UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

¨Influencia de los niveles de ansiedad durante la atención bucodental en los pacientes atendidos en la Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe, periodo Abril- Septiembre 2012¨

Tesis previa a la obtención del título de Odontóloga General.

AUTORA:

Nadia Karina Jaramillo Sisalima

DIRECTORA:

Dra. Susana González Eras

2012

Dra. Susana González Eras, Docente de la Área Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja y Director de Tesis

C E R T I F I C A:

Que el presente trabajo de investigación **"Influencia de los niveles de ansiedad durante la atención bucodental en los pacientes atendidos en la Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe, periodo Abril- Septiembre 2012"** elaborado por la aspirante **Nadia Karina Jaramillo Sisalima**, previo a la obtención del Título de Odontóloga General, se ha elaborado bajo mi dirección y luego de haberlo revisado autorizo su presentación, ante el Tribunal de Grado.

Loja, Noviembre de 2012

Dra. Susana González Eras

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Las ideas, opiniones, análisis, definiciones, conclusiones y recomendaciones expresadas en el presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad de la autora.

…….

Nadia Karina Jaramillo Sisalima

DEDICATORIA

¨**Forjarse un ideal y alcanzarlo es una de las grandes satisfacciones de la vida**¨

A ti Señor por ser mi guía y protector durante este largo camino. A mis padres, José Celso y María Marina, esos dos seres que con su amor y comprensión me han ayudado a mantener con firmeza este gran sueño, a mis hermanos por haber estado siempre a mi lado, apoyándome en todo momento.

A mi hija, María José, pilar fundamental de mi vida, por ser quien le confiere sentido a cada uno de mis actos.

NADIA KARINA

AGRADECIMIENTO

Al finalizar este trabajo de investigación, quiero dejar constancia de mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja por haberme dado la oportunidad de formarme en el Nivel de Pregrado del Área de la Salud Humana, a las Autoridades y Docentes de la carrera de Odontología por sus sabios consejos y acertadas enseñanzas durante mi formación profesional. De manera especial a la Dra. Susana González, Directora de Tesis por su asesoramiento y acertada dirección en el presente trabajo de investigación. A Dios por darme la oportunidad de llegar a ser realidad mi sueño anhelado.

Al Director, personal administrativo y médico del Hospital Universitario de Motupe, de manera especial al personal de la Clínica Odontopediátrica por proporcionarme la información necesaria para la culminación del trabajo; y, a todas las personas que de una u otra manera colaboraron para el desarrollo del mismo.

LA AUTORA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Págs.
PORTADA…….	i
CERTIFICACIÓN……..	ii
AUTORÍA……	iii
AGRADECIMIENTO……	iv
DEDICATORIA……..	v
ÍNDICE……	vi
TEMA……..	vii
I. RESUMEN…….…….	2
SUMMARY……..	3
II. INTRODUCCIÓN……...	4
III. REVISIÓN DE LITERATURA……..	7
1. Desarrollo psicológico del niño…….	8
2. Comportamiento del niño en el consultorio dental……	22
3. Métodos para el manejo de la conducta del niño……...	39
4. Ansiedad Dental……	46
IV. MATERIALES Y METODOS…….	55
V. RESULTADOS……	57
VI. DISCUSIÓN…….	66
VII. CONCLUSIONES……...	68
VIII. RECOMENDACIONES…….	69
IX. BIBLIOGRAFÍA……	70
X. ANEXOS……..	71

TEMA

¨INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD DURANTE LA ATENCIÓN BUCODENTAL EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERÍODO ABRIL- SEPTIEMBRE 2012¨

I. RESUMEN

El presente trabajo de investigación **"INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD DURANTE LA ATENCIÓN BUCODENTAL EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, EN EL PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE DEL 2012"** fue realizado en la Ciudad de Loja, es un estudio analítico, prospectivo y trasversal cuyo universo estuvo integrado por los niños que acuden a la consulta al Hospital Universitario de Motupe, de los cuales se tomó una muestra de 100 niños escogidos al azar sin importar sexo de 2 a 12 años de edad, atendidos por los estudiantes de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja que se encontraban realizando sus prácticas de odontopediatría, para obtener la información se realizó la observación directa utilizando la Escala de Valoración de la Conducta de Frankl para registrar el tipo de comportamiento del niño y la escala de Valoración de los Miedos Dentales, para la evaluación del grado de ansiedad obteniendo como resultado que la mitad de la población estudiada presento niveles de ansiedad elevados, y sobre todo en niños de corta edad, pero no existió una diferencia significativa entre los dos géneros.

Concluyendo que los pacientes infantiles presentaron niveles elevados de ansiedad, así el nivel 3 de ansiedad con un 30%, el nivel 4 presenta un 15% y el nivel 5 tiene un 5%, determinando un nivel alto de ansiedad.

Palabras clave: niños

I. SUMMARY

The present research work "influence of the levels of anxiety during the consultation dental patients treated at the University HOSPITAL of MOTUPE, in the period April-September of 2012" was held in the city of Loja; It is an analytical, prospective and transverse, study whose universe was composed of children who attend the inquiry at the University Hospital of Motupe, of which took a sample of 100 children chosen at random regardless of sex, ranging in ages from 2 to 12 years, attended by the students of the career of Dentistry of the University of Loja who were performing their practice of Pediatric Dentistry; obtaining information through direct observation of the subject, as well as the Frankl behavior rating scale for the type of the child's behavior and the scale of assessment of the dental fears, whereby the degree of anxiety was assessed for each. The same that is carried out with the purpose of obtaining data that reveal the way how anxiety influencing professional practice, and so in this way optimize the quality of dental care. In addition to establishing the characteristics of children's behavior when they go to a dental appointment according to different ages; and determine the stimuli that cause anxiety thus significantly affect children's oral health and the effectiveness of the dental treatment received.

Concluding that pediatric patients had elevated levels of anxiety and anxiety level 3 at 30%, has a level 4 and level 15% and level 5 has 5% 5, determining a high level of anxiety.

Keywords: children

II. INTRODUCCIÓN

El miedo y la ansiedad, son dos entidades distintas, el miedo es una reacción ante un peligro externo real, y suele estar relacionado con la respuesta física al dolor; en cambio, la ansiedad corresponde al estado emocional que tiene su origen en fuentes internas, como fantasías y expectativas irreales o imaginarias, la cual puede ser normal y sana hasta cierto punto, y al mismo tiempo sirve como alerta ante una situación extraña como el ambiente del consultorio dental (Boj, 2000). El éxito en el tratamiento del paciente odontopediátrico radica en la comprensión de la conducta del niño y sus reacciones en el consultorio (relación odontólogo-paciente) (Pinkham, 1997).

Evidencia científica: los estudios realizados han demostrado que los niveles de ansiedad dental en los niños varía dependiendo de las características de la población infantil como son: edad, sexo, tratamiento realizado, entre otros; de los procedimientos de evaluación de la ansiedad o miedo dental y de los criterios de definición de las mismas.

Es importante conocer el nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental, debido a que un número significativo de personas tiene impedimentos individuales para acceder a una atención odontológica integral. Muchas de ellas han experimentado dolor a consecuencia de algún problema de Salud Bucal, lo que a su vez les produce temor y ansiedad frente a futuros tratamientos odontológicos. O aún sin haber tenido una experiencia personal, han escuchado relatos sobre experiencias de atenciones odontológicas desagradables o dolorosas, asumiéndolas como propias.

Es de gran interés esta problemática, evidenciado en otros países que existen pocas investigaciones a nivel de Latinoamérica y en nuestro país no existen estudios sobre la relación de la presencia de ansiedad y tratamiento odontológico, lo que ha resultado en un desconocimiento acerca de la

incidencia de esta problemática en la población y de sus características, presentando como consecuencia adicional una carencia en la utilización de estrategias de intervención acordes a la situación.

Con este antecedente, el objetivo de la presente investigación es determinar la influencia de los niveles de ansiedad durante la atención bucodental en los pacientes atendidos en la Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe, en el periodo abril a septiembre de 2012, así mismo establecer los niveles de ansiedad que presentan los pacientes atendidos. Dentro de la investigación se pretende analizar e indagar el tipo de comportamiento que presentan los niños en la consulta odontológica e identificar los estímulos que desencadenan la ansiedad dental y conocer los métodos utilizados.

Por lo señalado anteriormente considero importante el aporte que brinda el presente trabajo investigativo con algunas formas de respuesta profesional y técnica a los pacientes: niños de 2 a 12 años para ayudar a superar sus dificultades en la prevención y recuperación de su salud bucal, la presentación de este documento se convertirá en un valioso aporte a la formación de los profesionales de la odontología que asuman responsabilidades en el desarrollo de este proceso, para otorgar una atención acogedora, amigable y con la mejor eficiencia técnica.

III. REVISION DE LA LITERATURA

CAPITULO UNO

1. DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

1.1 Conceptos básicos

"La psicología del desarrollo es el estudio de los cambios psíquicos y físicos que tienen lugar a lo largo de la vida de una persona, que ocurren en la estructura, pensamiento o comportamiento de una persona, a causa de factores biológicos y ambientales; dichos cambios casi siempre son progresivos y acumulativos, dando origen a un aumento del tamaño corporal, a una mayor complejidad de la actividad y a una integración creciente de la organización y función"[1].

Boj, "menciona tres factores que rigen la conducta del niño: su madurez, sus rasgos de personalidad y su ambiente"[2]. Asimismo, añade que algunos procesos del desarrollo, (entre ellos el crecimiento prenatal, son biológicos; otros, dependen del ambiente, el cual está sometido a nuestro control y es variable). El mismo autor utiliza el término maduración, que refleja una serie de "cambios graduales, no solo en la forma del cuerpo, sino también en su complejidad, integración, organización y función. Todos estos cambios expresan como el crecimiento y el desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos"[3]

[1] LOMAS, E. (1999). Psicología general; *Editorial interamericana*; España
[2] BOJ, JR. (2000). Odontopediatria. 2da Edición. *Masson*. España. Cap. 5, págs. 115-125
[3] Ibídem, pág. 135

Dentro de los factores ambientales que perjudican o favorecen el crecimiento del organismo, producen ansiedad o ayudan a adquirir todo tipo de destrezas, tenemos que uno de estos factores es el "aprendizaje (proceso evolutivo en el individuo, que proviene de la experiencia o la práctica; por medio del cual el ambiente ocasiona cambios en la conducta);otro factor es la socialización que es el proceso según el cual el individuo se convierte en miembro de un grupo social: familia, comunidad, escuela, etc., y aprende todas las creencias, costumbres, valores, papeles y expectativas de esos grupos, esto se lleva a cabo durante todas las etapas de la vida"[4] .

Según Boj para lograr con éxito el tratamiento dental de un niño en la consulta debe comprenderse su conducta, por ello el conocimiento de las etapas del crecimiento de los niños ayudará a comprenderlo, el autor menciona que la conducta tiene muchas facetas que interactúan unas con otras y cada teoría se concentra en una de ellas, estas comprenden dos grupos: las Teorías Psicodinámicas que explican el desarrollo emocional y su influencia en la conducta del niño; y las Teorías Conductistas-aprendizaje las cuales estudian el aprendizaje y la conducta social. Koch "enuncia que cuando se presta atención odontológica o de otro tipo a niños o jóvenes es importante que el profesional intente ver el mundo desde la perspectiva del niño, estos conocimientos nos pueden ayudar a comprender las reacciones de los niños en tratamiento y también a hallar las mejores formas para tratar con él y sus padres, además menciona que las reacciones del niño son respuestas de la forma en que son abordados por el profesional y la experiencia del tratamiento"[5] .

---

[4] LOMAS, E. (1999). Psicología general; *Editorial interamericana*; España

[5] KOCH, G.; POULSEN, S. (2004). Odontopediatría*:* Abordaje Clínico. 2da Edición. *Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica*, c.a. Caracas-Venezuela. Cap. 3; págs.13-19

En lo que respecta al tratamiento odontológico, Koch "menciona que las áreas del desarrollo más importantes e interesantes son: Motora, Adaptativa, Conducta verbal y social, y Personalidad"[6] .

La conducta motora es importante en lo que respecta a la capacidad del niño para permanecer sentado durante el tratamiento y para cepillar sus dientes; en lo que respecta a la conducta adaptativa en la situación odontológica, lo más importante es la adaptación a la situación; y en cuanto al comportamiento verbal este es relevante por el conocimiento de la capacidad de comunicación de los niños durante el tratamiento.

Concluyendo que la personalidad y la conducta social son la interacción del niño con su ambiente, en especial con sus padres, otros adultos, niños y, a veces, el profesional odontólogo, asímismo indica que los factores ambientales que desempeñan el papel principal en el desarrollo emocional del niño son aquellos que lo rodean en forma inmediata durante sus primeros años de vida; otros factores que pueden influir en forma indirecta son la economía, el alojamiento y el desempleo.

1.2 Teorías del desarrollo psicológico

Koch, "indica que el desarrollo involucra dos conceptos: maduración y aprendizaje. La maduración que depende en mayor medida de facultades innatas; p. ej., la herencia; en cambio, el aprendizaje implica la asimilación del medio ambiente y actuar en forma recíproca con él. Al mismo tiempo, señala que de esta manera el niño aprende las diversas formas de relacionarse y de enfrentar lo que le rodea, formas que pueden denominarse características y

[6] KOCH, G.; POULSEN, S. (2004). Odontopediatría*:* Abordaje Clínico. 2da Edición. *Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica*, c.a. Caracas-Venezuela. Cap. 3; págs.13-19

atributos de la personalidad, así el desarrollo se ve solo como una serie de cambios de conducta, y más bien deben tomarse en cuenta las cualidades innatas del niño, sus relaciones más íntimas (la familia), junto con todas las otras circunstancias socioeconómicas y culturales asociadas”[7] .

De igual forma Koch “explica que el desarrollo emocional de la personalidad pasa por una serie de ocho fases sucesivas; cada una comprende el desarrollo de un carácter fundamental de la personalidad. A esto se lo ha llamado ¨las 8 edades¨, pues abarca todo el curso del desarrollo humano, desde el nacimiento hasta la muerte, de tal forma, el individuo se desarrolla en forma gradual tanto en lo social como en su identidad”[8] .

A continuación se describirán las cuatro primeras fases hasta la edad de 12 años, que son las que corresponden a nuestro estudio.

1.2.1 FASE ORAL, LACTANCIA; 0-1,5 AÑOS

Confianza básica versus desconfianza básica

“Durante la lactancia la boca es la parte más importante del cuerpo y se convierte en órgano a través del cual un lactante obtiene el aire y el alimento, y a través de este establece contacto con el ambiente, también son importantes los ojos, los oídos, la nariz y todas las sensaciones., mientras que los padres le

[7] KOCH, G.; POULSEN, S. (2004). Odontopediatría*:* Abordaje Clínico. 2da Edición. *Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica*, c.a. Caracas-Venezuela. Cap. 3; págs.13-19

[8] Ibidem*, pág.,* 20

transfieren un concepto del cuerpo y del ambiente junto con sensaciones de seguridad y de confianza”[9] .

“El desarrollo negativo puede significar que el niño muestre resignación y se torne remiso e indiferente; también que mame y duerma en forma inadecuada, que grita y es inconsolable; cuyas consecuencias pueden ser inseguridad y desconfianza e incluso dificultad para desarrollar la capacidad para contactarse”[10]

Durante la lactancia avanzada (6-18 meses) el niño aprende a masticar y a morder aunque todavía puede preferir succionar, desarrolla ahora la capacidad de asir, junto con otras funciones motoras y mayor actividad mental, lo que “aporta la ¨capacidad¨ necesaria para la interacción y la actividad, esto trae consigo seguridad y confianza, combinada con el aprendizaje, lo cual más adelante en la vida aparece como la capacidad para formar vínculos emocionales profundos y duraderos; y la interacción negativa puede causar perturbaciones del comportamiento, en especial de dos tipos: el que se ¨pega¨ y se queja, rechaza lo que se le ofrece, o el exigente, urgido por la necesidad de sensaciones y de atención”[11]

Los niños con alteraciones en esta fase experimentan sensaciones de desconfianza y requieren una introducción muy cuidadosa en el tratamiento odontológico, es recomendable que siempre lo atienda el mismo profesional; por lo que no son aconsejables soluciones fáciles, como la manipulación de la resistencia del niño al tratamiento. “En los individuos que se han quedado

---

9 KOCH, G.; POULSEN, S. (2004). Odontopediatría*:* Abordaje Clínico. 2da Edición. *Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica*, c.a. Caracas-Venezuela. Cap. 3; págs.13-19

[10] Ibídem, pág., 25

[11] bídem, pág., 27

fijados en esta etapa predominarán costumbres como fumar o preocupación por el comer, que perdurarán durante toda su vida”[12] (Hoffman, 1998).

La necesidad de succionar

A decir de la succión es importante para la supervivencia física del bebé y su desarrollo psicológico, esta necesidad disminuye conforme crece, ya que puede ingerir cada vez más alimentos sólidos, morder y masticar, y ésta cesa a los 9 a 12 meses. La necesidad psíquica permanece por un tiempo, por ejemplo cuando el niño se siente infeliz, agotado o está por dormirse; o puede continuar hasta después de los 3 años, lo que acarrea problemas de mordida abierta y de desarrollo del habla; las causas son variadas, se puede tratar de una necesidad temprana o todavía insatisfecha de consolación por su seguridad insuficiente, por lo que el chupete y los hábitos de succión debieran ser sustituidos en forma gradual por otras formas de contacto, actividades adecuadas a la edad y estimulación.

1.3.2 FASE ANAL, PRIMERA INFANCIA TEMPRANA: 1,5 A 3 AÑOS

Autonomía versus vergüenza y duda

En este período el niño ya ha conseguido el control de la vejiga y el intestino, también se lo podría llamar ¨de la autonomía¨, es decir cuando el niño explora, experimenta y desarrolla sus funciones físicas, el control de su propio cuerpo y su influencia en el ambiente que lo rodea; en esta edad es típica la terquedad y las sensaciones fuertes y contradictorias. El niño gana confianza al saber lo que quiere y la capacidad para ser independiente; las interacciones negativas pueden dar por resultado el cambio constante de una actividad por otra y sufrir

[12] HOFFMAN, L. (1998). Psicología del desarrollo, hoy; *Mc Grill Interamericana*; Chile

a menudo por sensaciones de ambivalencia, su actitud puede ser tipificada por vergüenza y duda acerca de su propia capacidad, se torna obediente a las demandas y deseos exteriores, o, expresa constante autoafirmación y obstinación que concluye.

Alcance de la madurez para el tratamiento

El fin de la fase anal significa que el niño alcanzó lo que se denomina madurez para el tratamiento, es decir: cuando puede permanecer sentado y su paciencia dura entre 10 y 20 minutos, puede entender instrucciones y explicaciones simples de acuerdo con el principio de decir, mostrar y hacer, puede hacer dos cosas al mismo tiempo, como estar sentado tranquilo y abrir la boca, también puede llevar un cepillo dental a la boca y simular que lo usa pero aun no puede llevar a cabo movimientos correctos para el cepillado dental. En esta fase es importante elogiar las habilidades del niño, sin olvidar que el contacto físico y la comunicación no verbal siguen siendo muy importantes.

"La fijación en la etapa anal producirá en el individuo un conformismo muy rígido, un orden o desorden exagerado o, personalidad hostil o desafiante"[13] .

1.3.3 FASE EDIPICA; PRIMERA INFANCIA AVANZADA: 3 A 5 AÑOS

Iniciativa versus culpa

El nombre de esta fase proviene del mito griego del Rey Edipo y es usada para designar la fase genital temprana, aquí el interés se centra en los genitales, la sexualidad y el género; los pequeños empiezan a preguntar acerca de cómo fueron concebidos y porque niñas y varones tienen diferente apariencia . A decir de Koch para afirmar su identidad el niño buscará personas a imitar y se

13 HOFFMAN, L. (1998). Psicología del desarrollo, hoy; *Mc Grill Interamericana*; Chile

identificará con ellas, generalmente, el progenitor del mismo sexo se convierte en objeto de identificación.

Por este mismo tiempo, el niño pasa por un período de delectación; se enamora de adultos del otro sexo, en particular de la madre o el padre y el progenitor del mismo sexo puede ser tenido por rival lo cual induce un conflicto, ya que el niño necesita también del rival como objeto de identificación, a esto se lo denomina complejo de Edipo.

Según Koch luego el niño comienza a identificarse con sus progenitores, y asume sus valores, moral y forma de vida; típicos de esta edad son la curiosidad, la inventiva y un deseo de explorar y de desempeñar papeles. Además concuerda con Hoffman al decir que la interacción positiva crea el cimiento para la identidad e iniciativa sexual, y en cambio una interacción negativa puede inducir sentimientos de culpa o de no ser suficientemente bueno como persona o como hombre o mujer; y la identidad sexual puede tornarse incierta Para Hoffman en esta edad el niño debe ser capaz de sentarse por sí solo y de concentrarse hasta por media hora, también es capaz de usar su imaginación y comprender metáforas.

1.2.4 FASE DE LATENCIA; EDAD ESCOLAR TEMPRANA: 5 A 12 AÑOS

Laboriosidad versus inferioridad

Koch menciona que durante esta fase ninguno de los órganos del cuerpo predomina y se considera que la vida interior del niño no sufre cambios revolucionarios; por el contrario, el foco principal es él en su contexto social, por lo que es menos egocéntrico y cada vez está más interesado en su papel y lugar en el ambiente que lo rodea; de esta forma la escuela, sus compañeros, las actividades recreativas y los adultos ajenos al hogar acrecientan su

importancia; el niño explora su mundo extrafamiliar y descubre que debe aprender como relacionarse con sus pares con quienes se compara.

"Para Hoffman en esta fase los niños desarrollan muchas habilidades y su sentido de competencia"[14] . Asimismo, Koch agrega que los padres y la escuela entrenan al niño para enfrentar adversidades, al mismo tiempo que le proveen oportunidades de tener éxito en lo que intente hacer, además el niño está ávido de conocimientos, disfruta de las conversaciones, comienza discusiones abstractas, goza en coleccionar y categorizar, jugar y competir, también empieza a apropiarse de códigos y normas del mundo adulto; así para muchos niños esta fase trae consigo autoestima, conocimientos y deseo de actividad crecientes, para otros este periodo puede generar sentimientos de inferioridad.

De la misma manera Koch menciona que las habilidades motoras maduran en forma gradual y el niño desarrolla una visión más realista de la sociedad y, por lo tanto del tratamiento odontológico. Esta es la edad en que se puede iniciar un ¨compañerismo¨ y realizar ¨contratos¨ terapéuticos con el niño, este desea explicaciones y a menudo busca el reaseguro al oír que es uno de los muchos niños de la misma edad que asisten a la clínica, y además es capaz de entender generalizaciones.

1.3 Características generales del niño según las distintas edades

1.3.1 Un año

"Aumentan las capacidades motoras: aprende a andar, se sienta y se levanta solo, coge objetos y los deja caer, da palmadas y hace señales de despedida,

14 HOFFMAN, L. (1998). Psicología del desarrollo, hoy; *Mc Grill Interamericana*; Chile

colabora al vestirlo; además utiliza un lenguaje simbólico (sonidos o gestos), balbucea una o dos palabras; también empieza a mostrar signos de independencia, se resiste a cumplir órdenes y cumple con la observación de modelos (padre, madre, maestro). Se debe realizar el tratamiento lo más rápido posible, ya que la comunicación es difícil o imposible, concluye Boj"[15] (2000).

1.3.2 Un año 6 meses

Presenta un genio muy vivo, no le gusta esperar, rara vez obedece a una orden verbal y a menudo aparecen rabietas y negativismo, ¨NO¨ es la palabra favorita del niño; también se desarrolla el sentido de su propia estima e inicia el control de esfínteres; además hace uso de unas 15-20 palabras, aunque puede entender más palabras que las que puede decir, pide cosas señalando e imita actividades que ha observado en otras personas (Boj, 2000).

El autor además agrega que se debe dar órdenes y emplear técnicas lo más cortas y simples posibles durante el tratamiento dental.

1.3.3 Dosaños

Aumento del desarrollo motor, sube escaleras con apoyo, corre y salta, además se sienta solo en una silla, hace garabatos; también presenta un marcado desarrollo del lenguaje, su vocabulario alcanza unas 50 palabras y construye frases de dos palabras, además de intuirse una organización de las respuestas; de la misma forma presenta una mayor estabilidad emocional, así puede esperar periodos cortos y tolerar alguna frustración temporal, le gusta complacer a otros, pero tiene dificultad para establecer relaciones interpersonales, por lo que predominan los juegos solitarios, lo cual explica el sufrimiento ante la separación de los padres.

15 BOJ, JR. (2000). Odontopediatria. 2da Edición. *Masson*. España. Cap. 5, págs. 115-125

1.3.4 Dos años 6 meses

"Se vuelve rígido e inflexible, quiere todo tal y como lo espera, se muestra muy dominante y exigente, expresa las emociones de forma violenta y resulta difícil comunicar con él; además construye frases cortas a pesar de que entiende y asimila otras más complejas, pregunta sobre cómo y porque (Boj, 2000). El odontólogo debe facilitar cualquier rutina y evitar situaciones que el niño pueda aprovechar para hacerse dueño de ellas, se debe comunicar con el niño a través de sus sentidos finaliza Boj"[17] (2000).

1.3.5 Tres años

Empieza a comunicar y razonar, la comprensión del habla es del 70-80 % y puede construir frases de 3 palabras, posee un vocabulario de aproximadamente 1000 palabras; también le gusta tanto dar como quitar, hacer amigos, le encantan las nuevas palabras que con frecuencia pueden influir en su conducta positivamente y es muy susceptible al elogio; además es capaz de comprender y realizar órdenes verbales (Boj, 2000). Propone el autor que se puede continuar dando órdenes sencillas, aplicar técnicas fluidas y alabar toda conducta positiva durante la cita dental.

1.3.6 Tres años 6 meses

La conducta empieza a cambiar, puede aparecer la descoordinación en todos los aspectos: en el tartamudeo, al caerse y en salidas de tipo tensional como pestañeo, morderse las uñas, hurgarse la nariz, tics faciales o sacudidas y aumento de la succión del pulgar, y sigue sensible a las alabanzas (Boj, 2000).El niño necesita gran comprensión, paciencia y afecto por parte del profesional menciona Boj (2004).

---

17 BOJ, JR. (2000). Odontopediatria. 2da Edición. *Masson*. España. Cap. 5, págs. 115-125

1.3.7 Cuatro años

Capacidad de perder el control en todos los aspectos de la conducta: pega, patea y rompe cosas en accesos de ira, incluso puede escaparse y es capaz de utilizar un lenguaje ofensivo y chocante; asimismo construye frases de 4 palabras y la comprensión del lenguaje ya es del 100%, su vocabulario ya alcanza alrededor de las 2000 palabras, puede responder al llamarle por su nombre; además es un gran conversador y preguntador, y posee gran imaginación, también muestra independencia suficiente para admitir la separación de los padres sin traumas.

Se necesita mucha firmeza en el trato durante los tratamientos acota el autor.

1.3.8 Cuatro años seis meses

Empieza a calmarse y a nivelar su conducta, se puede razonar con él, aunque le gusta discutir; presenta interés en los detalles, quiere que se le muestren cosas y disfruta de los aspectos tridimensionales de los objetos. Necesitan firmeza, pero se pueden utilizar más los razonamientos durante la consulta odontológica concluye Boj.

1.3.9 Cinco años

"Se produce el asentamiento del habla (enriquecimiento del vocabulario y dominio de la sintaxis) e inicio de la fase social (frases de 5 y 6 palabras); aquí la madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella, obedecerla y complacerla, además responde a los elogios; se considera una buena edad de cara a las visitas dentales por que el niño se muestra confiado, estable y bien equilibrado, y no es demasiado exigente"[18]

[18] BOJ, JR. (2000). Odontopediatria. 2da Edición. *Masson*. España. Cap. 5, págs. 115-125

El odontólogo puede utilizar la firmeza, la alabanza y los elogios sugiere el autor.

1.3.10 Seis años

A esta edad el lenguaje se encuentra establecido, predominan las rabietas violentas y de constantes cúspides de tensión ya que este no se puede adaptar, los demás se deben adaptar a él; además no acepta bien las críticas, el regaño o el castigo; también necesita tener razón y ganar, y requiere muchos elogios (Boj, 2000). Indica el mismo autor que estos niños necesitan comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas por parte del profesional.

1.3.11 Siete años

Es un niño muy caprichoso y de gran exigencia consigo mismo, necesita comprensión; este cree que la gente está en contra de él, que no se le quiere y que los padres son injustos, pero desea aprobación y por ello tratara de cooperar (Boj, 2000). El autor acota que el niño necesita comprensión sin excesiva indulgencia durante los tratamientos.

1.3.12 Ocho años

Esta edad es de gran desarrollo intelectual, es expansivo y rápido, le gusta dramatizar las cosas y con frecuencia se muestra resentido por la autoridad paterna; al mismo tiempo es más generoso con los demás, pero también espera más a cambio (Boj, 2000). El autor propone que el profesional debe tener más en cuenta su nivel intelectual, pero debe mantener la firmeza.

1.3.13 Nueve años

Muy independiente y confiado en sí mismo, por lo que se muestra más interesado en los amigos que en la propia familia; también se toma las cosas a pecho y se puede derrumbar por cosas que antes no le habrían preocupado, puede ser rebelde contra la autoridad, aunque tolerante (Boj, 2000). El profesional no debe criticar demasiado y no mostrar demasiada autoridad, asimismo debe permitir al niño que sea responsable de su conducta, agrega el autor.

1.3.14 Diez años

El niño se muestra amistoso, positivista, integro, flexible, sincero y muy obediente; generalmente satisfecho con los padres y con el mundo en general, ya que se trata de una edad de equilibrio y comodidad (Boj, 2000). El autor concluye que el odontólogo debe ser comprensivo y permitir al niño responsabilizarse de su conducta

1.3.15 Once años

A esta edad destaca la preocupación por ideales y por la moral, así como la creencia en la justicia; también sabe trabajar en equipo y se interesa por la higiene personal (Boj, 2000). El profesional debe hacer que el niño se sienta tratado con justicia y debe de tratar de interesarle lo más posible, acota el autor.

1.3.16 Doce-dieciocho años

Aparece una gran búsqueda de la identidad, así como una necesidad de expresar la propia individualidad; además rechaza la autoridad de los padres,

presenta un temor especial a ser etiquetado diferente, extrema el amor y el odio; por lo que no se puede predecir (Boj, 2000).

CAPITULO DOS

2.COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

2.1EL PACIENTE ODONTOPEDIATRICO QUE COOPERA

"Pinkham menciona que en su gran mayoría, cuando se les maneja correctamente, los niños de 36 a 40 meses de edad se comportan bien y cooperan con el odontólogo"[19] . Asimismo manifiesta que atender a estos niños constituye una experiencia profesional muy agradable y gratificadora, el odontólogo siente un apego personal al pequeño, ya que es divertido charlar con estos pacientes, hacerles preguntas resulta entretenido, y por lo general debe ser una parte relajada de la actividad diaria del odontólogo general. El mismo autor agrega que el niño que coopera reacciona de modo conveniente a los ¨momentos críticos¨ de la cita dental: es decir, reacciona lo mejor que le es posible.

2.2 EL PACIENTE ODONTOPEDIATRICO QUE NO COOPERA

A decir de Pinkham estos niños son los que no pueden superar o no desean afrontar los estímulos y exigencias conductuales de la experiencia dental. Krueger expone que estos pacientes exigen mucho más tiempo y esfuerzo, además de constituir una fuente importante de estrés para el odontólogo y su asistente, el cual a veces puede acarrear efectos destructivos como una enfermedad física (afección cardiaca, enfermedades endocrinas, etc.) o una dolencia psíquica (depresión, etc.) o ambas.

El paciente odontopediátrico ha sido clasificado en diferentes grupos de acuerdo a su comportamiento en el consultorio dental, así tenemos:

---

19 MARQUEZ, J.; NAVARRO, M.; CRUZ, D.; GIL, J. (2004). ¿Por qué se le tiene miedo al dentista?. *RCOE*. Vol. 9. Madrid-España. Disponible en: http://scielo.php.htm

2.2.1 El niño con alteraciones emocionales

Pinkham expone que la angustia es un dato confiable de alteración emocional, cuando la angustia que produce la cita dental se complica con la de un padecimiento emocional, se origina una crisis conductual; estos niños con trastornos emocionales son pacientes dentales muy difíciles, por lo que no es agradable trabajar con ellos ya que es como si hubieran perdido su alma infantil.

De igual forma el autor manifiesta que la mayoría de los padres no tienen idea de que algo anda mal; acostumbrados al comportamiento de su hijo, pasan por alto las anomalías de su conducta o racionalizan los motivos por los que se conduce de cierta manera. Además agrega que los trastornos emocionales pueden presentarse también en los niños de familias desintegradas y otras circunstancias de vida poco afortunadas como, los niños de escasos recursos económicos, los niños abandonados y maltratados; y agrega que cuando se sospecha maltrato y abandono, se tiene la obligación legal de informar la situación a las autoridades correspondientes.

2.2.2 El niño tímido e introvertido

Pinkham dice que la introversión o la timidez son un problema común, incluso en los niños, y sobre todo en los más pequeños; ya que la experiencia odontopediátrica constituye un encuentro humano bastante intenso, que exige empatía y comunicación entre el odontólogo y el paciente, la experiencia causará tensión emocional al niño muy tímido, lo cual quizá derive en conductas evasivas, como el llanto o un sollozo; el introvertido rara vez muestra un comportamiento de evasión agresivo, como una rabieta.

El primer objetivo del odontólogo radica en establecer contacto, confianza y comunicación, lo cual exige paciencia con los tímidos, por su poca capacidad para ¨sondear a las personas¨, de modo que materialmente se paralizan ante el

reto de la comunicación. Puede que el niño no esté atento a las instrucciones del odontólogo, por lo que estas deben ser repetidas despacio y de una forma tranquila. Asimismo, Pinkham comenta que las diversas técnicas de charlar con estos pequeños en un lenguaje adecuado, el uso de elogios y el método de decir, mostrar y hacer, vencen la barrera tras la cual protegen su personalidad y con el tiempo se sinceran; cuando lo hacen se convierten en pacientes admirables, porque la consulta dental asume para ellos un ámbito social en el que hay alguien que sabe su nombre, se interesa por ellos y desea conversar.

2.2.3 El niño atemorizado

A decir de Pinkham estos niños constituyen un reto enorme para el dentista, así como para profesores, médicos, padres y cualquier otro que lo trate. Asimismo, el mismo autor expresa que la magnitud del temor con que ha de lidiar el odontólogo es quizá mayor que el que enfrenta cualquier adulto que interactúe con el niño, dicho temor abarca desde miedo a las jeringas y al daño corporal, al temor a lo desconocido, por lo que resulta difícil saber cuándo el miedo y otras causas motivan la falta de cooperación.

Para algunas de las conductas que los padres y el clínico pueden utilizar para identificar al niño que siente temor ante la consulta odontológica son:

▪Desde el punto de vista intelectual, el niño es incapaz de vencer su miedo, pese a las explicaciones del dentista o sus padres, ya sea por su edad cronológica, o por desarrollo tardío (tal vez retraso mental).

▪La reacción del niño al temor es excesiva por otras alteraciones emocionales, así tenemos: los niños que provienen de familias que han sufrido crisis agudas a causa de divorcio o separación, los que sufren maltrato, y los que han perdido a un abuelo o amigo, además de los que enfrentan otros problemas de salud.

▪El niño ¨incorpora¨ miedos de sus compañeros, hermanos o padres, lo cual se conoce como temores adquiridos.

▪El paciente sufrió una experiencia difícil o dolorosa en un consultorio médico o dental, o en un hospital, son los temores aprendidos.

▪El niño sufre alguna alteración emocional

Cárdenas (2004) además indica que si el niño se atemoriza tanto que resulta imposible que adopte un comportamiento favorable, ambos adultos tienen la obligación de hacer todo lo posible por no agravar la angustia que le causan los procedimientos; esto puede requerir postergar el tratamiento, recurrir a medicamentos, e incluso administrar anestesia general.

2.2.4 El niño reacio a la autoridad

Pinkham menciona que con frecuencia muchos odontólogos hacen referencia a niños que resultan difíciles de tratar porque no saben obedecer las instrucciones de los adultos, a tales pacientes también se los llama: consentidos, incorregibles, sobreprotegidos y rebeldes. En el supermercado, en el restaurante, en centros comerciales, se encuentran con facilidad niños de mal comportamiento; si actúan de esta manera en su hogar o incluso en cualquier lugar público, también lo harán en el consultorio dental, esto debido a que el odontólogo es una figura de autoridad muy fuerte dentro del consultorio dental concluye el autor.

Para Boj en la vida del niño hay cuatro objetivos que pueden estar mal dirigidos; dichos objetivos mal dirigidos, y su significado en cada caso, son:

1)Atención indebida: fastidioso, irritante, molesto y quebrantador.
2)Lucha por el poder: discute y contradice, realiza lo contrario a las instrucciones, causa enojo en la gente y hace berrinche.

3)Revancha y venganza: tiene carácter violento, dice cosas que lastiman a las personas, busca venganza y hace tratos.
4)Insuficiencia: se da por vencido con facilidad, rara vez participa, actúa de manera incapaz y muestra insuficiencia.

Además, el autor indica que la superación de los desafíos que impone la cita dental queda fuera del alcance de estos pacientes; cuando surgen, el niño se califica a sí mismo de inferior e incapaz de ponerse a la altura de las circunstancias.

A los niños mal dirigidos Pinkham también los describe como prefigurativos, que es el niño criado por padres prefigurativos, los cuales educan a su hijo fuera de cualquier tradición cultural estable. Asimismo, el autor explica que este tipo de niños no están acostumbrados a escuchar peticiones de adultos, lo cual supone problemas para el dentista, en virtud de que la odontología es una experiencia comunicativa muy intensa que se encuentra estructurada en peticiones y promesas.

Para Cárdenas otra preocupación para el odontólogo es el fenómeno de la inutilidad aprendida. Como en la actualidad los padres trabajan todo el día, la estrategia de la inutilidad es una forma de obtener atención de sus padres, el niño desea actuar como víctima desamparada para que sus padres acudan en su auxilio, es posible que la experiencia dental precipite este fenómeno según lo describe el autor.

2.2.5 Enfermos y otras situaciones traumáticas

Para Boj un niño que padece alguna enfermedad puede presentar problemas de conducta cuando los padres actúan con el dejando de premiar o castigar sus acciones de manera coherente. Asimismo, el autor indica que los niños necesitan límites, reglas y respuestas lógicas a sus actitudes, a pesar de otras circunstancias que influyan en sus vidas; estos consejos en cuanto al comportamiento de los padres ante un niño enfermo son válidas también para

otro tipo de circunstancias, como los hijos de ambientes familiares alterados, los niños que se trasladen de su ambiente familiar, aquellos que acaban de tener un nuevo hermano y los niños que hayan pasado por la pérdida de un ser querido (incluidas sus mascotas).

Para Prahl en estos niños se debe de tratar de aliviar el dolor, no debe realizarse ningún tratamiento invasivo, solo tratamientos de urgencia; se le trabajará posteriormente, cuando esté recuperado.

2.3FACTORES QUE DETERMINAN LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

2.3.1 Edad y sexo

Carpio en su estudio concluyó que existe una relación entre edad, ansiedad y conducta en el ámbito dental, encontrando que niños más pequeños muestran mayores niveles de ansiedad y mayores niveles de conducta no apropiadas que niños de edades más avanzadas. Hmud y Walsh concuerdan con lo antes mencionado, encontrando que la prevalencia de ansiedad disminuye con la edad, con lo que se vincula fuertemente la aparición de ansiedad con la edad.

Según Boj la edad influye decisivamente en la conducta del niño ante una visita inicial, así los pacientes de 3 y 4 años muestran una variedad más amplia de conductas que los mayores; y las conductas inapropiadas, así como la ansiedad, disminuyen con la edad. La influencia social, la actitud de la familia y las experiencia previas son factores señalados también por Boj que van a influir en el nivel de ansiedad del niño a cualquier edad; además menciona que el uso de la crítica por parte del odontólogo, cuando se produce una reacción negativa en el niño a cualquier edad, es muy perjudicial, solo puede utilizarse si se combina con el elogio cuando aparece algún rasgo positivo en la conducta.

De la misma manera Boj indica que en lo que se refiere al sexo, no parece existir diferencias significativas en niños preescolares; las diferencias pueden aumentar con la edad debido a diversos procesos de socialización; de esta manera solo a partir de los 7 años, las niñas muestran más miedo que los niños. Al igual, Rivera y Fernández encontraron diferencias importantes entre niños y niñas, informando de niveles de ansiedad un poco más elevados en las niñas.

2.3.2 Coeficiente intelectual

No existen muchos estudios que correlacionen el coeficiente intelectual con la presencia de ansiedad y la conducta en el ámbito dental. A decir de Boj parece que los niños con menor coeficiente intelectual sienten más miedo hacia el profesional; lo mismo ocurre con los niños superdotados con un coeficiente intelectual muy alto.

2.3.3 La inyección

Para Pìnkham este es el procedimiento más temido en odontopediatría, y tal vez en la odontología general; sin embargo, no constituye un obstáculo importante para la mayoría de los niños, ya que un alto porcentaje no reacciona de manera alguna a la inyección. También el autor menciona que en la actualidad, esta técnica es tan indolora que muchos de ellos no advierten que recibieron un ¨piquete¨ cuando se les aplico el ¨agua que adormece¨; aunque está indicado el uso de un anestésico local de sabor aceptable, este no debe administrarse al niño con ansiedad extrema.

Además el mismo autor indica que algunos pequeños saben que se les pondrá una inyección, pero, muchos han escuchado una descripción muy aterradora de la aguja y anticipan dolor; sin embargo, la mayoría acepta el procedimiento sin conductas evasivas, aunque con algunas lágrimas; así el odontólogo no

debe mentir acerca de la aguja, cuando se le pregunta si la inyección dolerá, debe decir: ¨Vas a sentir un pequeño pellizco¨.

También Pinkham explica que si el niño comienza a resistirse, es preciso establecer control firme con la voz, el demorar la aplicación de la inyección rara vez propicia que la conducta mejore y por otro lado a pocos dentistas les ha resultado útil mostrar la jeringa al niño, por tanto, se recomienda a los clínicos no usar este procedimiento. Es posible que el niño llore durante la inyección, y tal vez requiera que la asistente inmovilice los brazos y cuerpo de manera momentánea, lo cual no significa que no es un buen paciente dental, la prueba es que el llanto y el retorcimiento desaparecen al retirar la aguja concluye el autor.

2.3.4 Historia médica y odontológica anterior

Escobar enuncia que durante el desarrollo emocional del niño, es muy importante la salud del mismo en su umbral de respuesta a los estímulos propios de la emoción. También, agrega que para el dentista es útil saber que si han estado enfermos en su hogar por periodos prolongados, puede presentar conductas consecuentes con actitudes paternas de sobreprotección y sobre indulgencia. Por otro lado, afirma que los niños que han estado hospitalizados pueden tener excelentes adaptaciones a los requerimientos de las prestaciones de salud o, puede haber tenido malas experiencias que le hacen asociar y generalizar temor a la odontología

En el estudio de Carpio explica que para algunos niños que han tenido experiencias de intervenciones quirúrgicas o periodos de enfermedad prolongada donde han tenido que acudir al médico o a exámenes de laboratorio muy frecuentemente, es necesario que el tratamiento se realice de la forma más indolora posible. Además, recalca que es necesario superar los

episodios de ansiedad anteriores para que el profesional pueda realizar el tratamiento de la manera más efectiva posible.

2.3.5 Separación del niño de sus padres

Pinkham menciona que no siempre es conveniente separar al niño de sus padres, ya que el niño de menos de 36 a 40 meses de edad a menudo se comporta mejor cuando su madre lo acompaña en el consultorio dental; también señala que después de esta edad, casi ningún niño necesita que sus padres lo acompañen, pero el dentista quizá requiera su presencia durante las consultas.

Pérez et al., en su estudio coincide con lo anteriormente indicado. De igual forma ambos autores concluyen que cuando la madre del niño mayor de tres años lo acompaña al consultorio, deberá estar preparada para salir si el niño no se comporta bien, dicho acuerdo entre ella y el odontólogo debe establecerse antes de que el niño se siente en el sillón dental, y es importante que el niño lo conozca.

2.3.6 Ansiedad materna

Algunas investigaciones (Pérez et al., 2002; Johnson y Baldwin, 2005) exponen que la ansiedad materna parece ser un factor importante que afecta al comportamiento de los niños pequeños que experimentan un tratamiento dental, debido a que para los niños pequeños, la experiencia dental es una situación nueva. Concluyendo que es muy probable que la actitud emocional de los miembros de la familia, especialmente la madre, se les comuniquen a ellos; entre más nerviosa, insegura y tensa es la madre, mayor es el riesgo de que el niño reaccione de manera similar.

Según otro aspecto importante es la respuesta del niño ante la separación de la madre durante el tratamiento; y dependiendo de la seguridad, el apego, el tiempo de la separación y la familiaridad del medio, va a afectar el comportamiento del paciente. De igual forma, el autor sostiene que el niño ansioso tiene una madre ansiosa, y que su presencia en el consultorio solo sirve para apoyar las actitudes inapropiadas del niño.

2.3.7 El procedimiento dental

Comenta Pinkham (1997) que en el caso del niño que coopera, cualquier procedimiento es más sencillo (p. ej., fresado) que lo que suele ser la inyección, muchos pequeños se quedan dormidos durante el procedimiento; sin embargo, la mayoría, aún los de tres años de edad, tolera bastante bien una consulta dental larga sin agitarse, por lo que se puede decir que la mayoría de los niños suelen ser pacientes admirables. Aunque todavía hay cierta necesidad de realizar extracciones, con la mayoría de los niños no suele surgir problemas, pero muchos dentistas todavía consideran este procedimiento como uno de los más aterradores para los niños, esto a pesar de que la mayor parte de las extracciones pediátricas son rápidas y sencillas concluye el mismo autor.

2.3.8 Factores socioculturales

Según Boj es difícil conocer si existen diferencias entre distintos grupos raciales puesto que la comparación de culturas, educaciones y costumbres es prácticamente imposible; e incluso, la comparación de razas dentro de una misma cultura o país es difícil puesto que las condiciones y las presiones sociales sobre cada grupo no son iguales.

A decir de Prahl los niños de clases sociales bajas tienen mayores temores al odontólogo, lo cual concuerda con el estudio de Carpio el cual dice que los niños de clases sociales bajas presentan menor cooperación en relación a aquellos con un nivel socioeconómico alto. Otro aspecto importante que destacan los autores antes mencionados son la dieta y los hábitos higiénicos que varían de acuerdo a cada grupo étnico, y señalan que grupos de poca cultura consideran que el cuidado dental de los niños es de poca importancia y determinan visitar al odontólogo solo en casos de emergencia.

2.3.9 Colocación en el sillón

Pinkham explica que algunos niños se resisten a sentarse en el sillón dental, lo cual quizá obedezca a temores naturales y a la vulnerabilidad que sienten al despegar los pies del piso, por lo que suele ser preciso llevarlos de la mano y, en ocasiones, levantarlos y colocarlos en el sillón. Además manifiesta que el niño que coopera, se sienta sin demora, esto es agradable, pues proporciona la primera oportunidad para premiarlo por su comportamiento adecuado y su capacidad para hacer lo que se le pide.

2.3.10 Relación con los hermanos

A decir de Carpio los hermanos y hermanas mayores a menudo actúan como modelo y profesores para sus hermanos menores, así el niño piensa, siente y actúa como su modelo, lo cual puede ocurrir sin que el niño este consciente de lo que está ocurriendo; este fenómeno puede ser de gran ayuda cuando el modelo es bueno y muestra un comportamiento cooperador, pues ayuda a disminuir los niveles de ansiedad en los niños.

Para Hoffman algunas veces los hermanos mayores suelen presentar malos comportamientos con la llegada de un nuevo hermano, pueden mostrarse

celosos y exigir atención por parte de sus padres; dicho comportamiento también se va a ver reflejado en la cita dental para llamar la atención de sus padres.

2.3.11 Presencia de los padres en el consultorio dental

Boj manifiesta que muchos dentistas prefieren que los padres no estén presentes durante el tratamiento, sobre todo si el niño tiene más de tres años y su desarrollo social, psicológico y emocional es normal; la edad del niño es la razón de mayor peso para permitir la presencia de los padres. Además el autor agrega que para los niños más pequeños de 2 y 3 años, la presencia de la madre o el padre, representa una gran ayuda; ya que es un factor que produce seguridad, especialmente durante las primeras visitas; sin embargo, conforme el niño crece, la presencia de los padres resulta menos importante e incluso puede influir negativamente y deteriorar el contacto entre el profesional y el niño.

Al mismo tiempo el autor advierte que en una sociedad en que las demandas por negligencia profesional son comunes, y el control de riesgos forma un aspecto importante de toda práctica que entrañe comportamiento infantil, la presencia de los padres en circunstancias difíciles de controlar puede ser un método de seguridad legal; al mismo tiempo esto también infunde mayor seguridad a algunos progenitores, porque al presenciar todo el tratamiento, pueden abogar por sus hijos y verificar su seguridad.

2.3.12 Ubicación del dentista

Pinkham dice que al aproximarse el odontólogo al sillón, el niño se percata que el tratamiento es inminente, el paciente bien adaptado puede afrontar esta situación y responde a su nombre, contesta las preguntas, y acepta y reacciona a los elogios. Igualmente el mismo autor menciona que ya que el dentista representa la principal figura de autoridad en el consultorio dental, el paciente

que coopera se da cuenta que es necesario seguir sus instrucciones, de esta forma el niño obedece sin demora a peticiones como; ¨Coloca las manos sobre el estómago y abre grande la boca¨.

2.3.13 Final de la consulta

Pinkham además señala que habiendo gastado todas sus reservas emocionales, el paciente acaba prácticamente aturdido, así el niño que coopera concluye su consulta satisfecho y, pese a que está ansioso por marcharse, tiene aún la suficiente paciencia y calidad humana para aceptar los elogios y premios a que lo hizo acreedor su conducta durante el tratamiento.

2.3.14 Regreso a los padres

A decir de Pinkham algunos menores desean que sus padres sientan remordimiento de haberlos llevado al dentista, y se hacen las víctimas, pero los pacientes que cooperan con el tratamiento dental regresan radiantes de orgullo con sus padres, pues saben que se comportaron bien y que esto agradará a sus padres, además están satisfechos de sí mismos, y las felicitaciones del odontólogo por el comportamiento del pequeño a los padres se reciben con sonrisas y alegría; esta es también una ocasión agradable para el dentista.

2.3.15 Duración y hora de la visita

Boj menciona que las citas dentales no deben durar demasiado (de 30 a 45 minutos, sobretodo en niños pequeños) y se deben realizar pausas, esto a pesar de que el grado de cooperación del niño depende no solo de la edad sino también de su personalidad. En cuanto a la hora de la visita el mismo autor refiere que el horario de la mañana es preferible en niños de más corta

edad, ya que en la mañana presentan menor cansancio que por la tarde y el rendimiento y colaboración va a ser mucho mejor; además, el profesional va a estar menos cansado y estará más preparado para enfrentar actitudes negativas por parte del niño.

2.3.16 La influencia de los padres

Escobar describe ciertas actitudes de los padres bajo algunas circunstancias que permite anticipar hasta cierto punto el comportamiento de los niños, así:

a.Sobreafecto: situación frecuente en hijos de padres en edad avanzada, en el único hijo, en el adoptado, o en el menor de la familia; en el consultorio demuestra poco valor recurriendo a su madre, o al adulto que lo trae y rehusando a dejarles, abrazándoles o tomándoles la mano.

b.Sobreprotección: El niño manifiesta un comportamiento autoritario, quiere controlar las situaciones y rehúsa jugar con otros niños; pretende guiar al dentista en lo que hace, no aceptando algunos instrumentos, adolece la falta de disciplina.

c.Sobreindulgencia: consecuencia de la actitud de padres que nada niegan a sus hijos o en el caso de los abuelos; el resultado es un niño exigente, con el cual es muy difícil congeniar a menos que exceda a sus demandas, las cuales son reforzadas con llanto y rabietas.

d.Sobreansiedad: actitud observable en familias donde han ocurrido muertes, cuando los padres son jóvenes e inexpertos o en el hijo único obtenido con dificultad; el niño depende de sus padres para tomar decisiones y emprender actividades, responde con timidez y cobardía ante situaciones nuevas.

e.Sobreautoridad: los padres imponen una disciplina severa, inflexible y a veces cruel; esto produce en el niño un negativismo, pasividad e inseguridad, por lo cual el dentista debería permitir al niño la expresión del temor, o de sus necesidades o motivaciones para capacitarlo gradualmente a la adaptación y exigencia del tratamiento.

f. Falta de afecto: El niño suele ser tímido y retraído, indeciso, se asusta con facilidad, en un intento de llamar la atención puede desarrollar ciertos hábitos como rehusar la comida, onicofagia, succión digital, etc.; el afecto del profesional puede conducir gradualmente a ese niño a una relación muy satisfactoria para ambos.

g.Rechazo: El resultado suele ser un niño desobediente e imperioso, propenso a pataletas, puede ser mentiroso, o robar; el profesional puede con compresión y preocupación llegar a ser muy estimado por el niño, en el fondo necesita afecto como cualquiera, solo que no lo entrega con facilidad, porque el ambiente le ha enseñado a protegerse.

2.3.16 La influencia de la escuela

Escobar explica que los niños que asisten al preescolar tienen la oportunidad de estar en compañía de otros, adquiriendo experiencias por lo que la mayor socialización que esto representa, la necesaria adaptación o medio diferente, la negación de nuevos roles dentro del grupo, el intercambio de información, hace que sea más difícil para el dentista examinar estos niños. Por otra parte el autor menciona que, la imagen del dentista para el preescolar es positiva, ya que los compañeros de curso han sido sometidos a tratamientos preventivos o de dificultad menor y esta experiencia es relatada al grupo.

También agrega el autor que durante la educación básica, la información es de otra índole, ya que la acción del odontólogo es más de extracciones y tratamientos de emergencia, los que suelen ser descritos exageradamente y con detalles "escalofriantes"; por lo cual si esta es la primera noticia de odontología, es natural que el niño tenga en este caso una imagen negativa del dentista y está en manos de este presentar la otra cara de la profesión.

CAPITULO TRES

3.MÉTODOS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

3.1 METODOS NO FARMACOLOGICOS

3.1.1 La consulta preliminar

Según Pinkham la visita preliminar consiste en llevar al niño al consultorio dental para que lo conozca y se oriente en el, se le explica de antemano que ese día no se le hará nada, así el niño tendrá la oportunidad de conocer a la recepcionista, a la asistente dental y al odontólogo; también será posible explicarle y mostrarle en términos comprensibles para él, ciertas partes del equipo dental, como la ¨pistola de aire y agua¨ (jeringa triple) o ¨el avión¨ (la pieza de mano).

El autor expone que la experiencia previa proporciona dos situaciones que favorecen al odontólogo: en primer lugar, elimina cualquier imagen adversa que tenga el niño con respecto al consultorio dental y su personal, ya que los consultorios modernos no atemorizan al paciente pediátrico, sobre todo si tiene inmobiliario llamativo y cuenta con juguetes; en segundo lugar, la experiencia establece mayor probabilidad, de que las peticiones del odontólogo se lleven a cabo adecuadamente por parte del niño. Finalmente el mismo autor concluye que las personas, incluidos los niños, reaccionan de manera más favorable a las peticiones de quienes conocen que a las de extraños; sin embargo, este método ya no se usa tanto en la actualidad, debido a limitaciones de tiempo del dentista y los padres.

3.1.2 Decir- mostrar- hacer

Pinkham menciona que esta técnica es sencilla y muy útil antes de iniciar cualquier maniobra (excepto la inyección de anestésico local y otros procedimientos que no admiten explicación como la extirpación pulpar), es necesario explicarle al niño lo que se hará, y después simular lo que ocurrirá

antes de iniciarse el procedimiento, por lo que es importante elegir bien las palabras en esta técnica. Asimismo, el autor manifiesta que el éxito radica en que el odontólogo sepa dar a sus aparatos y procedimientos un nombre que el niño pueda comprender, de esta forma se disiparan los temores a lo desconocido o la anticipación al dolor; además esta técnica incrementa la probabilidad de que la petición del odontólogo reciba una actitud adecuada y eficaz del niño.

3.1.3 Control mediante la voz

"Para Pinkham este método requiere que el odontólogo infunda más autoridad a su comunicación con el niño, para lo cual el tono de voz es muy importante, y debe proyectar la idea de: ¨Aquí mando yo¨; también es importante que la expresión facial del odontólogo refleje seguridad. De igual forma el mismo autor destaca que esta técnica es muy eficaz para interrumpir conductas inapropiadas tan pronto se inician y tiene éxito moderado para interceptarlas una vez que se desatan por completo, es decir constituye una forma útil de plantear nuevamente una petición que el niño ha rehusado"[20] .

También Boj (2000) explica que esta técnica depende de la tonalidad, cadencia y otros aspectos que intervienen en la calidad comunicativa del odontólogo con el niño. Rodríguez (2009) además agrega que la técnica está indicada en el niño que no coopera ni presta atención, pero que es comunicativo; y que sus limitaciones son los niños que no sean capaces de comprender debido a la edad, incapacidad, medicamentos o inmadurez emocional.

---

20 ESCOBAR, F. (2004). Odontología Pediátrica. 2da Edición. *Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica*, c.a. Caracas-Venezuela.

3.1.4 Restricción Física

Pinkham explica que la restricción física comprende desde la inmovilización de las manos del paciente por el asistente dental, hasta el uso de herramientas como la envoltura pediátrica; entre otros sistemas de sujeción se encuentran las cintas, sábanas con cintas, envolturas con frazadas y cinturones, además del uso de algunos dispositivos bucales. La utilización de estas técnicas debe reservarse para niños que son difíciles de controlar, en niños histéricos, los que no pueden expresarse mediante el lenguaje por su edad, los pacientes con discapacidad de desarrollo y los que no cooperan con el odontólogo por una razón u otra explica el autor.

Asimismo, el autor expresa que cuando el asistente toca las manos del niño durante la inyección, estabiliza una pierna que el paciente comienza a levantar del asiento o sujeta con gentileza el hombro del niño que comienza a girar hacia a un lado, todo ello aunado al lenguaje forma parte del control lingüístico del niño; también menciona que cuando se efectúa con suavidad permite que el odontólogo haga de nuevo una petición previa, pero su uso obliga a que se proporcionen explicaciones a los padres, tutores o personas que cuiden del niño.

3.1.5 Mano sobre boca

Pinkham expone que en este método el odontólogo cubre la boca del niño con la mano, cuando este llora de modo histérico, de esta forma se interrumpen las rabietas y otros ataques de ira, conjuntamente con el control de la voz; sin embargo, el objetivo, no es atemorizar al niño, la finalidad es llamar la atención del niño y tranquilizarlo para que pueda escuchar lo que dice el dentista, es una manera de replantear una petición previa. Las contraindicaciones incluyen a niños discapacitados, inmaduros y medicados, cuya capacidad de

comprender al odontólogo se encuentra modificada; además de cuando existe el peligro de impedir que el niño respire finaliza el mismo autor.

Igualmente, Cárdenas menciona que esta técnica puede considerarse como una estrategia lingüística cuando se usa a modo de aversión, con un toque ligero con los dedos en los labios del niño para recordarle que el llanto esta fuera de lugar en la consulta dental; cuando se utiliza de esta forma, se torna en una técnica instructiva y una manera de plantear nuevamente peticiones previas para que el niño se mantenga callado y coopere.

3.1.6 Elogio y comunicación

Según Blechman las atenciones, elogios, muestras físicas de afecto y actividades favoritas son también llamadas recompensas sociales; su uso resuelve muchos problemas de conducta y aumenta el aprecio del niño por sí mismo y por otras personas. Asimismo el autor señala que la atención y el elogio se usarán siempre que el niño muestre el más pequeño avance en una conducta hábil e importante, y que el elogio debe dirigirse al comportamiento o a sus productos, ya que cuando el elogio se dirige demasiado al niño, en vez de a sus acciones, se vuelve dependiente de la aprobación de otras personas.

Por otro lado, Pinkham menciona que la odontología pediátrica eficaz significa comunicación eficiente del odontólogo con el niño, y viceversa, ya que en ambos casos se distrae la angustia del menor, por lo que el lenguaje debe ser adecuado a la edad del paciente.

3.1.7 Recompensas Tangibles

Blechmam indica que el dinero, golosinas y juguetes son recompensas concretas y tangibles, y deben usarse de manera cautelosa; cuando los niños parecen indiferentes a la atención y elogio de los adultos, deben utilizarse para enseñarles y reforzar una conducta adecuada. Además el autor acota que

después de un tiempo los niños se cansan de recompensas tangibles, por lo que ya no trabajaran duramente para obtenerlo; pero que es menos probable que esto suceda cuando tienen los niños una lista larga de recompensas, que incluyan además tareas favoritas, como por ejemplo, jugar en la computadora, ver televisión, entre otras.

También sugiere Pinkham que este tipo de recompensas pueden utilizarse para asegurar la colaboración del niño y el odontólogo, los padres o ambos pueden convenirla; ya que para algunos niños recibir una recompensa inesperada significa que mientras mayor sea la angustia que sientan en la próxima consulta dental, mayor será la recompensa, por lo cual se solicita a los padres que no prometan al niño antes de la consulta cosas como helados o juguetes por ir el dentista, después de la visita esta se percibirá como una sorpresa que no influirá en lo que ya sucedió durante la sesión con el odontólogo.

3.1.8 Otros métodos

Pinkham también menciona otros sistemas de manejo de fácil acceso para el odontólogo, entre ellos se cuentan los métodos para reducir la ansiedad materna, ya que conforme disminuye la ansiedad de la madre (con respecto a la cita dental del menor) ocurre lo mismo con la del niño; el método de ubicar en la clínica a un pequeño atemorizado junto a otro ¨valiente¨ ha dado resultados favorables. También el autor señala algunas técnicas como la hipnosis y las técnicas de relajación, la terapia de juego (ludoterapia), un descanso para escuchar música o ¨sonido blanco¨, otras técnicas de distracción, sesiones de desensibilización, dar regalos, y otras citas de observación.

3.2 METODOS FARMACOLOGICOS

3.2.1 Sedación consciente

Cárdenas indica que esta técnica se utiliza para el control del dolor y la angustia, incluye modalidades que son seguras y sencillas cómo administrar óxido nitroso u oxígeno de manera inhalatoria; la ingestión de medicamentos por vía oral como el valium, dormicum o propanolol una hora antes del tratamiento; por vía rectal la administración de diazepan por medio de un catéter o en forma de supositorio; por vía intravenosa se puede administrar Benzodiacepínicos o narcóticos, esta es la más efectiva; y la vía subcutánea que consiste en la inyección de una droga debajo de las membranas mucosas, las más comúnmente utilizadas son: meperidina y fenntanyl.

Pinkham considera que cualquier fármaco que pueda disminuir la respiración, deprimir el reflejo de arqueo o producir somnolencia o sueño en el niño es potencialmente peligroso, y que mientras más pequeño sea el niño, más intenso será el peligro. También el mismo autor menciona que el odontólogo que desea utilizar medicamentos requiere tener adiestramiento en estas técnicas, así como contar con equipo de vigilancia adecuado y un protocolo que garantice la seguridad del paciente; por lo cual es preciso que los padres comprendan sus técnicas, riesgos y alternativas.

3.2.2 Anestesia General

Salazar define a la anestesia general como un estado reversible de inconsciencia producido por agentes anestésicos, con la pérdida de la sensación de dolor de todo el cuerpo; estos agentes anestésicos o drogas, poseen una característica fundamental y es su reversibilidad, es decir, una vez que termina su efecto anestésico, el sujeto retorna a su condición inicial o estado normal. Además, el autor señala que la anestesia general se acompaña de pérdida de los reflejos protectores de la vía aérea, también puede acompañarse de pérdida de la capacidad para respirar espontáneamente, esto dependerá del nivel de profundidad de la anestesia.

CAPITULO CUATRO

4. ANSIEDAD DENTAL

2.2 Definición

La ansiedad dental es un tema que no ha sido tratado adecuadamente, ya que casi todos los estudios han sido realizados en países anglosajones y Europa. La investigación sobre este fenómeno en Latinoamérica ha sido escasamente realizada, solo existen estudios importantes en Guatemala, Colombia, Cuba y recientemente en Honduras.

Para Bullon "la ansiedad es un drive biológico básico, que aparece como una señal de alerta ante cualquier peligro o situación considerada como una amenaza cuyo objetivo es estimular la capacidad de reacción del individuo, capacitándolo para sobrevivir; la cual se consigue por la estimulación del sistema nervioso simpático, con la consiguiente liberación de catecolaminas, responsables de la respuesta ansiosa. Coincidiendo con Boj el cual menciona que la ansiedad es un estado emocional originado en fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales, que sirve como un sistema de alerta y motivador, necesario para la vida cotidiana y la supervivencia"[22] .

Prahl además indica que la ansiedad no es un estado patológico, sino una forma de prepararse para el peligro; y que esta se vuelve anormal cuando es demasiado fuerte y aparece sin la existencia de una causa o en situaciones que no son consideradas perjudiciales. Asimismo, Escobar (2004) también manifiesta que muy poca ansiedad, es decir que el sujeto se muestre indiferente, es anormal, ya que la ansiedad tiene un valor de protección y motivación, sin ella muchas de las acciones específicas perderían su valor.

---

22 BULLON, F. (1998). Manual de Odontología. *Masson*. España

2.3 Causas

Hmud y Walsh (2007) indican que la ansiedad dental es un fenómeno complejo y multifactorial, y su desarrollo no puede justificarse por una sola variable; muchos factores han sido vinculados a una mayor incidencia de ansiedad dental entre los cuales se incluyen: características de personalidad, temor al dolor, experiencias dentales traumáticas pasadas, particularmente en la infancia, influencia de familiares o pares dentalmente ansiosos y temor a la sangre y heridas. Además mencionan que el temor al dolor está relacionado fuertemente al desarrollo de ansiedad dental y al evitamiento del tratamiento dental.

Asimismo Caycedo et al., indican otros factores que actúan como provocantes de ansiedad dental como son los procedimientos odontológicos restaurativos esto es, la vista, el sonido y la sensación vibratoria de las fresas dentales, la vista y sensación de la inyección de anestésico local dental, además de la expectación de un paciente de sentir dolor, ser herido y atorarse o ahogarse durante el tratamiento. También sugieren otras causas como: el tiempo de espera para un tratamiento dental, ya que aumenta el tiempo en que se puede pensar sobre qué pasará y para considerar los peores resultados; sentimientos negativos como pérdida de control y sentirse vulnerables.

Rivera y Fernández demostraron que entre las causas más comunes para la aparición de ansiedad están los tratamientos dentales que son más invasivos o dolorosos; el trato con extraños, como dentistas y auxiliares; así como la separación de las madres durante el tratamiento en niños de corta edad. Del mismo modo concluyen que el miedo dental es más frecuente en niños que han sufrido extracciones dentales en el pasado o una primera visita problemática.

Otro factor que menciona Correa que desencadena una sensación de ansiedad general es la interrupción de la rutina normal del día para ir a la consulta con el dentista; por lo que el mismo autor recomienda, tratar rápidamente la ansiedad ya que puede causar problemas innecesarios que afectan la salud oral, lo que

a su vez puede derivar en tratamientos dentales que exigen pasar mucho más tiempo en el consultorio dental.

2.4 Consecuencias y complicaciones

En el estudio realizado por Hmud y Walsh demostraron que la ansiedad dental está asociada con un pobre estado de salud oral; además encontraron que la evasión de tratamiento dental está relacionada a los índices de ansiedad y al aumento de los índices de caries, asimismo, se evidencia concurrencia dental irregular y/o total evasión de atención dental y que estos pacientes tienen muchos más dientes faltantes y menos obturaciones en comparación a los pacientes no ansiosos. Y concluyeron que se puede producir una situación que aumenta, en donde la salud oral deficiente y la inhabilidad del paciente para aceptar tratamiento dental conllevan a sentimientos de inferioridad y vergüenza.

Igualmente, Caycedo et al., demostraron que la ansiedad dental, además de afectar el estado de salud oral del paciente, puede tener un impacto mayor en su vida; puede llevar a sentimientos de cansancio excesivo, a más de pensamientos negativos, temor, llanto, agresividad, perturbaciones del sueño y de hábitos alimenticios, y una mayor automedicación. También han informado del impacto producido en la interacción social, desempeño en el trabajo, autoestima y confianza en uno mismo; además los autores mencionan otros problemas que enfrentan los dentistas al tratar pacientes ansiosos incluyen la baja satisfacción con el tratamiento planeado o provisto.

De la misma manera la investigación realizada por Rivera y Fernández concuerda con el estudio antes mencionado, encontrando que la ansiedad dental limita la efectividad del tratamiento dental e impide que se detecten a tiempo patologías de gravedad diversa.

Además los mismos autores indican que se observa un mayor número de dientes cariados, y finalmente concluyen que para el odontólogo atender a pacientes con niveles de ansiedad elevados constituye una de las experiencias más estresantes de la práctica profesional.

4.4 Miedo y ansiedad

Para Boj el miedo es la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde, en el plano psicológico, a la respuesta física al dolor, pero que a pesar de resultar desagradable, sirve como medio de alarma y que sin dichas reacciones la raza humana desaparecería. Asimismo el autor señala que el miedo es la mayor causa para que los niños no se dejen atender en la clínica dental, muchas de las veces se adquiere en la infancia, el cual suele estar relacionado con experiencias anteriores traumáticas.

Del mismo modo, el autor señala que la ansiedad es un estado emocional que se origina en fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales; la cual puede ser considerada como normal y sana, ya que sirve como un sistema de alerta y motivador, necesaria para la supervivencia del ser humano. Por lo que el autor sugiere controlar la ansiedad de los niños antes de que se produzcan conductas negativas en el consultorio dental, ya que el miedo y la ansiedad durante los tratamientos dentales impiden que el paciente pueda cooperar plenamente con el odontólogo, lo que implica pérdida de tiempo para el profesional, innecesaria dificultad para realizar el tratamiento, y resultados insatisfactorios; además del riesgo de sufrir incomodidades y lesiones.

Escobar menciona que existe la necesidad de un "nivel óptimo" de ansiedad que, en un estudiante, produce la necesaria motivación para rendir con eficiencia; pero si la ansiedad es muy alta o muy baja, el rendimiento sufre deterioro. Por lo que, el autor considera que el papel del dentista debería ser

educar al paciente infantil a manejar su ansiedad y ajustarla a un nivel adecuado, diferente para cada niño y para cada ocasión.

Además el mismo autor recalca que el control de la ansiedad por medios de técnicas reductoras se ha probado en diferentes edades, considerándose que estas deben aplicarse sobre todo en los periodos preparatorios del tratamiento; es importante que el dentista conozca que los momentos más ansiogénicos o atemorizantes son aquellos usados para maniobras preparatorias: lavarse las manos, encender la lámpara, solicitudes al auxiliar, movimientos de instrumental; por lo que se recomienda tener todo preparado antes de atender al niño y seleccionar con cuidado las palabras usadas durante el tratamiento.

El autor también expresa que de algún modo todos los niños aprenden a manejar su ansiedad; algunos se sientan tranquilos y duermen, otros hablan y se mueven mucho, rehúsan a abrir la boca, se resisten y gritan; entonces, el mayor problema no es en si la ansiedad, sino no aprender a manejarla. Por otro lado, Paulo, Pineda, Cárdenas, Manrique, Álvarez (2007) en su estudio demostraron que la ansiedad y el miedo del paciente hacia el tratamiento odontológico impiden realizar una adecuada rehabilitación del paciente pediátrico; y acotan que existen numerosas técnicas comunicativas y farmacológicas, algunas de las cuales son controversiales debido a que exigen en algunas circunstancias el uso de restricción física o anestesia general.

4.5 Instrumentos para medir la ansiedad dental en los niños

Ríos indica que es importante que los dentistas sean capaces de identificar la ansiedad en pacientes niños tan temprano como sea posible, para este propósito, la evaluación de ésta es esencial; por lo que se han desarrollado distintos tipos de instrumentos y escalas para medir los signos de la ansiedad como:

4.5.1 REGISTROS FISIOLÓGICOS

Se encontró en el estudio realizado por Ríos que para evaluar las reacciones de los niños a las experiencias odontológicas, se han controlado sus respuestas fisiológicas, ya que la ansiedad repercute en el sistema nervioso autónomo alterando las funciones neuroendocrinas, respiratorias, renales, gastrointestinales y circulatorias; para esto se ha evaluado parámetros fisiológicos como: la transpiración y el ritmo cardiaco, así como también la temperatura corporal, la presión arterial sistólica y diastólica y la respiración durante diversos tratamientos odontológicos. Finalmente el autor agrega que el uso de instrumentos y equipos específicos, para evaluar los signos vitales del niño, limitan su utilidad práctica en el consultorio dental.

4.5.2 OBSERVACIÓN CONDUCTUAL

Se basa en la observación del comportamiento del niño con el uso de escalas frente a diversos tratamientos odontológicos para evaluar el grado de ansiedad de los individuos, se han empleado estas escalas sugiriendo que las observaciones clínicas pueden ser un método válido para determinar la ansiedad dental en niños; una de sus desventajas es que depende de cómo los niños expresen su temor en el consultorio dental, además se cuestiona su utilidad práctica.

Entre las escalas más utilizadas tenemos:

Escala de Valoración de la conducta de Frankl (Frankletal, 1962):

Se refiere exclusivamente al comportamiento del paciente dentro del consultorio dental en el momento del tratamiento, debido a que las técnicas de manejo de la conducta pretenden modificar la misma con la finalidad de mejorar el estado emocional de nuestro paciente, es necesario poder evaluarla, para así determinar que procedimiento es el indicado.

Existen diferentes escalas de valoración de la conducta, sin embargo la más utilizada por su sencillez y alto grado de confiabilidad es la escala de Frankl, esta sitúa al paciente en alguna de las cuatro categorías pudiendo determinar así si el paciente es apto para ser atendido bajo la forma convencional o si requiere alguna técnica especial como la sedación y/o la anestesia general.

I.- Definitivamente negativo.	Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera.
II. Negativo	Acepta con dificultad el tratamiento, arisco, lejano, ausente.
III. Positivo	Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece, y se muestra ansioso.
IV. Definitivamente positivo	Ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.

Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSSDS) o Escala de Valoración de los Miedos Dentales:

"Especialmente útil para valoración en niños. Se mide el nivel de ansiedad en una escala de cinco puntos, que va desde 1 punto (sin ansiedad) hasta 5 puntos (muy ansioso); el puntaje total puede variar de 15 hasta 75 puntos, tomando 45 puntos como el nivel a partir del cual se interpreta la aparición de mayores niveles de ansiedad"[23] (Cárdenas, 2004).

23 CARDENAS, D. (2004). Odontología Pediátrica. 3ra edición. Disponible en: URL: http:/www.slideshare.net/

	Sin ansiedad	Poca ansiedad	Mayor ansiedad	Gran ansiedad	Mucha ansiedad
Dentistas	1	2	3	4	5
Médicos	1	2	3	4	5
Inyecciones	1	2	3	4	5
Examen bucal	1	2	3	4	5
Boca abierta	1	2	3	4	5
Que te toquen	1	2	3	4	5
Que te miren	1	2	3	4	5
“Taladro”dental	1	2	3	4	5
Ver “taladrar	1	2	3	4	5
Oír “taladrar”	1	2	3	4	5
Instrumentarte	1	2	3	4	5
Asfixiarte	1	2	3	4	5
Ir al hospital	1	2	3	4	5
Gente de blanco	1	2	3	4	5
Limpieza dental	1	2	3	4	5

4.4.3 MEDIDAS DE AUTOINFORME

La forma más sencilla de valorar la ansiedad es preguntar sobre ella, para ello un autoinforme debe ser: corto para maximizar la respuesta del niño y minimizar el tiempo a emplear, incluir ítems relevantes en la experiencia dental, que capte la atención del niño, simple para calificar e identificar la ansiedad (Ríos, 2007).

FACIAL IMAGE SCALE (FIS) o Escala de Imagen Facial:

Evalúa el dolor en niños, en este cuestionario se encuentra una escala análoga visual con una cara feliz, indicando ausencia de dolor a un extremo y una cara triste al otro, indicando severo dolor; este instrumento, comprende 5 caras con

expresiones faciales, a un extremo, la cara con la expresión más positiva tiene el valor de 1 y al otro extremo, la cara con la expresión más negativa tiene el valor de 5, así el valor 1 indica ausencia de ansiedad, 2 indica ansiedad leve, 3 indica ansiedad moderada, 4 indica ansiedad moderada a severa y 5 ansiedad severa, los niños tienen que señalar la cara con la cual se sienten más identificados en la situación clínica; esta es una medida válida para evaluar la ansiedad en niños en el tratamiento odontológico.

INVENTARIO DE ESTADO-RASGO DE ANSIEDAD INFANTIL (IDAREN)

Evalúa los factores de personalidad e inteligencia con el nivel de ansiedad desarrollado, este es un cuestionario de evaluación de la ansiedad en niños consta de dos escalas, la primera es la escala de estado que mide ansiedad-estado (20 ítems) y la segunda es escala de rasgo que mide ansiedad-rasgo (20 ítems) con 3 posibles respuestas “casi nunca”, a veces” y “a menudo” valorados desde 1 hasta 3; donde los sujetos describen como se sienten; además es autoevaluada y su aplicación puede ser individual y grupal para niños de 6 a 12 años, los valores varían desde una puntuación mínima de 20 hasta una máxima de 60 en cada escala.

IV. MATERIALES Y METODOS

I.- Definitivamente negativo.	Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera.
II. Negativo	Acepta con dificultad el tratamiento, arisco, lejano, ausente.
III. Positivo	Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece, y se muestra ansioso.
IV. Definitivamente positivo	Ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.

Los Procedimientos clínicos fueron realizados por los estudiantes antes mencionados, los cuales fueron: operatoria, tratamiento preventivo (sellantes y profilaxis), cirugía o exodoncia y tratamiento pulpar (pulpo y pulpectomía). La recolección de datos se efectuó en una hoja de observación que contenía además de la Escala de Valoración de la Conducta de Frankl, datos como el sexo, la edad, el tratamiento realizado, las características observadas durante el tratamiento, la actitud del operador y el método de control de la conducta utilizado por el mismo. Además se evaluó la ansiedad mediante la Escala de Miedos Dentales utilizada en los estudios de Márquez et al. (2004) y Rivera y Fernández (2005), la cual mide el nivel de ansiedad en una escala de cinco puntos, que va desde 1 punto (sin ansiedad) hasta 5 puntos (muy ansioso). El puntaje total puede variar de 15 hasta 75 puntos, tomando 45 puntos como el nivel a partir del cual se interpreta la aparición de la ansiedad.

	Sin ansiedad	Poca ansiedad	Mayor ansiedad	Gran ansiedad	Mucha ansiedad
Dentistas	1	2	3	4	5
Médicos	1	2	3	4	5
Inyecciones	1	2	3	4	5
Examen bucal	1	2	3	4	5
Boca abierta	1	2	3	4	5
Que te toquen	1	2	3	4	5
Que te miren	1	2	3	4	5
“Taladro”dental	1	2	3	4	5
Ver “taladrar	1	2	3	4	5
Oír “taladrar”	1	2	3	4	5
Instrumentarte	1	2	3	4	5
Asfixiarte	1	2	3	4	5
Ir al hospital	1	2	3	4	5
Gente de blanco	1	2	3	4	5
Limpieza dental	1	2	3	4	5

Una vez recolectada la totalidad de la muestra se procedió a tabular y analizar los datos obtenidos, representándolos mediante tablas. Posteriormente, se realizaron las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

V. RESULTADOS

A través de la técnica de la Observación fue posible obtener la información relevante y necesaria para realizar el trabajo de investigación y hacer el análisis correspondiente, así se detalla a continuación.

TABLA Nº1

SEXO DE LOS NIÑOS

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	49	49%
Masculino	51	51%
Total	**100**	**100%**

Fuente: Hoja de observación
Autor: Nadia Jaramillo

De los cien niños atendidos en el Hospital Universitario de Motupe y tomados como muestra, el 49% de ellos corresponde al sexo femenino y el 51% al sexo masculino.

TABLA Nº 2

TRATAMIENTO REALIZADO

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preventivo (Profilaxis y sellantes)	15	15%
Cirugía	15	15%
Tx Pulpar(Pulpo y Pulpectomía)	34	34%
Operatorias	36	36%
Total	**100**	**100%**

Fuente: Hoja de observación

Autor: Nadia Jaramillo

En cuanto a los tratamientos aplicados en los pacientes atendidos en la Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe se obtuvo los siguientes datos:

De los cien niños, 36 pacientes, que corresponden al 36% se realizaron operatorias; a 34 de ellos se les realizo tratamiento pulpar, equivalente al 34%; otros 15 pacientes se sometieron a extracciones , lo que corresponde a un 15%, y a los 15 restantes se les realizó tratamiento preventivo, observandose así un mayor número de pacientes que se les realizó restauraciones.

TABLA Nº 3

COMPORTAMIENTO SEGÚN LA EDAD

EDADES	Negativo		Definitivamente Negativo		Positivo		Definitivamente Positivo	
	F	M	F	M	F	M	F	M
2 - 3 años	0	0	2	0	0	0	0	0
4- 5 años	3	6	3	1	3	3	0	0
6 - 7 años	4	5	1	4	4	5	0	0
8 - 9 años	5	4	1	0	6	10	2	1
10 - 11 años	1	2	0	0	3	4	2	1
12 años	0	0	0	0	5	0	0	1
Total	**13**	**17**	**7**	**5**	**21**	**22**	**4**	**3**

Fuente: Hoja de observación
Autor: Nadia Jaramillo

De los datos obtenidos es posible apreciar de los niños cuya edad fluctúa entre los 2 – 3 años el comportamiento negativo en el sexo femenino y masculino el porcentaje es 0%, es decir no existen pacientes bajo este parámetro; igual sucede en el comportamiento positivo y definitivamente positivo y en el comportamiento definitivamente negativo en el sexo femenino es de 2 y en el masculino es de 0.

En los niños que están dentro del grupo de los 4 – 5 años en el comportamiento negativo en el sexo femenino es 3 y en masculino es 6; en el comportamiento definitivamente negativo en el sexo femenino es de 3 y en el masculino es de 1. En el comportamiento positivo en el sexo femenino es de 3 y en el masculino es de 3. y definitivamente positivo en pacientes de ambos sexo es 0. En los pacientes de 6 – 7 años en el comportamiento negativo en el sexo femenino es 4 y en masculino es 5; en el comportamiento definitivamente

negativo en el sexo femenino es de 1 y en el masculino es de 4. En el comportamiento positivo en el sexo femenino es de 4 y en el masculino es de 5 y definitivamente positivo en pacientes de ambos sexo es 0.

En los pacientes de 8 – 9 años en el comportamiento negativo en el sexo femenino es 5 y en masculino es 4; en el comportamiento definitivamente negativo en el sexo femenino es de 1 y en el masculino es de 0. En el comportamiento positivo en el sexo femenino es de 6 y en el masculino es de 10 y definitivamente positivo en el sexo femenino es de 2 y en el masculino es de 1. Los pacientes en el rango de 10 – 11 años en el comportamiento negativo en el sexo femenino es 1 y en masculino es 2; en el comportamiento definitivamente negativo en ambos sexos es 0. En el comportamiento positivo en el sexo femenino es de 3 y en el masculino es de 4 y definitivamente positivo en el sexo femenino es de 2 y en el masculino es de 1.

En los niños de 12 años el comportamiento negativo y definitivamente negativo en ambos sexos es 0, en el comportamiento positivo en el sexo femenino es de 5 y en el masculino es de 0 y definitivamente positivo en el sexo femenino es de 0 y en el masculino es de 1. Esto permite observar que el porcentaje mas representativo se encuentre en el grupo de niños de 8 – 9 años en el comportamiento positivo tanto en el sexo femenino como en el masculino. Al comparar los datos, en los pacientes de sexo femenino existe un mayor porcentaje de comportamiento definitivamente negativo es mayor en el sexo femenino, mientras que en los de sexo masculino un 10%. En el comportamiento negativo prevalece el sexo masculino , el comportamiento positivo en los pacientes de sexo femenino es mayor que del sexo masculino.

Y los pacientes con un comportamiento definitivamente positivo en el sexo femenino presenta un mayor porcentaje al compararlo con los pacientes de sexo masculino.

TABLA Nº 4

NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL TRATAMIENTO RECIBIDO

NIVELES DE ANSIEDAD	Tx REALIZADO							
	Tx PREVENTIVO	%	CIRUGÍA	%	OPERATIVO	%	Tx PULPAR	%
Sin Ansiedad	15	15%	3	3%	19	19%	13	13%
Poca Ansiedad	5	5%	2	2%	1	1%	5	1%
Mayor Ansiedad	12	12%	5	5%	7	7%	3	7%
Gran Ansiedad	0	0%	2	2%	2	2%	1	2%
Mucha Ansiedad	0	0%	3	3%	2	2%	0	2%
Total	32		15		31		22	

Fuente: Hoja de observación

Autor: Nadia Jaramillo

Del total de la población investigada es posible apreciar su manifestación de ansiedad representada en los diferentes niveles. De los 32 pacientes que recibieron tratamiento preventivo (profilaxis y sellantes), el 5% demostró poca ansiedad; el 12% mayor ansiedad; y el 0% se ubican en mucha y gran ansiedad y el 15% no demostraron niveles de ansiedad.

En cuanto a los 15 niños que se les realizó exodoncia, el 2% demostró poca ansiedad; el 5% mayor ansiedad; el 2% tienen gran ansiedad y el 3% no señalaron niveles de ansiedad. De los 31 pacientes atendidos en operatoria, el 19% no han demostrado ansiedad; 1% expuso poca ansiedad; el 7% exterioriza mayor ansiedad; mientras el 2% expresan mucha y gran ansiedad. En tanto que de los 22 niños que recibieron tratamiento pulpar (pulpo y pulpectomía), en el13% de ellos no se observó ansiedad; el 5% demuestran poca ansiedad; el 3% mayor ansiedad; así mismo el 1% de pacientes tienen gran ansiedad, en cambio con mucha ansiedad no hay pacientes, es decir el 0%.

TABLA Nº 5

NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE AMBOS SEXOS

NIVELES DE ANSIEDAD	
Sin Ansiedad	7
Poca Ansiedad	43
Mayor Ansiedad	30
Gran Ansiedad	15
Mucha Ansiedad	5
Total	100

Del total de población motivo de la investigación es posible apreciar su manifestación de ansiedad representada en los diferentes niveles. Siendo el porcentaje más representativo el 43% de niños que demuestran poca ansiedad, lo que resulta realmente importante, pero también debe ponerse mayor atención en el 30% que demuestra mayor ansiedad.

TABLA Nº 6

CAUSAS DE LA ANSIEDAD

CAUSAS	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	F	%	M	%
Dolor	14	28.60%	8	16%
Sonido de la Turbina	8	16.40%	7	14%
Temor en extracción	17	34.70%	29	57%
Agujas	10	20.40%	7	14%
Total	**49**	**100%**	**51**	**100%**

Fuente: Hoja de observación
Autor: Nadia Jaramillo

Del total de pacientes etendidos, tanto en niñas, como en niños es posible apreciar el temor y nivel de ansiedad, lográndose determinar como causas en los siguientes resultados:

El temor a la extracción como causa principal en el sexo femenino con el 34.70% y en el masculino el 57%, seguido de el dolor, en niñas el 28.60% y en niños el 16%; a continuación se observa el miedo a las agujas con el 20.40% en niños y el 14% en niñas, finalmente el sonido de la turbina en niñas con el 16.40% y en niños el 14%. Al ser la ansiedad dental el principal componente del sufrimiento/angustia en los pacientes de operatoria dental. A pesar del avance tecnológico en equipamientos dentales, la ansiedad y el temor al dolor están presentes frente a un tratamiento dental.

Al buscar atención dental, la ansiedad está presente, y a veces llega a ser difícil de manejar al sentarse en el sillón dental, de allí la importancia de conocer y determinar el nivel de ansiedad del paciente, con el fin de controlarlo el momento del tratamiento, parte de este control se basa en la confianza que brinda el profesional al paciente.

TABLA Nº 7

ANSIEDAD SEGÚN LA EDAD Y EL SEXO

EDAD	NIVEL DE ANSIEDAD							
	Ansiedad				Sin ansiedad			
EDADES	F	%	M	%	F	%	M	%
2 - 3 años	2	4.08%	0	0%	0	0%	0	0%
4- 5 años	6	12.20%	7	13.73%	3	6.12%	3	5.90%
6 - 7 años	8	16.30%	14	27.45%	4	8.16%	5	9.80%
8 - 9 años	6	12.20%	4	7.84%	8	16.33%	11	21.60%
10 - 11 años	1	2.04%	2	3.92%	5	10.20%	3	5.90%
12 años	1	2.04%	0	0%	5	10.20%	2	3.92%
Total	**24**	**100%**	**27**	**100%**	**25**	**100%**	**24**	**100**

Fuente: Hoja de observación
Autor: Nadia Jaramillo

Al analizar los resultados no se observaron diferencias significativas entre niños y niñas, se obtuvo los siguientes resultados: El total de niñas atendidas es de 49, distribuidas en diferentes edades, de los cuales muestran ansiedad de 2 – 3 años el 4.08%; de 4 – 5 años el 12.20%; de 6 – 7 años el 16.30%; de 8 – 9 años el 12.20%; de 10 – 11 años el 2.04% y en el grupo de 12 años el 2.04%. Quienes no demuestran ansiedad se ubican así en los grupos de edades: 2 – 3 años el 0%; de 4 – 5 años el 6.12%; de 6 – 7 años el 8.16%; de 8 – 9 años el 16.33%; de 10 – 11 años el 10.20% y en el rango de 12 años el 3.92%.

El número de niños atendidos suman 51, ubicados en los diferentes grupos de edades, quienes manifiestan niveles de ansiedad son: 2 – 3 años el 0%; de 4 – 5 años el 13.73%; de 6 – 7 años el 27.45%; de 8 – 9 años el 7.84%; de 10 – 11 años el 3.92% y en los de 12 años el 0%. No muestran niveles de ansiedad de: 2 – 3 años el 0%; de 4 – 5 años el 5.90%; de 6 – 7 años el 9.80%; de 8 – 9 años el 21.60%; de 10 – 11 años el 5.90% y los de 12 años el 3.92%

TABLA Nº 8

METODO DE CONTROL UTILIZADO

MÉTODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	37	37%
Decir, mostrar hacer	62	62%
Inmovilización	1	1%
Total	**100**	**100%**

Fuente: Hoja de observación
Autor: Nadia Jaramillo

En cuanto a los metodos de control de la conducta utilizados en la atención al niño, es posible apreciar que el 62% de los operadores utilizó el método de decir, mostrar y hacer; el 37% no utilizó ningún método y el 1% utilizó la inmovilizacion fisica como método de control.

TABLA Nº 9

ACTITUD DEL OPERADOR

ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Positivo	74	74%
Negativo	4	4%
Indiferente	22	22%
Total	**100**	**100%**

Fuente: Hoja de observación
Autor: Nadia Jaramillo

Estos datos permiten observar una actitud positiva en la mayor parte de los operadores con un 74%; en un 22% la actitud del operador fue indiferente y la actitud fue negativa en un 4% de los operadores.

Es importante reconocer el porcentaje mas alto el 74% en los operadores con una actitud positiva, en brindar atencion a los pacientes.

Por otro lado es importante señalar que el profesional odontólogo debe tomar y aplicar medidas concretas con el fin de disminuir los niveles de ansiedad. Por ello es importante conocer su nivel de ansiedad o miedo antes de ingresar a la clínica dental.

VII. DISCUSIÓN

En toda atención odontológica se dan, en diversa medida, dos factores que pueden afectar la calidad de la atención misma: ansiedad y dolor, los que potencialmente pueden generar además diversos grados de secuelas psicológicas.

Los resultados de este estudio indican que se presentaron niveles se ansiedad elevados en la mitad de los niños observados, es decir en el 50% de la población, esto según la Escala de Miedos Dentales que fue utilizada para la evaluación de la ansiedad. En las investigaciones realizadas por Rivera y Fernández (2007) en niños hondureños tratados en dependencias públicas encontraron que estos presentaban niveles elevados de ansiedad dental en un gran porcentaje (71,2%), frente a estímulos específicos como los procedimientos dentales más invasivos, por ejemplo: exodoncia. Sin embargo, este estudio coincide con los datos obtenidos por Caycedo et al., (2008) en niños de Colombia, que mostraron porcentajes similares (57%) para los 4 niveles de ansiedad. Lo cual difiere un poco con las estadísticas observadas en otros países como en Guatemala en donde el estudio realizado por Carpio (2002) un gran porcentaje (60%) de los niños estudiados mostraron niveles bajos de ansiedad frente al tratamiento odontológico.

Cabe señalar que no existen estudios sobre esta temática en nuestro país por lo que resulta imposible una comparación; además que indica que todos los estudios antes mencionados presentaron características diferentes de población, con costumbres y prácticas diversas de acuerdo al medio; así como también en la recolección de datos lo que puede influir en la diferencia de resultados.

Todos los estudios señalados anteriormente coinciden en que no existe una diferencia significativa de resultados en cuanto al sexo, y que a menor edad se evidencia mayor presencia de actitudes negativas y por ende un mayor nivel de

ansiedad. Lo cual es corroborado en este estudio al no encontrar diferencias importantes de manifestación de ansiedad según la edad y el sexo, pero obteniendo niveles de ansiedad elevados en pacientes de sexo masculino con un porcentaje ligeramente mayor en relación al sexo femenino.

Además en esta investigación se obtuvo que dentro de las causas que pueden provocar mayores niveles de ansiedad se encuentran las agujas, el sonido de la turbina, el dolor que pueden causar, y la extracción de un diente. Coincidiendo con la investigación de Caycedo et al., (2008) que reporto que las situaciones que originan niveles más altos de ansiedad son: la extracción de un diente, el fresado de un diente y la mala opinión del odontólogo respecto de su salud bucal. Al igual que Rivera y Fernández (2007) en su estudio en Honduras.

La ansiedad es una característica subjetiva, esta no va a ser medida con total exactitud y que los resultados pueden variar de acuerdo a ciertas características de la población en diversos momentos a lo largo de la vida. Se debe destacar la importancia de la realización de este tipo de estudios para tener amplios conocimientos, y poder aplicar estrategias de prevención de la ansiedad, de esta forma en la práctica profesional no tendremos mayores problemas y sabremos identificar y tratar dicho problema a tiempo y con eficiencia.

La interrelación dentista-paciente, es importante para reducir la ansiedad del paciente y para mejorar la satisfacción del paciente con relación al tratamiento recibido.

VII. CONCLUSIONES

Con respecto a los niveles de ansiedad se observó que los pacientes infantiles presentaron un nivel 3 de ansiedad en un 30% de la población, determinando un nivel alto de ansiedad.

Los niños que presentaron mayores niveles de ansiedad mostraron características de evitación del tratamiento dental como llanto, movimientos de las manos y piernas, quejidos, etc., dificultando así la calidad del mismo y aumentando el tiempo de trabajo.

Los niños presentaron comportamientos variados durante la consulta odontológica predominando el comportamiento positivo en un porcentaje de 43%, seguido del comportamiento negativo con una diferencia no muy significativa con un porcentaje del 39%, el cual está sujeto al grado de cooperación del niño según su edad así como también al tipo de tratamiento recibido.

Los estímulos que provocaron ansiedad dental en los niños fueron aquellos inherentes al tratamiento como: el sonido de la turbina, la anestesia (aguja y dolor que puede causar) y la extracción de un diente, predominando este último con un porcentaje del 47%.

Los métodos de control que utilizan los estudiantes de la carrera de Odontología son: el de decir, mostrar y hacer, la inmovilización física, y el 37% no utilizó ningún método de control de la conducta, siendo el método de mayor prevalencia con un 62% el de decir, mostrar y hacer.

VIII. RECOMENDACIONES

Es necesario que el profesional rompa el círculo que produce el temor o ansiedad, que lleva a evitar los cuidados dentales y el deterioro consiguiente de la salud bucal, aplicando todos los instrumentos que permitan disminuir la tensión, con las diversas técnicas, y si fuese necesario, apoyo farmacológico.

Seria relevante realizar citas de seguimiento para observar si la ansiedad disminuye o por el contrario aumenta en citas posteriores.

Es importante seguir realizando este tipo de estudios tomando en cuenta otro tipo de variables como el nivel socio-económico y educacional de los padres, experiencias previas o actitud del profesional, entre otras.

Se sugiere la realización de estudios comparativos de eficacia de los métodos de control de la conducta con respecto al sexo en pacientes con un mismo rango de edad.

IX. BIBLIOGRAFIA

BEZERRA DA SILVA, L. A.(2008). Tratado de Odontopediatría**.** 1ra edición. *Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica, c.a.*

BLECHMAN, E. (1998). ¿Cómo resolver problemas de comportamiento?.

Masson. España

BOJ, JR. (2000). Odontopediatria. 2da Edición*. Masson*. España. Cap. 5, págs. 115-125

BULLON, F. (1998). Manual de Odontología. *Masson*. España

CARDENAS, D. (2004). Odontología Pediátrica. 3ra edición. Disponible en: URL: http:/www.slideshare.net/

CARPIO, C. (2002). Grado de ansiedad en pacientes niños atendidos por odontólogos practicantes en las clínicas de la disciplina de odontología del niño y el adolescentes de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y los factores que modifican su comportamiento ante el tratamiento dental. Guatemala. Disponible en: URL: http:/biblioteca.usac.edu.gt/tesis/09/09_1595.pdf

CAYCEDO, C.; CORTEZ, O.; GAMA, R.; RODRIGUEZ, H.; COLORADO, P.; CAYCEDO, M.; BARAHONA, G.; PALENCIA, R. (2008). Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma Psicológica. Redalyc.* vol. 15. Colombia. Disponible en: URL: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=134212604011

CORREA, A. (2008). ¿Cómo controlar la ansiedad que genera la consulta con el dentista?. *Delta Dental*. Disponible en: URL: http://es.deltadentalins.com/oral_health/anxiety_visit.html

ESCOBAR, F. (2004). Odontología Pediátrica. 2da Edición. *Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica*, c.a. Caracas-Venezuela.

GARCIA, E.; GARCIA, R. (2002). Variables Psicológico- Comportamentales del dolor en tratamiento odontopediátrico: Problemática y estrategias de afrontamiento. Santander-España. vol. 4. Disponible en: URL: http://www.psiquiatria.com_2000_4_4_2.pdf//

JOHNSON, R.; BALDWING, D. (2009). Relación de la ansiedad materna en la conducta de niños menores sometidos a extracción dental. Escuela de Medicina Dental y Children's Hospital Medical Center, Facultad de Medicina de Harvard, y Forsyth Dental Center. Boston, Massachusetts. Disponible en: URL: http:/revistas.concytec.gob.pe/pdf/reh/v17n1/a05v17n1.pdf

HOFFMAN, L. (1998). Psicología del desarrollo, hoy; *Mc Grill Interamericana*; Chile

HMUD, R.; WALSH, LJ. (2007).Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *Revista de Mínima intervención en Odontología*. Australia. vol. 9. Disponible en: URL: http:/mi-compendium.org/journal/index.php/JMID/article/…/123/

KOCH, G.; POULSEN, S. (2004). Odontopediatría*:* Abordaje Clínico. 2da Edición. *Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica*, c.a. Caracas-Venezuela. Cap. 3; págs.13-19

KRUEGER, D. (1999). Psicología de la rehabilitación; *Amolca*; Argentina

LIMA, M.; CASANOVA, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Revista de Humanidades Medicas*. vol. 6. Camagüey-Cuba. Disponible en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727_812020060001000 07

LOMAS, E. (1999). Psicología general; *Editorial interamericana*; España

MARQUEZ, J.; NAVARRO, M.; CRUZ, D.; GIL, J. (2004). ¿Por qué se le tiene miedo al dentista?. *RCOE*. Vol. 9. Madrid-España. Disponible en: http://scielo.php.htm

MEDINA, Josefa. (1998). Adaptación del niño a la consulta odontológica. *Fundación Acta Odontológica Venezolana*. Vol. 35. Caracas-Venezuela. Disponible en: URL: http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp

X.ANEXOS

Anexo 1: Proyecto de tesis

OBJETIVOS

General:

- Determinar la influencia de los niveles de ansiedad durante la atención bucodental en los pacientes atendidos en la clínica odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe, periodo Abril- Septiembre 2012

Específicos:

- Establecer los niveles de ansiedad de los niños objeto del estudio
- Indagar el tipo de comportamiento que presentan durante la consulta odontológica los niños investigados
- Identificar los estímulos que desencadenan ansiedad dental en dichos niños durante la consulta odontológica
- Investigar los métodos de control utilizados en los niños atendidos por los estudiantes que realizan sus prácticas en la Clínica Odontopediátrica del Hospital antes mencionado

EVIDENCIA FOTOGRAFICA