

**ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE COOPERATIVO EN LA ADAPTACIÓN DEL NIÑO A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA  
CASO: HOSPITAL PEDIÁTRICO “DR. JORGE LIZÁRRAGA”**

*Cooperative strategies learning in the child's adaptation to the dental consultation  
Case: Pediatric Hospital “Dr. Jorge Lizárraga”*

Tibisay Y Pineda M.<sup>1</sup>  
David E. Pérez L.<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Carabobo,  
Estado Carabobo, Venezuela.

Correo-e: <sup>1</sup>[tibisaypineda@hotmail.com](mailto:tibisaypineda@hotmail.com), <sup>2</sup>[odontocaribe@gmail.com](mailto:odontocaribe@gmail.com)

**Resumen**

El propósito de la presente investigación en desarrollo es aplicar estrategias de aprendizaje colaborativo en la adaptación del niño a la consulta odontológica en el Hospital Pediátrico “Dr. Jorge Lizárraga” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el segundo semestre del año 2016. Por lo que se partirá de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, matizado a través de las posturas neo-vygotskiana, dadas por la Teoría de la Intersubjetividad y del Aprendizaje Situado y de las perspectivas sobre el aprendizaje cooperativo de Stakic. En este sentido, se recurrirá a la metodología de investigación-acción participante, por lo que se apelará a informantes claves para recabar información mediante el uso de entrevistas no estructuradas en un intercambio oral naturalista. Posteriormente, se diseñarán las estrategias que darán respuesta a las necesidades expuestas, en la búsqueda de la transformación de la realidad observada y la promoción de la salud bucal.

**Palabras clave:** Docente, Integración, Participación, Escuela, familia comunidad.

**Abstract**

The purpose of the present investigation in development is to apply collaborative learning strategies in the adaptation of the child to the dental consultation in the Pediatric Hospital "Dr. Jorge Lizárraga" from the Hospital City "Dr. Enrique Tejera" during the second semester of 2016. So it will be based on Bandura's Theory of Social Learning, nuanced through the neo-Vygotskian postures, given by the Theory of Intersubjectivity and of the Placed Learning and the perspectives about cooperative learning from Stakic. In this sense, the methodology of participatory research-action will be resorted to, so that key informants will be called upon to gather information through the use of unstructured interviews in a naturalistic oral exchange. Subsequently, the strategies that will respond to the exposed needs will be designed, in the search for the transformation of the observed reality and the promotion of oral health.

**Keywords:** adaptation, pediatric dentistry, habits, collaborative learning.

**Recibido:** 15/05/2017

**Enviado a árbitros:** 01/06/2017

**Aprobado:** 27/10/2017

## **Introducción**

La salud bucodental está asociada con la belleza; detalles como la simetría, color y aspecto de los dientes y encías pueden propiciar un aspecto de salud general, y en su defecto una apariencia enferma o descuidada incidiendo no solo en la autoestima del paciente sino también en la percepción que la sociedad haga de este. No obstante, el problema de las enfermedades bucodentales va más allá de lo meramente estético, habiendo establecido un vínculo con el desarrollo de enfermedades sistémicas que afectan a la población, generando así problemas de salud pública importantes en algunos países, siendo de los grupos más afectados los infantes menores de 12 años. En tal sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su nota informativa N° 318 publicada en el 2007 señala que "...en el mundo de un 60% a 90% de los escolares sufren de la enfermedad caries dental" (s/p).

Por lo tanto, se puede afirmar que una significativa fracción de la población infantil es vulnerable a la caries, cuestión esta que se puede asociar a la mala alimentación pero fundamentalmente a los malos hábitos de higiene. Asimismo, la OMS (2007) establece niveles de severidad de prevalencia de caries a través de los siguientes intervalos: CPOD = muy bajo: 0 - 1,1, bajo: 1,2 - 2,6, moderado: 2,7 - 4,4, alto: 4,5 - 6,5, muy alto: 6,6 y más. Con relación a esto, el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su informe conjunto sobre Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010 (2011) explican que

...el índice de dientes temporales cariados, extraídos u obturados (CEO) a los seis años de edad reflejó un promedio de tres. En cuanto a dientes permanentes el promedio de dientes cariados, perdidos u obturados (CPOD) hasta los ocho años

de edad fue inferior a un órgano dental. Para la edad de doce años el CPOD fue de 2,12, con lo cual se alcanzó la meta establecida por la OPS/OMS para el año 2000 (CPOD de 3 o menos). No obstante, en la población de 15 años se observó un incremento por encima de 3, que pudiera acentuarse hacia la edad adulta. (p.28)

Lo antes citado expone estadísticamente el trabajo que enfrenta la red ambulatoria y hospitalaria del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) la cual registra un elevado número de pacientes odontopediátricos con problemas de salud bucodental: enfermedad caries dental, pérdida del primer molar permanente a temprana edad, adultos jóvenes parcialmente edéntulos y con presencia de enfermedad periodontal. De aquí, surge la necesidad de educar a la población para transformar conductas y fomentar hábitos saludables, tomando como punto de partida que las personas no tienen buenos hábitos de higiene.

Aunado a ello, Zavarce e Izzeddin (2014) en su estudio sobre prevalencia de caries en niños en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” del estado Carabobo, exponen que:

El porcentaje de niños afectados por caries fue del 41%, mientras niños libres de caries arrojó el 59%. En cuanto al sexo el valor del índice del CEOD registra un mayor promedio en el sexo masculino...El índice de CEOD y CEOS aumenta a medida que incrementa la edad de la población estudiada. (p.01)

Esto coincide con lo señalado por la OPS/OMS al indicar el incremento en los índices de salud bucal a medida que individuo va desarrollándose, lo cual propone un débil establecimiento de buenos hábitos de salud bucal. En este sentido, Ramón y cols. (2016) en su investigación reseñan factores comunes que intervienen en el proceso patogénico de la caries en los pacientes

de estas edades, de los cuales se identifica la higiene bucal, la edad, y dieta cariogénica entre otros.

Analizando estos factores es fácil pensar que la solución no necesariamente se encuentra con la turbina en la mano, o enseñando a utilizar las últimas técnicas y tecnologías en la restauración, ni siquiera con la adquisición de grandes cantidades de materiales restauradores y equipos de última generación. Es necesario un proceso reflexivo y educativo que involucre al gremio, a las universidades y al sistema público de salud en un esfuerzo firme y sostenido por combatir estos elementos.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO: 1997) asevera que “La educación es un factor determinante en la salud. Es bien sabido que quienes están más predispuestos a tener mala salud no son únicamente los más pobres, sino quienes tienen el menor nivel de educación” (p.03). Entonces, se puede afirmar que la salubridad del paciente guarda una relación directamente proporcional con el aprendizaje que se haya alcanzado al respecto. En tal sentido, se deben crear estrategias para generar cambios de conducta que se traduzcan en hábitos saludables.

En este orden de ideas, es necesario conceptualizar la educación para salud y así estimar sus alcances. Para la OMS (1986) la educación para la salud

...comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. (p.03)

Por ello, el facilitador debe dirigirse con lenguaje sencillo y si es posible con ejemplos que puedan ser relacionados con la vida cotidiana de cualquier persona sin importar edad o sexo. Para lograr una mejor penetración se debe usar varias estrategias de manera tal que personas con distintas formas de aprendizaje puedan asir el mensaje, empleando herramientas como actividades lúdicas, información escrita, imágenes, interacción activa con el auditorio. Sin embargo, esto no es suficiente, siendo imperativa la necesidad de un cambio de paradigmas en práctica odontológica no solo hacia la consecuencia sino también a la causa, es decir la prevención.

En la praxis odontológica tradicional es casi imposible comprender o aceptar una consulta en la cual la actividad operatoria o quirúrgica no esté en el sitio de honor, sin embargo esta nueva postura parte desde la odontología intrauterina o en su defecto neonatal, en la búsqueda de la implantación de hábitos de higiene y salud en la madre para lograr su reproducibilidad en el niño o niña. En este sentido, es prácticamente un asunto cultural la aceptación de la pérdida de los dientes como un hecho natural, y es en contra de estas premisas impulsadas por el desconocimiento que se deben diseñar estrategias que reviertan esta “verdades” aceptadas gracias al imaginario popular, solo así existirá la oportunidad de introducir conceptos que sirvan de plataforma para generar verdaderos cambios actitudinales, es aquí donde la familia juega un rol fundamental.

En consecuencia, la consulta odontopediátrica funge como pilar incuestionable para las transformaciones culturales antes mencionadas. Entonces, se evidencia que la adaptación del niño a la consulta odontológica es una fase crítica en el progreso de la atención odontopediátrica, pues de ella depende en gran medida el éxito de la formación y el tratamiento del niño o niña.

Para ello, se recurre al empleo de diversas técnicas de adaptación con distintas aplicaciones que dependiendo del caso y la forma de utilizarlas puede tener mayor o menor efectividad.

Es importante señalar, que este proceso es multifactorial, y establecer los agentes causales de una mala actitud por parte del paciente-niño hacia el tratamiento odontológico es determinante en la selección y empleo de las técnicas adecuadas. Se ha de tener en cuenta que en este periodo de la vida del ser humano existe una alta aceptación de directrices que se proyectan hacia la adquisición de hábitos que inciden en los patrones o modelos de conducta en la vida adulta del sujeto.

En relación con esto último, Osorio (2014) explica que

...el ejercicio de la odontopediatría no puede limitarse únicamente a la ejecución de procedimientos preventivos y curativos de la odontología, incluye también el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional; considerando las características de cada niño, la fase de desarrollo en que se encuentre, su entorno familiar y las circunstancias específicas de cada situación [...] evitando el establecimiento de posibles traumas psicológicos (p.20).

De allí, la importancia de reconocer asertivamente las condiciones iniciales del paciente para seleccionar las herramientas adecuadas evitando ansiedades, temores, miedos, y en el peor de los casos el establecimiento de odontofobias. Hecha la observación anterior, se deduce que la adaptación de los niños a la consulta da la oportunidad de tener al representante vinculado, generando la ocasión ideal para formar a los padres y derribar mitos, hablando abiertamente de aquellas conductas que puede interferir en el proceso de adaptación, y demostrando como estas

influyen en sus representados, todo ello en la búsqueda de la concientización y obtención de un apoyo sumamente importante.

El especialista podrá llegar al paciente-niño usando como puente emocional a la madre o en su defecto al representante cuando este adopte una postura positiva al minimizar sus propias inseguridades, temores y ansiedades mediante lo que se denomina distancia emocional a cubrir, tal como lo señala Jové (2012) parte de la zona emocional cubierta (por la madre o el padre entre otros), dando pequeños saltos que se aproximen progresivamente a la zona emocional a conseguir, de lo contrario solo se incrementan los temores, inseguridades y una sensación de incompreensión por parte del paciente.

Ahora bien, la consulta de odontopediatría del Hospital Pediátrico “Dr. Jorge Lizárraga” ubicado en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” se encarga de dar atención odontológica a los pacientes de 0 a 15 años, es decir, desde el paciente neonato hasta la adolescencia media, presentando en la mayor parte de los casos atendidos caries y gingivitis asociadas a enfermedades sistémicas, lo cual demuestra que se busca la atención odontológica cuando ya presenta un problema de salud y no de manera preventiva, aunado a la mala higiene, desconocimiento de parte de los padres o representantes y la poca relevancia que se le da a la salud bucal desde los profesionales que le asisten con anterioridad.

En consecuencia, se plantean los siguientes cuestionamientos ¿Cuáles son las razones por las que el niño-paciente no asiste preventivamente a la consulta odontopediátrica? ¿Cómo percibe el tratamiento odontológico el niño-paciente? ¿Qué obstaculiza la adaptación del paciente infantil a la consulta? ¿Pueden las estrategias del aprendizaje cooperativo facilitar tanto la adaptación del niño a la consulta odontopediátrica como la actitud de los representantes para la

implantación de hábitos de higiene y conductas preventivas para el mejoramiento de la salud bucal?

Tomando como partida dichas interrogantes, se postula como propósito general de la investigación Aplicar estrategias de aprendizaje colaborativo en la adaptación del niño a la consulta odontológica para generar hábitos que promuevan la salud bucal en el Hospital Pediátrico “Dr. Jorge Lizárraga” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el segundo semestre del año 2016, dando así mismo lugar a tres directrices que orientan cada fase de la acción participativa, los cuales especifican en primer lugar identificar las razones por las cuales el niño-paciente no asiste a la consulta odontológica como hábito de salud bucal, esto dará lugar al diseño estrategias fundamentadas en el aprendizaje cooperativo que faciliten la adaptación del niño-paciente a la consulta odontológica partiendo de las necesidades antes registradas; posteriormente se llevará a cabo la ejecución de las estrategias adaptadas a la realidad de la institución donde se realiza la intervención, para finalmente evaluar los cambios observados en función de las estrategias tras el registro en la consulta de la asistencia, conducta y mejora de la salud bucal del niño-paciente.

Por lo tanto, la presente investigación se sustenta en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1987), la cual se caracteriza por considerar el aprendizaje a partir de procesos mentales internos de los individuos y la relación de este con los demás, haciendo énfasis en que el aprendizaje se adquiere mediante la observación e imitación denominado aprendizaje vicario. De esta manera, se destacan cuatro aspectos o pasos que conllevan al buen aprendizaje bajo su concepción, en primer lugar la atención ya que el sujeto debe observar al modelo directamente. En segundo lugar, la codificación y el almacenamiento de la información lo cual se denomina retención, bien sea en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. En tercer lugar, se

presenta la reproducción motora de la conducta observada. Por último, se encuentra la motivación que presenta gran relevancia, porque conduce al individuo a lograr sus metas.

De la misma forma, se toma la línea teórica neo-vygotskiana, dada por la Teoría de la Intersubjetividad y del Aprendizaje Situado, siendo señalado al respecto por Roselli (2011) como aquella donde “...los procesos interpsicológicos preceden genéticamente a los procesos intrapsicológicos. Esto implica que la conciencia individual emerge gracias y a través de la interacción comunicativa con los otros” (p.175), por lo tanto se puede develar que lo relevante de la interactividad social radica en la internalización de los signos pues media desde la semiótica en toda actividad humana. Para concluir, Roselli (2011) especifica que el sistema cognitivo social es irreductible por lo que es determinante en las conductas individuales “De hecho, a nivel empírico se constata que la participación en sistemas cognitivos sociales se ve luego reflejada en los sistemas individuales, tanto cualitativamente como en términos de mejora cognitiva” (p.176).

De acuerdo con lo antes descrito, y fundamentados en técnicas de aprendizaje cooperativo Stakic y otros (2003) exponen que “...la educación entre iguales identifica y reduce las barreras percibidas a través de la confianza, la corrección de la información incorrecta, los incentivos y el apoyo” (p. 05). Esto se debe a que el aprendizaje se distribuye, dándole un carácter no lineal, por lo que fluye libremente y se nutre de las experiencias y la participación activa, es este fenómeno educativo conocido como cognición social. En consecuencia, las estrategias grupales y recursos emergentes de la sociocognición, plantean un futuro favorable para dar inicio a la adaptación de los pacientes a las consultas odontológicas

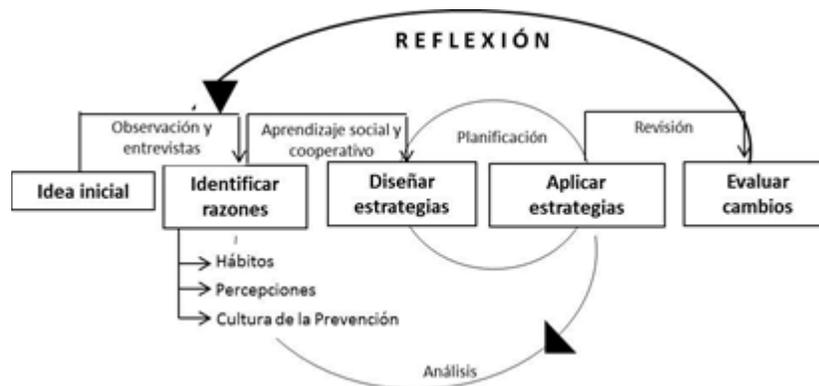
## **Metodología**

La investigación se desarrollará dentro del paradigma socio-crítico, que según Villegas (2004) “...busca el despertar de la realidad, considerando el acto educativo como un acto de conocimiento que se crea de forma colectiva como interacción de todos los participantes” (p.53). En este sentido, la realidad no se considera absoluta sino socialmente construida, y el sujeto cognoscente participa de manera activa siendo generadores de cambios, siendo el diseño de la misma de tipo Investigación-acción participante la cual para Bauselas (2004)

...se presenta como una metodología de investigación orientada hacia el cambio educativo y se caracteriza entre otras cuestiones por ser un proceso que como señalan Kemmis y MacTaggart (1988); (i) Se construye desde y para la práctica, (ii) pretende mejorar la práctica a través de su transformación, al mismo tiempo que procura comprenderla, (iii) demanda la participación de los sujetos en la mejora de sus propias prácticas, (iv) exige una actuación grupal[...], (v) implica la realización de análisis crítico de las situaciones y (vi) se configura como una espiral de ciclos de planificación, acción, observación y reflexión. (p.02)

Lo que quiere decir, que se trata de un modelo cíclico que evalúa de manera constante cada acción y ejecución para corroborar que los propósitos han sido cumplidos en cada fase, con la participación de todos los actores vinculados a la investigación. En este sentido, se llevarán a cabo cuatro momentos o fases las cuales estarán dirigidas por los propósitos específicos antes explicitados. Estas fases tendrán un doble direccionamientos pues en cada una de ellas se llevará a cabo por los participantes una revisión crítica, discutiendo y deliberando cada una de las estrategias diseñadas, dando lugar a la reflexión concomitante propia del tipo de investigación, pues más que una modificación puntual lo que se busca es transformar.

Imagen N° 01: Fases de la investigación según sus directrices



**Fuente:** Autores, 2016

Así mismo, siendo el escenario de la investigación la consulta de odontopediatría del Hospital Pediátrico “Dr. Jorge Lizarraga” se tomarán como informantes claves un grupo de 5 padres o representantes y 15 niños o niñas-pacientes que asisten por vez primera a la consulta, así como 2 higienistas y 2 odontólogos, siendo el procedimiento de selección de informantes, de tipo no probabilístico, que Goetz. y LeCompte (1997) denominan "muestreo intencional u opinático" (p.43)

Las técnicas empleadas serán la observación participante, cuya información se almacenará mediante un registro descriptivo, y, la entrevista no estructurada que según Sierra (2007) es “...un instrumento eficaz de gran precisión en la medida que se fundamenta en la interrelación humana...” (p. 277), cuya interacción se realizará de forma oral, permitiendo que los entrevistados muestren su opinión, visión y significados. En cuanto a la validez y fiabilidad de la información vendrá certificada por los informantes claves quienes garantizarán la veracidad de sus respuestas.

## **Proyecciones. De la idea a la acción**

Posteriormente a la compilación de la información, se diseñaran y aplicaran las estrategias fundamentadas en el aprendizaje cooperativo tanto para la formación de los padres y representantes como para los niños-pacientes. Cada estrategia grupal ha de responder a los pasos señalados por Bandura (1987), por lo tanto en primer lugar deben captar por completo la atención de los participantes, en segundo lugar deben contener información explícita y relevante pero poco extensiva para propiciar la retención, en tercer lugar se encontrará el momento más importante del encuentro pues se llevará a cabo la observación e imitación entre pares donde a través de la reproducción motora con sus iguales el paciente alcanzará confianza y seguridad debido al apoyo de sus coetáneos, finalmente el ciclo ha de cerrar con la directriz motivacional donde el niño establecerá las bases para su regreso, todo ello desarrollado en el ambiente hospitalario para eliminar las tensiones y barreras propias del espacio.es

En cuanto a los padres y familiares, las estrategias tendrán como finalidad concienciar acerca de las conductas y estrategias adecuadas para el desarrollo de hábitos de higiene para la salud bucal desde el hogar, exponiendo de esta manera lo relevante de la prevención. Por su parte, el personal que labora en la institución de salud ha de tomar un papel de facilitador del conocimiento, donde además se cuestionen las prácticas llevadas a cabo hasta el momento y sus resultados, para adherir de manera permanente los cambios propuestos en la búsqueda de la transformación del ejercicio odontológico en las instituciones de salud pública si estos demuestran ser convenientes, partiendo de las necesidades contextualizadas.

Vale la pena acotar que estas estrategias darán inicio a la adaptación del grupo, y no pretenden sustituir en ningún momento el trato que éticamente se merecen los pacientes mediante una adaptación individual, sino que lo que se busca es disipar temores y ansiedades previamente (lo cual facilitará la adaptación propiamente dicha evitando un condicionamiento

negativo y ahorrará tiempo en la consulta) dentro de un ambiente específicamente predisponente, así como educar tanto al paciente como a sus familiares sobre lo relevante de asistir a la consulta odontológica y de mantener sus salud bucal. Finalmente se realizarán las consideraciones devenidas de la acción reflexiva durante todo el proceso.

## Referencias

Cañón, N. (2000). *La Integración Escolar*. [Revista Digital]. Umbral 2000. Santiago, Chile. En

Bandura, A. (1987) *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa libros

Bauselas, E. (2004). *La docencia a través de la investigación–acción*. Revista Iberoamericana de

Educación. Recuperado: [https://www.google.co.ve/search?q=a+que+paradigma+pertenece+la+investigaci%C3%B3n+acci%C3%B3n+participante&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe\\_rd=cr&ei=hbqnV-HuN8W9hAbdjKbQDQ#q=LA+DOCENCIA+A+TRAV%20DE+LA+INVESTIGACION+ACCION+PARTICIPANTE](https://www.google.co.ve/search?q=a+que+paradigma+pertenece+la+investigaci%C3%B3n+acci%C3%B3n+participante&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=hbqnV-HuN8W9hAbdjKbQDQ#q=LA+DOCENCIA+A+TRAV%20DE+LA+INVESTIGACION+ACCION+PARTICIPANTE)

+paradigma+pertenece+la+investigaci%C3%B3n+acci%C3%B3n+participante&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe\_rd=cr&ei=hbqnV-HuN8W9hAbdjKbQDQ#q=LA+DOCENCIA+A+TRAV%20DE+LA+INVESTIGACION+ACCION+PARTICIPANTE

8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe\_rd=cr&ei=hbqnV-HuN8W9hAbdjKbQDQ#q=LA+DOCENCIA+A+TRAV%20DE+LA+INVESTIGACION+ACCION+PARTICIPANTE

DOCENCIA+A+TRAV%20DE+LA+INVESTIGACION+ACCION+PARTICIPANTE

CCI%20N+Esperanza+Bausela / [Consulta: 20/06/2016].

Jové, R. (2012) *La crianza feliz*. 2ª Edición. Madrid: La esfera de los libros.

Goetz, J. y LeCompte, M. (1997). *Diseño cualitativo en investigación educativa*. Tercera

edición. Cádiz: Morata.

Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud (2011). *Estrategia de*

*Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010*. Documento publicado por la

Organización Mundial de la Salud. Disponible en:

[www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_ven\\_es.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ven_es.pdf) [Consulta: 07/06/2016]

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.

*Documento publicado por la Organización Mundial de la Salud.*

Recuperado: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf> [Consulta: 07/06/2016]

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Salud Bucodental. Nota informativa N°318*.

Documento publicado por la Organización Mundial de la Salud. Recuperado: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/) [Consulta: 31/05/2015]

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (1997). *Quinta*

*Conferencia Internacional de Educación. Hamburgo*. Documento publicado por UNESCO. Recuperado: [http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6b\\_span.pdf](http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6b_span.pdf) [Consulta: 07/08/2015]

Osorio, A. (2014). *Niveles de ansiedad y respuesta fisiológica en el niño de 5 a 10 años de edad ante los procedimientos odontopediátricos* Trabajo de Investigación.

Recuperado: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/1180/1/aosorio.pdf> [Consulta: 16/05/2017]

Ramón, R., Castañeda, M., Corona, M., y otros (2016). *Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años*. *Revista Medisan*. Recuperado:

<http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/457> [Consulta: 16/05/2017]

Roselli, N. (2011). *Teoría del aprendizaje colaborativo y teoría de la representación social: convergencias y posibles articulaciones*. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*

Recuperado: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/400248>. [Consulta: 09/07/2016]

Sierra C. (2007). *Estrategias para la elaboración de un proyecto de Investigación*. Maracay: Insertos Médicos de Venezuela C.A.

Stakic, S., Zielony, R., Bodiroza, A., y Kimzeke, G. (2003). *La educación entre iguales en el marco de conducta*. Entre Nous Revista Europea de Salud Sexual y Reproductiva  
Recuperado: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/entreNous/docs/EntreNous56.pdf>. [Consulta: 08/08/2015]

Villegas, L (2004). *Investigación y prácticas en educación*. Sevilla: Kronos

Zavarce, E. e Izzeddin, A. (2014). *Prevalencia de caries dental en menores de 5 años de edad*. Estudio en Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera, Valencia Estado Carabobo, Venezuela.  
Revista. Acta Odontológica.  
Recuperado: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art-14/> [Consulta: 16/05/2017]

*Tibisay Y. Pineda M.:*

---

Profesora Asistente a Dedicación Exclusiva en la Cátedra de Química Analítica adscrita al Departamento Biología y Química de la FaCE-UC.

*David E. Pérez L.:*

---

Odontólogo de la Consulta de Odontopediatría del Hospital Pediátrico “Dr. Jorge Lizárraga”, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”