos casos se puede postergar el examen clínico para una segunda cita y dedicar la primera visita a una adaptación del paciente y a elaborar, en colaboración con los padres, la historia clínica del niño.¹²

Medio ambiente y sistema de trabajo

Otro factor controlable que influye en el comportamiento, tanto de los padres como del paciente, es un buen sistema y una buena organización del trabajo en el consultorio. Esto supone programar las citas en horarios adecuados, cumplir con ese programa, disponer de un personal auxiliar capacitado en el manejo de niños y tener una decoración y un medio ambiente de trabajo agradables para el niño.¹²

Destreza clínica

La habilidad clínica del operador también es muy importante. Entre los aspectos que deben tenerse en cuenta están: uso y aplicación correcta de la anestesia local, aislamiento del campo operatorio con tela de caucho (dique de goma), utilización de sistemas de evacuación de alta velocidad, organización del campo operatorio y velocidad y destreza clínicas que permitan trabajar con eficiencia y calidad.¹²

TÉCNICAS DE MANEJO

Existen diversas técnicas de manejo del comportamiento disponibles para el odontólogo las cuales se clasifican en técnicas comunicativas, técnicas no comunicativas y técnicas farmacológicas.¹²

Técnicas comunicativas

Decir-mostrar-hacer

Consiste en permitir que el paciente conozca con antelación los procedimientos que han de aplicarse. Esto se hace de una manera secuencial: primero se le explica, en un lenguaje adecuado para su desarrollo, el procedimiento que se va a aplicar (decir), luego se hace una demostración (mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (hacer). Se recomienda utilizar esta técnica durante toda la cita.

Objetivo: disminuir la ansiedad del paciente, explicándole una situación que le es desconocida.

Indicaciones: en pacientes que han desarrollado comunicación verbal

Contraindicaciones: no está contraindicada para ningún paciente. Sin embargo, es poco eficaz en pacientes de muy corta edad, porque en estos casos aún no se ha desarrollado la comunicación verbal.¹²

Control de voz

Se trata de una modificación del tono y el volumen de la voz, así como de la velocidad con que se habla. No debe confundirse, sin embargo, con gritar al paciente o enfadarse con él. Puede significar un aumento o una disminución del tono de voz, lo que en muchos casos supone el hablarle al oído, en tono muy bajo.

Objetivo: establecer comunicación y ejercer autoridad con el paciente.

Indicaciones: puede usarse con cualquier paciente. Es más útil en aquellos que han desarrollado ya su comunicación verbal y, especialmente, con quienes poseen un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad.

Contraindicaciones: pacientes de muy corta edad que aún no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.¹²

Comunicación no verbal

Consiste en la utilización de actitudes tales como cambio en la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento.

Objetivo: establecer comunicación con el paciente y controlar la forma como percibe sus emociones.

Indicaciones: puede usarse en todos los pacientes. Es especialmente útil en pacientes de temprana edad, que aún no han desarrollado la comunicación verbal.

Contraindicaciones: ninguna.¹²

Refuerzo positivo

Esta técnica busca reforzar una conducta. Se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado. Es importante hacer el refuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces, con el objeto de condicionar positivamente la conducta. Generalmente se utiliza acompañada de las técnicas de decir-mostrar-hacer y de refuerzo negativo. En cuanto a los premios o regalos al final de la cita son útiles como reforzadores sociales y para establecer una buena empatía con el paciente. Sin embargo, no son condicionantes ya que no pueden ser utilizados inmediatamente.

Objetivo: actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de que repita un comportamiento deseado.

Indicaciones: puede utilizarse en cualquier paciente.

Contraindicaciones: ninguna¹²

Refuerzo Negativo

Pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la eliminación de una causa de mal comportamiento como retirar a los padres de la sala de trabajo condicionando su regreso a una mejoría del comportamiento. Generalmente se utiliza en combinación con el control de la voz, para expresar desaprobación. Las promesas realizadas para condicionar el comportamiento deben ser factibles, inmediatas y siempre deben cumplirse. No cumplir con lo

prometido o no decir la verdad destruye la confianza del paciente en el odontólogo.

Objetivo: modificar el comportamiento disruptivo de un paciente mediante el condicionamiento de su respuesta motora.

Indicaciones: pacientes que hayan desarrollado una capacidad de comunicación oral.

Contraindicaciones: para entender el condicionamiento, no debe utilizarse en niños de corta edad que carezcan de un desarrollo emocional comunicativo.¹²

Modelado

La técnica consiste en permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que se espera de él. Esto se logra empleando modelos, que son sometidos a circunstancias similares a las que ha de experimentar el paciente. Puede hacerse en vivo o por medio de videos.

Objetivo: disminuir la ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo.

Indicaciones: pacientes que tengan desarrollo emocional y comunicación verbal suficientes para entender el objetivo de la técnica.

Contraindicaciones: no se contraindica en ningún paciente. Sin embargo, es de poca utilidad en pacientes que, debido a su corta edad, no tienen aún el desarrollo emocional adecuado para entender la técnica.¹²

2.3.- Definición de términos

2.3.1.- Manejo de la conducta: El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo, parte de una rama de la psicología basada a su vez en el control de las emociones que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las circunstancias ambientales que la rodean. El manejo del comportamiento, por lo tanto, consiste en un proceso constante de evaluación del paciente y de adaptación a esos

resultados, mediante la aplicación de diversas técnicas, de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación.¹²

2.3.2.- Técnica comunicativa: La comunicación con el niño es la verdadera clave para dirigir la conducta. El clínico debe tener la habilidad para establecer una buena comunicación, tanto a nivel verbal como para verbal. Es interesante conocer al niño antes de tenerlo sentado en el sillón dental. Los padres pueden informarnos acerca de lo que el niño sabe sobre temas odontológicos. Observarlo en la sala de espera nos puede ayudar a saber qué tipo de actitud va a tomar luego.¹⁴

2.3.3.- Llanto: El llanto es uno de los primeros y más importantes mecanismos de comunicación que desarrolla el niño. Existen diferentes patrones que deben diferenciarse ya que pueden ser útiles para diagnosticar el estado emocional del paciente: Llanto básico-monotónico, llanto de ira, llanto de dolor, llanto de frustración.¹²

2.3.4.- Actitud frente al tratamiento: Basándose en la actividad verbal, la tensión muscular y la expresión ocular, Rud y Kisling (1973) crearon la siguiente escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente dental:¹⁹

Grado 3: Aceptación positiva. Voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en él, ojos brillantes, tranquilos o vivos y móviles.¹⁹

Grado 2: Aceptación indiferente. Conversaciones o preguntas dubitativas o demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indecisos, falta de atención. La expresión ocular es indiferente, pero la posición en el sillón dental continúa siendo relajada.¹⁹

Grado 1: Aceptación con desgana. Falta de conversación, de respuesta – quizás una vaga protesta- y de interés. Posición poco relajada en el sillón dental. En cuanto a los ojos, el niño parpadea o frunce el ceño.¹⁹

Grado 0: No aceptación. Protestas verbales o físicas manifiestas o llanto.¹⁹

2.3.5.- Comportamiento:

Agresividad: Contrario al paciente con temor, este paciente rechaza el tratamiento con una agresión verbal o física hacia sus padres, o hacia el profesional o el personal auxiliar.¹²

Paciente infantil tímido o introvertido: La introversión y la timidez constituyen un problema para los niños, en particular los muy pequeños. Como la experiencia odontopediátrica es un encuentro humano bastante intenso que exige empatía y comunicación entre el odontólogo y el paciente, es obvio que el niño muy tímido sufrirá estrés por la experiencia.¹⁹

Perfil del niño no cooperador: Es básico conocer la causa de la conducta no cooperativa, ya que en función a la causa del problema elegiremos una técnica de tratamiento u otra.¹⁹

-Niño con alteración emocional: La ansiedad es un dato fiable de alteración emocional; cuando la ansiedad que acompaña a una cita dental se complica con la de un problema psicoemocional, a menudo se presenta una explosión conductual. Los niños afectados desde el punto de vista emocional son, en términos generales, pacientes dentales muy difíciles.¹⁹

-Enfermos crónicos y otras situaciones traumáticas: Un niño que padece alguna enfermedad crónica puede presentar problemas de conducta cuando los padres actúan con el dejando de premiar o castigar sus acciones de

manera coherente. Los niños necesitan límites, reglas y respuestas lógicas a sus actitudes, a pesar de otras circunstancias que influyan en sus vidas.¹⁹

2.3.6.- Comunicación: Se debe establecer algún tipo de comunicación, tanto con el paciente como con sus padres. Aun con aquellos pacientes de temprana edad puede lograrse una comunicación no verbal. Se busca una interrelación positiva y se trata de evitar la confrontación, a pesar de que exista un rechazo hacia el tratamiento.¹²

2.3.7.- Actividad Motora: La teoría puede ayudar a los médicos a interpretar el comportamiento o las acciones de las personas que atienden. Permiten que el terapeuta vaya más allá del comportamiento de un paciente y amplíe su aplicación a un mayor número de casos. Las teorías pueden ser más o menos útiles dependiendo de su capacidad para predecir o explicar el comportamiento de un paciente específico.²³

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1.- Tipo de investigación

- Cuantitativo: El enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar” o eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis.²⁴

3.2.- Diseño de la investigación

- Pre experimental de preprueba/posprueba con un solo grupo: A un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo.²⁴

3.3.- Población y muestra de la investigación

- Población: Conformada por 72 alumnas del nivel inicial

- Muestra: No probabilística, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.²⁴ Obteniendo una muestra de 67 alumnas.

3.4.- Variables, dimensiones e indicadores

(ANEXO)

3.5.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1.- Técnicas

- Observación

3.5.2.- Instrumentos

- (ANEXO)

3.6.- Procedimientos

En el colegio “Santa Rosa” el nivel inicial está dividido en 3 salones, se procedió a llevar las niñas en grupos de a 3, por indicaciones de la directora general al igual que con la directora del nivel inicial, se procedió a trasladar a las niñas desde su respectiva aula al consultorio odontológico, una vez dentro, se procedió a invitar a una de las 3 niñas a sentarse en la unidad dental.

- Pre test: En el pre test se evaluó la conducta de las alumnas sin utilizar ninguna técnica de manejo de la conducta, las evaluaciones se realizaban en el

consultorio odontológico del colegio mediante sesiones demostrativas de tratamientos y procedimientos odontológicos, utilizando algunos de los instrumentos del mismo como por ejemplo los baja lenguas, el micro motor y la turbina. Obteniendo los resultados de las evaluaciones sobre sus conductas sin ningún tipo de alteraciones.

- Post test: Durante el post test se evaluó nuevamente las conductas de las alumnas bajo las mismas circunstancias que pasaron durante el pre test, a diferencia que, durante esta etapa, se aplicaron las técnicas de manejo de conducta correspondientes. Obteniendo así nuevos resultados sobre sus conductas alteradas por las técnicas de manejo.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1.- Resultados

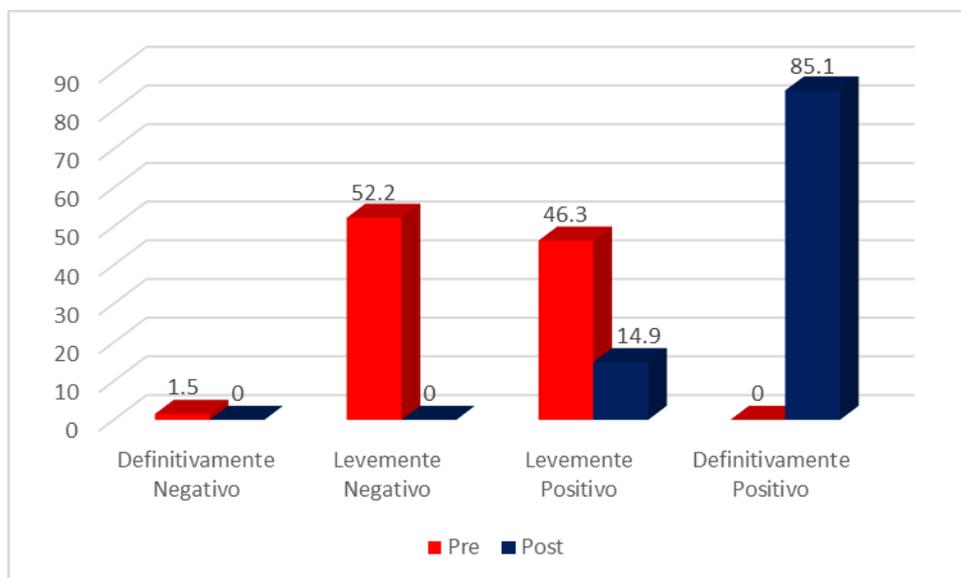
Tabla Nro. 1

Alumnas del Nivel Inicial según test por Escala de Frankl en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

		ESCALA FRANKL									
		Definitivamente Negativo		Levemente Negativo		Levemente Positivo		Definitivamente Positivo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Test	Pre	1	1,5	35	52,2	31	46,3	0	,0	67	100,0
	Post	0	,0	0	,0	10	14,9	57	85,1	67	100,0

Figura Nro. 1

Porcentajes de las alumnas del nivel inicial según test por la Escala de Frankl en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016



En la tabla nro. 1 y figura nro. 1 se observa que un 52.2% de alumnas durante el pre test según la escala de Frankl tuvieron una conducta levemente negativa, seguido de un 46.3% de alumnas que durante el pre test presentaron una conducta levemente positiva según la escala de Frankl, por ultimo un 1,5% de alumnas durante el pre test según la escala de Frankl tuvieron una conducta definitivamente negativa. Posteriormente un 85.1% de alumnas durante el post test según la escala de Frankl tuvieron una conducta definitivamente positiva, seguido de un 14.9% de alumnas que durante el post test según la escala de Frankl presentaron una conducta levemente positiva.

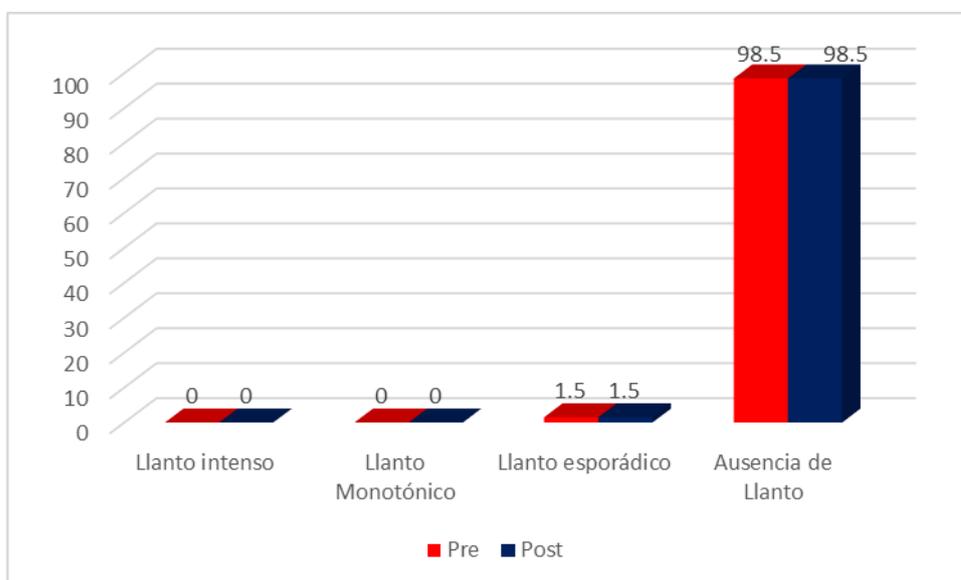
Tabla Nro. 2

Alumnas del Nivel Inicial según test por llanto en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

		LLANTO									
		Llanto intenso		Llanto Monotónico		Llanto esporádico		Ausencia de Llanto		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Test	Pre	0	,0	0	,0	1	1,5	66	98,5	67	100,0
	Post	0	,0	0	,0	1	1,5	66	98,5	67	100,0

Figura Nro. 2

Porcentajes de las alumnas del nivel inicial según test por llanto en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016



En la tabla nro. 2 y figura nro. 2 se observa que un 98,5% de alumnas durante el pre test presentaron ausencia de llanto, seguidamente un 1,5% de alumnas durante el pre test presentaron llanto esporádico. Los resultados durante el post test se mantuvieron con un 98,5% de alumnas que presentaron ausencia de llanto, y un 1,5% de alumnas presentaron un llanto esporádico.

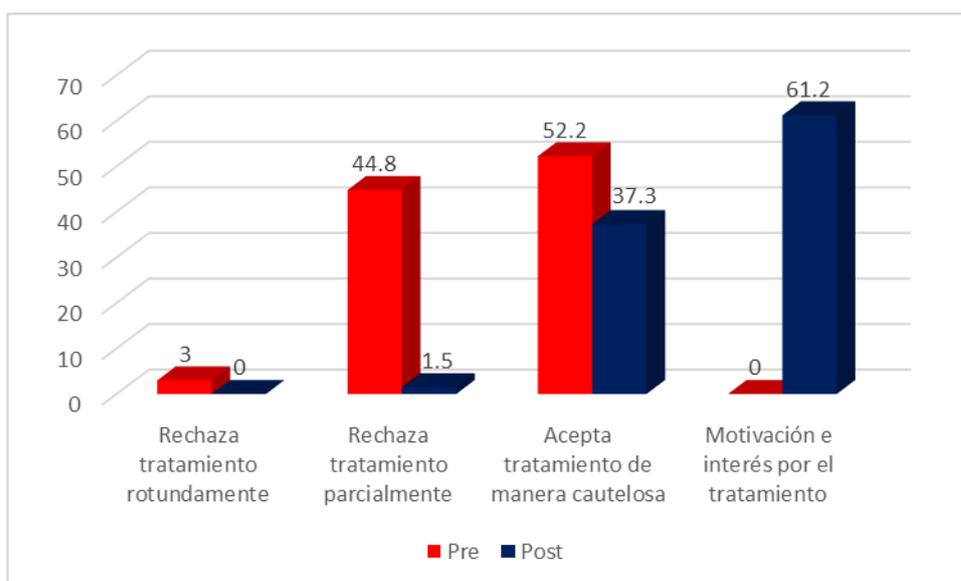
Tabla Nro. 3

Alumnas del Nivel Inicial según test por actitud frente al tratamiento en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

		ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO									
		Rechaza tratamiento rotundamente		Rechaza tratamiento parcialmente		Acepta tratamiento de manera cautelosa		Motivación e interés por el tratamiento		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Test	Pre	2	3,0	30	44,8	35	52,2	0	,0	67	100,0
	Post	0	,0	1	1,5	25	37,3	41	61,2	67	100,0

Figura Nro. 3

Porcentajes de las alumnas del nivel inicial según test por la por actitud frente al tratamiento en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016



En la tabla nro. 3 y figura nro. 3 se observa que un 52,2% de alumnas durante el pre test aceptaron tratamiento de manera cautelosa, mientras que un 44,8% de alumnas durante el pre test rechazaron el tratamiento parcialmente, finalmente un 3% de alumnas durante el pre test rechazaron el tratamiento rotundamente. Posteriormente un 61,2% de alumnas durante el post test mostro una motivación e interés por el tratamiento, un 37,3% de alumnas durante el post test acepto el tratamiento de manera cautelosa, y por ultimo un 1.5% de alumnas durante el post test rechazó el tratamiento parcialmente.

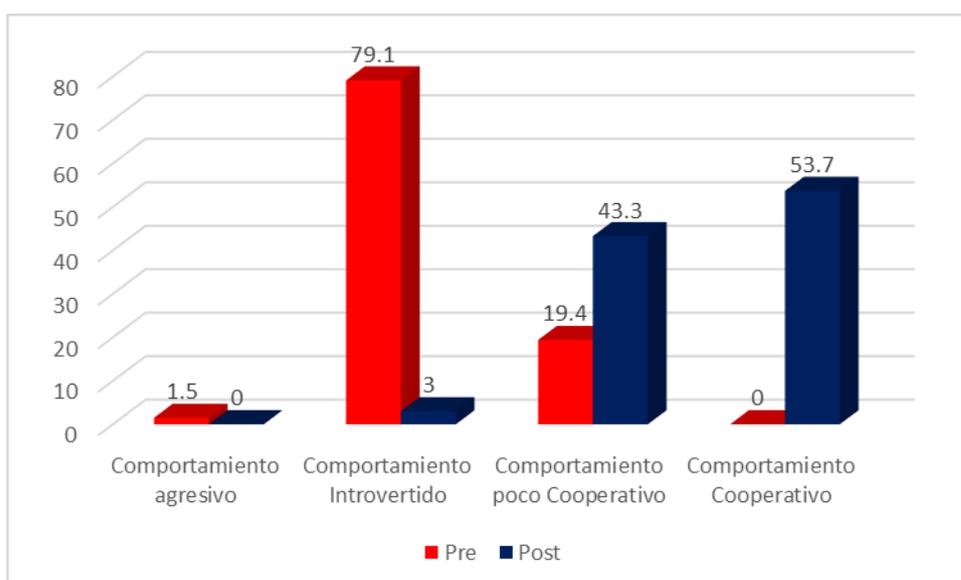
Tabla Nro. 4

Alumnas del nivel inicial según test por comportamiento en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

		COMPORTAMIENTO									
		Comportamiento agresivo		Comportamiento Introverso		Comportamiento poco Cooperativo		Comportamiento Cooperativo		Total	
Test		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pre		1	1,5	53	79,1	13	19,4	0	,0	67	100,0
Post		0	,0	2	3,0	29	43,3	36	53,7	67	100,0

Figura Nro. 4

Porcentajes de las alumnas del nivel inicial según test por comportamiento en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016



En la tabla nro. 4 y figura nro. 4 se observa que un 79,1% de alumnas durante el pre test presento un comportamiento introvertido, seguido de un 19,4% de alumnas que presento un comportamiento poco cooperativo, finalmente un 1,5% de alumnas durante el pre test presento un comportamiento agresivo. Posteriormente un 53,7% de alumnas durante el post test presentaron un comportamiento cooperativo, seguido de un 43,3% de alumnas durante el post test que presento un comportamiento poco cooperativo, y por ultimo un 3% de alumnas durante el post test presento un comportamiento introvertido.

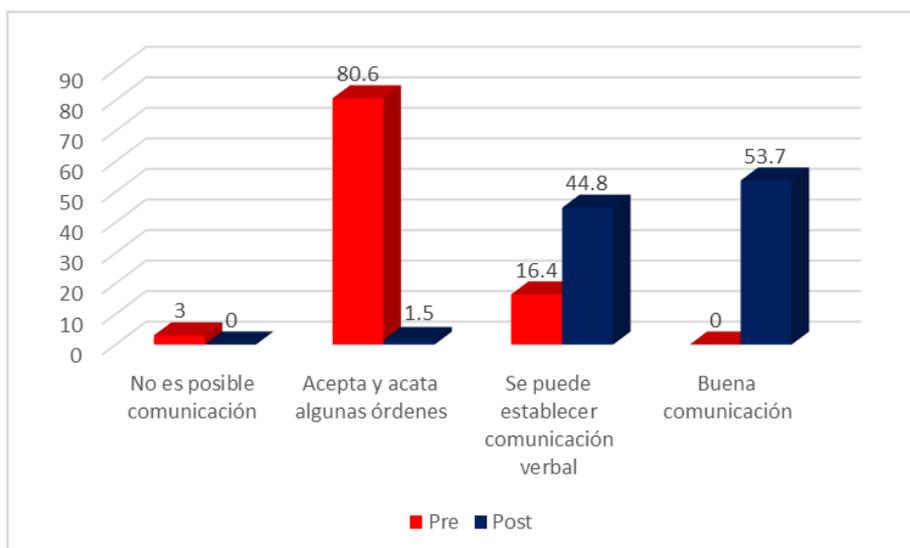
Tabla Nro. 5

Alumnas del nivel inicial según test por comunicación en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

		COMUNICACIÓN									
		No es posible comunicación		Acepta y acata algunas órdenes		Se puede establecer comunicación verbal		Buena comunicación		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Test	Pre	2	3,0	54	80,6	11	16,4	0	,0	67	100,0
	Post	0	,0	1	1,5	30	44,8	36	53,7	67	100,0

Figura Nro. 5

Porcentajes de las alumnas del nivel inicial según test por comunicación en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016



En la tabla nro. 5 y figura nro. 5 se observa que un 80,6% de alumnas durante el pre test tuvieron una comunicación donde cada una acepto y acato algunas ordenes, seguidamente un 16,4% de alumnas durante el pre test fue capaz de establecer una comunicación verbal, y por ultimo un 3% de alumnas durante el pre test presento una comunicación en la que no era posible la comunicación. Posteriormente un 53,7% de alumnas durante el post test presentaron una buena comunicación, seguidamente un 44,8% de alumnas durante el post test fue capaz de establecer una comunicación verbal, y por ultimo un 1,5% de alumnas durante el post test tuvieron una comunicación en la cual aceptaban y acataban algunas órdenes.

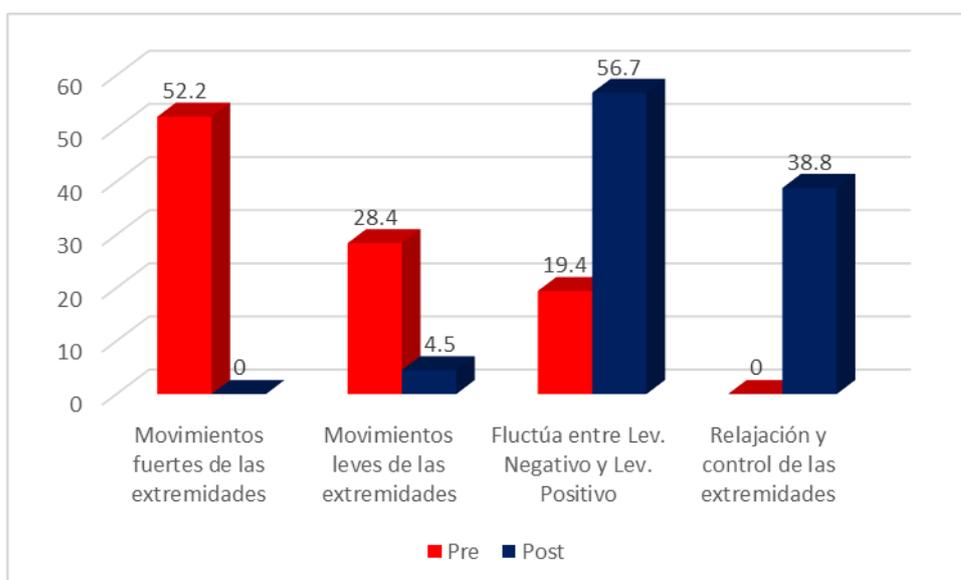
Tabla Nro. 6

Alumnas del nivel inicial según test por actividad motora en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

		ACTIVIDAD MOTORA									
		Movimientos fuertes de las extremidades		Movimientos leves de las extremidades		Fluctúa entre Lev. Negativo y Lev. Positivo		Relajación y control de las extremidades		Total	
Test		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pre		35	52,2	19	28,4	13	19,4	0	,0	67	100,0
Post		0	,0	3	4,5	38	56,7	26	38,8	67	100,0

Figura Nro. 6

Porcentajes de las alumnas del nivel inicial según test por actividad motora en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016



En la tabla nro. 6 y figura nro. 6 se observa que un 52,2% de alumnas durante el pre test presento una actividad motora de movimientos fuertes de las extremidades, seguidamente de un 28,4% de alumnas durante el pre test que presento una actividad motora de movimientos leves de las extremidades, y por ultimo un 19,4% de alumnas presento una actividad motora que fluctuó entre levemente negativo y levemente positivo. Posteriormente un 56,7% de alumnas durante el post test presento una actividad motora que fluctuó entre levemente negativo y levemente positivo, y finalmente un 38,8% de alumnas durante el post test presento una actividad motora de relajación y control de las extremidades.

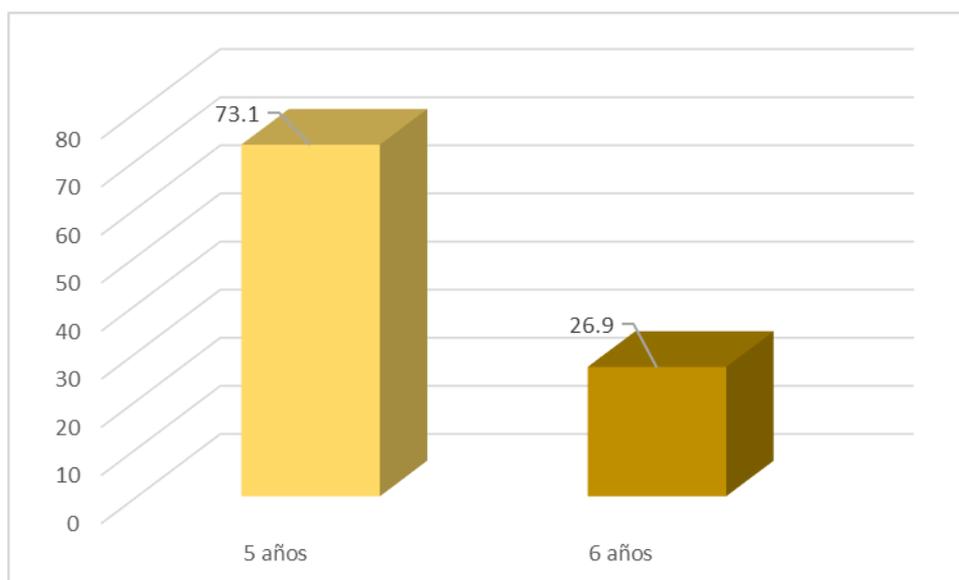
Tabla Nro. 7

Alumnas del nivel inicial según edad en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5 años	49	73,1	73,1	73,1
	6 años	18	26,9	26,9	26,9
	Total	67	100,0	100,0	

Figura Nro. 7

Porcentajes de las alumnas del nivel inicial según edad en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016



En la tabla nro. 7 y figura nro. 7 se observa que un 73,1% de alumnas que participaron tienen 5 años, mientras que el 26,9% restante de alumnas que participaron tienen 6 años.

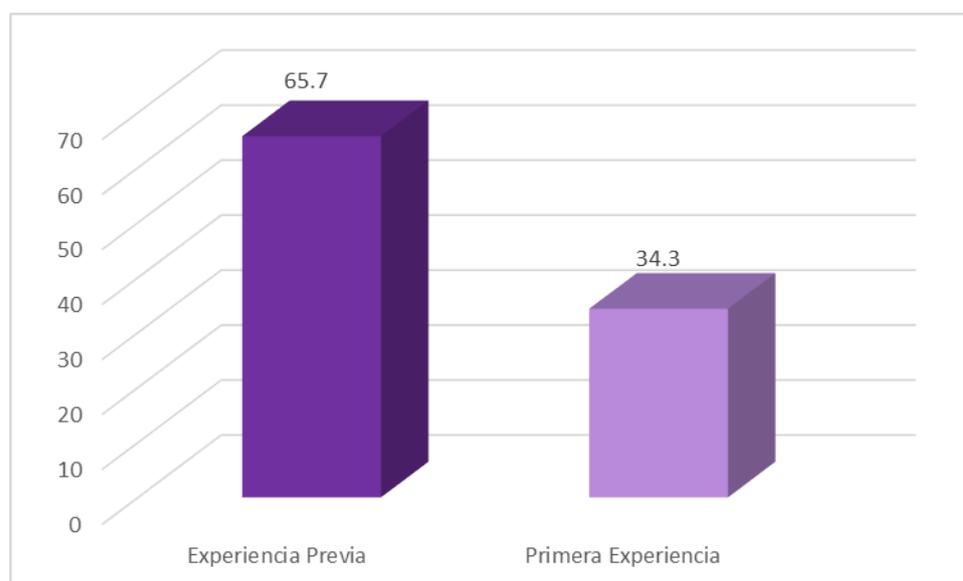
Tabla Nro. 8

Alumnas del nivel inicial según experiencia odontológica en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Experiencia Previa	44	65,7	65,7	65,7
	Primera Experiencia	23	34,3	34,3	34,3
	Total	67	100,0	100,0	

Figura Nro. 8

Porcentajes de las alumnas del nivel inicial según experiencia odontológica en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016



En la tabla nro. 8 y figura nro. 8 se observa que un 65,7% de alumnas que participaron tienen una experiencia odontológica previa, mientras que el 34,3% restante de alumnas tuvieron su primera experiencia odontológica durante esta investigación.

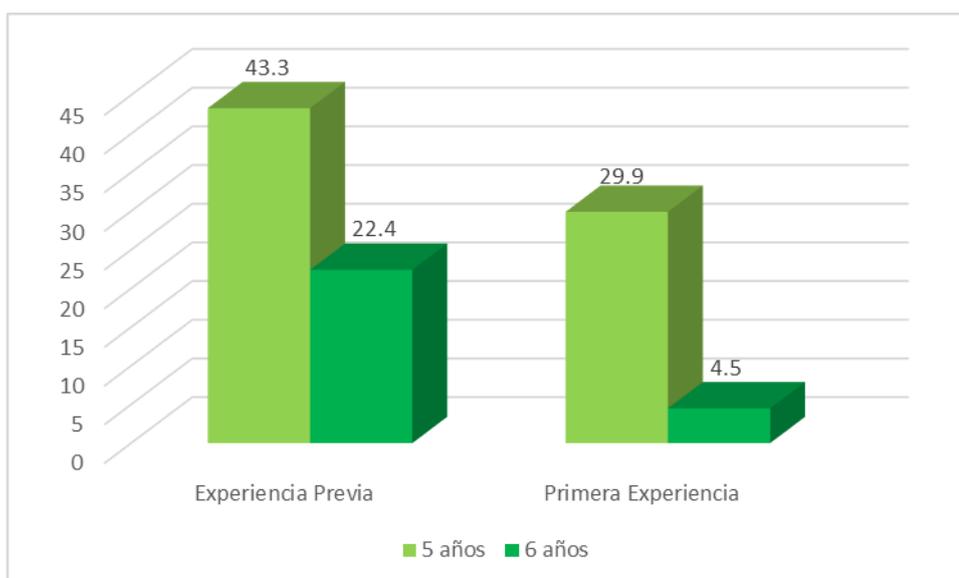
Tabla Nro. 9

Alumnas del nivel inicial según edad por experiencia odontológica en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

		EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA					
		Experiencia Previa		Primera Experiencia		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad	5 años	29	43,3	20	29,9	49	73,1
	6 años	15	22,4	3	4,5	18	26,9
Total		44	65,7	23	34,3	67	100,0

Figura Nro. 9

Porcentajes de las alumnas del nivel inicial según edad por experiencia odontológica en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016



En la tabla nro. 9 y figura nro. 9 se observa que un 43,3% de alumnas de 5 años tuvieron una experiencia odontológica previa, seguido de un 29,9% de alumnas de 5 años que tuvieron su primera experiencia odontológica durante esta investigación. Seguido de un 22,4% de alumnas de 6 años que tuvieron una experiencia odontológica previa, y por ultimo un 4,5% de alumnas de 6 años que tuvieron su primera experiencia odontológica durante esta investigación.

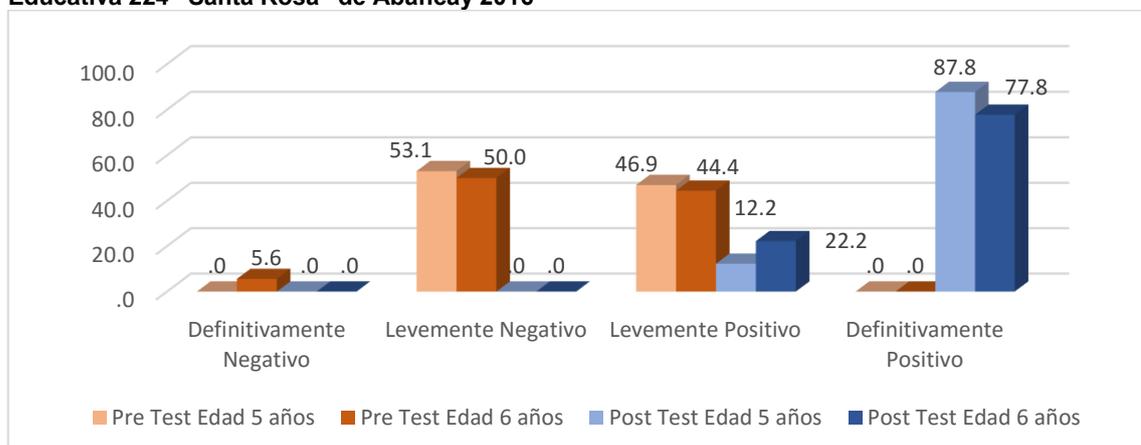
Tabla Nro. 10

Alumnas del nivel inicial según edad y test por escala de Frankl en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

		ESCALA FRANKL									
		Definitivamente Negativo		Levemente Negativo		Levemente Positivo		Definitivamente Positivo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Test Pre	5 años	0	,0	26	53,1	23	46,9	0	,0	49	100,0
	6 años	1	5,6	9	50,0	8	44,4	0	,0	18	100,0
Post	5 años	0	,0	0	,0	6	12,2	43	87,8	49	100,0
	6 años	0	,0	0	,0	4	22,2	14	77,8	18	100,0

Figura Nro. 10

Porcentajes de las alumnas del nivel inicial según edad y test por escala de Frankl en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016



En la tabla nro. 10 y figura nro. 10 se observa que un 53,1% de alumnas de 5 años durante el pre test tuvieron una conducta según la escala de Frankl levemente negativa, el 46,9% restante de alumnas de 5 años durante el pre test tuvieron una conducta según la escala de Frankl levemente positiva, un 50% de alumnas de 6 años durante el pre test tuvieron una conducta según la escala de Frankl levemente negativa, un 44,4% de alumnas de 6 años durante el pre test tuvieron una conducta levemente positiva, finalmente el 5,6% de alumnas de 6 años durante el pre test tuvieron una conducta definitivamente negativa. Posteriormente un 87,8% de alumnas de 5 años durante el post test tuvieron una conducta definitivamente positiva, un 77,8% de alumnas de 6 años tuvieron una conducta definitivamente positiva, seguido del 22,2% de alumnas de 6 años durante el post test tuvieron una conducta levemente positiva, finalmente un 12,2% de alumnas de 5 años durante el post test tuvieron una conducta levemente positiva.

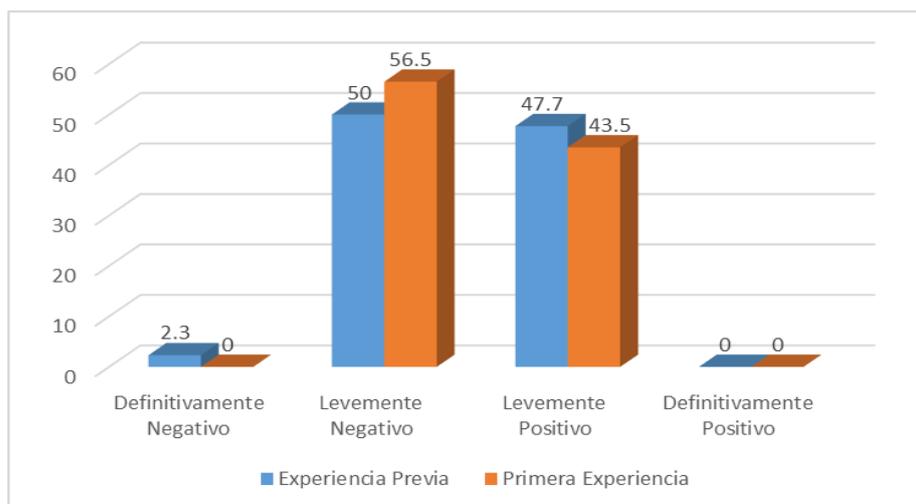
Tabla Nro. 11

Alumnas del nivel inicial según experiencia odontológica y test por escala de Frankl en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

			ESCALA FRANKL									
			Definitivamente		Levemente		Levemente		Definitivamente		Total	
			Negativo		Negativo		Positivo		Positivo			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pre Test	Experiencia	Experiencia	1	2,3	22	50,0	21	47,7	0	,0	44	100,0
	Odontológica	Previa										
		Primera	0	,0	13	56,5	10	43,5	0	,0	23	100,0
		Experiencia										

Figura Nro. 11

Porcentajes de las alumnas del nivel inicial según experiencia odontológica y test por escala de Frankl en la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016



En la tabla nro. 11 y figura nro. 11 se observa que el 56,5% de alumnas que tuvo su primera experiencia odontológica durante la investigación en el pre test presento una conducta según la escala de Frankl levemente negativa, mientras que un 50% de alumnas que tuvieron una experiencia odontológica previa durante el pre test presentaron una conducta según la escala de Frankl levemente negativa, por otro lado un 47,7% de alumnas que tuvieron una experiencia odontológica previa durante el pre test presento una conducta según la escala de Frankl levemente positiva, y finalmente un 43,5% de alumnas que tuvo su primera experiencia odontológica durante la investigación en el pre test presento una conducta según la escala de Frankl levemente positiva.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

ESCALA DE FRANKL

H0: No existe influencia significativa de la técnica comunicativa en la conducta durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016.

H1: Existe influencia significativa de la técnica comunicativa en la conducta durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016.

Frecuencias	
post_EF – pre_EF	N
Diferencias negativas ^a	0
Diferencias positivas ^b	66
Empates ^c	1
Total	67

a. post_EF < pre_EF

b. post_EF > pre_EF

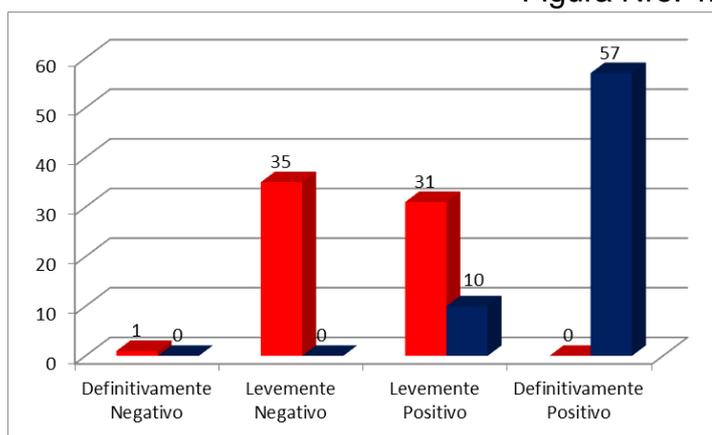
c. post_EF = pre_EF

Tabla Nro. 12

Estadísticos de contraste ^a	
	post_EF - pre_EF
Sig.	,000

a. Prueba de los signos

Figura Nro. 12



En la tabla Nro. 12 se observa que el valor “sig.” es 0.00 menor al nivel de significancia 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula (H₀); por lo tanto, podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe influencia significativa de la técnica comunicativa en la conducta durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016. Esto se corrobora en la figura nro. 12 en el cual se aprecia que 1 alumna cambio su conducta de definitivamente negativo a

levemente positivo, 8 alumnas cambiaron su conducta de levemente negativo a levemente positivo, 1 alumna no experimento ningún cambio y se mantuvo con una conducta de levemente positivo, 27 alumnas con un comportamiento levemente negativo cambiaron a una conducta de definitivamente positivo, y finalmente 30 alumnas cambiaron su conducta de levemente positivo a definitivamente positivo.

LLANTO

H0: No existe influencia poco significativa de la técnica de modelado en el llanto durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016.

H1: Existe influencia poco significativa de la técnica de modelado en el llanto durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016.

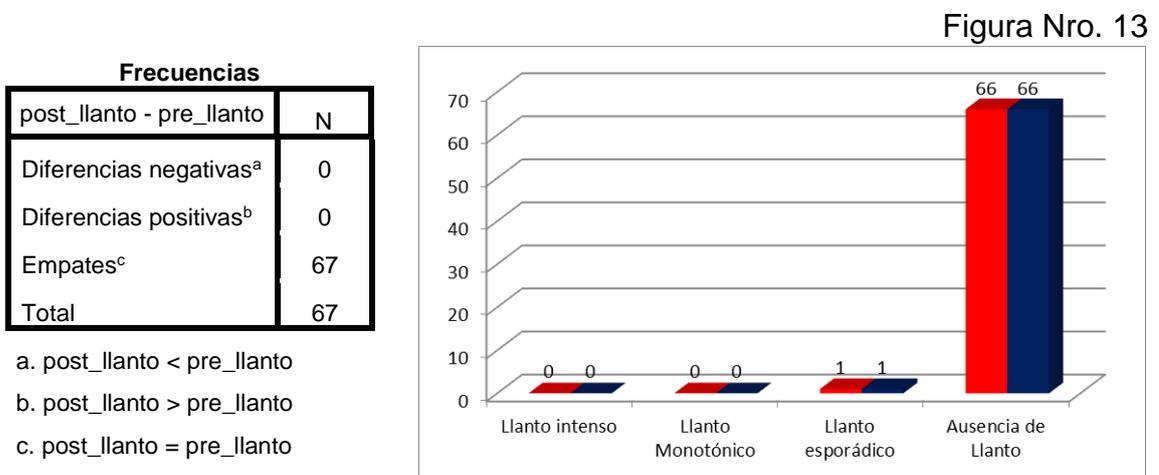


Tabla Nro. 13

Estadísticos de contraste ^a	
	post_llanto - pre_llanto
Sig.	1,000

a. Prueba de los signos

En la tabla Nro. 13 se observa que el valor “sig.” Es 1.00 mayor al nivel de significancia 0.05 entonces se rechaza la hipótesis alterna (H1); por lo tanto, podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que no existe influencia poco significativa de la técnica de modelado en el llanto durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016. Esto se corrobora en la figura nro. 13 en la cual se aprecia que 1 alumna no presentó cambio y mantuvo un llanto esporádico, mientras que las 66 alumnas restantes tampoco presentaron cambios y se mantuvieron con una ausencia de llanto.

ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO

H0: No existe influencia poco significativa de la técnica de Decir - Mostrar - Hacer en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016.

H1: Existe influencia poco significativa de la técnica de Decir - Mostrar - Hacer en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016.

Frecuencias

post_actitud - pre_actitud	N
Diferencias negativas ^a	0
Diferencias positivas ^b	59
Empates ^c	8
Total	67

- a. post_actitud < pre_actitud
- b. post_actitud > pre_actitud
- c. post_actitud = pre_actitud

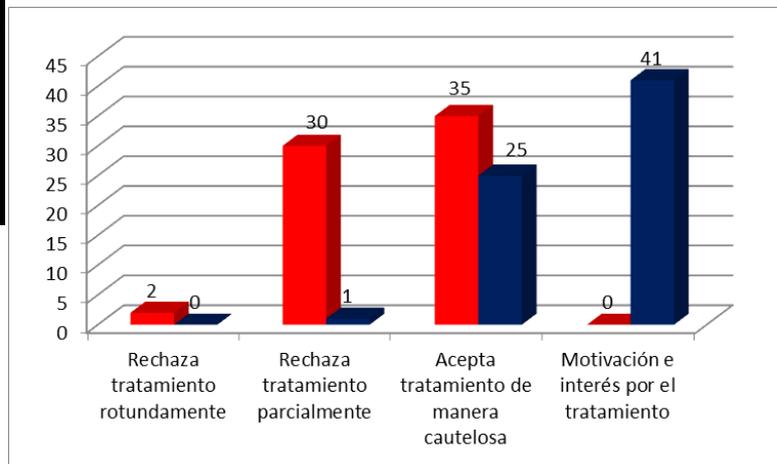
Tabla Nro. 14

Estadísticos de contraste^a

	post_actitud - pre_actitud
Sig.	,000

a. Prueba de los signos

Figura Nro. 14



En la tabla Nro. 14 se observa que el valor “sig.” Es 0.00 menor al nivel de significancia 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula (H0); por lo tanto, podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe influencia poco significativa de la técnica de Decir - Mostrar - Hacer en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016. Esto se corrobora en la figura nro. 14 en la cual se aprecia que 1 alumna no presento cambios y se mantuvo como rechaza tratamiento rotundamente, 1 alumna con una conducta de rechaza tratamiento rotundamente paso a ser acepta tratamiento de manera

cautelosa, 16 alumnas con una conducta de rechaza tratamiento parcialmente pasaron a tener una conducta de acepta tratamiento de manera cautelosa, 8 alumnas mantuvieron una conducta de acepta tratamiento de manera cautelosa, finalmente 14 alumnas con una conducta de rechaza tratamiento parcialmente y 27 alumnas con una conducta de acepta tratamiento de manera cautelosa presentaron un cambio de conducta a motivación e interés por el tratamiento.

COMPORTAMIENTO

H0: No existe influencia significativa de la técnica de comunicación no verbal y refuerzo negativo en el comportamiento durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016.

H1: Existe influencia significativa de la técnica de comunicación no verbal y refuerzo negativo en el comportamiento durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016.

Figura Nro. 15

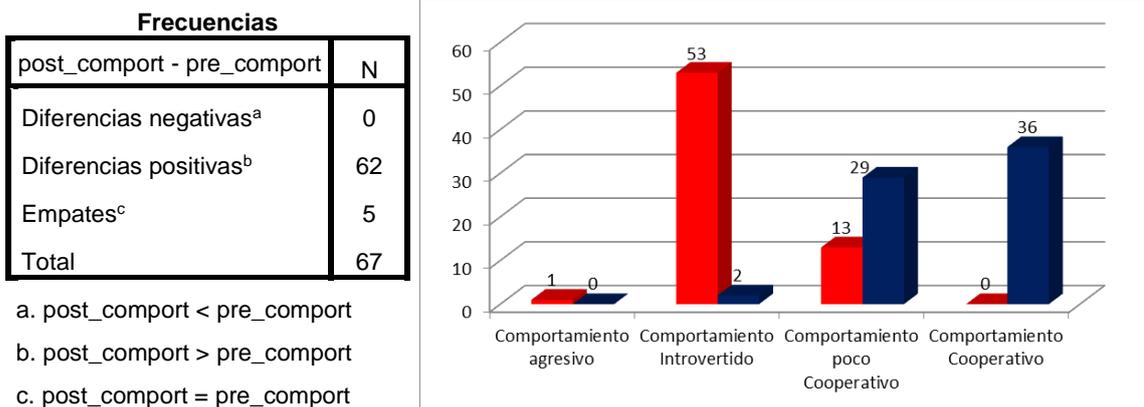


Tabla Nro. 15

Estadísticos de contraste ^a	
	post_comport - pre_comport
Sig.	,000

a. Prueba de los signos

En la tabla Nro. 15 se observa que el valor “sig.” Es 0.00 menor al nivel de significancia 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula (H0); por lo tanto, podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe influencia significativa de la técnica de comunicación no verbal y refuerzo negativo en el comportamiento durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016. Esto se corrobora

en la figura nro. 15 en la cual se aprecia a 2 alumnas que mantuvieron un comportamiento introvertido, 1 alumna que paso de un comportamiento agresivo a un comportamiento poco cooperativo, 25 alumnas con un comportamiento introvertido pasaron a presentar un comportamiento poco cooperativo, mientras que 3 alumnas mantuvieron un comportamiento poco cooperativo, y finalmente 26 alumnas con un comportamiento introvertido y 10 alumnas con un comportamiento poco cooperativo pasaron a presentar un comportamiento cooperativo.

COMUNICACIÓN

H0: No existe influencia poco significativa de la técnica de control de voz y refuerzo negativo en la comunicación durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

H1: Existe influencia poco significativa de la técnica de control de voz y refuerzo negativo en la comunicación durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

Frecuencias	
post_comu - pre_comu	N
Diferencias negativas ^a	0
Diferencias positivas ^b	64
Empates ^c	3
Total	67

a. post_comu < pre_comu

b. post_comu > pre_comu

c. post_comu = pre_comu

Figura Nro. 16

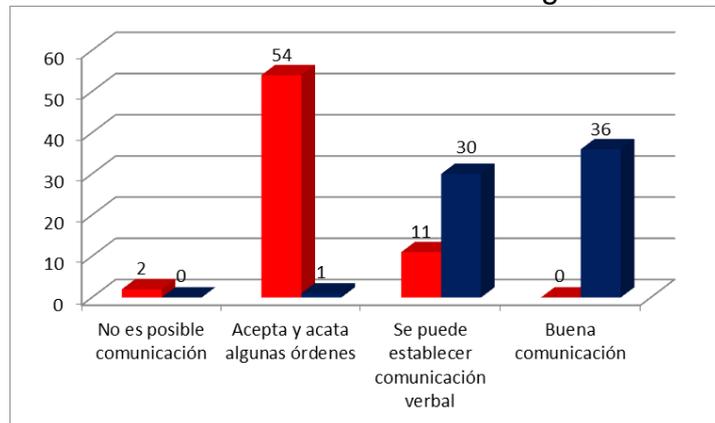


Tabla Nro. 16

Estadísticos de contraste ^a	
	post_comu - pre_comu
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Prueba de los signos

En la tabla Nro. 16 se observa que el valor “sig.” Es 0.00 menor al nivel de significancia 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula (H0); por lo tanto, podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe influencia poco significativa de la técnica de control de voz y refuerzo negativo en la comunicación durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016. Esto se corrobora en la figura nro. 16 en la cual se aprecia 1 alumna que no presento cambios

manteniendo una conducta de acepta y acata algunas ordenes, 2 alumnas presentaron una conducta de no es posible comunicación pasando luego a se puede establecer comunicación verbal, 27 alumnas presentaron una conducta de acepta y acata algunas ordenes pasando luego a una de se puede establecer comunicación verbal, 2 alumnas mantuvieron una conducta de se puede establecer comunicación verbal, 27 alumnas con una conducta de acepta y acata algunas órdenes y 9 alumnas con una conducta de se puede establecer comunicación verbal presentaron una buena comunicación.

ACTIVIDAD MOTORA

Ho: (hipo. nula) no existe influencia significativa de la técnica de refuerzo positivo en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

H1: (hipo. alterna) Existe influencia significativa de la técnica de refuerzo positivo en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016

Figura Nro. 17

Frecuencias	
post_actmot - pre_actmot	N
Diferencias negativas ^a	0
Diferencias positivas ^b	61
Empates ^c	6
Total	67

- a. post_actmot < pre_actmot
- b. post_actmot > pre_actmot
- c. post_actmot = pre_actmot

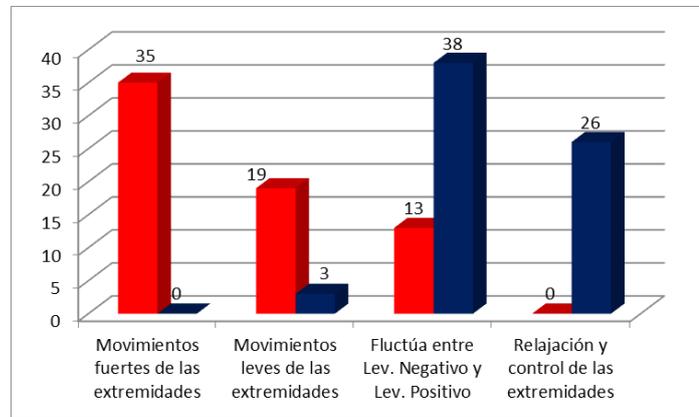


Tabla Nro. 17

Estadísticos de contraste ^a	
	post_actmot - pre_actmot
Sig. asintót. (bilateral)	0,000

- a. Prueba de los signos

En la tabla Nro. 17 se observa que el valor “sig.” Es 0.00 menor al nivel de significancia 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho); por lo tanto, podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe influencia significativa de la técnica de refuerzo positivo en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016. Esto se corrobora en la figura nro. 17 en la cual se aprecia 1 alumna con movimientos fuertes de las extremidades pasando luego a movimientos leves de las extremidades, 2 alumnas mantuvieron movimientos leves de las extremidades, 24 alumnas con movimientos fuertes de

las extremidades y 10 alumnas con movimientos leves de las extremidades pasaron a fluctúa entre levemente negativo y levemente positivo, 4 alumnas se mantuvieron en fluctúa entre levemente negativo y levemente positivo, finalmente 10 alumnas con movimientos fuertes de las extremidades al igual que 7 alumnas con movimientos leves de las extremidades y 9 alumnas con actividad motora fluctuante entre levemente negativo y levemente positivo presentaron todas una actividad motora de relajación y control de las extremidades.

4.2.- Discusión de resultados

De acuerdo a la literatura de Cárdenas JM¹², la técnica de modelado es de poca utilidad en pacientes de corta edad, la limitación del estudio no permitió evaluar este punto ya que la conducta del llanto no vario en ningún momento durante la investigación, con resultados de 1,5% de alumnas con un llanto esporádico y un 98,5% con ausencia de llanto, durante el pre test al igual que el post test.

De la misma manera, Cárdenas JM¹², nos indica que la técnica de Decir – Mostrar – Hacer es poco eficaz en pacientes de muy corta edad, mientras que en la presente investigación se observó lo contrario, presentándose 59 diferencias positivas y 8 empates, según la prueba de signos, con un resultado estadístico de 1,5% de alumnas que rechazaron el tratamiento parcialmente, 37,3% de alumnas que aceptaron el tratamiento de manera cautelosa y un 59,8% de alumnas que mostraron motivación e interés por el tratamiento.

También, Cárdenas JM¹², nos indica que las técnicas de Control de voz y refuerzo negativo, trabajan bien en conjunto, pero no están indicadas para pacientes de corta edad. La comunicación fue la conducta evaluada con estas dos técnicas, obteniéndose 64 diferencias positivas y 3 empates, según la prueba de signos, con un resultado estadístico de 1,5% de alumnas que aceptaron y acataron algunas órdenes, 44,8% de alumnas con las que se pudo establecer comunicación verbal y un 53,7% de alumnas con las que se tuvo una buena comunicación. Demostrándose que la edad de las alumnas no tuvo una influencia significativa en el efecto de las técnicas ya mencionadas.

En el presente estudio se observó que, durante el pre test en el cual no se aplicó ninguna técnica de manejo de la conducta, un 52.2% de alumnas tuvieron una conducta levemente negativa, seguido de un 46.3% de alumnas que presentaron una conducta levemente positiva, por ultimo un 1,5% de alumnas tuvieron una conducta definitivamente negativa según la escala de Frankl. Posteriormente durante el post test, donde se aplicaron las técnicas de manejo

de la conducta, un 85.1% de alumnas tuvieron una conducta definitivamente positiva, seguido de un 14.9% de alumnas que presentaron una conducta levemente positiva. Estos resultados están de acuerdo con el estudio de Llanco EL³, en el cual los resultados obtenidos del grupo experimental y el grupo de control, demostraron que el grupo experimental, en el cual se utilizaron técnicas de manejo de la conducta, tuvo una mayor satisfacción a comparación del grupo de control, donde no se aplicó ninguna técnica de manejo de la conducta.

En el estudio realizado por Álvarez y Muñoz en el Manejo de la conducta no convencional en niños: hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia por Quiroz JM⁴, se evaluó la eficacia de la técnica utilizando cuentos infantiles, durante una cita de control con técnicas de manejo convencionales y una segunda en la cual se aplicaría la distracción con cuentos, como resultado encontraron una mejoría del 80% del comportamiento en la segunda cita con respecto a la primera, estos resultados están de acuerdo con los estudios realizados, al compararse 2 momentos distintos en el estudio, en los cuales se mejoró la experiencia odontológica de los pacientes en la segunda cita a comparación de la primera.

En el presente estudio se utilizó la escala de Frankl para evaluar la conducta de las alumnas, al igual que en el estudio realizado por Alvarez ZA⁵, en el cual se estudió la evolución de la conducta según la escala de Frankl donde un promedio de 90.75% de pacientes presento una conducta positiva (escala de Frankl tipo 3 y 4). Estos resultados están de acuerdo con los resultados de la presente investigación, en el que un 85.1% de alumnas tuvo una conducta definitivamente positiva y un 14.9% tuvo una conducta levemente positiva.

De acuerdo con el estudio realizado por Lopera MP, Cardeño V, Muñetones D, Serna E, Díaz MV y Bermúdez P⁶, se señala que un 57% de estudiantes expresaron que el motivo de consulta no influye en el comportamiento del niño y lo explican por otros factores como miedo y ansiedad o la relación del niño con el entorno familiar. Estos resultados guardan relación con los resultados obtenidos al evaluar a las alumnas que no tuvieron experiencias odontológicas previas, un 56.5% de niñas que no tuvieron una experiencia odontológica previa presentaron

una conducta levemente negativa según la escala de Frankl. Demostrando que factores externos a la consulta odontológica propiamente dicha influyen en la conducta de los pacientes durante la misma.

Conclusiones

En la presente investigación se pudo determinar que la técnica comunicativa influyó significativamente en la conducta durante la atención odontológica en niñas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” de Abancay 2016; habiéndose presentando niveles de conducta positivos durante el post test a comparación de aquellos presentados durante el pre test en los cuales no se utilizaron las técnicas comunicativas.

Se demostró que:

-Existe influencia significativa de las técnicas comunicativas en la conducta de las niñas de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” frente a la atención odontológica

-Durante la etapa del pre test, según la escala de Frankl, se presentaron 1,5% de niñas con una conducta definitivamente negativa, 52,2% de niñas con una conducta levemente negativa, y finalmente un 46.3% de niñas con una conducta levemente positiva. Concluida la etapa del post test, según la escala de Frankl, se presentaron 14,9% de niñas con una conducta levemente positiva, y un gran 85.1% de niñas con una conducta definitivamente positiva; lo que nos indica la gran influencia e importancia que tuvieron las técnicas comunicativas.

-Los cambios positivos, según la escala de Frankl, en las que las técnicas comunicativas tuvieron mayor a menor impacto, respectivamente, fueron: la comunicación con 64 cambios positivos y 3 empates, el comportamiento con 62 cambios positivos y 5 empates, la actividad motora con 61 cambios positivos y 6 empates, la actitud frente al tratamiento con 59 cambios positivos y 8 empates, y finalmente el llanto con 67 empates ya que ninguna niña presentó llanto durante la investigación.

-No existe una relación significativa entre la edad y el cambio de conducta, según la escala de Frankl, que tuvieron las niñas del nivel inicial de la Institución Educativa 224 “Santa Rosa” durante la investigación.

Recomendaciones

-Para lograr un manejo de la conducta óptimo de los pacientes odontopediátricos con conductas disruptivas, se recomienda, identificar las causas de dichas conductas y trabajar en ellas, ya que no solo estaremos brindando un tratamiento odontológico de calidad más adelante, sino también, ayudaremos a estos pacientes a cambiar el concepto negativo que tienen con respecto al odontólogo, a uno que por otro lado, haga que vea a este último y a la consulta con confianza y sin ningún tipo de aflicción o miedo hacia este.

-Igualmente se recomienda, al igual que el enfoque de esta investigación, incentivar a los pacientes odontopediátricos y a sus familias a tomar conciencia sobre la salud oral de los niños y niñas, ya que aparentemente no lucen como un gran problema en edades tempranas, viéndose las consecuencias de estos descuidos a largo plazo, no solo en los menores sino también en la familia que lo rodea.

-En esta investigación se señaló que la Institución Educativa 224 “Santa Rosa”, cuenta con una unidad dental dentro de su centro de estudios, es importante señalar este punto, pues es un gran paso hacia la cultura y conciencia de prevención que tienen las madres, maestros, y padres de las alumnas de esta casa de estudios, lo que lleva a la recomendación hacia otras casas de estudios de seguir este gran ejemplo, por el bien de sus alumnos y de las familias de los mismos, y con ello, fomentar aún mas la cultura y conciencia de prevención de la salud oral.

-Se recomienda la implementación de protocolos odontológicos multidisciplinarios, que giren en torno al área de Odontopediatria, con respecto a la presencia de los padres durante la consulta odontológica; pues durante esta investigación no se encontraron protocolos de ningún tipo al respecto de este tema, más si se encontró, la recomendación de diversas fuentes de la implementación de dichos protocolos, con las recomendaciones ya mencionadas.

-Se recomienda la promoción e implementación de programas de prevención dirigidas a los padres de familia en conjunto con sus hijos para así fomentar una cultura de prevención en toda la familia.

Referencias bibliográficas

1. García A, Parés GE, Hinojosa A. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. ROM [Internet]. 2007 [citado 29 Mayo 2016]; 11(3): 135-139. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2007/uo073d.pdf>
2. Soto RM, Reyes DD. Manejo de las emociones del niño en la consulta Odontologica. RLOO [Internet]. 2005 [citado 30 Mayo 2016]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/art10.asp>
3. Llanco EL. Eficacia del manejo de conducta con videojuegos versus el manejo de conducta convencional en la satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador odontopediátrico en niños de 3 a 5 años que acuden al centro médico odontológico san carlos – huancayo, 2013. [Internet]. Huancayo – Perú; 2014 [citado 5 Junio 2016]. Disponible en: http://www.cop.org.pe/bib/tesis/LIZ_LLANCO_TAIPE_2014.pdf
4. Quiroz JM. Manejo de conducta no convencional en niños: hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia. [Internet]. Lima – Perú; 2011 [citado 5 Junio 2016]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/JENNIFFERMIRIAMQUIROZTORRES.pdf>
5. Alvarez ZA. Evolución de la conducta según la escala de Frankl en niños de 4 a 8 años que acuden a consulta al posgrado de odontopediatría de la FMUAQ. [Internet]. Querétaro – México; 2012 [citado 12 Junio 2016]. Disponible en: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1554/1/RI001117.pdf>
6. Lopera MP, Cardeño V, Muñetones D, Serna E, Díaz MV, Bermúdez P. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. [Internet]. Volumen 9. Edición Nro. 16. Universidad Cooperativa de Colombia: Revista Nacional de Odontología; 2013 [citado 19 Junio 2016]. Disponible en: revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/download/11/270

7. Pucha MC. Tipos de comportamiento y su manejo odontológico en niños de 3 a 8 años, que acuden al consultorio dental del patronato provincial de amparo social de la ciudad de Loja, durante el periodo abril-septiembre del 2011. [Internet]. Loja – Ecuador; 2011 [citado 26 Junio 2016]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5307/1/Pucha%20Loarte%20Martha%20Cecilia%20.pdf>
8. Cerrón ME. Miedo en niños de 4 a 12 años de edad en relacion a sus experiencias dentales y la ansiedad materna en el Instituto de Salud Oral de la Fuerza Aérea del Perú – 2010. [Internet]. Lima – Perú; 2010 [citado 3 Julio 2016]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MIRIAMELAINECERRONCALLUPE.pdf>
9. García ME. Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar. [Internet]. Granada – España; 2010 [citado 3 Julio 2016]. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18695267.pdf>
10. Cueva EI. Factores de comportamiento en relación a la experiencia de caries dental en escolares de 6 a 11 años. [Internet]. Lima – Perú; 2009 [citado 10 Julio 2016]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/ELIANAIRISCUEVACARRUITERO.pdf>
11. Cruz CM. Evaluación de la modificación de la conducta del paciente pediátrico a través de la musicoterapia durante el tratamiento odontológico. [Internet] Lima – Perú; 2002 [citado 17 Julio 2016]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/CARLOSMIGUELCRUZCHU.pdf>
12. Cárdenas JM. Manejo del comportamiento del paciente pediátrico. Odontología Pediátrica. 3ra ed. Medellín, Colombia: Fondo Editorial CIB; 2003. p. 22-34.
13. Quiroz J, Melgar RA. Manejo de la conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. REH [Internet]. 2012 [citado 24 Julio 2016]; 22(2): 129-136. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/137/112>

14. Boj JR, Espasa E, Cortés O. Control de la conducta en la consulta odontopediátrica. Odontopediatria. 2da ed. Barcelona, España: Masson; 2001. p. 127-138.
15. WordPress.com [Internet]. Uncategorized: WorldPress; 2012 [citado 31 Julio 2016]. Disponible en: <https://experimentosobrelaconductahumana.wordpress.com/2012/08/02/teoria-de-la-modificacion-de-conducta-7/>
16. Psicodiagnosis.es [Internet]. Tarragona: Psicodiagnosis; [citado 31 Julio 2016]. Disponible en: <http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/tecnicasdeintervencion/lamodificaciondeconducta/>
17. Prezi.com [Internet]. Prezi; 2013 [actualizado 25 Octubre 2013; citado 31 Julio 2016]. Disponible en: <https://prezi.com/7hyqcdq3cgfv/teorias-del-aprendizaje-social-de-albert-bandura/>
18. Wikiquote.org [Internet]. Wikiquote; 2015 [actualizado 26 Julio 2015; citado 31 Julio 2016]. Disponible en: <https://es.wikiquote.org/wiki/Imitar>
19. Boj JR, Espasa E, Xalabardé A. Desarrollo psicológico del niño. Odontopediatria. 2da ed. Barcelona, España: Masson; 2001. p. 115-126.
20. Rcpsych.ac.uk [Internet]. Londres: Philip Timms; 2010 [actualizado marzo 2010; citado 7 Agosto 2016]. Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/translations/spanish/tept.aspx>
21. Psicologiaymente.net [Internet]. Barcelona: Bertrand Regader; 24 Mayo 2015 [citado 7 Agosto 2016]. Disponible en: <https://psicologiaymente.net/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson#!>
22. Drugs.com [Internet]. Georgia: Drugs; 2016 [citado 7 Agosto 2016]. Disponible en: https://www.drugs.com/cg_esp/trastorno-de-estr%C3%A9s-postraum%C3%A1tico-en-ni%C3%B1os.html

23. Shumway A, Woollacott MH. Control Motor Teoría y Aplicaciones Prácticas. [Internet]. 1ra ed. Estados Unidos: Editorial Sans Tache Williams y Wilkins; 1995. [citado 7 Agosto 2016]. Disponible en: <http://www.mediafire.com/file/cexluljbc5ezc0f/Control+motor+teorias+y+practicass+-++Anne+Shumway-Cook%2C.rar>

24. Hernández R, Fernández C, Baptista P. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. [Internet]. 6ta ed. México: Editorial Mc Graw Hill Education; 2014. [citado 14 Agosto 2016]. Disponible en: <http://gateofbooks.com/metodologia-de-la-investigacion-sampieri-6ta-edicion-pdf/>

ANEXOS

1. Instrumento

Ficha de Observación Conductual
Institución Educativa Inicial 224 "Santa Rosa"

Nombre y Apellidos:

Edad: Grado de Instrucción: Género:

Observación:

.....

Conducta	Escala de Frankl				Valor final
	1	2	3	4	
	<i>Def. Negativo</i>	<i>Lev. Negativo</i>	<i>Lev. Positivo</i>	<i>Def. Positivo</i>	
<u>Llanto</u>	Llanto Intenso	Llanto Monotónico	Llanto Esporádico	Ausencia de Llanto	
<u>Actitud frente al tratamiento</u>	Rechaza Tratamiento Rotundamente	Rechaza Tratamiento Parcialmente	Acepta tratamiento de manera Cautelosa	Motivación e interés por el tratamiento	
<u>Comportamiento</u>	Comportamiento Agresivo	Comportamiento Introverso	Comportamiento poco Cooperativo	Comportamiento Cooperativo	
<u>Comunicación</u>	No es Posible Comunicación	Acepta y Acata algunas ordenes	Se puede establecer comunicación verbal	Buena Comunicación	
<u>Actividad Motora</u>	Movimientos Fuertes de las extremidades	Movimientos Leves de las Extremidades	Fluctúa entre Lev. Negativo y Lev. Positivo	Relajación y control de las Extremidades	

Observación Conductual Pre-test: (.....)

Observación Conductual Post-test: (.....)

Conducta	Escala de Frankl				Técnicas	Valor final
	1	2	3	4		
	<i>Def. Negativo</i>	<i>Lev. Negativo</i>	<i>Lev. Positivo</i>	<i>Def. Positivo</i>		
<u>Llanto</u>	Llanto Intenso	Llanto Monotónico	Llanto Esporádico	Ausencia de Llanto	Moldeado	
<u>Actitud frente al tratamiento</u>	Rechaza Tratamiento Rotundamente	Rechaza Tratamiento Parcialmente	Acepta tratamiento de manera Cautelosa	Motivación e interés por el tratamiento	Decir - Mostrar - Hacer	
<u>Comportamiento</u>	Comportamiento Agresivo	Comportamiento Introverso	Comportamiento poco Cooperativo	Comportamiento Cooperativo	Comunicación no verbal; Refuerzo Negativo	
<u>Comunicación</u>	No es Posible Comunicación	Acepta y Acata algunas ordenes	Se puede establecer comunicación verbal	Buena Comunicación	Control de Voz; Refuerzo Negativo	
<u>Actividad Motora</u>	Movimientos Fuertes de las extremidades	Movimientos Leves de las Extremidades	Fluctúa entre Lev. Negativo y Lev. Positivo	Relajación y control de las Extremidades	Refuerzo Positivo	

Valores		Interpretación de Conducta
5	8	Definitivamente Negativo (A)
9	12	Levemente Negativo (B)
13	16	Levemente Positivo (C)
17	20	Definitivamente Positivo (D)



Mg. Rosary Sánchez Flórez
Psicóloga
C. P. R. 2011

2. Matriz de consistencia

Técnica comunicativa y su influencia en la conducta durante la atención odontológica en alumnos de la nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016		la atención odontológica en alumnos de la nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016		Instrumento				
Pregunta General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	Dimensiones	Indicador	Indice	Técnica	Instrumento
Preguntas Específicas	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	Independiente					
¿Cómo influye la técnica comunicativa en la conducta durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016?	Determinar la influencia de la técnica comunicativa en la conducta durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	La técnica comunicativa influye significativamente en la conducta durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	Técnica Comunicativa	Modelado	Llanto	Llanto intenso Llanto Monotónico Llanto Esporádico Ausencia de Llanto	Observación	Ficha de Observación Conductual
¿Cómo influye la técnica de Decir - Mostrar - Hacer en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016?	Determinar la influencia de la técnica de Decir - Mostrar - Hacer en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	La técnica de Decir - Mostrar - Hacer influye poco en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016		Decir - Mostrar - Hacer	Actitud Frente al Tratamiento	Rechaza Tratamiento Rotundamente Rechaza Tratamiento Parcialmente Acepta tratamiento de manera cautelosa Motivación e interés por tratamiento		
¿Cómo influye la técnica de Decir - Mostrar - Hacer en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016?	Determinar la influencia de la técnica de Decir - Mostrar - Hacer en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	La técnica de Decir - Mostrar - Hacer influye poco en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	Dependiente	Comunicación verbal Refuerzo Negativo	Comportamiento	Comportamiento agresivo Comportamiento introversivo Comportamiento poco cooperativo Comportamiento cooperativo	Observación	Ficha de Observación Conductual
¿Cómo influye la técnica de Decir - Mostrar - Hacer en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016?	Determinar la influencia de la técnica de Decir - Mostrar - Hacer en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	La técnica de Decir - Mostrar - Hacer influye poco en la actitud frente al tratamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016		Control de voz Refuerzo Negativo	Comunicación	No es posible la comunicación Acepta y acata algunas ordenes Se puede establecer comunicación verbal Buena Comunicación		
¿Cómo influye la técnica de comunicación no verbal y refuerzo negativo en el comportamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016?	Determinar la influencia de la técnica de comunicación no verbal y refuerzo negativo en el comportamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	La técnica de comunicación no verbal y refuerzo negativo influye significativamente en el comportamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	Conducta	Refuerzo Positivo	Actividad Motora	Movimientos Fuertes de las extremidades Movimientos Leves de las Extremidades Fluctua entre Lev. Negativo y Lev. Positivo Relajación y control de las extremidades	Observación	Ficha de Observación Conductual
¿Cómo influye la técnica de comunicación no verbal y refuerzo negativo en el comportamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016?	Determinar la influencia de la técnica de comunicación no verbal y refuerzo negativo en el comportamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	La técnica de comunicación no verbal y refuerzo negativo influye significativamente en el comportamiento durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016		Llanto	Definitivamente Negativo	Llanto intenso Rechaza Tratamiento Rotundamente Comportamiento agresivo No es posible la comunicación Movimientos Fuertes de las extremidades Llanto Monotónico		
¿Cómo influye la técnica de control de voz y refuerzo negativo en la comunicación durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016?	Determinar la influencia de la técnica de control de voz y refuerzo negativo en la comunicación durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	La técnica de control de voz y refuerzo negativo influye poco en la comunicación durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	Actitud Frente al Tratamiento	Levemente Negativo	Rechaza Tratamiento Parcialmente Comportamiento introversivo Acepta y acata algunas ordenes Movimientos Leves de las Extremidades Llanto Esporádico	Observación	Ficha de Observación Conductual	
¿Cómo influye la técnica de refuerzo positivo en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016?	Determinar la influencia de la técnica de refuerzo positivo en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	La técnica de refuerzo positivo influye significativamente en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	Comportamiento	Levemente Positivo	Acepta tratamiento de manera cautelosa Comportamiento poco cooperativo Fluctua entre Lev. Negativo y Lev. Positivo			Observación
¿Cómo influye la técnica de refuerzo positivo en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016?	Determinar la influencia de la técnica de refuerzo positivo en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	La técnica de refuerzo positivo influye significativamente en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	Comunicación	Definitivamente Positivo	Ausencia de Llanto Motivación e interés por tratamiento Comportamiento cooperativo Buena Comunicación	Observación	Ficha de Observación Conductual	
¿Cómo influye la técnica de refuerzo positivo en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016?	Determinar la influencia de la técnica de refuerzo positivo en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	La técnica de refuerzo positivo influye significativamente en la actividad motora durante la atención odontológica en alumnos del nivel inicial de la Institución Educativa 224 "Santa Rosa" de Abancay 2016	Actividad Motora	Definitivamente Positivo	Relajación y control de las extremidades			Observación

3. Cartas

Oficio No. 001 UAP

Abancay, 19 de Junio 2016

Rvda. Madre Yolanda Escarsina Quispe

Directora General de la Institución Educativa "Santa Rosa"

Presente.-

Asunto: Solicito apoyo para realización de estudio en el Tema de tesis: "TÉCNICA COMUNICATIVA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LAS ALUMNAS DEL NIVEL INICIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 224 "SANTA ROSA" DE ABANCAY 2016"

De mi mayor consideración.

Previo un atento saludo, me dirijo a su Representada, a fin de solicitar el apoyo y presentar a nuestro alumno del 10º ciclo : Gustavo Chirinos Juro, de la Escuela Profesional de Estomatología de nuestra casa de estudios UAP- Filial Abancay, quien realizara un estudio sobre el tema de tesis: "TÉCNICA COMUNICATIVA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LAS ALUMNAS DEL NIVEL INICIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 224 "SANTA ROSA" DE ABANCAY 2016", por lo que conocedores de la inquietud en la salud oral de la población escolar, cuenta con la implementación de Consultorio odontológico en la Institución Educativa que Ud., dignamente dirige, solicitando su apoyo a fin de que realice los estudios respectivos.

Por lo manifestado, agradezco anticipadamente su gentil atención que merezca la presente.

Atentamente.


UNIVERSIDAD ALACERUANAS
FILIAL ABANCAY
Dr. Esp. Sotero Alvarancca
COORDINADOR DE LA EAP ESTOMATOLOGIA


28 JUN 2016

Oficio No. 002 UAP

Abancay, 19 de Junio 2016

Mg. Sulma Acosta Trujillo

Directora de la Institución Educativa Inicial 224 "Santa Rosa"

Presente.-

Asunto: Solicito apoyo para realización de estudio en el Tema de tesis: "TÉCNICA COMUNICATIVA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LAS ALUMNAS DEL NIVEL INICIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 224 "SANTA ROSA" DE ABANCAY 2016"

De mi mayor consideración.

Previo un atento saludo, me dirijo a su Representada, a fin de solicitar el apoyo y presentar a nuestro alumno del 10º ciclo : Gustavo Chirinos Juro, de la Escuela Profesional de Estomatología de nuestra casa de estudios UAP- Filial Abancay, quien realizara un estudio sobre el tema de tesis: "TÉCNICA COMUNICATIVA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LAS ALUMNAS DEL NIVEL INICIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 224 "SANTA ROSA" DE ABANCAY 2016", por lo que conocedores de la inquietud en la salud oral de la población escolar, cuenta con la implementación de Consultorio odontológico en la Institución Educativa que Ud., dignamente dirige, solicitando su apoyo a fin de que realice los estudios respectivos.

Por lo manifestado, agradezco anticipadamente su gentil atención que merezca la presente.

Atentamente.



Sulma Acosta Trujillo
DIRECTORA



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL ABANCAY
Dr. Leopoldo Savinio Tello Murrancaca
COORDINADOR DE LA ESP ESTOMATOLOGÍA

4. Consentimiento Informado

Señor padre de familia.

Previo un cordial saludo hago de su conocimiento lo siguiente:

Durante las actividades del presente mes, se estará realizando con las niñas del nivel inicial una evaluación de la conducta durante la consulta odontológica **mediante charlas de carácter preventivo, entrevistas, y manejo de la higiene oral**, a realizarse en esta institución educativa. Acciones que serán supervisadas por profesionales del área de Odontología y Psicología.

Para ello pedimos a usted señor padre de familia la autorización para que su niña sea participe y beneficiaria de estas actividades, que redundaran en beneficio de su salud.

Atentamente,



Mg. Carolina Guzmán Pizaro
C. Ps. P. 3943



Mg. Rosaby Sánchez Peña
PSICOLOGA
C. Ps. P. 3941



Sulma Acosta Trujillo
DIRECTORA

AUTORIZACIÓN

Yo....., padre /madre de la menor
..... **AUTORIZO para que mi menor hija participe de las charlas preventivas, entrevistas y manejo de la higiene oral, supervisadas por los profesionales indicados.**

.....
Firma y DNI del padre/madre

5. Registro Fotográfico

Fotografía #01: Consultorio odontológico de la I.E. "Santa Rosa"



Fuente: Autoría propia

Fotografía #02: Inducción sobre las actividades del trabajo de investigación.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #03: Se procedió a llevar a las alumnas en grupos de 3 personas



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #04: Grupos de 3 alumnas por indicaciones de la Directora



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #05: Se indicaba a las alumnas que se haría una revisión de su boca



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #06: La ansiedad que manifiesta la alumna es evidente.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #07: Manejamos su conducta, explicando lo que se realizara. Disminuyendo su ansiedad e incrementando su confianza.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #08: Simulamos un tratamiento restaurador



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #09: Ayudándola a darse cuenta que no hay motivo para temer, la respuesta por parte de la alumna es satisfactoria.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #10: La buena conducta de las alumnas es recompensada. Motivándolas a continuar con dicha conducta ahora, y en un futuro.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #11: Culminando los procedimientos, acompañamos a las alumnas de regreso a su aula.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #12: Se indica que continuaremos con las sesiones en los días posteriores



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #13: A pesar de mostrar timidez en un principio, las experiencias de sus compañeras motivan al resto de alumnas a participar.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #14: Al concluir las actividades con las alumnas, se programó una charla con los padres de familia.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #15: Se les explicó cuáles fueron las actividades en las que participaron sus hijas, y los objetivos que se deseaban alcanzar; el manejo de la conducta durante la consulta odontológica.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #16: Demostrándoles que el uso correcto de las técnicas de manejo de la conducta, tuvo una influencia positiva sobre las alumnas.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #17: El objetivo principal de esta charla, fue fomentar la cultura de prevención, demostrando a los padres, al igual que a las alumnas, a ver la odontología desde una mejor perspectiva.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #18: Agradezco la participación de todas y cada una de las alumnas, sin ellas este trabajo no hubiera sido posible.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #19: Gracias a la Directora y a las profesoras del nivel inicial por permitirme realizar este trabajo de investigación, su apoyo fue invaluable.



Fuente: Autoría propia.

Fotografía #20: Y muchísimas gracias a la Directora Madre Yolanda por haberme permitido ingresar a su casa de estudios.



Fuente: Autoría propia.

6. Informes



“AÑO DE LA CONSTITUCIÓN DEL MAR DE GRAU”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

INFORME TEMÁTICO N° 014-EA-UAP - ABANCAY – 2016

A : DR. Esp. SOSIMO TELLO HUARRANCCA
DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

DE : Dr. Esp. SOSIMO TELLO HUARRANCCA
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR TEMÁTICA DEL
CURSO TALLER DE TESIS.

ASUNTO : INFORME DE TESIS DEL BACHILLER GUSTAVO CHIRINOS JURO.

FECHA : 19 DE NOVIEMBRE 2017.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el Informe de Aprobación de Tesis, como Asesor. Del área metodológica con el tema “**TÉCNICA COMUNICATIVA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN ALUMNAS DEL NIVEL INICIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 224 SANTA ROSA DE ABANCAY 2016**” presentado por el Bachiller en Estomatología, **GUSTAVO CHIRINOS JURO**. La cual tiene el calificativo de **APTO** para su sustentación y Se eleve el presente informe para que se siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL ABANCAY
Dr. Esp. Sosimo Tello Huarranca
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Dr. Esp. SOSIMO TELLO HUARRANCCA

Región Apurímac Provincia de Abancay. 19 DE NOVIEMBRE 2017



"AÑO DE LA CONSTITUCIÓN DEL MAR DE GRAU"

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

INFORME N° 001 – IRRM- ABANCAY – 2016

A : DR. SOSIMO TELLO HUARRANCCA
DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

DE : Mg. CD. JUAN DAVID CHAVIGURI MONZÓN
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ASUNTO : APROBACIÓN DE TESIS

FECHA : 19 DE NOVIEMBRE 2017

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el Informe de Aprobación de Tesis, como Asesor. En el tema "TÉCNICA COMUNICATIVA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN ALUMNAS DEL NIVEL INICIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 224 SANTA ROSA DE ABANCAY 2016" presentado por el Bachiller en Estomatología, GUSTAVO CHIRINOS JURO. Con Resolución N°. 21634-2016-GT-D-FMHyCS-UAP. Se eleve el presente informe para que se siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,

Mg. CD. JUAN DAVID CHAVIGURI' MONZÓN

C.O.P. 19458



"AÑO DE LA CONSTITUCIÓN DEL MAR DE GRAU"

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

INFORME ESTADÍSTICO N° 014-EA-UAP - ABANCAY – 2016

A : DR. SOSIMO TELLO HUARRANCCA
DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

DE : Dr. RAÚL OCHOA CRUZ
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR METODOLÓGICO DEL
CURSO TALLER DE TESIS.

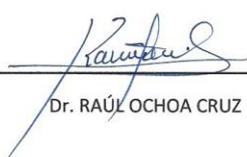
ASUNTO : INFORME DE TESIS DEL BACHILLER GUSTAVO CHIRINOS JURO.

FECHA : 19 DE NOVIEMBRE 2017.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el Informe de Aprobación de Tesis, como Asesor. Del área metodológica con el tema "**TÉCNICA COMUNICATIVA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN ALUMNAS DEL NIVEL INICIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 224 SANTA ROSA DE ABANCAY 2016**" presentado por el Bachiller en Estomatología, **GUSTAVO CHIRINOS JURO**. La cual tiene el calificativo de **APTO** para su sustentación y Se eleve el presente informe para que se siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,



Dr. RAÚL OCHOA CRUZ

Región Apurímac Provincia de Abancay. 19 DE NOVIEMBRE 2017



"AÑO DE LA CONSTITUCIÓN DEL MAR DE GRAU"

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

INFORME METODOLÓGICO N° 014-EA-UAP - ABANCAY – 2016

A : DR. SOSIMO TELLO HUARRANCCA
DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

DE : Dr. WILSON MOLLOCONDO FLORES
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR METODOLÓGICO DEL
CURSO TALLER DE TESIS.

ASUNTO : INFORME DE TESIS DEL BACHILLER GUSTAVO CHIRINOS JURO.

FECHA : 19 DE NOVIEMBRE 2017.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el Informe de Aprobación de Tesis, como Asesor. Del área metodológica con el tema "TÉCNICA COMUNICATIVA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN ALUMNAS DEL NIVEL INICIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 224 SANTA ROSA DE ABANCAY 2016" presentado por el Bachiller en Estomatología, GUSTAVO CHIRINOS JURO. La cual tiene el calificativo de **APTO** para su sustentación y Se eleve el presente informe para que se siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,



Dr. WILSON MOLLOCONDO FLORES

Región Apurímac Provincia de Abancay. 19 DE NOVIEMBRE 2017