



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Tema: Efectos psicológicos producidos por exodoncia en escolares de 7 a 12 años de edad en la Escuela Fiscal Manuel Nieto Cadena del Barrio Caupicho de la ciudad de Quito periodo 2015.

Proyecto de investigación presentado como requisito previo a la obtención del Título de Odontóloga

Autora: Álvarez García Erika Patricia

Tutor: Dr. Fabricio Marcelo Cevallos González

Quito, Enero 2017

AUTORIZACIÓN DEL AUTOR PARA SU PUBLICACIÓN

Yo, Erika Patricia Álvarez García, en calidad de autora del trabajo de investigación de tesis realizado sobre, “EFECTOS PSICOLÓGICOS PRODUCIDOS POR EXODONCIA EN ESCOLARES DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD EN LA ESCUELA FISCAL MANUEL NIETO CADENA DEL BARRIO CAUPICHO DE LA CIUDAD DE QUITO PERIODO 2015. ” por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, a hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos de investigación. Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8,19 y además pertinentes en la Ley de Prioridad Intelectual y su Reglamento.

Erika Patricia Álvarez García

C.I. 1723650170

APROBACIÓN DEL TUTOR O DIRECTOR DE TESIS

Yo, Dr. Fabricio Marcelo Cevallos González CI.1711885333, presentado por la Srta. Erika Patricia Álvarez García.

Para optar por el título de Odontólogo, cuyo título es: “EFECTOS PSICOLÓGICOS PRODUCIDOS POR EXODONCIA EN ESCOLARES DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD EN LA ESCUELA FISCAL MANUEL NIETO CADENA DEL BARRIO CAUPICHO DE LA CIUDAD DE QUITO PERIODO 2015.”

Considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación público y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Quito a los 16 días del mes de Diciembre del 2015.

Dr. Fabricio Marcelo Cevallos González
DOCENTE - TUTOR
C.I.1711885333

APROBACIÓN DEL JURADO O TRIBUNAL

El tribunal constituido por: DRA. MARITZA QUEZADA, DRA. INÉS VILLACIS, DR. FERNANDO RIVADENEIRA.

Luego de recibir la presentación oral del trabajo de titulación previo a la obtención del título (o grado académico) de ODONTÓLOGA presentado por el (la) señor (a/ita) ERIKA PATRICIA ÁLVAREZ GARCÍA

Con el título:

EFECTOS PSICOLÓGICOS PRODUCIDOS POR EXODONCIA EN ESCOLARES DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA FISCAL MANUEL NIETO CADENA DEL BARRIO CAUPICHO DE LA CIUDAD DE QUITO PERIODO 2015.

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) APROBADO

Fecha 17 DE ENERO DEL 2017

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombre Apellido	Calificación
Presidente	DRA. MARITZA QUEZADA	15
Vocal 1	DRA. INÉS VILLACIS	15
Vocal 2	DR. FERNANDO RIVADENEIRA	16

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, ya que gracias a Dios he logrado concluir mi carrera.

A mis padres, quienes me dieron la vida, estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos, por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. A mi hermano por sus palabras de aliento. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo!

A mi esposo, quien me brindó su amor, su cariño, su estímulo y su apoyo constante, y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión. A mí amado hijo Alan por ser mi fuente de motivación para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

Gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyando y brindándome su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón.

A mi esposo por impulsarme a terminar mi carrera.

Agradezco a mi Tía Narcisa y prima Jennifer quienes cuidaron de mi hijo mientras yo finalizaba con mis estudios y por estar a mi lado apoyándome.

A mis amigos, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas.

A mi tutor de tesis, Dr. Fabricio Cevallos por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mi tesis con éxito.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AUTORIZACIÓN DEL AUTOR PARA SU PUBLICACIÓN	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR O DIRECTOR DE TESIS	iii
APROBACIÓN DEL JURADO O TRIBUNAL.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE ANEXOS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. El Problema	3
1.2. Hipótesis	4
1.2.1. Hipótesis nula	4
1.3. Objetivos	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos	4
1.4. Justificación	4
CAPÍTULO II.....	6
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Fundamentación Teórica	7
2.2.1. Efectos Psicológicos	7
2.2.1.1. Trauma psicológico causado por procedimientos médicos	7
2.2.1.2. Trauma psicológico causado por procedimientos Odontológicos	8
2.2.1.2.1. Trauma causados por exodoncia.....	9
2.2.1.3. Efectos psicológicos en el niño	9
2.2.1.4. Efectos psicológicos en la madre.....	10
2.2.1.5. Efectos psicológicos en el adulto.....	11

2.2.2.	Tratamientos Odontológicos.....	11
2.2.2.1.	Exodoncia	11
2.2.2.1.1.	Definición	12
2.2.2.1.2.	Clasificación	12
2.2.2.1.3.	Instrumental en Exodoncia	13
2.2.2.1.4.	Técnicas de Exodoncia	15
2.2.2.1.5.	Complicaciones en Exodoncia.....	15
2.2.2.1.6.	Indicaciones para la exodoncia en niños	16
2.2.2.1.7.	Contraindicaciones para la Exodoncia.....	16
2.2.3.	Pérdida prematura de dientes deciduos.....	18
2.2.4.	Causas de la pérdida de dientes	18
CAPÍTULO III.....		19
3.	MARCO METODOLÓGICO	19
3.1.	Tipo de estudio	19
3.2.	Población y muestra.....	19
3.2.1.	Población	19
3.2.2.	Muestra	19
3.2.3.	Criterios de inclusión.....	20
3.2.4.	Criterios de exclusión	20
3.3.	Variables	21
3.3.1.	Conceptualización y Operacionalización de variables	21
3.4.	Procedimiento	21
3.5.	Recolección de información	22
3.6.	Aspectos éticos	22
CAPITULO IV		23
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	23
4.1.	Análisis de Resultados	23
4.2.	Caracterización de la muestra	23
4.3.	Resultados de la encuesta	23
4.4.	Discusión	32
CAPITULO V.....		35
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
5.1.	Conclusiones	35
5.2.	Recomendaciones	35

BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No.1.	¿Ha llevado Usted al dentista a su hijo (a)?	24
Gráfico No.2.	¿Con qué frecuencia asiste su hijo(a) a la consulta con el Odontólogo?	25
Gráfico No.3.	¿Cuándo lleva a su hijo(a) al dentista; ¿generalmente es por?	26
Gráfico No.4.	¿Le han sacado muelas o dientes?	27
Gráfico No.5.	Cuando le sacaron la muela o el diente, ¿qué fue lo que más le molestó?.....	28
Gráfico No.6.	Por las experiencias que ha tenido en el consultorio, ¿se podría decir que Usted le tiene miedo al dentista?	29
Gráfico No.7.	De las siguientes opciones; ¿cuál sería la que Usted relacionaría con el miedo al Odontólogo?.....	30
Gráfico No.8.	Si reconoce alguna de las siguientes imágenes, indique cuál (es) sería (n) a las que Usted le tiene más miedo por el dolor que le provocaría:	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1.	Forceps	14
Figura No. 2.	Elevador.....	14

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo No. 1.	Autorización para realizar las encuestas	41
Anexo No. 2.	Odontograma.....	42
Anexo No. 3.	Encuesta	43
Anexo No. 4.	Consentimiento Informado	45
Anexo No. 5.	Aprobación del comité de ética de la universidad central del ecuador .	46
Anexo No. 6.	Renuncia del trabajo estadístico de tesis.....	47
Anexo No. 7.	Fotos.....	48

“EFECTOS PSICOLÓGICOS PRODUCIDOS POR EXODONCIA EN ESCOLARES DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD EN LA ESCUELA FISCAL MANUEL NIETO CADENA DEL BARRIO CAUPICHO DE LA CIUDAD DE QUITO PERIODO 2015.”

Autor: Erika Patricia Álvarez García

Tutor: Dr. Fabricio Marcelo Cevallos González

RESUMEN

La exodoncia constituye un procedimiento quirúrgico que en la mayoría de los casos deja secuelas psicológicas, las cuales repercuten durante toda la vida de los pacientes. Con este antecedente la presente investigación tuvo como objetivo determinar los efectos psicológicos producidos por una exodoncia. La metodología consistió en la aplicación de un cuestionario con ocho preguntas pedagógicamente estructuradas aplicada a escolares de ambos géneros entre 7 a 12 años de edad y a sus representantes quienes también formaron parte del estudio. Los resultados determinaron que todos los encuestados tuvieron temor al profesional o a los equipamientos odontológicos, finalmente se pudo concluir que la mayoría de los colaboradores evidenció miedo a las agujas, al equipo rotatorio, al dolor y pinchazo generado por el profesional, pudiendo constatarse además que los padres habían llevado al menos una vez al año al odontólogo.

PALABRAS CLAVES: EXODONCIA, ENCUESTA, MIEDO, EFECTO PSICOLÓGICO.

“PSYCHOLOGICAL EFFECTS PRODUCED BY DENTAL EXTRACTION IN SCHOOLS FROM 7 TO 12 YEARS OF AGE OF THE MANUEL NIETO CADENA SCHOOL OF THE CAUPICHO NEIGHBORHOOD OF THE CITY OF QUITO PERIODO 2015.”

Autor: Erika Patricia Álvarez García

Tutor: Dr. Fabricio Marcelo Cevallos González

ABSTRACT

Dental extraction constitutes a surgical procedure that, in most cases, leaves psychological effects, which have repercussions throughout the life of patients. With this antecedent the present investigation had as objective to determine the psychological effects produced by an exodoncia. The methodology consisted in the application of a questionnaire with eight pedagogically structured questions applied to students of both genders between 7 and 12 years of age and their representatives who also were part of the study. The results determined that all the respondents were afraid of the professional or the dental equipment; finally it was possible to conclude that the majority of the collaborators showed fear of the needles, the rotary equipment, the pain and pricking generated by the professional. Parents had taken the dentist at least once a year.

KEYWORDS: TOOTH EXTRACTION/ SURVEY/ FEAR/ PSYCHOLOGICAL EFFECT

INTRODUCCIÓN

La OMS,(2012), corroboró que hoy en día es más visible el descuido de los seres humanos por su salud buco dentaria y refiere que la población infantil y longeva es la más afectada, estos puntos débiles se pueden empeorar cuando existen urgencias odontológicas que causan un mayor impacto emocional y psicológico en los padres y en los niños ya que son los padres los que se preocupan por la salud dental y en especial por los efectos adversos que las exodoncias pueden ocasionar. La Exodoncia constituye el acto quirúrgico a través del cual se extraen los dientes de sus alvéolos con el menor trauma posible y debe ser considerada como el último recurso en la Odontología ya que la pérdida prematura o no prematura del órgano dental no justifica los daños que pueden producirse por un mal diagnóstico, de ahí la importancia de identificar la patología para evitar extracciones no deseadas, (Aristizabal C, 2003).

Según Salette Nahas,(2002) desde hace varios años ha sido examinado el miedo como fuente de problemas en el manejo de un niño en la consulta Odontopediátrica y entre las principales causas para la aparición de un estado de ansiedad en un niño se pueden mencionar (experiencias traumáticas, ansiedad general y la actitud del Odontólogo frente al paciente) que a su vez podría estar relacionada con el sexo, edad, estrato social y frecuencia de visitas al profesional. Cabe destacar que el miedo en el individuo puede incluso estar asociado a la separación de los padres, pues esta disociación induce en parte a que la mayoría de las madres se muestren ansiosas en el momento de la consulta (Puchol, 2003). Por su parte algunos autores mencionaron que el comportamiento negativo del niño es más evidente ante la separación materna, posiblemente por el vínculo fisiológico entre madre e hijo, lo que según la mayoría de investigaciones podría repercutir en los tratamientos Odontológicos con respecto a la actitud del paciente hacia el profesional, (Guedes Pinto, 2002 Pérez Navarro, 2002).

Investigaciones de Correa,(2002) destacan que entre los tratamientos odontológicos que influyen directamente en la colaboración o no del paciente debe considerarse a la exodoncia como uno de los más relevantes, ya que según la investigadora este acto quirúrgico no siempre es traumático y puede dejar secuelas psicológicas de por vida, que darían como resultado un comportamiento negativo del paciente en el consultorio. La relación más explícita entre la experiencia desagradable y la cooperación infantil en

la clínica odontológica ocurre frecuentemente con niños menores de cinco años, por ser, de acuerdo con las teorías psicológicas de desarrollo, más dependientes de sus experiencias objetivas (Cornejo, 2009). Estudios indican que los comportamientos de ansiedad en el niño están relacionados con las jeringas y agujas, objetos de uso casi siempre necesarios para tratamientos que incluyen exodoncias y por lo general generan más miedo al paciente, (Caycedo C, 2008).

Según Andrade MGS,(2007) son varios los factores que llevan a realizar alguna extracción dental en las primeras etapas de la vida. En varias ocasiones se extraen órganos dentales sanos, en busca de una mejora en la masticación o para prevenir o corregir una mal oclusión, pero en la gran mayoría de los casos se extraen por estar afectados con enfermedades que no solo impiden su función masticatoria, sino que ponen en riesgo la salud del niño al constituir focos infecciosos (Soriano, 2012). La extracción dentaria debe ser un acto quirúrgico con un estudio previo e individualizado para cada paciente pues no todas las exodoncias son iguales y las situaciones cambian en cada paciente, por lo que es de suma importancia un correcto diagnóstico antes de realizar este acto de cirugía evitando así el trauma local y psicológico, (Ojeda Suarez, 2010).

En base al conocimiento científico previamente relatado esta investigación pretendió determinar el efecto psicológico en individuos de entre 7 a 12 años de edad y de ambos géneros, luego de ser sometidos a extracciones dentarias.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. El Problema

Para Marín A,(2001) la dentadura en los seres humanos se desarrolla en dos formas, decidua y permanente. Mientras que para (Aristizabal C, 2003), la dentición temporal, debe conservarse íntegra hasta el momento del recambio, manteniendo el espacio para el brote de los dientes permanentes, según el investigador es más frecuente y grave la pérdida prematura de dientes temporales, la cual se considera la causa fundamental para el desequilibrio dentario, el mismo que puede producir acortamiento del arco por mesialización hacia el espacio edéntulo, la extrusión del diente antagonista, problemas de ATM, entre otras alteraciones que pueden llevar al paciente a tratamientos protésicos tempranos, reflejados por las maloclusiones. (Coronado Q., 2005)

Otro de los efectos que producen las extracciones prematuras son los problemas psicológicos, que están ligados al trauma del paciente hacia el profesional, dicho efecto puede resultar tan negativo para el paciente así como para el profesional, pues para este último se le dificulta notablemente las posibilidades de rehabilitar al paciente de una manera integral y no solo parcial pues es el miedo el factor que impide que los pacientes decidan someterse a tratamientos más profundos, de ahí la importancia de hacer un correcto diagnóstico antes de realizar cualquier exodoncia que puede conllevar a los problemas antes indicados, debido a eso hoy en día se debería buscar una Odontología más conservadora que permita al profesional dar una atención óptima sin riesgos para los pacientes (Nahas, 2010).

¿Cuáles son los efectos psicológicos producidos por exodoncia en escolares de 7 a 12 años de edad en la escuela fiscal Manuel Nieto Cadena del barrio Caupicho?

1.2. Hipótesis

Los tratamientos dentales que incluyen procedimientos quirúrgicos como la exodoncia, producen efectos psicológicos que generan miedo hacia la atención Odontológica en los pacientes pediátricos.

1.2.1. Hipótesis nula

Los tratamientos dentales que incluyen procedimientos quirúrgicos como la exodoncia, no tienen repercusión en el estado psicológico de los pacientes pediátricos, de tal forma que no generan miedo hacia la atención Odontológica.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar los efectos psicológicos producidos por una exodoncia en escolares de 7 a 12 años de edad de ambos géneros de la Escuela Fiscal Manuel Nieto Cadena del barrio Caupicho de la ciudad de Quito periodo 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Evidenciar si existen o no secuelas psicológicas producidas por exodoncias en personas de 7 a 12 años de edad, de ambos géneros.
- Determinar si el miedo hacia el profesional Odontólogo podría estar relacionado con la exodoncia o con la punción, en escolares de 7 a 12 años de edad, de ambos géneros.

1.4. Justificación

Existe evidencia sustentada que señala la existencia de efectos psicológicos propios de los pacientes que acuden a la consulta odontológica y que estarían ligados a la mala experiencia adquirida en su primera exodoncia, ya sea por una mala técnica que impide

un procedimiento ágil y rápido e incluso solo el hecho de hacer la punción el momento de realizar anestesia, estos antecedentes se ligan de por vida a las actitudes del paciente frente al profesional.

Estudios de Feigal, Robert,(2001) indican que el profesional Odontólogo debe extraer la mayor información respecto a la condición psicológica del paciente, dicha indagación puede ser extraída de forma directa (paciente), o de forma indirecta (representantes), esta pesquisa permitirá establecer las posibles causas para una relación positiva o negativa entre el paciente y el profesional, tomando en cuenta que en la correlación negativa el especialista primero deberá identificar cual es el problema que desencadenó la conducta adversa del paciente, considerando en base a evidencias científica que en muchos de los casos los pacientes poco o no colaboradores han tenido malas experiencias en otras consultas que por lo general se asocian a tratamientos de origen iatrogénico o a tratamientos cruentos que incluyen exodoncias traumáticas. Por lo tanto el profesional debería encaminar las primeras citas a la identificación del problema conductual y a la solución del mismo mediante las diferentes técnicas que hoy en día se manejan para contrarrestar estos efectos de tipo adverso.

Con los datos antes señalados resultaría importante que el Odontólogo busque realizar procedimientos rápidos y prácticos que permitan ganar la confianza de los pacientes, lo que a su vez generará que los mismos terminen sus tratamientos íntegramente manteniendo una salud bucal óptima no solo restaurativa sino también preventiva.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Existen ciertas investigaciones que hacen referencia a pacientes que tienen fobias a tratamientos médicos, entre ellos uno de los más comunes puede ser el odontológico y dentro de este el miedo a las exodoncias, para lo cual Pérez & Angélica,(2012) manifiestan que la exodoncia en niños, constituye un procedimiento quirúrgico aplicado por los profesionales Odontólogos a pacientes de toda edad incluyendo a los pacientes pediátricos, en cuyo caso se deberá realizar un manejo psicológico previo a la exodoncia. Antes y durante la etapa quirúrgica, se debe establecer una relación de afectividad con el paciente con la finalidad de crear confianza y a su vez disminuir el temor a los procedimientos propios de una exodoncia (punción, luxación, extracción propiamente dicha y posiblemente a la visión de gasas o instrumental con fluidos sanguíneos) considerando también el temor al instrumental quirúrgico (Huerta, 2009). El miedo es un estado emocional transitorio del ser humano, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, y por la hiperactividad del sistema nervioso autónomo, lo cual se transforma en conductas negativas de los individuos, (Lima Álvarez, 2011).

Para Caicedo, C.(2008) el tratamiento de la exodoncia provoca en el niño efectos psicológicos que intervienen directamente en el procedimiento y tratamiento. Estos efectos significan angustia, sosiego, son un estado de malestar psicofísico que se identifica por una impresión de intranquilidad, incertidumbre ante lo que se vivencia como una amenaza y es de causa indefinida. La diferencia primordial entre la ansiedad normal y la patológica, es que esta última se basa en una apreciación irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en terror, (Canto, 2007).

2.2. Fundamentación Teórica

2.2.1. Efectos Psicológicos

De acuerdo a Escobar Muñoz,(2010) plantea que la evaluación general de los niños se debe orientar a la generación de una relación comunicacional fluida, instaurando vínculos de amistad, encaminadas a juegos recreativos y explicativos, donde el operador expresará con claridad el procedimiento a emplear, con el uso de un lenguaje acorde a la edad del individuo, explicándole que el procedimiento no representa una pérdida, sino un aspecto positivo, para su salud y la de sus dientes según (Koch & Poulsen 2011). Esta explicación debe ser llevada a cabo por los responsables parentales del mismo, quienes en vez de infundir temor, apoyaran las expresiones del profesional, creando un clima beneficioso para el menor, (Assed, 2008).

2.2.1.1. Trauma psicológico causado por procedimientos médicos

Son varios los traumas psicológicos causados por los procedimientos médicos, dentro de los principales se encuentran: Caycedo, C.(2008).

- Temblores, fatiga, tensión muscular, hormigueo y dolor de cabeza tensional.
- Sudoración excesiva o mareos.
- Incremento de la tensión arterial.
- Molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos, diarrea y aerofagia.
- Respiración rápida y superficial.
- Preocupación injustificada, intensa y constante.
- Inseguridad y pérdida de la confianza en uno mismo.
- Sentimientos de inadecuación, inferioridad o incapacidad.
- Miedo o temor desproporcionado.
- Aprensión generalizada.
- Problemas de concentración.
- Pérdida de control sobre el entorno.
- Miedo.
- Fobia.

2.2.1.2. Trauma psicológico causado por procedimientos Odontológicos

El miedo a los procedimientos odontológicos constituye un obstáculo que interfiere la consulta del paciente. Este temor es una de las causas que perjudican la salud dental, por el tiempo prolongado que se produce en hacer la consulta inicial y la continuidad de un tratamiento, lo que causa que se agudicen las enfermedades dentales. Además, el miedo del paciente interviene en el Odontólogo: aumenta su estrés, prolonga las sesiones de consulta y aumenta la sensación de ineficiencia por no resolver los temores del paciente, (Canto, 2007).

En relación con la consulta odontológica se forman en el paciente efectos psicológicos como el miedo y la ansiedad, que intervienen directamente en el esquema de un plan de tratamiento y confección de un procedimiento (Caycedo, 2008). El miedo y la ansiedad dental surgen por múltiples causas: fobia a las agujas, extracciones dentales, sonido de la pieza de mano de alta velocidad, percepción negativa del Odontólogo frente a la salud oral del paciente, entre otros (Tickle, M. 2012). Se estima que entre el 10% y el 15% de la población mundial experimenta ansiedad al acudir al Odontólogo, lo que puede inducir a cancelar o posponer su cita, teniendo efectos negativos sobre su salud bucal, (Armfield, 2010).

Desde la perspectiva de la conducta la ansiedad y los miedos ante la consulta Odontológica, son considerados patrones multidimensionales y aprendidos de comportamiento que resultan de la no adaptación con relación al tratamiento odontológico (Hmud, R. 2009). Tradicionalmente, los términos miedo y ansiedad se diferencian porque el primero es una reacción emocional inmediata ante un peligro actual e identificable, mientras que la segunda es un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible (Álvarez, M. 2006) es decir, no siempre varía en proporción directa al peligro objetivo de la situación, (Woodmansey, 2005).

Según afirmaciones realizadas por Boman, U. (2008), sobre la ansiedad dental plantea que esta crea su propio círculo vicioso, en el que la evasión del tratamiento dental alcanza un deterioro de la dentición y origina emociones de culpa e inferioridad en el paciente. Este "conflicto social" resulta en una nueva evasión, que conllevará al detrimento de la salud oral del individuo a partir de la pérdida de órganos dentarios, así

como de la inconformidad estética y funcional, determinando el estilo de vida de la persona (Caycedo, 2008) y comprometiendo su bienestar biopsicosocial, (Oosterink F, 2009).

2.2.1.2.1. Trauma causados por exodoncia

Es el temor, ansiedad, miedo que se manifiesta a la exodoncia, sobre todo a las técnicas de anestesia. Se debe tratar al niño con afabilidad, enmascarar de su vista las Carpules, y llevarlas, durante la anestesia con su protector hasta la boca del paciente. No se deben utilizar palabras, ni frases que atemorizen aún más al infante. No se debe utilizar la palabra dolor, y en caso de ser necesario, debe sustituirse por molestia. En los pacientes muy ansiosos se indica pre medicación ansiolítica, (Caycedo C, 2008).

2.2.1.3. Efectos psicológicos en el niño

Dentro de los efectos psicológicos en el niño se manifiestan como:

1. Llanto.
2. Miedo.
3. Fobia.
4. Ansiedad.
5. Temor (Canto, 2007).

El desarrollo psicológico del niño brinda antecedentes básicos para valorar la conducta de este y examinar el nivel logrado en el instante que el profesional de Odontopediatría lo analiza por primera vez. La interpretación correcta de las conductas manifestadas por el paciente aseguran el éxito en la manipulación del niño y facilita buscar las técnicas apropiadas para cada paciente en particular durante su experiencia odontológica y además permite reforzar cualidades de comportamiento que permitan su adaptación al tratamiento y así mejorar sus motivaciones y destrezas para el auto cuidado (Boman U, 2008).

La ansiedad y el miedo son diferentes, este último tiene razón concreta y definible, en cambio la ansiedad es una situación indefinible de amenazas o catástrofes de origen

natural desconocidos que carece demandar acción urgente y, sin embargo, el individuo es incapaz de actuar (Huerta, 2009). Por otra parte (Pérez & Trina, 2005) reportan que la presentación de ansiedad al tratamiento odontológico está relacionada con experiencias previas en servicios de salud y otras situaciones experimentadas tales como problemas familiares, claustrofobia, abuso sexual, físico o psicológico, ataques de pánico y agorafobia, entre otros. La reacción ante el tratamiento odontológico en estos casos se presenta gracias al incremento en la reactividad emocional resultado de las otras situaciones estresantes que vive el paciente, pues si el individuo tiene problemas familiares estos se convierten en un factor importante de ansiedad al tratamiento odontológico.

Cada niño tiene pautas de conductas específicas; si no es la adecuada, lo indicado es contribuir a modelar el mismo, de allí la importancia de que el profesional conozca adecuadamente los patrones de conducta típicos en las diferentes edades, (Caycedo, 2008; Avery, 2014), el especialista debe manejar las técnicas de asistencia y conocer las diferentes pautas de conducta de sus pacientes, teniendo en cuenta que estos pasan por diferentes etapas en su crecimiento y desarrollo. Para el niño que con su conducta ha hecho obvio que no quiere ser atendido, se le puede decir que al Odontólogo le agradecería no tener que hacer nada, que sería mejor que estuviera jugando con sus amigos o tener el poder de eliminar sus problemas con solo desearlo. Al desear por él lo que quiere, se comunica la comprensión del Dentista, a pesar de no poder acceder a evitar la experiencia, (Caycedo, 2008).

2.2.1.4. Efectos psicológicos en la madre

1. Sobreprotección: en este caso el niño expresa un comportamiento autoritario, donde quiere controlar todas las situaciones, pretende guiar al especialista en lo que este hace, no aceptando algunos instrumentos, adolece en resumen de falta de disciplina.
2. Sobreafecto: Generalmente son infantes con una inadecuada preparación para ocupar su debido lugar en la sociedad.
3. Sobre ansiedad: Se ejerce sobre el niño un alto afecto y sobreprotección motivados por el apego y ansiedad.
4. Sobreautoridad: esto provoca en el niño negativismo, inseguridad y pasividad.

5. Falta de afecto: cuando el niño vive esta situación se manifiesta de forma tímida y retraída. (Caycedo, 2008)

2.2.1.5. Efectos psicológicos en el adulto

Dentro de estos efectos se encuentran:

1. Miedo.
2. Ansiedad.
3. Estrés.
4. Fobia.
5. Aumento de la tensión arterial, (Caycedo C. , 2008).

2.2.2. Tratamientos Odontológicos

2.2.2.1. Exodoncia

Se puede asegurar que la exodoncia dental es la base de la Cirugía Bucal, tanto extracción simple como quirúrgica de un resto radicular, o bien se trate de un diente con anomalía de posición o situación más o menos ectópica. Por otra parte no sería exagerado argumentar que a través de las conexiones anatómicas, fisiológicas y patológicas entre órgano dentario y el resto de las estructuras cervico faciales, se estaría alcanzando, con la exodoncia dental, el comienzo de la Cirugía Maxilofacial, (Aristizabal C, 2003).

En las últimas décadas han disminuido mucho el tratamiento de exodoncia dental, debido a la mayor prevalencia de la odontología conservadora, aunque en la actualidad aún se realizan muchas exodoncias dentales en piezas que podrían ser recuperadas. La exodoncia dental debe ser un acto quirúrgico con un estudio previo, no toda exodoncia dental es igual y las situaciones cambian en cada paciente, las hay muy fáciles y otras que son muy complicadas y muy frecuentemente sucede la complicación de la extracción dentro del acto operatorio, (Escobar Muñoz, 2010).

Se considera indicada la exodoncia o extracción a todo diente que no sea útil al mecanismo dental total. Para extraer cualquier diente primario es necesario obtener radiografías periapicales. Debe establecerse presencia y posición del sucesor permanente así como el estado de la formación radicular del diente primario que va a extraerse (Marín A, 2001).

2.2.2.1.1. Definición

La exodoncia dental es aquella parte de la cirugía maxilofacial o bucal que se ocupa, mediante unas técnicas e instrumental adecuado, de practicar la extracción de un diente o porción del mismo, del lecho óseo que lo alberga Exodoncia Dental (2015). Es decir es aquella parte de la cirugía bucal, que consiste en la extracción de una pieza dental de su alveolo. Por lo tanto la exodoncia, se encarga de separar los elementos de la articulación alveolo dentario, separando el tejido dentario, del aparato de sostén del mismo (Ríes Centeno, 2003) además según este investigador este procedimiento quirúrgico consta de los siguientes tiempos:

1. Aprehensión: colocación del fórceps al diente cuidando no incluir la encía.
2. Luxación: Movimientos de lateralidad o rotación según la anatomía dentaria, en dirección apical, hasta lograr la dilatación del alvéolo.
3. Tracción: Salida del diente de su alvéolo. Inmediatamente se debe observar la integridad o no de las raíces y mantener el diente en el paquete del instrumental con que se está trabajando, (Irureta Goyena, 2014).

2.2.2.1.2. Clasificación

La exodoncia se clasifican en:

1. simple o compleja.
2. Abierta o cerrada, (Irureta Goyena, 2014).

Exodoncia Simple:

Es la más frecuente, y los pasos a seguir son:

1. Anestesia.
2. Despegado de la Encía
3. Luxación del Diente
4. Tracción
5. Legrado del Alveolo.

Exodoncia Quirúrgica:

Esta técnica se usa para: Dientes que están muy destruidos, Raíces incluidas, Dientes incluidos, (Irureta Goyena, 2014).

2.2.2.1.3. Instrumental en Exodoncia

El profesional de Odontología debe tener todos los instrumentos necesarios para la realización de la exodoncia dentro de ellos se encuentran:

1. Fórceps

Es un instrumento en forma de pinza actúa como una palanca de 2^{do} grado, toma a la pieza dentaria y por medio de diferentes movimientos rompen el ligamento del alveolo dentario extrayendo así la pieza dental, dicho instrumento está conformado por tres partes, una de ellas es la parte activa la cual se adapta a la corona de las piezas dentarias presentando una cara externa que es lisa y una cara interna estriada y cóncava para evitar deslizamientos, otra de sus partes es el cuello aquel que une la parte activa con la pasiva, y finalmente la parte pasiva o mango que presenta dos ramas paralelas que corresponde a la cara interna lisa y la cara externa que es estriada evitando que el instrumental se deslice de las manos. (Santos Gallegos, 2010)



Figura No. 1. Forceps
Fuente: (Santos Gallegos, 2010)

2. Elevadores

Son instrumentos que se emplean para extraer piezas dentarias, realizando la sindesmotomía, para así extraer raíces y restos radiculares enteros o fracturados, son utilizados con gran frecuencia en las extracciones quirúrgicas. Presentan también tres partes que son hoja la cual puede ser de diferentes formas, otra de las partes es el tallo que une el mango con la hoja, y por último el mango que es adaptable a la mano del operador (Santos Gallegos, 2016).

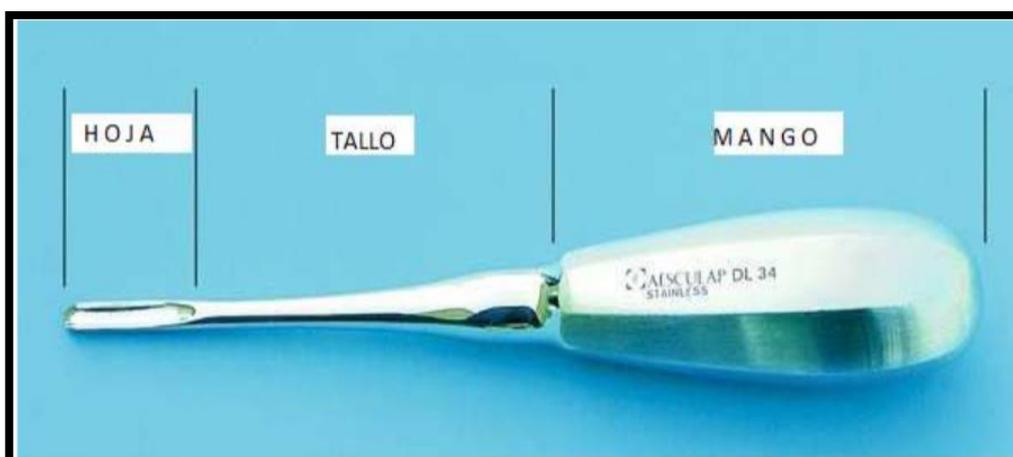


Figura No. 2. Elevador
Fuente: (Santos Gallegos, 2010)

2.2.2.1.4. Técnicas de Exodoncia

Se recomienda realizar una radiografía antes de ejecutar el procedimiento, lo que contribuirá en el diagnóstico y en el plan de realización de la cirugía, reduciendo con esto la posibilidad de accidentes durante la exodoncia Escobar Muñoz,(2010). En dientes deciduos en la radiografía se muestra la proximidad del germen permanente, así como su anatomía y el grado de reabsorción radicular, información necesaria para evitar complicaciones que puedan presentarse al momento de realizar la extracción Assed, (2008).Teniendo presente estas consideraciones previas, se procede a la exodoncia con: la aplicación de la anestesia, según la edad del paciente, pudiéndose optar por la anestesia general o sedación, de acuerdo a la valoración realizada por el profesional responsable y en dependencia de la conducta del niño Escobar Muñoz, (2010) así como de la extensión temporal prevista del procedimiento, (Barbería Leache E., 2007).

Posterior a la anestesia, se procede a la sindesmotomía, siguiendo la separación del tejido periodontal de la pieza dental, lo que permite la colocación de los elevadores para la luxación del diente Escobar Muñoz, (2010). Cuando la rizólisis sobrepasa el tercio cervical radicular, se extrae la pieza dental solo con la ayuda del elevador Assed, (2008). Terminada la extracción, se aproxima el tejido blando gingival de la zona de extracción y se coloca una gasa estéril, manteniéndola durante unos minutos, con el objetivo de crear una hemostasia compresiva Escobar Muñoz, (2010). Después se procede a controlar los signos vitales del paciente, indicando a los responsables del menor, el tiempo que durará el efecto anestésico local, y el inicio del dolor, para la incorporación de analgésicos y anti inflamatorios en caso de ser necesario, recomendándose con énfasis, el evitar el uso de colutorios que remuevan el coágulo obtenido en la compresión del área intervenida, o la manipulación de la región, ya sea manual u oral por medio de mordisqueos, (Guedes Pinto A., 2003).

2.2.2.1.5. Complicaciones en Exodoncia

Estas pueden ser de forma inmediata tales como las infecciones que en su caso son las alveolitis presentando un diagnóstico clínico, los síntomas y signos son dolor intenso que no se alivia con analgésicos, halitosis, fiebre, ausencia del coagulo en el alvéolo y edema gingival, en ocasiones puede haber adenitis regional, otra de las complicaciones

son las hemorragias lo que se observa con relativa frecuencia son alveolorragias, motivadas la mayoría de las ocasiones por rotura del coágulo sanguíneo, y por último esta la comunicación buco-sinusal este accidente ocurre frecuentemente, se diagnostica por la epistaxis que se observa hemorragia en las fosas nasales del lado de la extracción o por el burbujeo de la sangre en el alvéolo, (Irureta Goyena, 2014).

2.2.2.1.6. Indicaciones para la exodoncia en niños

Hay que tener presente que una de las indicaciones son las extracciones inmediatas en dientes intruidos por trauma, cuando el impacto se dirige hacia la cara palatina del incisivo, la corona se desplaza hacia vestibular y la raíz a palatino en dirección del germen dentario permanente, generando contacto entre el ápice del diente temporal y el germen dentario permanente lo que lleva a un proceso inflamatorio cercano al germen dental en desarrollo Barbería Leache E, (2007). Seguido por la presencia de enfermedades sistémicas que contraindiquen la conservación del órgano dental afectado, como ocurre en el caso de la enfermedad de Still, Guedes Pinto, (2003). Como otro punto están las alteraciones en la secuencia eruptiva por persistencia del diente deciduo Ash, (2004), así como las lesiones pulpares que ya no pueden ser controladas con un tratamiento, Koch & Poulsen (2011), y por último las erupciones ectópicas de caninos en maxilares, o cuando existe el riesgo de resorción de los incisivos permanentes, (Maquera Pérez, 2012).

2.2.2.1.7. Contraindicaciones para la Exodoncia

De acuerdo a Assed, (2008) plantea que la extracción de dientes temporales, se debe esperar hasta la época en que cronológicamente deben ser reemplazados, en este caso se propone la exodoncia, solo en aquellos casos que exista la falta de espacio ya que la pérdida de dientes prematura temporales puede ser un factor importante que determina la aparición de mal oclusión en el futuro. Koch & Poulsen, (2011); Guedes Pinto, (2003) este procedimiento se contraindica en caso de gingivitis ulcero necrotizante aguda, por el riesgo de diseminación de la infección fusoespirilar que presenta esta área. Existen diferentes cuadros que limitan la utilización de esta técnica, producto del riesgo general que puede llevar dicha manipulación, como es en el caso de la leucemia, hemofilia, diabetes juvenil descompensada, etc. (Escobar Muñoz 2010).

Es necesario destacar, que a partir de las observaciones previas Ríes Centeno,(2003) menciona algunas reglas a seguir, las cuales se extractan a continuación:

Tabla No.1. Reglas para una exodoncia

Regla 1. No se debe extraer un diente temporario antes de la época de su caída normal.

Regla 2. Cuando un diente temporario no presente ninguna movilidad en la época en que normalmente debe ser remplazado, no se extraerá jamás, antes de haber verificado que el permanente de reemplazo existe y esta próximo hacer su erupción.

Regla 3. Todo diente temporario en retención total en la época normal de su caída debe ser extraído para permitir la evolución del permanente.

Regla 4. Cada vez que sea necesaria la extracción precoz de un diente temporario debe tenerse presente que hay que mantener el espacio producido por dicha extracción.

Regla 5. Se puede extraer un diente temporario cuando es acuñado e impulsado dentro del hueso por la presión de los dientes vecinos. Monti refiere a lo que se denomina retención secundaria; se trata por lo general de un segundo molar temporario, que se encuentra colocado entre el primer molar permanente y el primer premolar. Por la presión que ejercen estos dos dientes, el molar temporario es nuevamente introducido por el hueso.

Regla 6. Pueden extraerse los segundos molares temporarios cuando se presenta la clase II de Angle, es decir una disto oclusión, para permitir el desplazamiento de los primeros molares permanentes inferiores hacia mesial.

Fuente: (Ríes Centeno, 2003)

Elaborado por: Erika Álvarez

2.2.3. Pérdida prematura de dientes deciduos

Se define como la pérdida de los dientes primarios antes del tiempo de su exfoliación natural lo que puede comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por consiguiente la erupción del diente sucedáneo. Es considerado una pérdida prematura cuando el diente permanente tiene menos de 2/3 de raíz formada, la pérdida prematura de dientes primarios se refiere, al estadio de desarrollo del diente permanente que va a reemplazar el diente temporal perdido (Huamán Ricce, 2014).

2.2.4. Causas de la pérdida de dientes

Dentro de las causas más frecuentes de la pérdida de dientes se encuentran, la caries dental que es una enfermedad causada por diferentes factores ya sea del huésped, la dieta, el tiempo y la placa dental, la misma que al no ser tratada, desencadena una pulpitis reversible que es una pulpa inflamada que conserva su vitalidad y la pulpitis irreversible siendo la exacerbación leve de una pulpitis crónica prosiguiendo con la necrosis pulpar siendo la muerte pulpar de los dientes. Igual manera la periodontitis apical aguda siendo la inflamación aguda del periodonto y la periodontitis apical crónica que es la destrucción e inflamación del periodonto apical y como punto final el absceso periapical con fístula que son procesos periapicales con acúmulos purulentos agudos, crónicos que se muestran como una lesión inflamatoria y el absceso periapical sin fístula que es la respuesta inflamatoria avanzada e intensamente sintomática de los tejidos conjuntivos periapicales.(Koch & Poulsen, 2011)

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

El tipo de investigación que se aplicó, fue observacional – descriptivo y transversal, ya que interviene directamente sobre la variable dependiente.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población de acuerdo a información censal estuvo determinada por 392 estudiantes de la escuela Fiscal Manuel Nieto Cadena del barrio Caupicho entre 7 a 12 años de edad.

3.2.2. Muestra

Para definir la muestra se empleó la siguiente fórmula, considerando una muestra finita.

Fórmula empleada	
$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$	donde: $n_0 = p*(1-p)*\left(\frac{Z(1-\frac{\alpha}{2})}{d}\right)^2$

Fuente: Metodología de la Investigación, (Herrera, 2012)

Dónde:

N = Tamaño poblacional (pacientes que acuden a la clínica de la facultad = 386)

P = Probabilidad de ocurrencia, en este caso 25% o sea 0,25

Z (1- α /2) = Indica el nivel de confianza estándar, en este caso 95% lo que sugiere trabajar con el valor de 1,956.

d = error permitido, en este caso un error del 10%.

Con lo que el tamaño de muestra requerido para conducir la investigación de mercado quedaría:

$$n_0 = 0,25 * (1 - 0,25) \left(\frac{1,956}{0,1} \right)^2$$

$$n_0 = 71,6.$$

Dando

$$n = \frac{71,6}{1 + \frac{71,6}{392}}$$

$$n = 60$$

Con lo que se determinó una muestra de 60 estudiantes de investigación.

3.2.3. Criterios de inclusión

- Alumnos de 7 a 12 años de edad que asistan a la escuela Fiscal Manuel Nieto Cadena.
- Individuos que clínicamente presenten espacios edéntulos compatibles con exodoncia.
- Estudiantes que presenten el consentimiento informado.

3.2.4. Criterios de exclusión

Estudiantes que no cumplieron con los criterios de inclusión.

3.3. Variables

3.3.1. Conceptualización y Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO DE VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Exodoncia	“Es la parte de la cirugía bucal que se ocupa, mediante unas técnicas y un instrumental adecuado, de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción de este del lecho óseo que lo alberga.”	Independiente	Tipo de Comportamiento: Leve Media Difícil	Encuesta	Cualitativa
Efecto Psicológico	“Es un trauma causado en el niño por experiencias negativas debido a tratamientos odontológicos como la exodoncia”	Dependiente	Rechazo Ansiedad Temor	Exodoncia Carpule Aguja	Cualitativa

3.4. Procedimiento

Como primer punto se realizó una reunión con la Licenciada Omayra Constante directora de la escuela Manuel Nieto Cadena, para requerir el respectivo permiso y poder realizar las encuestas a los padres como a los niños, solicitando así una reunión con los padres de familia para explicar de qué se trata este procedimiento de preguntas y de la misma forma pedir la autorización para realizar la encuesta a sus hijos, y a su vez seleccionando a 10 niños de cada edad correspondiente (7 a 12 años), que presenten espacios edéntulos compatibles con exodoncia, la elección de los niños fué una vez que los padres firmaron el consentimiento informado. Finalmente se acordó una fecha y hora, para una reunión en la que estarían los padres con sus respectivos hijos para formular las preguntas, teniendo en cuenta que la persona que realizó la encuesta tuvo que estar con su respectiva gorra, gafas, guantes e instrumental de diagnóstico

conformado por espejo, pinza y explorador y a su vez una ficha para recolectar datos del estudiante (odontograma).

3.5. Recolección de información

El día y hora acordado con los padres de familia y sus hijos, pasaron por cada aula de la escuela Fiscal Manuel Nieto Cadena y procedieron a entregar las respectivas hojas del consentimiento informado y de la encuesta, siendo en ese momento leída cada pregunta y a su vez explicando en caso de no ser entendida, para proceder a llenar la misma. Dicha encuesta se basó en el documento investigativo realizado en la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, en Cerro de Pasco Perú. Ver anexo pag.41

3.6. Aspectos éticos

En el presente trabajo de investigación se analizaron los efectos psicológicos producidos por exodoncia en escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela Fiscal Manuel Nieto Cadena, fue necesario seguir los protocolos adecuados, por tal razón se requirió de un consentimiento informado, siendo necesario la autorización de cada representante del estudiante, además se guardó absoluta confidencialidad de datos.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de Resultados

El procesamiento de los datos fue posible mediante el uso del software SPSS 23 versión en español, en el que se diseñó una base de datos con las respuestas codificadas de cada uno de los casos analizados. Dicha información se organizó en tablas de frecuencia, acompañadas con sus gráficas, y posteriormente se desarrolló la prueba estadística de chi cuadrado para comprobar una posible relación entre las variables.

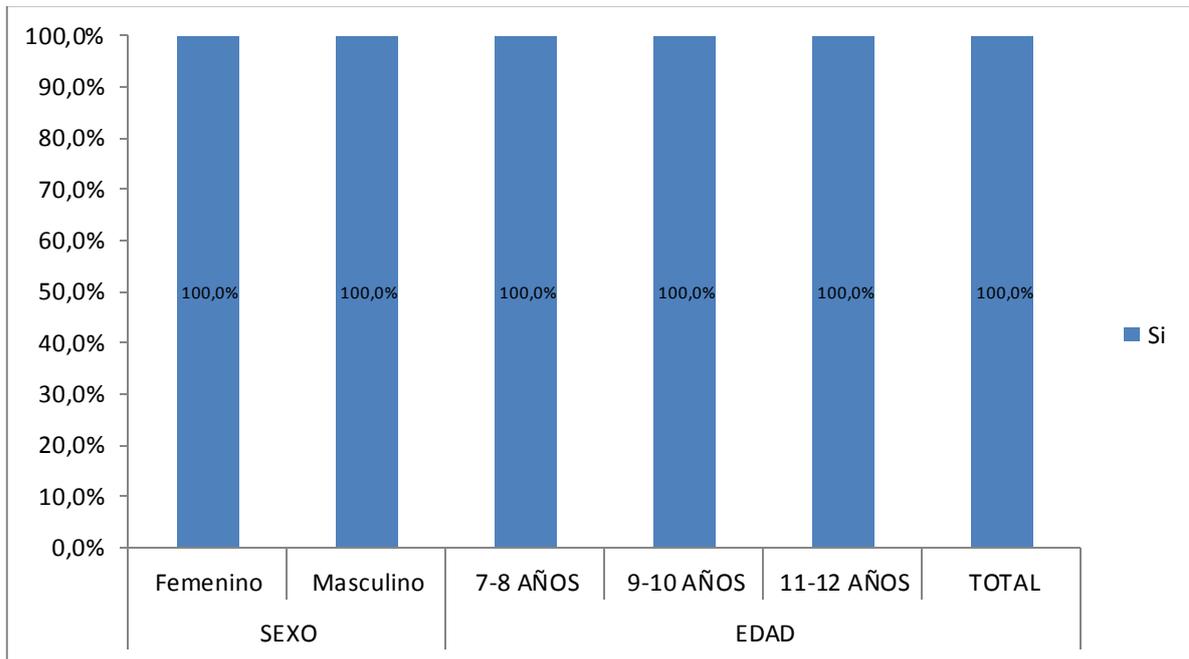
4.2. Caracterización de la muestra

La encuesta con preguntas tanto para padres como para niños, fue aplicada a 35 personas de género femenino (58,3%) y 25 personas de género masculino (41,7%) de entre 7 y 12 años con la siguiente distribución: 7-8 años con el 33,3%, 9-10 años 33,3% y 11-12 años también con el 33%.

4.3. Resultados de la encuesta

A continuación se encuentran los resultados por género y edad, por cada pregunta planteada en la encuesta.

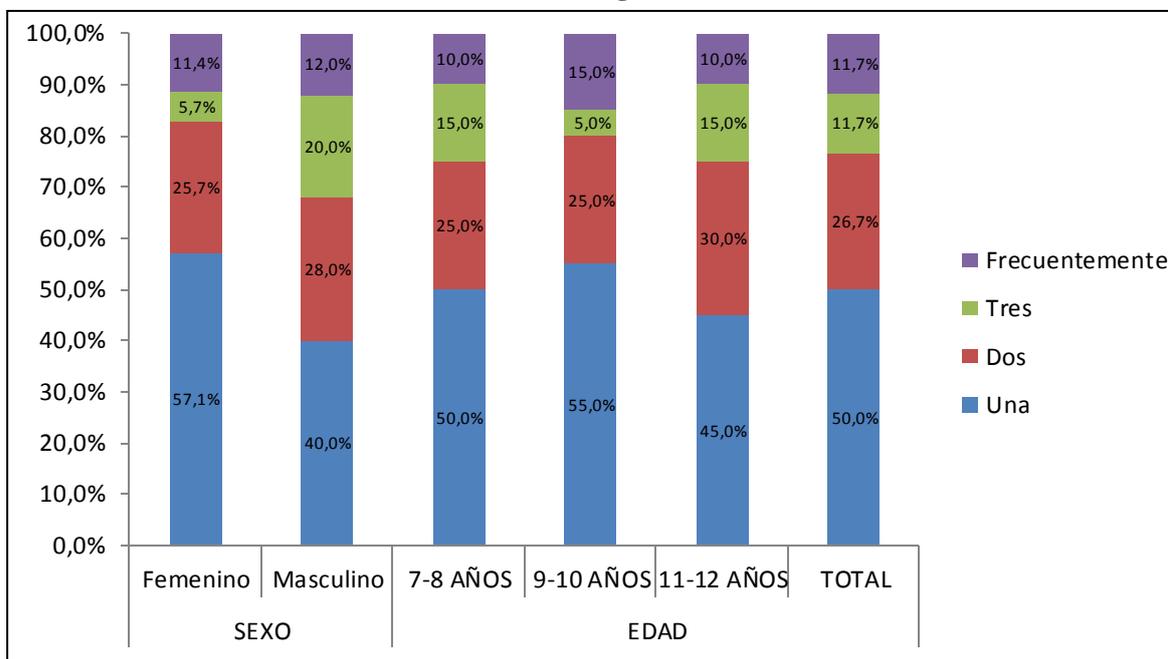
Gráfico No.1. ¿Ha llevado Usted al dentista a su hijo (a)?



Fuente Ing. Juan Carlos Túquerres
Elaborado por la investigadora

El 100% de los casos han sido llevados por sus padres al dentista, por ello la distribución luce equitativa, además esta pregunta se relaciona con el criterio de inclusión.

Gráfico No.2. ¿Con qué frecuencia asiste su hijo(a) a la consulta con el Odontólogo?

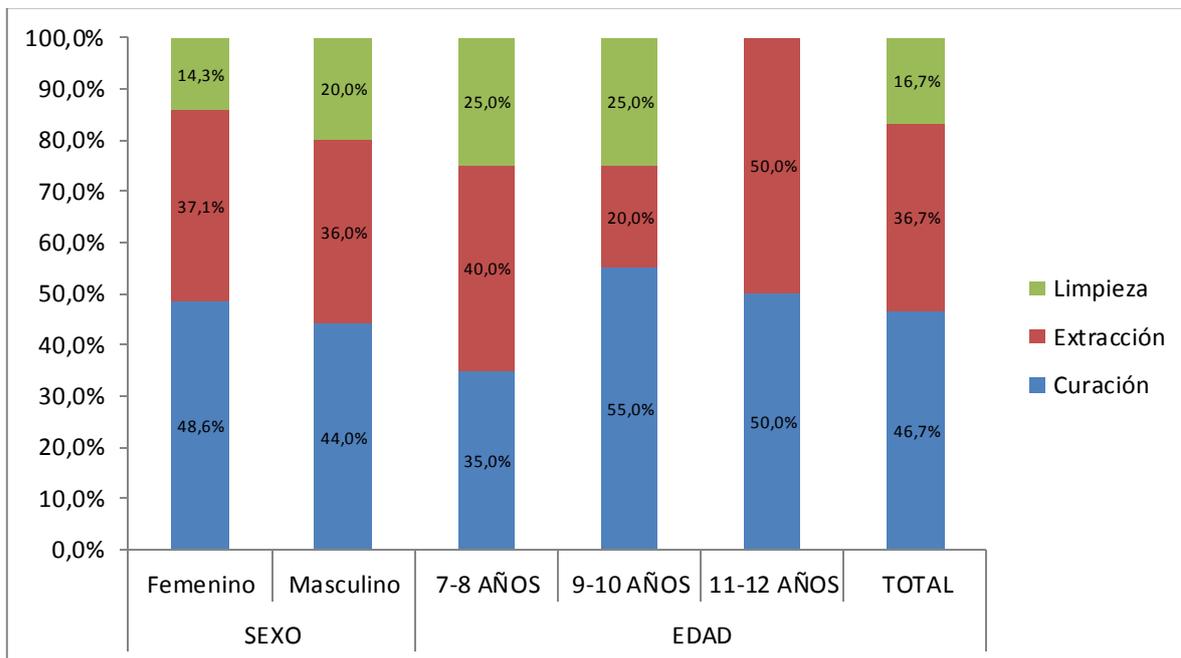


Fuente Ing. Juan Carlos Túquerres

Elaborado por la investigadora

Se observó que el 50,0% ha asistido una sola vez, el 26,7% ha asistido en dos ocasiones, el 11,7% tres veces y otro 11,7% lo hace frecuentemente, dentro de estos resultados prácticamente no se observan diferencias en la tendencia de género aun cuando los varones parecen asistir con más frecuencia, tampoco se evidencian diferencias por edad.

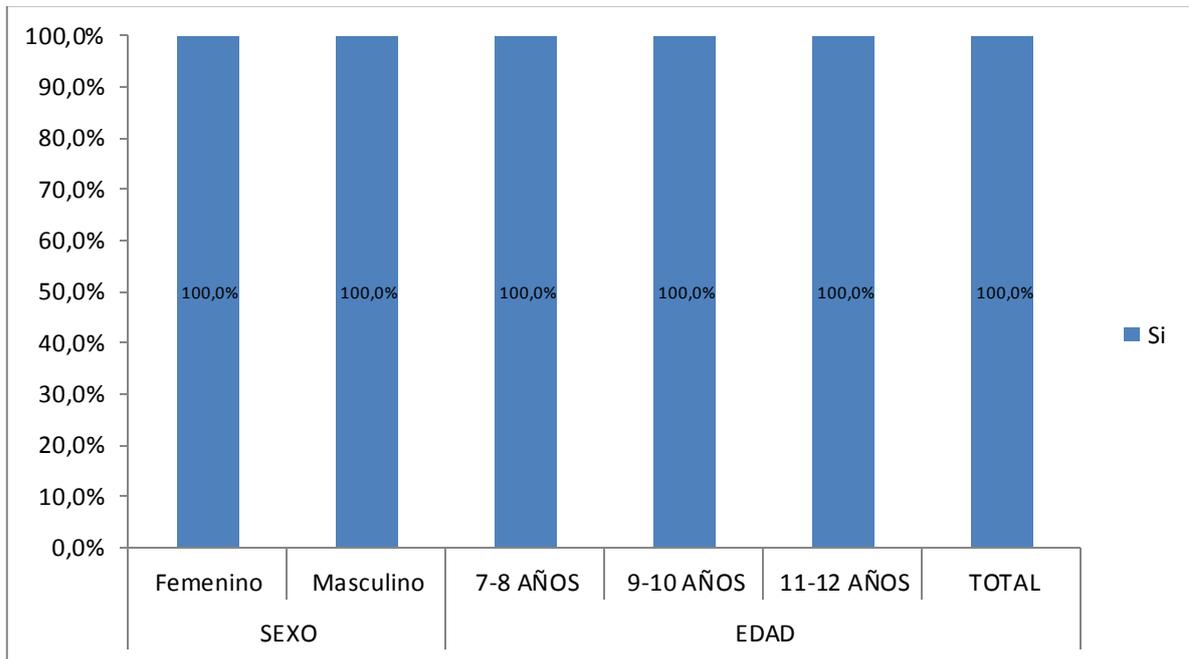
Gráfico No.3. Cuándo lleva a su hijo(a) al dentista; ¿generalmente es por?



Fuente Ing. Juan Carlos Túquerres
Elaborado por la investigadora

En forma global el 46,7% coincidió en señalar que el motivo de la consulta es la curación, el 36,7% por extracción y solo el 16,7% por limpieza. La tendencia es bastante similar por género del infante, aun cuando hay evidencias que los hombres asisten en un porcentaje importante por limpieza (20%) superior al de las mujeres (14,3%). Otro hecho destacable es que mientras más grandes son los hombres menor preocupación existe por que se realicen tratamiento preventivos como la limpieza.

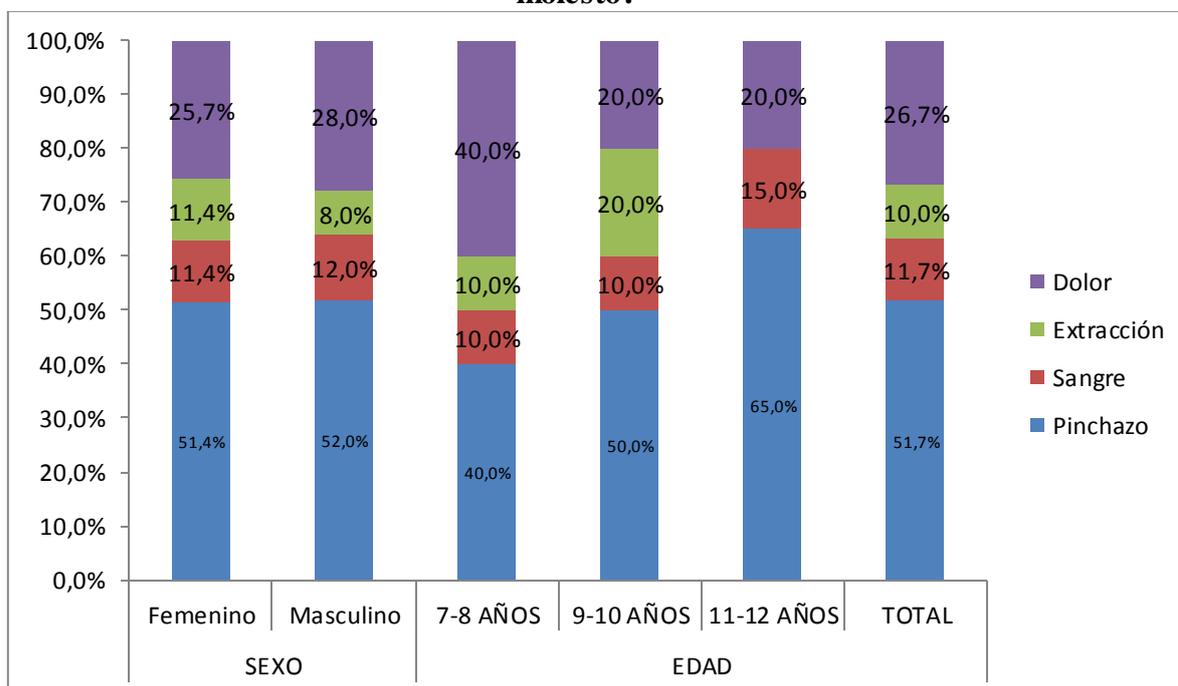
Gráfico No.4. ¿Le han sacado muelas o dientes?



Fuente Ing. Juan Carlos Túquerres
Elaborado por la investigadora

Todos los encuestados respondieron afirmativamente a este reactivo, es decir a todos se les había extraído alguna pieza dental.

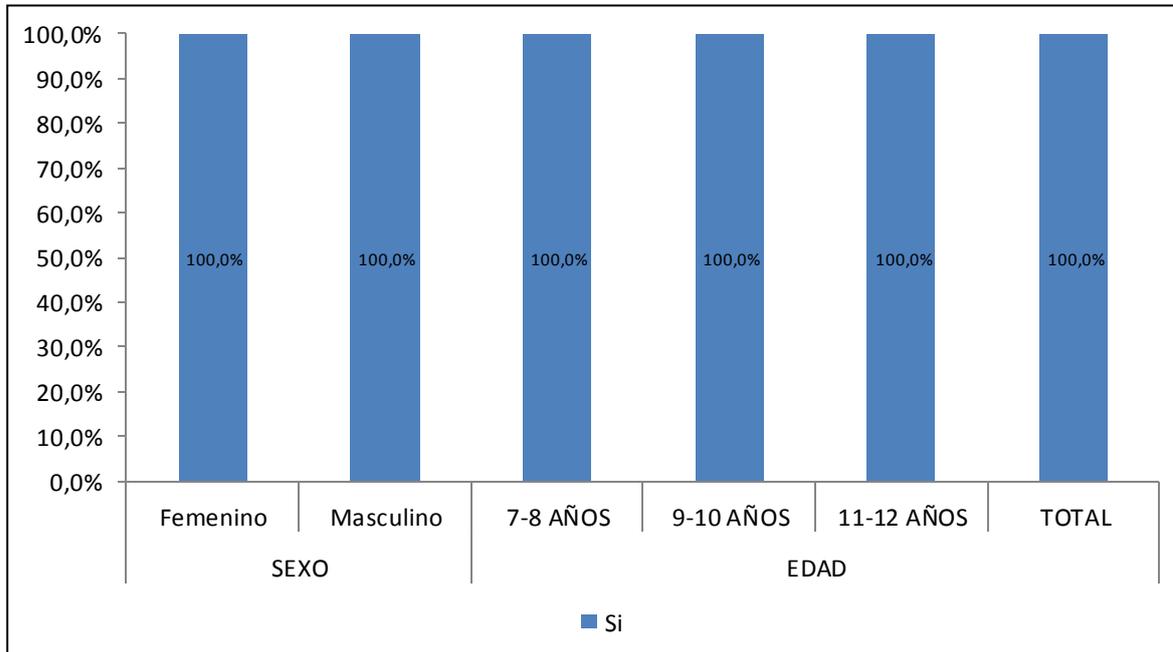
Gráfico No.5. Cuando le sacaron la muela o el diente, ¿qué fue lo más le molestó?



Fuente Ing. Juan Carlos Túquerres
Elaborado por la investigadora

El agente que causó más molestias a los encuestados fue el pinchazo, así lo refieren el 51,7%, seguido por el dolor en un 26,7%, la presencia de sangre en el 11,7% y la extracción en sí en un 10%. La tendencia es similar por género, pero parecen existir diferencias por grupo etario, a los varones de 11-12 años les molestó más el pinchazo (65%), a los de 9-10 años en el 50%, y a los de 7 y 8 años el 40% .

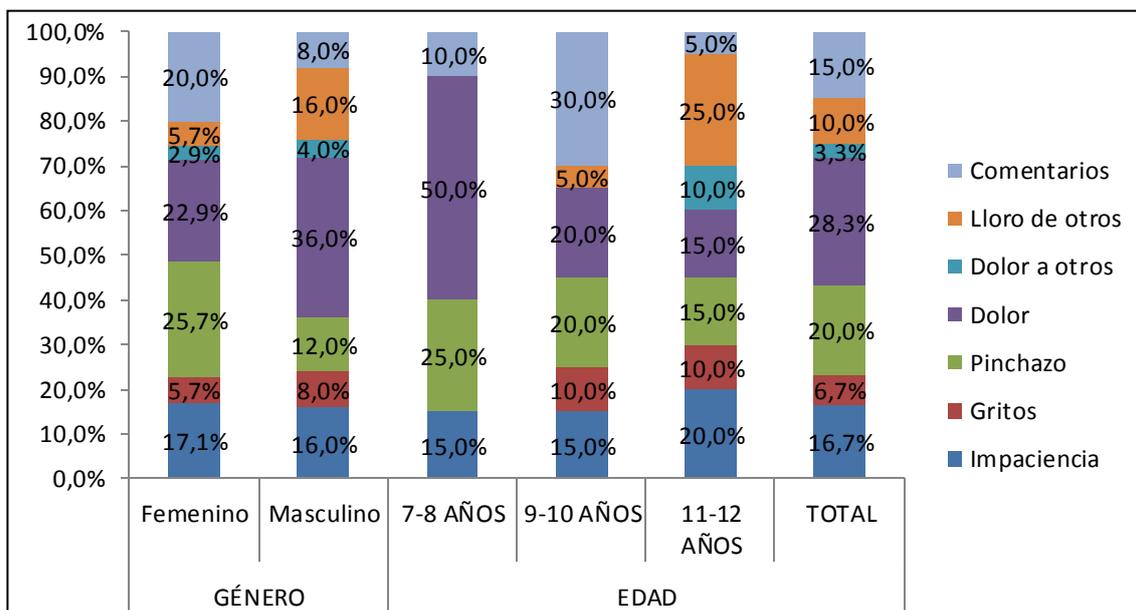
Gráfico No.6. Por las experiencias que ha tenido en el consultorio, ¿se podría decir que Usted le tiene miedo al dentista?



Fuente Ing. Juan Carlos Túquerres
Elaborado por la investigadora

Todos los encuestados respondieron afirmativamente a este ítem, es decir la extracción de una pieza dental ha resultado hasta cierto punto traumática para los hombres y mujeres del grupo investigado.

Gráfico No.7. De las siguientes opciones; ¿cuál sería la que Usted relacionaría con el miedo al Odontólogo?

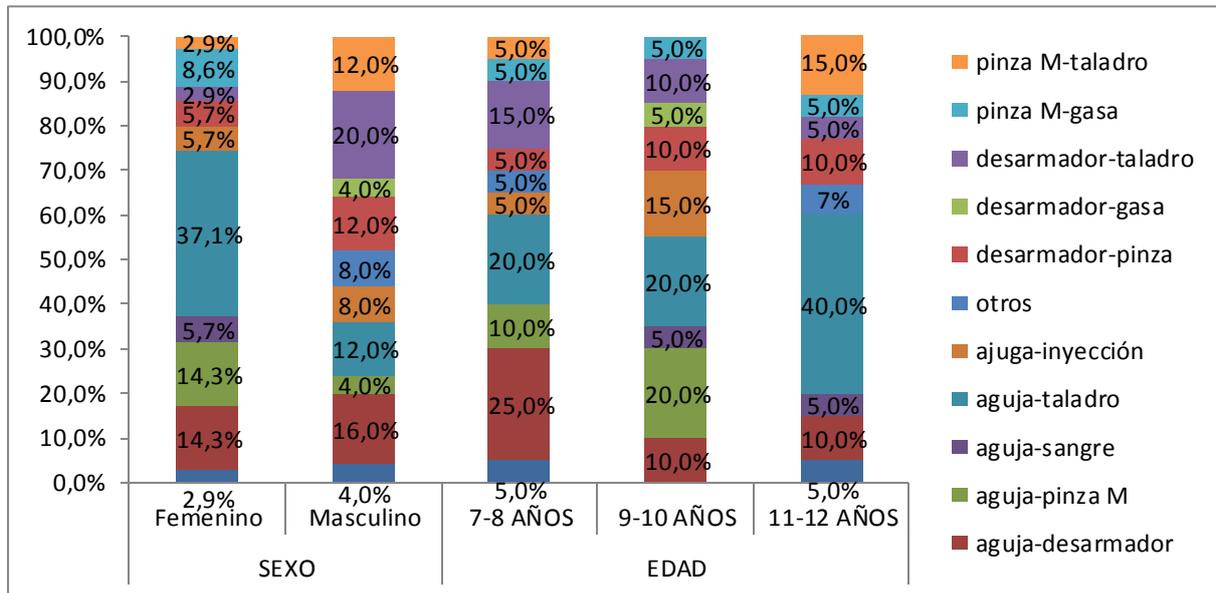


Fuente Ing. Juan Carlos Túquerres

Elaborado por la investigadora

Respecto a este indicador, las respuestas variaron en frecuencia para hombres y mujeres, así como para las distintas edades. En forma general se observó que el dolor con el 28,3% de los casos sería la principal razón del temor al Odontólogo, seguida por el pinchazo en un 20%, la impaciencia del profesional en el 16,7%, los comentarios vertidos por otras personas en el 15% como los más importantes. A los varones lo que más les causó temor es el dolor en sí (36%), a las mujeres el pinchazo (25,7%). A los hombres de 7 – 8 años el dolor (50%), a los de 9-10 años los comentarios de otros (30%) y a los de 11 – 12 años, el llanto de otros hombres que son atendidos (25%).

Gráfico No.8. Si reconoce alguna de las siguientes imágenes, indique cuál (es) sería (n) a las que Usted le tiene más miedo por el dolor que le provocaría:



Fuente Ing. Juan Carlos Túquerres
Elaborado por la investigadora

Las respuestas fueron variadas y con claras diferencias tanto por género como por edad, no obstante en forma general la aguja y el taladro son los elementos que psicológicamente más condicionan al miedo, así se observó en el 37,1% de las mujeres, pero solo en el 12% de los hombres. En el 40% de los infantes de entre 11 y 12 años, en el 20% tanto de los infantes de 7-8 años como en los de 9-10 años.

Cabe mencionar que las tres primeras preguntas realizadas a los padres, reflejan un hábito poco positivo de preocupación de los padres por la salud oral de sus hijos, la mayoría de los padres los llevan al Odontólogo una vez al año y por motivos de curación o extracción, un porcentaje muy bajo (menos del 20%) lo hace en forma frecuente y por motivos de profilaxis y prevención.

Al realizar las pruebas de chi cuadrado para cada cruce de variables se determinó que respecto a los seis primeros reactivos prácticamente no hubo conexión entre la respuesta y el género o edad del colaborador ($p > 0,05$) en tanto que respecto al ítem 7 referido a la casusa principal del temor al dentista si se notó relación respecto al género ($p=0,041$) y respecto a la edad ($p=0,021$) y la última pregunta referida al instrumental

que genera mayor temor, también se notó relación con el género ($p=0,039$) y con la edad ($p=0,015$).

4.4. Discusión

La práctica odontológica es marcada por reportes de dificultad en la relación del odontólogo y el paciente, la cual se puede atribuir, en muchos casos, a la falta de destrezas del cirujano dentista originando cuadros de ansiedad en el paciente, Guedes Pinto (2002). La ansiedad es entendida como una respuesta a situaciones en las cuales la fuente de amenaza para el individuo no está bien definida, Canto (2007). Asumiendo que el miedo y la ansiedad en relación al ambiente odontológico son adquiridos y no innatos, varias hipótesis han surgido intentando explicar su etiología, Cornejo (2009).

Algunos autores describen que la ansiedad infantil, en la práctica odontológica, es atribuida a la experiencia previa desagradable y concluyen que esa relación da como resultado un comportamiento negativo del niño en el consultorio, Canto (2007). Se observó que la relación más explícita entre la experiencia desagradable y la cooperación infantil en el consultorio odontológico ocurre frecuentemente con niños menores de cinco años, por ser, de acuerdo con las teorías psicológicas de desarrollo, más dependientes de sus experiencias objetivas, Guedes Pinto (2002). Entre las principales causas para la aparición de un estado de ansiedad en un infante se pueden mencionar por ejemplo: experiencias traumáticas anteriores, la ansiedad general intrínseca del paciente, seguido por otros como la actitud ante el dentista en relación con ella; el género, edad del paciente, Sandín (2002).

Lima Álvarez (2011) indica que el miedo predomina entre el 5% y 31,5% de la población y aumenta con la edad, sin diferencias significativas de género. Las etiologías más frecuentes son experiencias traumáticas pasadas y la actitud aprendida de su entorno. Similares resultados fueron encontrados en nuestro estudio donde no se mostró diferencias significativas en cuanto al género. Otro estudio efectuado por, Rowe (2005) también indica que los valores de ansiedad antes del tratamiento son superiores a la ansiedad mostrada tras la realización del mismo, lo que nos indica que una experiencia dental no traumática es el principal modo de descender la ansiedad en el niño. Cuando

la ansiedad es muy severa puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico, Virues (2005).

En la investigación se observó que el 100% de los niños habían asistido al odontólogo al menos una vez al igual que se habían realizado extracciones. Aproximadamente 1 de cada 10 niños presenta una infección oral como consecuencia de la caries dental. Debido a que los niños con conductas de evitación y problemas en el manejo de la conducta con el dentista presentan una salud oral peor, Iglesias Parada (2003). En otro estudio se obtiene como resultado la existencia de: correlaciones moderadas entre el miedo y las variables de sensibilidad a la ansiedad, rasgo de ansiedad y afectividad negativa; correlaciones bajas entre el miedo y la depresión; y superiores correlaciones (diferencias estadísticamente significativas) entre el miedo y la sensibilidad a la ansiedad que entre el miedo y las restantes variables. Estos datos apoyan la hipótesis de que la sensibilidad a la ansiedad podría ser considerada como una variable de vulnerabilidad hacia el miedo, más específica que el rasgo de ansiedad o la afectividad negativa, valiente (2002).

Estudios indican que la ansiedad en el tratamiento odontológico está relacionado con los ambientes más ansiógenos como jeringas y agujas (47,2%), la anticipación de la extracción de una pieza dental (34,7%) y la anticipación de la fresa dental (25,4%), se observó también que los niveles de ansiedad fueron mayores en mujeres que en los hombres, Caycedo (2008). En esta investigación en forma general la aguja y el taladro son los elementos que psicológicamente más condicionan al miedo, así se observó en el 37,1% de las mujeres, pero solo en el 12% de los hombres. En el 40% de los niños de entre 11 y 12 años, en el 20% tanto de los niños de 7-8 años como en los de 9-10 años.

Las conductas manifestadas por el paciente aseguran el éxito en el manejo del niño y permiten adecuar las técnicas para cada paciente en particular durante su experiencia odontológica y reforzar modos de comportamiento que facilite su adaptación al tratamiento y mejorar sus motivaciones y habilidades para el auto cuidado, Randall Azofeifa (2011). Mientras mayor sea el conocimiento obtenido en el entrenamiento formal, experiencia o ambas, mayores son las posibilidades de tener buenos resultados en las tres importantes áreas de la conducción del paciente, Lima Álvarez & Casanova Rivero (2011). En ocasiones el profesional debería examinar al niño en brazos de su

madre y no esperar que sus explicaciones sean entendidas por el menor lo que evita asumir conductas restrictivas, al reconocer anticipadamente las limitaciones, Bernadou (2014).

Según Escobar Muñoz (2010) manifiesta que la valoración de forma general en los niños debe encaminarse a la creación de una relación de afectividad y confianza con el profesional odontológico, por medio de una explicación clara del procedimiento a realizar y entendible por el menor. De acuerdo a Armfield (2010), expresa que estas explicaciones deben llevarse a cabo conjuntamente con los padres del menor que son los que le transmiten confianza lo que permite crear un clima favorable en el procedimiento, Assed (2008).

El miedo y la ansiedad dental son originados por diferentes causas: miedo a las agujas, extracciones dentales, percepción negativa del Odontólogo frente a la salud bucal del paciente, etc. Tickle, M. (2012). En un estudio realizado se encontró que entre el 10% y el 15% de la población a nivel mundial experimenta ansiedad al asistir a la consulta odontológica, lo que puede traer efectos negativos sobre su salud bucal, por la conducta tomada por el individuo al posponer la consulta y empeorar su estado bucal, Armfield (2010).

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se constató que el efecto psicológico de mayor relevancia producido por una exodoncia en escolares de 7 a 12 años de edad de la Escuela Fiscal Manuel Nieto Cadena del barrio Caupicho de la ciudad de Quito periodo 2015, es el miedo, el cual se evidencio mediante la encuesta realizada.
- Se concluye que el miedo hacia el profesional Odontólogo está más relacionado con la pinchazo (puncio) y el dolor, que con la exodoncia.

5.2. Recomendaciones

- El odontólogo de práctica general debería capacitarse en el manejo psicológico de un paciente que sea sometido a procedimientos que puedan generar dolor y en este caso estar preparado para disminuir la ansiedad del paciente. Cuando se logra trabajar el aspecto psicológico, se obtiene como resultado la colaboración del paciente para someterse a un determinado procedimiento clínico. Cabe mencionar que también es importante la capacitación a los padres o representantes de los pacientes, sobre todo cuando sus representados van a ser sometidos a tratamientos que incluyen acciones quirúrgicas, tal es el caso de una exodoncia, para lo cual se debe socializar los riesgos y beneficios del procedimiento, lo que a su vez dará la tranquilidad necesaria tanto al paciente como a sus representantes y así finalmente se podrá concluir con éxito y sin efecto psicológico negativo el tratamiento.
- Sería de mucha importancia que los entes gubernamentales y de educación superior contribuyan con los medios económicos necesarios que permitan realizar estudios más profundos acerca de este tema con la finalidad de tomarles como base para futuras investigaciones que puedan contribuir con las necesidades de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez M, C. Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *humanidades médicas*, 1-21.
- Andlaw, J. (1991). *Manual de Odontopediatría*. México: Interamericana.
- Andrade MGS, W. R. (2007). Tooth displacement and root dilaceration after trauma to primary predecessor: an evaluation by computed tomography. *Dent Traumatol*, 364-7.
- Antisepsia y Asepsia en Odontología. (21 de Febrero de 2015). Obtenido de <http://www.odontocat.com/cirugia1.htm>
- Aristizabal C, C. L. (2003). Frecuencia de la pérdida de espacio por exodoncia de molares temporales, en la Unidad Materno-Infantil de la Policía Nacional. *Universidad Odontológica Colombia*, 13-17.
- Armfield, J. (2010). How do we measure dental fear and what are we measuring anyway. *Oral Health Prev Dent*, 107-115.
- Ash, N. (2004). *Dientes Temporales; Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental*. España: Elsevier.
- Assed, S. (2008). *Patología y cirugía oral menor en el niño y adolescente: Diagnóstico y tratamiento; Tratado de Odontopediatría*. Brasil: Amolca.
- Avery, M. y. (2014). *Odontología Para el niño y el adolescente*. Indianapolis, Indiana: Amolca.
- Barber, T. (1985). *Odontología Pediátrica*. México: Manual Moderno.
- Barbería Leache E., Q. B. (2007). *Lesiones Traumáticas; Odontopediatría*. España: Masson.
- Berengo, M. (1991). *Nuevo Método de Ferulación Flexible*. México: Hispanoamericanas.
- Bernadou, F. (2014). Ansiedad y miedo en el niño. *Psicología*, 15.
- Boman U, L. J. (2008). Common use of a Fear Survey Schedule for assessment of dental fear among children and adults. *Int J Paediatr Dent*, 70-6.

- Canto, L. (2007). Ansiedad y fobia dental. *Odontología*, 6.
- Caycedo C, C. O. (2008). Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma Psicológica*, 259-78.
- Caycedo, C. (2008). Ansiedad al tratamiento odontológico. *Psicología*, 4.
- Caycedo, C. (2008). Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Psicología*, 56.
- Clemente K, F. P. (2001). Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con las maloclusiones. Trabajo presentado en Curso de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva y Ortopedia Dentofacial Caracas . Curso de Ortodoncia.
- Cornejo Paz, R. H. (2009). Efectos psicológicos producidos por la primera exodoncia de dientes permanentes en escolares de 6 a 14 años del nivel primario. *Odontología*, 10.
- Cornejo, P. R. (2009). Efectos Psicológicos producidos por la primera Exodoncia de dientes permanentes en escolares de 6 a 14 años. Facultad de Odontología.
- Coronado Q., F. G. (2005). Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 12 años de edad de la Clínica Odontológica Iztacala. Presentado en el XVI coloquio de investigación estudiantil del módulo de laboratorio II de la carrera de cirujano dentista de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. México.
- Correa, M. (2002). Efectos Psicológicos ante la Exodoncia. *Estomatología*, 3.
- Diccionario . (21 de Febrero de 2015). Obtenido de www.clinicamirave.es
- Exodoncia Dental. (21 de Febrero de 2015). Obtenido de http://www.ecured.cu/index.php/Exodoncia_dental
- Escobar Muñoz, F. (2010). Exodoncias de piezas temporales; *Odontología Pediátrica*. Colombia: Amolca.
- Guedes Pinto, S. N. (2002). Factores que pueden generar miedo al tratamiento Odontológico. *Estomatología*, 2.
- Guedes Pinto, A. C. (2002). Factores que pueden generar miedo al tratamiento Estomatológico. *Estomatología*, 5.
- Guedes Pinto A., C. A. (2003). Cirugía en Odontopediatría; Rehabilitación Bucal en Odontopediatría. España: Amolca.

- Hmud R, W. L. (2009). Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *Odontología* , 237-248.
- Huamán Ricce, L. L. (2014). Pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3-9 años. San marcos: universidad nacional mayor de san marcos.
- Huerta, C. L. (2009). Aspectos psicológicos en la Odontopediatría. *Odontología*, 10.
- Huerta, C. L. (2009). Aspectos psicológicos en la Odontopediatría. *Odontopediatría*, 23.
- Iglesias Parada, I. (2003). La salud oral en la dentición primaria: (y III) Estudio sobre los traumatismos dentales, las patologías orales y los problemas en el manejo de la conducta en la consulta dental en una muestra de 441 niños de Vigo. *Odontología*, 95-104.
- Irureta Goyena, M. A. (2014). Salud Dental Para Todos. *Odontología*, 3.
- Koch, & Poulsen. (2011). Lesiones de la mucosa bucal y cirugía bucal menor; *Odontopediatría Abordaje Clínico*. Venezuela: Amolca.
- Lima Álvarez, M. &. (2011). Miedo, ansiedad y Fobia en el tratamiento Odontológico. *Odontología*, 7.
- Lima Álvarez, M., & Casanova Rivero, Y. (2011). Miedo, ansiedad y miedo al tratamiento Odontológico. *Odontología*, 34.
- Marín A, P. M. (2001). Frecuencia de extracciones prematuras de molares temporales en niños de 5 a 9 años. *Clínica odontológica UAM* .
- Maquera Pérez, G. A. (2012). La Exodoncia en Niños. *Actualización Clínica Investiga*, 3.
- Medina, S. C. (2004). Pérdida Dental Y Patrones De Caries En Preescolares De Una Comunidad Suburbana De Campeche. *Odontológica de Venezuela*, 165-169.
- Ojeda Suarez, C. &. (2010). analgesia y anestesia en odontología. Mexico: Trillas, S.A. de C.V.
- OMS. (2012).
- Oosterink F, D. J. (2009). Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *Eur J Oral Sci*, 135-43.

- Pérez, M., & Angélica, G. (2012). Exodoncia en niños. *Actividades Clínicas Médicas*, 1120-1124.
- Pérez Navarro, G. M. (2002). Factores que pueden generar miedo en el niño en el tratamiento estomatológico en niños de 4 a 6 años. *Estomatología*, 302.
- Pérez, N. (2002). Factores Que pueden generar miedo en la consulta Odontológica. *Odontología*, 9.
- Pinkham, J. (1991). *Tratamiento de Lesiones Traumáticas en Dentición Primaria*. México: Interamericana.
- Puchol, D. (2003). *Los Trastornos de Ansiedad: La Epidemia Silenciosa del Siglo XXI*. España.
- Randall Azofeifa, R. (2011). Manejo psicológico y conductual del niño en el consultorio odontológico. *Fisiología Oral*, 25.
- Ries Centeno, G. (2003). *Extracción en dientes; Terapéutica, Cirugía Bucal Patología Clínica*. Argentina: El Ateneo.
- Rowe, M. (2005). Dental fear: comparisons between younger and older adults. *American Journal of Health Studies*, 3-4.
- Salette Nahas, M. (2002). *Aspectos Psicológicos en Odontopediatría*. Barcelona: MASSON S.A.
- Sánchez Gallegos, F. (24 de enero de 2016). Instrumental y Material para realizar Exodoncia. Obtenido de <http://es.slideshare.net/fersantos/instrumental-y-material-para-realizar-exodoncias>
- Sandín, V. R. (2002). Miedos Comunes en niños y Adolescentes. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 10.
- Santos Gallegos, f. (2010). Instrumentos para Exodoncia. *Salud y Medicina*, 3-7.
- Soriano, R. A. (2012). Factores causantes de extracciones a pacientes atendidos en universidades veracruzana. *Facultad Veracruzana*.
- Stephen, N. (1988). *Management of Dental Trauma in Children Pediatric Dentistry*. Philadelphia: Lea y Febiger.

- Tickle M, M. K. (2012). Predictors of pain associated with routine procedures performed in general dental practice. *Community Dent Oral Epidemiol*, 343-50.
- Trina. (2005). Solving dental fear and anxiety without medication. *Odontology*, 21-26.
- Ulloa R, C. F. (2001). Pérdida prematura de dientes primarios en el Centro Odontopediátrico Carapa. Universidad Central de Venezuela.
- Valiente, M. (2002). Miedos comunes en niños y adolescentes. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 61-70.
- Virues, A. (2005). Ansiedad y Miedo. *Odontología*, 8.
- Woodmansey, K. (2005). The prevalence of dental anxiety in patients of a University Dental Clinic . *J Appl Clin Med Phys*, 59-61.
- Zoila, L. D. (2013). Cirugía bucal. Cuba.

ANEXOS

Anexo No. 1. Autorización para realizar las encuestas

Quito, 16 de junio del 2015

Lic. Omayra Constante

DIRECTORA DE LA ESCUELA MANUEL NIETO CADENA

Presente:

De mis consideraciones:

Yo, Erika Patricia Alvarez Garcia con C.I. 1723650170 alumna del noveno semestre de la **Facultad de Odontología de la Universidad Central** del Ecuador, me dirijo muy respetuosamente a 'Ud. para extenderle un cordial saludo deseándole muchos éxitos en sus funciones, y al mismo tiempo solicito de la manera más comedida su autorización para realizar un proyecto de investigación como trabajo de grado(TESIS) previo al título de Odontóloga, cuyo tema es: **EFECTOS PSICOLOGICOS PRODUCIDOS POR EXODONCIAS EN ESCOLARES DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD EN LA ESCUELA FISCAL MANUEL NIETO CADENA DEL BARRIO CAUPICHO DE LA CIUDAD DE QUITO PERIODO 2015** , el mismo que no tendrá costo alguno durante el periodo de investigación.

Por la atención favorable que se digna dar a la presente desde ya reciba mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

ERIKA ALVAREZ
Estudiante de La Facultad de Odontología

LIC. OMAIRA CONSTANTE

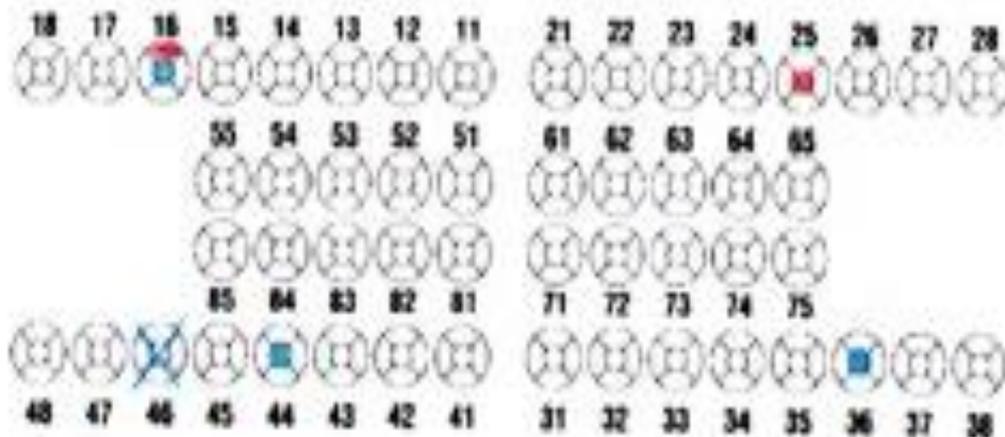
Anexo No. 2. Odontograma

HISTORIA ODONTOLÓGICA

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE: Agui APELLIDO: Cabrera
 EDAD: 18 años SEXO: masculino FECHA: 29/10/2016
 UNIDAD EDUCATIVA: Escuela N.º 10 GRADO: 1^{er} B

ODONTOGRAMA



Referencias:

De en Anal Dente rotundo
 C en tipo Carado
 o en tipo Ovado
 B en tipo Biconico
 CP en tipo Caras pericoronar
 S en tipo Serrado
 PP en tipo Pico de puerco

CC en anal Caras
 PV en anal Pilonal, empolado
 SS en anal (Sally) (Sally) (Sally) (Sally)
 CP en tipo (C) (C) (C) (C) (C) (C) (C) (C)
 FD en tipo Fractura dentaria
 MPD en tipo Múltiple dentaria
 PM en tipo Pico de puerco

FE en anal Tratamiento de oro
 F en tipo Faltoso
 H en tipo Hincado dental
 MB en tipo Mancha Blanca
 S en anal Tenedor
 CP SR en tipo Serrado profundo o irregular
 Rp en anal Roposo de enamel

Anexo No. 3. Encuesta



ANEXOS



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE ODONTOLÒGIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y TITULACIÓN

Efectos psicológicos producidos por exodoncia en escolares de 7 a 12 años de edad en la escuela fiscal Manuel Nieto Cadena del barrio Caupicho de la ciudad de Quito periodo 2015.

Nombres: Miguel Angel Apellidos: Cobozos Código: 15
Edad: 11 años Género: M F
Curso: 7 Paralelo: 8

Encuesta

- ¿Ha llevado usted al dentista a su hijo (a)?
Si No
- ¿Con qué frecuencia asiste su hijo(a) a la consulta con el Odontólogo?
Una vez al año
Dos veces al año
Tres veces al año
Frecuentemente
Nunca asiste
- Cuando lleva a su hijo(a) al dentista; ¿generalmente es por?:
Curarle una muela
Sacarle una muela
Hacerle la limpieza
- Le han sacado muelas o dientes?
Si No
- Cuando le sacaron la muela o el diente qué fue lo que más le molestó:
Que le pinchen
Que le salga sangre
Que le saquen la muela
Que le duela cuando le saquen la muela
- Por las experiencias que ha tenido en el consultorio, se podría decir que Usted le tiene miedo al dentista?
Si No

7. De las siguientes opciones; ¿cuál sería la que usted relacionaría con el miedo al Odontólogo?

Porque no tiene paciencia

Porque me grita

Porque me pincha

Porque me hace doler

Porque hace doler a otros

Porque escucho llorar a otros niños

Porque me han contado que saca las muelas o los dientes y hace doler

8. Si reconoce alguna de las siguientes imágenes, indique cuál (es) sería (n) a las que usted le tiene más miedo por el dolor que le provocaría:



AGUJA



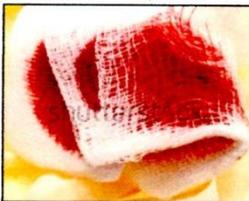
PINZA



DESARMADOR



PINZA CON MUELA



GASA CON SAGRE



TALADRO



INYECCION

NOTA: Se guardará absoluta confidencialidad, en los datos obtenidos de la encuesta, además Ud. Podrá desistir del estudio cuando desee sin represalia alguna ni para Ud. ni para su representado, para cualquier información adicional, puede contactarse con la investigadora, Erika Álvarez al número 3085063 - 09907499978

Anexo No. 4. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIDAD DE GRADUACIÓN, TITULACIÓN E INVESTIGACION

Yo entiendo que, que la identidad, historia clínica y los datos relacionados con el estudio de investigación se mantendrán confidenciales, excepto según lo requerido por la ley y excepto por inspecciones realizadas por el patrocinados del estudio.

Por lo tanto CONSIENTO que mi hijo/a Miguel Angel Cabezas Alarcón
PARTICIPE EN EL ESTUDIO.

Mariana Alarcón

Padre, madre o representante

Miguel Cabezas

Firma del niño (a)

Fecha: 28/10/2015

Yo he explicado completamente a la señora Mariana Alarcón
la naturaleza y propósito del estudio antes mencionado y los riesgos que están involucrados en el desarrollo del mismo

SERVA ALVAREZ

TUTOR Y/O INVESTIGADOR RESPONSABLE

Anexo No. 5. Aprobación del comité de ética de la universidad central del Ecuador



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
SUBCOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

EL SUBCOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR SEISH - UCE

CERTIFICA:

Que, en sesión extraordinaria del 13 de octubre de 2015, conoció el protocolo de investigación del egresado/a de la Facultad de Odontología: **ERIKA PATRICIA ÁLVAREZ GARCÍA** con el tema:

"Efectos psicológicos producidos por exodoncias en escolares de 7 a 12 años de edad en la Escuela Fiscal Manuel Nieto Cadena del barrio Caupicho de la ciudad de Quito."

Una vez analizados los fundamentos metodológicos, bioéticos y jurídicos del mencionado estudio, el Subcomité emite la resolución de **APROBACIÓN**.

Quito, 26 de octubre de 2015.

Dr. Fernando Salazar Manosalvas
PRESIDENTE (E)

Dr. Patricio Pazán León
SECRETARIO (E)

Abg. Flavia Bolaños Zárate
ASESORA LEGAL

Nancy Cfi.



Dirección: Ciudadela Universitaria
Junto a Consejo Universitario

Teléfono: 2904-211 / 2902-192
E-mail: comite.etico@uce.edu.ec

Anexo No. 6. Renuncia del trabajo estadístico de tesis

Quito, DM ... 23 de mayo 2016

A quien corresponda:

Yo, Juan Carlos Túquerres G. con CI. 1709898231, por el presente renuncio a todos los derechos de autor y propiedad intelectual relacionado al trabajo estadístico, análisis de resultados, matriz o variables realizado en el trabajo titulado "Efectos Psicológicos producidos por excedencia en escalones de 7 a 12 años de edad en la escuela fiscal estatal Nieta Cordera del barrio Casapicho de la ciudad de Quito, periodo 2015" del(a) Sr(ita) Eliska Patricia Alvarez Garcia, por lo tanto puede hacer uso del presente como a bien tuviere.

Atentamente:

J. D. Taliquet
.....
CI 170989823-1

IES UNIVERSIDAD DEL SAO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
ENTREGADO
FECHA 10-6-2016
PARA [Firma]
VIGENTE DE INVESTIGACION GRADUACION Y TITULACION

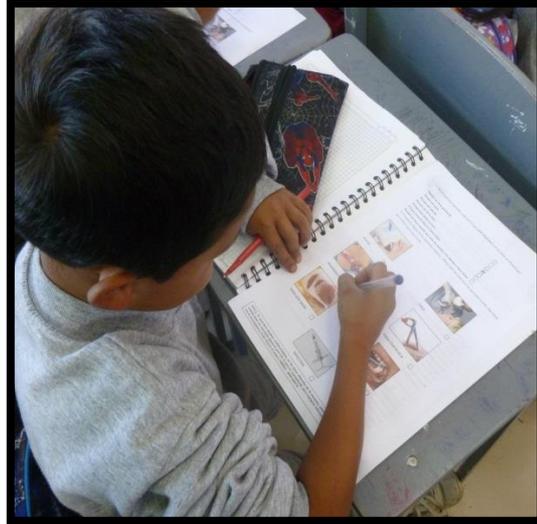
Anexo No. 7. Fotos



Fuente: la investigadora
Elaborado por: Erika Álvarez



Fuente: la investigadora
Elaborado por: Erika Álvarez



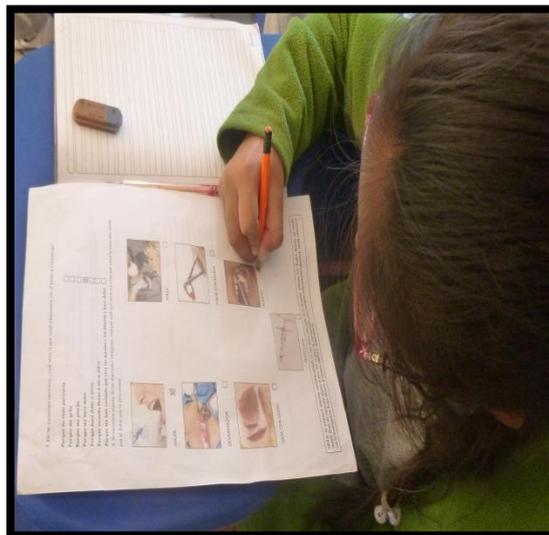
Fuente: la investigadora
Elaborado por: Erika Álvarez



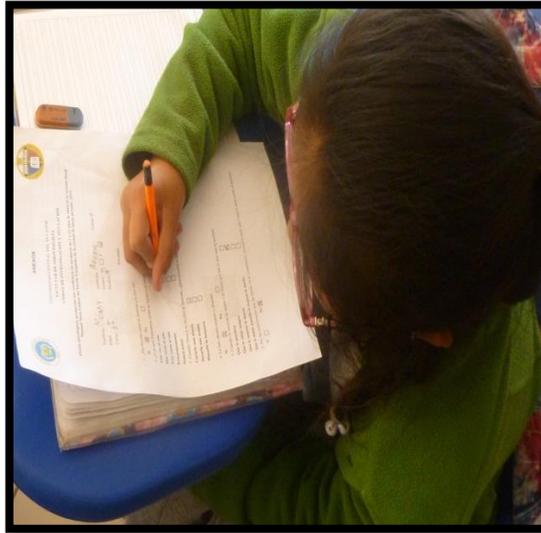
Fuente: la investigadora
Elaborado por: Erika Álvarez



Fuente: la investigadora
Elaborado por: Erika Álvarez



Fuente: la investigadora
Elaborado por: Erika Álvarez



Fuente: la investigadora
Elaborado por: Erika Álvarez