



UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO.

Facultad de Odontología.

Departamento de investigación.

**COMUNICACIÓN NO VERBAL ENTRE
ACOMPAÑANTE DE PACIENTE PEDIÁTRICO Y
ALUMNO DE ODONTOPEDIATRÍA, CLÍNICA
ODONTOLÓGICA UNAB, SANTIAGO, 2017.**

Tesis de pregrado para optar al título de cirujano dentista.

Autores:

Carlos Ignacio Araya Godoy, Álvaro Julián Velásquez Prado.

Tutor guía Dra. Dafna Benadof Fuentes.

Santiago de Chile, 2017.

Agradecimientos.

Queremos dedicar este trabajo a todos los que fueron parte de nuestro proceso de aprendizaje. Principalmente a nuestras familias.

Tabla de contenidos

1. Índice de tablas y figuras	4
2. Resumen	5
3. Palabras claves	6
4. Introducción	7
3. Marco Teórico	8
4. Materiales y método	11
4.1 Variables	12
4.2 Recolección de información	13
5. Análisis de datos	14
5.1 Consideraciones éticas	15
6. Resultados	16
7. Discusión	20
8. Conclusión	22
9. Bibliografía	24

Índice de tablas y figuras

<u>GRÁFICO 1, Porcentaje de participación para el género de los tratantes</u>	<u>16</u>
<u>TABLA 1, Distribución porcentual de variables NAAS</u>	<u>18</u>
<u>GRÁFICO 2, Porcentaje entre convergencia y no convergencia para pregrado</u>	<u>18</u>
<u>GRÁFICO 3, Porcentaje entre convergencia y no convergencia para postgrado</u>	<u>19</u>
<u>GRÁFICO 4, porcentaje de convergencia entre tratantes, según género</u>	<u>19</u>

1. Resumen

Objetivos: Cuantificar factores de comunicación no verbal entre alumno de odontopediatría y acompañante de paciente.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo transversal descriptivo, en el cual, mediante videograbación, se registró la comunicación no verbal entre alumno de odontopediatría y acompañante, observando cinco variables comunicativas NAAS para cada uno de los participantes. Luego se realizó el análisis de estas últimas, clasificándolas en las categorías convergencia y no convergencia (CAT), que a su vez presentaban la subcategoría convergencia simétrica/asimétrica, divergencia simétrica/asimétrica y mantenimiento.

Resultados: De los 44 tratantes, 33 (75%) son de pregrado y 11 (25%) de postgrado. De los cuales el género femenino alcanzó 29 (65,9%) y masculino 15 (34,1%) (gráfico 1). De los 44 acompañantes, el sexo femenino finalizó con 37 (84,1%) participantes y masculino con 7 (15,9%).

En relación a la variable risa, la convergencia arrojó 9 casos (20,4%), siendo mayor la no convergencia con 35 resultados (79,6%). Sonreír dio 22 casos (50%) para cada una de las 2 categorías CAT, mientras que gestos, contacto visual y asentamiento demostraron mayor convergencia que su contraparte, siendo la subcategoría asimétrica, la que más casos registra.

Discusión: El registro de las interacciones tratante/acompañante de paciente estaba ambientado en clínica de odontopediatría, dándole carácter de importancia a la comunicación que se genera con el tutor del paciente, ya que éste al ser capaz de establecer convergencia en la comunicación, el mensaje que se le entrega podría no tan sólo generar cambios a nivel de salud oral, sino que además conductuales a largo plazo del pequeño(a).

Palabras claves.

- Nonverbal communication.
- Pediatric dentistry.
- NAAS.
- Joint convergence.

2. Introducción.

El presente estudio, está enfocado a comunicación no verbal entre alumnos de odontopediatría y acompañantes de pacientes.

Es bien sabido que la comunicación como vehículo para entregar un mensaje, es relevante, pero la manera como entregamos esta información es crucial para lograr cambios en los pacientes a corto, mediano y largo plazo¹. Por ejemplo, las técnicas como dirigir la mirada al paciente y mantener una posición abierta con inclinación hacia adelante demuestran que el profesional está atento a lo que el paciente y su acompañante desean expresar².

Por otro lado, el apoyo familiar para el paciente pediátrico es de gran ayuda a la hora de generar cambios en salud y calidad de servicio³. Lo cual avala el enfoque de este estudio hacia el paciente pediátrico.

En Chile la salud oral particularmente a nivel de niños de 6 años, posee una prevalencia de caries del 70,4%⁴, lo cual enfatiza la importancia que se le debe otorgar a la enseñanza de padres e hijos mediante la comunicación, para que éstos logren adherirse al tratamiento, asistir a controles, y mantener todo lo aprendido en el tiempo, con el fin de bajar la prevalencia de caries y otras enfermedades de origen bucal.

Es por esta razón que la presente investigación tiene como objetivo describir la comunicación no verbal del alumno de odontopediatría de pre y postgrado con el acompañante del paciente.

3. Marco Teórico

La comunicación no verbal se refiere a la comunicación e interpretación de la información por cualquier medio que no sea el idioma. Incluye la comunicación a través de cualquier canal conductual o expresivo de la comunicación como la expresión facial, movimientos corporales, asentamiento con la cabeza y mirada⁵, mientras que la comunicación para-verbal incluye la cualidad de la voz, volumen, entonación, entre otros⁶, tal como lo plantea Ileana Petra-Micu. La importancia de estas habilidades comunicacionales, queda demostrada en diversos estudios de la última década; en el caso de medicina según Philippa Moore, señala que el uso de habilidades de comunicación busca aumentar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para el paciente¹. En consecuencia tener una adecuada y eficaz comunicación con el paciente es difícil y el no lograrlo puede traer consecuencias negativas como insatisfacción del paciente, mala adherencia a los tratamientos médicos y litigios por negligencia profesional⁷.

En el acto de la comunicación interpersonal, las conductas no verbales transmiten entre 60% a 80% del mensaje, aun así, en las entrevistas médicas se acentúa la interacción verbal de manera desproporcionada⁸. Según R.K. Coelho & colaboradores, la comunicación no verbal toma mayor relevancia cuando se trata de pacientes étnicamente diversos. Señalando en su estudio de la Universidad de California, que pacientes nacidos en el sur de Asia, tenían menos probabilidad de estar satisfechos con la atención médica brindada, en comparación con pacientes nacidos en Estados Unidos, los cuales presentaban mayor satisfacción⁹.

Desarrollándose así la Teoría de Acomodación de la Comunicación, en inglés *Communication Accommodation Theory* (CAT), la cual categoriza convergencia (comunicador altera su estilo de comunicación para ser más parecido a quién se está comunicando), divergencia (acentuación del habla con el fin de resaltar las diferencias no verbales entre interlocutores) y mantenimiento en la comunicación (persona persiste en su estilo de comunicación original)¹⁰. Con la teoría de acomodación en la comunicación se

exploran diferentes maneras en que acomodamos nuestra comunicación, nuestras motivaciones para hacerlo y sus consecuencias, en conclusión, los hablantes usan estrategias lingüísticas para obtener aprobación o para mostrar distinción en su interacción con los demás¹⁰. Por consiguiente, CAT es de gran ayuda para el personal de salud, al momento de comprender al paciente y así brindar atención satisfactoria, tanto como proveedor y como un oyente activo¹¹.

En un estudio transversal acerca de estrategias de acomodación en comunicación, se evaluó a una familia conformada por integrantes de distintas razas; La hija mantenía vínculos familiares (maternal/paternal) mediante estrategias de aproximación, interpretabilidad, manejo del discurso y control interpersonal, en donde se ve reflejada el uso de la teoría de acomodación en la comunicación, para comunicarse con su madre utilizaba un dialecto distinto al que usaba para con otros miembros de la familia, demostrando así aproximación e interés en comunicarse¹².

Diversos autores del área de la salud han dado gran importancia a habilidades comunicacionales con el paciente para lograr una comunicación efectiva entre profesional/paciente¹. Estas habilidades son claves en la comunicación no verbal y para-verbal para generar confianza y credibilidad en esta relación, así queda demostrado en estudios de Thomas A. y colaboradores, donde mediante el sistema de análisis de comportamiento no verbal, "NAAS" por sus siglas en inglés (The Nonverbal accommodation analysis systems), se categoriza sonreír, risa, gestos, asentamiento de cabeza y contacto visual como categorías de comportamientos no verbales, variables que mediante grabaciones al inicio y fin de la consulta, se cuantifican según el número de veces que se presentan entre médico y paciente. Esto con el fin de generar distintos grados de comunicación, siendo en el peor de los casos una comunicación divergente simétrica (médico y paciente resaltan disimilitudes a través de la comunicación) y en el mejor de los casos una convergencia simétrica (médico y paciente acomodan su estilo comunicativo logrando una comunicación fluida desde ambas partes) ¹³. Luego de comparar 2 grabaciones entre los mismos participantes, se analiza y define la acomodación en la comunicación que se generó; Convergencia simétrica para una variable no verbal, si entre

ambos participantes convergen (disminuye la diferencia) en el número de repeticiones de esta variable por minuto ($N^{\circ}/60$ seg), comparando entre el segundo y primer video de la visita registrada¹³; Divergencia cuando aumenta la diferencia en cantidad de una variable entre el segundo y primer video¹³. Los médicos que conseguían convergencia en comunicación no verbal fueron catalogados de manera positiva por pacientes oncológicos, ya que estas actitudes demuestran preocupación por parte del médico¹³.

Según Debra L. Roter & colaboradores², el ámbito afectivo es de suma importancia, ya que las emociones impactan en el comportamiento de los odontólogos y sus pacientes, por lo tanto una comunicación centrada en el paciente permitirá no sólo tener buen manejo clínico sino que además se logrará llegar emocionalmente a diversos pacientes que esperan ser atendidos de manera efectiva. Esto complementado con el estudio de Matías Ríos-Erazo & colaboradores¹⁴, en donde demuestra que un alto porcentaje presenta ansiedad dental, en sus niveles moderado, severo y fobia dental, podemos inferir que el odontólogo, como cualquier profesional de la salud, requiere de correctas habilidades en comunicación no verbal, con la intención de generar la confianza necesaria y credibilidad para con sus pacientes desde que éstos son pequeños.

A nivel Latinoamericano, no se reportan investigaciones acerca de comunicación no verbal en el área odontológica. Adicionalmente tampoco existen protocolos o guías que ayuden al dentista a facilitar la comunicación no verbal con sus pacientes, por lo que nuestro trabajo será la puerta de entrada para establecer categorías de comportamiento comunicativo no verbal entre odontólogo - acompañante paciente.

Este estudio se llevará a cabo con la finalidad de conocer la utilización de la comunicación no verbal, entre el odontopediatra (pre y postgrado) y acompañantes de pacientes de odontopediatría. Dándole la importancia que merece a la comunicación más allá de las palabras, como un vehículo para lograr cambios efectivos y mantener en el tiempo un buen estado de salud bucal de la población. Además de ser material de apoyo para que, con futuros estudios en el área, se logre relacionar la comunicación no verbal, con una mejora del nivel de salud oral de la población.

4. Materiales y Métodos

Estudio cuantitativo transversal descriptivo. La población de estudio, fueron: alumnos de pregrado/postgrado, y acompañantes de pacientes pediátricos que asistan a la clínica odontopediatría, Santiago. 2017.

Para seleccionar los participantes se realizó un muestreo no probabilístico, donde se invitaron a participar a alumnos de pre/postgrado, además de acompañantes de pacientes pediátricos que asistían a su primera cita. Se consideraron como criterios de inclusión: primera cita de paciente, y que éste estuviese acompañado de familiar directo (padre, madre, hermano(a)). Fueron excluidos del estudio, aquellos acompañantes de pacientes con patología de base que obstaculizara la comunicación entre odontopediatra/acompañante (ej. sordera), y acompañantes que acudieran con más de un niño a la cita dental.

El cálculo de tamaño muestral se realizó considerando que cada alumno de odontopediatría recibe aproximadamente 10 pacientes/acompañantes nuevos durante el año académico (8 meses), por lo que en 3 meses tendremos un estimado de 2 pacientes por alumno. Al contar con 50 tratantes, se estima en 100 en número de casos finales.

$50 \text{ alumnos} \times 2 \text{ pacientes} = 100 \text{ pacientes/acompañantes.}$

4.1 Variables.

En este estudio se utilizaron variables que nos ayudaron a estandarizar los resultados de nuestra muestra, estas son en base a estudios descritos en la literatura, como el NAAS. Las variables se observaron tanto en alumnos como también en el acompañante del paciente pediátrico y son todas variables que, al estar presentes, refieren interacción positiva de los participantes.

Las variables no verbales son 5 para los participantes (sonreír, risa, gestos, contacto visual y asentamiento con la cabeza), con las que clasificamos posteriormente la comunicación no verbal como convergencia simétrica/asimétrica o no convergencia (divergencia simétrica/asimétrica o mantenimiento). Éstas últimas comparando entre ambos videos de una misma consulta entre odontólogo/acompañante del paciente.

Si bien los factores del instrumento NAAS miden características de comunicación no verbal éstas son resumidas en indicadores cuantitativos tales como, por ejemplo, número de sonrisas por 60 segundos durante los dos primeros minutos de la cita (inicio de anamnesis) y los últimos dos minutos de la misma (explicación de diagnóstico). Por esta razón, se grabó toda la cita y luego al recolectar los datos, se buscaron los tiempos mencionados.

- Sonreír, que es una forma de expresar facialmente (con boca) un sentimiento de satisfacción (N°/60seg).
- Risa, gesto acompañado de un sonido que una persona realiza al reaccionar ante un estímulo gracioso (N°/60seg).
- Gestos, movimiento de brazo o antebrazo (N°/tiempo de charla del participante observado).
- Contacto visual, situación donde un individuo dirige a mirada a la cara u ojos del otro participante (tiempo en seg de contacto visual/60seg).
- Asentamiento con la cabeza, movimiento positivo de la cabeza al escuchar a un individuo (N°/tiempo de charla del participante contrario).

Se registraron características demográficas tales como sexo y edad tanto para el alumno como para el acompañante del paciente. Como los indicadores son medidos en dos tiempos

se crearon variables por cada factor que describan si hubo o no convergencia. Estas variables son de tipo ordinal y se clasifican en convergencia, mantención o divergencia del factor.

4.2 Recolección de información.

1. Se contactó con coordinadora de pre y postgrado de clínica de odontopediatría Universidad Andrés Bello con el fin de dar a conocer el estudio y obtener autorización para trabajar con los alumnos en los horarios que atienden pacientes.
2. Se informó a alumnos de pre y postgrado de odontopediatría acerca del estudio que se llevó a cabo en el periodo académico del año 2017, y se les solicitó firmar un documento de consentimiento informado.
3. En horarios establecidos para clínicas de pre/postgrado, se evaluó a pacientes y acompañantes según criterios de inclusión y exclusión, dándoles a conocer el estudio para posterior conseguir mediante consentimiento informado, autorización del acompañante para participar de la investigación.
4. Se instalaron videocámaras en los box respectivos a las clínicas de odontopediatría para tomar registro de la cita dental.
5. Se registraron grabaciones de 2 minutos al inicio y 2 minutos al término de la visita, en donde se buscó registrar comunicación no verbal entre tratante y acompañante del paciente pediátrico.
6. Una vez terminada cada jornada de trabajo de campo, se traspasó el material audiovisual a disco duro externo.

5. Análisis de datos.

En una planilla Excel se registró la información asociada a las consultas considerando lo siguiente: cada variable fue analizada de forma individual en video inicial/final de la misma cita, para luego comparar entre ambos videos y establecer que categoría de acomodación en la comunicación se generó:

- Convergencia simétrica; tanto el tratante como el acompañante demuestran convergencia para la variable en estudio, disminuyendo la diferencia en cantidad que se repite esa variable entre video base y segundo video.
- Convergencia asimétrica; Uno de los participantes iguala o se acerca en cantidad de repeticiones de la variable y el otro mantiene o diverge (se aleja) entre video base y segundo video.
- Mantenimiento; Tratante y acompañante del paciente mantienen la cantidad de repetición de la variable entre un video y otro.
- Divergencia simétrica; Tanto el tratante y acompañante demuestran divergencia para la variable en estudio, aumentando la diferencia en cantidad que se repite esa variable entre video base y segundo video.
- Divergencia asimétrica; Uno de los participantes se aleja en número de repeticiones de la variable y el otro mantiene entre video base y segundo video.

Mediante tablas de frecuencia se describirán las características del acompañante y cirujano dentista. Utilizando estadísticos descriptivos se valorará las diferencias entre los criterios NAAS obtenidos en ambas mediciones tanto para cirujanos como acompañante. Estas diferencias serán categorizadas en convergencia, mantenimiento y divergencia. El cruce de los resultados obtenidos entre acompañante y cirujanos indicará si en la comunicación no verbal hubo convergencia o no para cada uno de los criterios NAAS, esto será realizado en una tabla de frecuencia de doble entrada. Los resultados de comunicación no verbal fueron estratificados según el sexo del profesional y el grado. Se verificó la asociación de los ítems de comunicación no verbal con sexo y grado mediante el estadístico de chi-cuadrado.

5.1 Consideraciones éticas.

Dentro del proyecto de investigación se cuidaron todos los aspectos bioéticos para resguardar los derechos y deberes de los participantes. La información fue guardada con folios anonimizado en un disco duro externo al que solo tenían acceso los investigadores. Previo a la grabación, en el consentimiento informado se dejó estipulado que el material sólo fue para uso investigativo de este proyecto de investigación.

6. Resultados.

Para este estudio de comunicación no verbal entre alumno de odontopediatría y acompañante de paciente, se evaluaron 87 citas dentales, las que debían ser la primera evaluación entre tratante y paciente. Se consideraron 44 (50,57%) videograbaciones de citas odontológicas aptas para el presente estudio, estas fueron evaluadas y escogidas según estándares mínimos de calidad de grabación, las cuales debían presentar un correcto plano de cámara que reuniera a los dos participantes en el mismo plano y se apreciaran las caras de cada uno de ellos.

Se evaluó el tiempo de duración, el que fue de 2 minutos en el inicio (previo a examinar al paciente) y final (posterior al examen del paciente) de la cita.

Para evaluar los datos obtenidos, los investigadores junto con dos ayudantes de investigación se calibraron en el uso del NAAS, instrumento que evalúa variables comunicativas no verbales, obteniendo un kappa de 0,82.

De los 44 tratantes, 33 (75%) son de pregrado y 11 (25%) de postgrado. Uno (2,27%) de estos 44 era extranjero hispanohablante. Además, los participantes de género femenino fueron 29 (65,9%) y masculino 15 (34,1%) (gráfico 1).

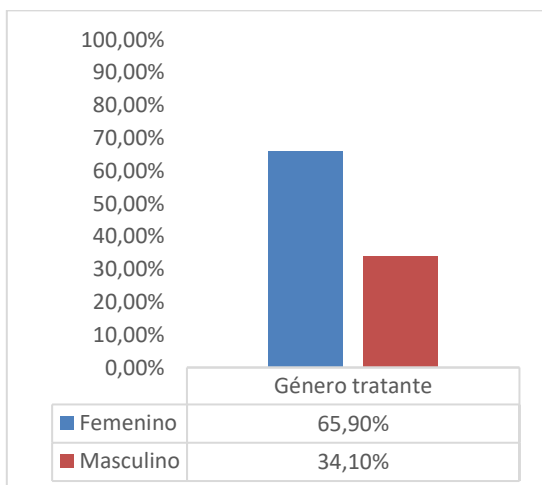


Gráfico 1. Porcentaje de participación para el género de los tratantes.

De los 44 acompañantes, 1 (2,27%) era extranjero hispanohablante. Por otra parte, el sexo femenino finalizó con 37 (84,1%) participantes y masculino con 7 (15,9%). Las edades de los acompañantes fluctúan entre 18 y 60 años, en donde el rango que más se repite es entre 30 y 59 años (52,27%).

Análisis de comunicación no verbal.

El análisis final de las variables NAAS según CAT nos da las categorías finales de convergencia y no convergencia con sus subcategorías convergencia simétrica/asimétrica, divergencia simétrica/asimétrica y mantenimiento (ver tabla 1).

En relación a la variable risa, la convergencia arrojó 9 casos (20,4%), siendo mayor la no convergencia con 35 resultados (79,6%). Sonreír dio 22 casos (50%) para cada una de las 2 categorías CAT, mientras que gestos, contacto visual y asentamiento demostraron mayor convergencia que su contraparte, siendo la subcategoría asimétrica, la que más casos registra (ver tabla 1).

Para la primera categoría, gestos (38,6%/52,3%) y contacto visual (6,8%/79,5%) demuestran un mayor número de resultados para la subcategoría asimétrica, lo que significa que uno de los participantes acomoda su estilo comunicativo no verbal para hacerlo más similar al del otro participante (ver tabla 1).

Asentamiento es el único factor que muestra un mayor interés de ambos, por acomodar la manera comunicativa en que se relacionan, dando 45,5% para convergencia simétrica y 43,2% para convergencia asimétrica (ver tabla 1).

Convergencia asimétrica es la subcategoría más alta, siendo el contacto visual la variable con mayor registro de casos (79,5%). Por otro lado, risa es la variable con mayor cantidad de casos en la categoría no convergencia (38,6% mantenimiento) (ver tabla 1).

No verbal	Convergencia		No convergencia		
	convergencia simétrica	Convergencia asimétrica	divergencia simétrica	divergencia asimétrica	Mantenimiento
Sonreír (44)	5 (11,4%)	17 (38,6%)	9 (20,5%)	8 (18,2%)	5 (11,4%)
Risa (44)	2 (4,5%)	7 (15,9%)	6 (13,6%)	12 (27,3%)	17 (38,6%)
Gestos (44)	17 (38,6%)	23 (52,3%)	3 (6,8%)	1 (2,3%)	0 (0%)
Contacto visual (44)	3 (6,8%)	35 (79,5%)	5 (11,4%)	1 (2,3%)	0 (0%)
Asentamiento (44)	20 (45,5%)	19 (43,2%)	4 (9,1%)	1 (2,3%)	0 (0%)

Tabla 1. Distribución porcentual de variables NAAS para las categorías de convergencia y no convergencia.

Al hacer la subdivisión entre pre/postgrado, los primeros, estadísticamente revelan un mayor porcentaje de casos en la primera categoría para las variables gestos, contacto visual y asentamiento. Totalmente contrario a lo que sucede con risa, en la cual el porcentaje es mayor para la no convergencia. Mientras que sonreír, la diferencia es menor entre ambas categorías (ver gráfico 2).

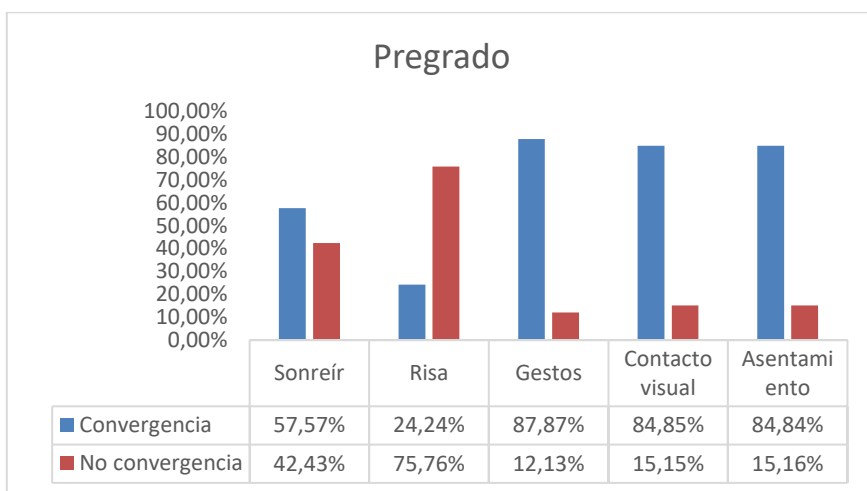


Gráfico 2. Porcentaje entre categorías de convergencia y no convergencia para pregrado.

Los tratantes de la especialidad muestran una proporción desfavorable para las variables sonreír y risa, siendo la categoría no convergencia la que contiene mayor cantidad de casos. Gestos, contacto visual y asentamiento demuestran de manera contundente una mayoría en la primera categoría (ver gráfico 3).

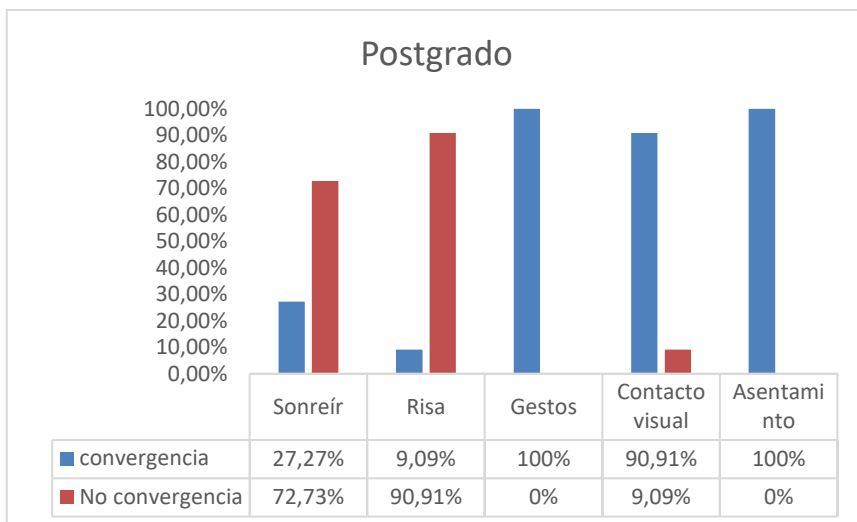


Gráfico 3. Porcentaje entre categorías de convergencia y no convergencia para postgrado.

Tras el análisis de género de los tratantes, el sexo femenino concluyó con mayor porcentaje de convergencia, para cada una de las variables, menos para el factor risa que registró 20,69% de convergencia. Sin embargo, los hombres también alcanzan altos porcentajes de convergencia, por lo que la diferencia entre ambos géneros no es estadísticamente significativa (gráfico 4).

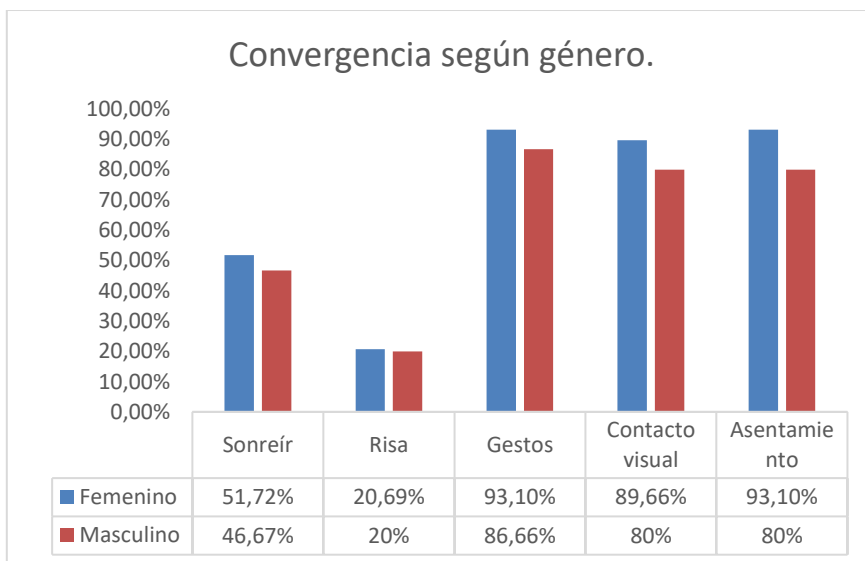


Gráfico 4. Comparación de resultados de convergencia entre tratantes, según género.

7. Discusión.

Este estudio transversal fue diseñado para cuantificar y analizar patrones de acomodación en comunicación no verbal. De manera global, el registro de las interacciones tratante/acompañante de paciente estuvo ambientado en clínica de odontopediatría, dándole carácter de importancia a la comunicación que se genera con el tutor del paciente, ya que éste en el caso de establecer convergencia en la comunicación, junto al mensaje que se le entrega, podría no tan sólo generar cambios a nivel de salud oral, sino que además conductuales a largo plazo del pequeño(a) ¹⁵.

Mediante análisis de variables NAAS, se observó que en la mayoría de los casos hubo convergencia, siendo la subcategoría asimétrica la que más prevalece en los resultados. Esto demuestra el interés de un participante en acomodar su estilo comunicativo y hacerlo más parecido al otro sujeto en estudio¹⁰.

Asentamiento es la única variable en donde se da mayor cantidad de convergencia simétrica (primera subcategoría). Se puede inferir la importancia de este componente en la comunicación de dos personas, ya que genera un cambio en el estilo comunicativo de ambos participantes¹⁶, en donde el oyente, presta atención a las palabras y genera mediante este factor no verbal, disposición al diálogo¹⁷. Según Ishikawa y colaboradores el asentamiento está relacionado con satisfacción de pacientes¹⁶, dando mayor importancia a este factor no verbal.

Contacto visual y gestos continúan en el orden de mayor a menor porcentaje de convergencia, siendo la primera variable, clave a la hora de tomar atención en el mensaje que se está entregando¹⁸. En otras investigaciones, se demuestra que aun con divergencia para contacto visual, la comprensión y cumplimiento del paciente son bastante similares, lo cual nos permite inferir que no sería un factor predictor de comprensión y adherencia¹⁸. Por otra parte, sonreír obtuvo equilibrio entre convergencia y no convergencia, lo cual podría tener relación con el tipo de sonrisa que se realiza, por ejemplo en estudios donde se evalúa si ésta es genuina o educada, la primera tiene mayor probabilidad de reciprocidad

mientras que la segunda puede ser altamente predecible al momento de su entrega¹⁹, generando no convergencia.

Para la variable risa ocurre un sesgo importante, ya que en más del 50% de los casos se da una no convergencia, resultado de que en el primer video de estudio no hay risas entre participantes y esta variable al ser comparada con el segundo registro audiovisual, sólo podría dar subcategorías de divergencia y/o mantenimiento, aumentando artificialmente la segunda categoría CAT, en otros estudios se opta por eliminar gran parte de los datos cuando para una variable, se registraba la misma cantidad de repeticiones en el primer video¹³. Para nosotros se creyó necesario mantener estos datos y hacer la diferencia entre pre/postgrado. En los primeros la risa alcanza una categoría de no convergencia de 75,76%, mientras que los dentistas titulados, un 90,91%. Resultados en donde si bien, para ambos es mayor la no convergencia, pregrado utiliza más este componente no verbal. Eventualmente podría tratarse de que estos alumnos como están iniciando su aprendizaje con pacientes, se toman más tiempo por cada cita, platicando diversos temas, en cambio postgrado, si bien no utilizan mayormente la risa como factor no verbal, emplean gestos, contacto visual y asentamientos en mayor cantidad, tal vez relacionado por el manejo que éstos adquirieron en sus años como dentistas titulados, en cuanto a cómo comunicarse⁹.

La presente investigación tiene como limitantes el número acotado de casos, por consiguiente, no podemos extrapolar estos resultados a nivel poblacional. Aun así, sería conveniente a futuro sumar más registros e incluir comunicación verbal, satisfacción, adherencia al tratamiento y estado de salud oral del paciente.

8. Conclusión

En base a la cuantificación que realizamos a lo largo del presente trabajo de investigación se mostró una alta e importante convergencia, presente en la gran mayoría de las citas odontológicas estudiadas, hecho que nos ayuda a concluir que existe una óptima forma de comunicación entre tratante y acompañante de paciente pediátrico. Podríamos confirmar que en la mayoría de las citas dentales del presente estudio se entregó un mensaje claro que puede generar cambios en los pacientes a corto, mediano y largo plazo en su salud oral.

En la mayoría de las variables se encontró convergencia con una marcada diferencia con respecto de la divergencia, por lo que la convergencia fue ampliamente mayor, hecho que demuestra que en la mayoría de las citas los participantes se acomodaron o adaptaron para recibir de buena forma la información o para hacerse entender según lo que querían comunicar.

Los componentes que presentaron mayor convergencia fueron gestos, contacto visual y asentamiento, fundamentales para nutrir un diálogo, ya sea desde el punto de vista del tratante, en una explicación médica o al escuchar a un paciente cuando se está realizando la anamnesis. Y desde el lado del acompañante, para tratar de explicar la dolencia del paciente o al recibir la explicación del tratante, para entenderla de la mejor forma posible.

Risa y sonrisa fueron los componentes que presentaron menos convergencia, variables igualmente importantes que los vistos anteriormente, pero con factores que pueden distorsionar la evaluación. De todas formas, fueron variables que no influyeron en la acomodación de la comunicación entre los participantes.

En las citas de tratantes más experimentados hubo más convergencia, principalmente en edades en donde existe más experiencia profesional. Los tratantes demostraban saber con actitud y seguridad lo que tenían que realizar, guiando directa o indirectamente la conversación y complementando de mejor forma el diálogo con acciones no verbales.

La comunicación no verbal es fundamental en la comunicación, y de carácter prioritario en una atención de salud. En el área de la odontología y específicamente en la odontopediatría,

la comunicación no verbal juega un rol crucial, ya que es la puerta de entrada para generar una buena relación y confianza con pacientes, que en muchas oportunidades no entienden lo que se les dice con palabras, ya sea por su corta edad, problemas de comprensión, carencia afectiva, discapacidad, odontofobia, entre muchas otras razones. Y en donde su acompañante juega un rol primordial si es que entiende y siente buena acogida en la atención dental, para que en el corto plazo controle al paciente, le muestre seguridad y guíe responsablemente su salud oral.

En el presente estudio se generó un componente de comunicación ayudado por la comunicación no verbal en base a diferentes variables que contribuyen para que se presenta una alta y correcta literacidad.

9. Bibliografía.

1. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. Doctor-patient communication: Which skills are effective? *Rev Med Chil.* 2010:1047-1054.
2. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits. *J Gen Intern Med.* 2005:28-34.
doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00306.x.
3. Olafia A, Rn S, Rn AWG, Kolbrun E, Rn S. The importance of family support in pediatrics and its impact on healthcare satisfaction. *Scand J Caring Sci.* 2017;31:241-252. doi:10.1111/scs.12336.
4. MINSAL. Diagnóstico de situación de salud bucal. 2010:8.
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf>.
5. Ambady N, Rosenthal R. *Nonverbal Communication.* 1era edici. (Inc ESPC, ed.). San Diego, Estados Unidos; 1998.
6. Petra-micu IM. Teaching communication in medicine. *Investig en Educ médica.* 2012;1(4):218-224.
7. Praxis M, Artículo O. Dental malpractice: a review. *Rev Venez Investig odontológica.* 2015;3(2):146-170.
8. Joyce J. Farewell to Words: the Dimension of Silence in the Non-verbal behaviour during the Medical Interview. *Rev Argent Cardiol.* 2015;83(1):85-91.
9. Coelho KR, Galan C. Physician Cross-Cultural Nonverbal Communication Skills, Patient Satisfaction and Health Outcomes in the Physician-Patient Relationship. *Int J Family Med.* 2012;2012:5. doi:10.1155/2012/376907.
10. Giles H CN. accommodation theory communication: context and consequences. *Context Accommod Dev Appl Socioling.* 1991:1-68.

11. Mickel JT, Mcguire S, Gross-gray S. Articles Grey ' s Anatomy and Communication Accommodation : Exploring Aspects of Nonverbal Interactions Portrayed in Media. *An Int J Pers Relationships*. 2013;7(1):138-149. doi:10.5964/ijpr.v7i1.95.
12. Mahadhir M, Fariza N, Nor M, Azman H. Communication Accommodation Strategies in Malaysian Multiracial Family Interactions. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2014;118:259-264. doi:10.1016/j.sbspro.2014.02.035.
13. Agostino TAD, Bylund CL, Agostino TAD, Bylund CL. Nonverbal Accommodation in Health Care Communication Nonverbal Accommodation in Health Care Communication. *Health Commun*. 2014;29:37-41. doi:10.1080/10410236.2013.783773.
14. Herrera-ronda A, Barahona-salazar P, Cadenasso-salinas P, Rojas-alcayaga G. Dental anxiety in chilean adults who attend a primary care health service. *Int J Odontostomatol*. 2016;10(2):261-266.
15. Lippard CN, Riley KL, Hughes-belding K. Observing toddlers' individual experiences in classrooms: Initial use of the parenting interactions with children: Checklist of observations linked to outcomes. *Infant Ment Health J*. 2016;37(5):549-559. doi:10.1002/imhj.
16. Ishikawa H, Hashimoto H, Kinoshita M, Fujimori S, Shimizu T, Yano E. clinical competence Evaluating medical students ' non-verbal communication during the objective structured. *Med Educ*. 2006;40:1180-1187. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02628.x.
17. Naranjo I, Ricaurte G. Communication with patients. *Invest educ enferm*. 2006;24(1):94-98.
18. Gorawara-bhat R, Dethmers DL, Ann M. Patient Education and Counseling Physician eye contact and elder patient perceptions of understanding and. *Patient Educ Couns*. 2013;92(3):375-380. doi:10.1016/j.pec.2013.03.002.

19. Heerey EA, Crossley HM. Predictive and Reactive Mechanisms in Smile Reciprocity. *Psychol Sci.* 2013;24(8):1446-1455. doi:10.1177/0956797612472203.