



Efectividad de la integración de la Terapia Reiki como medicina complementaria en la reducción de la ansiedad en pacientes atendidos en el área clínica odontológica de la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el periodo 2024-2025.

TESIS DOCTORAL

Tesis para obtener el Grado de Ph. D.

DOCTOR EN EDUCACIÓN E INNOVACIÓN

PRESENTA

Luis Alberto Vallejo Izquierdo

ASESOR

Dra. Clara Ninfa Almada Ibáñez

México, 2026

La presente Tesis Doctoral debe ser citada como:

Vallejo Izquierdo, Luis (2026). *Efectividad de la integración de la Terapia Reiki como medicina complementaria en la reducción de la ansiedad en pacientes atendidos en el área clínica odontológica de la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el período 2024 – 2025*. [Tesis de Doctorado. Universidad de Investigación e Innovación de México - UIIX]



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Se permite la reproducción total o parcial y la comunicación pública de la obra con reconocimiento de la autoría y mención de la Universidad de Investigación e Innovación de México - UIIX.

No se permite el uso comercial ni la creación de obras derivadas.

Resumen.

Objetivo: Evaluar el efecto de la Terapia Reiki como intervención complementaria en la reducción de la ansiedad dental en pacientes en la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el periodo 2024-2025. Métodos: Se desarrolló un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño cuasiexperimental tipo pretest – posttest, aplicada a pacientes sometidos a atención odontológica clínica. La medición de los niveles de ansiedad dental se realizó antes y después de la intervención terapéutica mediante la escala *Dental Anxiety Scale* (DAS), instrumento cuya confiabilidad fue determinada a través del coeficiente *Alfa Cronbach* ($\alpha=0,96$), evidenciando una elevada consistencia interna y adecuada validez metodológica para el desarrollo del estudio. Resultados: Los hallazgos demostraron una disminución estadísticamente significativa de los niveles de ansiedad dental posterior a la aplicación de la Terapia Reiki; adicionalmente, se identificaron mejoras relevantes en la interacción paciente – profesional, reflejadas en una comunicación terapéutica más empática, mayor cooperación durante los procedimientos clínicos y una percepción del entorno odontológico menos estresante. Conclusiones: La Terapia Reiki demostró ser una intervención complementaria eficaz para el manejo de la ansiedad dental, contribuyendo al fortalecimiento de los procesos de humanización en la atención odontológica. Su incorporación en la formación académica favorece al desarrollo de competencias clínicas y socioemocionales, promoviendo un enfoque integral, transversalidad a estudios multidisciplinarios centrado en el paciente e impulsando prácticas innovadoras dentro del ámbito de la salud bucal y la educación superior.

Palabras clave: *Ansiedad dental, Reiki, educación odontológica, terapias complementarias, salud holística.*

Abstract.

Objective: To evaluate the effect of Reiki Therapy as a complementary intervention in reducing dental anxiety among patients treated at the Faculty of Health and Wellness of the Pontificia Universidad Católica del Ecuador during the 2024–2025 period. Methods: A quantitative research study with a quasi-experimental pretest–posttest design was conducted in patients undergoing clinical dental care. Dental anxiety levels were assessed before and after the therapeutic intervention using the Dental Anxiety Scale (DAS), an instrument whose reliability was determined through Cronbach’s Alpha coefficient ($\alpha = 0.96$), demonstrating high internal consistency and adequate methodological validity for the development of the study. Results: The findings demonstrated a statistically significant reduction in dental anxiety levels following the application of Reiki Therapy. Additionally, relevant improvements were identified in patient–professional interaction, reflected in more empathetic therapeutic communication, greater cooperation during clinical procedures, and the perception of a less stressful dental environment. Conclusions: Reiki Therapy proved to be an effective complementary intervention for the management of dental anxiety, contributing to the strengthening of humanization processes in dental care. Its incorporation into academic training promotes the development of clinical and socio-emotional competencies, fostering an integral, transversal, and multidisciplinary patient-centered approach while encouraging innovative practices within the fields of oral health and higher education.

Keywords: *Dental anxiety, Reiki therapy, dental education, complementary therapies, holistic health.*

Agradecimientos.

Agradezco a Dios por mantenerme con vida después de tantos momentos complejos y difíciles que tuve que atravesar estos últimos meses, por dejarme culminar este trabajo investigativo que desde hace muchos años atrás lo quería cristalizar y volverlo evidencia. Mis más sinceros agradecimientos llenos de amor infinito a mi esposa Jennifer e hijos Ariana y Joaquín por su paciencia durante mis días de ausencia en cada estancia doctoral, por entender las noches y madrugadas de desvelo, muchos fines de semana sin poder compartirlos juntos, y también por ser siempre mi soporte donde me apoyaba en momentos de flaqueza y cansancio.

A la institución académica que me brindó todas las oportunidades tanto científicas como personales Pontificia Universidad Católica y dirección de la Carrera de Odontología de la mano de la Doctora Rosa Jennifer Rivadeneira Morales, por creer en mí y en mis pasiones favoritas como son la ciencia e investigación.

Reitero nuevamente a todos mis queridos alumnos que pusieron su granito de arena y ser parte de esta innovación dentro de la ciencia, a mis compañeros docentes por darme la apertura necesaria y volverse un complemento académico. No puedo dejar de nombrar a uno de los ejes más importante dentro mi carrera Doctoral, a la Doctora Clara Almada, quien estuvo presta en cada momento que la necesitaba, más aún en tiempos fuera de su horario laboral, que no solo fue una tutora sino un ejemplo de vida a seguir.

Para finalizar tengo un agradecimiento y un cariño grande a una entidad que se convirtió en mi hogar por estos tres largos; pero maravillosos años, a la Universidad de Innovación e Investigación (UIIX) por hacerme sentir parte de ella como un mexicano más orgulloso de su institución, me llevo los mejores recuerdos nos solo académicos sino personales, ya que pude crecer en todo ámbito.

Dedicatorias.

Nombrar a todas las personas a quienes debería dedicar, me faltaría tiempo y hojas para plasmarlo, sin embargo, no puedo dejar de mencionar a Dios, mi amada esposa Jennifer y mis dos tesoros, regalos de vida: Ariana y Joaquín, quienes han sido mi motor para que este barco llamado Doctorado no se vaya a la deriva, por ser una inspiración y fortaleza en cada segundo difícil, y por todo su amor que me entregan cada momento de mi existir.

Quiero dedicarlo también a todos mis ángeles terrenales y a aquellos que partieron a una mejor vida, mi amada Luz María, mi Señora Bonita, mi doble madre que siempre me forjó para ser luchador y no rendirme en los momentos duros, pero a la vez mantener mi humildad en los momentos de gloria.

Como no nombrar a mi madre Inés, que con sus enseñanzas y palabras sabias supo llevarme de la mano y sacar a flote mis talentos, a mi padre Arturo, que desde pequeño me incentivó por la lectura y la investigación enseñándome que la mejor arma de un hombre en la tierra es su conocimiento y su mayor bendición utilizarla compartiéndola con y para los demás.

Para finalizar debo nombrar a mis hermanos Karla y David por siempre ponerme de ejemplo, ya que eso se convirtió en un reto no solo académico sino familiar, demostrarles que pese a los obstáculos en la vida todo se puede si uno así se lo propone.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	12
Capítulo 1. Proyección de la investigación.	16
1.1. Línea de investigación de la Universidad de Innovación e Investigación de México y su ámbito de estudio.	17
1.2. Planteamiento del problema.	19
1.3. Formulación del problema (Pregunta de investigación).	22
1.4. Justificación.	23
1.5. Objeto de estudio.	25
1.6. Campo de acción.	25
1.7. Objetivos.	26
1.7.1. Objetivo General.	27
1.7.2. Objetivos específicos.	27
1.8. Hipótesis.	28
1.9. Alcance temático.	29
1.10. Delimitación Espacial y Temporal.	30
CAPÍTULO 2. Fundamentos Teóricos Referenciales.	31
2.1. Estado del arte (Marco Histórico y Actual).	31
2.2. Marco Teórico.	45
2.3. Marco Conceptual.	57
2.4. Marco Contextual.	58
2.5. Marco Legal y Normativo.	59
Capítulo 3. Fundamentos metodológicos y resultados de investigación.	63
3.1. Cuadro Operacionalización de variables.	64

	7
3.2. Diseño metodológico.	68
3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis.	69
3.2.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos.	70
3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos.	71
3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección.	72
3.3. Trabajo de campo (o Presentación de evidencias, si corresponde).	72
3.3.1. Aplicación de los instrumentos.	76
3.3.2. Procesamiento de la información.	81
3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos.	82
3.. Redacción de resultados y discusión.	104
Capítulo IV: PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN	106
4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación.	107
4.2. Estructura de la propuesta de transformación.	110
4.3. Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación.	125
CONCLUSIONES	141
RECOMENDACIONES	143
BIBLIOGRAFÍA	146
ANEXOS	160

Índice de Tablas

Tabla 1	Estructura para formular la pregunta de investigación	23
Tabla 2	Prevalencia de la ansiedad dental de adultos en Estados Unidos	33
Tabla 3	Estadísticas de la ansiedad dental en Asia	35
Tabla 4	Estadísticas de la ansiedad dental en Europa	37
Tabla 5	Análisis de la ansiedad dental en Sudamérica 2020-2025	39
Tabla 6	Prevalencia global de la ansiedad dental en niños periodo 2020-2023	41
Tabla 7	Causas de la prevalencia de la ansiedad dental (resumen)	52
Tabla 8	Operacionalización de las variables	66
Tabla 9	Recopilación de datos de la encuesta	78
Tabla 10	Participación de pacientes por edad	82
Tabla 11	Pacientes atendidos según género	84
Tabla 12	<i>Participación por estado civil</i>	85
Tabla 13.	Comportamiento ansiolítico al acudir al dentista al día siguiente	86
Tabla 14.	Nivel de Ansiedad ante la espera, en el sillón dental	87
Tabla 15	Conducta ansiosa del paciente durante la preparación del micromotor	88
Tabla 16.	Nivel de ansiedad del paciente frente a los instrumentos dentales	89
Tabla 17.	Nivel de ansiedad ante la aplicación del anestésico	91
Tabla 18.	Atención de terapias alternativas en tratamientos odontológicos	92
Tabla 19.	Deliberación para recibir terapias alternativas	93
Tabla 20.	Disminución de la ansiedad posterior Terapia Reiki	95
Tabla 21.	Expectativa recibir la Terapia Reiki en tratamientos dentales	96
Tabla 22.	Relación entre el rango de edad y la disminución del nivel de ansiedad	97

Tabla 23. Comportamiento de los pacientes posterior a la Terapia Reiki	99
Tabla 24. Nivel de ansiedad según género frente a la intervención de la anestesia	100
Tabla 25. Análisis de Confiabilidad de Alfa de Conbrach	102
Tabla 26. Resultado de la fiabilidad con Alfa de Cronbach	103
Tabla 27 Diferencias de metodologías académicas para instituciones de nivel superior	118
Tabla 28 Matriz Estructural Integral para la implementación de la Terapia Reiki	123
Tabla 29 Valoración Likert cuantitativa descriptiva	126
Tabla 30 Criterios de valoración de expertos	126
Tabla 31 Datos base de la evaluación	134
Tabla 32 Asignación de peso de los criterios	135
Tabla 33 Cálculo de datos	135
Tabla 34 Tabla ponderada promedio por criterio	136
Tabla 35 Análisis comparativo entre expertos	139

Índice de Figuras

Figura 1 Esquematización del Método Hexágono en el planteamiento del problema	22
Figura 2. Estimaciones sintetizadas de prevalencia de ansiedad en EE.UU. (2020-2024)	34
Figura 3 Dispersión de ansiedad dental Asia	36
Figura 4. Tendencia de la ansiedad dental en Europa	38
Figura 5. Prevalencia promedio de la ansiedad dental en Suramérica	40
Figura 6. Fotografía de Mikao Usui (1865 – 1926)	43
Figura 7. Capacitación alumnos en maniqués de simulación clínica	73
Figura 8. Fotografías de los alumnos capacitados de la Carrera de Odontología	74
Figura 9 Capacitación in-situ con el paciente. Técnica de relajación	74
Figura 10 Técnica de Imposición de manos	75
Figura 11 Técnica imposición de manos	75
Figura 12 Terapia Reiki técnica Péndulo	76
Figura 13 Técnica de cierre de la Terapia Reiki	76
Figura 14 Ejes de Fundamentación	107
Figura 15 Estructura metodológica académica Aranguren	116
Figura 16 Estrategias didácticas para promover el aprendizaje estudiantes universitarios	117

Índice de gráficos.

Gráfico 1 Distribución porcentual de pacientes atendidos por rango de edad	83
Gráfico 2 Distribución porcentual de pacientes atendidos por género	84
Gráfico 3 Distribución porcentual de pacientes según estado civil	85
Gráfico 4 Distribución de pacientes ansiolíticos al acudir al dentista	87
Gráfico 5 Nivel Ansiedad ante la espera en el sillón dental	88
Gráfico 6 Conducta ansiosa del paciente durante la preparación del micromotor	89
Gráfico 7 Nivel de ansiedad frente a instrumentos dentales	90
Gráfico 8 Nivel de ansiedad ante la aplicación de anestésico	91
Gráfico 9 Inserción de la terapia alternativa en tratamientos odontológicos	92
Gráfico 10 Deliberación para recibir terapias alternativas	94
Gráfico 11 Disminución de la ansiedad posterior Terapia Reiki	95
Gráfico 12 Expectativa recibir la Terapia Reiki en tratamientos dentales	97
Gráfico 13 Relación entre el rango de edad y el nivel de ansiedad posterior a la terapia	98
Gráfico 14 Comportamiento de los pacientes posterior a la Terapia Reiki	99
Gráfico 15 Nivel de ansiedad según género frente a la intervención de la anestesia	101
Gráfico 16 Correlación de las variables corregida Alfa de Cronbach	103
Gráfico 17 Componentes para la implementación de la Terapia Reiki	110

INTRODUCCIÓN

La ansiedad dental representa una de las principales alteraciones emocionales asociadas a la atención odontológica, debido a su influencia sobre la conducta del paciente, la adherencia terapéutica y la percepción negativa de los procedimientos clínicos. En el contexto de las ciencias de salud, esta problemática ha cobrado especial importancia por su impacto en la calidad de la atención y el bienestar del individuo, especialmente dentro de los enfoques contemporáneos centrados en la humanización y atención integral del paciente. Estudios científicos reportaron, que elevados niveles de ansiedad odontológica generan mayor resistencia al tratamiento y dificultan la interacción terapéutica entre el profesional y el paciente (Humphris & King, 2011)

La relevancia en esta investigación doctoral, radica en que la ansiedad representa un fenómeno multifactorial que involucra dimensiones fisiológicas, psicológicas y conductuales, generando repercusiones directas sobre la respuesta emocional del paciente. En este contexto, la incorporación de terapias complementarias como Reiki exige una sustentación teórica rigurosa que permita comprender sus principios de acción, mecanismos de intervención y posibles efectos sobre la regulación emocional y el bienestar biopsicosocial.

El capítulo I, constituye la base estructural y metodológica de la investigación, debido a que establece la problemática científica, la orientación epistemológica y los elementos que sustentan el desarrollo integral del estudio. Su construcción respondió a la necesidad de analizar la ansiedad dental como una alteración emocional que influyó directamente en la atención odontológica en pacientes del área clínica universitaria. En este contexto, el planteamiento del problema permitió identificar la persistencia de elevados niveles de ansiedad, situación que afecta a la adherencia al tratamiento y limita la experiencia con el profesional. En tal razón, se optó por explorar estrategias complementarias no farmacológicas que contribuyan a fortalecer los procesos de humanización de la atención de la salud y optimizar el manejo emocional del paciente odontológico.

A partir de esta problemática se formularon los objetivos orientados a evaluar la acción de la Terapia Reiki sobre los niveles de ansiedad en pacientes atendidos en la Facultad de Salud y Bienestar de la Universidad Pontificia Católica del Ecuador durante el periodo 2024 – 2025 y el análisis de la aplicación de Reiki como terapia complementaria, la valoración de sus posibles efectos en el contexto clínico universitario mediante un plan piloto.

La hipótesis de investigación se planteó como una proposición científica susceptible de comprobación, por ejemplo el plan piloto orientado a determinar la relación existente entre la aplicación de la terapia y la disminución de los niveles de ansiedad dental. Su formulación proporcionó coherencia metodológica de estudio y facilitó la definición de variables, indicadores e instrumentos de evaluación.

En relación con la delimitación espacial y temporal, el plan piloto se circunscribió en el área clínica de la Facultad de Salud y Bienestar de la Universidad Pontificia Católica del Ecuador durante el periodo 2024-2025. Esta delimitación permitió contextualizar el estudio dentro de un entorno universitario específico, favoreciendo la pertinencia y aplicabilidad de los resultados obtenidos.

El alcance investigativo, se orientó hacia un enfoque experimental, analítico y explicativo, debido a que buscó comprender la interacción de la ansiedad dental y la aplicación de terapias complementarias desde una perspectiva multidisciplinaria. Además, el estudio generó aportes científicos relacionados con la integración de terapias integrativas en la atención odontológica y en los procesos formativos de educación superior en salud.

En el Capítulo II se presentan los fundamentos teóricos y referenciales que sustentan el estudio. En el estado del arte consideró la evolución histórica de la ansiedad dental y su repercusión en la atención clínica, junto con el desarrollo evolutivo de terapias complementarias orientadas al bienestar emocional del paciente. Además, se exteriorizó evidencia estadística internacional y regional que demuestra la elevada prevalencia de esta alteración en distintos grupos poblacionales.

El marco conceptual proporcionó criterios científicos para la interpretación de las variables, favoreciendo la construcción de la hipótesis y la selección adecuada de instrumentos

metodológicos. Esta estructura teóricamente permitió contextualizar el estudio dentro de las tendencias actuales de la humanización de la atención sanitaria y de los enfoques integrativos promovidos en la educación superior de salud ecuatoriana. Finalmente se expone el marco legal y normativo que respalda la aplicación ética de terapias complementarias en salud y educación superior, proporcionando sustento científico y metodológico para el desarrollo de la investigación.

Con la información obtenida del módulo anterior, el capítulo III vislumbró un desarrollo metodológico orientado a evaluar la efectividad de la Terapia Reiki mediante la planificación de un plan piloto. Esta fase comprendía la ejecución de procedimientos científicos y técnicos que garantizaron la validez, confiabilidad y rigor académico del estudio. Se inició este proceso, estableciendo programaciones éticas, manuales guía y la capacitación a estudiantes, impartida por un experto en terapias complementarias como Reiki.

Se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, permitiendo medir objetivamente los niveles de ansiedad mediante procedimientos estadísticos y comparativos, se aplicó también un diseño cuasiexperimental de tipo pretest – posttest, seleccionada por su pertinencia para evaluar las variaciones generadas antes y después de la aplicación de la Terapia Reiki como intervención complementaria en el contexto clínico odontológico.

La población estuvo conformada por 42 pacientes atendidos en el área clínica odontológica universitaria, para quienes se definieron criterios de inclusión y exclusión que aseguraron viabilidad metodológica de la muestra. De igual manera, se identificaron y operacionalizaron las variables de investigación, se consideró como variable independiente la Terapia Reiki y como variable dependiente la ansiedad dental, estructuradas mediante dimensiones e indicadores que facilitaron el análisis e interpretación de los resultados.

Para la recolección de la información se empleó *Dental Anxiety Scale* (DAS), instrumento validado internacionalmente para la evaluación de la ansiedad. La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, donde se obtuvo un valor de $\alpha = 0,96$ evidenciando elevada consistencia interna y adecuada fiabilidad para el desarrollo del estudio.

El procedimiento metodológico inicio con la firma del documento de Autorización del paciente y el Consentimiento informado para cumplir con las normativas éticas del Ministerio de Salud del Ecuador y la aplicación del pretest para determinar los niveles iniciales de la ansiedad en los participantes. Posteriormente, se ejecutó la intervención terapéutica mediante sesiones de Terapia Reiki en un entorno clínico controlado y bajo criterios éticos establecidos. Finalmente se aplicó el posttest utilizando nuevamente la escala DAS, con el propósito de identificar las variaciones de los niveles de ansiedad posteriores a la intervención.

Los datos obtenidos fueron organizados, tabulados y analizados mediante técnicas estadísticas SPSS, permitiendo interpretar la efectividad de la Terapia Reiki en la disminución de la ansiedad dental. En conjunto, el plan piloto desarrollado garantizó coherencia con los objetivos planteados, rigor científico en el análisis y sustento empírico para las conclusiones de la investigación.

Con los resultados positivos de la evaluación en el Capítulo III, la propuesta desarrollada en el Capítulo IV plantea la integración de la Terapia Reiki como estrategia complementaria en el área clínica universitaria de la Facultad de Salud y Bienestar de la Universidad Pontificia del Ecuador, con el objetivo de disminuir la ansiedad dental y fortalecer la formación integral de estudiantes y docentes. La propuesta incluye procesos de capacitación, aplicación clínica supervisada y lineamientos metodológicos orientados a promover una atención más humanizada e integral.

La validación realizada por los expertos, mediante la escala de Likert y criterios de pertinencia, viabilidad e innovación, evidenció una alta aceptación de la propuesta. Los especialistas concluyeron que la Terapia Reiki constituye una alternativa complementaria factible y beneficiosa para mejorar la experiencia emocional del paciente y fortalecer competencias humanísticas en la formación odontológica.

La presente investigación analiza científicamente la efectividad de la Terapia Reiki en la reducción de la ansiedad dentro del entorno clínico universitario, promoviendo enfoques integrales innovadores en la atención odontológica y en la formación académica en ciencias de la salud.

Capítulo 1. Proyección de la investigación.

El presente capítulo constituye la base inicial del estudio titulado “Integración de la Terapia Reiki como medicina alternativa en la formación odontológica y su efecto en la reducción de la ansiedad dental en pacientes atendidos en la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el periodo 2024 - 2025” orientada a estructurar y sustentar el proceso investigativo bajo criterios científicos, metodológicos y contextuales. En este apartado se define la línea de investigación, enmarcada en la innovación en la educación en salud y la integración de enfoque multidisciplinarios, integrando componentes clínicos, pedagógicos y terapéuticos en la formación odontológica.

Asimismo, se desarrolla en planteamiento del problema mediante el análisis de la realidad clínica como una condición frecuente en pacientes atendidos por estudiantes, lo cual repercute negativamente en la adherencia al tratamiento, la cooperación durante los procedimientos y la calidad asistencial. Este análisis comprende la descripción del fenómeno, su fundamentación teórica y la identificación de factores causales y sus consecuencias, permitiendo delimitar de forma lógica la problemática objeto de estudio.

A continuación, se procede a la formulación de la pregunta de investigación, constituida a partir de los criterios metodológicos que integran las variables de estudio, la población, el contexto espacial y el periodo temporal, garantizando claridad, viabilidad y pertinencia. En coherencia con ello, se establecen los objetivos de la investigación, tanto el objetivo general como los específicos, los cuales orientan el desarrollo del estudio y definen las acciones necesarias para dar respuesta al problema planteado. De manera complementaria, se formula la hipótesis como una proposición susceptible de verificación empírica, que plantea la existencia de una relación significativa entre la aplicación de la Terapia Reiki y la reducción de los niveles de la ansiedad dental, constituyéndose en un elemento clave para el contraste de los resultados.

El capítulo también contempla la definición del objeto de estudio y el campo de acción, delimitando con precisión el fenómeno investigado y el ámbito en el cual se desarrolló la investigación, específicamente en el entorno clínico odontológico universitario. Se incorpora la justificación de la investigación, en la cual se argumenta su relevancia desde una perspectiva

teórica, al contribuir al conocimiento científico sobre las terapias complementarias; práctica, al proponer estrategias innovadoras para el manejo de la ansiedad dental; y social, al mejorar la experiencia del paciente y promover una atención más humanizada. En este sentido se destaca la pertinencia de integrar la Terapia Reiki como recurso complementario no invasivo que fortalece el enfoque integral de salud.

Finalmente, se establecen el alcance temático y la delimitación espacial y temporal del estudio, precisando los límites dentro de los cuales se desarrollará la investigación, lo que garantiza su factibilidad metodológica y su coherencia con los objetivos planteados. Este proceso incluye la definición de la población de estudio, el contexto institucional y el periodo de ejecución, permitiendo una adecuada planificación del trabajo investigativo. En conjunto, el Capítulo I no solo organiza los componentes esenciales de la investigación, sino que también sienta las bases para el desarrollo de los capítulos posteriores, proporcionando un marco lógico, coherente y científicamente fundamentado que orienta el análisis teórico, metodológico y aplicado al estudio.

1.1. Línea de investigación de la UIIX y su ámbito de estudio.

En la actualidad, las instituciones universitarias enfrentan el desafío de formar profesionales competentes no solo en el dominio académico, técnico y científico, sino también en competencias humanísticas, emocionales y sociales que respondan a necesidades reales de la población. En este sentido, la incorporación de terapias alternativas como el Reiki dentro de los entornos académicos y clínicos representa una oportunidad para fortalecer modelos de atención centrados en el paciente y enriquecer los procesos formativos en ciencias de la salud.

Por ello, la investigación se vincula con la integración de la Terapia Reiki en el área clínica y líneas de estudio orientadas a la innovación educativa, la salud integral y la interdisciplinariedad científica, las cuales permiten sustentar teórica y metodológicamente la propuesta planteada.

Educación, transversalidad a estudios multidisciplinarios

La educación superior contemporánea ha evolucionado desde modelos fragmentados del conocimiento hacia enfoques integradores, donde múltiples disciplinas convergen para resolver

problemas complejos. En ciencias de la salud, esta transversalidad resulta indispensable, ya que el proceso salud-enfermedad involucra dimensiones biológicas, sociales, culturales y pedagógicas.

La ansiedad odontológica, variable central de la tesis, no puede abordarse únicamente desde la odontología clínica, puesto que también intervienen factores emocionales, conductuales y racionales. Por ello, el estudio incorpora conocimientos provenientes de la psicología, pedagogía universitaria. Medicina complementaria y bioética, evidenciando un enfoque multidisciplinarios coherente con las tendencias actuales de investigación científica.

Desde el punto de vista académico, esta línea fortalece la formación del futuro profesional, al promover competencias blandas, empatía clínica, manejo emocional del paciente y comprensión holística del cuidado en salud.

Estudios Comparativos en educación y perspectiva de tipo internacional

La globalización del conocimiento ha impulsado la necesidad de comparar modelos educativos, prácticas curriculares y tendencias de innovación entre instituciones y países. En el ámbito universitario, los estudios comparativos permiten identificar buenas prácticas internacionales susceptibles a la adaptación de contextos locales.

En diversas universidades de Europa, Norteamérica y Asia se ha observado la incorporación progresiva de terapias complementarias, medicina integrativa y estrategias de bienestar dentro de programas académicos en salud. Estas experiencias demuestran una transición hacia sistemas formativos más humanizados e interdisciplinarios.

Desde una perspectiva científica, comparar estas experiencias internacionales con la realidad ecuatoriana permite evaluar brechas, oportunidades y posibilidades de implementación contextualizada. Asimismo, fortalece la validez externa del estudio al fundamentar la propuesta en tendencias globales basadas en evidencia.

La tesis se enmarca en esta línea porque analiza la viabilidad de introducir una práctica terapéutica complementaria – Reiki - dentro de una universidad ecuatoriana, tomando como referencia modelos internacionales de educación en salud integrativa, permite modernizar la

formación odontológica nacional y promover estándares académicos innovadores. Conocimientos aplicados durante la intervención clínica con el paciente y logrando de manera efectiva la disminución de la ansiedad, problemática de esta investigación.

Ambas líneas de investigación guardan estrecha relación, ya que la propuesta doctoral, no se limita a evaluar una terapia complementaria, sino que plantea una transformación clínica y educativa sustentada en la interdisciplinariedad y en referentes internacionales. Desde esta perspectiva, el estudio posee una relevancia científica al generar evidencia local sobre nuevas estrategias para el manejo de la ansiedad odontológica, y relevancia académica al impulsar la innovación curricular en la educación superior.

1.2. Planteamiento del problema

El planteamiento del problema fue elaborado por medio del Método Hexágono, que constituye una estrategia estructurada para formular científicamente el problema de investigación, permitiendo organizar de manera lógica los elementos esenciales que justifican el estudio. Su utilidad radica en integrar observación empírica, sustento teórico, antecedentes científicos, pertinencia social y formulación precisa del problema (Arias J. , 2021).

Este modelo aplicado al ámbito educativo y sanitario, favorece la delimitación rigurosa del fenómeno estudiado, orientado al diseño metodológico y a la construcción de hipótesis válidas. La presente tesis permite analizar la ansiedad odontológica como problema clínico y pedagógico, así como valorar la Terapia Reiki como intervención complementaria. A continuación, se aplicó el método hexágono para el planteamiento del problema:

Evento que observa el investigador (La situación problemática): En el entorno clínico universitario de la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, se evidencia que un número significativo de pacientes manifiesta ansiedad y altos niveles de estrés, motivados por el dolor y experiencias previas negativas, esta desconfianza afectó su experiencia durante los tratamientos realizados por los estudiantes. Esta respuesta emocional se expresa mediante miedo anticipatorio, tensión muscular, rechazo al tratamiento, escasa cooperación clínica.

De manera paralela, los estudiantes en formación enfrentan dificultades en la interacción terapéutica con pacientes ansiosos, lo que limita el desarrollo de competencias de competencias clínicas, comunicativas y humanísticas. Aunque existen alternativas farmacológicas para el manejo de la ansiedad, su uso no siempre resulta necesario, accesible o aceptado por todos los usuarios. En consecuencia, surge la necesidad de explorar estrategias complementarias, seguras y no invasivas que contribuyan al bienestar emocional del paciente dentro del entorno universitario.

La observación directa del fenómeno constituye el punto de partida del método científico, ya que permite identificar una problemática real susceptible de análisis empírico. En este caso, la ansiedad odontológica afecta simultáneamente la calidad asistencial y la formación profesional.

Teorización del fenómeno de estudio: La ansiedad odontológica es definida como una respuesta emocional de aprensión o temor frente a estímulos asociados con la atención dental (Armfield, 2010), esta condición se relaciona con experiencias negativas previas, percepción de dolor, pérdida de control y vulnerabilidad psicológica.

Desde la perspectiva psicobiológica, la teoría de la puerta del control del dolor de Melzack y Wall sostiene que la percepción dolorosa se modula por factores emocionales y cognitivos, lo que explica por qué altos niveles de ansiedad incrementan la sensibilidad al dolor (Melzack, 2013).

Por otra parte, la Terapia Reiki se conceptualiza como una práctica complementaria orientada a inducir la relajación, disminuir el estrés y favorecer equilibrio emocional mediante imposición de manos. Estudios clínicos reportan beneficios en reducción de ansiedad preoperatoria, estrés hospitalario y bienestar subjetivo.

La construcción teórica permite explicar causalmente el fenómeno observado y fundamentar la pertinencia de la intervención propuesta. Sin teoría no hay investigación científica.

Planteamiento de los antecedentes investigativos: La literatura científica internacional demuestra que la ansiedad dental presenta alta prevalencia en la población adulta. (Silviera et al., 2021), mediante revisión sistemática estimaron que entre el 10% y 20% de los adultos

experimentan ansiedad clínica significativa, mientras que un grupo menor presenta fobia dental severa.

En la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (1978), “Reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar, físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad, es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo prioritario en todo el mundo” (Conferencia Internacional de Atención de Salud Primaria, 1978). En este contexto, el Reiki es una terapia neural que permite al paciente disminuir el nivel de ansiedad y como también contribuye con la prevención de la ansiedad a nivel social.

En el ámbito clínico, diversos estudios evidencian que intervenciones no farmacológicas como musicoterapia, respiración guiada, mindfulness y Reiki contribuyen a disminuir ansiedad en procedimientos médicos y odontológicos. Sin embargo, en Ecuador existe limitada producción científica sobre la aplicación del Reiki en clínicas odontológicas universitarias.

Importancia del estudio científico: La relevancia científica de la investigación radica en generar evidencia empírica sobre la efectividad del Reiki como intervención complementaria en el manejo en el manejo de la ansiedad odontológica.

Su importancia social se vincula con la posibilidad de mejorar la experiencia del paciente, incrementar asistencia a consultas preventivas y disminuir conductas evitativas frente al tratamiento dental.

Desde el punto de vista académico, la investigación propone integración e innovación curricular en odontología mediante la inclusión de competencias relacionadas con el bienestar emocional, atención humanizada y terapias integrativas y la perspectiva institucional, mejorar los resultados que podrían orientar políticas universitarias de salud integral y fortalecimiento del modelo docente asistencial.

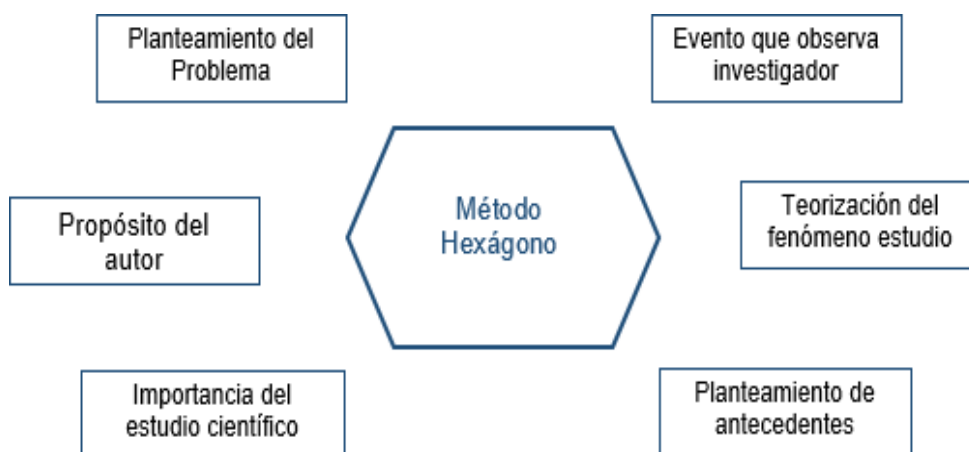
Propósito del autor: En este estudio se buscó resolver el problema en disminuir la ansiedad de los pacientes que acuden al área clínica. En este caso el propósito central es analizar la viabilidad científica, académica y clínica de integrar la Terapia Reiki como medicina complementaria en la

Facultad de Salud y Bienestar, determinando su efecto sobre los niveles de ansiedad de pacientes atendidos en el área clínica odontológica.

De manera complementaria, se buscó fortalecer la formación integral del estudiante de odontología mediante estrategias interdisciplinarias centradas en el paciente. El propósito delimita la intencionalidad investigativa y orienta los objetivos, variables, metodología e hipótesis.

Figura 1

Esquemmatización del Método Hexágono en el planteamiento del problema



Nota: Guía para elaborar el planteamiento del problema (Arias J. , 2021)

La aplicación del Método Hexágono permite estructurar rigurosamente el problema científico desde una perspectiva lógica, contextual y sustentada en evidencia. Se demostró que la ansiedad odontológica constituye una problemática real dentro del entorno universitario y que la Terapia Reiki emerge como alternativa innovadora susceptible de evaluación científica. Por ello, la investigación posee pertinencia académica, relevancia social y potencial impacto institucional.

1.3. Formulación del problema (Pregunta de investigación).

La formulación del problema surge a partir del análisis de la ansiedad dental como una alteración emocional frecuente en pacientes atendidos en área clínica odontológica universitaria, afectando la cooperación, adherencia terapéutica y calidad de atención. Frente a esta realidad se plantea la necesidad de evaluar estrategias complementarias e innovadoras, como la Terapia Reiki, orientada a disminuir los niveles de ansiedad y fortalecer una atención integral y humanizada dentro del contexto asistencial y académico.

Tabla 1

Estructura para formular la pregunta de investigación

Adverbio	Variables	Población	Espacio	Tiempo	Pregunta
¿Cómo?	Reducir ansiedad	Pacientes de clínicas			¿Cómo influye la aplicación de la Terapia Reiki en los niveles de ansiedad de pacientes atendidos en el área clínica?
¿Cómo?	Capacitar Terapias Complementarias	Estudiantes y docentes			¿Cómo puede la capacitación en terapia Reiki, fortalecer la formación académica?
¿Cuál?	Nivel de ansiedad	Pacientes de clínicas	Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador	2024 - 2025	¿Cuál es nivel de ansiedad de los pacientes atendidos en el área clínica antes y después de la aplicación Terapia Reiki?
¿Cuál?	Nivel de conocimiento	Estudiantes y docentes			¿Cuál es el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes y docentes sobre la Terapia Reiki?
¿Qué?	Barreras y oportunidades	Estudiantes y docentes			¿Qué barreras y oportunidades existen para integrar la Terapia Reiki como estrategia complementaria en la formación académica y práctica clínica?

Nota: Formulación del problema considerando población, espacio y tiempo. *Fuente:* Elaboración propia.

Considerando los elementos anteriores, la pregunta científica de investigación se plantea de la siguiente manera:

¿Cuál es la efectividad de la integración de la Terapia Reiki como medicina complementaria en la reducción de los niveles de ansiedad de los pacientes atendidos en el área clínica odontológica de la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el período 2024 – 2025?

1.4. Justificación.

La presente investigación se justifica por su relevancia científica, clínica, social, al abordar una problemática frecuente y de impacto creciente en los servicios odontológicos: la ansiedad asociada a la atención dental. Este fenómeno constituye una barrera significativa para el acceso oportuno a los tratamientos, ya que genera temor anticipatorio, postergación de citas, abandono terapéutico y resistencia durante los procedimientos clínicos. Como consecuencia, los pacientes suelen acudir en etapas avanzadas de enfermedad bucodental, incrementando la complejidad asistencial y los costos de atención (Silviera et al., 2021)

El estudio resulta pertinente científicamente debido a la necesidad de generar evidencia empírica local sobre la eficacia de intervenciones no farmacológicas en el control de la ansiedad odontológica. Si bien investigadores internacionales han reportado resultados favorables de terapias complementarias como musicoterapia relajación guiada y Reiki en contextos sanitarios, en el Ecuador aún existe limitada capacitación respecto a la aplicación en clínicas odontológicas universitarias. En este sentido, la investigación contribuirá al desarrollo del conocimiento científico nacional, validando estrategias innovadoras adaptadas al contexto de salud y académico.

La aplicación del Reiki en el contexto clínico asistencial, permite reducir el uso de sedantes y ansiolíticos, promoviendo métodos más naturales y menos invasivos, ayuda a mejorar la relación paciente-odontólogo mediante un enfoque empático y comprensivo hacia las necesidades emocionales del paciente. La Odontología Neurofacial y la tradicional guardan una íntima relación, en la que se utilizan los mejores recursos en beneficio del paciente logrando obtener la confianza y el aumento recurrente en las visitas odontológicas.

Aportar con la salud psicológica del paciente es fundamental, el conocimiento de qué es la ansiedad dental para su buen manejo posterior. Todo profesional debe abordar de manera

integral al paciente, lo que necesariamente implica conocer las variables psicosociales en juego al momento de trabajar con personas, las cuales no deben ser excluidas cuando se trata de tratamientos odontológicos. Favorecer con la calidad de salud dental del paciente, mediante técnicas de reestructuración cognitiva o técnicas de relajación y autocontrol, el paciente podría conseguir enfrentarse a las visitas al dentista, reducir las conductas de evitación y también las citas irregulares. Quizá de esta forma el número de consultas preventivas podría aumentar, reduciéndose la cantidad de consultas de intervención, que dan lugar a mayor número de reacciones negativas.

La incorporación de esta terapia en el plan de estudios, capacitará a los futuros odontólogos en habilidades holísticas y manejo en técnicas de relajación; ampliará su perspectiva sobre una atención centrada en el paciente, concientizará la importancia en aplicar las intervenciones clínicas convencionales y las complementarias en su práctica, mejorando la experiencia del paciente reduciendo la ansiedad. Innovar técnicas holísticas en la formación de estudiantes, docentes y profesionales, facilitará la implementación de métodos que optimicen la interacción con el paciente durante los tratamientos odontológicos, siendo el Reiki una terapia segura que contribuirá con la disminución de la ansiedad del paciente.

Finalmente, la investigación posee valor institucional y prospectivo, ya que sus resultados podrán servir de base para el diseño de protocolos de atención integrativa, programas de capacitación y futuras líneas de investigación interdisciplinaria en salud, como también permitirá posicionar a la Pontificia Universidad católica del Ecuador como referente de innovación educativa y clínica dentro del ámbito odontológico universitario.

En síntesis, esta tesis se justifica porque busca solucionar una problemática real mediante una propuesta científica, innovadora y aplicable, articulando bienestar del paciente, excelencia académica y transformación de la práctica clínica contemporánea.

1.5. Objeto de estudio.

El objeto de estudio de la presente investigación se centra en la integración de la Terapia Reiki como medicina complementaria y su efectividad en los niveles de ansiedad dental en

pacientes atendidos en el área clínica odontológica de la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el periodo 2024 – 2025.

Asimismo el estudio examina la incorporación de enfoques terapéuticos integrativos en los procesos de formación en educación superior, considerando su contribución al fortalecimiento de competencias clínicas, humanísticas y socioemocionales en ciencias de la salud, mediante un abordaje interdisciplinarios centrado en bienestar integral del paciente y la humanización de la atención odontológica.

1.6. Campo de acción.

El campo de acción de la presente investigación se circunscribió en el ámbito académico, clínico y asistencial de la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, específicamente en los espacios donde se desarrollan actividades de atención odontológica a pacientes y formación profesional.

El estudio se enfocó en integrar la terapia Reiki como intervención complementaria, segura y ética en el entorno clínico odontológico, orientado en disminuir las manifestaciones de ansiedad en los pacientes que acuden al área clínica universitaria y promover bienestar durante los procedimientos, sin sustituir tratamientos odontológicos convencionales.

El campo académico, comprende la incorporación de conocimientos teóricos y prácticos sobre terapias complementarias dentro de los procesos formativos de estudiantes y docentes, promoviendo competencias relacionadas con la atención integral, manejo emocional del paciente, comunicación terapéutica y humanización de los servicios de salud.

Desde la estrategia institucional, se proyecta hacia el diseño de lineamientos y estrategias que permitan valorar la factibilidad de integrar el Reiki como recurso complementario en la práctica clínica universitaria, respetando criterios científicos, éticos y normativos.

El campo de acción se centra en la implementación y evaluación de la terapia Reiki como herramienta complementaria en la formación odontológica universitaria y en el manejo de la ansiedad de los pacientes atendidos en la clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el periodo 2024 – 2025.

1.7. Objetivos.

Los objetivos de la investigación son acciones definidas que buscan abordar y resolver un problema identificado, permitiendo investigar y profundizar en el mismo lugar o simplemente detectarlo. Su principal función es guiar el proceso de investigación hacia la solución del problema planteado. (Arias J. , 2021)

Analizar la integración de la Terapia Reiki como medicina complementaria y su influencia en la disminución de la ansiedad en los pacientes atendidos en el área clínica de la carrera de Odontología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el periodo 2024-2025.

1.7.1. Objetivo General.

Proponer la integración de la Terapia Reiki como medicina alternativa en la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para reducir los niveles de ansiedad de pacientes atendidos en el área clínica, y fortalecer la formación académica de estudiantes y docentes durante el período 2024 – 2025.

1.7.2. Objetivos específicos.

1. Diagnosticar el efecto de los niveles de ansiedad dental en pacientes atendidos en el área clínica antes y después de la intervención, mediante la aplicación de instrumentos validados como las escalas DAS.
2. Analizar los fundamentos teóricos de la Terapia Reiki (variable independiente); la ansiedad dental (variable dependiente) y la formación odontológica (variable complementaria).
3. Elaborar una propuesta de integración de la Terapia Reiki para el área clínica universitaria y proponer lineamientos para disminuir la ansiedad dental, y como proceso complementario capacitar a los estudiantes y docentes como estrategia innovadora en la formación.
4. Validar la propuesta del plan piloto mediante los resultados de confiabilidad Alfa Conbrach y de los criterios de expertos.

1.8. Hipótesis.

La integración de la Terapia Reiki como medicina complementaria produce una disminución significativa en los niveles de ansiedad de los pacientes atendidos en el área clínica odontológica de la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el período 2024–2025, favoreciendo el bienestar emocional y fortaleciendo la atención integral en el contexto clínico universitario.

La integración de la Terapia Reiki como complemento al entorno clínico odontológico, obtendrá un efecto positivo. Varios estudios mencionan que existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad de los pacientes antes y después de la ejecución de sesiones Reiki, evidenciando una reducción significativa post-tratamiento, mejora su percepción sobre su experiencia general en comparación con métodos convencionales. Sin embargo, los resultados de esta investigación permitieron determinar que la Terapia Reiki tiene un impacto significativo en la reducción de la ansiedad de pacientes con esta patología.

Asimismo, la hipótesis se sustenta en antecedentes científicos relacionados con los efectos de las terapias complementarias sobre la reducción del estrés y la estabilidad emocional, permitiendo analizar la efectividad de Reiki en el contexto odontológico. De igual manera tiene coherencia metodológica entre la variable independiente, correspondiente a la Terapia Reiki y la variable dependiente, asociada a los niveles de ansiedad dental, facilitando la evaluación e interpretación de los resultados investigativos.

De igual manera, la hipótesis adquiere relevancia académica y clínica al contribuir con evidencia contextualizada sobre la aplicación de terapias complementarias en instituciones de educación superior, favoreciendo el desarrollo de modelos de atención integrativa y humanizada en odontología.

1.9. Alcance temático.

La presente investigación posee un alcance teórico, metodológico y práctico orientado a delimitar el conjunto de conocimientos científicos, clínicos y educativos aplicados al estudio de Terapia Reiki como intervención complementaria en la reducción de la ansiedad dental dentro

del contexto universitario odontológico. Desde la perspectiva teórica, la investigación se sustenta en fundamentos relacionados con la ansiedad odontológica, la salud integral, la humanización de la atención clínica y las terapias complementarias, especialmente la Terapia Reiki, analizando enfoques multidisciplinarios provenientes de la odontología, psicología, educación superior y medicina integrativa. Asimismo, se consideran estudios científicos nacionales e internacionales publicados en los últimos años, permitiendo contextualizar el problema y sustentar la propuesta investigativa bajo criterios de evidencia científica.

En el alcance metodológico el estudio se desarrolla mediante un enfoque cuantitativo con diseño cuasiexperimental tipo pretest–posttest, orientado a evaluar los cambios en los niveles de ansiedad dental antes y después de la aplicación de la Terapia Reiki. Para ello, se aplican instrumentos validados internacionalmente como la escala *Dental Anxiety Scale* (DAS), además de procedimientos estadísticos que permiten medir la confiabilidad, validez y análisis de resultados obtenidos en la población estudiada. El alcance metodológico también comprende la operacionalización de variables, criterios éticos, selección de la muestra y aplicación de técnicas de recolección y procesamiento de datos dentro del entorno clínico.

En el plano práctico el estudio propone la integración progresiva de la Terapia Reiki en la atención clínica universitaria y formación odontológica, con el propósito de fortalecer competencias humanísticas, mejora la experiencia emocional del paciente promover modelos innovadores de atención integral en salud.

1.10. Delimitación Espacial y Temporal.

La presente investigación se desarrolló en la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), específicamente en el área clínica de la carrera de odontología, donde se brinda atención integral a los pacientes en un entorno académico y asistencial. Este espacio fue seleccionado por constituir un escenario idóneo para la aplicación de intervenciones complementarias, al integrar procesos de formación profesional con la prestación de servicios de salud bucal.

La delimitación espacial comprende, por tanto, los consultorios odontológicos universitarios, en los cuales se ejecutaron los procedimientos clínicos habituales y la aplicación

de la Terapia Reiki como intervención complementaria. Se consideró también la participación de estudiantes y docentes involucrados en el proceso formativo, actores clave para la implementación del modelo propuesto.

En cuanto a la delimitación temporal, el estudio se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre los años 2024 -2025, tiempo en el cual se planificaron, ejecutaron y evaluaron las diferentes fases de la investigación. Este intervalo permitió realizar la medición de los niveles de ansiedad dental de dos momentos específicos: previo a la intervención (pretest) y posterior a la aplicación de la Terapia Reiki (postest), garantizando así la comparación de resultados y el análisis del efecto de la variable independiente. Además, el periodo establecido facilitó la recolección sistemática de dato, la validación de instrumentos y el desarrollo de la propuesta de integración en el ámbito clínico y académico. Esta delimitación temporal asegura la coherencia metodológica del estudio y la pertinencia de los hallazgos en el contexto clínico y educativo en el que se cataloga la investigación.

CAPÍTULO 2. Fundamentos Teóricos Referenciales.

Los fundamentos teóricos de la integración del Reiki como medicina alternativa en la carrera de Odontología y su efecto en los pacientes de clínicas dentales se basan en la creencia de que esta terapia, es una técnica de sanación energética, que puede ayudar a reducir la ansiedad y estrés de los pacientes durante los tratamientos dentales.

Esta práctica se fundamenta en la idea que la energía vital puede ser canalizada a través de las manos para promover la relajación, el equilibrio y la sanación en el cuerpo y la mente. Se considera que la aplicación del Reiki en el contexto odontológico puede contribuir a mejorar la experiencia de los pacientes, disminuir la ansiedad asociada con los procedimientos dentales y favorecer un estado de bienestar general.

En relación a este contexto, la presente investigación está enfocada en realizar una revisión bibliográfica y encuestas individuales sobre la ansiedad experimentada en los pacientes que asisten al área de odontología de la Universidad Católica del Ecuador, tanto antes como después de los tratamientos. Dado que la ansiedad es un problema de salud mental, el objetivo es desarrollar una metodología complementaria que ofrezca estudiantes, docentes y profesionales nuevas estrategias para de mejorar la atención al paciente. En particular, se explorará la incorporación de la Terapia Reiki como una alternativa terapéutica para el manejo de la ansiedad en este contexto clínico.

2.1. Estado del arte (Marco Histórico y Actual).

2.1.1 Marco Histórico

El temor al dolor odontológico se encuentra documentado desde la antigüedad y la Edad Media, donde las primeras concepciones sobre las enfermedades dentales, como la creencia del “gusano dental”, se difundieron en Mesopotamia, el mundo clásico y la Europa medieval. En este periodo, la atención odontológica era practicada por curanderos y barberos-cirujanos, y los procedimientos, como las extracciones públicas, reforzaban el carácter aversivo de la experiencia dental (Gerabek WE, 1999; Ruby JD, 2010).

Con el proceso de profesionalización del siglo XVIII, a partir de la obra *Le Chirurgien Dentiste de Pierre Fauchard* (1728), se establecieron las bases de la odontología moderna mediante la clasificación de procedimientos operatorios y preventivos. No obstante, a pesar de la racionalización de la práctica, el dolor continuó siendo un elemento central en la atención, manteniendo la ansiedad anticipatoria en los pacientes (Spielman, 2007; Umut Aksoy, 2024).

Durante el siglo XIX, la introducción de la anestesia marcó un punto de inflexión en la reducción del dolor procedimental, con el uso del óxido nitroso por Horace Wells en 1844 y la demostración del éter por Willian Morton en 1846. Sin embargo la lenta difusión de estas técnicas prolongó el miedo al tratamiento odontológico durante varias décadas (Alfred, 2010; Laresh Mistry, 2024).

En el siglo XX, los avances tecnológicos, como la introducción de la turbina de aire, permitieron reducir los tiempos operatorios, aunque factores como el ruido y la vibración se consolidaron como estímulos condicionantes de la ansiedad dental. Paralelamente, se desarrollaron anestésicos locales más seguros locales más seguros, como la novocaína, junto con técnicas conductuales y métodos de sedación que buscaba mejorar la experiencia del paciente (Gibson, 2012; Bur, 2025).

2.1.2 Marco Actual

Estadísticas de la ansiedad en la atención odontológica

La ansiedad o temor dental, viene desde siglos anteriores hasta la actualidad, razón por la que se investigó en artículos científicos el comportamiento de la ansiedad dental a nivel mundial, estas son estimaciones basadas de evidencias disponibles de encuestas, revisiones sistemáticas revisadas desde el año 2020 hasta el año 2024. La mayoría de los datos globales provienen de revisiones que agrupan estudios individuales de diferentes países y escalas de medición. Las cifras pueden variar según la herramienta de medición (por ejemplo: MDAS, CFSS-DS o escalas de miedo), otro factor considerado es la edad de los participantes, el tipo de muestra comunitaria o clínica.

Estados Unidos

En América del norte durante la pandemia del 2020, disminuyeron las visitas dentales y aumentó la postergación de tratamientos, no por la ansiedad, si no por temor al contagio, por lo que la atención dental cayó, aunque la prevalencia de la ansiedad clínica probablemente se mantuvo o aumento levemente. (Kranz et al., 2021). La prevalencia de ansiedad y temor dental presenta variaciones significativas dependiendo de las escalas utilizadas (como DAS, MDAS) y las definiciones adoptadas (diferenciando entre ansiedad leve, moderada o severa). Las investigaciones y revisiones de la literatura se estima que entre el 20% y el 25% de los pacientes odontológicos experimentan ansiedad dental en niveles clínicamente significativos, mientras que alrededor del 12,4% presentan ansiedad elevada y el 3,3% manifiestan fobia. (Peric y Tadin, 2024).

Tabla 2

Prevalencia de la ansiedad dental de adultos en Estados Unidos

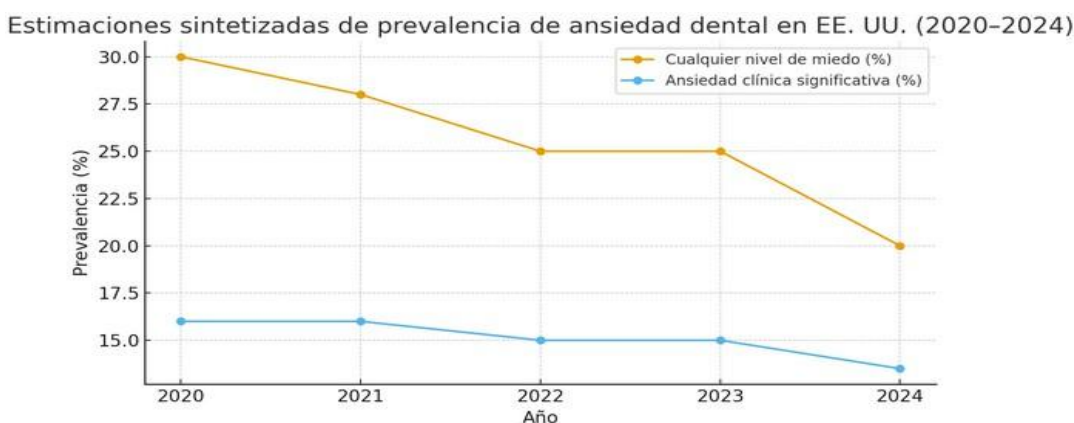
Año	Estimación (algún grado de miedo)	Estimación (algún grado de ansiedad)	Prevalencia
2020	20-40%	≈ 12-20%	Pandemia los tratamientos dentales disminuyeron, el 33% entre MAR-AGO 2020. La prevalencia clínica se aproxima a rangos de ≈ 19%
2021	18-35%	≈ 12-20%	Revisiones y estudios previos mantienen cifras similares: variabilidad por instrumento. Encuestas sobre bienestar documentan aumento de problemas de ansiedad y miedo en pacientes. (American Dental Association, 2021) (Silviera et al., 2021)
2022	15-30%	≈ 11-18%	Estudios de intervenciones y revisiones continuaron mostrando prevalencias globales/US en este rango, algunos estudios de clínica señalan aproximado del 19% en adultos. (Serge Steenen, 2024) (Elizabeth K. et al., 2025)
2023	15-30%	≈ 11-18%	Consistencia con los años 2021-2022; la recuperación de visitas no significa desaparición del miedo. (Amy y Robin, 2022)
2024	13-25%	≈ 10-15%	Revisiones de meta-análisis y estudios del 2023-2024 promedian alrededor de 13-15% para ansiedad clínica significativa (a nivel global/adulto); cifras en Estados Unidos suelen situarse algo por

Nota: Revisión bibliográfica. Análisis de varios artículos científicos

Diversos estudios recientes evidencian que aproximadamente el 72,6% de los participantes experimentó algún grado de miedo dental, principalmente leve, superando ampliamente el umbral clínico tradicionalmente considerado para la ansiedad dental. (Versaci, 2025), identificando el dolor como el principal factor desencadenante en el 59% de los casos (American Dental Association, 2025) Es fundamental diferenciar entre el miedo dental general y la ansiedad dental, de los cuales el 45,8% corresponde a niveles moderados y el 26,8% niveles severos (Heyman et al., 2025).

Figura 2

Estimaciones sintetizadas de prevalencia de ansiedad en EE.UU. (2020-2024)



Nota: Revisión bibliográfica. Análisis de varios artículos científicos

Asia

La prevalencia en Asia muestra gran diversidad entre países y según el instrumento usado; y los estudios contenidos entre 2020-2025 reportan prevalencias desde el $\approx 15\%$ (estimaciones globales) hasta $>35\%$ en meta análisis nacionales (china) y picos más altos en muestras clínicas. (Silviera et al., 2021). En China se realizó

el meta-análisis de treinta y nueve estudios que implicaba 24309 sujetos, la prevalencia combinada en adultos fue de $\approx 31.5\%$ (IC 95% $\sim 31.3\%$ -40%); el mayor segmento estuvo concentrado en mujeres y adultos jóvenes. Esto muestra que al menos en China, la ansiedad es relativamente alta (Hong et al., 2023)

Estudios nacionales y clínicos recientes (ejemplos 2021-2014): BMC (Líbano) informó 31.5% de ansiedad en adultos; BMC *Oral Health* (Sri Lanka, nuestra clínica abril-junio 2023) halló 70% moderada más 19% externa (es decir, el $\sim 89\%$ con niveles moderados/altos en esa muestra clínica). En Paquistán y otras muertas del sur de Asia se han reportado tasas elevadas (MDAS >10 muy frecuentes). Estos resultados muestran la variabilidad por muestra (población general vs pacientes) y por instrumento (Kasen et al., 2021).

En relación a revisiones sistemáticas sobre niños y estrategias no farmacológicas mencionaron también prevalencias importantes en poblaciones pediátricas asiáticas (varios estudios 2020-2024) y recomiendan intervenciones conductuales (Sarrah et al., 2024)

La evidencia epidemiológica reciente (2025), presenta altas tasas de prevalencia y marcada viabilidad regional, con valores que oscilan entre el 40% y el 80% en población adulta.

Tabla 3

Estadísticas de la ansiedad dental en Asia

Año	País	Muestra	Instrumentos de medición	Prevalencia
2024	Sri Lanka	Clínica Dental n=400 adultos	MDAS	Nivel de ansiedad moderada/alta 70%-89% (Silviera et al., 2021)
2021	China	39 estudios n=24.309	DAS, CFSS, DS	35.4% prevalencia total. (31.3-40%) (Hong et al., 2023)
2022	Indonesia	Universidad n=554	Dental Anxiety (variable)	$\approx 27\%$ -30% con alta ansiedad

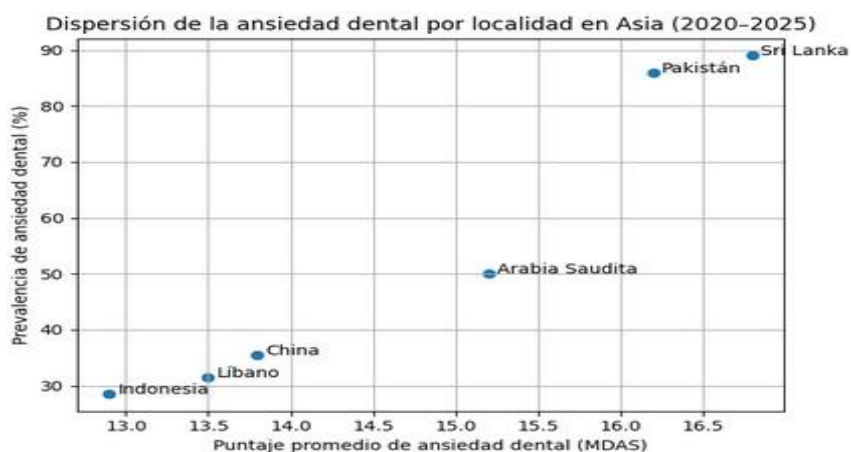
2024	Pakistán, India	Revisiones comparativas	MDAS, otras	Pakistán reporta ≈86%; India ≈51.8% moderada/alta
2025	Líbano y Arabia Saudita	Pacientes dentales	SDAI, MDAS varios	Líbano ≈31.5% Arabia Saudita ~48.3%-51.66% (Kasen et al., 2021)

Nota: Las variaciones de prevalencia responden a diferencia metodológicas: Tipo de muestra (clínica vs comunidad)

Los estudios encontrados de la ansiedad dental en Asia, evidenciaron que la ansiedad dental presenta una alta prevalencia y variabilidad entre países siendo una muestra heterogénea. En Sri Lanka y Pakistán se reportan los niveles más elevados (70%-89%); en contraste India y Arabia Saudita alrededor del 50%; China y Líbano presentan niveles moderados 30%-35%; similares a Indonesia 27%-30%. Estos resultados reflejan que es un problema en Asia, influenciado por factores socioculturales y clínicos.

Figura 3

Dispersión de ansiedad dental Asia



Nota: El gráfico de dispersión, se da por las variaciones de prevalencia por localidad, no existe datos globales del continente Asiático.

El análisis de dispersión por localidad evidencia una asociación positiva entre el puntaje medio de ansiedad dental y la prevalencia poblacional. Países con Sri Lanka y Pakistán se concentran en el cuadrante superior derecho, indicando valores elevados tanto en intensidad de ansiedad como en prevalencia, principalmente en muestras clínicas. En contraste, Indonesia y Líbano presentan menores puntajes promedio y prevalencias moderadas, mientras que China muestra valores intermedios consistentes con estimaciones metaanalíticas en población adulta.

Europa

No existe información anual de Europa que publique una cifra oficial año a año para la ansiedad dental, se considera una revisión sistemática de estudios europeos específicos y artículos publicados con base del 2020-2025.

La población joven y vulnerable, tuvo mayor impacto en la pandemia 2020-2021, años en el que se produjo un aumento transitorio en el nivel de ansiedad relacionado con la visita dental por temor al contagio. (Cunoti et al., 2024) (Tofanchigha et al., 2022). A medida que las restricciones se redujeron en los años 2022-2023, las clínicas retomaron su actividad y los niveles de ansiedad se normalizaron parcialmente, sin embargo un subgrupo presentaba ansiedad elevada por antecedentes de trauma dental. (Tofanchigha et al., 2022) (Sarrah et al., 2024).

Estudios epidemiológicos en Europa en el año 2025, indican que entre el 10% y el 20% de la población adulta presenta niveles clínicamente significativos de la ansiedad dental, mientras que un porcentaje menor, estimado entre el 3% y el 5%, desarrolla fobia dental.

Tabla 4

Estadísticas de la ansiedad dental en Europa

Año	Porcentaje estimado ansiedad %	Instrumentos de medición	Prevalencia
2020	15.3% 13,10%	DAS, MDAS, DFS, IDAF	Nivel de ansiedad moderada en 15-16% de adultos Europeos, Alta DFA ≈12,4%, severa 3,3% (Silviera et al., 2021)

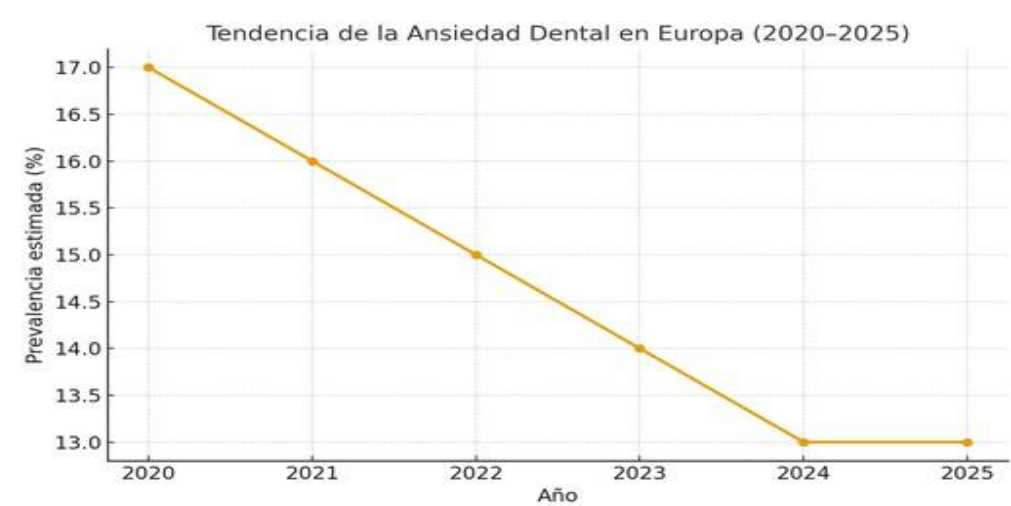
			En el estudio relación entre albaneses y alemanes, no hubo una diferencia significativa. (Cunoti et al., 2024)
2021	18%	DAS, CFSS, DS	Incremento significativo post COVID, mayor temor al contagio en clínicas.
2022	15-30%	≈ 11-18%	Estudios de intervenciones y revisiones continuaron mostrando prevalencias globales/US en este rango, algunos estudios de clínica señalan aproximado del 19% en adultos. (Serge Steenen, 2024) (Elizabeth K. et al., 2025)
2024	9,70%	MDAS	Encuesta <i>on line</i> participantes europeos, se reportó subgrupos con ansiedad alta y asociación con baja calidad de vida oral. (Peric y Tadin, 2024)

Nota: Revisión bibliográfica. Análisis de varios artículos científicos

Estudios y revisiones sistemáticas encuentran que la ansiedad dental, en adultos tiene una prevalencia media de alrededor del 15%, con variaciones según el instrumento de medición empleado y las características sociodemográficas de los participantes. (Peric y Tadin, 2024). Estos hallazgos, con cifras documentadas y métodos de evaluación psicológica validados, subrayan la importancia de incluir la ansiedad dental como variable de análisis en investigaciones de salud pública y odontología en Europa (Emmanuel et al., 2007)

Figura 4

Tendencia de la ansiedad dental en Europa



Nota: Revisión bibliográfica. Análisis de varios artículos científicos

En conclusión el resultado cuantitativo de prevalencia estimada en adultos europeos entre el año 2020-2025 tuvo un promedio del 15%, del $\approx 12-16\%$ para niveles de ansiedad dental de intensidad moderada a alta; $\approx 2-4\%$ para fobia dental severa y $\approx 3,3\%$. La evidencia sintetizada indica que ~ 1 de cada 7-8 adultos en Europa presenta un nivel clínicamente relevante de ansiedad dental.

América del Sur

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed/PMC, Scopus en un periodo desde el año 2020 hasta 2025 que reportaran prevalencias de la ansiedad dental en América del Sur. Se utilizaron estimaciones reportadas en estudios sudamericanos, evidencia de revisiones sistemáticas, metanálisis, sin embargo existió poca información. En el estudio realizado por Chambi (2024), reporta que la prevalencia dental en adultos de América del Sur, tuvo un valor central aproximado del 17% entre los años 2020-2025; no obstante, durante los años 2020-2021 no se dispuso de datos poblacionales debido al confinamiento por COVID, sin embargo, se obtuvo ansiedad en estudiantes y profesionales de odontología por el contacto directo en boca. Estudios clínicos puntuales en muestras de pacientes de clínicas privadas o muestras académicas, reportaron prevalencias muy altas $>40-80\%$ con niveles leves de ansiedad, sin embargo esos valores no son representativos de la población en general (Chambi y Lavallo, 2024). La ansiedad dental es más alta en muestras que consultan procedimientos específicos, mientras que estudios poblacionales tienden a dar cifras menores. (Chauca et al., 2024).

Tabla 5

Análisis de la ansiedad dental en Sudamérica 2020-2025

Año	% Nivel de ansiedad	Instrumentos de medición	Prevalencia
2020	$\approx 14-18\%$ (estimación regional)	No hay estudios publicados específicos por país en Sur América. Referencia global pre/post COVID: estimación global DFA 15,3% (Silviera et al., 2021)	

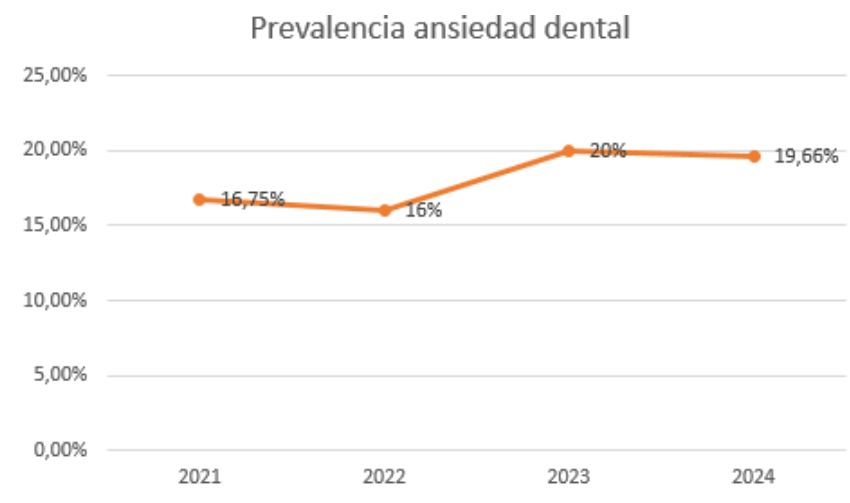
2021	≈15-20%	Cuestionario Web Autoadministrado	Estudios brasileños y revisiones sobre DFA, respaldaron valores similares; además aumento de ansiedad general por pandemia en poblaciones sanitarias y estudiantes. (Brito et al., 2022)
	96.06%	MDAS	Estudio realizado en Perú, en una muestra de 660 pacientes adultos del área clínica. (Espejo et al., 2021)
2022	16% (Rango 10-30%)	Cuestionario WHOQOL-BREF	No existió información sobre la ansiedad dental en pacientes. Se registró ansiedad en los profesionales expuestos en la atención directa a los pacientes durante y después de la pandemia. (Cruz et al., 2022)
2023	≈14-22%	MDAS	Pocos Estudios suramericanos publicados, muestran heterogeneidad (pacientes clínicos suelen reportar el >15% (Dhanapriyanka et al., 2024)
	62.5%	Escala de ansiedad	Análisis en pacientes de exodoncia consultorio dental <i>Smile</i> , Lima. (Abarca, 2023)
2024	≈15-25%		Estudios clínicos y hospitalarios en países andinos reportan prevalencias variables, con un promedio del 18% (Dhanapriyanka et al., 2024)
	47%	SDAI	
	19%	MDAS	El estudio en 384 pacientes, realizados en clínica dental de Ecuador, 47% moderada-severa y 19% nivel de ansiedad alta.

Nota: Revisión bibliográfica. Análisis de varios artículos científicos

La ausencia de datos refleja la limitada disponibilidad de información de estudios epidemiológicos longitudinales en Suramérica, lo que constituye una limitación frecuente en investigaciones regionales sobre la ansiedad dental.

Figura 5

Prevalencia promedio de la ansiedad dental en Suramérica



Nota: Revisión bibliográfica. Análisis de varios artículos científicos

En conclusión general, la ansiedad dental presenta una importante prevalencia, con tasas de 4,23% en países europeos, con mayor incidencia en Reino Unido, Sudamérica un promedio del 37,9%. Estados Unidos aproximadamente 12 millones de personas sufre de una severa fobia dental. (Ríos M, 2014). En la actualidad la prevalencia global estimada de ansiedad o miedo dental en adultos suele rondar entre ~12-16% para niveles clínicamente relevantes, con variaciones según la herramienta de valoración.

El meta análisis realizado por Guofang, et al (2024), sobre la prevalencia global del miedo, la ansiedad dental y factores asociados en niños de 2 a 6 años, de 2895 artículos, 25 cumplían criterios de inclusión, estos estudios observacionales fueron publicados entre 2020 y 2023. Los resultados evidenciaron una prevalencia combinada de ansiedad dental del 30% en la población infantil temprana, los niños sin experiencia previa a la atención odontológica y aquellos con antecedentes de caries dental, presentaron mayor probabilidad de sentir miedo y ansiedad dental.

Los autores concluyeron que la ansiedad dental constituye un problema frecuente en la primera infancia a nivel mundial, siendo los factores de riesgo hábitos inadecuados de higiene oral y una atención odontológica centrada en la resolución del dolor más que en la prevención (López , 2020) y la ausencia de visitas odontológicas previas para prevenir las caries. Por tal

razón, sugirieron diseñar estrategias preventivas, manejo clínico que favorezca una atención dental integral y humanizada en niños. (Guofang et al., 2024)

Tabla 6

Prevalencia global de la ansiedad dental en niños periodo 2020-2023

Ciudad	Prevalencia ansiedad	Años	Diseño de estudio	Tamaño muestra	Test	Fuente
Asia						
India	98%	3-5	Transversal	40	CFSS-DS	Niño
India	32%	3-5	Transversal	100	FBRS	Dentista
India	28%	5-6	Transversal	118	CFSS-DS	Familiar
India	26%	4-6	Transversal	80	CFSS-DS	Dentista
India	41%	3-5	Transversal	250	VBRS	Dentista
China	14%	3-5	Transversal	340	FIS	Niño
China	4%	3-5	Transversal	498	FBRS	Dentista
China	35%	2-6	Transversal	260	VBRS	Dentista
Irán	32%	3-6	Transversal	117	FBRS	Dentista
Irán	31%	3-6	Transversal	289	FBRS	Dentista
Irán	22%	3-6	Transversal	200	CFSS-DS	Pariente
Indonesia	61%	3-6	Transversal	483	CFSS-DS	Pariente
Arabia Saudita	27%	3-6	Transversal	282	FBRS	Dentista
Europa						
Bélgica	33%	3-6	Transversal	109	Cuestionario	Niño
Croacia	35%	3-6	Transversal	796	DAQ	Pariente
Republica Checa	20%	3-6	Transversal	427	VPT	Niño
Inglaterra	23%	5	Transversal	1405	DAQ	Pariente
Suiza	27%	3-5	Transversal	100	FIS	Niño
Turquía	16%	4-6	Transversal	90	FBRS	Dentista
Sur América						
Brasil	24%	3-6	Transversal	82	FBRS	Dentista
Brasil	40%	4-6	Transversal	48	FBRS	Dentista
Brasil	22%	2	Transversal	525	DAQ	Pariente
Brasil	67%	2-5	Cohorte	39	VBRS	Dentista
Brasil	17%	5	Cohorte	1129	DAQ	Pariente
Brasil	21%	<6	Transversal	1644	DAQ	Pariente

Nota: Análisis bibliográfico (Guofang et al., 2024)

En conocimiento estadístico de los altos niveles de ansiedad a nivel global, se pretende analizar alternativas no farmacológicas que nivelen el estado emocional del paciente, en este sentido empezamos a estudiar tendencias actuales de las Terapias complementarias, específicamente el Reiki.

Evolución de la Terapia complementaria Reiki

La medicina tradicional oriental tiene sus raíces en sistemas filosóficos – terapéuticos milenarios. La Medicina Tradicional China (MTC) se documenta en el *Huangdi Neijing* o Clásico de la Medicina Interna del Emperador Amarillo (2598-2697 a.C), texto fundamental que describe el equilibrio de Qi (energía vital) y los principios del yin – yang como base de la salud (Freitag et al., 2014). De forma paralela, el Ayurveda, conocido como “Ciencia de la Vida”, se originó en el periodo védico de la India (primer y segundo milenio a.C), enfocándose en la armonía entre cuerpo, mente y espíritu mediante el flujo equilibrado del prana o energía vital, Ambos sistemas comparten una cosmovisión energética donde la enfermedad resulta de desequilibrios en la energía interna del individuo. (White, 2017)

En el antiguo Japón, las prácticas espirituales estaban influenciadas por el budismo japonés, el shintoísmo (1868) o “adoración a la naturaleza, artes adivinatorias, veneración a los dioses”, y el *shugendo* doctrina sincrética que combinaba elementos budistas y sintoístas con un riguroso ascetismo en la montaña. Estas tradiciones promovían la conexión espiritual a través de la meditación, la veneración natural y la disciplina corporal, basadas en linajes en las que aprendían bajo la conducta de un maestro, conformando el contexto cultural que influiría siglos más tarde en el surgimiento del Reiki. (Miles, 2003).

Durante el final del siglo XIX, en un Japón en proceso de modernización y apertura hacia occidente, Mikao Usui (1865-1926), desarrollo el sistema Reiki, combinando conceptos filosóficos antiguos, propios de la medicina china, como el Ayurveda y las prácticas espirituales japonesas, con un enfoque contemporáneo de autoconocimiento y sanación. Su propósito no fue crear una religión, sino un método accesible para reconectar al individuo con su energía vital y su espiritualidad, integrando elementos del budismo y del shintoísmo orientándole más una práctica holística. (Mikao, 2003) (Hamberly, 2000).

Usui, de formación budista *Tendai* y ordenado como sacerdote laico, poseía conocimientos como mantras, mudras, linajes y transmisión energética, elementos que incorporó en su método. Aunque algunos autores lo relacionan con instituciones cristianas debido a su contrato con Occidente, las fuentes históricas indican que su sistema se mantuvo estrictamente dentro del marco espiritual japonés, sin influencias cristianas directas. (Miles, 2003).

El *Shinto*, considerado más una forma de vida que una religión, influyó notablemente en su pensamiento. Este sistema sostiene que todo lo existente posee un espíritu (*kami*), y que la comunión con la naturaleza permite alcanzar la armonía interior. De manera paralela el *Shugendō* aportó prácticas ascéticas que inspiraron a Usui a realizar un retiro espiritual en el Monte *Kurama*, donde permaneció en meditación y ayuno durante 21 días. Según los registros verbales, durante este retiro experimentó una visión de los símbolos del Reiki y comprendió la metodología de canalización energética mediante la imposición de manos para activar la energía sanadora. (White, 2017), según el teólogo alemán Holger Kesten es la forma de sanar de Jesús de Nazaret.

Figura 6

Fotografía de Mikao Usui (1865 – 1926)



Fuente: (Samolenko, 2018)

Tras descender del monte, Usui aplicó su nuevo cocimiento en experiencias terapéuticas inmediatas, como la curación de una herida de pie y el alivio de dolor de muelas de una mujer y un ataque de artritis, mediante la imposición de manos. A esta fuerza vital canalizada la denominó “Reiki”, término compuesto por dos ideogramas japoneses (*kanji*): que significa “energía universal” o “espíritu trascendental”, y Ki, que alude a la “energía vital” presente en

todos los seres. En este sentido, Ki es el análogo al Qi de la MTC o al Prana del Ayurveda, aunque su connotación más precisa se traduce como “energía sagrada”. (Freitag et al., 2014).

En 1992, Usui fundó la Organización Usui Reiki Ryoho Gakki (Método Usui de sanación a través de la energía espiritual), estructurando su enseñanza en tres niveles: *Shoden*, *Okuden* y *Shinpiden*. La transmisión del conocimiento se realizaba de manera directa y jerárquica preservando la disciplina y la pureza del método. La selección de discípulos muchos de ellos militares, respondía a criterios de compromiso, disciplina y capacidad económica, aunque esta información procede principalmente de tradiciones orales. (Usui M, 1999).

La comprensión de tradiciones terapéuticas ancestrales resulta indispensable para contextualizar la práctica del Reiki. Estas prácticas se fundamentan en la transmisión de conocimientos de maestro a discípulo, conformando una línea de sucesión que privilegia la experiencia empírica y la conexión espiritual. Desde esta perspectiva, la sanación se entiende como la armonización de los campos energéticos sutiles del ser humano, los cuales están asociados a la conciencia y al equilibrio vital. La efectividad de las terapias depende del rigor formativo del terapeuta, quien debe someterse a un proceso de entrenamiento en técnicas de meditación y disciplina espiritual, a fin de potenciar su capacidad de canalización energética. (Miles, 2003)

El Reiki, concebido de esta manera, se ha consolidado como una terapia energética de origen japonés orientada al restablecimiento del equilibrio bioenergético del organismo. Su práctica busca armonizar la energía corporal y mental, promoviendo un estado de bienestar integral. Estudios contemporáneos señalan que los usuarios buscan el Reiki para superar estados de sufrimiento físico, emocional o psicológico (Montero et al., 2021), puede disminuir los niveles de estrés y ansiedad en diversas poblaciones, incluyendo pacientes con enfermedades crónicas o sometidas a procedimientos médicos. (Tsang, 2018). Aunque la evidencia científica sobre su mecanismo fisiológico aún es limitada, su incorporación como terapia complementaria en contextos clínicos y odontológicos ha ganado aceptación debido a sus efectos positivos en la relajación y el control emocional. (White, 2017)

En la actualidad, el concepto de bienestar subjetivo (BES) constituye un referente esencial, abarca dimensiones como la satisfacción vital, el estado de ánimo y la percepción de la

felicidad, orientándose a la evaluación del modo en que las personas valoran su propia vida y su estado de equilibrio psicológico. (Diener et al., 1999).

Aunque no se centra en patologías mentales, en BES permite distinguir diversos niveles de ansiedad emocional y funcional, actuando como un indicador de la calidad de vida percibida. En coherencia con ello, la Organización mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2024), promoviendo una visión integral del individuo en contextos clínicos contemporáneos.

Una tendencia emergente en Reiki para 2025 es la integración de tecnologías digitales y biométricas. Las sesiones virtuales popularizadas durante la pandemia, se consolidan como modalidad principal de sanación energética remota. Practicantes emplean dispositivos de bioarretroalimentación impulsados por inteligencia artificial (AI) y sensores de energía portátiles para cuantificar variaciones en el campo energético, evaluación de las chakras y monitorear el estado de bienestar, proporcionando datos objetivos que validan la eficacia del proceso sanador. Adicionalmente, se desarrollaron aplicaciones de realidad virtual (RV) y realidad aumentada (RA) para facilitar meditaciones autoguiadas de Reiki, creando experiencias inmersivas que favorecen la relajación profunda y el equilibrio energético. Estas innovaciones tecnológicas contribuyen a una práctica de Reiki más accesible, medible y empíricamente respaldada. (Vima, 2025)

2.2. Marco Teórico.

Antecedentes de la ansiedad dental

El avance hacia un modelo de salud integral y holístico ha favorecido la inclusión de terapias no convencionales, entre ellas el Reiki, en distintos entornos clínicos. Estas intervenciones buscan restablecer el equilibrio energético y emocional del individuo mediante técnicas que complementan la atención biomédica tradicional, lo cual resulta particularmente relevante en situaciones de alta carga emocional, como la atención odontológica.

En este contexto, la preocupación de las Ciencias Odontológicas por mejorar la salud bucal de la población, es indiscutible, impulsa el desarrollo de nuevos productos y tecnologías

para elevar la calidad de vida en la salud oral. Un enfoque integral que considere las variables comportamentales, como la ansiedad dental, es fundamental para la adherencia al tratamiento. (Astrom A, 2011) (Eitner S, 2006).

La ansiedad dental es un fenómeno complejo influenciado por múltiples factores. La literatura indica que varios elementos están consistentemente asociados con un aumento en la incidencia de esta ansiedad. Se considera características de personalidad, temor al dolor, experiencias dentales traumáticas en la infancia, la influencia familiar que despiertan ansiedad en una persona, temor a la sangre y heridas (Hmud, 2009).

La ansiedad dental es uno de los factores más relevantes que afecta significativamente la consulta, el cumplimiento del tratamiento, reduce la salud oral, siendo un predictor potente de presencia de caries sin tratar y el número de dientes cariados, además de aumentar la probabilidad de evitar o retrasar las citas odontológicas (Rowe, 1998; Shapiro M, 2007; Armfield, 2010).

La aparición de esta respuesta emocional se asocia a factores personales y contextuales, entre ellos los rasgos de personalidad, el miedo al dolor, las experiencias traumáticas previas en tratamientos dentales, especialmente en la infancia, así como la influencia familiar y temor a la sangre y heridas. (Hmud, 2009) De Souza, et al. (2012), plantean que la ansiedad dental debe entenderse como un fenómeno de naturaleza biopsicosocial, donde interactúan componentes psicológicos, fisiológicos y sociales que influyen en la conducta del paciente (Ríos et al., 2014). De igual forma Ríos Erazo (2014) y Márquez, et al. (2004) sostienen que los comportamientos operantes y motores derivados de este estado emocional pueden favorecer conductas de evitación, dificultando el acceso o la continuidad del tratamiento odontológico. (Márquez et al., 2004) (Ríos et al., 2014)

De manera similar, diferentes investigaciones evidencian una relación directa entre la ansiedad dental y calidad de vida relacionada con la salud oral. Así mismo, este fenómeno ha demostrado ser un excelente indicador de dificultades en el manejo conductual, con una tasa de prevalencia del 4 al 23%, se señala que un paciente con fobia llega a sufrir un promedio de 17,3 días de dolor antes de la consulta (Ríos M, 2014) y durante el tratamiento dental. (Gustafsson A, 2010). En la revisión sistemática acerca de cuál es la prevalencia global estimada del miedo

dental en adultos, los autores concluyeron que la ansiedad dental constituye una condición emocional prevalente y multifuncional que limita la atención preventiva y terapéutica. Su manejo requiere de estrategias interdisciplinarias de intervención psicológica educación del paciente y comunicación empática profesional, orientadas a reducir la ansiedad y mejorar los indicadores de salud oral. (Silviera et al., 2021)

La literatura actual destaca que la ansiedad dental no es un fenómeno aislado, sino que es provocada por múltiples factores como experiencias previas con procedimientos dentales dolorosos, especialmente si son asociados por un manejo inadecuado por parte del profesional; en relación a la edad, suele ser mayor en personas más jóvenes debido a menos experiencias odontológicas; considerando el género, las mujeres reportan niveles más altos de ansiedad (Goh et al., 2020). Otros componentes son los rasgos psicológicos de personalidad o temperamento ansioso o neuroticismo (Ferreira et al., 2023), nivel socio económico, educación y experiencias familiares (Muneer et al., 2022), miedo específico a estímulos como miedo al dolor, inyecciones o al sonido de instrumentos dentales (Chauca et al., 2024).

En síntesis podemos decir que la ansiedad dental es un fenómeno multifactorial que influye significativamente en la salud bucal y en la adherencia al tratamiento dental y la calidad de vida de los pacientes, al generar conductas de evitación y retraso en la atención odontológica (Rowe, 1998; Armfield, 2010; Ríos M, 2014). Su origen psicosocial, influencia por factores personales, experiencias previas y contextuales, evidencia la necesidad de abordajes integrales e interdisciplinarios que incluyan estrategias complementarias orientadas a mejorar la experiencia del paciente y optimizar los resultados clínicos (Hmud, 2009; Ríos M, 2014; (Silviera et al., 2021).

En razón a la problemática de la ansiedad dental, varios estudios a nivel internacional han desarrollado diversos instrumentos de evaluación orientados a detectar la ansiedad dental en adultos. Spencer, et. al (1962), desarrollaron una escala de comportamiento, sencilla y objetiva, que permite evaluar el comportamiento del paciente durante la consulta odontológica. Contiene cuatro grados: 1, 2, 3 y 4 que se representan con los signos (- -, - , +, ++) representan las siguientes características:

Tipo 1 (- -) Definitivamente negativo: Es el paciente agresivo, rechaza por completo el tratamiento, emite llanto, está asustado, grita, no es posible la comunicación verbal, se mueve fuertemente las extremidades y no presta atención.

Tipo 2 (-) Negativo: Este paciente acepta el tratamiento con dificultad, no coopera es arisco, manifiesta leves movimientos de sus extremidades, llanto constante que bloquea la comunicación.

Tipo 3 (+) Positivo: Este paciente muestra voluntad para recibir las órdenes. Recibe el tratamiento pero es cauteloso cooperador pero con reservas, sigue las instrucciones del Odontólogo.

Tipo 4 (+ +) Definitivamente Positivo: Excelente conducta, cooperador, establece comunicación porque se encuentra motivado e interesado por el tratamiento, hace preguntas se ríe disfruta sus extremidades se encuentran relajadas y tiene relación armónica con el Odontólogo. (Sanchez N, 2018)

Las escalas utilizada para la valoración del miedo o ansiedad dental son: CFSS-DS recomendada por su éxito en los resultados; para la valoración de la ansiedad, las escalas *Facial Image Scale* (FIS), *Corah's Dental Anxiety Scale* (C-DAS) (Ramos et al., 2018), *Dental Anxiety Scale* (DAS), *Escala de Venham* (VPT) y *The Smiley Faces Program* (SFP), siendo las más aceptadas a nivel psicológico (Fonseca y Sánchez, 2013).

Entre ellos, uno de los más utilizados es la *Dental Anxiety Scale* (DAS), diseñada por Norman Corah. (Corah N. , 1969) Este cuestionario de autoinforme consta de cuatro ítems tipo Likert. Los cuales exploran el grado de ansiedad del paciente en situaciones específicas: la anticipación a la visita odontológica, la permanencia en la sala de espera, la observación de los instrumentos dentales y la activación del micromotor. Cada ítem ofrece cinco opciones de respuesta, generando un puntaje total entre 4 y 20, que permite clasificar al paciente desde un estado de relajación hasta la presencia de fobia dental. Una ventaja de esta escala radica en la alta fiabilidad de sus resultados, atribuida a que la ansiedad dental es un fenómeno socialmente reconocida, lo que reduce la necesidad de disimular o minimizar el temor en las respuestas. (Corah N. , 1969)

Otro de los cuestionarios aplicados en adultos para medir la ansiedad dental es la *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS), (Humphris GM, 1995) una adaptación del cuestionario de Corah que incorpora una pregunta específica sobre la anestesia inyectable. Este test es autoadministrado y ofrece cinco opciones de respuesta desde “sin ansiedad” hasta “ansiedad extrema”. La suma de las respuestas da un puntaje total que indica que el nivel de ansiedad: a mayor puntaje mayor ansiedad. La MDAS ha demostrado ser confiable y válida en países europeos.

En niños, los test más utilizados son: Escala de Frankl, *Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale*, (CFSS-DS), el *Venham Picture Test* (VPT) y el *Facial Image Scale* (FIS).

El CFSS-DS creado por Cuthbert (Cuthbert MI, 1982), se trata de un cuestionario estandarizado para evaluar la ansiedad dental en niños de 4 a 12 años, abarcando tanto procedimientos invasivos como situaciones clínicas generales. Consta de 15 ítems tipo *likerd* con opciones de respuesta entre 1(sin miedo) y 5(miedo intenso), generando puntajes totales de 15 a 75, valores iguales o superiores a 45 puntos indican niveles elevados de ansiedad.

Diversos estudios realizados en Europa, Estados Unidos y China han confirmado sus propiedades psicométricas adecuadas, lo que respalda su validez y confiabilidad. Sin embargo, el limitado nivel de comprensión lectora en niños de 6 años podría adulterar los resultados, por esta razón surge *Venham Picture Test* (Venham L, 1977), en el cual existen documentos gráficos para la evaluación, caracterizados por su simplicidad de aplicación. Uno de ellos presenta al niño ocho pares de imágenes emocionales, donde debe seleccionar cual refleje su estado de ánimo, con puntuaciones que oscilan desde 0(sin ansiedad) y (ansiedad intensa). Otro recurso es *Facial Image Scale* (FIS) desarrollada por Buchanan y Niven, aplicable a niños de 3 a 18 años, Consta de cinco expresiones faciales que van desde gran felicidad hasta marcada infelicidad, solicitándose al niño a elegir la que más se asemeja a su vivencia emocional en ese momento. La FIS ha demostrado validez transcultural y amplia utilización en contextos europeos y latinoamericanos. (Ríos M, 2014).

Casos documentados de la ansiedad dental

En la investigación realizada por Vergara (2013), cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología en la Universidad de Cartagena de Indias, efectuó un estudio observacional transversal en una muestra aleatoria simple de 460 pacientes adultos. Utilizó varios cuestionarios como: *Escala de Goldberg*, *Kleinknetch's dental Fear Survey* (DFS) y *Short Version Dental Anxiety Scale* (SDAI). Los datos fueron analizados con un intervalo de confianza del 96%, razones de disparidad (Odds ratio) y regresión logística, usando el programa STATA versión 10.0. Los resultados arrojaron que el 77,1% tiene prevalencia de sintomatología clínica de miedo y ansiedad dental 62,8%. La investigación observó que tanto el miedo como la ansiedad dental predominó en el sexo femenino, la experiencia traumática previa en la consulta odontológica, influencia negativa de los familiares son factores de riesgo para la adaptación de miedo y ansiedad en la consulta odontológica. (Vergara et al., 2013)

El estudio, realizado por Ramos Martínez, Alfaro Zola, Madera Anaya y González Martínez, tuvo como objetivo determinar los niveles de ansiedad y miedo frente a la consulta odontológica en niños de 3 a 8 años atendidos en la Universidad de Cartagena (Colombia). La investigación se basó en un diseño transversal descriptivo, con una muestra de 284 niños. Se aplicó instrumentos como MDAS, CFS y CFSS-DS. Los resultados evidenciaron que los niveles más altos de ansiedad y miedo se presentan durante la administración de anestesia, ruidos instrumentos rotarios y aislamiento dental, concluye que estos niveles difieren de acuerdo con la edad, sexo y tipo de procedimientos odontológicos, siendo crucial aplicar estrategias de manejo conductual preventivas y generar confianza en el paciente pediátrico. (Ramos et al., 2018)

Orellana (2020) en su artículo “Factores asociados al miedo y ansiedad dental en el binomio padres e hijos”, tuvo como objetivo determinar si las enfermedades bucales son un problema de salud pública a nivel individual o comunitaria, relacionando la calidad de vida bajo la percepción de factores, funcionales, psicológicos o sociales. El estudio fue de carácter cuantitativo, observacional, transversal analítico, mediante la encuesta a los padres, de una muestra de 398 niños con edades de 5 a 12 años, ambos sexos, todos pacientes de la Clínica del Departamento de Pediatría de la facultad de Estomatología de la U.A.S.L.P de México. Los resultados determinaron una correlación significativa positiva. Coeficiente = 0.336 y $p < 0.001$ con lo cual se demuestra que la percepción de la intensidad del dolor fue la misma. Los

resultados de la prueba de McNemar mostraron un $p=1,00$, es decir, la opinión de la escala del dolor antes fue igual posterior al tratamiento, la conclusión fue que existe una relación entre la ansiedad y el miedo dental. (Orellana et al., 2020)

En Finlandia, un estudio clínico reportó que un niño de 8 años, tras escuchar repetidamente a su madre hablar del dolor dental, desarrolló ansiedad severa y evitación al dentista la intervención con técnicas de desensibilización progresiva redujo su puntaje a escala de ansiedad de 28 a 14 en tres meses. (Olak J, 2013)

El estudio de la ansiedad dental relacionado con la atención dental, con una muestra de 300 pacientes con edad aproximada de 37 años, de un centro odontológico en Brasil, el 22.7% ($n=64$), demostraron que este síntoma tuvo prevalencia en mujeres que han sufrido experiencias odontológicas desagradables previas. (Scandiuzzi S, 2019)

El estudio para determinar la prevalencia global del miedo dental en adultos (mayor de 18 años) mediante una revisión sistemática y meta análisis en Embase, PubMed, Scopus, Biblioteca Virtual de salud y *Web Of Science* hasta marzo del 2020 y mediante la metodología de la Lista de verificación de Joanna Briggs, aplicando modelos de efectos fijos y aleatorios para calcular las estimaciones agrupadas y análisis de subgrupos según edad, sexo e instrumento psicométrico de 4.486 resultados, 31 estudios cumplieron los criterios de inclusión, abarcando una muestra total de 72.577 adultos, los resultados obtenidos acerca de la prevalencia global estimada de DFA fue del 15,3% el DFA alto del 12,4% y severo del 3,3%, se observó mayor incidencia en mujeres y adultos jóvenes, con variabilidad asociada al método de evaluación. (Silviera et al., 2021)

En la investigación para examinar la correlación entre los niveles de ansiedad y los pensamientos automáticos en 91 pacientes odontológicos de la Cruz Roja de Tungurahua Ecuador mediante la Encuesta MDAS, considerando la ansiedad, determinó que el 46.2% la ansiedad es leve: Los niveles de ansiedad varía en términos del procedimiento dental experimentado y su bajo nivel dependía de la relación con el profesional en la atención odontológica. (Lara Juana, 2022).

En el año 2023, se realizó una investigación a 206 pacientes atendidos en clínicas de cirugía oral en Dubái, Emiratos árabes Unidos, con el objetivo de analizar la causa de ansiedad

dental considerando variables sociodemográficas. La confiabilidad del instrumento se verificó mediante el coeficiente alfa de Cronbach y analizados mediante pruebas estadísticas descriptivas de asociación.

Los resultados evidenciaron que el 72.3% evidenciaban niveles altos de ansiedad, generados por procedimientos como extracciones dentales y cirugías orales en un 95%, intervención con anestesia local el 85%, tallado dental el 70% y procedimientos de limpieza en un 30%. En conclusión la ansiedad aumentaba en procedimientos invasivos. (Al Batool et al., 2023)

Tabla 7

Causas de la prevalencia de la ansiedad dental (resumen)

Referencia	País	Población	Tipo Muestra	Instrumento	Prevalencia reportada
Márquez, et al (2024)	España	399 10 -80 años	Experimental	Cuestionario	65% miedo dental, los resultados evidenciaron que los mayores niveles del miedo se concentran en mala praxis profesional.
Vergara 2013	Colom	460 adultos	Observacional transversal	DFS, SDA	77,1% miedo 62,8% ansiedad dental
Olak J (2013)	Finlandia	1 niño	Experimental	Escala de ansiedad	Escuchar repetidamente acerca del dolor generó ansiedad severa y evitar al dentista
Ramos et al (2018)	Colombia	284 niños	Experimental	Escala Corah Modificada	Nivel alto de ansiedad a la colocación anestesia, equipos ruidosos, aislamiento dental
Scandiuizzi S, 2019	Brasil	300 pacientes	Experimental		22,7% tuvo prevalencia en mujeres con mala experiencia en la atención dental.
Orellana (2020)	México	398 niños	Cuantitativo, observacional, transversal	McNemar	La ansiedad dental es asociada al tipo de tratamiento odontológico y nivel socioeconómico, siendo mayor en procedimientos curativos
López, (2020)	Ecuador	20 niños	Experimental	Escala Corah Modificada	Nivel ansiedad, muy ansioso e intranquilo, el factor predominante a la inasistencia al odontólogo por temor al dolor o al profesional
Rodríguez, et al (2021)	Brasil	72.577 personas	Sistemática y meta análisis	Lista verificación de Joanna Briggs	La prevalencia global de DFA fue del 15,3%; DFA alto 12,4%; DFA severo 3,3%. Mayor incidencia en mujeres y adultos jóvenes.
Lara (2022)	Ecuador	91 pacientes	Experimental	MDAS	46.2% ansiedad leve, varía de acuerdo a la experiencia con el profesional

Al Batool, et al (2023)	Dubái	230 pacientes	Socio-Demográfico Experimental	Coefficiente alfa de Cronbach	72,3% nivel alto de ansiedad, causas extracciones dentales, cirugías orales (95%), Intervención anestesia local (85%), tallado dental (70%), profilaxis (35%)
-------------------------	-------	---------------	--------------------------------	-------------------------------	---

Fuente: Extracto estadístico de la revisión bibliográfica. Autor: Elaboración propia

La revisión bibliográfica permitió visualizar, que la ansiedad dental no es un problema de salud que está encubierta, más bien es uno de los factores que afectan al paciente y a la salud pública, en consideración a estos datos se analizó indagar tratamientos con terapias alternativas de salud no farmacológicas que disminuyan los niveles de ansiedad.

Tratamientos Alternativos para disminuir la ansiedad

Entre las estrategias terapéuticas revisadas, se destaca la odontología conductual, el uso de benzodiacepinas o sedación con óxido nitroso, y técnicas cognitivo-conductuales de reestructuración cognitiva, todas dirigidas a reducir la ansiedad y mejorar la experiencia odontológica. Finalmente los autores concluyen, que la gestión del miedo dental requiere optimizar el trato interpersonal, evitar procedimientos traumáticos y promover un entorno clínico empático y seguro. (Márquez et al., 2004)

En diciembre del 2008, el Centro Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria (NCCAM) Y EL Centro Nacional de Estadísticas de la Salud, publicó nuevos hallazgos sobre el uso de la medicina complementaria por parte de los estadounidenses y medicina alternativa (CAM). La encuesta incluyó 23,393 adultos y 9.417 niños, los resultados fueron que el 38% de adultos y el 12% de los niños utilizaron alguna forma de medicina complementaria y alternativa. (Alternativa, 2008)

Algunas investigaciones preliminares indican que determinadas intervenciones complementarias, como técnicas de relajación y terapias energéticas, pueden ser efectivas para disminuir la ansiedad preoperatoria y durante los procedimientos odontológicos (Johnson, 2019) (Chen, 2020). Específicamente, el uso del Reiki ha demostrado efectos beneficiosos en la reducción del estrés percibido, lo que potencialmente mejora la experiencia clínica del paciente durante las consultas dentales. (Martínez, 2021). Sin embargo la mayoría de estudios tienen

limitaciones metodológicas, como muestras pequeñas o falta de grupos controlados, lo que llama a realizar investigaciones más rigurosas para validar estos hallazgos.

La mayoría de los artículos relacionados con la Terapia Reiki en el sector de salud cada vez toman mayor auge, varios estudios científicos recalcan su utilización en diferentes ramas de la salud, ha mostrado su eficacia como intervención coadyuvante en la modulación del dolor, la ansiedad y estrés, contribuyendo a la regulación psicofisiológica y a la mejora del bienestar y la calidad de vida del paciente. La evidencia científica indica que su aplicación favorece un modelo de atención centrado en la persona y promueve la integridad del cuidado, aspectos asociados a la disminución de estados de ansiedad en entornos clínicos, incluido en el ámbito odontológico (Montero et al., 2021). Asimismo, estudios clínicos y revisiones sistemáticas reportan reducciones estadísticamente significativas en la percepción del dolor y en los niveles de ansiedad en pacientes con dolor agudo y crónico, lo que respalda su utilidad para mitigar el dolor anticipatorio y la ansiedad dental que condiciona la conducta del paciente (Billot Maximo, 2019). Adicionalmente, la integración del Reiki con intervenciones mente-cuerpo, como la meditación, potencia la autorregulación emocional y el afrontamiento del estrés, fortaleciendo su aplicabilidad como estrategia terapéutica complementaria orientada a optimizar la relación odontólogo paciente y los resultados clínicos (Revista Brasileira Saúde, 2020)

En un estudio experimental orientado a determinar la eficacia de la Terapia del Reiki en pacientes sometidos a quimioterapia, se asignó a 189 participantes en tres grupos: Reiki real, Reiki simulado (placebo) y atención estándar. Los resultados indicaron que, en término de respuesta física, ninguno de los métodos convencionales generó efectos clínicos significativamente observables. No obstante, los análisis estadísticos, evidenciaron diferencias significativas en la percepción subjetiva de comodidad y bienestar emocional en los pacientes que recibieron tanto Reiki real como simulado, en comparación con el grupo de atención estándar, el cual no reportó cambios durante la sesión de quimioterapia. (Catlin Anita D. F., 2011).

De manera complementaria Guo Xiulan, et al. (2024), realizaron un meta-análisis de 13 ensayos clínicos controlados que incluyeron a 824 participantes adultos, mediante el cual identificaron que la

Terapia Reiki presenta una eficacia superior en pacientes con enfermedades crónicas particularmente en cuadros de fibromialgia, trastornos gastrointestinales y ansiedad generalizada de pacientes sanos. No obstante, los autores reportan que la consistencia de los efectos terapéuticos disminuye en poblaciones oncológicas y en pacientes sometidos a procedimientos pre operatorios, posiblemente debido a factores fisiopatológicos, características psicológicas específicas y las diferencias en las expectativas terapéuticas individuales. A pesar de estas heterogeneidades, el estudio concluye que la Terapia Reiki es una terapia complementaria efectiva tanto en intervenciones breves (≤ 3 sesiones) como en moderadas (6 a 8 sesiones), especialmente en contextos asociados a la ansiedad por procedimientos médicos. Asimismo se destaca que es una técnica segura, de bajo costo, capaz de reducir de manera significativa los niveles de ansiedad y contribuir a la mejora de la calidad de vida de los pacientes. (Guo et al., 2024).

La preocupación de las Ciencias odontológicas por mejorar la salud dental de la población es un hecho no cuestionable. La búsqueda de nuevos productos alternativos, tecnológicos o técnicas alternativas como es el Reiki, aumentan cada día para mejorar la calidad de vida de los pacientes y que beneficia a la sociedad de manera significativa. Estas innovadoras alternativas proporcionan nuevos conocimientos a los profesionales en odontología y lograr una adherencia con el paciente en el momento de la ejecución del tratamiento dental. La integración de estas prácticas en la atención odontológica aún no se encuentra ampliamente difundida. Es fundamental ampliar la base científica mediante estudios que documenten los respaldos obtenidos en su implementación, permitiendo el desarrollo y la validación de nuevas técnicas y conceptos. Esto facilitará la optimización de intervenciones, incrementará la eficacia en la promoción de la salud bucal, mejorará la experiencia con el paciente y favorecerá la frecuente concurrencia a las consultas odontológicas. (Pereira IS, 2021)

El estudio realizado para analizar los efectos positivos del Reiki en personas mayores con dolor crónico no oncológico, mediante entrevistas semiestructuradas, se recopilaron datos en julio y agosto de 2012, participando diez pacientes que recibieron cinco sesiones de Reiki. Los resultados, evaluados mediante el método de Bardin, mostraron que esta terapia mejora significativamente el dolor y ayuda a atender sus dimensiones físicas, mentales, emocionales y espirituales. (Freitag et al., 2014).

La investigación experimental, cuantitativa para determinar la efectividad de técnicas no farmacológicas, como manejo del comportamiento en el control de la ansiedad ante el tratamiento estomatológico, realizada a 16 niños de 6 -11 años, segmentados en dos grupos: a) control terapéutico y b) experimental, el primero grupo tuvo ansiedad moderada en relación al segundo con ansiedad alta. En conclusión las técnicas no farmacológicas son efectivas en el manejo del comportamiento en la consulta odontológica. (Enriquez et al., 2023)

En la investigación sobre el impacto del Reiki en el bienestar 60 personas, distribuidos en grupos de intervención y control (concentración de inducción sin manipulación de energía). Tras 21 días de sesiones terapéuticas, utilizando la Escala de Bienestar Subjetivo, se observó que el Reiki incremento el nivel de afecto positivo en los participantes, sin afectar otros aspectos del bienestar (do Nascimento et al., 2017)

La revisión de diversos autores sobre la Terapia Reiki indicaron que: aunque los resultados son prometedores en la reducción del dolor, ansiedad y mejora de la calidad de vida en distintas condiciones de salud, la evidencia científica es aún limitada. Su efectividad fue demostrada para aliviar el dolor en casos de neuropatía diabética; cáncer y cirugías y también ha tenido efectos positivos en la ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico, como mujeres con biopsia de mama y adultos mayores. (Billot Maximo, 2019) Además, ha mejorado la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado o durante la quimioterapia, promueve una respuesta psicofisiológica de relajación, reduciendo la ansiedad y la estabilidad de los signos vitales, particularmente en la frecuencia cardiaca y respiratoria validando su potencia como terapia complementaria de bajo costo y fácil aplicación dentro de la salud y educación superior. (Vieira et al., 2020)

Las prácticas integradoras y complementarias (PIC) se determinan como parte del sistema médico y atención de la salud que buscan estimular los mecanismos naturales de prevención de enfermedades y recuperación de la salud. (Budach et al., 2022).

Inclusión de terapias complementarias en instituciones de nivel superior

La aplicación de Reiki en odontología es un campo emergente con literatura limitada, estudios clínicos recientes han explorado su uso para reducir la ansiedad peroperatoria y dolor postoperatorio en procedimientos como exodoncias y cirugías orales, con resultados mixtos: algunos reportan disminución de la ansiedad y del dolor postoperatorio, mientras que otros no demuestran diferencias significativas respecto a controles; por lo tanto el uso del Reiki en pacientes odontológicos requiere investigación contextualizada y controlada. (Yuce et al., 2025)

Es así que, en un estudio descriptivo transversal realizado en 62 instituciones de educación superior peruanas, se evaluó la incorporación de las terapias alternativas en la malla curricular. Los resultados mostraron que el 34% de las facultades de Medicina y 46% de Enfermería, integran contenidos de medicina complementaria en su currículo, mientras que únicamente el 5% ofrece programas de postgrado especializados en esas áreas. Los autores concluyen que la oferta académica en medicina alternativa en las Universidades peruanas es insuficiente, evidenciando una cobertura limitante en la formación profesional en este campo. (Carlos et al., 2019)

La inclusión de terapias complementarias en la formación académica odontológica puede ampliar la visión del profesional y mejorar la atención centrada del paciente (Fernández, 2022). La Universidad Católica del Ecuador, en su compromiso con la innovación educativa, ha comenzado a explorar la incorporación del Reiki en la malla académica para preparar al estudiante futuro profesional y lograr bienestar en los pacientes atendidos.

2.3. Marco Conceptual.

Desde la perspectiva conceptual, la ansiedad, se conoce como un fenómeno, que engloba un patrón complejo de respuestas conductuales y fisiológicas, originadas ante estímulos tanto internos (cognitivos y somáticos) como externos (ambientales). Este estado de carácter

desagradable, se asocia a alteraciones psicofisiológicas que reflejan procesos de origen intrapsíquico. (Márquez et al., 2004; Ríos M, 2014).

En términos psicológicos, se define como un estado de malestar emocional y activación fisiológica, donde predomina un sentimiento de miedo o aprensión sin una causa claramente identificable, lo que intensifica la sensación de angustia. (Alarcón et al., 2012).

En el ámbito odontológico, se conceptualiza a la ansiedad dental como una respuesta multisistémica, emocional y fisiológica desencadenada por la percepción subjetiva de amenaza o peligro ante procedimientos invasivos, cuya intensidad varía según las características individuales de cada paciente. Este fenómeno puede generar un impacto significativo en la vida cotidiana, actuando como una barrera relevante para la búsqueda y recepción de atención odontológica. (Al-Namankany et al., 2012; Alshehri et al., 2024)

Considerando una perspectiva multidimensional, la ansiedad se compone de tres sistemas interrelacionados de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor. El componente cognitivo, implica procesos mentales disfuncionales como dificultad de concentración, hipervigilancia atencional y fallos en la memoria episódica. Por otro lado, los aspectos fisiológicos se asocian a una hiperactivación del sistema nervioso autónomo, expresada en disnea, falta de respiración, transpiración y taquicardia. Finalmente en el plano motor, se traduce en conductas desadaptativas, que abarcan desde la evitación hasta el escape de la consulta dental. (Lang & Mc Teague, 2009)

La ansiedad anticipatoria es otra manifestación frecuente, en la que el simple pensamiento de una cita odontológica desencadena una respuesta de aprensión y pérdida percibida de control, ante la expectativa de una experiencia desagradable. (Klingberg y Broberg, 2007)

La ansiedad es un problema clínico frecuentemente que dificulta la atención odontológica, aumenta el tiempo de tratamiento y puede requerir farmacoterapia o sedación. Ante la demanda de enfoques integrativos y menos invasivos las terapias complementarias son adyuvantes para reducir la ansiedad, como el Reiki constituye una Terapia Holística, un método preventivo y complementario natural que no forma parte de los tratamientos convencionales,

mediante la canalización de energía a través de la imposición de manos (Spezzia y Spezziab, 2019), para promover la relajación y el equilibrio energético. Actúa en los ámbitos físico, emocional, espiritual, psíquico, mental y también para influir en los aspectos sutiles del ser humano, como el cuerpo etéreo (Freitag et al., 2014)

2.4. Marco Contextual.

En el contexto de la educación superior en salud en el Ecuador, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) se ha consolidado como una institución que promueve un modelo formativo integral, articulando la práctica clínica, la excelencia académica con un enfoque humanista y vinculados al compromiso social. En particular la Facultad de Salud y Bienestar desarrolla procesos de enseñanza-aprendizaje centrados en el estudiante y en la atención del paciente desde una perspectiva biopsicosocial, lo que favorece la incorporación de estrategias innovadoras en la práctica clínica odontológica.

Dentro de este entorno universitario, las clínicas odontológicas de la PUCE constituyen espacios de atención directa a la comunidad, donde convergen la formación académica, la investigación y el servicio. En estos escenarios los estudiantes adquieren competencias clínicas bajo supervisión docente, enfrentándose a realidades complejas en las que factores como la ansiedad dental inciden directamente en el desarrollo de los procedimientos y en la relación terapéutica. Estudios recientes han señalado que la ansiedad dental continúa siendo un desafío en el área de clínica universitaria, afectando tanto la experiencia del paciente como el desempeño del estudiante en formación.

En respuesta a estas necesidades, la PUCE ha demostrado apertura hacia la integración de enfoques complementarios en salud, en concordancia con las tendencias contemporáneas de educación integral. La incorporación como la Terapia Reiki se alinea con este modelo, al promover el bienestar emocional del paciente y fortalecer competencias transversales a los estudiantes, tales como es la empatía, la comunicación efectiva y el manejo del estrés clínico. Experiencias recientes en entornos académicos similares sugieren que estas prácticas contribuyen a la humanización de la atención y a la mejora de los indicadores de satisfacción del paciente.

En este sentido, la presente investigación se contextualiza en la realidad asistencial (la afectación de la ansiedad dental en los pacientes) y académica de la PUCE, constituyéndose en una propuesta innovadora que busca generar evidencia sobre la efectividad de la Terapia Reiki en la reducción de la ansiedad, como también pretende aportar al fortalecimiento del modelo educativo institucional, integrando conocimientos científicos con prácticas complementarias que responden a las demandas actuales de la atención en salud, caracterizada por un enfoque centrado en la persona y orientado al bienestar integral.

2.5. Marco Legal y Normativo.

Durante el siglo XX, la medicina tradicional y prácticas complementarias fueron marginadas en varios países o no reconocidas formalmente por los sistemas de salud dominados por la biomedicina. A partir de las décadas finales del siglo XX, comenzó a incrementarse en respuesta a la demanda de los pacientes por modelos de atención más holísticos, obteniendo un reconocimiento en el ámbito legal y normativo progresivo de acuerdo a las políticas de cada país. (Debas et al., 2006)

En este mismo contexto, la Organización Mundial de la Salud, manifiesta que existen varias alternativas farmacológicas como terapias complementarias que pueden disminuir la ansiedad en los pacientes, considerando el párrafo anterior la enfermedad no solo es el mal estar del cuerpo físico, sino también del bienestar del individuo. En tal razón se incluye las terapias alternativas o complementarias que han tenido una evolución para ser consideradas a través del tiempo a nivel mundial.

Las terapias alternativas como prácticas y productos de medicina tradicional complementaria e integrativa han evolucionado desde la marginalidad regulatoria a una agenda política y normativa de reconocimiento protección y regulación en muchas jurisdicciones a nivel global y también en Ecuador.

En la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud reunida en Alma-Ata, URSS el 12 de septiembre de 1978, en su artículo uno manifiesta:

“Art I.- Reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sola la ausencia de enfermedad”. (Conferencia Internacional de Atención de Salud Primaria, 1978).

El origen de las terapias alternativas tuvo sus inicios desde el siglo XX. La medicina tradicional y prácticas complementarias fueron en muchos países no reconocidas formalmente por los sistemas de salud dominados por la biomedicina. A finales de este siglo comenzó a incrementarse este interés por documentar, clasificar, estudiar hasta la inclusión regulatoria (productos herbarios, prácticas como acupuntura, fitoterapia, etc.), para proteger la seguridad del paciente y respetar la diversidad cultural. (Organización Mundial de la Salud, 2023).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha enmarcado una evolución progresiva en la integración de la medicina tradicional y complementaria en los sistemas de salud a nivel global, la World Health Organization, mediante la *WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005* establecer políticas nacionales Posteriormente, la estrategia 2014–2023 consolidó normas técnicas, promoviendo la integración de estas prácticas en los sistemas sanitarios, con énfasis en la seguridad, calidad y generación de evidencia científica sobre productos, prácticas y profesionales, además de definir prioridades para la regulación y el fortalecimiento de capacidades nacionales. Actualmente, la estrategia 2024–2034, aún en desarrollo, amplía el enfoque hacia la medicina tradicional, complementaria e integrativa (TCIM), destacando la necesidad de fortalecer la evidencia científica, la farmacovigilancia y su integración adecuada en la cobertura sanitaria universal, tal como se ha señalado en la Asamblea Mundial de la Salud (WHA2025), donde se enfatiza el apoyo a los países para una regulación

La OMS impulsó dos líneas regulatorias en varios países:

5. Regulación de productos: clasificación y registro de preparados herbales, suplementos y fitofármacos, normas de buena fabricación y control de calidad.
6. Regulación de prácticas y profesionales: Su objetivo es la definición de perfiles, registro de terapeutas, acreditación de formación, códigos de ética y protocolos clínicos integrativos. Estas líneas persiguen seguridad, trazabilidad y protección del usuario.

La Organización Mundial de la Salud en relación con la normativa ecuatoriana, concuerdan en promover una integración regulada, seguridad del paciente, generación de evidencia y protección cultural. El Ministerio de Salud del Ecuador para la aplicación del Consentimiento Informado en la Normativa para el Ejercicio de las Terapias Alternativas, en el Capítulo V, De los Deberes y Capacidades de los Terapeutas Alternativos en su Artículo 11 literal 3, manifiesta:

“Contar con el consentimiento informado del usuario a ser atendido en la terapia o terapias alternativas. Dicho consentimiento deberá realizarse por escrito y constará la firma del usuario o de su representante legal en caso de niñas, niños y adolescentes o personas que no pueden expresarse por sí mismas”. Anexo 1.

Normativa Legal en Ecuador

En el Ecuador, el desarrollo del marco legal se ha dado en consonancia con las recomendaciones internacionales y con el fortalecimiento de políticas nacionales orientadas a la interculturalidad y el reconocimiento de la medicina ancestral.

La Constitución de la República del Ecuador (2008) incorpora principios de interculturalidad y plurinacionalidad que ampara la conservación, promoción y utilización de saberes, prácticas y recursos de la medicina tradicional y ancestral como parte del derecho a la salud. Este reconocimiento constitucional es un punto de partida político-legal distintivo que legitima políticamente la inclusión de prácticas alternativas en el sistema de salud.

La Ley Orgánica de Salud y su normativa complementaria establecen responsabilidades del Estado a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) para desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa dentro de un marco que garantice la seguridad e investigación. La ley incorpora artículos que habilitan la regulación de profesiones, la acreditación de servicios y la promoción de salud intercultural. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

En el año 2020, la Dirección Nacional de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública, presentó, en coordinación con organizaciones representativas de los pueblos y nacionalidades del Ecuador, presentó el Código de Ética para la Medicina Ancestral Tradicional. Este documento constituye un instrumento normativo orientado a proteger los conocimientos

ancestrales, regular las prácticas culturales y establecer lineamientos éticos que guíen la interacción entre los proveedores tradicionales de salud y el sistema sanitario nacional.

El Código de ética establece principios fundamentales como el respeto intercultural, el consentimiento comunitario informado y la protección patrimonial inmaterial de la medicina ancestral. Además, reconoce las prácticas energéticas ancestrales como expresiones legítimas del conocimiento tradicional, integrando el uso terapéutico de diversas energías en procesos de sanación. Este marco promueve la articulación entre saberes tradicionales y la medicina científica, orientado a un modelo de salud integral y culturalmente pertinente (Dirección Nacional de Salud intercultural, 2020). Aunque el marco legal ecuatoriano es robusto en términos de reconocimiento y mandatos institucionales, su implementación muestra desafíos como la complejidad en la acreditación de formadores, aprobación de registros y permisos a nivel local, la tensión entre la estandarización teórica y respeto por la diversidad cultural.

En el Marco institucional y curricular, la integración de terapias complementarias deben estar alineados con la legislación nacional y las guías internacionales OMS, Referencias: WHO, Normativa MSP Ecuador. (Pública, Ministerio de Salud, 2016). Para su implementación requiere:

- Definición de competencias académicas (hacer, saber hacer, saber ser)
- Diseño de contenido teórico/practico supervisado
- Protocolos clínicos y de consentimiento informado para pacientes
- Evaluación de seguridad y eficacia
- Mecanismos de registro y control de la práctica en el entorno clínico universitario

Capítulo 3. Fundamentos metodológicos y resultados de investigación.

El presente capítulo describe los fundamentos metodológicos en la investigación titulada “Propuesta de Integración de la Terapia Reiki como medicina alternativa en la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica y su acción en pacientes con ansiedad del área clínica durante el periodo 2024–2025”. La metodología se concibió desde un enfoque mixto,

orientado analizar el impacto de la Terapia Reiki en la disminución de la ansiedad odontológica en pacientes atendidos en la clínica universitaria.

El objetivo de evaluar la efectividad, validez y pertinencia de los instrumentos de medición utilizados para valorar los niveles de ansiedad en pacientes odontológicos y su percepción sobre la Terapia Reiki como intervención complementaria. Esta fase inicial resulta esencial, ya que permite verificar si las herramientas aplicadas son comprensibles, funcionales y adecuadas al contexto clínico, antes de la implementación del estudio principal.

El proceso metodológico se estructuró en tres fases: la primera correspondió a la recolección de datos mediante encuestas estandarizadas aplicadas a los pacientes antes y después de recibir el tratamiento odontológico, integrando preguntas basadas en la escala de ansiedad dental modificada (MDAS). La segunda fase implicó el análisis estadístico y la validación interna de las respuestas a través del coeficiente Alfa de Cronbach, herramienta psicométrica que permite verificar la consistencia interna de los ítems que conforman la encuesta. Finalmente, la tercera fase comprendió la interpretación de los resultados y su relación con la efectividad de la terapia Reiki como intervención complementaria en el contexto clínico.

La metodología empleada se justifica por su capacidad para aportar evidencia empírica al campo de la salud integral, relacionando los enfoques tradicionales odontológicos con la medicina energética contemporánea.

A través de la combinación de rigor científico y sensibilidad humana, se buscó comprender como terapias alternativas pueden contribuir el bienestar emocional y psicológico del paciente odontológico.

3.1. Cuadro Operacionalización de variables.

Arias (2021) define que las variables en una investigación es aquello que se va estudiar, medir y/o controlar o manipular, se encuentra dentro del título de la investigación en el objetivo general y la hipótesis. Se clasifican en: a) Variable independiente, se considera como la causa que provoca un cambio en una variable dependiente, se reservan para los enfoques explicativos, como en diseños experimentales, estudios ex post facto. b) La variable dependiente es aquella que se modifica o cambia a causa de la intervención de la variable independiente, también

llamado efecto, esta variable se plantean solo en los alcances explicativos, aplicativos o predictivos. (Arias J. , 2021)

En función del problema planteado y los objetivos de la investigación, se identifican tres tipos de variables: dependiente e independiente, cuya relación permite explicar el fenómeno de estudio desde un enfoque integral.

Variable dependiente VD: Nivel de ansiedad en pacientes que acuden al área clínica de odontología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La ansiedad odontológica es un estado emocional caracterizado por sentimientos de temor, tensión y activación fisiológica ante procedimientos dentales, que pueden manifestarse en dimensiones cognitivas, fisiológicas y conductuales.

La ansiedad dental se define como variable dependiente porque representa el resultado o efecto que se espera modificar como consecuencia de la intervención de la Terapia Reiki. Su medición permite evaluar la eficacia de la variable independiente, evidenciando cambios de comportamiento, las respuestas fisiológicas y la percepción emocional del paciente durante la atención clínica (efecto – resultado).

Desde una perspectiva metodológica, esta variable es observable y cuantificable mediante escalas validadas como la utilizada en este estudio DAS, lo que permite establecer relaciones causales y determinar el impacto real de la intervención terapéutica.

Variable independiente VI: Se define como una técnica terapéutica de origen japonés basada en la canalización de energía a través de la imposición de manos, con el objetivo de promover el equilibrio físico, emocional y mental del individuo.

Se establece como variable independiente debido a que constituye el factor de intervención o estímulo introducido deliberadamente por el investigador con el propósito de evaluar su efecto sobre la ansiedad en pacientes odontológico. Desde un enfoque clínico, el Reiki actúa como una terapia no farmacológica que puede inducir estados de relajación, modular la respuesta al estrés y reducción de la ansiedad (relación causa – efecto).

Corresponde a la intervención de la terapia Reiki como modalidad de medicina alternativa administrada por los estudiantes y docentes de Odontología, siendo la variable que manipula para medir su impacto en la variable dependiente, que es la conducta del paciente luego de la terapia para disminuir la ansiedad.

Variable Complementaria: La formación académica se entiende como el proceso de adquisición de conocimientos, habilidades y competencias en el ámbito educativo, en este caso orientado a la incorporación de terapias dentro de la práctica odontológica.

Se considera variable complementaria debido a que no forma parte directa de la relación causal principal, pero influye en la implementación, sostenibilidad y aplicabilidad de la intervención. La capacitación en Terapia Reiki permite que los estudiantes y docentes desarrollen competencias en el manejo emocional del paciente, favoreciendo un enfoque integral de atención.

Además, esta variable aporta un valor agregado al estudio al vincular el componente clínico con el educativo, fortaleciendo la propuesta de integración del Reiki dentro del entorno universitario. Su inclusión responde a un enfoque biopsicosocial y formativo, alineado con las tendencias actuales en la educación en salud (soporte – fortalecimiento).

La operacionalización de las variables implica técnicas y métodos que permiten medir la variable de una investigación. Consiste en actividades que realiza el investigador tras el análisis teórico y práctico, con el objetivo de definir como se medirán las variables y qué instrumentos se utilizarán para obtener resultados precisos y verídicos. (Hernandez, 2018)

Para alcanzar los objetivos de la investigación, se definió la siguiente Matriz de operacionalización:

Tabla 8*Operacionalización de las variables*

Operacionalización de Variables							
Tema: Evaluar la integración de la Terapia Reiki como medicina alternativa en la carrera de Odontología y su acción en pacientes con ansiedad del área clínica de la Universidad Católica del Ecuador en el periodo 2024-2025.							
Pregunta de investigación	Hipótesis	Objetivo general	Objetivos específicos	Variables estudiadas	Dimensiones	Indicador	Instrumento
¿Cuál es la efectividad de la integración de la Terapia Reiki como medicina complementaria en la reducción de los niveles de ansiedad de los pacientes atendidos en el área clínica odontológica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el periodo 2024 –2025?	La integración de la Terapia Reiki como medicina complementaria produce una disminución significativa en los niveles de ansiedad de los pacientes atendidos en el área clínica odontológica de la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para reducir los niveles de ansiedad de pacientes atendidos en el área clínica, y fortalecer la formación académica de estudiantes y docentes durante el periodo 2024 – 2025.	Proponer la integración de la Terapia Reiki como medicina alternativa en la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para reducir los niveles de ansiedad de pacientes atendidos en el área clínica, y fortalecer la formación académica de estudiantes y docentes durante el periodo 2024 – 2025.	Diagnosticar el efecto de los niveles de ansiedad dental en pacientes atendidos en el área clínica antes y después de la intervención, mediante la aplicación de instrumentos validados como las escalas DAS.	Ansiedad dental	Integración académica y clínica	Existencia de actividades académicas con Reiki. Inclusión del Reiki en el área clínica	Lista de verificación Análisis documental
			Analizar los fundamentos teóricos de la Terapia Reiki (variable independiente); la ansiedad dental (variable dependiente) y la formación odontológica (variable complementaria).	Terapia Reiki	Aplicación Terapéutica	Número de sesiones realizadas/Efectividad de Reiki	Encuesta
			Elaborar una propuesta de integración de la Terapia Reiki para el área clínica universitaria y proponer lineamientos para disminuir la ansiedad dental, y como proceso complementario capacitar a los estudiantes y	Integración de la Terapia Reiki	Protocolo de intervención	Porcentaje de avance Protocolo diseñado	Documento técnico

			docentes como estrategia innovadora en la formación.				
			Validar la propuesta del plan piloto mediante los resultados de confiabilidad Alfa Conbrach y de los criterios de expertos.	Terapia Reiki	Lineamientos de implementación	Existencia de los lineamientos estructurados, Porcentaje total de cumplimiento	Documento estructurado bajo normativas institucionales y legales, Guía metodológica

Fuente: Elaboración propia

3.2. Diseño metodológico.

El diseño metodológico es cuasi-experimental, ya que se va a realizar la intervención de la Terapia Reiki en los pacientes de clínica de la carrera de odontología como un plan piloto, el objetivo fue evaluar y aseverar el efecto que produce esta medicina alternativa. Así también es longitudinal, pues el levantamiento de la información se ejecutó en un momento específico en el tiempo observando un fenómeno en su contexto natural para su posterior análisis.

El alcance fue de tipo explicativo, porque se estableció la causa –efecto entre las variables. La variable dependiente (causa) y la independiente (efectos) y la hipótesis se pueden plantear de forma que se establezca causalidad.

Adicionalmente, como variable complementaria en la investigación fue fundamental la formación a estudiantes, a quienes se les capacitó sobre técnicas básicas de la Terapia Reiki como medicina alternativa para su intervención en el grupo de estudio, para lo cual se diseñó una guía metodológica teórica que posteriormente fue ejecutada en primera instancia en maniqués de simulación clínica. La práctica de formación fue realizada también por el docente experto en Terapia Reiki, quién presentó los pasos necesarios para intervención directa con el paciente. Anexo B pág. 158.

Previo a la ejecución de la investigación, se diseñó y elaboró la autorización para la aplicación de la Terapia Reiki y el Consentimiento Informado, conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Estos documentos permitieron garantizar la participación voluntaria de los pacientes, quienes fueron informados sobre los objetivos y procedimientos de la intervención antes de firmar su aceptación. Además, se aseguró la confidencialidad y el manejo ético de la información, en concordancia con los principios bioéticos que regulan la investigación.

Se seleccionó una muestra de 42 pacientes que acuden a la consulta odontológica que experimentan ansiedad antes de los tratamientos dentales, quienes aceptaron firmar el consentimiento informado y la aceptación voluntaria para la intervención de la Terapia Reiki y la elaboración de la encuesta o Test de los niveles de ansiedad, antes y después del tratamiento dental.

3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis.

El enfoque de la investigación se centra en la persistencia de altos niveles de ansiedad dental en pacientes que acuden a consulta odontológica universitaria, lo cual afecta negativamente la adherencia al tratamiento, la calidad de atención y los resultados clínicos, este fenómeno posee una naturaleza multidimensional, ya que involucra componentes fisiológicos, emocionales, conductuales y socioculturales.

El estudio se desarrolló bajo un enfoque mixto, es decir, cuantitativo de tipo explicativo, complementado con elementos cualitativos de carácter interpretativo. El enfoque cuantitativo permitió medir objetivamente la variación de los niveles de ansiedad dental (variable dependiente); determinar el efecto de la Terapia Reiki (variable independiente) y comprobar la hipótesis de la disminución de la ansiedad dental. En tanto que el enfoque cualitativo permitió asimilar la percepción del paciente frente a la terapia, el grado de aceptación del modelo REIK-ODONTO y la pertinencia de su incorporación en la formación académica.

Según Arias y Covinos (2021), el diseño busca determinar si hay diferencias en los resultados entre distintos tratamientos, verificando de manera cuantitativa cómo una variable influye en otra. En este caso, se evalúa como la Terapia Reiki afecta a la ansiedad de pacientes antes y después del tratamiento odontológico. El diseño fue cuasiexperimental longitudinal de tipo pretest y posttest con un solo grupo, estudio que permitió establecer una línea base del problema, evaluar los cambios en los niveles de ansiedad antes y después de la intervención de la Terapia Reiki y fue adaptable a las condiciones clínicas sin alterar la ética del tratamiento. La estructura del diseño $G \rightarrow O_1 \rightarrow X \rightarrow O_2$

Donde:

G: Grupo de pacientes

O₁: Medición inicial de la ansiedad dental

X: Aplicación de la Terapia Reiki

O₂: Medición final de la Terapia Reiki

Este diseño permitió evaluar la variación de la ansiedad dentro del mismo sujeto, respondiendo directamente al problema de investigación, el cual requirió evidenciar cambios atribuibles a la intervención.

El tipo de investigación se clasifica como mixta, aplicada y de campo. Es mixta porque combina el mejor rigor estadístico con la comprensión subjetiva de la experiencia terapéutica, es aplicada porque sus resultados buscan generar soluciones concretas en el entorno clínico; y es de campo porque los datos se obtuvieron directamente en el área clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador con pacientes reales en contexto asistencial.

Este enfoque integrador permitió abordar la problemática desde la evidencia empírica y desde la vivencia humana del paciente, articulando el conocimiento científico con la dimensión holística del cuidado.

3.2.2. *Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos.*

El método principal empleado fue analítico descriptivo, sustentado en la observación directa y la medición estandarizada de las respuestas de los pacientes frente al tratamiento odontológico. Se utilizó la escala MDAS (*Modified Dental Anxiety Sale*) como instrumento de evaluación cuantitativa, por su validez y confiabilidad, comprobadas en diferentes contextos clínicos internacionales. Anexo I, pág. 168.

Las técnicas de recolección de datos aplicada a pacientes antes y después del tratamiento odontológico y la revisión de la literatura facilitaron la obtención de parámetros esenciales para el diseño del instrumento de recopilación de datos. Se seleccionó la técnica de encuesta, utilizando el Test de Ansiedad para la medición psicológica, el Consentimiento Informado y la autorización del paciente, para legalizar la aceptación de la intervención con la Terapia Reiki.

Registro post-intervención: de la percepción de alivio o tranquilidad tras la sesión de Reiki.

La encuesta obtenía preguntas socio demográficas como nombre, edad, sexo y cinco preguntas principales sobre la ansiedad anticipatoria, sensorial y procedimental, acompañadas de

tres preguntas complementarias sobre conocimiento y aceptación Reiki. Todas las preguntas se respondieron mediante una escala de tipo Likert (1= relajado, 5 extremadamente ansioso).

3.2.3. *Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos.*

El instrumento constó de preguntas cerradas organizadas en dos bloques: uno dirigido a medir los niveles de ansiedad mediante la Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada (MDAS), y otro Test, destinado a evaluar la aceptación y eficacia percibida de la Terapia Reiki después del procedimiento. Este formato permitió obtener datos consistentes, cuantificables y comparables, adaptados a un análisis posterior. La aplicación directa por parte de los estudiantes facilitó la observación de reacciones conductuales, el acompañamiento en tiempo real y el esclarecimiento de dudas por parte de los pacientes, lo cual contribuyó a la calidad de la información recogida.

Durante esta fase, se examinó cuidadosamente si los ítems eran comprendidos por los participantes, si el diseño de la encuesta facilitaba una respuesta espontánea y si el tiempo de aplicación era razonable en el entorno clínico. También se evaluó la factibilidad operativa de la terapia Reiki: disponibilidad de espacios, logística de tiempos, adecuación del entorno, y participación del personal capacitado, asegurando el cumplimiento de los principios éticos. Posteriormente se aplicó a una muestra de 42 participantes en el área clínica de la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Las preguntas se agruparon según etapas del proceso odontológico:

1. Ansiedad anticipatoria: “Si tuviera que ir al dentista mañana, ¿Cómo se sentiría al respecto?”
2. Ansiedad situacional: “Mientras espera su turno en la sala dental, ¿Cómo se siente?”
3. Ansiedad procedimental: “Cuando el dentista prepara el micromotor, ¿Cómo se siente?”
4. Ansiedad sensorial: “Cuando observa el instrumenta odontológico, ¿Cómo se siente?”
5. Ansiedad dolor: “Si le van a inyectar anestesia local, ¿Cómo se siente?”

Cada ítem mide el estado emocional y su correspondencia con el estímulo odontológico. Los resultados fueron digitalizados y procesados estadísticamente mediante el software SPSS V27, de análisis de datos.

3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección.

La muestra estuvo constituida por 42 pacientes, con edades comprendidas entre 19 y 50 años, atendidos en la clínica odontológica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el periodo 2024-2025, fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional, criterio adecuado para estudios de tipo exploratorio. Los pacientes accedieron voluntariamente a participar mediante la firma del consentimiento informado y aceptación.

Los criterios de inclusión considerados fueron: ser mayor de 18 años, tener capacidad plena para comprender y responder los instrumentos, y no estar bajo tratamiento médico o psiquiátrico para la ansiedad. Se excluyeron personas con discapacidad cognitiva, menores de edad o pacientes que ya hubiesen recibido terapias similares anteriormente.

El tamaño muestral se consideró suficiente para el nivel exploratorio de la investigación, detectar inconsistencias operativas, evaluar la comprensión de los instrumentos y registrar la viabilidad del procedimiento.

En los gráficos obtenidos, se observaron categorías con presencia de “NC” (no contestación), lo que evidenció posibles fallos en la redacción de algunos ítems, señales de fatiga del encuestado o renuencia del paciente a tomar este tratamiento alternativo en el futuro.

El número de observaciones permitió calcular con validez el coeficiente de fiabilidad interna y obtener distribuciones de frecuencia estadísticamente consistentes.

3.3. Trabajo de campo (o Presentación de evidencias, si corresponde).

El trabajo de campo permitió comprobar la hipótesis en condiciones reales, garantizando validez ecológica y aplicabilidad de los resultados. Las fases del trabajo de campo fueron:

- Ingreso de datos de la Historia Clínica y el Consentimiento informado
- Autorización del paciente
- Aplicación del pretest
- Observación Inicial
- Aplicación del Reiki
- Atención odontológica

- Aplicación post-test
- Registro de resultados
- Validación estadística

Cabe recalcar, que para iniciar este procedimiento, se requirió de Guías teóricas y procedimientos de la Terapia Reiki que fueron socializadas a los estudiantes y docentes de manera teórica, posteriormente se realizó las prácticas en maniquíes clínicos en el área de odontología para desarrollar las técnicas aprendidas. Anexo B pág. 158; Anexo K pág.172

En la figura a continuación se evidencia el plan piloto de la capacitación en el área clínica, de la Terapia Reiki a estudiantes de la Carrera de Odontología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Figura 7

Capacitación alumnos en maniquíes de simulación clínica



Nota: Capacitación a estudiantes de la Terapia Reiki (Plan piloto) Fuente: Elaboración propia

Figura 8

Fotografías de los alumnos capacitados de la Carrera de Odontología



Fuente: Elaboración propia

Figura 9

Capacitación in-situ con el paciente. Técnica de relajación



Fuente: Elaboración propia

Figura 10

Técnica de Imposición de manos



Fuente: Elaboración propia

Figura 11

Técnica imposición de manos



Nota: Intervención in situ de la Terapia Reiki en paciente. *Fuente:* Elaboración propia

Figura 12

Terapia Reiki técnica Péndulo



Nota: Intervención in situ de la Terapia Reiki en paciente. *Fuente:* Elaboración propia

Figura 13

Técnica de cierre de la Terapia Reiki



Fuente: Elaboración propia

3.3.1. Aplicación de los instrumentos.

La recolección de datos se realizó mediante un instrumento estructurado en forma de entrevista, aplicado directamente a los pacientes durante el proceso de atención odontológica en las clínicas de la PUCE. Este procedimiento fue llevado a cabo por estudiantes de la carrera de Odontología previamente instruidos en el uso de la Terapia Reiki como intervención complementaria. Las encuestas se realizaron en un entorno clínico controlado, inmediatamente antes y después de la aplicación del tratamiento, permitiendo recopilar información relevante sobre los niveles de ansiedad experimentados por los pacientes, así como su percepción respecto a la intervención terapéutica.

Una vez finalizado el proceso de encuestas, los formularios físicos fueron recolectados y organizados para su revisión inicial. Esta etapa incluyó una verificación manual de la completitud de las respuestas, la detección de omisiones, errores de interpretación y marcaciones inconsistentes. De forma paralela, se registraron las observaciones realizadas por los estudiantes sobre la actitud de los participantes, tales como dudas frecuentes, pausas extensas o resistencia a responder ciertas preguntas. Esta revisión inicial fue esencial para garantizar la integridad del contenido antes de proceder a su digitalización. Anexo L pág. 173

Los datos fueron posteriormente transferidos a una hoja de cálculo en Microsoft Excel, donde se construyó una base de datos con estructura organizada por variables. Cada ítem de la encuesta fue asignado a una columna, y a cada categoría de respuesta se le asignó un valor numérico de acuerdo con su naturaleza (dicotómica, ordinal o tipo Likert). Las respuestas omitidas o no contestadas fueron registradas como “NC” (no contesta), lo que permitió mantener una trazabilidad clara de los vacíos de información y detectar ítems susceptibles de reformulación. Esta digitalización facilitó un análisis preliminar ordenado y eficiente, con la posibilidad de aplicar posteriormente filtros y estadísticas descriptivas. En esta etapa, el uso de Excel permitió realizar una primera exploración de los datos a través de frecuencias absolutas y relativas, así como identificar patrones generales de comportamiento en las respuestas. Aunque el análisis profundo se realizará posteriormente con herramientas estadísticas más avanzadas, esta fase permitió evaluar la coherencia de los registros, el comportamiento de las variables y la eficacia del instrumento aplicado.

El registro meticuloso de los datos en Excel no solo garantizó su accesibilidad y organización, sino que también permitió identificar oportunidades de mejora en el diseño de la encuesta para futuras etapas de la investigación.

Tabla 9*Recopilación de datos de la encuesta*

NOMBRES	APELLIDOS	Edad	Sexo	Estado Civil	1. si tuviera que ir al dentista mañana para la revisión, ¿cómo se sentiría al respecto?	2. cuando está esperando su turno en el consultorio en la silla dental, ¿cómo se siente?	3. cuando usted está sentado en la silla del dentista a esperar mientras prepara el micro motor para comenzar el tratamiento en los dientes, ¿cómo se siente?	4. imagínese que usted está en el sillón dental para una limpieza dental, mientras espera el dentista o higienista saca los instrumentos que serán utilizados para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?	5. si le van a inyectar con una aguja un anestésico local para su intervención dental, ¿cómo se siente?	6. ¿usted ha recibido o terapia alternativa para disminuir la ansiedad o temor ante la consulta odontológica?	7. ¿a usted le gustaría recibir una terapia alternativa para calmar la ansiedad antes de la atención dental?	8. ¿la intervención terapéutica Reiki, ayuda a disminuir la ansiedad durante el tratamiento odontológico?	9. ¿volvería a recibir la terapia Reiki para tratamientos dentales?
---------	-----------	------	------	--------------	--	--	---	---	---	---	--	---	---

JUAN ANDRES	VITERI RUEDA	25	Masculino	soltero	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	No	Si	Si	Si
KATHERINE PASCELA	PEÑA GOMEZ	25	Femenino	soltera	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Bastante ansioso	No	Si	NC	NC
EDISON PAUL	LOPEZ BARRERA	30	Masculino	Divorciado	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	No	Si	No	Si
RICHARD JAVIER	LOPEZ CAZO	27	Masculino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	No	Si	Si	Si
MARIA JULIA	MORA	24	Femenino	soltera	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	No	Si	Si	Si
DAVID ALEXIS	GUERRERO TUPIZA	23	Masculino	soltero	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Bastante ansioso	No	No	NC	NC
SAMY NICOLE	VELARDE QUINTANA	20	Femenino	soltera	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	No	Si	Si	Si
MIGUEL ANGEL	LEIME RIVADENEIRA	21	Masculino	soltero	Ligeramente ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Si	Si	Si	Si
KRISTIAN JHOSUE	COBA CENTENO	22	Masculino	soltero	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	No	Si	Si	Si

EDUARD O LUIS	MESTANZA BENAVIDES	22	Masculino	soltero	Relajado, nada ansioso	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	Relajado, nada ansioso	No	Si	No	No
ANA BELEN	ROMERO CRUZ	45	Femenino	casado	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	No	Si	Si	Si
MELANN Y	PAEZ ANDRADE	25	Femenino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramen te ansioso	No	Si	Si	Si
CARLA BELEN	DIGVAY TORRES	23	Femenino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	No	Si	Si	Si
ALISON ESPERAN ZA	CAMPOVER DE ORELLANA	25	Femenino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Si	Si	Si	Si
LEONARD GABRIEL	BALLESTER OS	38	Masculino	Casado	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	Bastante ansioso	No	Si	Si	No
RANDY ZAKK	CUESTAS HOYOS	19	Masculino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramen te ansioso	No	Si	NC	NC
STEVEN DANIEL	DUEÑAS ANISETE	20	Masculino	soltero	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Bastante ansioso	No	Si	NC	NC
GABRIEL A NICOLE	HINOJOTA PALMA	21	Femenino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	No	Si	NC	NC

DAYANA FERNANDA	CAICHA CACUANGA	20	Femenino	soltero	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Muy ansioso e intranquilo	No	Si	Si	Si
NAHIMA SALOME	SALVADOR VACA	22	Femenino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	No	Si	Si	Si
JAVIER ISAAC	NUÑEZ AVILES	20	Masculino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	No	No	No	No
LUIS EDUARDO	LEON ARMAS	47	Masculino	Unión Libre	Bastante ansioso	Bastante ansioso	Bastante ansioso	Bastante ansioso	Bastante ansioso	No	Si	Si	Si
MAO FITEGEX ALD	FLORES PINTO	21	Masculino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	No	No	No	No
ALEJANDRO	ZAMBRANO REINA	20	Masculino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	No	SI	NC	NC
KATHERINE REBECA	LAPO DUQUE	20	Femenino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Si	Si	NC	NC
ROMINA RAFAELA	GARCIA PALDINES	21	Femenino	soltero	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	No	Si	NC	NC
JOSUE CATENA DAVID	QUILO	22	Masculino	casado	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Muy ansioso e intranquilo	Si	Si	NC	NC

ESTHELA PAULINA	CARANQUI AGUIRRE	36	Femenino	Divorciada	Muy ansioso	Muy ansioso	Muy ansioso	Muy ansioso	Muy ansioso	No	Si	No	No
CAMILA SALOME	SILVA MURILLO	20	Femenino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Muy ansioso	No	No	No	No
JUAN CARLOS	NUÑES ARANGUDI	20	Masculino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Bastante ansioso	No	Si	NC	NC
KAREN STEFANY	ZAMBRANO MOLINA	22	Femenino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Si	Si	Si	Si
LILIA ELIZABET	VILLACRES RAMOS	27	Femenino	Unión Libre	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Si	Si	No	No
CARLA MISHELLE	LOPEZ DEL POZO	20	Femenino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Si	Si	Si	Si
DARLING SARABI	RIVERA CARLOSOMA	20	Femenino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Muy ansioso e intranquilo	No	Si	Si	Si
MARTIN EMILIANO	BAHORQUE Z BUSTOS	19	Masculino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramente ansioso	No	Si	NC	NC
GLORIA DANIELA	TIERRASANTANA	19	Femenino	soltero	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Ligeramente ansioso	Bastante ansioso	Si	Si	No	No

ESTEBAN ANDRES	ORTIZ NUÑEZ	43	Masculino	Casado	Bastante ansioso	Bastante ansioso	Bastante ansioso	Bastante ansioso	Bastante ansioso	No	Si	Si	Si
HERNAN JOEL	TOAPANTA MONTES	23	Masculino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	No	No	No	No
CRISTINA	PAUCAR	20	Femenino	soltero	Relajado, nada ansioso	Relajado, nada ansioso	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	Bastante ansioso	No	Si	Si	Si
DANELLE ALEJANDRA	FIGUEROA YEPEZ	20	Femenino	soltero	Relajado, nada ansioso	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	Bastante ansioso	No	No	No	No
KARLA	MORA	20	Femenino	soltero	Bastante ansioso	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	Ligeramen te ansioso	Bastante ansioso	No	Si	No	No
MONICA DEL ROCIO	VILLACIS PRADO	50	Femenino	Casada	Muy ansioso	Muy ansioso	Muy ansioso	Muy ansioso	Muy ansioso	Si	Si	Si	Si

Nota: Recolección de datos de la encuesta en el Programa SPSS V.27

3.3.2. Procesamiento de la información.

El procesamiento de datos en esta investigación responde directamente al propósito central del estudio: evaluar la efectividad de la Terapia Reiki como intervención complementaria para reducir la ansiedad en pacientes que reciben atención odontológica en la Universidad de los Católicos del Ecuador. Esta tarea se desarrolló a partir de la información significativa recolectada mediante encuestas estructuradas, aplicadas antes y después del tratamiento odontológico. En esta fase, se convirtió en prioridad organizar y transformar los datos en registros legibles y analíticamente útiles, permitiendo así una lectura coherente de los fenómenos observados en la muestra.

El enfoque metodológico de la investigación es cuasi-experimental, lo que implica que el procesamiento de los datos se orienta hacia la medición precisa de los niveles de ansiedad dental en función de la intervención Reiki. En consecuencia, los datos obtenidos se organizaron según variables previamente definidas en la matriz de operacionalización: ansiedad como variable dependiente y aplicación del Reiki como variable independiente. Cada respuesta fue codificada numéricamente, lo que permitió la construcción de un conjunto de datos alineado con los criterios científicos requeridos para el análisis estadístico descriptivo inicial.

El procesamiento se dividió en varias fases lógicas. En primer lugar, se sistematizaron los datos en una hoja de Excel, en la que se asignaron códigos a cada ítem de la Escala de Ansiedad de Corah Modificada (MDAS) y a la encuesta de percepción posterior. En segundo lugar, se validaron los datos ingresados mediante revisiones cruzadas para corregir errores de transcripción y detectar valores perdidos. Este control de calidad fue esencial para asegurar que la información conservase su validez y pudiera reflejar fielmente las condiciones emocionales de los participantes antes y después del tratamiento con Reiki.

En tercera instancia, se generaron distribuciones de frecuencias y análisis de tendencias en las respuestas para cada ítem, lo que permitió identificar no solo el comportamiento estadístico de las variables, sino también las dimensiones más afectadas por la ansiedad dental, como el miedo al instrumental o al dolor percibido. Además, se analizaron las tasas de respuesta y de no contestación (NC), observándose que ciertas preguntas mostraron mayor grado de omisión, lo cual podría estar relacionado con aspectos de redacción, comprensión o fatiga del encuestado.

Esta interpretación sirvió como retroalimentación metodológica para el ajuste de los instrumentos.

El procesamiento de datos constituyó una etapa fundamental del estudio, ya que permitió transformar la información individual en tendencias colectivas comprensibles y facilitar la elaboración de tablas, gráficos y análisis claros. Este proceso lejos de ser mecánico implicó una reflexión crítica que vinculó los datos empíricos con los objetivos de la investigación, aportando evidencia clave para sustentar la hipótesis que la Terapia Reiki contribuye para disminuir la ansiedad.

3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos.

El análisis sociodemográficos, comprendió el rango de edad de los pacientes desde los 19 a 50 años, quienes afirmaron ser asistidos y que cumplen con los criterios de segmentación.

Tabla 10

Participación de pacientes por edad

Edad	Número pacientes atendidos	Porcentaje de participación
19 años	3	7.14%
20 años	13	30.95%
21 años	4	9.52%
22 años	5	11.90%
23años	3	7.14%
24 años	1	2.38%
25 años	4	9.52%
27 años	2	4.76%
30 años	1	2.38%
36años	1	2.38%
38 años	1	2.38%
43 años	1	2.38%

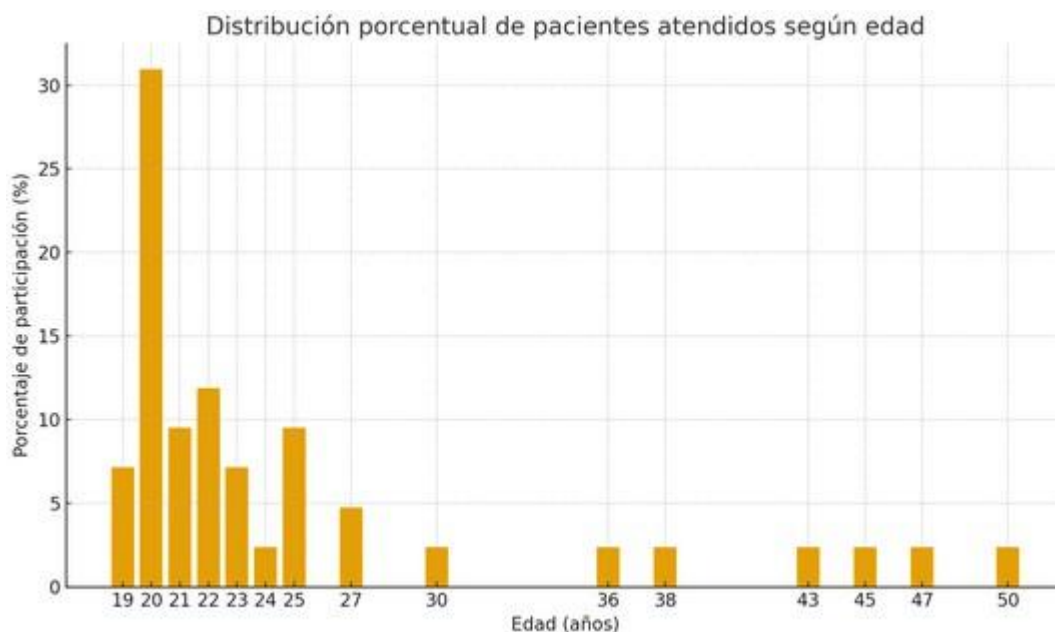
45 años	1	2.38%
47 años	1	2.38%
50 años	1	2.38%
Total	42	100%

Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

La muestra total está compuesta por 42 pacientes, cuyas edades oscilan entre 19 a 50 años. El grupo más representativo corresponde a los 20 años con 13 pacientes con el 30.95%, seguido por los de 22 años (11.90%) y 21 y 25 años (9.52%).

Gráfico 1

Distribución porcentual de pacientes atendidos por rango de edad



Nota: Existe mayor concentración en la población edad de 20 años, en relación a la edad media (31 años)

- Medidas estadísticas descriptivas:
- Media (edad promedio): 24.93 años
- Mediana: 22 años
- Moda: 20 años

- Desviación estándar: 8.13 años

Interpretación: La edad promedio de los pacientes atendidos es cercana a los 25 años, con una mediana de 22 años, lo que confirma una mayor concentración en adultos jóvenes. La moda de 20 años coincide con el grupo de mayor participación (30.95%) y la desviación estándar moderada (± 8.13) indica una dispersión amplia, aunque con predominio de edades tempranas dentro de la muestra.

Tabla 11

Pacientes atendidos según género

Género	Número pacientes atendidos	Porcentaje de participación
Hombre	19	45.24%
Mujer	23	54.76%
Total	42	100%

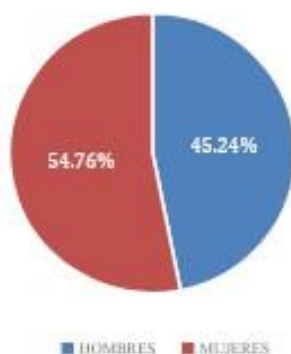
Nota: Encuesta de estudio. Fuente: Luis Vallejo (2025)

La muestra está compuesta por 23 mujeres (54.76%) y 19 hombres (45.24%), conformada por los 42 pacientes. Esto refleja que existe una ligera predominación en el género femenino, con una diferencia aproximada 9.5 puntos porcentuales respecto al masculino.

Gráfico 2

Distribución porcentual de pacientes atendidos por género

Distribución porcentual de pacientes atendidos según género



Nota: La diferencia de participación por género es mínima, el 4.76% incrementa en pacientes mujeres

La mayor participación femenina puede estar asociada a una búsqueda de atención preventiva y estética dental, tendencia descrita en la literatura odontológica. La distribución equilibrada de ambos sexos (44-55%) sugiere una representatividad adecuada de ambos grupos, lo que permite un análisis comparativo válido en estudios posteriores sobre la ansiedad o respuesta terapéutica.

Tabla 12

Participación por estado civil

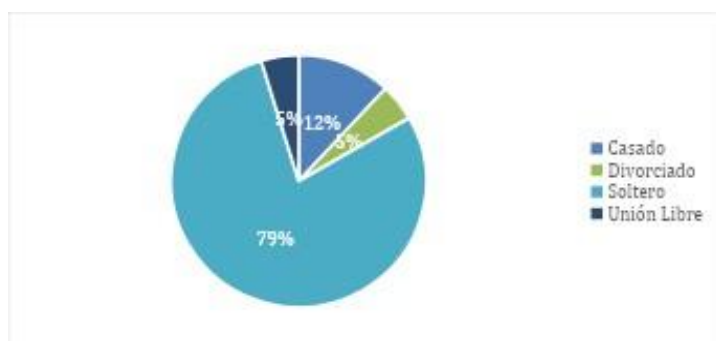
Estado Civil	Número pacientes atendidos	Porcentaje de participación
Casado	5	11.90%
Divorciado	2	4.76%
Soltero	33	78.57%
Unión Libre	2	4.76%
Total	42	100%

Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Este segmento está compuesto por pacientes solteros (78.57%), seguido por casados (11.90%) y en menor proporción divorciados y personas en unión libre (4.76%) cada grupo.

Gráfico 3

Distribución porcentual de pacientes según estado civil



Nota: El mayor porcentaje de participación está concentrado en el estado civil soltero

El gráfico revela una prevalencia significativa de participación en función del estado civil de soltero, se asocia a la estructura demográfica típica de la población universitaria, donde la mayoría de pacientes se encuentran en etapa formativa y sin vínculos conyugales formales, destacando que esta condición puede influir en la percepción de la ansiedad dental y la adherencia a terapias complementarias. La muestra al corresponder a una población joven, puede implicar niveles bajos de ansiedad relacionada con la atención odontológica, posiblemente se deba a su carácter juvenil y menor preocupación por tratamientos dentales.

Las preguntas a continuación fueron formuladas mediante un enfoque basado en la revisión sistemática de la literatura, identificando que la ansiedad y el miedo en pacientes odontológicos se asocian a múltiples factores, entre ellos experiencias previas traumáticas durante procedimientos clínicos, la exposición a instrumentos y equipos odontológicos, así como el temor a lesiones o punciones con agujas.

En este contexto, y con el fin de garantizar rigurosidad metodológica en la medición de la variable, se utilizó como base científica la *Dental Anxiety Scale (DAS)*, instrumento ampliamente validado en estudios internacionales para la evaluación de la ansiedad odontológica. Por lo tanto, se consideraron estos elementos como variables determinantes en la manifestación de la ansiedad en el contexto odontológico.

Tabla 13

Comportamiento ansiolítico al acudir al dentista al día siguiente

Comportamiento	Número pacientes atendidos	Porcentaje de participación
Relajado, nada ansioso	29	69.05%
Ligeramente ansioso	8	19.05%
Bastante ansioso	3	7.14%
Muy ansioso	2	4.76%

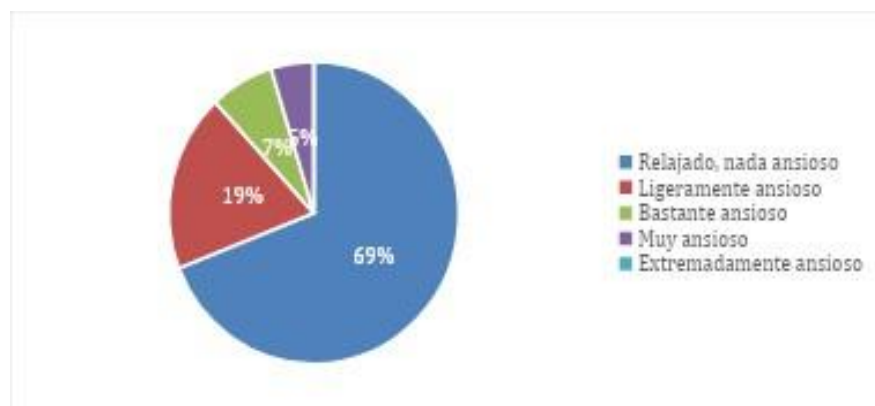
Extremadamente ansioso	0	0.00%
Total	42	100%

Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Del total de 42 evaluados, la mayoría (69.05%) se mostró relajada sin signos de ansiedad, mientras que un 19.05% presentó ansiedad ligera, bastante ansioso (7,14%) y los rangos muy ansioso (4.76%) fueron minoritarios, y ningún paciente mostró ansiedad extrema.

Gráfico 4

Distribución de pacientes ansiolíticos al acudir al dentista



Nota: El 31% del total de pacientes siente algún nivel de ansiedad en relación al 69% que se siente relajado

Este patrón sugiere un entorno clínico controlado y una intervención efectiva en la reducción del miedo o estrés dental, posiblemente vinculado a un segmento mayoritario de joven - adulto o a un ambiente terapéutico favorable y técnicas de relajación complejas aplicadas.

Tabla 14

Nivel de Ansiedad ante la espera, en el sillón dental

Conducta	Número pacientes atendidos	Porcentaje de participación
Relajado, nada ansioso	25	59.52%
Ligeramente ansioso	13	30.95%
Bastante ansioso	2	4.76%

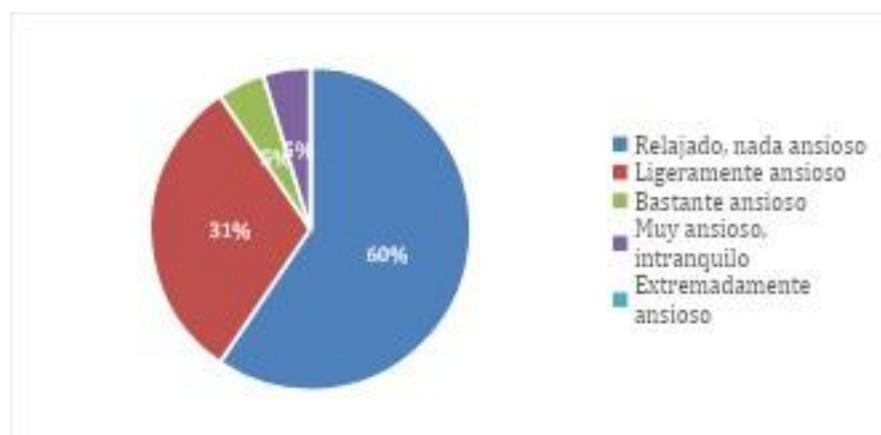
Muy ansioso, intranquilo	2	4.76%
Extremadamente ansioso	0	0.00%
Total	42	100%

Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Del total de pacientes evaluados, el 59.52% se mostró relajado, mientras que un 30.95% presentó ansiedad ligera. Los niveles moderados y altos de ansiedad fueron pocos frecuentes (4.76% cada uno) y no se registraron casos de ansiedad extrema.

Gráfico 5

Nivel Ansiedad ante la espera en el sillón dental



Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

La mayor participación es el adulto joven con 59,52% en estado relajado, el 30.95% presenta signos de ansiedad ligera, el 4.76% se considera en los dos niveles de moderado y alto y no se registraron casos de ansiedad extrema.

Tabla 15

Conducta ansiosa del paciente durante la preparación del micromotor odontológico.

Actitud	Número pacientes atendidos	Porcentaje de participación
Relajado, nada ansioso	16	38.10%
Ligeramente ansioso	22	52.38%

Bastante ansioso	2	4.76%
Muy ansioso, intranquilo	2	4.76%
Extremadamente ansioso	0	0.00%
Total	42	100%

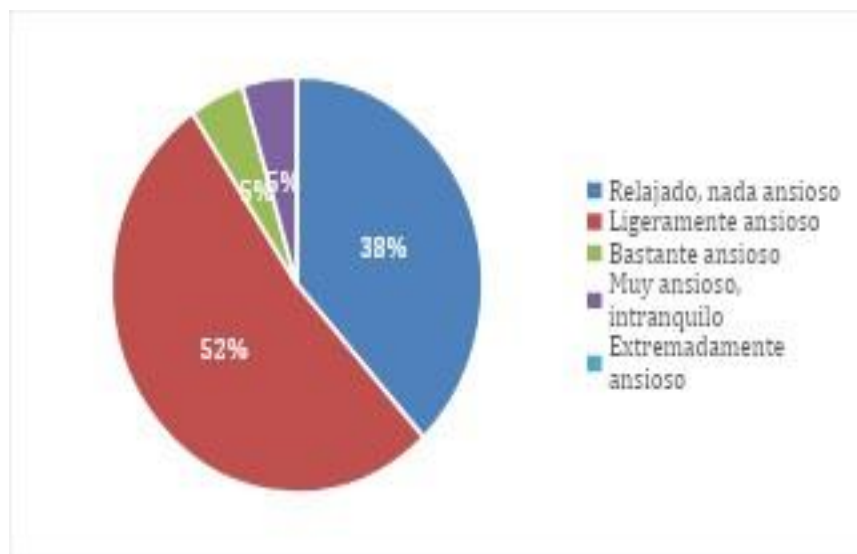
Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Del total de pacientes (42), 16 pacientes con el 38.10% se sienten relajados, 22 pacientes con el 52.38% tiene un estado ligeramente ansioso, a estos dos segmento la utilización del micromotor, turbina dental no les provoca ansiedad.

En tanto que el segmento muy ansioso y extremadamente ansioso reportaron el 4.76% cada uno. En el caso extremadamente ansioso no se registran.

Gráfico 6

Conducta ansiosa del paciente durante la preparación del micromotor



Nota: Encuesta de estudio. Fuente: Elaboración propia

El 90% de la totalidad de pacientes por ser un segmento joven no consideran el micromotor o turbina dental un equipo de riesgo.

- La Media 1.67% indica una tendencia general hacia el bajo nivel de ansiedad,

- La Moda es 2 muestra que la mayoría de los pacientes se sienten ligeramente ansiosos, sin llegar a niveles preocupantes.
- La desviación estándar de 0.76 refleja una dispersión leve, lo que significa que casi todos los pacientes se concentran en niveles bajos (1 y 2).

Tabla 16

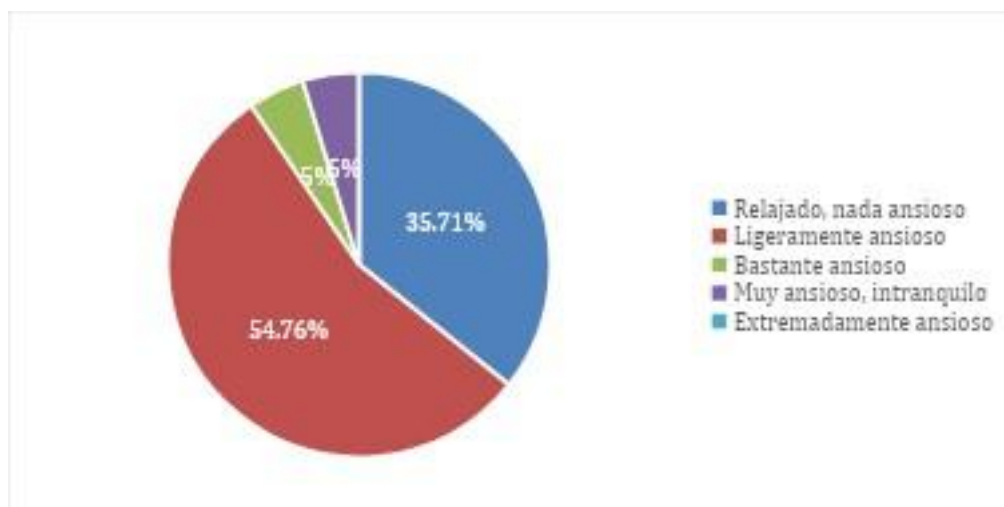
Nivel de ansiedad del paciente frente a los instrumentos dentales

Nivel de ansiedad	Número pacientes atendidos	Porcentaje de participación	Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025) El 54.76% de los pacientes presentó ligera ansiedad,
Relajado, nada ansioso	15	35.71%	
Ligeramente ansioso	23	54.76%	
Bastante ansioso	2	4.76%	
Muy ansioso, intranquilo	2	4.76%	
Extremadamente ansioso	0	0.00%	
Total	42	100%	

lo que sugiere que la experiencia odontológica generó un nivel controlado de tensión. El 35.71% mostró un estado relajado, lo que refleja confianza al entrono clínico. El 9,52%) manifestó niveles altos de ansiedad, por lo que estos casos podrían beneficiarse de terapias complementarias, por ejemplo respiración guiada, Reiki.

Gráfico 7

Nivel de ansiedad frente a instrumentos dentales



Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Interpretación:

El análisis de los datos evidencia que la mayoría de los pacientes atendidos presentan niveles bajos a moderados de ansiedad dental, concentrándose principalmente en la categoría de “ligeramente ansioso” (54,76%), seguida de “relajado, nada ansioso” (35,71%).

En conjunto, estos dos grupos representan más del 90% de la muestra, lo que sugiere un adecuado manejo emocional en relación a la utilización del instrumental odontológico. Por otro lado, los niveles más elevados de ansiedad “bastante ansioso” y “muy ansioso, intranquilo” corresponden a un porcentaje reducido (4,76% cada uno), mientras que no se registraron casos de ansiedad extrema.

5. Si le van a inyectar con una aguja un anestésico local para su intervención dental, ¿cómo se siente?

Tabla 17

Nivel de ansiedad ante la aplicación del anestésico

Nivel de ansiedad	Número pacientes atendidos	Porcentaje de participación
Relajado, nada ansioso	10	23.81%
Ligeramente ansioso	15	35.71%
Bastante ansioso	11	26.19%

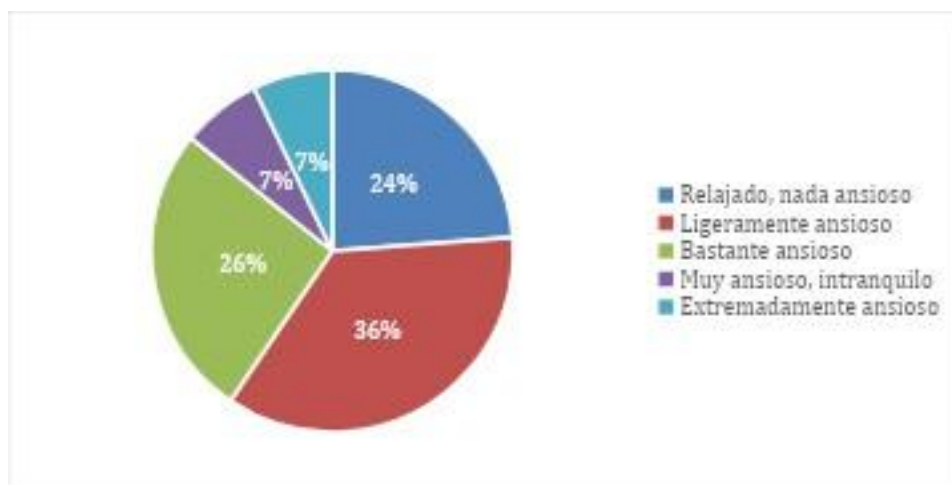
Muy ansioso, intranquilo	3	7.14%
Extremadamente ansioso	3	7.14%
Total	42	100%

Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

En este análisis se observa que el 40.48% de los pacientes manifiestan ansiedad preoperatoria relacionada con la percepción de la aguja durante la intervención anestésica. Específicamente el 35.71% (15 pacientes) presentan ligera ansiedad, mientras que el 26.19% (11 pacientes) se sienten bastante ansiosos. Además el 14.28% (6 pacientes) reportan sentirse muy ansioso o extremadamente ansioso. Por otro lado, el 23.81% de la muestra se siente relajado y no presenta ningún tipo de ansiedad ante la aplicación del anestésico.

Gráfico 8

Nivel de ansiedad ante la aplicación de anestésico



Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Interpretación:

Del total de 42 pacientes la ansiedad por causa de la intervención con aguja, demuestran un nivel de ansiedad en relación a las causas como la ansiedad antes de la consulta, la utilización del micromotor o instrumental. En conjunto, el promedio (2.38%) confirma que la mayoría de los pacientes mantiene una actitud controlada ante la intervención del anestésico, aunque existe un grupo minoritario con reacciones intensas de temor o ansiedad.

6. ¿Usted ha recibido terapia alternativa para disminuir la ansiedad o temor ante la consulta odontológica?

Tabla 18

Atención de terapias alternativas en tratamientos odontológicos

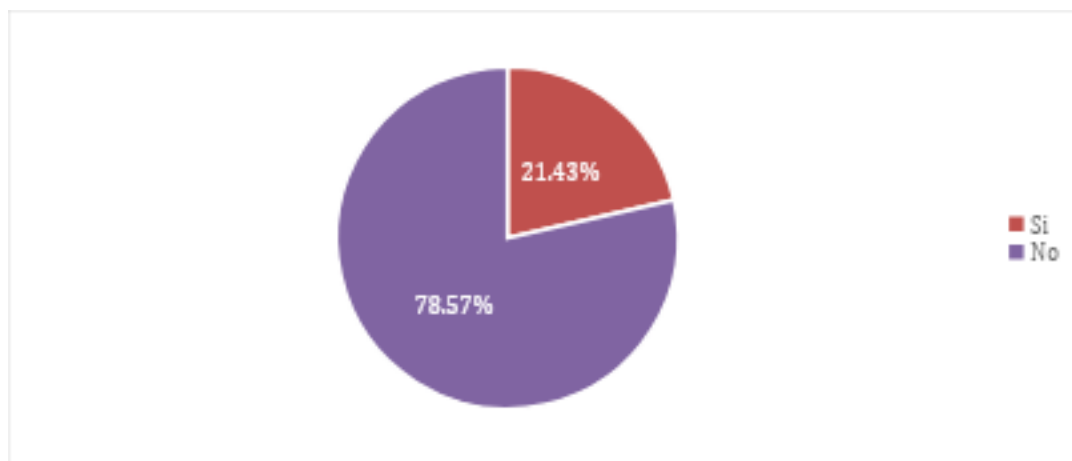
Inserción terapia	Número pacientes atendidos	Porcentaje de participación
Si	9	21.43%
No	33	78.57%
Total	42	100%

Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Del total de los 42 pacientes, solo 9 pacientes (21,43%) han recibido terapias complementarias, el 78.57% no tienen conocimiento.

Gráfico 9

Inserción de la terapia alternativa en tratamientos odontológicos



Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Interpretación:

Este hallazgo evidencia que la terapia Reiki y otras complementarias carecen de reconocimiento formal o integración en el ámbito odontológico, representando una oportunidad de mercado para la implementación de enfoques holísticos en la atención clínica dental. Además,

se observa que el 78.57% de los pacientes no han recibido intervención de Terapia Reiki durante procedimientos odontológicos, siendo un mercado potencial, en contraste con el 21.43% que si ha sido sometido a dicha terapia.

A pesar de la baja participación, el grupo que si recibió terapia podría mostrar efectos positivos en la reducción de la ansiedad, lo que justificaría mayor promoción e incluso el Reiki como estrategia de apoyo emocional.

En términos estadísticos, la media baja (0.21) y la moda “No” confirman que la inserción a la terapia Reiki aún no está consolidada en la práctica odontológica.

7. ¿A usted le gustaría recibir una Terapia Alternativa para calmar la ansiedad antes de la atención dental?

Tabla 19

Deliberación para recibir terapias alternativas

Inserción terapia	Número pacientes atendidos	Porcentaje de participación
Si	36	85.71%
No	6	14.29%
Total	42	100%

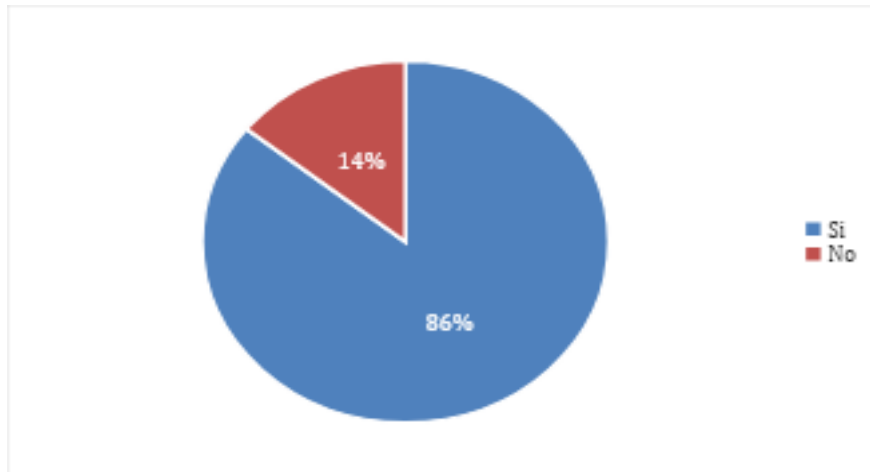
Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Específicamente, 36 pacientes (85,71%) manifestaron su disposición a recibir la intervención, mientras que 6 pacientes (14.29%) expresan rechazo.

Esta respuesta favorable respalda la integración de la Terapia Reiki en el currículo académico de odontología, promoviendo un enfoque biopsicosocial en la gestión del bienestar del paciente

Gráfico 10

Deliberación para recibir terapias alternativas



Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

El 85,71% de los pacientes decidieron recibir la Terapia Reiki, evidenciando una implementación amplia y positiva dentro del proceso clínico, solo un 14,29% no participó, lo que puede deberse a limitaciones personales logísticas.

La media alta (0.86) y la baja desviación estándar (0.35) reflejan una aceptación homogénea y estable del Reiki como Terapia Complementaria. Estos resultados sugieren que la inserción del Reiki es positiva, que la mayor parte de los pacientes aceptaron a la terapia como otra alternativa para reducir la ansiedad.

La siguiente información está expresada por los pacientes luego de recibir la terapia Reiki y el tratamiento odontológico, con el objetivo de conocer los cambios conductuales de la ansiedad después de ser atendidos.

Conteste la siguiente pregunta posterior a la atención dental y previa realización de la Terapia Reiki.

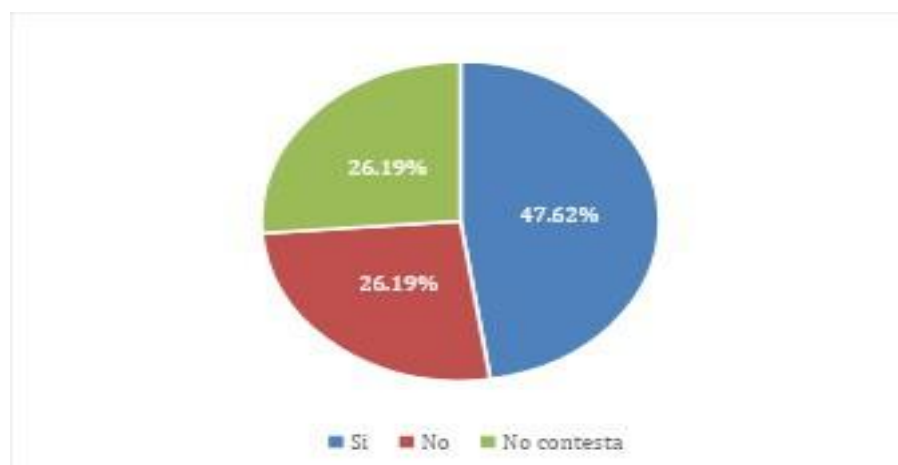
8. ¿La intervención terapéutica Reiki, ayudó a disminuir la ansiedad durante el tratamiento odontológico?

Tabla 20*Disminución de la ansiedad posterior Terapia Reiki*

Disminución ansiedad	Número pacientes atendidos	Porcentaje de participación
Si	20	47.62%
No	11	26.19%
No contesta	11	26.19%
Total	42	100%

Fuente: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

De la muestra total de pacientes atendidos post-terapia Reiki, 20 individuos (47.62%) reportaron reducción en los niveles de ansiedad, mientras que 11 pacientes (26.19%) no evidenciaron cambios estadísticamente significativos, y 11 pacientes (26.19%) no proporcionaron respuesta.

Gráfico 11*Disminución de la ansiedad posterior Terapia Reiki*

Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Interpretación:

El 47.62% de los pacientes manifestó una disminución de la ansiedad, reflejando un aspecto positivo atribuible a la Terapia Reiki. Un 26.19% no percibió cambios, mientras que los

otros 26.19% no respondió, por lo que podría relacionarse con factores como la edad de los pacientes, tiempo de exposición o percepción subjetiva de la ansiedad y la desviación estándar moderada (0.82) sugieren una tendencia general al beneficio, aunque con heterogeneidad en las respuestas.

9. ¿Volvería a recibir la Terapia Reiki para tratamientos dentales?

Tabla 21

Expectativa recibir la Terapia Reiki en tratamientos dentales

Disminución ansiedad	Número pacientes atendidos	Porcentaje de participación
Si	20	47.62%
No	11	26.19%
No contesta	11	26.19%
Total	42	100%

Fuente: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

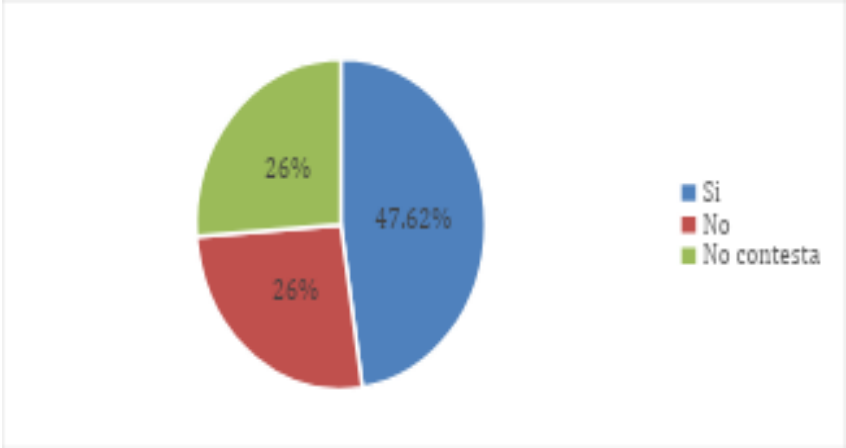
El análisis de los datos muestra que el 47,62% de los pacientes reportó una disminución de la ansiedad, lo que representa casi la mitad de la muestra y sugiere un efecto favorable de la intervención aplicada.

Sin embargo, un 26,19% indicó no haber experimentado cambios, mientras que un porcentaje equivalente (26,19%) no respondió, lo cual introduce un nivel de incertidumbre en la interpretación global de los resultados.

Aunque se evidencia una tendencia positiva hacia la reducción de la ansiedad en una proporción importante de pacientes, la presencia de respuestas negativas y la elevadas tasa de no respuesta limitan la generalización de hallazgos, esto puede ser a que el segmento de la población la mayor parte es de segmento joven.

Gráfico 12

Expectativa recibir la Terapia Reiki en tratamientos dentales



Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Del total de los 42 pacientes que recibieron Terapia en 47,62% y que disminuyeron la ansiedad, desean recibir nuevamente la Terapia Reiki. El 26.19% pese que recibieron la Terapia Reiki no desean recibir y el mismo porcentaje no contesta.

Relación entre el rango de edad y la disminución del nivel de ansiedad

Tabla 22

Relación entre el rango de edad y la disminución del nivel de ansiedad

Edad	Si	No	CO	Total
19	0	1	2	3
20	5	4	4	13
21	1	1	2	4
22	3	1	1	5
23	1	1	1	3
24	1	0	0	1
25	3	0	1	4
27	1	1	0	2
30	0	1	0	1

36	0	1	0	1
38	1	0	0	1
43	1	0	0	1
45	1	0	0	1
47	1	0	0	1
50	1	0	0	1
Total	20	11	11	42

Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

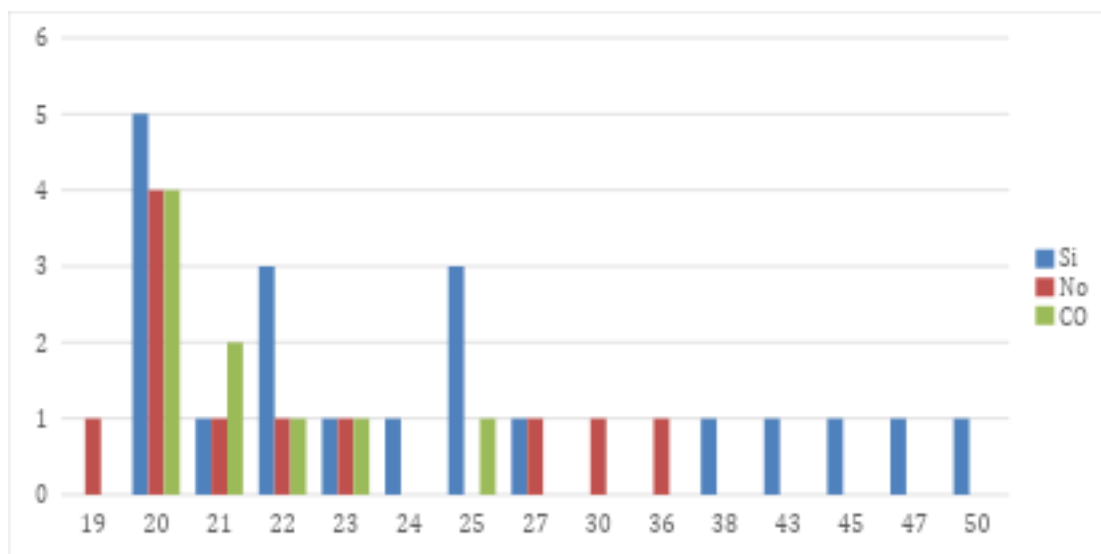
Casi a mitad de los participantes (47.6%) percibieron que el Reiki disminuyó su ansiedad. El grupo de 20 años concentra la mayor parte de la muestra (13 personas) y muestra resultados mixtos. Los jóvenes de 19 y 20 años presentan más respuestas neutras o negativas, lo que puede reflejar menor apertura o experiencia con la técnica.

En edades mayores (30 – 50 años) la tendencia es más positiva, la mayoría respondió que sí tuvo mejoría.

El Reiki tuvo un efecto percibido favorable en la reducción de la ansiedad, especialmente en los grupos de mayor edad, mientras que en los jóvenes hubo más variabilidad de opinión o desconocimiento.

Gráfico 13

Relación entre el rango de edad y el nivel de ansiedad posterior a la terapia



Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Comparación antes y después del Reiki

Tabla 23

Comportamiento de los pacientes posterior a la Terapia Reiki

Nivel ansiedad	Si	No	NC	Total
Relajado, nada ansioso	12	6	7	25
Ligeramente ansioso	5	4	4	13
Bastante ansioso	2	0	0	2
Muy ansioso en intranquilo	1	1	0	2
Total	20	11	11	42

Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

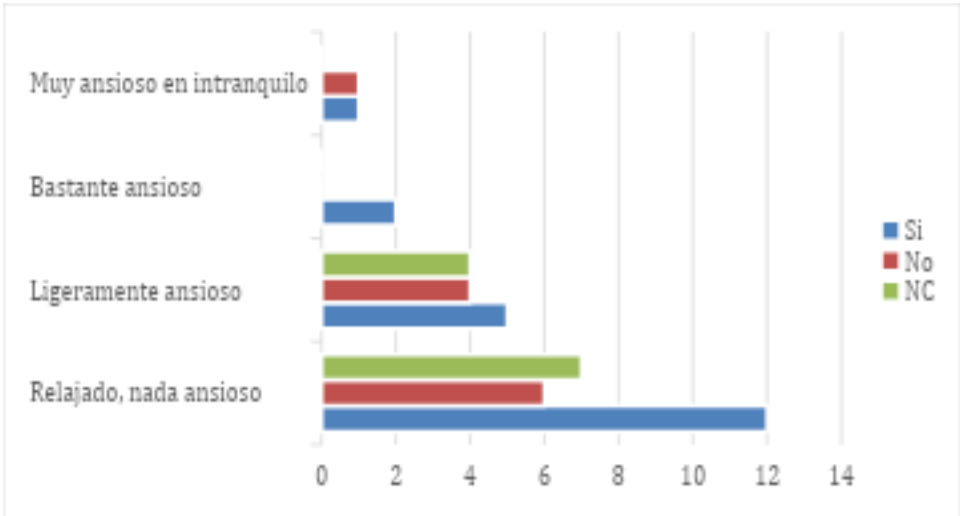
La mayoría de quienes estaban relajados o ligeramente ansiosos también reportaron que el Reiki les ayudó a mantener o mejorar su estado emocional.

Los participantes con mayor ansiedad (bastante o muy ansiosa) son pocos, pero muestran una atención positiva: todos o la mitad sintieron mejoría. El mayor número de “No contesta”

(NC) aparece entre los relajados y ligeramente ansioso, lo cual puede reflejar indiferencia o falta de cambio percibido.

Gráfico 14

Comportamiento de los pacientes posterior a la Terapia Reiki



Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

En conclusión el Reiki parece tener un efecto positivo percibido en la reducción de ansiedad, especialmente en quienes presentan niveles moderados de ansiedad. Esto sugiere que la técnica puede ser útil como complemento emocional en la atención odontológica, ayudando a los pacientes a manejar la ansiedad pre y durante la consulta.

Comportamiento de la ansiedad frente a la aplicación de la anestesia, según el género del paciente.

Tabla 24

Nivel de ansiedad según género frente a la intervención de la anestesia

Rango de edad	Relajado nada ansioso	Ligeramente ansioso	Bastante ansioso	Muy ansioso e intranquilo	Total
---------------	-----------------------	---------------------	------------------	---------------------------	-------

Masculino	4	8	6	1	19
Femenino	6	7	5	5	23
Total	10	11	7	4	42

Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

Interpretación:

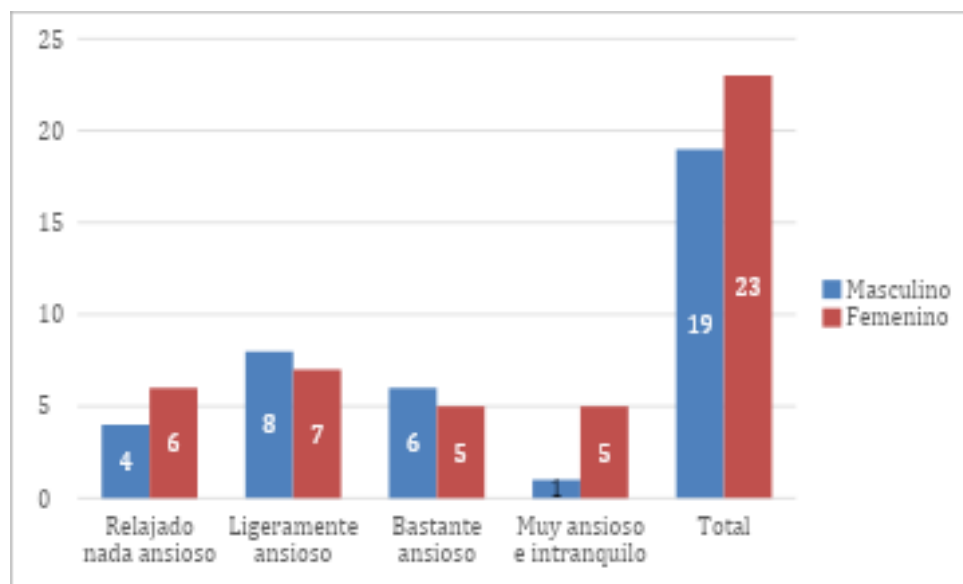
De los 32 sujetos de la muestra, 18 son de género masculino y 14 de género femenino. En el nivel de relajación sin ansiedad predominan los hombres (7) respecto a las mujeres (3), indicando una menor percepción de temor o ansiedad en el género masculino.

En el rango de ansiedad leve, se observa una mayor prevalencia en los varones (8) comparado con las mujeres (3), sugiriendo mayor sensibilidad en los hombres en este nivel. Para el rango de ansiedad moderada (bastante ansioso), las mujeres presentan mayor incidencia (5), en contraste con los hombres, evidenciando un aumento en la percepción de la ansiedad en este nivel.

Finalmente, en los niveles de ansiedad severa (muy ansioso) e intranquilidad, las mujeres muestran mayor afectación (n=3) en comparación con los hombres (n=1), reflejando una mayor sensibilidad emocional en las féminas ante estos estados.

Gráfico 15

Nivel de ansiedad según género frente a la intervención de la anestesia



Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

En el grupo masculino, predomina la ansiedad ligera 42.11%, seguida de la ansiedad moderada (31.58%). En el grupo femenino, aunque la proporción de pacientes relajados es algo mayor a (26.09%), hay una presencia más notoria de la ansiedad alta (21.74%), lo que sugiere mayor variabilidad emocional entre las mujeres.

La media general ($\approx 2.3\%$) refleja que la mayor parte de los pacientes presentan niveles de ansiedad leves a moderados.

El sexo femenino muestra mayor promedio y dispersión, evidenciando una mayor sensibilidad emocional o reactiva ante el entorno clínico. En contraste el sexo masculino mantiene una tendencia más estable hacia ansiedad ligera, con menos casos de ansiedad alta.

Los resultados sugieren que las intervenciones de relajación o apoyo emocional (como Reiki) podrían ser particularmente beneficiosas para reducir los picos de ansiedad en las mujeres.

Análisis de Confiabilidad de Alfa de Conbrach

El presente análisis tiene como propósito evaluar la consistencia interna de un instrumento diseñado para medir los niveles de ansiedad en contextos odontológicos. Para este fin, se utilizó el Coeficiente Alfa de Conbrach, el cual permite estimar la fiabilidad o grado de coherencia entre los ítems que componen una escala.

Tabla 25

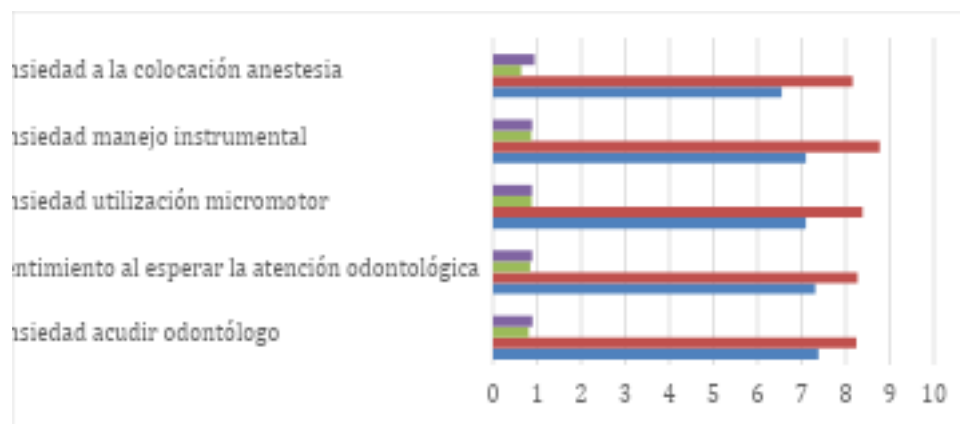
Análisis de Confiabilidad de Alfa de Conbrach

Estadísticas de total de elemento					
Ítem	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Interpretación
Ansiedad acudir odontólogo	7,3810	8,242	,809	,897	Buena correlación, aporta a la escala
Sentimiento al esperar la atención odontológica	7,3095	8,268	,844	,890	Muy buena correlación, ítem fuerte
Ansiedad utilización micromotor	7,0952	8,381	,876	,885	Excelente correlación, consistente
Ansiedad manejo instrumental	7,0952	8,771	,869	,890	Excelente correlación, consistente
Ansiedad a la colocación anestesia	6,5476	8,156	,640	,942	Correlación baja

Nota: Datos encuestas, Programa SPSS V.27. Vallejo (2025).

Gráfico 16

Correlación de las variables corregida Alfa de Cronbach



Nota: Datos encuestas, Programa SPSS V.27. Vallejo (2025).

Interpretación:

EL *Alfa De Cronbach* global (no mostrado, pero inferido) estaría entre 0.88 y 0.90, lo cual indica una muy buena consistencia interna del instrumento. Esto demuestra que los ítems son homogéneos y coherentes entre sí, midiendo adecuadamente el constructo de ansiedad odontológica. Todos los ítems presentan correlaciones superiores a 0.60, lo que demuestra que miden constructos relacionados con la ansiedad y la odontología.

El ítem “Ansiedad a la colocación de anestesia” presenta una correlación baja (0.640). Esto sugiere que este ítem podría estar midiendo un aspecto ligeramente distinto del resto o ser interpretado de manera diferente por los participantes.

En caso de eliminarse, el Alfa aumentaría a 0.942, lo que indicaría una fiabilidad aún mayor.

Tabla 26

Resultado de la fiabilidad con Alfa de Cronbach

Estadística de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	No. Elementos
0,919	5

Nota: Encuesta de estudio. Luis Vallejo (2025)

El instrumento utilizado para evaluar la ansiedad odontológica muestra una fiabilidad ($\alpha \approx 0.919$), por lo que se puede considerar válido y confiable para su aplicación en investigaciones en entornos clínicos.

En general, los resultados respaldan calidad psicométrica de la encuesta y permiten su uso en la evaluación del nivel de ansiedad odontológica en diferentes grupos poblacionales.

3.5. Redacción de resultados y discusión

El análisis metodológico y estadístico demuestra que la aplicación del Reiki posee efectos medibles y significativos sobre la ansiedad dental, con una consistencia interna del instrumento de $\alpha = 0.919$, valor que respalda la validez del estudio. La correlación entre los indicadores de ansiedad y las percepciones de bienestar confirma que la intervención energética no solo reduce el temor, sino que también promueve una experiencia clínica más positiva.

El resultado obtenido refleja una adecuada coherencia entre las preguntas aplicadas, confirmando que las cinco dimensiones de ansiedad medidas son representativas de un mismo constructo (en psicología: categoría descriptiva bipolar con la que cada individuo organiza datos y experiencias de su mundo, como el frío y el calor) psicológico.

Adicionalmente, se observaron tendencias generales que revelan que la mayoría de los participantes reportaron niveles de ansiedad entre “ligeramente ansioso” y “moderadamente ansioso” antes de la Terapia Reiki. Tras la intervención, los pacientes manifestaron una notable disminución del nerviosismo, acompañada de una actitud más colaborativa y tranquila durante la atención.

El análisis integral de los resultados evidencia que la Terapia Reiki constituye una intervención eficaz y segura para disminuir la ansiedad odontológica en entornos clínicos universitarios. La consistencia estadística de la encuesta validó la fiabilidad del instrumento, mientras que las respuestas cualitativas reflejaron una mejora perceptible en la experiencia del paciente.

La evidencia empírica obtenida concuerda con estudios internacionales (Freitag et al., 2014; Guo et al., 2024; Vieira et al., 2020) que demuestran que la capacidad del Reiki para inducir relajación y disminuir los niveles de ansiedad en contextos médicos, quirúrgicos y odontológicos. Desde una perspectiva psicológica, esta respuesta se explica por la activación del sistema parasimpático, asociados a estados de calma y equilibrio fisiológico.

El proceso de aplicación del Reiki también generó un entorno de confianza y comunicación entre el profesional y el paciente, favoreciendo la disposición a cooperar durante los procedimientos odontológicos. Este hallazgo coincide con los principios de odontología integrativa, que enfatiza la atención centrada en el paciente y el manejo empático de sus emociones.

Desde un punto de vista educativo, la investigación valida la pertinencia de integrar prácticas complementarias como la Terapia Reiki en la formación odontológica, representa una oportunidad de innovación pedagógica, permite a los estudiantes desarrollar competencias emocionales y manejo de estrés, complementando su formación científica con una perspectiva humanista e interdisciplinaria.

Limitación del estudio y sesgos

Una de las principales limitaciones fue la ausencia de preguntas abiertas que permitieran a los participantes explicar las razones de su criterio frente a la Terapia Reiki. Esta omisión restringió la comprensión cualitativa de factores personales que influyen en la percepción y receptividad ante intervenciones no convencionales.

Asimismo, se evidenció que algunos estudiantes encargados de aplicar la terapia y los instrumentos no contaban con un entrenamiento metodológico suficiente en recolección de datos, lo que podría haber influido en la uniformidad de la aplicación y en la neutralidad del entorno. Por tanto, se recomienda fortalecer los procesos de capacitación para asegurar mayor homogeneidad en futuras fases.

También se reconoce la posibilidad de sesgos de selección, dado el carácter intencional del muestreo, así como el riesgo de deseabilidad social, ya que los participantes pudieron responder de forma positiva para complacer al encuestador o evitar juicios negativos.

Capítulo IV: PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN

El presente capítulo tiene como finalidad desarrollar una propuesta de transformación orientada a la integración de la Terapia Reiki como estrategia complementaria en el área clínica odontológica universitaria, en repuesta a la problemática identificada en el Capítulo I y sustentada teóricamente en el Capítulo II “la ansiedad dental”, así como los hallazgos obtenidos en el proceso metodológico descrito en el Capítulo III. Considerando que la ansiedad constituye un factor determinante que afecta la conducta del paciente, la adherencia al tratamiento y la calidad de la atención clínica, se plantea la necesidad de implementar intervenciones innovadoras que contribuyan a su reducción desde un enfoque integral.

En este contexto, la propuesta de transformación se fundamenta en la incorporación del Reiki como terapia complementaria no farmacológica, con el propósito de mejorar la experiencia del paciente durante la atención odontológica, favoreciendo estados de relajación y disminuyendo la activación fisiológica asociada a la ansiedad. Asimismo, se reconoce la importancia de fortalecer la formación académica de estudiantes y docentes mediante la inclusión de competencias orientadas al manejo emocional del paciente, en concordancia con enfoques actuales de educación en salud.

Para el desarrollo de este capítulo, se estructuran una serie de procesos que permite diseñar, organizar y validar la propuesta. En primer lugar, se realizará la descripción de la propuesta, en la cual se establecerán sus objetivos, justificación, alcance y pertinencia dentro del contexto institucional. Posteriormente, se desarrollara el diseño del plan de intervención, que incluirá la definición de actividades, recursos, tiempos de ejecución y responsables orientados a la aplicación del Reiki en el entorno clínico.

De manera complementaria, se incorporará un componente de capacitación, dirigido a estudiantes y docentes, con el fin de garantizar la adecuada aplicación de la terapia y fortalecer sus competencias en el manejo integral del paciente. Este proceso contempla contenidos teóricos y prácticos, así como estrategias didácticas que faciliten el aprendizaje significativo.

La validación de la propuesta, se fundamenta en la aplicación de los criterios de expertos y el análisis de confiabilidad de los instrumentos mediante el Coeficiente de Alfa Conbrach. Este proceso permite evaluar la pertinencia, coherencia y aplicabilidad del plan piloto, garantizando su rigor metodológico y su validez del contexto de estudio.

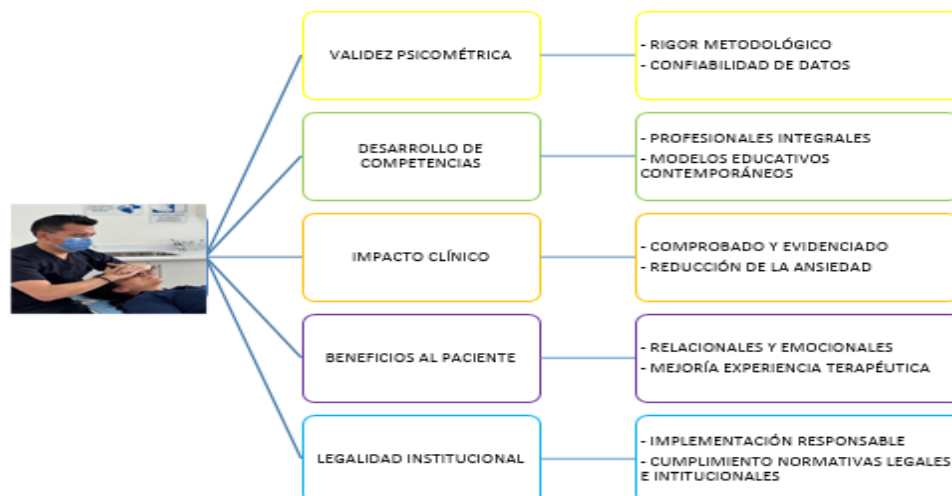
En coherencia con el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación y el enfoque técnico desarrollado, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador se configura como un entorno idóneo para la implementación de esta propuesta innovadora, al permitir la articulación de medicina alternativa y complementaria con la formación académica y la práctica clínica odontológica.

4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación.

La fundamentación de esta propuesta de transformación se basa en cinco ejes que se utilizan para organizar y sustentar integralmente la propuesta, garantizando coherencia entre el problema, la teoría, la metodología y los resultados. Permiten evidenciar el rigor científico, al incorporar aspectos como la validez de los instrumentos, el impacto clínico y la consistencia metodológica. Además, facilitan una visión multidimensional del problema, integrando resultados cuantitativos y formativos, en concordancia con el enfoque biopsicosocial, aseguran también la pertinencia y viabilidad de la propuesta dentro del contexto normativo e institucional.

Figura 14

Ejes de Fundamentación



Nota: Elaboración del autor. Luis Vallejo (2025)

La presente propuesta se fundamenta en una concepción epistemológica integradora que reconoce a la ansiedad dental como un constructo multidimensional, en el que convergen componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales. En coherencia con el objetivo general de la investigación, se plantea la incorporación de la Terapia Reiki como intervención complementaria orientada a modular la respuesta psicofisiológica a la ansiedad y favorecer el equilibrio emocional del paciente odontológico.

Desde el análisis metodológico, el estudio adoptó un enfoque cuantitativo con apoyo cualitativo, empleando instrumentos psicométricos validados como la Escala de Ansiedad de Corah Modificada (MDAS) y encuesta de percepción posterior para analizar el impacto de la Terapia Reiki en la disminución de la ansiedad odontológica en pacientes atendidos en la clínica universitaria. La confiabilidad de estos instrumentos fue confirmada mediante el coeficiente Alfa Cronbach ($\alpha = 0.92$), interpretado como un valor que evidencia una alta consistencia interna “consistencia interna aceptable”, conforme a los estándares metodológicos en investigación psicológica y de salud”. Este resultado certifica que los indicadores utilizados para medir la ansiedad odontológica representa adecuadamente un mismo constructo psicológico. Este sustento técnico – metodológico se relaciona con el **eje de rigor metodológico y validez psicométrica**, certificando que los resultados obtenidos son fiables y científicamente sólidos.

El aporte científico de la investigación se expresa en la construcción de una ruta metodológica transferible, que integra la Terapia Reiki, la ansiedad dental y la formación

académica como ejes interdependientes de un modelo de atención y enseñanza innovador. Esta propuesta se inscribe en los paradigmas emergentes de la educación en salud y la atención centrada en el paciente, contribuyendo a la reconfiguración de la práctica odontológica hacia un enfoque biopsicosocial, humanizado y sostenible, con pertinencia contextual y proyección institucional. Esta base teórica se vincula directamente con el **eje de desarrollo de competencias profesionales integrales**, al promover un abordaje biopsicosocial en la formación práctica y clínica.

En cuanto a los resultados clínicos, se evidencia cambios significativos en la reducción de los niveles de la ansiedad dental posterior a la intervención de la Terapia Reiki, lo que valida en cumplimiento de los objetivos de la investigación experimental realizada en el plan piloto de la inclusión de la Terapia Reiki a pacientes quienes apreciaron una transición desde estados de ansiedad leve a moderada hacia niveles notablemente disminuidos, acompañados de una mayor calma y receptividad en la consulta lo que demuestra la efectividad de la intervención. Este hallazgo se articula con el **eje de impacto clínico comprobado**, que respalda la pertinencia de la propuesta en el contexto de la atención odontológica.

En términos pedagógicos, el estudio evidencia que la incorporación de la Terapia Reiki contribuye al desarrollo de competencias transversales esenciales en la práctica clínica contemporánea. El trabajo de campo demostró que los estudiantes que participaron en la intervención “presentaron mayor nivel de autoconciencia emocional y sensibilidad ante el dolor y las necesidades del paciente, lo que potencia la formación de profesionales integrales capaces de gestionar no solo aspectos técnicos, sino también componentes psicológicos y emocionales del acto terapéutico. Adicionalmente el estudio identificó, beneficios cualitativos en la relación terapéutica, evidenciando una mejora en la comunicación, confianza y disposición del paciente durante la atención clínica. Estos resultados fortalecen la necesidad de incorporar estrategias que consideren la dimensión emocional del paciente, vinculándose con el **eje de beneficios relacionales y emocionales**, orientado a la humanización de la atención en salud.

La propuesta también se enmarca en los lineamientos normativos nacionales e internacionales en materia de salud intercultural y medicina complementaria, garantizando su pertinencia y viabilidad institucional. La aplicación del Reiki se plantea bajo protocolos seguros, consentimiento informado y supervisión especializada, lo que se vincula con el **eje de**

correspondencia normativa y pertinencia institucional, asegurando su implementación responsable en el contexto ecuatoriano.

En conjunto, la fundamentación de la propuesta de transformación se consolida como un modelo científicamente cimentado que articula de manera coherente los cinco ejes de sustentación: rigor metodológico, impacto clínico, beneficios emocionales, desarrollo de competencias y pertinencia normativa. Esta integración permite no solo a dar respuesta al problema de ansiedad dental, sino también configurar la práctica odontológica y la formación académica hacia un enfoque integral, humanizado y basado en evidencia, orientadas a fortalecer la calidad de atención clínica universitaria y particular.

4.2. Estructura de la propuesta de transformación.

La información del capítulo anterior, permite plantear la incorporación de contenidos teóricos y prácticos sobre terapias complementarias, dentro de la planificación de la integración de la Terapia Reiki, es contribuir a la disminución de la ansiedad dental de los pacientes que asisten al área clínica universitaria; para ello, es necesario la inclusión de contenidos académicos sobre terapias complementarias como el Reiki, como una materia optativa de salud integral, que plantea capacitar a estudiantes, docentes y profesionales destacando los fundamentos teóricos, científicos y prácticos para la aplicación en contextos clínicos, de modo que la formación responda a las necesidades actuales de atención humanizada y holística.

La metodología para la estructura de la propuesta de transformación, se fundamenta en cinco componentes:

1. Intercultural y de saberes ancestrales
2. Salud y atención clínica humanizada
3. Académico formativo e innovación tecnológica
4. Institucional y regulatorio
5. Comunitaria y de ayuda social

Gráfico 17

Componentes para la implementación de la Terapia Reiki



Nota: Elaboración del autor. Luis Vallejo (2025)

Modelo Estructural Integrado, para la Implementación de la Terapia Reiki

Posterior a la ejecución del plan piloto y a la comprobación de la eficacia de la Terapia Reiki, se procedió a la elaboración de una guía básica estandarizada, incorporando los ajustes derivados de las limitaciones identificadas durante la fase preliminar. Con base al análisis de las deficiencias y fortalezas observadas, se optimizó la estructuración del procedimiento, permitiendo la implementación de sus fases bajo criterios éticos, clínicos y metodológicos, garantizando la seguridad del paciente y la coherencia en los protocolos de atención en el contexto odontológico y académico.

La articulación de la propuesta “REIKI ODONTO” se determina en base a los componentes de transformación que permiten estructurar un modelo integral y coherente entre teoría, resultados y aplicación práctica. Esta integración incorpora enfoques intercultural, clínico, académico, institucional y comunitario, fortaleciendo la viabilidad, pertinencia y sostenibilidad de la propuesta, así como su impacto en la reducción de la ansiedad y la humanización en la atención, considerando estudiantes, docentes y profesionales con formación integral.

Componente de Salud y Atención Clínica Humanizada

Varios autores confirman que en estudios controlados sobre la ansiedad dental, se ha demostrado que la práctica Reiki contribuye significativamente a la reducción de parámetros

fisiológicos asociados con la ansiedad en procedimientos odontológicos” (Guo et al., 2024; Tsang, 2018).

Con este antecedente el plan piloto realizado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador confirma esta evidencia, al señalar que los pacientes que recibieron Terapia Reiki previa a su tratamiento evidenciaron reducción de la ansiedad post intervención. Por lo tanto, existe respaldo empírico institucional y bibliográfico para justificar la incorporación del Reiki como una intervención complementaria eficaz. En tal razón se realiza la siguiente propuesta:

Objetivo: Este componente permite la aplicación directa del Reiki en pacientes con ansiedad leve o moderada. El estudio establece que “se realizará aplicación de sesiones cortas de Terapia Reiki como apoyo antes, durante y después de procedimientos odontológicos”, para disminuir la ansiedad del paciente y mejorar la experiencia terapéutica. Ello implica:

Fase I: Evaluación clínica emocional inicial

Esta fase permite establecer la línea del problema, garantizando la validez interna del estudio y la adecuada selección de la muestra.

- Identificación de pacientes con ansiedad leve a moderada candidatos a la intervención (según lo descrito) “se realiza aplicación de sesiones cortas de Terapia Reiki como apoyo antes, durante y después de procedimientos odontológicos.
- Aplicación de escalas estandarizadas (MDAS, DAS), conforme a los lineamientos metodológicos establecidos.
- Registro inicial de variables clínicas y emocionales.
- Obtención del Consentimiento informado, autorización del paciente, en cumplimiento de las normativas éticas y profesionales.

Fase II: Preparación terapéutica preclínica

El estrés previo es uno de los principales desencadenantes de la ansiedad dental, su control mejora la cooperación del paciente y la calidad del procedimiento. El objetivo es reducir el estrés anticipatorio previo al procedimiento odontológico.

- Aplicación de sesiones breve de terapia Reiki antes del procedimiento

- Intervención enfocada en la disminución de la tensión fisiológica y ansiedad anticipatoria
- Generación de condiciones favorables para la atención clínica

Fase III: Intervención terapéutica durante el procedimiento

Permite intervenir en tiempo real sobre la ansiedad, reduciendo reacciones adversas y mejorando la experiencia clínica del paciente para mantener la estabilidad emocional durante la atención odontológica.

- Acompañamiento terapéutico durante los procedimientos específicos, según criterio clínico
- Aplicación de Terapias Reiki en momentos críticos del tratamiento
- Observación de respuestas conductuales y fisiológicas

FASE IV: Intervención post-clínica y estabilización emocional

El cierre terapéutico fortalece la percepción positiva del tratamiento odontológico y disminuye la probabilidad de ansiedad futura, favoreciendo la recuperación emocional del paciente posterior al procedimiento.

- Aplicación breve de a Terapia Reiki post-tratamiento.
- Estabilización emocional y reducción de posibles respuestas residuales de la ansiedad.
- Evaluación subjetiva del bienestar del paciente.

FASE V: Registro clínico y seguimiento sistematizado

El registro sistemático permite generar evidencia científica, asegurar control clínico y facilitar la evaluación de resultados, con el objetivo de garantizar la trazabilidad, análisis y control del impacto terapéutico.

- Incorporación de un módulo de terapias complementarias en la historia clínica.
- Registro sistemático de: Cambios emocionales, indicadores fisiológicos y respuesta conductual.
- Uso de plantillas y protocolos estandarizados
- Monitoreo de seguridad y bienestar del paciente.

FASE VI: Integración de monitoreo biométrico y analítica de datos

Permite cuantificar los cambios fisiológicos asociados a la intervención, correlacionando los datos objetivos con la intervención terapéutica y fortaleciendo la validez científica del estudio.

- Uso de dispositivos biométricos (oxímetros, pulseras inteligentes).
- Registro de frecuencia cardíaca, ritmo respiratorio, temperatura corporal.
- Comparación de los valores pre y post intervención
- Implementación de paneles de analítica de datos.

FASE VII: Plataforma Base de datos científica institucional

Garantiza la sostenibilidad del modelo REIKI-ODONTO en el ámbito educativo, fortificando la formación académica en terapias complementarias.

- Desarrollo de módulos interactivos sobre técnicas de relajación y comunicación empática.
- Implementación de laboratorios para práctica de posiciones de manos y flujo energético.

FASE VIII: Base de datos científica institucional

Consolida la evidencia generada para la investigación e innovación, permite la producción científica, la mejora continua del modelo y su réplica en otros contextos de educación superior.

- Almacenamiento sistemático de resultados clínicos y datos académicos
- Generación de insumos para publicaciones científicas proyectos de innovación
- Retro alimentación del modelo terapéutico

Componente Intercultural y de Saberes Ancestrales

Objetivo: Incorporar prácticas energéticas y conocimientos ancestrales respetando los principios de la interculturalidad, ética y patrimonio inmaterial del Ecuador.

El componente intercultural y de saberes ancestrales se fundamentan en la participación articulada de terapeutas, docentes, estudiantes y pacientes, en coherencia con la Constitución de la República del Ecuador y el Código de Ética de Medicina Ancestral Tradicional, garantizando el respeto al patrimonio inmaterial y a los conocimientos ancestrales como parte integral del sistema de salud, en este contexto, el enfoque inclusivo tiene como objetivo incorporar prácticas energéticas y saberes tradicionales, respetando los principios de interculturalidad, ética y patrimonio cultural del Ecuador.

Desde el punto de vista normativo, esta propuesta se sustenta en el reconocimiento de las prácticas energéticas como expresiones legítimas del conocimiento tradicional dentro del Código de Salud Intercultural, lo que habilita su integración en entornos clínicos y académicos. En términos operativos, la implementación se organiza en tres fases:

Fase I: Vinculación con terapeutas del sistema ancestral.

- Invitación a sabios, terapeutas energéticos reconocidos por comunidades locales.
- Incorporación de talleres sobre cosmovisión, energía vital y curación tradicional.

Fase II: Seminarios sobre interculturalidad

- Enfoque en derechos colectivos, consentimiento comunitario y protección del patrimonio.
- Reflexión ética sobre el uso de saberes ancestrales en contextos clínicos modernos.

Fase III: Base de datos científica

- Almacenamiento continuo de resultados clínicos y académicos
- Generación de evidencia para publicaciones científicas y proyectos de innovación.
- Desarrollo de proyectos de investigación en salud intercultural.

Académico Formativo e Innovación Tecnológica

Objetivo: Integrar la Terapia Reiki como complemento formativo en el currículo de salud, sustentado en evidencia científica, innovación pedagógica y el uso de tecnologías educativas.

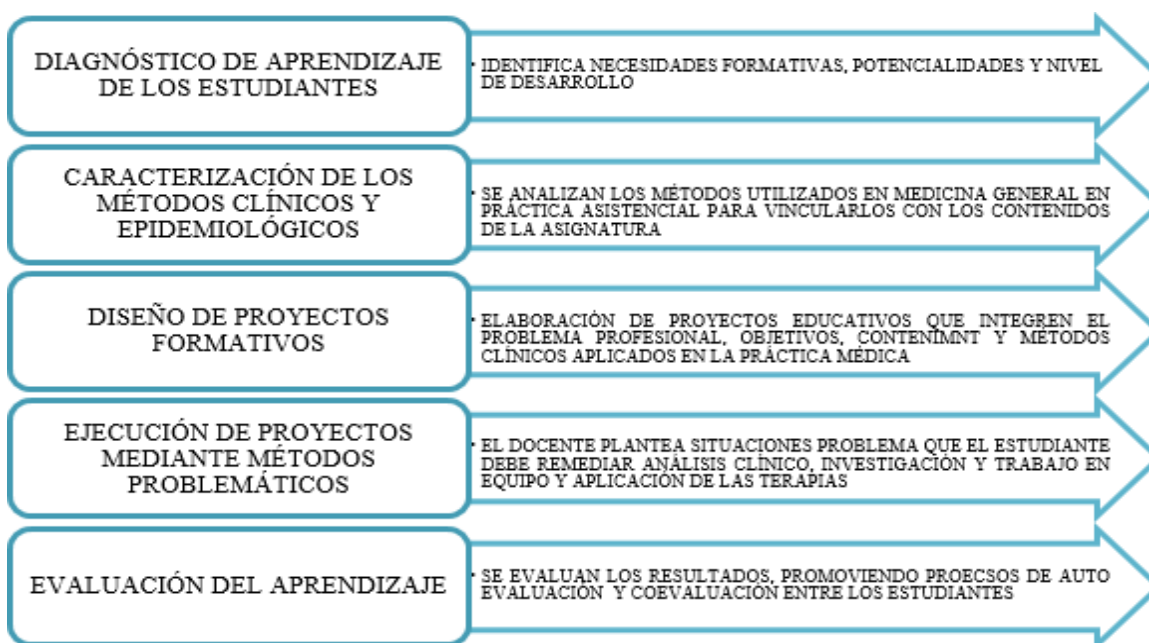
En la revisión de la literatura, el estudio de Aranguren (2023) se origina a partir de un diagnóstico académico realizado a estudiantes de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, en el cual se identificaron deficiencias en la aplicación de prácticas de los fundamentos de la Medicina Natural y Tradicional (MNT) durante la atención clínica, lo que limitaba el logro de las competencias profesionales previstas en su formación.

La investigación fue pre experimental que aplicó una metodología de aprendizaje con enfoque profesional integrador, articulando los componentes de docencia, la práctica asistencial e investigación científica. Esta metodología se estructuró en cinco ejes fundamentales orientados al desarrollo de competencias clínicas y científicas.

Los resultados evidenciaron mejoras significativas en el aprendizaje, particularmente en la aplicación de terapias de MNT, en la promoción y prevención de la salud, la generación de soluciones innovadoras a problemáticas de atención médica mediante investigación y así como el uso de entornos virtuales para el aprendizaje. (Aranguren, 2023)

Figura 15

Estructura metodológica académica Aranguren



Fuente: (Al Batool et al., 2023)

Este modelo responde a un enfoque sistémico y por procesos, con fuerte énfasis en la planificación didáctica y la pertinencia contextual. Evidencia:

- Secuencia lógica y coherente
- Base diagnóstica sólida para la toma de decisiones pedagógicas
- Vinculación con el contexto profesional (Especialmente en ciencias de la salud)
- Evaluación formativa y participativa

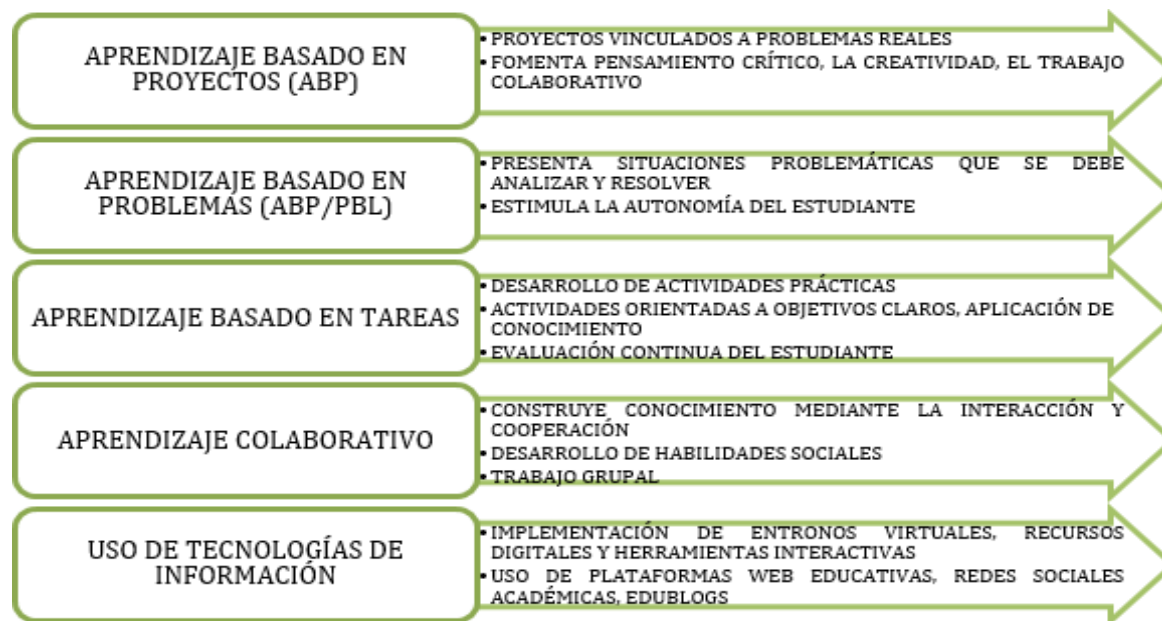
Limitaciones:

- Menor explicitación de estrategias didácticas activas específicas
- Puede resultar rígido si no se flexibiliza con metodologías innovadoras
- La integración tecnológica no está claramente desarrollada

En el estudio realizado por Niño et al (2022), expresa sobre estrategias didácticas para promover el aprendizaje significativo dirigido a estudiantes universitarios, fundamenta en modelos pedagógicos contemporáneos de carácter activo, colaborativos y apoyados en tecnologías digitales. Su implementación favorece la centralidad del estudiante como agente activo del proceso educativo, promoviendo dinámicas participativas y constructivistas. Las estrategias potencian el desarrollo de competencias cognitivas y socio-profesionales, optimizan la transferencia del conocimiento a contextos reales y fortalecen la capacidad de resolución de problemas. La integración de herramientas tecnológicas actúa como mediadora del aprendizaje, contribuyendo a la mejorar la calidad educativa y a la formación de competencias profesionales (Niño et al., 2022)

Figura 16

Estrategias didácticas para promover el aprendizaje estudiantes universitarios



Fuente: (Niño et al., 2022)

Este enfoque responde al paradigma constructivista y socio-constructivista del aprendizaje, donde el estudiante es un agente activo en la construcción del conocimiento. Se evidencia:

- Orientación al desarrollo de competencias: pensamiento crítico, creatividad, autonomía y trabajo en equipo.
- Integración teórica – práctica: mediante resolución de problemas reales
- Incorporación de TIC: favoreciendo entornos virtuales y aprendizaje ubicuo

No obstante presenta algunas limitaciones:

- Carece de estructura secuencial clara para su implementación
- No explica mecanismos sistemáticos de diagnóstico, seguimiento y evaluación formativa profunda.
- Puede generar dispersión metodológica si no se articula dentro de un modelo pedagógico integral.

Al realizar un análisis sobre las similitudes y diferencias de estas dos metodologías educativas para instituciones de salud de nivel superior, encontramos las siguientes diferencias:

Tabla 27*Diferencias de metodologías académicas para instituciones de nivel superior*

Criterio	Al Batool et al., 2023	Niño et al (2022)
Enfoque	Proceso metodológico estructurado	Metodologías activas
Organización	Secuencial y sistemática	No secuencial
Nivel de abstracción	Operativo-procedimental	Estratégico didáctico
Rol del docente	Planificador, mediador y evaluador	Facilitador
Uso de TIC	Implícito	Explícito
Aplicabilidad	Contextualizada (salud/clínico)	General

Fuente: (Al Batool et al., 2023; Niño et al., 2022)

Similitudes:

- Ambas propuestas se centran en el aprendizaje significativo
- Promueven la solución de problemas reales
- Fomentan el desarrollo de competencias profesionales
- Reconocen la importancia de la evaluación continua

En el contexto de la educación superior contemporánea, especialmente en áreas como ciencias de la salud, se requiere una convergencia entre:

- Modelos pedagógicos activos (constructivismo, aprendizaje experimental)
- Modelos de gestión curricular por competencia
- Enfoques basados en evidencia y práctica profesional

El aprendizaje no puede reducirse a la aplicación aislada de técnicas como ABP o PBL, requiere una arquitectura didáctica integral, donde:

- El diagnóstico inicial oriente la intervención
- Las metodologías activas dinamicen el proceso
- La evaluación retroalimente continuamente

El análisis evidencia que las metodologías activas son indispensables para desarrollar competencias complejas, sin embargo su efectividad depende de su articulación dentro de un sistema metodológico estructurado, la educación superior exige **modelos híbridos** que integren innovación, sistematicidad, y pertinencia profesional.

En consecuencia, el enfoque más efectivo es un modelo metodológico integrador, basado en competencias, centrado en el estudiante y orientado a la resolución de problemas reales, con soporte tecnológico y evaluación continua.

El Anexo A (pág. 151) detalla el Modelo Curricular Integrado para Educación Superior, con la inclusión de la Terapia Reiki como estrategia complementaria, estructurada con rigor académico, pertinencia clínica y viabilidad institucional, orientada a carreras de salud/odontología.

La inclusión complementaria de la Terapia Reiki en la carrera de Odontología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, constituye una innovación clínica - pedagógica, que:

- Fortalece la formación integral del estudiante
- Mejora la calidad de la atención al paciente
- Integra enfoque humanísticos y científicos

Su implementación se realizará con rigurosidad académica, enfoque crítico y respeto a la evidencia científica, garantizando su rol como terapia complementaria dentro del sistema de salud.

Componente Constitucional, Regulatorio e Institucional

FASE I: Sustento constitucional del derecho a la salud integral

La ansiedad dental constituye una alteración del bienestar integral del paciente, por lo tanto la inclusión de terapias holísticas como el Reiki responde al principio constitucional de salud holística e intercultural.

La base legal manifiesta que la implementación de la Terapia Reiki se fundamenta en la Constitución de la República del Ecuador (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012), específicamente en:

Artículo 32: Garantiza el derecho a la salud integral, incluyendo enfoques preventivos, curativos y rehabilitadores; y,

Artículo 361: Establece que el sistema nacional de salud integrará prácticas diversas orientadas al bienestar de la población.

Esta fase tiene como finalidad cumplir con el marco jurídico superior que legitima la incorporación de terapias complementarias dentro del sistema de atención en salud.

FASE II: Regulación Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud Pública del Ecuador)

Acuerdo Ministerial No. 00001165 (MSP, 2016): Regula las Medicinas Alternativas y Complementarias, reconociendo al Reiki como práctica válida dentro del sistema de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2016). Las acciones a seguir son:

- Alineación de la propuesta al marco regulatorio del MSP.
- Incorporación del Reiki como Terapia complementaria, no sustitutiva.
- Definición de protocolos clínicos conforme a las normativas sanitarias.

El cumplimiento de la normativa del MSP asegura, la legalidad del procedimiento, seguridad del paciente y la integración adecuada en el sistema de salud y garantiza que la implementación del Reiki cumpla con los requisitos legales de práctica sanitaria.

FASE III: Articulación con el sistema de educación superior (CES)

La formación en terapias complementarias permite responder a las necesidades reales del paciente (ansiedad dental), desarrollar competencias humanísticas, clínicas y alinear la formación con tendencias contemporáneas en salud.

La base normativa establece que los lineamientos del Consejo de Educación Superior (CES), están orientados a la innovación curricular, enfoque intercultural y formación integral en salud, promoviendo la calidad, pertinencia y flexibilidad de los procesos formativos, así como la articulación entre docencia, investigación y vinculación con la sociedad. (Consejo de Educación Superior, 2022). A continuación las acciones requeridas:

- Incorporación del Reiki como contenido de la malla curricular
- Desarrollo de asignaturas o módulos de terapias complementarias
- Integración de competencias relacionadas con atención holística.

El objetivo es fortalecer la formación profesional del estudiante, odontólogo mediante la inclusión de enfoques terapéuticos complementarios.

FASE IV: Adecuación institucional en la PUCE

La institucionalización permite controlar la calidad del proceso, garantiza la seguridad del paciente y asegura la sostenibilidad del modelo, garantizando la viabilidad operativa de la propuesta de integración del Reiki dentro de la estructura organizacional de la PUCE.

Las acciones estratégicas son:

- Formulación de políticas institucionales internas para la aplicación del Reiki
- Definición de criterios de inclusión y exclusión de pacientes
- Socialización de protocolos clínicos estandarizados de Terapia Reiki en Odontología, (Hoja Clínica, Consentimiento informado, autorización del paciente) basados en las políticas del MSP.
- Alineación de las normativas internas de bioética y práctica clínica.
- Establecer protocolos estandarizados de intervención Reiki
- Desarrollar procesos de acreditación interna para estudiantes y docentes
- Implementar un registro clínico institucional de prácticas y resultados.
- Consolidar una base de datos para fines investigativos.
- Alinear la propuesta al marco institucional vigente, respetando saberes institucionales.

Componente de Ayuda Social y Comunitaria

Objetivo: Extender los beneficios del programa hacia poblaciones vulnerables y promover bienestar emocional a la comunidad.

Fase I: Brigadas de salud integrativa

- Educación preventiva odontológica
- Sesiones breves de Reiki
- Valoración emocional básica

Fase II: Programa Reiki para todos

- Atención gratuita para adultos mayores, madres solteras, poblaciones de escasos recursos o personas con ansiedad extrema.
- Registros clínicos para evaluar el impacto social

Fase III: Redes de apoyo emocional comunitario

- Formación de estudiantes como facilitadores de bienestar emocional.
- Articulación con organizaciones locales, fundaciones y centros comunitario

Tabla 28

Matriz Estructural Integral para la implementación de la Terapia Reiki en el área clínica odontológica PUCE

COMPONENTE	OBJETIVO TRANSFORMAC.	ESTRATEGIAS	ACCIONES CLAVE	RECURSOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
INTERCULTURAL Y SABERES ANCESTRALES	Integrar Reiki como práctica complementaria en diálogo con saberes ancestrales	- Enfoque intercultural en salud - Reconocimiento de prácticas ancestrales	- Incorporación de contenidos interculturales en el sílabo - Talleres sobre medicina ancestral y energética - Espacios de diálogo de saberes	- Terapeuta capacitado - Equipo de simulación clínica (sillones odontológicos y maniqués humanos) - Guías o manuales de Terapia Reiki - Rúbricas y fichas de evaluación	- Nivel de inclusión curricular - Participación en actividades interculturales	- Plan curricular - Registro de talleres - Informes académicos
SALUD Y ATENCIÓN CLÍNICA HUMANIZADA	Disminuir la ansiedad dental, mejorando la atención odontológica con enfoque humanizado	Integrar Reiki como Terapia Complementaria en atención odontológica	- Selección del paciente - Aplicación del protocolo Reiki - Protocolos clínicos - Evaluación de ansiedad - Supervisión docente	- Estudiantes, docentes - Consultorios odontológico - Camillas auxiliares - Música terapéutica - Difusores aromáticos - Formatos clínicos	- Reducción ansiedad (MDAS) - Nivel de satisfacción del paciente	- Historias clínicas - Escalas Ansiedad (MDAS) - Encuestas
ACADÉMICO FORMATIVO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA	Desarrollar competencias integrales en estudiantes mediante formación innovadora y uso de tecnología	- Capacitar a estudiantes y docentes en Terapia Reiki, metodologías activas - Integración tecnológica biometría	- Implementación de la asignatura - Diseño del sílabo - Clases teóricas - Talleres prácticos - Simulación clínica - Uso de sensores biométricos	- Equipo de simulación clínica (sillones odontológicos y maniqués humanos) - Estudiantes en formación - Sensores biométricos - Software de análisis de datos - Plataforma virtual educativa - Proyector	% de estudiantes capacitados - Nivel de competencias adquiridas - Uso de tecnología en aprendizaje	- Registros académicos - Evaluaciones académicas - Rúbricas - Reporte de plataforma
INSTITUCIONAL Y REGULATORIO	Garantizar sostenibilidad del modelo mediante su integración normativa institucional, de salud y cumplimiento legal.	- Formalización del programa - Alineación normativa	- Inclusión en la malla curricular - Protocolos clínicos y consentimientos informados aprobados por organismos de control (Ministerio Educación y Salud)	- Documentos normativos Formatos de consentimiento informado - Manual de procedimientos - Sistemas de registro institucional	- Nivel de institucionalización - Cumplimiento normativo	- Resoluciones académicas - Documentos legales - Protocolos aprobados - Verificación de cumplimiento ante organismos de control

COMUNITARIA Y DE AYUDA SOCIAL	Extender el impacto del modelo promoviendo bienestar y acceso a terapias complementarias	▪ Vinculación con la comunidad ▪ Programas de extensión	▪ Jornadas comunitarias de atención ▪ Campañas de salud emocional que logren mitigar la ansiedad dental ▪ Brigadas odontológicas Reiki	▪ Espacios comunitarios ▪ Material educativo impreso	▪ Número de beneficiarios ▪ Impacto social percibido	▪ Informes de vinculación ▪ Registros de atención ▪ Evidencia fotográfica o video
--------------------------------------	--	--	--	---	---	---

Nota: Matriz del modelo integral que articula interculturalidad, humanización clínica, formación académica, sostenibilidad clínica institucional y proyección comunitaria, respaldado por recursos técnicos y tecnológicos. Elaborador por el autor (2025)

4.3. Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación.

La valoración, evaluación y validación constituye una base fundamental dentro del proceso investigativo, orientada a determinar la calidad, pertinencia, y vialidad del modelo estructural planteado. Este proceso permite analizar de manera sistemática la coherencia entre los componentes teóricos, metodológicos y operativos de la propuesta, así como su capacidad para responder al problema identificado relacionado con la ansiedad en la atención odontológica

Asimismo, la valoración integra criterios académicos, clínicos e institucionales, con el propósito de garantizar que la propuesta no solo sea conceptualmente sólida sino también aplicable en contextos reales, contribuyendo a la humanización de la atención en la salud y al fortalecimiento de la formación profesional. En este contexto, la validación de la propuesta de transformación REIKI-ODONTO se emplea un enfoque cuantitativo descriptivo, mediante juicio de expertos, utilizando una escala tipo Likert de 5 niveles y análisis promedial.

4.3.1 Metodología de la evaluación

La evaluación de la propuesta REIKI-ODONTO se fundamenta en un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo-evaluativo, mediante la técnica de juicio de expertos, la cual permite valorar pertinencia, coherencia, viabilidad, innovación e impacto de la propuesta de integración clínica y académica. Este enfoque es pertinente debido a que permite medir percepciones estructuradas, facilita la cuantificación de criterios cualitativos y es ampliamente utilizado en validación de modelos de salud y educativos.

Instrumento de validación de expertos

El instrumento de recolección de datos fue sometido a un proceso de validación mediante la técnica de juicio de los expertos, con la finalidad de asegurar su validez de contenido, claridad conceptual y coherencia metodológica. Para este proceso se contó con la participación de dos profesionales del área de odontología, seleccionados en función a su experiencia clínica y formación académica, quienes actuaron como evaluadores externos.

A los expertos se les remitió una comunicación formal, ver Anexos M y N pág. 174 y 175, en la cual se solicitó la valoración Técnica de la Propuesta de Transformación,

específicamente orientada a la Integración de la Terapia Reiki en los tratamientos odontológicos. Esta evaluación se fundamentó en su criterio profesional, experiencia clínica y conocimiento del contexto educativo en salud.

Previo al proceso de valoración, se proporcionó a los expertos una explicación de la metodología de evaluación, incluyendo los criterios, dimensiones e indicadores establecidos en el instrumento, así como el uso de la escala de Likert como mecanismo de medición. Esto permitió garantizar una comprensión homogénea del proceso de evaluativo y asegurar la consistencia en la emisión de juicios.

Se diseñó un cuestionario estructurado basado en la escala de Likert de 5 puntos con categorías ordinales y se estableció criterios de valoración, detallados a continuación:

Tabla 29

Valoración Likert cuantitativa descriptiva

VALOR	INTERPRETACIÓN
1	Deficiente
2	Regular
3	Bueno
4	Muy bueno
5	Eficiente

Fuente: Elaboración propia

Tabla 30

Criterios de valoración de expertos

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	NIVEL ESPERADO
Pertinencia	Respuesta al problema de la ansiedad odontológica	Alto
Coherencia	Relación entre objetivos, actividades y resultados	Alto
Viabilidad	Posibilidad de implementación institucional	Medio-Alto
Innovación	Integración de Reiki + educación + tecnología	Alto
Impacto	Beneficios clínicos, académicos y sociales	Alto

Fuente: Elaboración propia



INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS N° 1

Título de la propuesta: Modelo estructural para la implementación de la Terapia Reiki en el área clínica de odontología PUCE

Investigador: Luis Vallejo

Institución: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Bienestar y Salud

Fecha: Marzo 2026

I. DATOS DEL EXPERTO

Nombre: Pablo Rubén Garrido Villavicencio.

Edad: 39 años

Género: Masculino

Profesión: Odontólogo General, Especialista en Rehabilitación Oral.

Título Doctorado: Doctorado en Ciencias área de Concentración Dentística – Rehabilitación Oral.

Títulos de postgrado: En Educación Tecnológica /

Experiencia laboral:

Docente de Pregrado de la Universidad Central del Ecuador.
Docente de Posgrado de la Universidad Central del Ecuador Especialidad de Rehabilitación Oral

Experiencia sobre el tema de investigación:

Docente y especialista en ramas de la Odontología, en los cuales se aplica el tratamiento de la ansiedad previo al ejercicio del uso de anestésicos, ya que tanto en la Rehabilitación Oral como en Dentística, se usan anestésicos previo al procedimiento, y el uso de instrumentos de alta rotación como la turbina la cual emite sonidos fuertes, los cuales son elementos que aumentan la ansiedad y nerviosismo en la consulta al paciente.

II. INSTRUCCIONES:

Estimado experto

Se solicita evaluar la Propuesta de Transformación REIKI_ODONTO considerando los siguientes criterios:

- Pertinencia: Relación con el problema de investigación
- Coherencia: Relación lógica entre sus componentes
- Viabilidad: Posibilidad de aplicación en el contexto real
- Innovación: Aporte novedoso en el ámbito clínico y académico
- Impacto: Beneficios esperados en pacientes, estudiantes, institución y sociedad.

Por favor, lea detenidamente la Matriz de observación adjunta y evalúe su relevancia y claridad para el objetivo propuesto en la Propuesta de Transformación de la tesis doctoral. Marque con una X el nivel que considere adecuado según la siguiente escala:

1 Deficiente 2 Regular 3 Bueno 4 Muy Bueno 5 Eficiente

Por favor complete la matriz de valoración y envíe de ser necesario sus comentarios y sugerencias sobre la evaluación del instrumento. Su contribución es fundamental para garantizar la calidad y eficacia del instrumento.

III. MATRIZ DE VALIDACIÓN

Ítem	Criterio	1	2	3	4	5
1	Pertinencia	☐	☐	☐	☐	☒
2	Coherencia	☐	☐	☐	☐	☒
3	Viabilidad	☐	☐	☐	☐	☒
4	Innovación	☐	☐	☐	☒	☐
5	Impacto	☐	☐	☐	☐	☒

IV. VALORACIÓN DE LA PROPUESTA

- ☒ Aprobada sin modificaciones
- ☐ Aprobada con observaciones
- ☐ No aprobada

V. OBSERVACIONES

Los pacientes entrevistados cumplen con los criterios de muestra establecidos, lo cual garantiza una adecuada selección de la población de estudio; el grupo de pacientes sometidos a terapia Reiki presenta un porcentaje idóneo, favoreciendo la representatividad del grupo experimental, el grupo de pacientes nulos (control) presenta menor proporción, lo que podría generar un desequilibrio muestral.

Se identifica: Alta participación de docentes en la aplicación de Reiki y participación media de estudiantes. Esta diferencia sugiere una variabilidad en la aceptación o aplicación de la terapia Reiki, lo cual puede interpretarse desde dos perspectivas:

- Nivel de formación y experiencia clínica: Los docentes, al poseer mayor experiencia, podrían mostrar mayor apertura hacia terapias complementarias.
- Factores actitudinales y culturales: Los estudiantes pueden presentar mayor escepticismo o menor exposición a terapias integrativas.

VI. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

Se evidenció que el instrumento presenta un alto nivel de validez de contenido, con puntuaciones máximas en relevancia y valores cercanos al máximo en claridad, objetividad y pertinencia. Se destaca la adecuada estructuración de la muestra y la coherencia metodológica del instrumento, aunque señaló un ligero desequilibrio entre los grupos experimental y control, lo cual podría influir en la comparabilidad de los resultados.

Asimismo, se identificó una diferencia en la participación entre docentes y estudiantes en la aplicación de la terapia Reiki, lo que sugiere la presencia de variables intervinientes que deben ser consideradas en el análisis. En conclusión, el instrumento se considera metodológicamente sólido, confiable y pertinente para su aplicación, respaldando su uso en la investigación y su potencial contribución a la implementación de terapias complementarias en el ámbito odontológico.

Firma Experto 1

Dr. Pablo Garrido

Rehabilitador Oral

INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN DE EXPERTO N°2

Título de la propuesta: Modelo estructural para la implementación de la Terapia Reiki en el área clínica de odontología PUCE

Investigador: Luis Vallejo

Institución: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Bienestar y Salud

Fecha: Marzo 2026

I. DATOS DEL EXPERTO

Nombre: Roberto Xavier Romero Cazares.

Edad: 43 años

Género: Masculino

Profesión: Odontólogo General.

Título Doctorado: Doctorado en Ciencias área de Concentración Dentística – Endodoncia y Cirugía maxilofacial

Títulos de postgrado: Especialista en Endodoncia e Implantes

Experiencia laboral:

Docente de Pregrado de la Universidad Central del Ecuador.
 Docente de Posgrado de la Universidad Central del Ecuador Especialidad Endodoncia
 Docente de Posgrado de la Universidad de las Américas Especialidad Endodoncia.

Experiencia sobre el tema de investigación:

Como experiencia en los tratamientos de endodoncia e implantología puedo manifestar que los pacientes presentan sudoración, presión alta, temor y ansiedad antes de ser atendidos, estos factores emocionales se deben a la complejidad de los procesos, la intervención de la colocación del anestésico y utilización de instrumental y equipo odontológico.

II. INSTRUCCIONES:

Estimado experto

Se solicita evaluar la Propuesta de Transformación REIKI_ODONTO considerando los siguientes criterios:

- Pertinencia: Relación con el problema de investigación
- Coherencia: Relación lógica entre sus componentes
- Viabilidad: Posibilidad de aplicación en el contexto real
- Innovación: Aporte novedoso en el ámbito clínico y académico
- Impacto: Beneficios esperados en pacientes, estudiantes, institución y sociedad.

Por favor, lea detenidamente la Matriz de observación adjunta y evalúe su relevancia y claridad para el objetivo propuesto en la Propuesta de Transformación de la tesis doctoral. Marque con una X el nivel que considere adecuado según la siguiente escala:

1 Deficiente 2 Regular 3 Bueno 4 Muy Bueno 5 Eficiente

Por favor complete la matriz de valoración y envíe de ser necesario sus comentarios y sugerencias sobre la evaluación del instrumento. Su contribución es fundamental para garantizar la calidad y eficacia del instrumento.

III. MATRIZ DE VALIDACIÓN

Ítem	Criterio	1	2	3	4	5
1	Pertinencia	☐	☐	☐	☐	☒
2	Coherencia	☐	☐	☐	☐	☒
3	Viabilidad	☐	☐	☐	☐	☒
4	Innovación	☐	☐	☐	☐	☒
5	Impacto	☐	☐	☐	☒	☐

IV. VALORACIÓN DE LA PROPUESTA

☒ Aprobada sin modificaciones

☐ Aprobada con observaciones

☐ No aprobada

V. OBSERVACIONES

~~En cuanto al impacto, se valora con un nivel menor, ya que la sociedad aún no está relacionada con este tipo de terapias, así lo demuestran algunas respuestas de la encuesta. Esto se debe a un factor externo que se debe considerar, en tal razón se debería profundizar y socializar el tema con mayor fuerza.~~

VI. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

La propuesta para la integración de la Terapia Reiki presenta estructura metodológica sólida y coherente, lo que permite inferir su viabilidad en el área odontológica. Se proyecta como una intervención con potencial significativo para disminuir los niveles de ansiedad de los pacientes, aspecto crítico en la práctica odontológica. En este sentido se destaca la importancia de incorporar procesos de capacitación de los futuros profesionales, con el fin de garantizar una aplicación adecuada y estandarizada de la terapia dentro del ejercicio clínico. Sin duda es un proyecto innovador en la que relacionan la salud con lo mental que está muy de moda en estos tiempos y que promete resultados eficaces como lo asevera este estudio.

Dr. Roberto Romero
Firma del experto 2

Evaluación de la propuesta mediante juicio de expertos y análisis ponderado

Con el propósito de evaluar la respuesta de implementación de la Terapia Reiki para la disminución de la ansiedad dental, se aplicó un instrumento de evaluación dirigido a expertos, estructurado bajo la escala tipo Likert de cinco niveles (1=deficiente y 5 Eficiente), considerando los siguientes criterios: pertinencia, coherencia, viabilidad, innovación e impacto.

El procesamiento de la información para el análisis de los resultados, se calcularon los promedios de las valoraciones otorgadas por los expertos en cada criterio, y posteriormente se aplicó un sistema de ponderación que permitió obtener un puntaje global de la propuesta.

Tabla 31

Datos base de la evaluación

Criterio	Experto 1	Experto 2
Pertinencia	5	5
Coherencia	5	5
Viabilidad	5	5
Innovación	4	5
Impacto	5	4
Total	24	24

Nota: Se considera los puntajes totales otorgados por ambos expertos en los cinco criterios

Se aplica la formula estadística de Puntaje Total, en la que el cálculo se realizó mediante la siguiente expresión:

$$\text{Puntaje Total} = \sum (\text{Promedio}_i \times \text{Peso}_i)$$

Donde:

- Promedio_i : Media de las variaciones de criterio del criterio i
- Peso_i : Importancia relativa asignada a cada criterio
- $\sum \text{Peso}_i = 1$

Asignación de peso: En función de la relevancia teórica y práctica de cada criterio de investigación, se establecieron los siguientes pesos:

Tabla 32*Asignación de peso de los criterios*

Criterio	Peso
Pertinencia	0.20
Coherencia	0.20
Viabilidad	0.20
Innovación	0.20
Impacto	0.20

Nota: Ponderación uniforme

Se asignó el peso uniforme, en razón que se considera que todos los criterios tienen el mismo valor de importancia para la Implementación de la Propuesta de la Terapia Reiki.

Fórmula Aplicada:

$$\text{Puntaje total} = \sum (\text{Promedio}_i \times \text{Peso})$$

Donde hay cinco criterios

$$0.20 \times 5 = 1$$

Por tanto el puntaje total equivalente directamente al promedio general de todos los criterios

Tabla 33*Cálculo de datos*

Criterio	Promedio	Peso	Puntaje Ponderado
Pertinencia	0.20	0.20	0.90
Coherencia	0.20	0.20	0.84
Viabilidad	0.20	0.20	0.80
Innovación	0.20	0.20	0.96
Impacto	0.20	0.20	0.92

Fuente: Elaboración propia*Resultado Final:*

$$\text{Puntaje Total} = 0.90 + 0.84 + 0.80 + 0.96 + 0.92$$

Al asignar un peso uniforme de 0.20 a cada uno de los criterios evaluados, el puntaje total obtenido fue de 4.42, lo que corresponde a una valoración “muy buena”. Este resultado evidencia que la propuesta presenta un alto nivel de aceptación por parte de los expertos, manteniendo consistencia en todos los criterios analizados, sin que ninguno predomine sobre otro en términos de importancia. En este sentido, cada criterio de evaluación está relacionados para que el objetivo de la Implementación de la Terapia Reiki no sea negligente en ningún momento.

Los resultados obtenidos coinciden con tendencias actuales en el ámbito de salud, donde se promueve la incorporación de enfoque integrativos para el manejo de factores emocionales como la ansiedad. La alta valoración de los expertos respalda la inclusión de la terapia Reiki como una estrategia complementaria en la práctica odontológica, fortaleciendo no solo la atención clínica sino también la formación integral y humanizada de los futuros profesionales.

Tabla 34

Tabla ponderada promedio por criterio

Criterio	Experto 1	Experto 2	Promedio por criterio	Evaluación ponderada Pesos iguales 20%	Interpretación
Pertinencia	5	5	5	1	Eficiente
Coherencia	5	5	5	1	Eficiente
Viabilidad	5	5	5	1	Eficiente
Innovación	4	5	4.5	0.90	Muy bueno
Impacto	5	4	4.5	0.90	Muy bueno
Total	24	24	24/100	4.80	

Nota: Se aplican pesos iguales 20% para cada criterio

A continuación el análisis técnico por criterio ponderado:

Pertinencia (Ponderado 1.00)

La pertinencia alcanza la máxima valoración posible, lo que indica una alineación total entre la propuesta y las necesidades del contexto clínico odontológico. Los expertos coinciden en que el modelo responde de manera directa al problema de la ansiedad dental, integrando un

enfoque complementario coherente con las tendencias actuales de la salud integral. Desde una perspectiva técnica, este resultado valida:

- La correcta identificación del problema de investigación
- La relevancia social y sanitaria de la propuesta
- La correspondencia con políticas de salud e innovación educativa.

Interpretación → Alta validez contextual y justificación sólida del estudio

Coherencia (*Ponderado 1.00*)

La coherencia igualmente tiene un valor máximo, evidenciando que existe una estructura lógica interna robusta entre los componentes del modelo (objetivos, metodología, intervención y resultados esperados). Esto implica:

- Correspondencia adecuada entre teoría y aplicación clínica
- Secuencia metodológica clara
- Integración consistente del enfoque Reiki dentro del ámbito odontológico

Interpretación → El modelo presenta consistencia epistemológica y metodológica, sin contradicciones internas.

Viabilidad (*Ponderado 1.00*)

La viabilidad también alcanza el nivel máximo, lo que confirma que la propuesta es factible en términos operativos, clínicos y académicos. Técnicamente este resultado indica:

- Disponibilidad de recursos (humanos y formativos)
- Posibilidad real de la implementación en clínicas odontológicas (infraestructura)
- Adaptabilidad al entorno educativo (malla curricular)

Interpretación → Alta probabilidad de ejecución exitosa sin requerimientos extraordinarios

Innovación (*Ponderado 0.90*)

La innovación presenta una ligera disminución respecto a los criterios anteriores, lo que sugiere que, aunque el modelo es percibido como novedoso, no alcanza un nivel de disrupción completamente alto según los expertos. Posiblemente este factor se debe al poco alcance de información acerca de las terapias complementarias en el sistema de salud. A continuación los posibles limitantes:

- El uso del Reiki en odontología es innovador en el contexto local.
- Sin embargo, puede existir percepción limitada evidencia científica robusta.
- La innovación es más aplicativa que teórica.

Interpretación → Innovación moderadamente alta, con necesidad de fortalecer:

- Sustento empírico difundido con mayor énfasis en el área de salud
- Diferenciación frente a otras terapias complementarias y las farmacológicas
- Socialización acerca de los beneficios de las terapias alternativas, ancestrales.

Impacto (*Ponderado 0.90*)

El impacto *tiene una* valoración alta, aunque no máxima, lo que indica que los expertos reconocen beneficios potenciales, pero con cierta reserva en la magnitud de alcance de los resultados. Desde el punto de vista técnico:

- Se reconoce efecto positivo en la reducción de la ansiedad dental
- Existe potencial medio alto de impacto en la experiencia del paciente
- Sin embargo, el impacto aún se percibe como dependiente de validación empírica futura

Interpretación → Impacto alto pero proyectado, sujeto a:

- Evidencia clínica cuantificable
- Estudios longitudinales
- Validación en poblaciones más amplias

El análisis de los criterios emitidos por los expertos permite validar la calidad, pertinencia y aplicabilidad de la propuesta, a partir de juicio de profesionales con alta experiencia en el área. Aunque el número de expertos sea reducido, su evaluación sigue siendo relevante si cumplen con

el perfil académico y profesional adecuado. A continuación se realiza un análisis de comparación de la evaluación emitida por los dos expertos.

Tabla 35

Análisis comparativo entre expertos

Criterio	Experto Rehabilitación Oral	Experto Endodoncia
Pertinencia	Eficiente	Eficiente
Coherencia	Eficiente	Eficiente
Viabilidad	Eficiente	Eficiente
Innovación	Muy bueno	Eficiente
Impacto	Eficiente	Muy bueno

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El experto en rehabilitación oral presenta una valoración más alta, posiblemente por mayor afinidad con el contexto clínico prolongado en los tratamientos de rehabilitación oral en los que se interviene con el anestésico y la utilización del micromotor, como lo menciona el experto. Ambos coinciden en la alta validez del instrumento, necesidad mínima de ajustes y pertinencia en el uso de la Terapia Reiki en odontología.

Conclusión metodológica:

El análisis ponderado de juicio de expertos evidencia que el instrumento presenta un nivel de contenido del 4.42, considerando altamente satisfactorio. La consistencia en las valoraciones de ambos especialistas, pertenecientes a diferentes áreas odontológicas (Endodoncia y Rehabilitación Oral), fortalece la confiabilidad del instrumento. Aunque se identifican leves observaciones en cuanto a la estructura metodológica, sin embargo es aceptado para la integración en el área clínica y formativa de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

4.3.2 Indicadores de Evaluación

Los indicadores definidos permitirán medir el progreso y efectividad de la propuesta:

- Reducción promedio en niveles de ansiedad antes y después del procedimiento.
- Nivel de aceptación de la propuesta entre pacientes y estudiantes.
- Impacto académico en la formación profesional integral
- Porcentaje de docentes y estudiantes capacitados
- Evaluación de los procedimientos prácticos mediante la observación
- Porcentaje de aceptación del protocolo por parte de los pacientes, personal académico y pre profesionales
- Número de recomendaciones basadas en resultados de investigación para la implementación en la clínica
- Porcentaje de producción de informes o artículos científicos derivados del estudio in situ, sobre la terapia Reiki
- Diferencia porcentual en los niveles de ansiedad pre y post sesión Reiki
- Porcentaje de pacientes que reportan mejora subjetiva de ansiedad
- Porcentaje de pacientes y estudiantes que consideran la terapia efectiva según encuesta de percepción.

4.3.3 Validación de la propuesta

El análisis ponderado evidencia que la propuesta posee una base estructural sólida, destacándose en pertinencia, coherencia y viabilidad, lo que le posiciona como un modelo altamente aplicable y académicamente consistente.

Las ligeras disminuciones en innovación e impacto, no representan debilidades críticas, sino oportunidades de fortalecimiento, particularmente en la generación de evidencia científica, ya que a nivel mundial existe escasa bibliografía de la integración de la Terapia Reiki en el área de salud, siendo esta una oportunidad para implementar y socializar estas terapias con respaldo científico. La validación de esta propuesta se realizará mediante:

- Pilotaje controlado en un grupo reducido de pacientes y estudiantes.
- Validación por expertos en Reiki y odontología, garantizando rigurosidad técnica.
- Revisión de los resultados por el Comité Académico de la Universidad Católica del Ecuador

- Los expertos evaluaron la propuesta considerando criterios de claridad, pertinencia, coherencia, aplicabilidad e innovación utilizando una escala ordinal de cinco niveles.
- Los resultados obtenidos, analizados mediante el promedio ponderado, evidenciaron valores superiores a 4.42/5 en todos los componentes del modelo, lo que indica un alto nivel de validez.
- En consecuencia, la propuesta fue considerada pertinente, viable y metodológicamente consistente para su implementación en el contexto clínico y académico.

CONCLUSIONES

La integración del Reiki en la formación odontológica y en la práctica clínica universitaria constituye una innovación educativa y terapéutica que responde a los desafíos actuales de la educación superior en salud. Su incorporación fomenta una visión integral del proceso de enseñanza, aprendizaje en la que convergen los saberes científicos, emocionales y espirituales del ser humano. Desde este enfoque, la práctica del Reiki favorece el desarrollo de competencias socioemocionales, tales como la empatía, el autocontrol emocional y la responsabilidad social, fortaleciendo el perfil humanista y ético del futuro odontólogo.

Los resultados clínicos obtenidos en el área de Odontología de la Universidad Católica del Ecuador evidencian una disminución significativa en los niveles de ansiedad de los pacientes antes y después de la aplicación del Reiki. Este hallazgo reafirma su efectividad como terapia complementaria no invasiva, capaz de reducir el miedo dental y mejorar la experiencia terapéutica. A la par, los estudiantes que participaron en la aplicación del Reiki demostraron un mayor nivel de autoconciencia emocional y sensibilidad ante el dolor y las necesidades del paciente, lo que representa un avance pedagógico hacia una odontología centrada en la persona.

Desde la perspectiva académica la implementación de esta terapia impulsa la formación de profesionales reflexivos, críticos y empáticos, capaces de integrar estrategias complementarias basadas en la evidencia científica. Esta visión amplía al paradigma tradicional de la educación odontológica, generando un modelo formativo interdisciplinario que articula la práctica clínica con la salud mental y bienestar emocional del paciente. Además, fortalece el vínculo paciente–odontólogo, al establecer una relación terapéutica sustentada en la confianza, la comunicación y la reducción de la percepción del dolor y miedo durante el tratamiento.

El modelo educativo propuesto permite a las instituciones de educación incorporar terapias holísticas dentro de un marco científico, ético y legal alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que promueven la salud y bienestar, la educación de calidad y la reducción de desigualdades. En este sentido la integración del Reiki se concibe no como una práctica sustitutiva, sino como un complemento que optimiza la atención clínica, favorece la prevención de patologías orales y promueve la salud integral de los individuos y de la comunidad.

Conclusión del Objetivo General

La investigación permitió demostrar la efectividad de la Terapia Reiki como intervención complementaria para la reducción de la ansiedad dental en pacientes atendidos en el área clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Los resultados obtenidos mediante la aplicación del diseño cuasiexperimental pretest – posttest evidenciaron una disminución significativa de los niveles de ansiedad posterior a la intervención, confirmando la relajación favorable entre la aplicación de la Terapia Reiki y el bienestar emocional de los pacientes. Cabe destacar que los hallazgos permitieron establecer fundamentos científicos, metodológicos y operativos para su incorporación en el ámbito clínico y académico universitario, fortaleciendo modelos de atención integrativa y humanizada en odontología.

Diseñar y ejecutar un plan piloto para la aplicación de sesiones de Terapia Reiki

El plan piloto fue ejecutado satisfactoriamente en una muestra de 42 pacientes atendidos en el área clínica odontológica universitaria, permitiendo la aplicación controlada bajo criterios éticos, metodológicos y asistenciales previamente establecidos. La implementación evidenció viabilidad operativa dentro del entorno universitario, obteniendo información empírica suficiente para evaluar el efecto de la intervención sobre la ansiedad dental.

Identificar los niveles de ansiedad dental previos a la aplicación de la Terapia Reiki

La evaluación inicial realizada a los 42 pacientes participantes permitió determinar la presencia de ansiedad dental en diferentes niveles de intensidad antes de la intervención con Terapia Reiki. Los resultados evidenciaron que el principal factor generador de ansiedad estuvo relacionado con la aplicación de anestesia local mediante aguja, donde la mayor concentración fue del 76,18% de los pacientes que manifestó algún grado de ansiedad, distribuido en ligeramente ansioso con el 35,71%; bastante ansioso 26,19%; muy ansioso 7,14% y extremadamente ansioso el 7,14% . Únicamente el 23,81% reportó encontrarse relajado frente a este procedimiento.

De igual manera, frente a la exposición del instrumental odontológico, el 63,52% de los pacientes presentó algún nivel de ansiedad, predominando la categoría de ligeramente ansioso

con el 54,76%, mientras que el 9,52% manifestó ansiedad moderada o extrema. Por el contrario, el 35,71% se declaró relajado ante este estímulo clínico.

Respecto a la ansiedad anticipatoria relacionada con la consulta odontológica, el 26,19% de los participantes evidenció algún grado de ansiedad, mientras que el 69,05% manifestó sentirse relajado ante la posibilidad de acudir al odontólogo al día siguiente.

Estos hallazgos permitieron establecer que la ansiedad dental estuvo presente en una proporción significativa de la población estudiada, identificándose como principales desencadenantes los procedimientos invasivos relacionados con la anestesia local y la exposición al instrumental odontológico.

Analizar los fundamentos científicos, clínicos y multidisciplinarios de la Terapia Reiki la ansiedad dental y la formación odontológica

La revisión científica permitió identificar evidencia nacional e internacional que respalda el uso de intervenciones complementarias para el manejo de la ansiedad y el estrés en contextos sanitarios. Los resultados teóricos demostraron que la ansiedad es un fenómeno multifactorial que requiere abordajes interdisciplinarios, mientras que la Terapia Reiki presenta fundamentos que justifican su incorporación como recurso complementario dentro de modelos contemporáneos de atención integral y formación humanista en ciencias de la salud.

Evaluar las variaciones en los niveles de ansiedad antes y después de la aplicación de la Terapia Reiki

La comparación de las mediciones realizadas antes y después de la intervención permitió evidenciar cambios favorables en los niveles de ansiedad de los pacientes, demostrando que la intervención produjo efectos positivos sobre la percepción emocional de los participantes durante la atención odontológica.

Diagnosticar el efecto de la Terapia Reiki mediante la Escala DAS

La utilización de la Dental Anxiety Scale (DAS) permitió cuantificar objetivamente el comportamiento de la ansiedad dental y diagnosticar el efecto de la intervención terapéutica. Los hallazgos evidenciaron una reducción de los niveles de ansiedad reportados por los pacientes

después de recibir Reiki, observándose además una mejora en la percepción del entorno clínico, una mayor cooperación durante los procedimientos odontológicos y una actitud emocional más favorable frente al tratamiento.

Validar los resultados estadísticos mediante el análisis Alfa de Cronbach

La confiabilidad del instrumento utilizado fue altamente satisfactoria, alcanzando un coeficiente Alfa de Cronbach de $\alpha = 0,96$, valor que evidencia una excelente consistencia interna y garantiza la estabilidad de las mediciones realizadas durante el estudio. Este resultado confirma la validez metodológica del instrumento aplicado y fortalece la credibilidad científica de los hallazgos obtenidos en la investigación.

Presentar una propuesta de integración de la Terapia Reiki para el área clínica universitaria

La propuesta de integración desarrollada fue valorada favorablemente por los expertos, alcanzando puntuaciones superiores a 4,42 sobre 5 en los criterios de pertinencia, coherencia, viabilidad e innovación. Estos resultados evidencian que la propuesta posee consistencia académica, aplicabilidad institucional y potencial para fortalecer los procesos de atención odontológica y formación profesional. Asimismo, constituye una alternativa innovadora para incorporar estrategias de bienestar emocional y humanización dentro de la educación superior en salud

Conclusión de la Hipótesis

Los resultados obtenidos permitieron aceptar la hipótesis de investigación, al demostrarse que la integración de la Terapia Reiki como medicina complementaria se asoció con una disminución significativa de los niveles de ansiedad dental en los pacientes atendidos en el área clínica odontológica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La evidencia empírica obtenida mediante la aplicación del diseño pretest-posttest, el análisis estadístico de los resultados y la elevada confiabilidad del instrumento ($\alpha=0,96$) respaldan científicamente la efectividad de esta intervención complementaria. En consecuencia, la Terapia Reiki se configura como una estrategia viable para fortalecer la atención integral del paciente, promover la

humanización de los servicios odontológicos y generar innovación educativa dentro de la formación universitaria en ciencias de la salud.

RECOMENDACIONES

Desde el punto de vista metodológico:

- Diseñar investigaciones longitudinales que evalúen el impacto sostenido del Reiki en la ansiedad dental.
- Implementar modelos experimentales con grupos de control y asignación aleatoria.
- Utilizar software estadístico SPSS para análisis de varianza y correlación entre las variables fisiológicas y psicológicas.

Desde el punto de vista académico:

- Incorporar la asignatura “Terapias Energéticas Complementarias en la malla curricular de odontología.
- Establecer convenios institucionales certificadas de Reiki (Niveles II y III) para practicas supervisadas.
- Crear una Cátedra de Innovación y medicina integrativa como espacio de investigación y desarrollo.
- Generar convenios con asociaciones certificadas de Reiki para asegurar la calidad de la formación
- Promover la publicación de resultados en revistas académicas para difundir la experiencia

Recomendaciones prácticas:

- Realizar investigaciones longitudinales que evidencien la eficacia de la terapia en contextos odontológicos.

- Implementar un laboratorio de innovación Holística equipado con tecnologías RA/RV y sensores biométricos
- Desarrollar la práctica del Reiki a programas de salud pública universitaria y proyectos comunitarios.
- Fomentar la participación interdisciplinaria (psicología, enfermería, medicina), para fortalecer la atención centrada de la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, J. (2023). *Niveles de pánico y ansiedad en pacientes adultos sometidos a tratamiento de exodoncia en el Consultorio Dental Smile M.G. Lima 2023*. Repositorio Institucional Universidad Continental: <https://repositorio.continental.edu.pe/item/32239e07-f7c2-4a49-96ce-210ffae129ad>
- Al Batool, O., Abdelrahman, T., Mohamed, J., Amar, H., y Essra, E. (2023). Prevalence and Socio-Demographic correlates of dental anxiety among a group patients attending dental outpatient clinics: A study from UAE. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 20. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph20126118>
- Alarcón, R., Mazzotti, G., y Nicolini, H. (2012). *Psiquiatría* (Tercera ed.). Washington: Biblioteca Sede OPS. [https://doi.org/ISBN 978-92-75-31646-7](https://doi.org/ISBN%20978-92-75-31646-7)
- Alfred, R. (30 de Septiembre de 2010). *Wired*. https://www.wired.com/2010/09/0930morton-demos-dental-ether/?utm_source=chatgpt.com
- Al-Namankany, A., De Souza , M., y Ashley, P. (2012). Evidence-based dentistry:. *British Dental Journal*, 212(5), 219-222. [https://doi.org/DOI: 10.1038/sj.bdj.2012.174](https://doi.org/DOI:10.1038/sj.bdj.2012.174)
- Alshehri, T., Alameer, S., y Almotreb, A. (2024). Strategical ways for dental anxiety management prior to third molar extration. *Cureus Parts of Springer Nature*, 16(8). <https://doi.org/10.7759/cureus.68023>
- Alternativa, C. N. (2008). El uso de la medicina complementaria y alternativa en los Estados Unidos.
- American Dental Association . (2025). Dental fear still prevalent in U.S. *Journal of the American Dental Association*.

- American Dental Association. (2021). 2021 Dentist Well-Being Survey Report. *American Dental Association*.
- Amy, C., y Robin, C. (2022). Dental Care Utilization Among Adults Aged 18–64: United States, 2019 and 2020. *NCHS Data Brief*, 435.
- Aranguren, G. (2023). El artículo titulado “Metodología para el aprendizaje de los estudiantes de Medicina en la asignatura de Medicina Natural y Tradicional” propone una metodología pedagógica orientada a mejorar el aprendizaje de los estudiantes de medicina en esta asignatur. *Revista Innovaciones Educativas*, 25(39). <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.22458/ie.v25i39.4571>
- Arias, F. (2012). *El proyecto de Investigación* (Sexta ed.). Caracas, Venezuela: Episteme, C.A.
- Arias, J. (2021). *Diseño y metodología de la Investigación*. Enfoques Consulting Eirl.
- Arias, J. (2021). Guía para elaborar el planteamiento del problema de una tesis. Método exágono. *Revista Orinoco pensamiento y Praxis*, 58-59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7798562>
- Armfield, J. (2010). How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health Prev Dent*, 46, 107-115.
- Astrom A, S. E. (03 de 2011). Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health*, 11(10). <https://doi.org/10.1186/1472-6831-11-10>.
- Bancon. (2020). *Introduction to Quantitative Research Methods*. Hong Kong: Universety of Hong Kong. <https://doi.org/ISBN:978-988-12813-0-2>
- Billot Maximo, D. M. (2019). Terapai Reiki para el dolor, la ansiedad y calidad de vida. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001775>

- Brito, M., Fernandes, F., Paixao, L., y Milori, S. (2022). Brazilian dental students and COVID-19: A survey on knowledge and perceptions. *Eur J Dent Educ*, 26, 93-105. <https://doi.org/10.1111/eje.12676>
- Budach, F., Dos Santos, G., Campos, G., Grilo, I., Vieira, B., Goya, S., . . . Lolli, L. (2022). Aplicación de prácticas integradoras y complementarias en odontología:revisión integradora. *Revista Brasileña de Desarrollo*, 8(12), 77882-77903.
- Bunge, M. (1967). *La Investigación Científica* (1ra ed. ed.). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Bur, M. (05 de Febrero de 2025). *Dr. John V. Borden: The Innovator Who Revolutionized Caries Removal in Dentistry*. https://www.mrbur.com/blogs/education/dr-john-v-borden-the-innovator-who-revolutionized-caries-removal-in-dentistry?srltid=AfmBOorUCqSjXZFXtIX-Yekn9S30mgVKcUm-UQZkB9dnZqdZdKLIXqy&utm_source=chatgpt.com
- Carlos, V., Cartas, U., y Valarezo, P. (diciembre de 2019). Integración de la medicina alternativa en la malla curricular de las carreras de Medicina y Enfermería de las universidades peruanas. *Elsevier Educación Médica*, 20(2), 118-124.
- Catlin Anita, D. F. (mayo de 2011). Investigation of standar care versus Sham Reiki placebo versus actual Reiki Therapy to enhance comfort and well being in a chemotherapy infusion center. *Foro de Enfermería Oncológica*, 38(3).
- Catlin Anita, D. F. (2011). Investigation of standar care versus Sham Reiki placebo Versus Actual Reiki Therapy to Enhance Comfort and Well-Being a Chemotherapy infusion Center. *Foro de Enfermería oncológica*, 38.
- Ceron, A., Rodriguez , R., y Ceron , H. (2020). La importancia de la investigación. *Boletín Científico de Ciencias*. <https://doi.org/orcid.org/0000-0002-2886-8843>
- Chambi, k., y Lavallo, G. (2024). Dental anxiety and social factors in adults in a private dental practice in Arequipa, Peru. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* , 36(2), 24-32. <https://doi.org/DOI: http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v36n2a2>

- Chauca, L., Proaño, P., Albán, J., y Juez, C. (2024). Prevalencia de ansiedad y factores correlacionados en pacientes atendidos en clínica integral de odontología: Un estudio transversal. *Revista Científica Universidad Odontológica Dominicana*, 12(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.11487191>
- Chen, Y. &. (2020). Effects of complementary therapies on dental anxiety: A systematic review. *Journal of Dental Research*, 9(4), 345-352. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0022034520901382>
- Conferencia Internacional de Atención de Salud Primaria. (1978). URSs.
- Consejo de Educación Superior. (2019). *Reglamento de Régimen Académico*. https://www.ces.gob.ec/lotaip/Anexos%20Generales/a3_Reformas/r.r.academico.pdf
- Corah, N. (1969). Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res*, 48(4), 596.
- Corah, N. G. (Noviembre de 2016). Assessment of a Dental Anxiety Scale. *Open Journal of Stomatology*, 6(11), 816-19. <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.1978.0394>
- Cruz, A., Carvalho, F., Santana, M., Fagundes, J., Franco, C., y Kusterer, L. (2022). Anxiety among Brazilian Dentists During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *The Open Dentistry Journal*, 16. <https://doi.org/DOI: 10.2174/18742106-v16-e2201310>
- Cunoti, N., Qorri, R., Irmischer, L., Qorri, E., Magerfleisch, L., y Hendrik, B. (2024). Dental anxiety and dental care - a comparison between Albania and Germany. *BCM Oral Health*, 24(1121). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12903-024-04887-2>
- Cuthbert MI, M. B. (1982). A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child*, 49(6), 432-6.
- De Souza, M., Ashley, P., y Al Namankany, A. (2012). Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br dent*, 5, 212. <https://doi.org/doi: 10.1038/sj.bdj.2012.174>

- Debas, H., Laxminarayan, R., y Straus, E. (2006). Complementary and Alternative Medicina. *CNBIotecnología*, 69. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11796/?utm_source=chatgpt.com
- Dhanapriyanka, M., Jayasekara, P., Falsy, A., Athambawa, N., Asmath, A., Mohammadu, K., . . . Mufees, M. (2024). Prevalence and associated factors of dental anxiety among adults attending public outpatient dental clinic in the Eastern Province, Sri Lanka. *BMC Oral Health*, 24, 1549. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12903-024-05288-1>
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., y Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychol Bull*, 125, 276-302. http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Suh-Lucas-Smith_1999.pdf
- Dirección Nacional de Salud intercultural. (2020). Código de Ética de los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral-tradicional de las nacionalidades y pueblos del Ecuador. En E. t. Intercultural.
- do Nascimento , J., Tavares, r., da Silva, A., Peres, E., Coelho, R., y de Oliveira, D. (Octubre de 2017). Efecto del Reiki sobre el bienestar subjetivo: estudio experimental. *Revista electrónica Enfermería Global*, 16(4). <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/02%20reiki.pdf>
- Eitner S, W. M. (Agosto de 2006). Ansiedad dental: un estudio epidemiológico sobre su correlación clínica y efectos en la salud bucal. *Journal Reahabilitación Oral*, 33(8), 588-593.
- Elizabeth, K., Singh, D., Tellez, M., ismail, A., y Dunne, E. (Junio de 2025). A mixed methods exploration of the origin of dental anxiety and coping strategies among participants in a behavioral intervention for dental anxiety. *Oral Health*, 6. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/froh.2025.1589764>
- Elizabeth, K., Singh, D., Tellez, M., Ismail, A., y Dunne, E. (2025). A mixed methods exploration of the origin of dental anxiety and coping strategies among participants in a

behavioral intervention for dental anxiety. *Front. Oral Health*, 6.
<https://doi.org/doi.org/10.3389/froh.2025.1589764>

Emmanuel, N., Collado, V., Faulks, D., Bullier, B., y Hennequin, M. (2007). A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French. *BCM Oral Health*, 7-12.
<https://doi.org/10.1186/1472-6831-7-12>

Enriquez, R., Falcon, B., y Quispe, H. (2023). Técnicas no farmacológicas en el manejo del comportamiento ante el tratamiento odontológico del niño. *Arch Med Camaguey*, 27.

Espejo, R., Asmat, A., Carruitero, M., y Del Castillo, O. (2021). Prevalence of dental anxiety in patients attending the dental service of two hospitals managed by the Ministry of Health of Peru / Prevalencia de ansiedad dental en pacientes del servicio de odontología de dos hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Journal Oral Res*, 10(2), 1-9.
https://pesquisa.bvsalud.org/odontologia/resource/espt/biblio-1381729?utm_source=chatgpt.com

Facco E, Z. G. (Julio de 2017). The Odyssey of Dental Anxiety: From Prehistory to the Present. *A Narrative Review. Front Psychol.*, 11(8), 1155.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01155>.

Fernández, L. &. (2022). Integración de terapias complementarias en la formación odontológica: beneficios y desafíos. *Revista de Educación en Odontología*, 16(2), 45-52.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1234/reo.v16i2.2022>

Ferreira, A., Rabelo, D., Barboza, I., Barúna, M., Cople, L., Martins, S., y Baccin, C. (2023). The relationship between temperament and dental fear and anxiety: a systematic review. *Evidence Based dentistry*, 24, 42.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41432-023-00852-0>

Ferreira, L., Correa, M., Souza, M., Lamim, M., Goncalvez, I., y Prado, G. (2023). Panorama de la enseñanza de prácticas integradoras y complementarias en la Carrera de Odontología en el Sudeste de Brasil. *HU Revista*, 45(1), 13-21. <https://doi.org/DOI:10.34019/19828047.2019.v45.16970>

- Fonseca, L., y Sánchez, C. (2013). Análisis comparativo entre las distintas Escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en Odontopediatría. *Therapeía Universidad Católica de Valencia*, 5, 81-95.
- Freitag, V., Sartori, I., Rossato, M., y Andrade, A. (2014). Beneficios del reiki en personas mayores con dolor crónico. *Contexto de Enfermería*, 23(4). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001850013>
- Gerabek WE. (1999). The tooth-worm: historical aspects of a popular medical belief. *Clin Oral Investig.*, 3(1), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s007840050070>.
- Gibson, M. (Agosto de 2012). *Wikidoc*. https://www.wikidoc.org/index.php?title=Dental_drill
- Goh, E., Beech, N., y Johnson, N. (2020). Dental anxiety in adult patients treated by dental students: A systematic review. *J Dent Educ.*, 84(7), 805-811. <https://doi.org/10.1002/jdd.12173>
- Guo, X., Long, Y., Qin, Z., y Fan, Y. (2024). Therapeutic effects of Reiki on interventions for anxiety: a meta analysis. *BMC Palliative Care*, 23-147. <https://doi.org/doi.org/10.1186/s12904-024-01439-x>
- Guofang, I., Hung, C., Chin, E., y Duangthip, D. (2024). Global prevalence of early childhood dental fear and anxiety: A sistematic reviewand meta-analysis. *Elsevier*, 142. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jdent.2024.104841>
- Gustafsson A, B. A. (Julio de 2010). Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int J Paediatr Dent.*, 20(4), 242-253. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2010.01046.x>.
- Hamberly, H. (Febrero de 2000). Reiki: Hawayo Takata's Story. En H. Takata. Publicatios Division of Archedigm. [https://www.google.com.ec/books/edition/Reiki/hYHwEAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=Takata,+H.+\(1976\).+Reiki:+Hawayo+Takata%E2%80%99s+Story.+Reiki+Alliance+Archives.&printsec=frontcover](https://www.google.com.ec/books/edition/Reiki/hYHwEAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=Takata,+H.+(1976).+Reiki:+Hawayo+Takata%E2%80%99s+Story.+Reiki+Alliance+Archives.&printsec=frontcover)

- Hernandez, S. (2018). *Metodologías de la investigación*. México. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Hern%C3%A1ndez-%20Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n.pdf
- Heyman, R., Daly, K., Aladia, S., Harris, S., Roitman, N., Kin, A., y Smith, A. (Septiembre de 2025). A census-matched survey of dental fear and fear-treatment interest in the United States. *J Am Dent Assoc.*, 156(9), 696-705. <https://doi.org/doi:10.1016/j.adaj.2025.07.004>.
- Hmud. (2009). Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *Revista de Mínima Intervención en Odontología*, 2(1). <https://www.miseeq.com/s-2-1-8.pdf>
- Hong, F., Piaopiao, C., Yu, X., y Zeng, J. (2023). Prevalence of dental anxiety among adults in China: a Meta-analysis. *PubMed*, 41(1), 88-98. <https://doi.org/10.7518/hxkq.2023.01.012>.
- Humphris GM, M. L. (Sep de 1995). The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health*, 12(3), 143.
- John Ruby, C. C. (2010). The Caries Phenomenon: A Timeline from Witchcraft and superstition to opinions of the 1500s to today's science. *Hindawi Publishing Corporation International Journal of Dentistry*, 10, 10. <https://doi.org/10.1155/2010/432767>
- Johnson, M. P. (2019). Reiki as an adjunct therapy to reduce dental anxiety: A pilot randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 36, 101-106. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.04.005>
- Kasen, H., Fares, Y., y Abou Linda. (2021). Assessment of dental anxiety and dental phobia among adults in Lebanon. *BMC Oral Health*, 21(48). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12903-021-01409-2>
- Klingberg, G., y Broberg, A. (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(6), 391-406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2007.00872.x>

- Kranz, A., Chen, A., Gahlon, G., y Stein, B. (2021). 2020 trends in dental office visits during the COVID-19 pandemic. *Elsevier*, 535-541. <https://doi.org/doi: 10.1016/j.ada.2021.02.016>.
- Lang, P. J., y Mc Teague, L. M. (Jan de 2009). The anxiety disorder spectrum: fear imagery, physiological reactivity, and differential diagnosis. *Anxiety Stress Coping*, 22(1), 5-25. <https://doi.org/10.1080/10615800802478247>
- Lara Juana, L. B. (2022). Dental anxiety and automatic thoughts in dental patients from the Red Cross, Tungurahua province. *Ciencia América*, 11. <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v11i1.379>
- Laresh Mistry, N. K. (2024). Horace Wells: A Pioneer in Modern Anesthesia and Pain-Free Medical Practices. *Cureus*, 16(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.71575>
- Lima, M., y Casanova, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay"*.
- López , J. (2020). Temor hacia el odontólogo en niños menores a cincoaños. *Revista Eugenio Espejo*, 14(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.37135/ee.04.09.07>
- Maria, L., Caroline, R., Kerstin, W., Joerg, R., Christian, H., y Katrin, L. (2025). Dental and periodontal health, oral health-related quality of life and life satisfaction in patients with severe dental phobia. *Scientific Reports*, 35047. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41598-025-21676-1>
- Márquez, J., Navarro , M., Cruz, D., y Gil, J. (2004). Por qué se le tiene miedo al dentista?: Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. *RCOE*, 9(2), 165-174. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1138-123X.
- Martínez, A. &. (2021). Terapias energéticas y su impacto en la reducción de la ansiedad en pacientes odontológicos. *Revista Latinoamericana de Salud Mental*, 24(3), 150-157. <https://doi.org/https://doi.org/10.3242/rism.v12i3.2021>

- McManus, D. (2017). Reiki is better than placebo and has broad potential as a complementary health therapy. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(4), 1051-1057. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/2156587217728644>
- McManus, D. (2017). Reiki is better than placebo and has broad potential as a complementary health therapy. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(4), 1051-1057. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/2156587217728644>
- Melzack, R. (2013). La teoría de la compuerta. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 191-202.
- Mikao, U. (2003). *The original Reiki Handbook*. <https://books.google.com.ec/books?id=gq0nwuEwaK0C&printsec=copyright&hl=es&pli=1#v=onepage&q&f=true>
- Miles, P. (2003). Reiki-review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Altern Ther Healt Med*, 9, 62-72.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Normativa para el ejercicio de Terapias Alternativas. En M. d. Pública.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (10 de mayo de 2012). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. <https://www.salud.gob.ec/base-legal/>
- Montero, M., Pfeiffer, M., y Souza, K. (2021). La terapia Reiki en el Sistema Único de Salud:significados y experiencias en la atención de salud integral. *Revista Brasileira de Enfermagem Reben*, 1, 74.
- Muneer, M., Ismail, F., Shakoor, A., Das, G., y Ahmed, M. (2022). Dental Anxiety and Influencing Factors in Adults. *Healthcare*, 10, 12. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122352>
- Nansy López, A. L. (23 de Febrero de 2024). Efficacy of music therapy on stress and anxiety prior to dental treatment: a systematic review and meta analysis on randomized clinical

trials. *Frontiers in Psychiatry*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10920280/pdf/fpsy-15-1352817.pdf>

Niño, M., Uceda, M., Fernández, F., y García, M. (2022). Estrategias didácticas para promover el aprendizaje significativo dirigido a estudiantes universitarios. *Revista de Educación MENDIVE*, 20(4), 1297-1309.

Olak J, H. S. (2013). Children's dental fear in relation to dental health and. *Stomatologija*, 15(1), 26-31.

Orellana, J., Hernadez, D., Verónica, M., y Guerrero, R. (2020). Factores asociados al miedo y ansiedad dental en el binomio padres e hijos. *Revista de Salud Pública*, 55-62.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24n1>

Organización Mundial de la Salud. (15 de Mayo de 2023). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014 -2023*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506096>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Word Health Organization*.
<https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>

Organización Panamericana de la Salud. (12 de Septiembre de 1978). *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS*.
<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Pereira IS, S. J. (2021). El uso de prácticas integrativas y salud complementaria en la atención odontológica: un relato de experiencia. *Journal Management & Primary HealtCare*.

Pérez , M., García, S., y Gallas, M. (2020). Enseñar, aprender y evaluar competencias clínicas en el grado de Odontología: una propuesta innovadora. *Revista de Investigación Educativa universitaria*, 3(1), 13-24.

Peric, R., y Tadin, A. (2024). Associations between Dental Anxiety Levels, Self-Reported Oral. *MDPI*. <https://chatgpt.com/c/68fd75df-3da8-8326-8974-9fef288eef3b>

- Pública, Ministerio de Salud. (2016). *Normativa para el Ejercicio de Terapias Alternativas*. Quito: Lexis Finder.
- Ramos , K., Alfaro, L., Madera, M., y González, F. (2018). Ansiedad y miedo en niños atendidos en consulta odontológica. *Revista Odontológica Mexicana*, 22(1), 8-14.
- Revista Brasileira Saúde. (2020). Reiki y meditación en pacientes con dolor crónico: una revisión bibliográfica. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(1), 1155-1167.
- Ríos. (2014). Ansiedad Dental: Evaluación y Tratamiento. *Odontoestomatol*, 39-46.
- Ríos M, H. A. (2014). Asiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Área Ciencias del Comportamiento. Departamento de Ciencias Básicas y Comunitarias. Facultad de.*
- Ríos, M., Herrera, A., y Rojas, A. (2014). Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Avances en Odontoestomatología*, 39-46.
- Rod Moore, C. G. (3 de Noviembre de 2016). Reconsidering Co-Morbid Traits in Explanatory Models of High Dental Anxiety Using a Comparison of Psychiatric and Normal Patient Samples. *Open Journal of Stomatology*, 6(11).
- Ronis, D. (1994). Updating a measure of dental anxiety: reliability, validity, and norms. *Journal Dent Hyg*, 68(5), 228-23.
- Rowe, M. y. (1998). Self-report measures of dental fear: Gender differences. *American Journal of Health Behavior*, 243-247.
- Ruby JD, A. N. (2010). The Caries Phenomenon: A Timeline from Witchcraft and Superstition to Opinions of the 1500s to Today's Science. *Int J Dent*.
<https://doi.org/10.1155/2010/432767>
- Sameh Attia, T. A.-P. (2022). Pain perception following computer-controlled versus conventional dental anesthesia: randomized controlled trial. *BCM Oral Health*, 22, 425.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12903-022-02454-1>

- Samolenko, K. (2018). *Longevity*.
<https://vocal.media/longevity/the-story-of-mikao-usui-the-founder-of-reiki-healing-system>
- Sanchez N, S. (2018). Tipos de comportamiento según la escala de Frankl presentados en los pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de odontología. *Tesis de grado*.
<https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/bb825fe2-afff-40f2-94d6-f7ee864a377f/content>
- Sarrah, A., Chua, H., Yiu, C., y Lam, P. (2024). Effectiveness of Nonpharmacological Behavioural Interventions in Managing Dental Fear and Anxiety among children: A systematic review and meta-analysis. *MDPI HealthCare*, 12, 537.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/healthcare12050537>
- Scandiuizzi S, N. H. (2019). Avaliação do status de ansiedade durante o atendimento odontológico. *Cubana Estomatol*, 56, 33-41.
- Serge Steenen, F. I. (Jlui de 2024). Interventions to reduce adult state anxiety, dental trait anxiety, and dental phobia: A systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 105.
- Shapiro M, M. R.-C. (2007). Behavioural and physiological effect of dental environment sensory adaptation on children's dental anxiety. doi: 10.1111/j.1600-0722.2007.00490.x. *Eur J Oral Sci*, 115(6), 479-83. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2007.00490.x>.
- Silviera, E., Cademartori, M., Schuch, H., Armfield, J., y Demarco, F. (2021). Prevalencia estimada del miedo dental en adultos: una revisión sistemática y un metanálisis. *Elsevier*, 108. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.jdent.2021.103632>
- Spezzia, S., y Spezziab, S. (2019). El uso de la Terapia Reiki en el tratamiento dental. *Uniciencias*, 23(2), 99-104.

- Spielman, A. I. (2007). The birth of the most important 18th century dental text: Pierre Fauchard's *Le Chirurgien Dentiste*. *J Dent Res.*, 86(10), 922-6.
<https://doi.org/10.1177/154405910708601004>
- Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica* (4a ed. ed.). México: Limusa.
- Texeira, N., Fontenelle, A., Mendes, N., Marinho, G., Mesquita, L., Pereira, C., . . . Nogueira, I. (2019). Formación académica en programas de profesiones sanitarias, conocimiento y uso de la Medicina Complementaria y Alternativa (MCA) por parte de los estudiantes universitarios. *Elsevier*, 13(3), 96-105.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.03.006>
- Tofanchigha , M., Lin, C., Scheerman, J., Bostrom, A., Ahonen, H., Griffiths, M.,.....Pakpour, A. (2022). Associations between fear of COVID-19, dental anxiety, and psychologycal distress amon Iranian adolescets. *BDJ Open*, 8.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41405-022-00112-w>
- Tsang, S. &. (2018). Reiki practice and its effects on anxiety and stress: A review of recent evidence. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 24(3), 210-216.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1089/acm.2017.0240>
- Umut Aksoy, S. A. (2024). Pierre Fauchard (1678-1761): Pioneering Dental Surgeon of the Enlightenmet Age. *Cureus*, 16(9). <https://doi.org/0.7759/cureus.69563>
- Usui M, P. F. (1999). *The Original Reiki Handbook of Dr. Micao Usui* . loyus Press.
- Veliz, L., Zuleta, L., y Bianchetti, A. (2021). Simulación como estrategia de desarrollo de competencias culturales en estudiantes en el área de salud. *Educ Med Sup Ecimed*, 35(4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412021000400011
- Venham L, B. D. (1977). Children's response to sequential dental visits. *J Dent Res*, 56(5), 454-9.
- Vergara, K., Díaz, S., Verbel, J., y Hawasly, N. (2013). Factores asociado a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. *Revista Clínica Médica Familiar*, 6(1), 17-24.

- Versaci, M. (2 de September de 2025). *September JADA finds dental fear still prevalent in US*. (A. News, Productor)
https://adanews.ada.org/ada-news/2025/september/september-jada-finds-dental-fear-still-prevalent-in-us/?utm_source=chatgpt.com
- Vieira, B., Alves, N., Barbosa, J., Oliveira, H., Oliveira, A., Zamarioli, C., y Pilger, C. (2020). Efecto del Reiki sobre el nivel de ansiedad y signos vitales de estudiantes de enfermería. *Cad. Naturol. Terapia. Complemento*, 9(16). <https://doi.org/10.19177/cntc.v9e1620209-17>
- Vima, M. (5 de Abril de 2025). *Linkedin*.
<https://www.linkedin.com/pulse/reiki-2025-emerging-trends-transforming-energy-healing-mahesh-vima-rpxsf>
- White, M. (2017). The principles and practice of Reiki: An evidence-based review. *Energy Medicine Journal*, 5(2), 45-52.
- Yuce, O., B, S., Of, D., y C, E. (2025). Does Reiki Therapy Reduce Preoperative Anxiety and Postoperative Pain in Third Molar Surgery? A Randomized Controlled Trial. *Journal Oral Maxillofac Surg*. <https://doi.org/doi: 10.1016/j.joms.2025.09.003>. Online ahead of print.

ANEXOS

ANEXO A. SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN PLAN PILOTO INTEGRACIÓN TERAPIA REIKI PUCE

Quito, 23 mayo 2025

Señores
Honorable Consejo Superior
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Ciudad.-

Asunto: Solicitud de autorización para ejecución de plan piloto de Terapia Reiki e incorporación curricular de terapias complementarias en la Facultad de Salud y Bienestar de la carrera de Odontología.

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo. Por medio del presente, me permito solicitar a usted y por su digno intermedio al Honorable Consejo Superior, la autorización para la ejecución de un plan piloto de implementación de la Terapia Reiki en pacientes que acuden al área clínica de odontología de la Facultad de Salud y Bienestar, con el objetivo de lograr disminuir los niveles de ansiedad dental durante la atención odontológica.

La presente propuesta se fundamenta en la observación sistemática realizada en las prácticas clínicas de los estudiantes, en las cuales se ha identificado una significativa presencia de ansiedad y temor en los pacientes, factores que afectan la calidad del servicio, la cooperación del paciente y los resultados terapéuticos. En este sentido, la Terapia Reiki se plantea como una intervención complementaria, segura y no invasiva, orientada a promover la relajación y bienestar del paciente previo a los procedimientos clínicos.

El plan piloto contempla la aplicación de instrumentos validados de medición de ansiedad (MDAS), la obtención del consentimiento informado, la intervención por personal capacitado y la evaluación de resultados mediante medición pre y post tratamiento, garantizando el cumplimiento de los principios éticos, científicos y de bioseguridad vigentes.

Adicionalmente, se propone la incorporación de una asignatura de Terapias Complementarias, con énfasis en Reiki, dentro de la malla curricular de la carrera de Odontología, con el propósito de fortalecer las competencias integrales de estudiantes y docentes. Esta iniciativa se alinea con los principios de interculturalidad, la valoración de los saberes ancestrales y las tendencias internacionales en la formación de profesionales de la salud, contribuyendo al posicionamiento institucional en el ámbito académico.

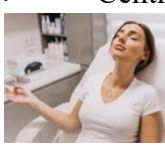
En virtud de lo expuesto, solicito muy comedidamente se analice la presente propuesta y se autorice la ejecución del plan piloto, así como el estudio de viabilidad para la incorporación curricular planteada.

Sin otro particular, reitero mi consideración y estima.

Atentamente,

Dr. Luis Alberto Vallejo
Docente Odontología
Facultad de Salud y Bienestar
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

ANEXO B: MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA REIKI

MANUAL DE PROCESOS DE LA TERAPIA REIKI 	
OBJETIVO DEL MANUAL	Estandarizar el proceso terapéutico Reiki mediante un enfoque técnico, reproducible y aplicable en contextos clínicos, académicos e investigativos.
FUNDAMENTO CONCEPTUAL	Modelo bioenergético integrativo • Relación mente – cuerpo • Respuesta de relajación fisiológica • Regulación del sistema nervioso autónomo
FASES DEL PROCESO TERAPÉUTICO REIKI	FASE 1: Valoración inicial Objetivo: Identificar las necesidades del paciente Procedimientos: 1. Anamnesis clínica (estado físico, emocional, psicológico) 2. Evaluación ansiedad (escalas validadas: MDAS) 3. Identificación de contraindicaciones relativas Resultado esperado: Perfil terapéutico individualizado
	FASE 2: Preparación terapéutica Objetivo: Generar condiciones óptimas para la intervención Procedimientos: • Ambiente: • Iluminación tenue • Temperatura adecuada • Reducción de estímulos internos • Preparación del Terapeuta • Centrado atencional (mindfulness)  • Higiene energética (según el modelo del Reiki) • Posición del paciente • De cúbito supino o sedente
	FASE 3: Aplicación de la Terapia Reiki Objetivo: Inducir estado de relajación y equilibrio bioenergético Duración: 5 a 10 minutos Procedimiento técnico: • Posiciones de estándar de manos Zonas principales: cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades Descripción técnica:

	• Contacto ligero o sin contacto (2-5cm), permanencia 2 minutos por zona. • Posiciones de mano Reiki: cabeza, tórax, abdomen • Flujo de energía corporal (esquema conceptual) • Diagrama de chakras • Proceso terapéutico en flujo
	FASE 4: Monitoreo durante la sesión Indicadores • Frecuencia respiratoria • Signos de relajación • Respuesta emocional Eventos esperados • Sensación de calor • Somnolencia • Relajación profunda
	FASE 5: Cierre de la sesión Procedimientos: • Retirada progresiva de manos • Estabilización del paciente • Retroalimentación verbal Registro clínico: • Duración de la sesión • Respuesta del paciente • Control de eventos relevantes
	FASE 6: Evaluación post intervención Instrumentos: • Escala de ansiedad • Escala de dolor • Percepción subjetiva de bienestar Seguimiento: Sesiones recomendadas: 1 a 3 sesiones por ansiedad dental, durante el tratamiento odontológico. ≥ a 4 sesiones para disminuir el miedo o ansiedad, logrando mejorar su percepción a tratamientos dentales
INDICACIONES CLÍNICAS	Basadas en evidencia • Ansiedad • Estrés • Dolor crónico • Pacientes oncológicos (apoyo) • Procedimientos odontológicos (ansiedad pre operatoria, cirugías dentales)
CONTRA INDICACIONES RELATIVAS	• No sustituye tratamiento odontológico o médico • Pacientes con trastornos psiquiátricos graves (requiere supervisión)

	• Crisis odontológicas o médicas agudas
CONSIDERACIONES ÉTICAS	• Consentimiento informado • Confidencialidad • Práctica complementaria, no alternativa • Formación certificada del terapeuta Reiki
REFERENCIAS	(Guo et al., 2024)
AUTORIZACIÓN	Universidad Pontificia Católica del Ecuador

ANEXO C: CERTIFICACIÓN DE EXPERTO EN TERAPIA REIKI I



ANEXO D: CERTIFICACIÓN DE EXPERTO EN TERAPIA REIKI NIVEL II



ANEXO E: CERTIFICACIÓN DE EXPERTO EN TERAPIA REIKI NIVEL III



ANEXO F: CERTIFICACIÓN DE EXPERTO EN TERAPIA REIKI NIVEL IV




Usui Shiki Ryoho

El presente diploma certifica que

LUIS ALBERTO VALLEJO IZQUIERDO

luisvallejo1@hotmail.com

ha completado exitosamente el Curso Maestro Reiki Nivel 4
por lo cual se le entrega dicho diploma

Maestro Reiki

10/02/2026

Fecha

Alejandra Mansilla

Maestro Reiki

ANEXO G: ACEPTACIÓN VOLUNTARIA DEL PACIENTE PARA LA INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA REIKI



ACEPTACIÓN VOLUNTARIA DEL PACIENTE PARA LA INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA REIKI

Área Clínica: _____

Fecha: ____/____/____

Yo, _____, con cédula de identidad N. ° _____, declaro que he sido informado(a) de manera clara, suficiente y comprensible sobre la aplicación de la Terapia Reiki como procedimiento complementario previo a mi tratamiento odontológico.

Se me ha explicado que:

1. La Terapia Reiki es una técnica complementaria orientada a la relajación y reducción de la ansiedad.
2. No sustituye ningún tratamiento odontológico ni médico.
3. Su duración aproximada es de 10 a 15 minutos.
4. No representa riesgos conocidos cuando es aplicada por personal capacitado.

Declaro que:

1. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente.
2. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin afectar mi atención.
3. Acepto voluntariamente la aplicación de esta terapia.

Firma del paciente: _____

Firma del profesional: _____

ANEXO H: CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

Nombres y Apellido del usuario: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Cédula de Identidad o Pasaporte: _____

Nombres y Apellidos del/a Terapeuta Alternativo/a: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Cédula de Identidad o Pasaporte: _____

Ciudad y Fecha: _____

1. Yo, _____ declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la terapia alternativa que se me va a realizar por parte del/la terapeuta alternativo/a tratante.

He sido informado que la terapia alternativa no tiene su énfasis en el diagnóstico de la enfermedad, por lo cual para el adecuado diagnóstico de mi caso, debo acudir a los diferentes procedimientos, exámenes e interconsultas con los diversos médicos especialistas de medicina convencional que el caso amerite.

Además, se me ha informado que la terapia alternativa tiene como fin ofrecer mayor bienestar y complemento a la medicina alopática, más no cura enfermedades catastróficas.

2. He informado que no tengo alergias a los productos naturales no procesados que el/la terapeuta alternativo/a podría emplear, así como se me ha instruido sobre posibles reacciones en el empleo no invasivo en los mismos.

3. He sido informado que debo seguir recomendaciones y que, en caso de presentarse agravamiento o persistencia del cuadro clínico por el cual consulto, debo informas a al/la terapeuta alternativo/a tratante para que se pueda referir a un médico alópata convencional para que me sean realizados los exámenes de diagnóstico y los tratamientos pertinentes.

4. Doy mi consentimiento para recibir la terapia alternativa por parte del/la terapeuta alternativo/a _____ con Cédula de Identidad o Pasaporte No. _____ y el personal auxiliar que él/ella precise.

5. En cualquier caso deseo que se me respeten las siguientes condiciones:

Firma del Usuario _____

Cédula de Identidad o pasaporte: _____

ANEXO I: ESCALA DE MEDICIÓN MDAS**ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH MODIFICADA (MDAS)**

Nombres y Apellido del usuario: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

1. Si tuviera que ir al dentista mañana para una revisión, ¿Cómo se sentiría al respecto?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

2. Cuando está esperando su turno en el consultorio en la silla dental, ¿cómo se siente?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso

- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

3. Cuando usted está sentado en la silla del dentista esperando mientras prepara el micromotor para comenzar el tratamiento en los dientes, ¿cómo se siente?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

4. Imagínese que usted está en el sillón dental para una limpieza dental, Mientras espera el dentista o higienista saca los instrumentos que serán utilizados para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

5. Si le van a inyectar con una aguja un anestésico local para su intervención dental, ¿cómo se siente?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso

- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

6. ¿Usted ha recibido terapia alternativa para disminuir la ansiedad o temor ante la consulta odontológica?

- a. Si
- b. No

7. ¿A usted le gustaría recibir una Terapia Alternativa para calmar la ansiedad antes de la atención dental?

- a. Si
- b. No

Conteste la siguiente pregunta posterior a la atención dental y previa realización de la Terapia Reiki.

8. ¿La intervención terapéutica Reiki, ayudo a disminuir la ansiedad durante el tratamiento odontológico?

- a. Si
- b. No

9. ¿Volvería a recibir la Terapia Reiki para tratamientos dentales?

- a. Si
- b. No

ANEXO J: FICHA CLÍNICA DE INTERVENCIÓN REIKI**FICHA CLÍNICA DE INTERVENCIÓN REIKI****Datos del paciente**

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Historia clínica N. °: _____

Evaluación inicial

Ansiedad (MDAS): _____ Frecuencia cardíaca: _____

Observaciones: _____

Intervención Reiki

Duración: _____ minutos

Tipo: ☐ Sin contacto ☐ Contacto ligeroZona aplicada: ☐ Cabeza ☐ Cuello ☐ Hombros**Evaluación posterior**

Ansiedad (MDAS): _____ Frecuencia cardíaca: _____

Respuesta del paciente☐ Relajación evidente ☐ Disminución de tensión ☐ Sin cambios**Observaciones clínicas:** _____

Responsable: _____

Firma: _____

ANEXO K: PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA REIKI ÁREA ACADÉMICA



PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN REIKI

1. Evaluar ansiedad (MDAS)
2. Verificar criterios de inclusión
3. Obtener consentimiento informado
4. Preparar ambiente clínico
5. Aplicar Reiki (10–15 min)
6. Reevaluar ansiedad
7. Proceder con tratamiento odontológico
8. Registrar intervención

Tiempo total: 15–20 minutos

ANEXO L: CHEK LIST CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO



CHECK LIST DEL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

LISTA DE VERIFICACIÓN – TERAPIA REIKI

ÍTEM	CUMPLE	NO CUMPLE
Evaluación inicial realizada	☐	☐
Consentimiento informado firmado	☐	☐
Preparación del entorno adecuada	☐	☐
Higiene de manos realizada	☐	☐
Aplicación correcta del protocolo	☐	☐
Registro completo de datos	☐	☐
Evaluación post intervención	☐	☐

Observaciones: _____

Responsable: _____

ANEXO M: CARTA SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE EXPERTO N°1

Quito, Ecuador 2025.

Respetado Doctor.

Pablo Rubén Garrido Villavicencio.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle que, conocedores de su trayectoria académica y profesional, molestamos su atención al elegirlo como JUEZ EXPERTO para revisar el contenido del instrumento que pretendo utilizar en mi avance de Tesis titulada “Integración de la Terapia Reiki como medicina alternativa en la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su acción en pacientes con ansiedad del área clínica en el periodo 2024-2025”, para optar el grado de Doctor en Educación e Innovación por la Universidad de INVESTIGACIÓN E INNOVACION - UIIX-México.

Los instrumentos tienen como objetivo medir las variables del estudio, con la finalidad de determinar la validez de su contenido, solicitamos marcar con una X el grado de evaluación a los indicadores para los ítems de dichos instrumentos, de acuerdo a su amplia experiencia y conocimientos. Se adjunta documentos base con el título de la tesis, formulación del problema, objetivos de la investigación, variables y categorías de la investigación. Igualmente, el instrumento para evaluar y el formato de evaluación respectivo. El cual se debe devolver totalmente diligenciado.

Agradezco anticipadamente su colaboración y estoy seguro(a) que su opinión y criterio de experto servirán para los fines propuestos.

Cordial saludo,

FIRMA

Luis Alberto Vallejo Izquierdo
C.I 1717648867

ANEXO N: CARTA SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE EXPERTO N°2

Quito, Ecuador 2025.

Respetado Doctor.

Roberto Xavier Romero Cazares

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle que, conocedores de su trayectoria académica y profesional, molestamos su atención al elegirlo como JUEZ EXPERTO para revisar el contenido del instrumento que pretendo utilizar en mi avance de Tesis titulada “Integración de la Terapia Reiki como medicina alternativa en la Facultad de Salud y Bienestar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su acción en pacientes con ansiedad del área clínica en el periodo 2024-2025”, para optar el grado de Doctor en Educación e Innovación por la Universidad de INVESTIGACIÓN E INNOVACION - UIIX-México.

Los instrumentos tienen como objetivo medir las variables del estudio, con la finalidad de determinar la validez de su contenido, solicitamos marcar con una X el grado de evaluación a los indicadores para los ítems de dichos instrumentos, de acuerdo a su amplia experiencia y conocimientos. Se adjunta documentos base con el título de la tesis, formulación del problema, objetivos de la investigación, variables y categorías de la investigación. Igualmente, el instrumento para evaluar y el formato de evaluación respectivo. El cual se debe devolver totalmente diligenciado.

Agradezco anticipadamente su colaboración y estoy seguro(a) que su opinión y criterio de experto servirán para los fines propuestos.

Cordial saludo,

FIRMA

Luis Alberto Vallejo Izquierdo
C.I 1717648867