UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DPTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACION
CAMPUS BÁRBULA

# PROPUESTA DE UNA TÉCNICA INNOVADORA DE ADAPTACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA ATRAUMATICA A NIÑOS

**Autores:**
María Gabriela Díaz.
Fouad Alfredo Sakkal.
**Tutor de Contenido:**
Prof. Elena Zavarce
**Tutor Metodológico:**
Prof. Nubia Brito.

Bárbula, Mayo del 2008.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DPTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACION
CAMPUS BÁRBULA

Área de Investigación: Educación en Salud Odontológica

Línea de Investigación: Odontopediatría

# PROPUESTA DE UNA TÉCNICA INNOVADORA DE ADAPTACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA ATRAUMATICA A NIÑOS

Trabajo de Grado para Optar por el Título de Odontólogo

**Autores:**
María Gabriela Díaz.
Fouad Alfredo Sakkal.
**Tutor de Contenido:**
Prof. Elena Zavarce
**Tutor Metodológico:**
Prof. Nubia Brito.

Bárbula, Mayo del 2008.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DPTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACION
CAMPUS BÁRBULA

***CARTA DE APROBACIÓN***

En nuestro carácter de Tutores del Trabajo presentado por los Ciudadanos María Gabriela Díaz A, C.I 16.050.415 y Fouad Alfredo Sakkal M, C.I 16.206.525, para optar al Grado de Odontólogos, consideramos que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe, cuyo título es: **PROPUESTA DE UN MODELO ESTRATÉGICO PARA APLICACIÓN DE ANESTESIA SIN TRAUMA A NIÑOS.**

En Bárbula, a los 12 días del mes de Mayo del 2008.

| | |
|---|---|
| Prof. Elena Zavarce | Prof. Nubia Brito |
| Tutor de Contenido | Tutor Metodológico |
| C.I 7.023.690 | C.I 7.102.756 |

# ÍNDICE

Lista de Cuadros…….. vii
Lista de Gráficos…….. viii
Dedicatoria……... ix
Reconocimientos…….…. xi
Resumen…….….. xii
Abstract…… xiii
Introducción……..…… 1

**CAPÍTULO**

**I EL PROBLEMA**…… 3
Planteamiento del Problema…….. 3
Objetivos de la Investigación……..… 5
Objetivo General……..…… 5
Objetivos Específicos……..… 5
Justificación de la Investigación……... 6

**II MARCO TEÓRICO**…… 8
Antecedentes de la Investigación…….....8
Bases Teóricas…… 10
Clasificación de la conducta de los niños en cuanto a su cooperación
Modificación y Terapia de Conducta…… 11
Análisis Conductual Aplicado……..… 12
Orientación Conductual Mediacional……..… 13
Orientación Cognitivo-Conductual…… 13
Orientación basada en el aprendizaje social…….. 13
Técnicas Operantes para el desarrollo de conductas……..... 14
Operacionalización de Variables……..…. 19

**III MARCO METODOLÓGICO**……. 20
Tipo y Diseño de la Investigación…… 20
Tipo……... 20
Diseño……..…… 20

Población y Muestra…….…… 20
Población……... 20
Muestra…….. 20
Técnica de Recolección de Datos e Instrumentos……..…….…. 21
Instrumento…….. 21
Validez y Confiabilidad…… 21
Validez……..... 21
Confiabilidad…….…… 21

**IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**..
Análisis de los Resultados…… 23

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**…… 40
Conclusiones……..……... 40
Recomendaciones…… 41

**V DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA**……..…… 42
Introducción…….. 42
Objetivos de la Propuesta…….. 43
Objetivo General……... 43
Objetivos Específicos…… 43
Justificación……. 43
Factibilidad…… 43
Factibilidad Técnica……..…… 44
Factibilidad Económica……...…. 44
Factibilidad Institucional…….…. 44
Factibilidad Funcional…….……. 44
Factibilidad Operativa…….…….. 45
Factibilidad Operacional…….…….. 45
Definición Operacional…… 45

Estructura de la Propuesta…….……46
**REFERENCIAS-BIBLIOGRÁFICAS**……..……...49
**ANEXOS**……....51

# ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro # 1 Necesidad de modelo estratégico para aplicación de anestesia sin trauma a niños ..... 23

Cuadro # 2 Estaría dispuesto a hacer uso de una nueva técnica para la aplicación de anestesia sin trauma a niños ..... 24

Cuadro # 3 Siento la necesidad de uso de nuevas técnicas de adaptación a la consulta para facilitar el trabajo en el área clínica ..... 25

Cuadro # 4 Con la técnica decir-mostrar-hacer tiene un 100% de efectividad a la hora de adaptar al niño a la técnica anestésica. ..... 26

Cuadro # 5 Conozco las técnicas de adaptación a la consulta odontológica..... 27

Cuadro # 6 Manejo durante la consulta odontopediátrica las técnicas de adaptación ..... 28

Cuadro # 7 Obtengo colaboración por parte del niño a la hora del acto Anestésico ..... 29

Cuadro # 8 Logro tener la confianza del niño durante la aplicación de la anestesia..... 30

Cuadro # 9 Considero que el niño es traumatizado al anestesiarlo con las técnicas de adaptación ..... 31

Cuadro # 10 Se me hace difícil adaptar al niño a la consulta ..... 32

Cuadro # 11 Pierdo largos períodos de tiempo para lograr anestesiar a niños..... 33

Cuadro # 12 Me resulta fácil anestesiar a niños en la consulta odontológica..... 34

Cuadro # 13 Lloran con frecuencia los niños durante la aplicación de la técnica anestésica ..... 35

Cuadro # 14 La mayoría de los niños que acuden a la consulta tienen buena respuesta a las técnicas actuales de anestesia ..... 36

Cuadro # 15 Me da temor anestesiar a niños ..... 37

Cuadro # 16 La mayoría de los niños tienen respuestas no satisfactorias a las técnicas actuales de anestesia ..... 38

Cuadro # 17 Conozco las técnicas para colocar anestesia ..... 39

# ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico # 1 Necesidad de modelo estratégico para aplicación de anestesia sin trauma a niños ..... 23

Gráfico # 2 Estaría dispuesto a hacer uso de una nueva técnica para la aplicación de anestesia sin trauma a niños ..... 24

Gráfico # 3 Siento la necesidad de uso de nuevas técnicas de adaptación a la consulta para facilitar el trabajo en el área clínica ..... 25

Gráfico # 4 Con la técnica decir-mostrar-hacer tiene un 100% de efectividad a la hora de adaptar al niño a la técnica anestésica. ..... 26

Gráfico # 5 Conozco las técnicas de adaptación a la consulta odontológica ..... 27

Gráfico # 6 Manejo durante la consulta odontopediátrica las técnicas de adaptación ..... 28

Gráfico # 7 Obtengo colaboración por parte del niño a la hora del acto Anestésico ..... 29

Gráfico # 8 Logro tener la confianza del niño durante la aplicación de la anestesia ..... 30

Gráfico # 9 Considero que el niño es traumatizado al anestesiarlo con las técnicas de adaptación ..... 31

Gráfico # 10 Se me hace difícil adaptar al niño a la consulta ..... 32

Gráfico # 11 Pierdo largos períodos de tiempo para lograr anestesiar a niños ..... 33

Gráfico # 12 Me resulta fácil anestesiar a niños en la consulta odontológica ..... 34

Gráfico # 13 Lloran con frecuencia los niños durante la aplicación de la técnica anestésica ..... 35

Gráfico # 14 La mayoría de los niños que acuden a la consulta tienen buena respuesta a las técnicas actuales de anestesia ..... 36

Gráfico # 15 Me da temor anestesiar a niños ..... 37

Gráfico # 16 La mayoría de los niños tienen respuestas no satisfactorias a las técnicas actuales de anestesia ..... 38

Gráfico # 17 Conozco las técnicas para colocar anestesia ..... 39

## DEDICATORIA

A Dios por ayudarme a cumplir con uno de mis sueños.

A mis padres Ricardo y Nancy, los que con su amor me dan la fuerza de seguir luchando cada día más, por un mejor futuro.

A mi hermano Ricardo por ser mi aliado y mejor amigo.

A todos aquellos familiares y amigos, que han mostrado preocupación por mi desarrollo personal y profesional, y a su vez han contribuido con el apoyo necesario para la culminación de este proyecto.

Gracias….

María Gabriela.

## DEDICATORIA

A Dios por ayudarme a cumplir mis metas.

A mis padres Fouad y Blanca, que con su constancia y dedicación me han sabido guiar.

A mis hermanos Freddy y Guitta por su comprensión incondicional.

A todos los familiares y amigos que con sus palabras, colaboración, paciencia y amor han dado a mi vida en estos momentos.

Gracias….

Fouad Alfredo.

**RECONOCIMIENTO**

Queremos hacer llegar nuestro mayor agradecimiento a todas y cada una de las personas que generosamente en algún momento de nuestra carrera universitaria nos ayudaron a superar obstáculos y dificultades; para poder así cumplir con una de las principales metas de nuestra vida.

Agradecemos también a todo el personal docente de la Universidad de Carabobo quienes a lo largo de nuestra carrera nos han suministrado sus conocimientos.

A la Prof. Elena Zavarce y la Prof. Nubia Brito, que con sus conocimientos teóricos y experiencia clínica profesional nos brindaron apoyo incondicional; abriéndonos amablemente sus puertas para el desarrollo de nuestra investigación.

Por último, queremos agradecer a todos nuestros compañeros y amigos debido a su cuantía, nos resultaría imposible nombrar en su totalidad, pero definitivamente que sin su apoyo, no hubiésemos culminado satisfactoriamente el presente trabajo de grado. Especialmente a Ricardo, Nancy, Fouad y Blanca.

María Gabriela y Fouad Alfredo.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DPTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACION
CAMPUS BÁRBULA

# PROPUESTA DE UNA TÉCNICA INNOVADORA DE ADAPTACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA ATRAUMATICA A NIÑOS

**Autores:** María Gabriela Díaz.
Fouad Alfredo Sakkal.
**Tutor de Contenido:** Prof. Elena Zavarce.
**Tutor Metodológico:** Prof. Nubia Brito.
Mayo 2008.

## RESUMEN

La presente investigación fue de tipo tecnicista, modalidad de tipo propuesta, la cual se basó en diseñar una propuesta de una técnica innovadora de adaptación para la aplicación de anestesia atraumatica a niños. La muestra no probabilística de tipo estratificada involucró para el diagnostico 63 estudiantes para cada año de 3º, 4º, y 5º del área de odontopediatría, Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Para recabar los datos se empleo un cuestionario de respuestas dicotómicas, el cual permitió medir el logro del objetivo especifico de diagnosticar la necesidad de una técnica innovadora, así como también contribuyo a conocer el desempeño del estudiante a la hora de adaptar al niño para la colocación de la anestesia. Como conclusión se obtuvo que la mayoría de los estudiantes de la muestra consideran que existe la necesidad de una técnica innovadora. A su vez la totalidad de los estudiantes están dispuestos a emplear nuevas técnicas para la adaptación del niño a la consulta odontopediatrica. La propuesta tuvo como objetivo general lograr que mediante el uso de la técnica Decir-Distraer-Hacer, el acto anestésico fuese una experiencia atraumatica para el niño. En la descripción de la propuesta se plantearon 3 citas en donde se explicaba paso a paso como se emplea la Técnica DDH para poder adaptar al niño al acto anestésico.

**Palabra Clave:** Técnicas De Adaptación A Consulta, Anestesia, Atención A Niños Sin Traumas.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DPTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACION
CAMPUS BÁRBULA

# PROPOSAL FOR AN INNOVATIVE TECHNIQUE FOR MODIFICATION OF THE APPLICATION OF ANESTHESIA WITHOUT TRAUMA TO CHILDREN

**Autores:** María Gabriela Díaz.
Fouad Alfredo Sakkal.
**Tutor de Contenido:** Prof. Elena Zavarce.
**Tutor Metodológico:** Prof. Nubia Brito.
Marzo 2008.

## ABSTRACT

This research was of a technical nature, pattern-type proposal, which was based on designing a proposal for an innovative technique to adapt to the application of anesthesia without trauma to children. The non-probability sample rate for the diagnosis stratified involved 63 students for each year of 3, 4, and 5-area pediatric dentistry, Faculty of Dentistry at the University of Carabobo. To gather the data was used questionnaire responses dichotomous, which helped measure the achievement of specific objective of diagnosing the need for innovative technology, as well as contributing to a student's performance when it comes to adapting the child for placement of anesthesia. In conclusion was that most students in the sample felt that there is a need for innovative technology. In turn all the students are willing to employ new techniques for adapting the child to Odontopediatric consultation. The proposal aimed to achieve that overall using the technique say-Distraction-Making, the act was an anesthetic without trauma experience for the child. In the description of the proposal were raised 3 citations where explained step by step how to use the Technical SDD to adapt the child to act anesthetic.

**Key Words:** Techniques to adapt to consultation, anesthesia, care for children without trauma.

# INTRODUCCIÓN

El ser humano es un organismo vivo que se comporta como un sistema complejo e integrado, y es capaz de relacionarse con el medio ambiente, adaptarse, autorregularse y autoprogramarse. A lo largo de su vida estará sujeto a cambios tanto físicos como psicológicos que lo harán desarrollarse como persona individual y a su vez prepararlo para experiencias que tendrá que enfrentar a lo largo de su crecimiento.

Una de las primeras etapas de desarrollo es la niñez. Es aquí donde el niño experimenta grandes cambios, los cuales lo harán distinguirse en el plano individual y adaptar conductas propias de su personalidad. Por lo anteriormente dicho, se considera que tratar al niño en etapas tempranas es de gran importancia en lo que en términos de adaptación se refiere, debido a que mediante el establecimiento de ciertas experiencias el niño con su capacidad de aprendizaje desarrollará conductas acordes a las experiencias vividas.

Sumergida en estas vivencias, está incluida la visita al odontólogo la cual por ser un área de la salud no siempre es bien aceptada por el niño. Es allí donde el odontopediatra tendrá que utilizar métodos y técnicas para abordar y tratar al niño, las cuales serán determinantes de las reacciones y actitudes del paciente odontopediatrico en la situación odontológica, de aquí viene la gran responsabilidad que tiene en sus manos el profesional que lo trata.

Desafortunadamente, hay pocos estudios bien controlados del impacto de las técnicas de control conductual que se utilizan en la niñez y las que presentan los adultos. De manera anecdótica, se ha apreciado que algunas técnicas agresivas no impiden que después el paciente busque cuidado, en especial si el niño era relativamente joven cuando se utilizó la técnica. Por otro lado, en las técnicas más agresivas aplicadas a niños, se han involucrado factores importantes en la conducta de un adulto fóbico al consultorio odontológico.

Es por ello que la presente investigación tuvo como objetivo principal diseñar una propuesta de una técnica innovadora para la aplicación de anestesia

atraumatica a niños, basada en la necesidad de crear experiencias satisfactorias para el niño a la hora de ir a una consulta odontopediatrica.

Dicha investigación fue estructurada es cinco capítulos, de los cuales en el capítulo I se describieron las edades más acordes para iniciar el tratamiento odontológico por factores de adaptación y patrón conductual, así como también se plantearon objetivos acordes a la situación problemática la cual no es más que disminuir las experiencias traumaticas a la hora del acto anestésico. En el capítulo II se habla acerca de los antecedentes relacionados con el tema en estudio, y las bases teóricas en las cuales están sustentadas las teorías del aprendizaje, las técnicas de adaptación y los factores que establecen la conducta del niño. En el capítulo III se menciona el cuestionario, instrumento de recolección de datos relevantes para la vida de la investigación. En el capítulo IV se analizan los resultados del diagnóstico. En el capítulo V se habla de la descripción de la propuesta y su factibilidad desde el punto de vista social, técnico, operacional.

# CAPÍTULO I

# EL PROBLEMA

## Planteamiento del Problema

El manejo de conducta del paciente infantil es un factor clave para el éxito en el tratamiento odontopediátrico, según la Organización Mundial de la Salud, niño es toda persona menor de doce años de edad cronológica, es un ser en constante desarrollo, su evolución es cualitativa y cuantitativamente más importante que la del adulto. Este proceso de desarrollo depende de las continuas interacciones con el ambiente, de tal forma que el niño interacciona con su ambiente modificándolo y este a su vez influye sobre el niño y lo modifica.

En épocas pasadas, cuando la odontología aún no se orientaba hacia la prevención, recomendar una edad para el inicio del tratamiento odontológico parecía casi imposible desde el punto de vista del manejo del paciente. A pesar de que la edad ideal para la primera supervisión odontológica es durante el primer año de edad por razones preventivas, no es sino hasta el tercer año de vida cuando la mayoría de los niños poseen habilidades de comunicación y socialización suficientes para acceder a las exigencias y rigores de una cita odontológica.

Es a partir de esta edad cuando el niño empezará a desarrollar cualidades propias, que ayudarán a determinar las características y habilidades psicosociales relacionadas con su edad para así establecer la técnica de adaptación más conveniente para ser tratado en consulta.

En la actualidad existen numerosas técnicas de manejo de la conducta, entre ellas: decir-mostrar-hacer, control de voz, restricción física, reforzamiento

positivo, manos sobre boca y la técnica distractora, que no son más, que procedimientos que se utilizan para conseguir la aceptación por parte del niño hacia el tratamiento odontológico.

La técnica decir-mostrar-hacer esta basada en no ocultar ningún procedimiento, en este caso el niño no es privado de ningún acto, él ve todos los materiales y todos los procedimientos a realizar como lo es tomar el carpule y observar el trayecto desde que es tomado hasta que se dirige a la cavidad bucal. Es aquí donde algunos niños cuando ven el carpule comienzan a desarrollar un estado de ansiedad, lloran, hace movimientos bruscos, cierran la boca, lo cual dificulta la colocación de la anestesia.

En el caso, de no ser posible controlar la conducta del paciente, entra en acción la técnica de la restricción física para dominarlo y llevar a cabo el procedimiento anestésico, provocando en él una sensación de angustia y hasta de terror.

Según Pinkham (1994), la técnica de decir-mostrar-hacer no debe ser utilizada en procedimientos de anestesia local, ya que este no admite explicación por ser uno de los actos más temidos en odontopediatría. Por más que el odontólogo se esfuerce en explicar los pasos del tratamiento a seguir en este caso la anestesia, el niño no será capaz de entender y de aceptar para que y porque se le anestesiará. Sin embargo, este método sigue siendo utilizado por algunos odontopediatras en este procedimiento odontológico.

Los psicólogos han desarrollado muchas técnicas para modificar la conducta de los pacientes usando los principios de la teoría del aprendizaje. Según Wright(s/f) esta teoría se basa en la modificación de la conducta mediante el uso de técnicas pensadas en la conjunción odontólogo-paciente.

La mayoría de los niños se esfuerzan por ser cooperadores; en estos casos el profesional deberá no sólo apoyar su conducta sino además mantenerla. La actitud de un niño ante el tratamiento odontológico, debe canalizarse con paciencia y comunicación, ya que, sino disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento negativo. Ha sido reconocida la ansiedad como la fuente de problemas en el manejo de un niño en la clínica odontológica. Es allí, donde se presenta la situación problemática ya que si se suma la ansiedad

precargada del niño, más el miedo que le genera saber que lo van a anestesiar y esto va asociado con dolor por la inyección se obtendrá un niño fuera de conducta y que difícilmente manejable.

Según Mc Elroy (2000), describió, "Aunque la operatoria dental pueda ser perfecta, la sesión odontológica será un fracaso si el niño se va llorando".

Dicho esto, esta investigación pretende lograr la implantación de una técnica innovadora para la aplicación de anestesia atraumatica a niños, provocando una mayor receptividad en el niño ante el tratamiento odontopediatríco. Igualmente esta investigación servirá de guía para los alumnos de 3°, 4° y 5° año del área de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

Así como también, suministrará información amplia con relación a este procedimiento aplicado, que servirá de estudio para futuras investigaciones tanto a nivel nacional como regional.

## Objetivos de la Investigación

### Objetivo General:

- Diseñar una propuesta de una técnica innovadora para la aplicación de anestesia atraumatica a niños.

### Objetivos Específicos:

- Diagnosticar la necesidad de una técnica innovadora para la aplicación de anestesia atraumatica a niños.

- Determinar la factibilidad de la aplicación de la técnica innovadora.

- Elaborar una propuesta de una técnica innovadora para la aplicación de anestesia atraumatica a niños.

## Justificación de la Investigación

El éxito de la práctica odontológica en niños depende no sólo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del paciente odontopediátrico.

El presente estudio basa su importancia en la necesidad de informar tanto al odontólogo como al estudiante de odontología acerca de una propuesta que permita la aplicación de una técnica anestésica en niños, de tal manera, que se garantice una actitud del niño cooperadora en el acto odontológico.

Así mismo, el resultado de este trabajo beneficiará al niño, debido a que si éste es tratado aplicándole una técnica anestésica atraumática, garantiza su conducta positiva en futuras consultas odontológicas.

Igualmente, se justifica este trabajo debido a las escasas investigaciones que se han realizado en la región y el país sobre el tema, por lo tanto, se estima cualquier esfuerzo dirigido a ampliar el conocimiento del odontólogo y del estudiante de odontología, de manera que les permitan mantener mayor colaboración del niño ante la consulta odontológica y por ende se estará contribuyendo a mejorar la salud bucal de la población infantil.

En el mismo orden de ideas, será de utilidad para los odontopediatras ya que les permitirá conocer otro recurso que podrán emplear en el momento que el niño se torne ansioso durante el tratamiento odontológico.

De la misma manera, será de utilidad a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, ya que les permitirá orientar a sus alumnos acerca de una técnica anestésica sencilla y sin trauma, para evitar el descontrol de niño y la ansiedad que esto produce al estudiante que atiende a ese niño.

Además, reviste gran importancia en el campo social, ya que a través de este se puede mejorar un problema de comportamiento del niño ante la consulta odontológica y su aplicación brindará tranquilidad a padres y representantes, debido a que ellos también se angustian cuando la conducta del niño es negativa.

De manera análoga la presente investigación tiene una utilidad metodológica porque se utilizará un instrumento que puede ser aplicado en otras poblaciones y así tener una información más amplia acerca del tema en estudio.

Así mismo el estudio podría servir de base a otras investigaciones. Del mismo modo, puede servir de cimiento para nuevas ideas, recomendaciones o hipótesis para estudios futuros.

# CAPITULO II

# MARCO TEÓRICO

## Antecedentes de la Investigación

En (2001) Giunta y Gómez realizaron una investigación que tuvo como propósito analizar los factores que intervienen en el momento en que el niño asiste a la consulta odontológica, teniendo como finalidad principal facilitar la adaptación del niño a la consulta, mediante el conocimiento de las principales conductas, comportamiento, emociones y aptitudes del niño, así como conocer el rol de los padres para el éxito o fracaso de la consulta odontológica. También se realizó una comparación entre Venezuela con otros países en materia de comportamiento de pacientes, así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar.

En (2003) Sánchez y cols realizaron un experimento en el cual exponían la influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Dicho experimento se realizó en 81 niños compartidos en ambos sexos con edades comprendidas entre los 8 y 12 años de edad, que no habían ido antes a una consulta odontológica. Para la evaluación de su ansiedad se les realizó un Test STAIC (Ansiedad/Estado y Ansiedad/Rasgo) antes de comenzar su tratamiento bucodental, y en la 3ra y última visita, se utilizó la escala para la valoración del perfil del comportamiento para tasar el mismo, completada durante la 2da visita de su tratamiento.

Al finalizar el experimento los investigadores concluyeron que no existen diferencias significativas de ansiedad entre niños y niñas antes de empezar el tratamiento. Los valores de ansiedad antes del tratamiento son superiores a la ansiedad mostrada tras la realización del mismo, lo que indica una experiencia dental no traumática es el principal modo de descender la ansiedad en el niño.

Seguidamente en el año 2005 Peña y Raas, realizaron una investigación, cuyo propósito fundamental fue evaluar el conocimiento que poseían los estudiantes del 3er año de Odontología de la Universidad de Carabobo, sobre las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica. Dicha investigación se realizó utilizando una población de 180 estudiantes, de los cuales tomaron una muestra al azar simple del 30% de la población, lo que equivalía a 54 alumnos a los cuales se les aplicó una prueba objetiva. Esta investigación arrojo como resultado que 69% de los estudiantes de 3er año de la Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo domina sólo algunas técnicas de adaptación a la consulta, y en un 78% que era necesario el anexo de áreas como psicología para el conocimiento de conductas y procedimientos de adaptación del niño a la consulta odontológica.

Posteriormente en el 2007 García y cols realizaron una investigación que estuvo cimentada en la evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conductas utilizadas por el odontopediatra, comparando 3 métodos de información. La investigación se baso en la aplicación de un cuestionario de actitud, sustentado en la escala de Corah y DASS (Depresión Anxiety Stress Scale) adaptados para situaciones de atención dental en 120 padres de pacientes pediátricos, los cuales fueron divididos en 3 grupos de acuerdo al método de información transmitidos: exposición oral, video e información escrita. Los resultados mostraron que la técnica mejor percibida es la de decir-mostrar-hacer, y la menos aceptada es la técnica de anestesia general; se observó que el método de información oral es el que generó menor ansiedad en los padres, mientras que la información transmitida a través de un video generó la mayor ansiedad.

Al evaluar los resultados obtenidos los investigadores concluyeron que se debe hacer mayor énfasis en la explicación que se da a los padres acerca de los procedimientos a realizar con sus hijos.

Todas estas investigaciones antes mencionadas han sido realizadas en los últimos años con la finalidad de mejorar las conductas presentadas en los niños durante la consulta odontopediátrica; de tal forma que han representado para esta

investigación un gran apoyo al momento de realizar el estudio, ya que a través de estos quedó demostrada una y otra vez la importancia del uso de las técnicas de adaptación a la hora de tratar al niño en el consultorio odontológico.

## Bases Teóricas

La Organización de las Naciones Unidas aprueba la llamada "Declaración de los Derechos del Niño" el 20 de Noviembre de 1959, la cual establece de carácter obligatorio reconocerle al niño su derecho de protección física, intelectual y moral, determina la obligatoriedad del respeto de ciertas normas en cuanto al trato a los niños, por parte de todas aquellas personas que trabajan con ellos, como maestros, profesores, padres y profesionales de la salud, entre los cuales está el odontólogo. Es él, quien debe lograr la colaboración del niño para conseguir el éxito necesario en el tratamiento odontológico. En la mayoría de los casos esto puede lograrse a través de un abordaje psicológico aplicado con conciencia y criterio, pero sobre todo basado en una relación afectiva, armónica con el niño y sus padres.

Es indudable que el resultado será el establecido de una adecuada relación odontólogo-pacientes-padres, el desarrollo de autocontrol y la madurez emocional del niño no sólo para afrontar la situación odontológica, sino para manejar otras situaciones similares de la vida cotidiana, y la formación de un buen paciente adulto, sin miedos, ni fobias odontológicas, promotor preventivo de su salud bucal. (UCV, 1996).

*Clasificación de la conducta de los niños en cuanto a su cooperación:*

Se han desarrollado numerosos sistemas de clasificación de la conducta de los niños en el ambiente odontológico. Wright. G (citado por Pinkham 1994).

Una de las clasificaciones clínicas agrupa a los niños en 3 categorías:

1. Cooperadores.
2. Con falta de capacidad para cooperar.
3. Potencialmente colaboradores.

El desarrollo de los niños abarca el estudio de todas las áreas del desarrollo humano, desde la concepción hasta la adultez. Comprende mucho más que el crecimiento físico, que muchas veces significa solamente un aumento de tamaño. El desarrollo implica un despliegue secuencial que puede comprender cambios de tamaño, forma, función, estructuras o habilidades. (UCV, 1996)

Con el paso de los años se han formulado numerosas teorías del desarrollo infantil, como lo es la Teoría del aprendizaje, en la cual se relacionan los cambios de edades cronológicas con el desarrollo psicológico del niño.

Los trabajos de investigación sobre los principios del aprendizaje con el marco sobre el que se han desarrollado múltiples tecnologías de ingeniería del comportamiento, como la terapia de la conducta, la modificación de conducta, el análisis conductual aplicado, e inclusive algunas formas heterodoxas que incorporan otras nociones teóricas y filosóficas (terapias conductual-cognitiva y las cognitivo-conductuales). Wright, G (citado por Pinkham, 1994).

Con ellas resulta posible el tratamiento de una inmensa variedad de problemas en el campo clínico, educativo, comunitario y organizacional, la salud, las emergencias y la psicología, entre otros, con unos índices de eficacia razonablemente altos. Entre las numerosas técnicas disponibles se encuentran las de exposición en vivo (reforzamiento positivo, modelamiento, reforzamiento negativo, inmovilización y distracción) las de exposición en fantasía (reforzamiento encubierto, inoculación del stress y desensibilización sistemática), las de entrenamiento en autorregulación de competencias (autocontrol y manejo de la ansiedad). (Ob. Cit)

Desde varios años la División de Psicología Clínica de la APA (Asociación Psicológica Americana) ha evaluado la eficacia de los tratamientos psicológicos.

*Modificación y Terapia de Conducta*

La modificación de conducta tiene por objeto promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de los niños, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse. El área de la modificación de

conducta es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológicas que permitan el control de la conducta para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal. (www.psicopedagogia.com)

Cabe definir la modificación de conducta como aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios. Utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas. (Ob.cit)

*Análisis Conductual Aplicado:*

Se basa en la aplicación del análisis experimental de la conducta a los problemas de importancia social, aparece también bajo la denominación de análisis funcional de la conducta o enfoque operante. Sus principales características son:

1. Se centra en las conductas observables directamente.
2. La conducta esta controlada por el ambiente.
3. El objeto de estudio es la conducta de organismo individual y el enfoque metodológico es el análisis experimental de la conducta.
4. Las técnicas basadas en este enfoque son las de condicionamiento operante.
5. El tratamiento debe evaluarse tanto a nivel experimental como clínico y social. (www.psicopedagogia.com)

*Orientación Conductual Mediacional:*

También se le denomina enfoque E-R neoconductista o mediacional, por el énfasis que pone en las variables intermedias o constructor hipotéticos en la explicación de la conducta. Sus rasgos principales son:

1. Los procesos cognitivos tales como imágenes, mediación verbal se tienen en cuenta en la teoría y en la terapia.
2. El campo de aplicación de este enfoque se centra especialmente en trastornos relacionados con la ansiedad.

3. Las técnicas de tratamiento que se utilizan se basan en condicionamiento clásico. (Ob. Cit)

*Orientación Cognitivo-Conductual:*

Esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento. Sus principales rasgos son:

1. El cambio conductual se halla mediado por las actividades cognitivas.
2. La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
3. La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.
4. Las técnicas aplicadas en este enfoque son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstitucional.
5. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del paciente. (Ob. Cit)

*Orientación basada en el aprendizaje social:*

Esta orientación considera que la determinación del comportamiento depende de los estímulos ambientales, físicos y sociales de procesos cognitivos y patrones de conducta del niño, que a su vez modifica su propio medio. Sus características principales son:

1. La regulación de la conducta depende de 3 sistemas: los estímulos externos que afectan la conducta, las consecuencias de la conducta, y los procesos cognitivos mediacionales.
2. La influencia del medio sobre el sujeto está afectada por los procesos cognitivos que determinan la percepción o interpretación de las variables del sujeto.
3. Tiene énfasis en la autorregulación y autocontrol.
4. Integra los métodos basados en el condicionamiento clásico operante y los métodos de autorregulación. (Ob.Cit)

*Técnicas Operantes para el desarrollo de conductas:*

La modificación de conducta dispone de técnicas especializadas, de tal sentido simplemente se trataría de crear conductas. A menudo, las nuevas conductas tienen que sobreponerse a otras ya existentes, y no siempre contarán con condiciones ambientales que las faciliten a pensar de lo convenientes que resultarían, si ya estuvieran establecidas.

Para cambiar estos patrones de conducta ya establecidos existen varias técnicas de adaptación que son más que procedimientos que crean cambios en el comportamiento del niño, ampliando sus destrezas, incrementando su autocontrol o eliminando su ansiedad. (UCV, 1996).

*Modelamiento*

Este es un procedimiento en el que se refuerzan las aproximaciones sucesivas a una conducta meta. Para que el reforzamiento tenga lugar es necesaria la ocurrencia de alguna conducta previa.

Cierta conducta traerá determinado refuerzo, que a su vez se dispensará sólo ante tal conducta. De tal manera, el modelamiento resulta de un proceso dinámico en el que se van transformando conjugadamente la conducta y sus consecuencias. En rigor hay que decir que la acción selectiva de las consecuencias transforma la conducta y la moldea. (www.psicopedagogia.com)

*Refuerzo Positivo:*

El reforzamiento es el acto de administrar el reforzador siguiendo algún criterio de frecuencia relativa de la conducta en cuestión. El reforzamiento se hará más exigente en función de ciertos aspectos de conducta y de acuerdo a su variabilidad. En cuanto a las promesas que se utilizen para condicionar el comportamiento, estas deben ser factibles, inmediatas y siempre deben cumplirse. (Ob.Cit)

*Refuerzo Negativo:*

Pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la expresión de rechazo. Generalmente se utiliza en conjunción con el control de voz para expresar desaprobación. El refuerzo negativo no debe confundirse con castigos.

Estos están contraindicados, ya que son contraproducentes y llevan a que se genere una actitud negativa hacia el tratamiento. (Ob.Cit)

*Tiempo y Fuera:*

Es una variación del refuerzo negativo para pacientes de mayor edad. Consiste en suspender totalmente el tratamiento en la misma cita o dar por terminada la cita y pedirle al paciente y a sus padres que regresen cuando este preparado para cooperar. Esta técnica no sólo debe utilizarse en situaciones muy específicas donde hay un alto grado de desarrollo emocional y un pleno entendimiento y cooperación por parte de los padres. (UVC, 1996)

*Distracción Contingente:*

Consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento y al mismo tiempo condicionarlo por medio de contingencias. Puede hacerse mediante la utilización de medios audiovisuales o auditivos, los cuales se usan condicionados a un comportamiento adecuado. Es importante combinarla con la técnica decir-mostrar-hacer antes de iniciar el tratamiento con el objetivo de que el paciente entienda el funcionamiento de la técnica.

*Escape contingente:*

En esta técnica se busca que el paciente tenga control de la situación de modo que con sólo una indicación suya, como por ejemplo levantar la mano, se interrumpa temporalmente el tratamiento. Debe además usarse con un condicionamiento de modo que el odontólogo tenga el tratamiento siempre y cuando el comportamiento sea el apropiado. (www.psicopedagogia.com)

*Inmovilización:*

La inmovilización total o parcial del paciente es necesaria en ciertas situaciones con el fin de proteger la integridad física de éste. Se busca hacer una restricción, sin exceso de fuerza que pueda lastimarlo. Puede hacerse directamente por el odontólogo, personal auxiliar y padres o puede usarse un dispositivo de restricción. También se puede inmovilizar la boca con el uso de bloques de mordida o distintos abrebocas. (Ob.Cit)

*Decir-Mostrar-Hacer:*

Este método constituye el fundamento de la fase educacional para inducir al paciente odontopediatra un comportamiento relajado y tolerante. La técnica es sencilla y por lo general suele ser muy útil. Antes de empezar cualquier maniobra ha de explicarle al niño lo que se le hará y después simular para él, lo que ocurrirá antes de iniciar el procedimiento. (UCV, 1996)

*Control mediante la voz*

Este método requiere del odontólogo más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de vez es muy importante; ha de proyectar la idea de que “aquí mando yo”. La expresión facial del odontólogo también debe reflejar esta actitud de seguridad, de hecho se puede ejercer este control con sólo expresión facial. (Ob. Cit)

Para la aplicación de cualquiera de estas técnicas de modificación de conductas es necesario conocer la edad cronológica del niño, ya que esta es una de las guías más importantes para predecir su comportamiento. De ello dependerá la posibilidad de autocontrol, su capacidad de raciocinio, sus temores los cuales varían según la edad, y su grado de madurez emocional y su desenvolvimiento psicológico para colaborar durante el tratamiento odontológico.

Uno de los aspectos más importantes en la orientación de la conducta de niño en el consultorio odontológico es el control del dolor.

UCV (1996, p.135) define el dolor como “una sensación desagradable, creada por un estímulo nocivo, que es llevada mediante nervios específicos hacia el sistema nervioso central, donde es interpretada como tal”.

La anestesia local es uno de los procedimientos más importantes en el manejo de la conducta del niño en la consulta odontológica. Estos constituyen la principal categoría de sustancias para el dolor en odontología, en casi todos los procedimientos. (Ob.Cit).

Es posible que el dolor que se asocia a los procedimientos dentales o médicos brinde la oportunidad para desarrollar y probar ciertos mecanismos de autocontrol y afrontamiento. Muchos niños son eficientes en sus habilidades de afrontamiento y toleran la molestia leve con poca expresión. Wilson. S (citado por Pinkham, 1994).

Los procedimientos de anestesia local en niños no se diferencian mucho de los del adulto; la inervación de la boca y las técnicas anestésicas a utilizar son las mismas, con algunas variantes. (UCV, 1996).

Las diferencias anatómicas de los maxilares en los niños, hacen que la profundidad a que habrá que penetrar la aguja sea menor en ciertas anestesias por bloqueo. Las distancias entre los puntos de referencia son ligeramente menores y la menor densidad ósea acelera la difunción del anestésico a través del hueso. (Ob.Cit).

Los anestésicos locales son fármacos que, aplicados en concentración suficiente en su lugar de acción, impiden la conducción de impulsos eléctricos por las membranas del nervio y el músculo de forma transitoria y predecible, originando la pérdida de sensibilidad en una zona del cuerpo. (www.cfnavarra.es)

*Técnicas Anestésicas Usadas en Odontología:*

Son maniobras que se hacen para aplicar un anestésico local. En los niños las técnicas anestésicas usadas son:

- Anestesia Tópica.
- Anestesia Infiltrativa supraperióstica
- Anestesia Regional o Troncular. (UVC, 1996).

*Anestesia Tópica:*

Se obtiene mediante la aplicación directa del anestésico a la superficie de la mucosa. Estos anestésicos en odontología son de gran valor psicológico,

además reducen el malestar de la inserción de la aguja antes de la inyección del anestésico local. (Ob.Cit).

Antes de colocar el anestésico tópico, se seca la mucosa en el lugar de aplicación con una gasa o rollo de algodón. Su efecto anestésico se produce en aproximadamente 3 minutos, y es de gran importancia respetarlo ya que antes de estos minutos no se ha alcanzado su adormecimiento. (Ob. Cit).

*Anestesia Infiltrativa o Supraperióstica*:

La técnica de infiltración es adecuada para anestesiara la mayoría de los dientes en los niños pequeños, ya que la porosidad de sus huesos y el poder de difusión de los anestésicos hace innecesaria la anestesia regional, con la excepción del dentario inferior. (UCV, 1996).

Esta Anestesia se usa para anestesiar todos los dientes anterosuperiores y anteroinferiores, y consiste en la administración de anestesia directa, dirigida hacia las ramas terminales del nervio, ya sea en tejido blando o a través del periostio. (Ob. Cit).

*Anestesia Regional o Troncular:*

La anestesia regional actúa sobre el tronco nervioso que esta entre el cerebro y el campo de operación, y al suprimir la conducción nerviosa produce la anestesia en la región inervada por las neuronas involucradas. (Ob.Cit).

La anestesia troncular anestesia una zona más grande con menos inyecciones y puede ser necesaria cuando las inyecciones por infiltración no son completamente efectivas. (UCV, 1996).

## Cuadro 1. Matriz de Operacionalización del Instrumento

| Objetivo especifico | Categoría | Dimensión | Indicadores/Criterios | Item |
|---|---|---|---|---|
| • Diagnosticar la necesidad de una técnica innovadora para la aplicación de anestesia atraumatica a niños. | • Técnica innovadora. | • Necesidad de una técnica innovadora | • Conocimiento<br>• Protocolo<br>• Pautas | • N° 1<br>• N° 2<br>• N° 3 |
| | | • Técnica de adaptación | • Utilizadas en la actualidad<br>• Atraumatica | • N°4<br>• N°5<br>• N°6<br>• N°7<br>• N°8<br>• N°9<br>• N° 10<br>• N°11<br>• N°12<br>• N°13<br>• N°14<br>• N°15<br>• N°16 |
| | • Anestesia atraumatica a niños. | • Técnica Propiamente Anestésica | • Troncomandibular<br>• Alveolar anterior<br>• Alveolar media<br>• Alveolar posterior | • N° 17 |

# CAPITULO III

# METODOLOGÍA

## Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación se considera de tipo Tecnicista, con la modalidad de proyecto especial ya que tiene como propósito estudiar un problema que surge de la realidad y la información requerida debe obtenerse directamente del medio. (Sierra. 2004).

Para el logro del primer objetivo especifico, necesidad de una técnica innovadora para la aplicación de anestesia atraumatica a niños, se considera de tipo descriptivo, el cual mide de manera independiente los conceptos o variables para así describir lo que se investiga. Los estudios descriptivos, buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que sea sometido a un análisis". (Labrador, 2002).

## Población y Muestra

En la presente investigación la muestra es de tipo no probabilística. Según Dankhe (citado por Hernández R. 1991), "En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra", por lo que fué tomada de forma intencional.

La muestra seleccionada será de tipo estratificada, conformada por 63 estudiantes de 3°, 63 estudiantes de 4° y 63 estudiantes de 5° año del Área del Odontopediatría, pertenecientes a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

## Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

En este estudio se utilizará la técnica de la entrevista de tipo estructurada ya que se le realizarán a cada uno de los estudiantes las mismas preguntas y en el mismo orden una de las dos alternativas planteadas. La técnica aplicada para la recolección de datos fue la encuesta.

La entrevista es la comunicación interpersonal establecida entre el entrevistador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. (Canales, 1994).

El instrumento es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información para su investigación. (Canales, 1994).

Como instrumento de recolección de datos, se aplicó el cuestionario, un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio.

El cuestionario empleado fue de tipo cerrado, con respuestas de tipo dicotómicas, el mismo el permite medir el logro del objetivo específico. Dicho cuestionario fue realizado a 189 estudiantes, distribuidos en estratos, pertenecientes a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, y el cual contó de 17 preguntas.

## Validez y Confiabilidad del instrumento

### Validez

La validez a la cual fue sometido el instrumento de recolección de datos necesario para realizar este estudio, se determinó a través del juicio de expertos, el cual consistió en una revisión por parte de tres profesionales expertos en el área de odontopediatría quienes determinaron la validez de dicho instrumento.

### Confiabilidad

Se realizó un cuestionario a 15 estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, distribuidos de la siguiente manera: 5 estudiantes de 3°

año, 5 estudiantes de 4° año y 5 estudiantes de 5° año. Cuyos datos recabados a través de la utilización del cuestionario se organizaron en una base de datos, donde se determinó la confiabilidad al analizar los resultados preliminares obtenidos. La confiabilidad se obtuvo a través del coeficiente de Kuder Richardson con un valor de 1,00079, dando una confiabilidad del 100%, lo cual se considera una confiabilidad alta.

$$KR20 = \frac{k}{k-1}\left[1 - \frac{\sum pq}{SDt^2}\right]$$

**Análisis de datos del Diagnóstico**

Los datos recabados por los instrumentos de recolección fueron presentados en cuadros, para esquematizar y representar los resultados obtenidos en el diagnóstico.

## CAPÍTULO IV

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

**Cuadro 2. Necesidad de la elaboración de una técnica innovadora de adaptación para aplicación de anestesia atraumatica a niños.**

| Item N° 1 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 180 | 95,24 |
| No | 9 | 4,76 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

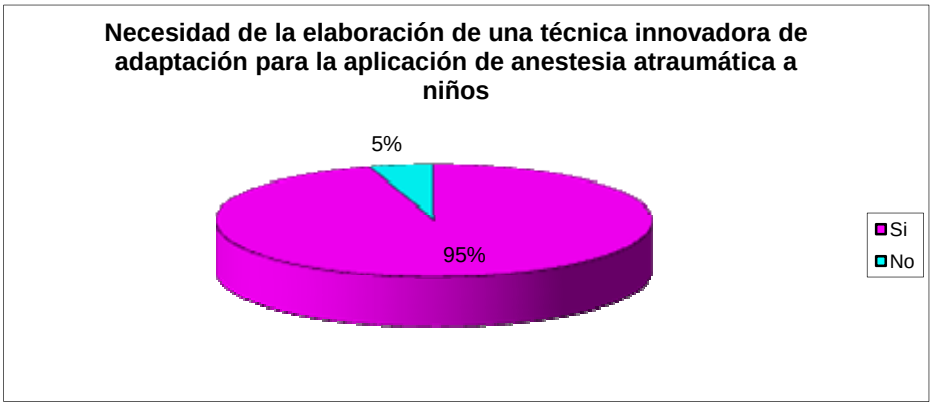


**Gráfico: 1.** Necesidad de la elaboración de una técnica innovadora de adaptación para la aplicación de anestesia atraumatica a niños. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En cuanto a la necesidad de modelo estratégico para aplicación de anestesia sin trauma a niños se observa que 95,24% de los estudiantes que se les aplicó este cuestionario, sienten la necesidad de un modelo estratégico para la aplicación de anestesia sin trauma a niños. Mientras 4,76% manifestó que no era necesario.

**Cuadro 3. Estaría dispuesto a hacer uso de una técnica innovadora de adaptación para la aplicación de anestesia atraumatica a niños**

| Item N° 2 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 189 | 100 |
| No | 0 | 0,00 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

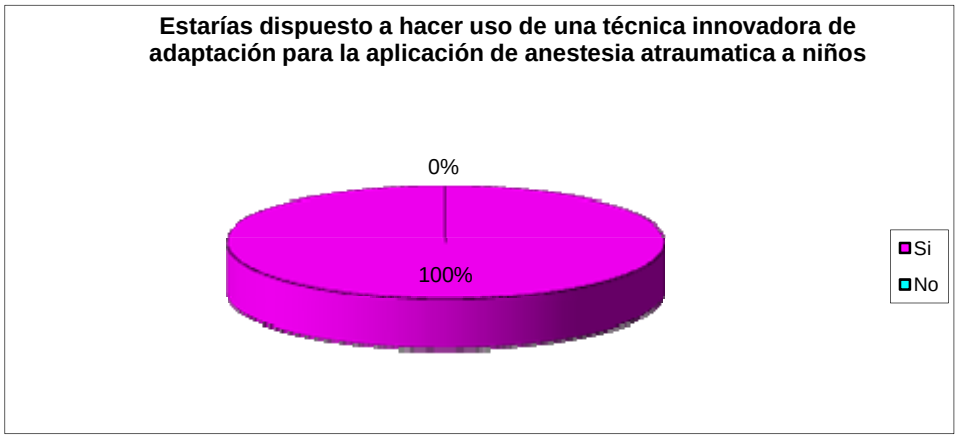


**Gráfico: 2.** Estarías dispuesto a hacer uso de una técnica innovadora de adaptación para la aplicación de anestesia atraumatica a niños. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En cuanto a si los estudiantes estarían dispuestos a hacer uso de una nueva técnica para la aplicación de anestesia sin trauma a niños se observa que 100 % de los estudiantes que se les aplicó este cuestionario si estarían dispuestos a hacer uso de ella.

**Cuadro 4. Siento la necesidad de uso de nuevas técnicas de adaptación a la consulta para facilitar el trabajo en el área clínica**

| Item N° 3 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 165 | 87,30 |
| No | 24 | 12,70 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

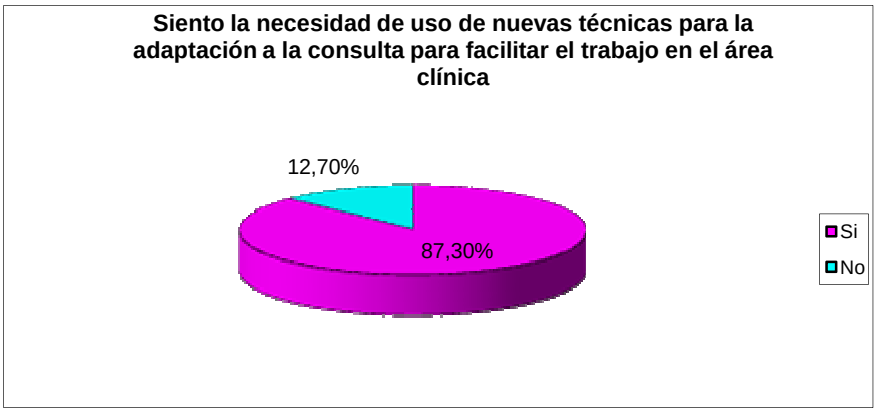


**Gráfico 3.** Siento la necesidad de uso de nuevas técnicas para la adaptación a la consulta para facilitar el trabajo en el área clínica. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** Con relación si siento la necesidad de uso de nuevas técnicas de adaptación a la consulta para facilitar el trabajo en el área clínica se observa que 87,30% de los estudiantes que se les aplicó este cuestionario, sienten la necesidad de uso de nuevas técnicas de adaptación a la consulta para facilitar el trabajo en el área clínica.

**Cuadro 5. Con la técnica decir-mostrar-hacer tiene un 100% de efectividad a la hora de adaptar al niño a la técnica anestésica.**

| Item N° 4 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 58 | 30,69 |
| No | 131 | 69,31 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

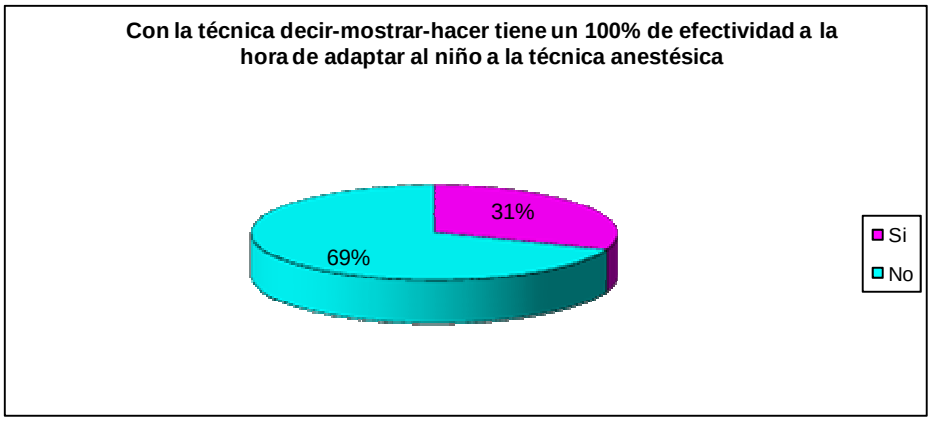


**Gráfico 4.** Con la técnica decir-mostrar-hacer tiene un 100% de efectividad a la hora de adaptar al niño a la técnica anestésica. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En cuanto a si con la técnica decir-mostrar-hacer tiene un 100% de efectividad a la hora de adaptar al niño a la técnica anestésica se observa que 69,31% de los estudiantes manifestó que no logra el 100% de efectividad a la hora de adaptar al niño a la técnica anestésica.

**Cuadro 6. Conozco las técnicas de adaptación a la consulta odontológica**

| Item N° 5 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 180 | 95,24 |
| No | 9 | 4,76 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario

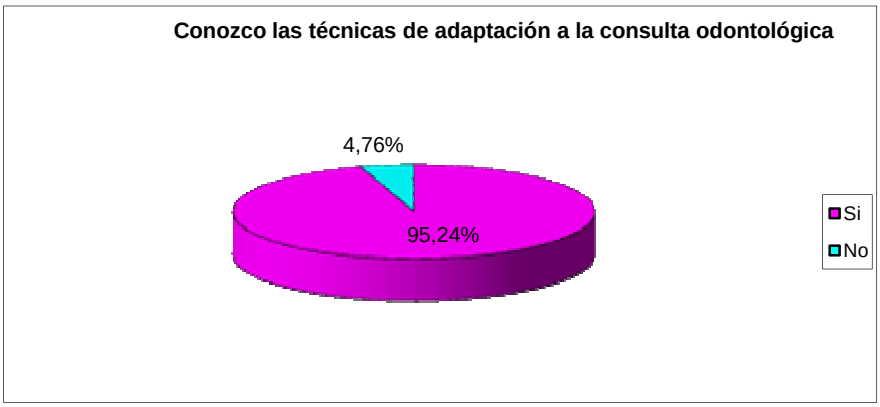


**Gráfico 5.** Conozco las técnicas de adaptación a la consulta odontológica. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En cuanto a si conozco las técnicas de adaptación a la consulta odontológica se observa que 95,24% de los estudiantes que se les aplicó este cuestionario, conocen las técnicas de adaptación a la consulta odontológica.

**Cuadro 7. Manejo durante la consulta odontopediátrica las técnicas de adaptación**

| Item N° 6 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 155 | 82,01 |
| No | 34 | 17,99 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

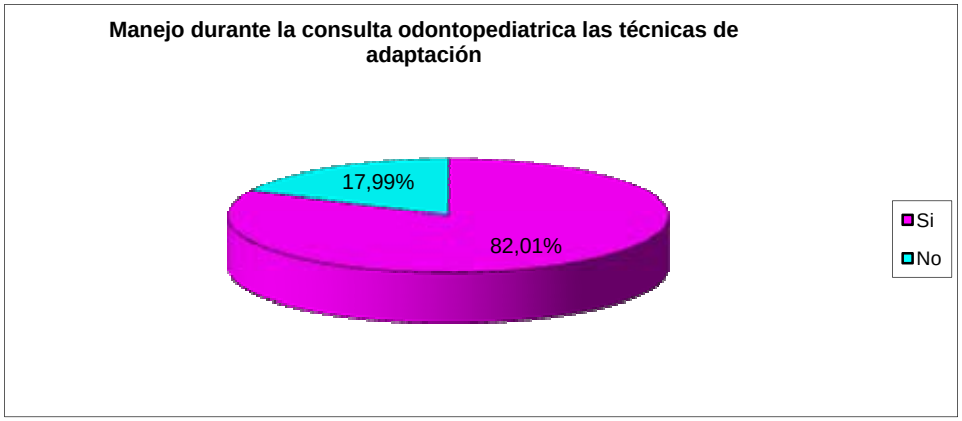


**Gráfico 6.** Manejo durante la consulta odontopediatrica las técnicas de adaptación. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En cuanto a si manejo durante la consulta odontopediátrica las técnicas de adaptación, se observa que 82,01% de los estudiantes que se les aplicó este cuestionario, manejan durante la consulta odontopediátricas las técnicas de adaptación.

**Cuadro 8. Obtengo colaboración por parte del niño a la hora del acto anestésico**

| Item N° 7 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 103 | 54,50 |
| No | 86 | 45,50 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario

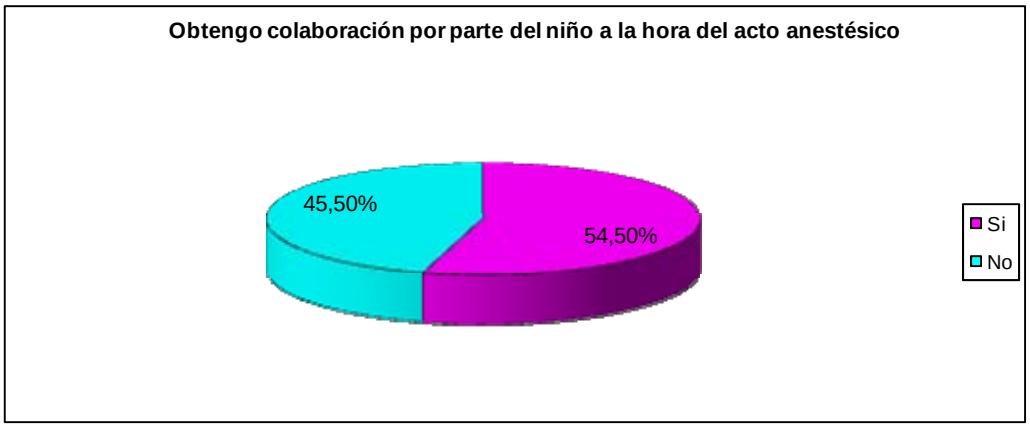


**Gráfico 7.** Obtengo colaboración por parte del niño a la hora del acto anestésico. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En cuanto a si obtengo colaboración por parte del niño a la hora del acto anestésico, se observa que 45,50% manifestó que no tiene la colaboración del niño.

**Cuadro 9. Logro tener la confianza del niño durante la aplicación de la anestesia**

| Item N° 8 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 98 | 51,85 |
| No | 91 | 48,15 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

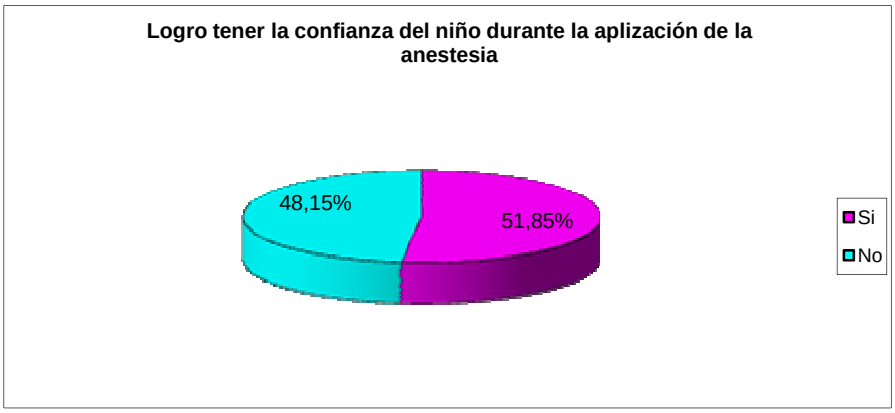


**Gráfico 8.** Logro tener la confianza del niño durante la aplicación de la anestesia. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En gráfico 8 en cuanto a si logro tener la confianza del niño durante la aplicación de la anestesia, se observa que 48,15% manifestó que no logra tener la confianza del niño.

**Cuadro 10. Considero que el niño es traumatizado al anestesiarlo con las técnicas de adaptación actuales**

| Item N° 9 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 95 | 50,26 |
| No | 94 | 49,74 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

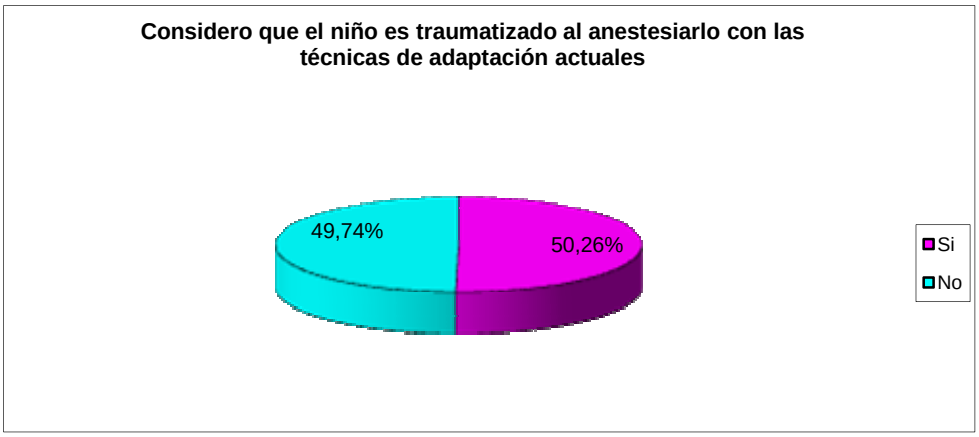


**Gráfico 9.** Considero que el niño es traumatizado al anestesiarlo con las técnicas de adaptación actuales. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En gráfico 9 en cuanto a si considero que el niño es traumatizado al anestesiarlo con las técnicas de adaptación actuales, se observa que 50,26% de los estudiantes que se les aplicó este cuestionario consideran que el niño es traumatizado al anestesiarlo con las técnicas de adaptación actuales.

**Cuadro 11. Se me hace difícil adaptar al niño a la consulta**

| Item N° 10 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 89 | 47,09 |
| No | 100 | 52,91 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

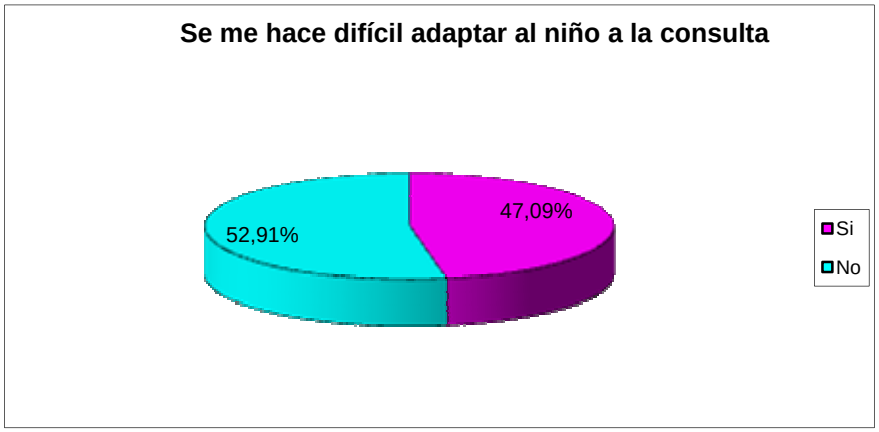


**Gráfico 10.** Se me hace difícil adaptar al niño a la consulta. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En gráfico 10 en cuanto a si se me hace difícil adaptar al niño a la consulta, se observa que 52,91% manifestó que no le es difícil.

**Cuadro 12. Pierdo largos períodos de tiempo para lograr anestesiar a niños**

| Item N° 11 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 108 | 57,14 |
| No | 81 | 42,86 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

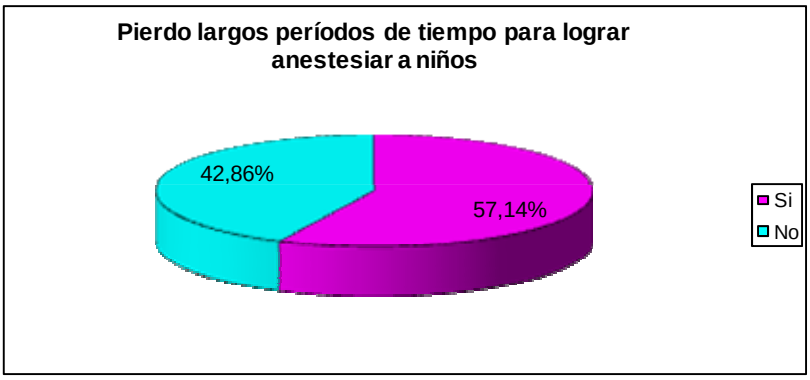


**Gráfico 11.** Pierdo largos períodos de tiempo para lograr anestesiar a niños. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En el gráfico 11 en cuanto a si pierdo largos períodos de tiempo para lograr anestesiar a niños, se observa que 57,14% de los estudiantes que se les aplicó este cuestionario pierde largos períodos de tiempo para lograr anestesiar a niños.

**Cuadro 13. Me resulta fácil anestesiar a niños en la consulta odontológica**

| Item N° 12 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 81 | 42,86 |
| No | 108 | 57,14 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

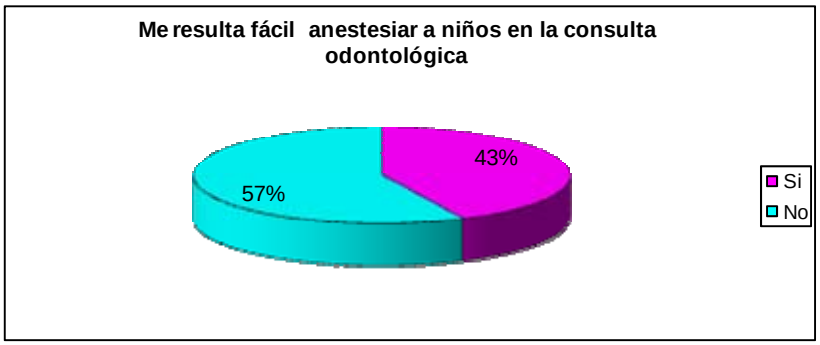


**Gráfico 12.** Me resulta fácil anestesiar a niños en la consulta odontológica. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En el gráfico 12 en cuanto a si me resulta fácil anestesiar a niños en la consulta odontológica, se observa que 42,86% de los estudiantes que se les aplicó este cuestionario le resulta fácil anestesiar a niños en la consulta odontológica.

**Cuadro 14. Lloran con frecuencia los niños durante la aplicación de la técnica anestésica**

| Item N° 13 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 144 | 76,19 |
| No | 45 | 23,81 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

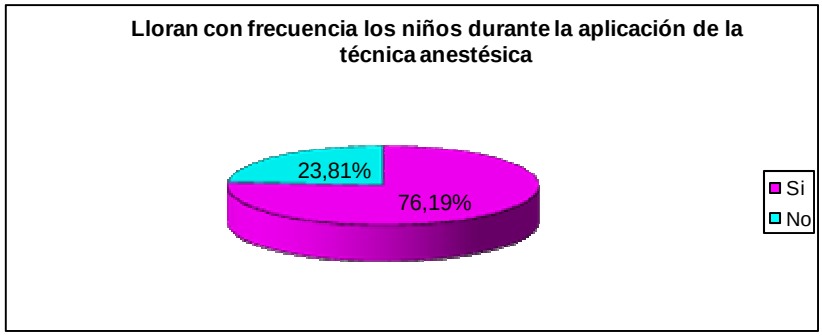


**Gráfico 13.** Llorar con frecuencia los niños durante la aplicación de la técnica anestésica. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En el gráfico 13 en cuanto a si lloran con frecuencia los niños durante la aplicación de la técnica anestésica, se observa que 76,19% de los estudiantes que se les aplicó este cuestionario le lloran con frecuencia los niños durante la aplicación de la técnica anestésica.

**Cuadro 15. La mayoría de los niños que acuden a la consulta tienen buena respuesta a las técnicas actuales de anestesia**

| Item N° 14 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 71 | 37,57 |
| No | 118 | 62,43 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

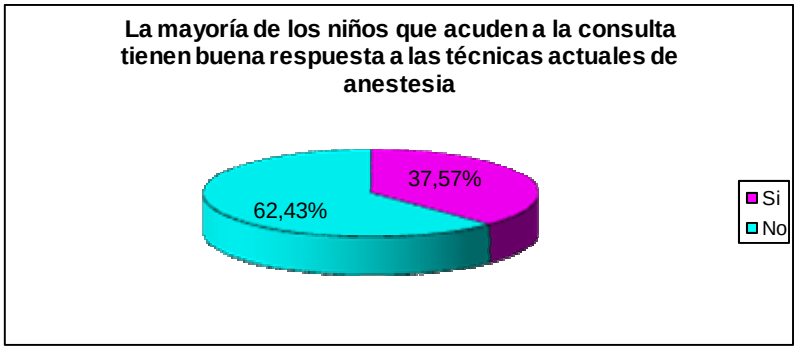


**Gráfico 14.** La Mayoría de los niños que acuden a la consulta tienen buena respuesta a las técnicas actuales de anestesia. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En el gráfico 14 en cuanto a si la mayoría de los niños que acuden a la consulta tienen buena respuesta a las técnicas actuales de anestesia, se observa que 62,43% manifestó que no tienen buenas respuestas a las técnicas actuales de anestesia.

**Cuadro 16. Me da temor anestesiar a niños**

| Item N° 15 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 44 | 23,28 |
| No | 145 | 76,72 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

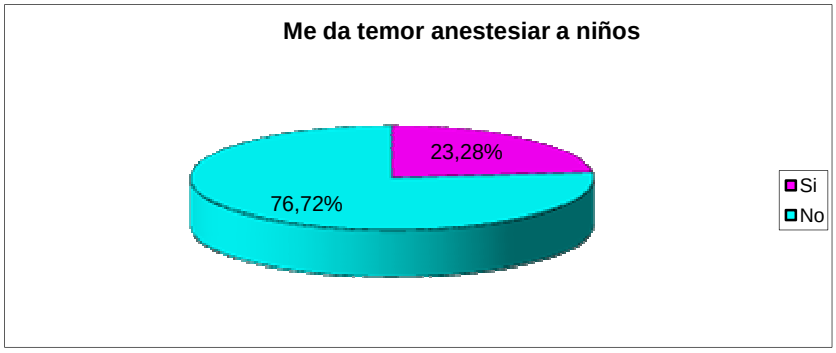


**Gráfico 15.** Me da temor anestesiar a niños. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En el gráfico 15 en cuanto a si me da temor anestesiar a niños, se observa que 23,28% de los estudiantes que se les aplicó este cuestionario si le da temor anestesiar a niños. Mientras que 76,72% manifestó que no les da temor.

**Cuadro 17. La mayoría de los niños tienen respuestas no satisfactorias a las técnicas actuales de anestesia**

| Item N° 16 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 123 | 65,08 |
| No | 66 | 34,92 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

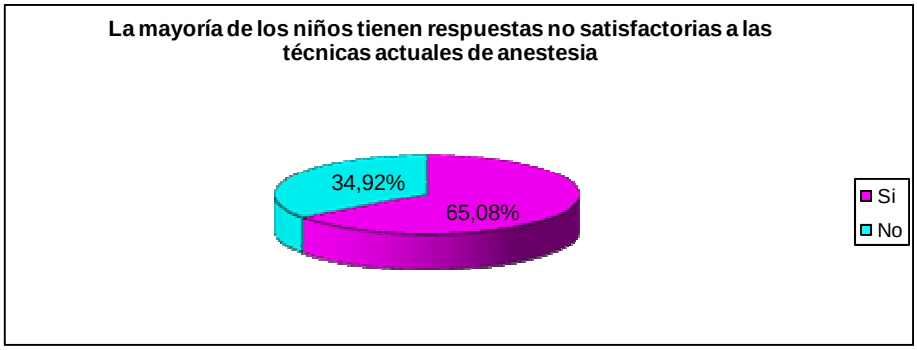


**Gráfico 16.** La mayoría de los niños tienen respuestas no satisfactorias a las técnicas actuales de anestesia. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En el gráfico 16 en cuanto a si la mayoría de los niños tienen respuestas no satisfactorias a las técnicas actuales de anestesia, se observa que 65,08% de los estudiantes que se les aplicó este cuestionario opina que la mayoría de los niños tienen respuestas no satisfactorias a las técnicas actuales de anestesia.

**Cuadro 18. Conozco las técnicas para colocar anestesia**

| Item N° 17 | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa % |
|---|---|---|
| Si | 184 | 97,35 |
| No | 5 | 2,65 |
| **Total** | 189 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

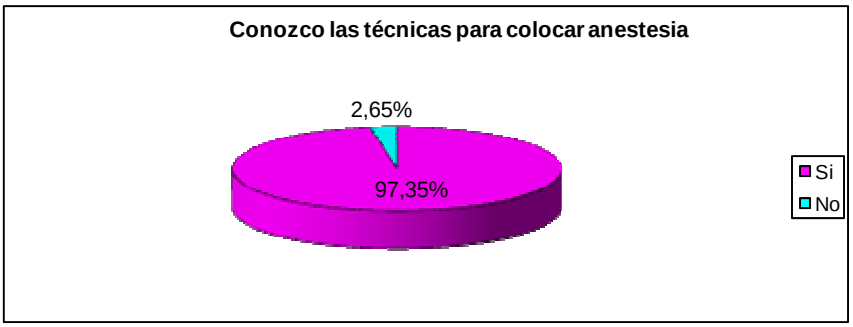


**Gráfico 17.** Conozco las técnicas para colocar anestesia. Fuente: Datos obtenidos por los investigadores durante la aplicación del cuestionario.

**Análisis:** En el gráfico 17 en cuanto a si conozco las técnicas para colocar anestesia, se observa que 97,35% de los estudiantes que se les aplicó este cuestionario opina si conoce las técnicas para colocar anestesia.

## CONCLUSIONES

Como conclusión del diagnóstico se puede decir que la muestra de 189 estudiantes, conformados por 63 estudiantes de 3°, 63 estudiantes de 4° y 63 estudiantes de 5°. Teniendo ésta investigación como principal objetivo diseñar una propuesta de una técnica innovadora para la aplicación de anestesia atraumatica a niños. Una vez obtenido los resultados de dicha investigación se formularon las siguientes conclusiones:

En relación con el primer objetivo específico se tiene que, el 95,24% de los estudiantes de 3°, 4° y 5° año de la Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo sienten la necesidad de una técnica innovadora para la aplicación de anestesia atraumatica a niños.

En relación al segundo objetivo específico se encontró que la investigación es altamente factible desde el punto de vista social, económico y operativo.

Después de haber concluido este trabajo de investigación, se puede decir que los estudiantes de Odontología de la Universidad de Carabobo necesitan conocer nuevas técnicas de adaptación a la consulta para facilitarles el trabajo en el área clínica, así como también hacerle al paciente odontopediatrico más placentera la visita al odontólogo y así aumentar la cantidad de pacientes enfocándo siempre el punto de vista preventivo.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda el uso de esta técnica con el fin de promover experiencias gratas en el niño durante la consulta odontopediátrica.

- Ampliar los estudios, para que esta técnica a futuro pueda ser aplicada en tratamientos odontopediátricos.

- Fomentar una buena relación odontólogo-paciente, en pro de garantizar experiencias satisfactorias a la hora de ir a consulta.

- Promover en los padres y en los niños la gran importancia de ir al odontopediatra, desde el punto de vista preventivo, ya que si se logra una asistencia temprana del niño a la consulta, será posible evitar actos invasivos en lo que a anestesia se refiere.

- Conocer un poco más acerca de las técnicas de adaptación a la consulta, así como también estudiar los patrones conductuales para que estos sirvan de bases a la hora de tratar al niño en la consulta odontopediatrica.

# CAPÍTULO V

# DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

## Introducción

El establecimiento de una buena comunicación, junto con una actitud empática, es la piedra angular para conservar una relación profesional armoniosa con cualquier paciente. Se reconoce que cada niño es único “como” responde y tiene un antecedente distintivo.

La mayoría de los pacientes odontopediatras se puede controlar mediante técnicas simples no agresivas. Sin embargo, ni siquiera la técnica decir-mostrar y hacer, que parece tan innocua, garantiza que el paciente no será un adulto con fobia odontológica. Es un clínico sabio y competente, aquel que conoce las conductas de los niños y las experiencias de los padres. (Pinkham, 1994).

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el diagnóstico realizado a los estudiantes de 3°, 4° y 5° año de Odontología de la Universidad de Carabobo en referencia a la necesidad de una técnica innovadora para la aplicación de anestesia atraumatica a niños, se pudo evidenciar una serie de componentes, los cuales constituyen las bases claves para presentar la propuesta siguiente

## Objetivos de la Propuesta

### Objetivo General:

- Lograr que mediante el uso de la técnica, el acto anestésico sea una experiencia atraumatica para el niño.

### Objetivos Específicos:

- Implementar la enseñanza de la técnica en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, como una estrategia de cambio en búsqueda de la excelencia y calidad de los procesos de aprendizaje.

- Lograr adaptar al paciente odontopediatra mediante técnicas simples no agresivas.

- Evaluar continuamente la calidad de la técnica.

## Justificación de la propuesta

Con la realización de esta propuesta, se buscó hacer sugerencia a la Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo, de la incorporación de la técnica para la aplicación de anestesia sin trauma a niños, como otra herramienta en el Área de Odontopediatría, para nutrir y sustentar el conocimiento del estudiante en lo que a técnicas de adaptación y control conductual se refiere.

Así mismo es importante acotar, que existe una gran receptividad por parte del niño, mejorando su actitud y expectativa en cuanto a lo será el tratamiento odontológico.

## Factibilidad

De acuerdo a todo lo antes expuesto, se puede decir que entre las causas que motivaron a esta investigación fueron:

- La necesidad de implementar una estrategia para la aplicación de anestesia atraumatica a niños.

- La necesidad de implementar el uso de la técnica en el Área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo.

- La necesidad en los estudiantes de la aplicabilidad de esta nueva técnica de anestesia sin trauma a niños.

## Factibilidad Técnica

La presente propuesta se considera de tipo factible ya que se llevará a cabo basada en un diseño cuyas características y elementos que la integran son de fácil comprensión, alcance y aplicación, siguiendo la secuencia preestablecida.

## Factibilidad Económica

Administrativamente, no se requieren recursos, ya que la técnica no amerita recursos económicos para poder llevar a cabo la aplicación de este proyecto.

## Factibilidad Institucional

Al conocer los beneficios que puede aportar esta propuesta, en sentido que contribuirá a mejorar la calidad del servicio odontopediátrico en cuanto a, manejo del paciente durante la consulta, mejoras en tiempos de trabajo y crecimiento a nivel educativo del estudiante, queda garantizado el apoyo institucional.

## Factibilidad Funcional

Las funciones y propiedades de la propuesta satisfacen todas las necesidades

explícitas e implícitas de los estudiantes, permitiéndoles valerse de una nueva técnica que mejorará su desempeño.

## Factibilidad Operativa

Desde el punto de vista operativo, la propuesta necesita del asistente dental para llevar a cabo la técnica ya que es necesaria la ayuda cuatro manos para su aplicación, debido a que en esta técnica el factor distractor es manejado por el asistente odontológico.

## Definición Operacional

Se considera niño o niña a todo ser humano, desde su concepción hasta cumplir los doce años y adolescentes desde los doce a los dieciocho años de edad cumplidos. (Normas Nacionales de los Derechos del niño, 1999).

## Estructura de la propuesta

## TÉCNICA DECIR-DISTRAER-HACER

Antes de la realización de un procedimiento clínico en niños, es necesario desensibilizar al paciente como en toda actividad odontológica.

En odontología, se hace uso frecuente de este enfoque, comenzando por los procedimientos simples hasta llegar a los más complejos. De tal manera, se deben realizar primero procedimientos que generen niveles de ansiedad bajos y luego poder realizar procedimientos que produzcan mayor ansiedad. (UCV, 1996).

La secuencia de la técnica a realizar es la siguiente:

- *Paso 1:*

Se realiza la inducción al consultorio odontológico, se presenta el personal auxiliar y el odontólogo al niño, se le muestra toda el área clínica. Es bueno que observe algún tipo de instrumental como lo es el espejo, la pinza, el explorador, se acciona la turbina para que se de cuenta de que puede tener un sonido un poco perturbador pero a su vez esta llamará su atención debido al splash de agua soltado por ella.

Es importante hacer uso de la técnica decir-mostrar-hacer para todos los procedimientos operatorio, más no para la anestesia. Esta ayudará a adaptar al niño durante el tratamiento.

Si el niño lo permite es bueno que se siente en el sillón odontológico, realizar el examen clínico y profilaxis para que él vaya tomando una actitud de confianza ante el personal odontológico.

Una vez terminada la primera consulta se procede a darle la segunda cita. Como ya se dijo anteriormente es muy importante mantener un esquema de tratamiento que vaya de procedimientos fáciles a los difíciles, exceptuando si el niño presenta alguna sintomatología que amerite saltar uno de los pasos.

- *Paso 2:*

En esta cita ya el niño esta un poco más tranquilo, ha adquirido más confianza

empieza a hablar con el odontólogo abiertamente, como por ejemplo realizando preguntas ¿Dra. y para que es eso? ¿Y eso me lo van a poner? ¿Qué es esa pasta?. Todo este tipo de preguntas son normales y a veces suelen hasta ser repetitivas, pero esta en el personal odontológico contestarlas y hacerlo sentir que esta muy bien todo lo que pregunta que es muy importante. Más no se debe caer en la interrupción, es bueno hacerle saber que una vez empezado el tratamiento debe quedarse tranquilo, de manera de que el trabajo quede bien realizado y a su vez hacerlo en poco tiempo. En caso de que el necesitara decir algo, por ejemplo que sienta molestia o cansancio utilizaremos la técnica tiempo y fuera.

Durante esta cita se pueden colocar sellantes o algunas restauraciones sencillas. No es bueno hablarle al niño sobre la anestesia en una cita en la cual no se realizará el procedimiento, ya en algunos casos los niños pueden desarrollar sus primeros síntomas de ansiedad y ya venir precargados en la próxima cita.

- *Paso 3*:

Si ya han sido realizadas todos las operatorias sencillas, y ya lo próximo a seguir es un procedimiento más complejo que requiera anestesia, entraría en acción la técnica DDH.

Desde el momento que el niño se sienta en el sillón odontológico comienza el proceso de adaptación al procedimiento a realizarse.

Es conveniente un ambiente relajante, y el uso de todo momento de un tono de voz cálido y agradable que le de al niño confianza y seguridad. La permanencia o no del representante en el área clínica, dependerá del tipo de conducta del paciente y del padre.

Habiendo establecido las pautas, se le describe al niño en palabras sencillas como será el procedimiento anestésico. No deben mencionarse palabras como aguja ni dolor, esto es crucial para el proceso de adaptación.

Pueden formularse en este momento algunas preguntas, como por ejemplo ¿Si lo han anestesiado antes? ¿Si sabe para qué sirve la anestesia?. Se le explica que con la anestesia vamos a dormir su muelita para poder arreglarla sin problemas, y se relaciona el dormir con cerrar los ojos. Se le dice que así como el

cierra sus ojos para dormir, debe cerrar sus ojitos por un momento mientras se duerme su muelita.

Se impregna un hisopo en anestesia tópica y se le explica que con esa cremita vamos a masajear su muelita hasta que se duerma, se le deben decir que mientras tenga sus ojitos cerrados va a sentir que su mejilla se engorda un poco y que no debe asustarse, esto con el fin de que al penetrar el líquido en los tejidos el no sienta temor.

El auxiliar acariciará los ojos del niño, induciéndolo sin presión a que los mantenga cerrados. Esto debe hacerse muy suavemente de manera que el niño no sienta angustia por no dejarlo ver.

Es vital realizar este paso, ya que una de las bases de esta técnica es no dejar que el niño vea la aguja y así evitar comportamientos fuera de control. Ya cerrados los ojos a manera de relajación, el odontólogo masajea con el hisopo la zona a anestesiar. Es necesario que se cumpla el tiempo de acción de la anestesia tópica, a fin de evitar molestias en el niño.

Una vez, transcurrido el tiempo, la auxiliar toma el hisopo y sigue masajeando la mucosa, lo que mantendrá al niño distraido de cualquier cambio de movimiento, mientras el odontólogo comienza a infiltrar la anestesia.

El niño no percibirá la entrada de la aguja pero sí la entrada del líquido, por ello es que se debe haber explicado al niño esta sensación previa a la colocación de la anestesia. Se puede bromear con él diciéndole si su muelita esta roncando o si ya se puso gorda.

Puede ser que el niño al sentir la entrada del líquido emita algún quejido o efectúe algún movimiento, pero es allí donde el uso de un tono de voz adecuado, fluidez de los movimientos y la descripción de sensaciones servirán de puntos clave en la adaptación al acto anestesico.

Esta técnica esta basada en las experiencias de los autores, dando excelentes resultados a la hora de anestesiar a niños.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Richard, D Gross. (2004) *"La ciencia de la mente y la conducta"*. (3ra Edición) . Manual Moderno.

Canales (1994) *"Manual para el desarrollo de personal de la salud"*. Editorial Limusa.

Pinkham (1994) *" Odontología pediátrica"*. Editorial Mc. Graw. Hill interamericana.

Sierra (2004) *"Estratégias para la elaboración de un proyecto de investigación"*. Maracay. Editorial Insertos Médicos de Venezuela.

Orozco. C, Labrador. M, Palencia A (2002) *"Metodología"*.(1ra Edición). Venezuela.

UCV (1996) "Odontología pediátrica" (1ra Edición) Venezuela. Editorial Disinlimed.

De Carlos, J.(1999) *Farmacología de los anestésicos locales* [Documento en línea]. Disponible http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple2/suple2.html [Consulta: 2008, Marzo 27].

*Modificación y Terapia de Conducta*. [Documento en línea]. Disponible http://www.psicopedagogia.com/modificacion-de-conducta [Consulta: 2008, Febrero].

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra, SuizaDeclaración de los Derechos del Niño. (1996). *Declaración de los Derechos del Niño.* [Documento en línea]. Disponible http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/25.

Giunta, Gómez (2001*) "Factores que intervienen en el momento en que el niño asiste a la consulta odontológica"*. Venezuela.

Sánchez, Cols (2003) *"Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico"*. Venezuela.

# ANEXOS

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DPTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACION
CAMPUS BÁRBULA

PROPUESTA DE UNA TÉCNICA INNOVADORA PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA ATRAUMATICA A NIÑOS.

Año cursante 3ro( ) 4to( ) 5to( )

A continuación se presentan una serie de preguntas, en las cuales sólo deberás seleccionar una opción de las 2 presentadas marcando una (X) en la opción de tu preferencia. Por favor no dejar de contestar ninguna de las opciones.

**SÍ….. (X)**
**NO... (X)**

| ITEMS | SÍ | NO |
|---|---|---|
| 1.-Es necesario implementar un modelo estratégico para la aplicación de anestesia sin trauma a niños. | | |
| 2.-Estaría dispuesto(a) a hacer uso de una nueva técnica para la aplicación de anestesia sin trauma a niños. | | |
| 3.-Siento la necesidad de uso de nuevas técnicas de adaptación a la consulta para facilitar el trabajo en el área clínica. | | |
| 4.-Con la técnica decir-mostrar-hacer tiene un 100% de efectividad a la hora de adaptar al niño a la técnica anestésica. | | |
| 5.-Conozco las técnicas de adaptación a la consulta odontopediátrica. | | |
| 6.-Manejo durante la consulta odontopediátrica las técnicas de adaptación. | | |
| 7.- Obtengo colaboración por parte del niño a la hora del acto anestésico. | | |
| 8.-Logro tener la confianza del niño durante la aplicación de la anestesia. | | |
| 9.-Considero que el niño es traumatizado al anestesiarlo con las técnicas de adaptación actuales. | | |
| 10.-Se me hace difícil adaptar al niño a la consulta. | | |
| 11.-Pierdo largos períodos de tiempo para lograr anestesiar a niños. | | |
| 12.- Me resulta fácil anestesiar a niños en la consulta odontológica. | | |
| 13. Lloran con frecuencia los niños durante la aplicación de la técnica anestésica. | | |
| 14.-La mayoría de los niños que acuden a la consulta tienen buena respuestas a las técnicas actuales de anestesia. | | |
| 15.-Me da temor anestesiar a niños. | | |
| 16.- La mayoría de los niños tienen respuestas no satisfactorias a las técnicas actuales de anestesia. | | |
| 17.- Conozco las técnicas para colocar anestesia | | |