UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO

"ANSIEDAD DENTAL EN LOS (AS) NIÑOS(AS) DE 4 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO MARZO-JULIO 2015"

Tesis de grado previo a la obtención del título de Odontóloga

AUTORA:

Karen Beatriz Carrión González

DIRECTOR DE TESIS:

Psic. Nelson Ramiro Guiterrez Celi, Mg. Sc.

Loja - Ecuador

2015

CERTIFICACIÓN

Psic. Nelson Ramiro Gutiérrez Celi, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que la presente tesis titulada: **"ANSIEDAD DENTAL EN LOS (AS) NIÑOS(AS) DE 4 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO MARZO-JULIO 2015",** elaborado por la Srta. **Karen Beatriz Carrión González,** previo a obtener el grado de Odontóloga ha sido planificado y ejecutado bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, Carrera de Odontología, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal para el efecto.

Loja, 05 de Noviembre del 2015

Atentamente:

Psic. Nelson Ramiro Gutiérrez Celi, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Karen Beatriz Carrión González,** en calidad de egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, declaro que el contenido de este trabajo de investigación, requisito previo a la obtención del título de odontóloga, es absolutamente original, auténtico y de exclusiva responsabilidad legal y académica de la tutora.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Loja, 05 de Noviembre del 2015

Autora: Karen Beatriz Carrión González

Cédula: 1104792583

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo, Karen Beatriz Carrión González, declaro ser autora de la tesis titulada **"ANSIEDAD DENTAL EN LOS (AS) NIÑOS(AS) DE 4 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO MARZO-JULIO 2015";** como requisito para optar el grado de Odontólogo; autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los cinco dias de Noviembre del dos mi quince.

Autora: Karen Beatriz Carrión González

Firma: _____

Cédula: 1104792583

Dirección: La Argelia

Correo electrónico: karen_carrion13@hotmail.es

Teléfono: 2546252 **Celular:** 0991616037

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Psic. Nelson Ramiro Gutiérrez Celi, Mg. Sc.

Tribual de Grado: Odt. Espc. Zulema de la Nube Castillo Guarnizo
Odt. Espc. Cristian Fernando Palacio Mendieta
Odt. Espc. Andrea María Jiménez Ramírez

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico principalmente a Dios, por la ayuda que me da día a día, quien es el que me permite obtener cada logro tanto a nivel personal y profesional.

A mis padres, porque gracias a su entrega, su dedicación me han apoyado de manera incondicional en toda mi formación, ya que ellos fueron el motor principal para darme fuerza y ánimos para culminar con mi carrera.

A mi hermano, hermana, cuñado y sobrinos quienes me han ayudado en cada momento difícil, y con su apoyo me dieron fortaleza para continuar con la meta propuesta, colaborándome en cada momento de mi vida.

“Todas las mañanas Dios nos muestra su sonrisa”

(Paulo Coelho)

Karen Beatriz Carrión González

AGRADECIMIENTO

Al culminar la presente investigación, queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a todas las personas quienes nos ofrecieron su apoyo para el desarrollo y culminación del presente trabajo.

A mi director, Mg. Nelson Gutiérrez, por su apoyo y disposición, para guiarme durante el desarrollo de la investigación y agradecerle por sus ideas compartidas y consejos.

Al Hospital Universitario por brindarme la oportunidad para poder realizar mi investigación de manera factible.

A la Universidad Nacional de Loja y de manera especial a la Carrera de Odontología ya que a lo largo de estos años formó parte de un segundo hogar para mi formación como profesional.

Karen Beatriz Carrión González

1. TÍTULO

“ANSIEDAD DENTAL EN LOS (AS) NIÑOS(AS) DE 4 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO MARZO-JULIO 2015”

2. RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito evaluar la ansiedad dental entre una población de niños(as) de 4 – 12 años en la Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe, este estudio fue de tipo cualitativo, de corte transversal y descriptivo para llegar al descubrimiento de un principio y establecer cuál es la causa que más incide en el problema para establecer conclusiones, se realizó a 150 niños(as) en el periodo Marzo-Julio 2015. El instrumento que se utilizó fue una encuesta la misma que contuvo parámetros que determinaron los niveles de ansiedad dental infantil. En los resultados se encontró que un 20% de los niños presenta ansiedad y las niñas el 11.33% en edades de 4 a 12 años durante la consulta odontológica, debido a que su mayor temor es ver al dentista taladrando en un 15%, en menos porcentaje el 2% es tener que acudir al hospital; y al aplicar la técnica de manejo del comportamiento obtuvo mayor resultado la técnica “”Decir, Mostrar y Hacer” en un 86% disminuyendo significativamente la ansiedad dental en los(as) niños(as) mejorando el estado emocional.

Palabras clave: Ansiedad Dental, Conducta del niño, Técnicas de manejo del comportamiento.

ABSTRACT

The present investigation took as an intention to evaluate the dental anxiety between a children's population (expert) of 4 – 12 years in the Clinic Odontopediátrica of the University Hospital of Motupe, this study was of qualitative type, of cross and descriptive section to come to the discovery of a beginning and to establish what is the cause that more affects in the problem to establish conclusions, 150 children (expert) were realized in the period In March - July, 2015. The instrument that was used was a survey the same one that contained parameters that determined the levels of infantile dental anxiety. In the results one found that 20 % of the children presents anxiety and the girls 11.33 % in ages from 4 to 12 years during the consultation odontológica, because its biggest fear is to see the dentist piercing in 15 %, in less percentage 2 % is to have to come to the hospital; and on having applied the skill of handling of the behavior, the skill obtained major result “”to Say, to Show and to Do” in 86 % diminishing significantly the dental anxiety in the (expert) children (expert) improving the emotional state.

Keywords: Dental anxiety, child behavior, behavior management techniques.

3. INTRODUCCIÓN

Son muy necesarios los conocimientos centrados en el desarrollo emocional y en el manejo de la conducta de nuestros pacientes. Esta necesidad adquiere una mayor relevancia cuando se trata de atender a pacientes de edades tempranas. Por tanto, la ansiedad dental, y sobre todo infantil, es un tema importante ya que supone un problema con el que nos encontramos de forma frecuente en la consulta dental. Tanto es así, que la actitud de un niño ante el tratamiento dental, suele, con demasiada frecuencia, dificultar dicho tratamiento, debido a que disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento negativo.

El concepto tradicional del dentista como atormentado tiene su origen en el hecho de que los dientes y su tratamiento pueden producir dolor intenso. El tratamiento dental es percibido en la actualidad como una experiencia agónica. El comportamiento de los individuos afecta positiva o negativamente a su salud dental del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales afectan el comportamiento de aquellos que lo padecen.

La ansiedad es un sentimiento humano normal que todos experimentamos cuando nos enfrentamos con situaciones que consideramos difíciles o que suponen una amenaza. La ansiedad frente a la atención dental infantil y un mal comportamiento durante la atención odontológica pueden ser un obstáculo en el tratamiento dental, y afectar la salud oral. La ansiedad dental es un constructo multidimensional que no tiene una causa definida. Se han propuesto distintos

mecanismos por los cuales se desarrolla, por ejemplo, una transmisión desde los padres al hijo.

En la actualidad existen instrumentos específicos, válidos y confiables, para medir los niveles de ansiedad infantil y materna. Esto nos permite prever la conducta, tanto de la madre como del niño durante una atención odontológica. Al disminuir los niveles de ansiedad, es posible mejorar la relación odontólogo-paciente y lograr una mejor colaboración por parte de nuestro paciente. Además se debe analizar y considerar el comportamiento motor y la cooperación del niño(a) durante la atención odontológica. Si no logramos dicha cooperación se corre el riesgo de producir daño físico o psicológico, se requiere más tiempo en la atención o bien se deriva el paciente.

El presente estudio tuvo como propósito evaluar la ansiedad dental y de esta manera tener un conocimiento real sobre esta dificultad y su magnitud, 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 y dificultad para realizar el tratamiento y lo más importante resultados insatisfactorios.

Nos sustentamos en bases científicas las mismas que se detallaron en el marco teórico, el primer capítulo consta sobre ansiedad dental, el segundo capítulo acerca del perfil del niño y el capítulo tres sobre técnicas de manejo del comportamiento en situaciones de ansiedad dental.

Es posible reducir la ansiedad aplicando algunas técnicas adecuadas al manejo de la conducta por parte del odontólogo de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación, para ello las técnicas que se emplean para manejar las emociones del niño, comprenden de aquellos procedimientos que creen cambios en su comportamiento, incrementando su autocontrol, para ofrecer un tratamiento de calidad.

Obteniendo como conclusiones que un 53.33% de los/as niños/as de 4 a 12 años presentaron ansiedad dental antes de ingresar a la consulta odontológica, cuyo procedimiento odontopediátrico que mayor ansiedad provocó es ver al dentista taladrando en un 25% de tal manera que se aplicó la técnica “Decir, Mostrar y Hacer” reduciendo la ansiedad de un 40% a un 14% logrando mantener la colaboración del mismo durante el tratamiento, promoviendo así en el niño/a una actitud positiva hacia la consulta odontológica.

Se recomienda capacitar a los odontólogos sobre el manejo del miedo y la ansiedad en los/as niños/as para evitar traumas en las visitas al odontólogo, fortaleciendo los procesos de atención primaria y la aplicación de diversas técnicas de comportamiento para manejar las emociones a través del abordaje psicológico y emocional del niño.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

1. ANSIEDAD DENTAL

1.1 ANTECEDENTES DE LA ANSIEDAD DENTAL

La preocupación de las Ciencias Odontológicas por mejorar la salud bucal de la población es un hecho no cuestionable. La búsqueda de nuevos productos y de tecnología que aumenten la calidad de vida en relación a la salud oral de las personas avanza a pasos sorprendentes. Muchos de estos esfuerzos buscan mejorar la adherencia al tratamiento odontológico, por lo que un abordaje integral de la enfermedad dental resulta prioritario. (Carrillo-Díaz M., 2012)

Identificar las variables comportamentales que influyen en la salud dental de las personas es imprescindible si se quiere dar un abordaje completo. En este sentido, la ansiedad dental es uno de los factores más relevantes ya que interviene enormemente, entorpeciendo tanto la adherencia al tratamiento, como la consulta de atención dental. Además, la ansiedad dental es considerada un potente predictor de riesgo de caries. (Carrillo-Díaz M., 2012)

Existe una evidencia clara de que la ansiedad dental genera una disminución del estado de salud oral del individuo, aumentando la presencia de caries sin

tratamiento y el número de dientes cariados. Además, se ha demostrado que los pacientes ansiosos tienen más probabilidades de evitar o retrasar el tratamiento y de cancelar la cita con el dentista. (Carrillo-Díaz M., 2012)

De la misma forma, distintos estudios dan cuenta de la relación indirecta existente entre la ansiedad dental y la calidad de vida en relación a salud oral. Además, este fenómeno ha mostrado ser un muy buen predictor de problemas de manejo conducta en el sillón dental. (Macías-Gago A., 2011)

La ansiedad dental presenta una importante prevalencia, con tasas que van del 4% al 23% en países europeos, siendo un fenómeno "sumamente extendido" en el Reino Unido. En Sudamérica, estudios dan cuenta de tasas del 34,7% en preescolares, mostrando a su vez que los padres de dichos niños también presentan una alta incidencia de ansiedad dental (41,1%). En Estados Unidos, de 10 a 12 millones de personas sufren de una severa fobia dental (el estado más grave de ansiedad dental), mientras que 35 millones de personas sufren de ansiedad dental. (Macías-Gago A., 2011)

1.2 CONCEPTO DE ANSIEDAD DENTAL

La ansiedad dental es un fenómeno que influye notablemente en el estado de salud oral, entorpeciendo tanto el manejo del paciente durante la atención dental como la posterior adherencia al tratamiento. Con tasas de prevalencia que van del

4% al 23%, la ansiedad dental es un factor importante a considerar si se quiere mejorar la calidad de vida oral del paciente. (Lara A. 2010)

La ansiedad dental también puede presentarse de manera anticipada, con sólo pensar en el encuentro con un estímulo que provoca miedo. Es así como la persona al saber que tiene cita con el dentista, tiene la expectativa de que una experiencia aversiva se aproxima, generando altos montos de ansiedad. Otra definición de ansiedad dental es un estado de aprensión de que algo terrible pasará en relación al tratamiento dental, lo que va acompañado de un sentido de pérdida de control. (Macías-Gago A., 2011)

No posee una fuente identificable específica, sin embargo provoca en el paciente una sensación de disconfort, frente a la percepción de ataque a su integridad. La respuesta se da a través de una función adaptativa o de defensa propia. (Macías-Gago A., 2011)

1.3 CAUSAS DE LA ANSIEDAD DENTAL

La ansiedad dental es un fenómeno complejo, y su desarrollo no puede justificarse exclusivamente por una sola variable. Dentro de la literatura, un número de factores que han sido consistentemente ligados a una mayor incidencia de ansiedad dental incluyen: (Lara A., 2010)

a) Características de personalidad

b) Temor al dolor

c) Experiencias dentales traumáticas pasadas, particularmente en la infancia (experiencias condicionantes)

d) La influencia de familiares o pares dentalmente ansiosos que despiertan temor en una persona.

e) Temor a la sangre y heridas.

f) Falta de relación de confianza con odontólogo y auxiliares.

g) Existencia de problemas psicológicos de base (Lara A., 2010)

El temor al dolor se ha relacionado fuertemente al desarrollo de ansiedad dental y al evitamiento de tratamiento dental por lo que muchos niños no acuden a la consulta hasta que hay un «problema grave», por lo que les duele, y están más focalizados en ese dolor. Lo ideal sería que los niños acudieran al dentista desde que son pequeños, que se hicieran revisiones periódicas para evitar complicaciones, y que se normalizara la visita al dentista, llegando a ser tan rutinaria como lo puede ser ir al pediatra. (Pérez-Suárez V., 2012)

Varios estudios han demostrado que los procedimientos odontológicos restaurativos ofrecen los factores provocantes de ansiedad dental más potentes, esto es, la vista, el sonido y la sensación vibratoria de las fresas dentales rotatorias, junto con la vista y sensación de la inyección de anestésico local dental. (Pérez-Suárez V., 2012)

Es por esta razón que los pacientes ansiosos que deben pasar por procedimientos restaurativos se manejan a menudo usando la regla de las “4 S”, que apunta a reducir los provocantes de estrés: (Lara A., 2010)

a) Sentido de la vista (ej. Agujas, fresas)

b) Sentido del oído (o sonidos como excavación)

c) Sensaciones (vibraciones de alta frecuencia – con un alto factor de molestia)

d) Sentido del olfato (olores clínicos, como el eugenol y agentes adhesivos) (Lara A., 2010)

En términos generales, la expectación de un paciente de sentir dolor, ser herido y atorarse o ahogarse durante tratamiento puede actuar como un provocador mayor de ansiedad dental. (Lara A., 2010)

1.4 CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD

1.4.1 Trastornos de ansiedad de separación: Consiste en una ansiedad excesiva cuando el niño tiene que separarse de sus padres o de las figuras vinculares principales. Se diagnostica cuando la ansiedad es muy intensa o no es apropiada para la etapa del desarrollo. La ansiedad de separación es un fenómeno normal a partir de los 4-5 meses. A partir de los tres años los niños tienen la capacidad de percibir que separarse no es para siempre ya que pueden tener una representación mental de la madre durante su ausencia. En condiciones normales las manifestaciones normales de ansiedad de separación van disminuyendo entre los 3-5 años. (Ríos Erazo M., 2013)

Las preocupaciones excesivas dan lugar a un típico modelo de relación inadaptado cuya expresión puede variar con la edad (en los niños pequeños tiene

un carácter más vago e inespecífico) y que implica: síntomas somáticos en forma de dolores abdominales, vómitos, cefaleas, náuseas, palpitaciones, temblor, vértigos, lipotimias, síntomas conductuales en forma de evitación de las situaciones temidas y búsqueda de proximidad, cogniciones anormales en forma de temores exagerados a que puedan ocurrir catástrofes. Son niños pegajosos en el contacto que suelen seguir a las figuras vinculares principales en todo momento. Sus miedos tienen repercusión funcional en forma de bajo rendimiento académico y menor implicación en actividades extraescolares que los niños normales. Es un trastorno que suele iniciarse antes de los 6 años, tiende a disminuir a partir de los 12 y se descarta que exista después de los 18 años. Afecta a un 3-5% de los niños y aun 2-4% de los adolescentes. (Ríos Erazo M., 2013)

1.4.2 Trastorno por hipersensibilidad social en infancia: El síntoma predominante es la tendencia del niño a evitar el contacto con personas desconocidas, lo que interfiere en su vida social. La anomalía debe presentarse al menos durante 6 meses para realizar el diagnóstico. La necesidad de eludir el contacto con desconocidos se acompaña del deseo de tener relaciones personales con los familiares y amigos, relaciones que suelen ser entrañables y cariñosas. La ansiedad del niño hace que se muestre tímido y aturdido frente a personas poco conocidas siendo incluso incapaz de hablar o saludar. Típicamente, el niño se siente muy angustiado cuando los familiares le presionan para que tenga dichos contactos. Es un trastorno que suele comenzar a partir de los dos años y medio, cuando desaparece la ansiedad ante el extraño. Lo más

frecuente es que aparezca al inicio de la escolarización. Los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje pueden predisponer al padecimiento del trastorno. (Ríos Erazo M., 2013)

1.4.3 Trastorno de ansiedad fóbica: para llegar a este diagnóstico los niños deben manifestar miedo persistente o recurrente, evolutivamente en una fase apropiada, pero en un grado anormal y asociado a deterioro funcional significativo que debe estar presente más de cuatro semanas. Es normal en niños que éstos presenten temores relacionados con el sueño y el ir a dormir. Los niños pueden manifestarse resistentes a ir a su habitación solos o a permanecer en cama. Cuando están en cama pueden experimentar miedo a ser abandonados, miedo a ladrones, etc. Son frecuentes la aparición de ilusiones perceptivas (errores de reconocimiento de un estímulo real), por ejemplo, el movimiento de una cortina es interpretado como un ladrón o un atracador. (Ríos Erazo M., 2013)

1.4.4 Trastorno de evitación escolar: fobia escolar: Consiste en un temor irracional a la escuela que produce un absentismo a clase total o parcial. Afecta sobre todo a niños entre 11 y 14 años, pero puede observarse entre 5-15 años de edad. Es frecuente que aparezcan picos en momentos de transición escolar primaria-secundaria. Afecta a niños y niñas por igual. (Juan R.Boj., 2010)

1.4.5 Trastorno de rivalidad entre hermanos: Se diagnostica cuando existe un grado importante de perturbación emocional que aparece cuando nace un hermanito. Generalmente consiste en la aparición, en los seis meses después del

nacimiento del hermano, de sentimientos negativos anormalmente intensos hacia éste expresados en forma de rabietas, agresiones al hermano, comportamientos negativistas o de llamada de atención a uno o a los dos padres. A veces, los padres con sus respuestas intervienen en la perpetuación y cronificación del problema. (Ríos Erazo M., 2013)

1.4.6 Trastorno de ansiedad social: Una fuerte sensación de tensión o nerviosismo en situaciones sociales. Típicamente comienza en la adolescencia, aunque se ha diagnosticado en niños de hasta 8 años. Suele iniciarse de forma gradual y es frecuente que vaya precedida de una historia previa de timidez o inhibición social. Las manifestaciones clínicas pueden variar entre niños más pequeños y los adolescentes. (Juan R. Boj., 2010)

1.4.7 Trastorno de pánico: Una sensación súbita de miedo y pavor intenso que sucede sin ninguna causa, es un trastorno psiquiátrico común cuya principal manifestación consiste en crisis de angustias recurrentes e inesperadas. Por crisis de angustia entendemos aquellos episodios de miedo intenso o malestar que tienen un inicio brusco, alcanzan un pico de intensidad en 10 minutos, y se acompañan de al menos 4 de 13 síntomas somáticos o cognitivos entre los que se encuentran palpitaciones, temblor, temor a morir o perder el control, etc. (Juan R.Boj., 2010)

1.4.8 Trastorno de ansiedad generalizada: Se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesivas y descontroladas que se presentan la mayor parte de los días y durante al menos varias semanas seguidas.

Las preocupaciones son múltiples y variables; son niños “preocupones” que sufren constantemente de temores poco realistas referidos a su competencia, desempeños pasados o por el futuro. También se preocupan mucho por la puntualidad; posibles eventos futuros. (Juan R.Boj., 2010)

1.4.9 Trastorno obsesivo compulsivo: Pensamientos frecuentes, a menudo perturbadores, que pueden provocar conductas llamadas compulsiones que aparentemente no se pueden detener ni controlar. (Ríos Erazo M., 2013)

1.4.10 Trastorno por estrés postraumático: Recuerdos vividos y atemorizantes, así como pesadillas de un evento traumático. (Ríos Erazo M., 2013)

1.4.11 Fobias: Temor extremo a cosas o situaciones que presentan muy poco o ningún peligro real. (Ríos Erazo M., 2013)

1.5 PRINCIPALES SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

Los síntomas característicos de los Trastornos de Ansiedad difieren de los sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud en que se manifiestan externamente como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas, reacciones que escapan del control voluntario de la persona, tienen un carácter intenso y recurrente, generan incomodidad y malestar e interfieren significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles. (Thomson WM., 2012)

Entre los principales síntomas tenemos:

1.5.1 Síntomas cognitivos o de pensamiento

1.5.1.1 Preocupación: Todos los seres humanos tenemos preocupaciones, es parte de la vida sentir incertidumbre, frustraciones e inseguridades. El asunto trata de aprender a manejarlas, de modo que podamos ser felices. Los niños también se preocupan, también sufren por sus problemas. (Thomson WM., 2012)

Es muy importante que el niño sienta que te importa y que lo apoyas. Tratar de entenderlo, no de minimizar la importancia de aquello que le preocupa. Darle un lugar central al problema y ayúdalo a analizar juntos qué sucede y cómo solucionarlo. Tu atención y comprensión pueden ser la base de todo. (Thomson WM., 2012)

1.5.1.2 Inseguridad: Es una emoción, que en cierto grado puede ser considerada normal. A todos nos surge la inseguridad ante una situación que no conocemos o no manejamos. Pero en ocasiones la inseguridad puede ser excesiva y afectar a las actitudes y la calidad de vida de los pequeños, provocando una gran tensión interior. (Thomson WM., 2012)

Muchas son las causas que pueden provocar inseguridades, pero el ambiente que rodea al pequeño es fundamental para fomentar su confianza. (Thomson WM., 2012)

Las características del Ambiente que propicia la inseguridad son:

a) Ambiente donde se exige demasiado al pequeño.

b) Crítica y corrección constante.

c) Desatención y distancia emocional con las personas cercanas.

d) Comparaciones constantes donde los niños y niñas quedan menospreciados.

e) Modelos inseguros. Los niños y niñas aprenden mejor las actitudes que observan y tienden a imitarlas. (Thomson WM., 2012)

1.5.1.3 Miedo o temor: Es una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, sea real o no la amenaza. Es una respuesta normal, necesaria y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al Organismo para reaccionar ante una situación de peligro. Estos miedos son necesarios para la supervivencia del hombre. Los temores se convierten en la niñera del niño cuando éste comienza a alejarse de la madre y empieza a explorar el mundo por sí solo. (Sassaroli y Lorenzini., 2011)

El niño evita la mayoría de los peligros como respuesta al miedo. Este aparece cuando se viven situaciones de inseguridad que el niño no puede controlar. La infancia es la etapa en la que el ser humano siente más miedos. Cuando los niños sienten miedo son incapaces de autocontrolarse, lo único que hacen es intentar evitar la situación. (Sassaroli y Lorenzini., 2011)

1.5.1.4 Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad): Médico psiquiatra, designa como un complejo de inferioridad, para designar sentimientos de insuficiencia e incluso incapacidad para resolver los problemas, lo cual hace que la persona se sienta un fracaso en todos o en algunos aspectos de su vida. Es lo que hoy denominamos baja autoestima, que tiene lugar cuando no se tiene conciencia del propio valor personal. La baja autoestima puede comprometer todas las relaciones, en lo personal, profesional, afectivo, familiar, social. (Sassaroli y Lorenzini., 2011)

1.5.1.5 Anticipación de peligro o amenaza: El término amenaza es una palabra que se utiliza para hacer referencia al riesgo o posible peligro que una situación, un objeto o una circunstancia específica puede conllevar para la vida, de uno mismo o de terceros. La amenaza puede entenderse como un peligro que está latente, que todavía no se desencadenó, pero que sirve como aviso para prevenir o para presentar la posibilidad de que sí lo haga. El término se suele utilizar cuando se dice que determinado producto o determinada situación es una amenaza para la vida. (Newton JT., 2013)

1.5.1.6 Dificultad de concentración El entorno de un niño está repleto de informaciones, novedades y estímulos. Tal vez, por eso, sea difícil para ellos mantener una atención y una concentración en los estudios y en sus tareas de un modo particular. La atención general que requiere cualquier aspecto novedoso en su vida presenta, en ocasiones, dificultades en el aprendizaje. (Newton JT., 2013)

A través de la atención, nuestra mente puede centrarse en un estímulo de entre todos los que hay a nuestro alrededor para ignorar todos los demás. Con la concentración, una de las habilidades fundamentales en el proceso de conocimiento, mantenemos la atención focalizada sobre un punto de interés, durante el tiempo que sea necesario. Sin concentración es prácticamente imposible aprender algo, por tanto, la concentración es imprescindible para el aprendizaje. (Newton JT., 2013)

1.5.1.7 Dificultad para la toma de decisiones: Es uno de los aspectos más trascendentales de la vida. Una tarea complicada cuyas consecuencias se debe afrontar con madurez y optimismo, pues no siempre resultan como deseamos. (Newton JT., 2013)

A diario nos enfrentamos a una constante toma de decisiones, diversas alternativas se presentan ante nosotros obligándonos a optar por unas u otras, en la mayoría de las ocasiones sin garantizarnos una correcta elección. (Newton JT., 2013)

Los niños muy pequeños y algunos niños con discapacidades pueden experimentar dificultades para expresar sus puntos de vista a través del discurso pero pueden animarse a hacerlo a través del arte, la poesía, el juego, la escritura, las computadoras o el canto. (Newton JT., 2013)

1.5.1.8 Desobediencia: Se debe a diferentes causas; entre ellas a una respuesta irracional por parte de los padres a sus hijos, se puede relacionar con trastornos del temperamento del niño, por problemas escolares, el estrés en el ambiente familiar, miedos e incluso conflictos entre sus propios padres. Algunos niños tienen un largo historial de pérdida del control y sin cualquier cooperación con los padres tornando su desobediencia en un problema bastante serio. Cuando el niño es desobediente durante bastante tiempo, sin ganas de colaborar ni dialogar y tienen algunos ataques en contra de sus padres u otras personas. Entendemos que estamos delante de un conflicto y problema de organización en el ambiente familiar. Un niño puede rechazar la autoridad de sus padres pensando que sus papás además de no aprobar su comportamiento, también no les gusta a ellos como personas. Y así los niños pueden incluso estar infelices con ellos mismos y perder su autoestima. (Newton JT., 2013)

1.5.2 Síntomas Motores u observables

1.5.2.1 Hiperactividad Se trata de niños que desarrollan una intensa actividad motora, que se mueven continuamente, sin que toda esta actividad tenga un propósito. Van de un lado para otro, pudiendo comenzar alguna tarea, pero que abandonan rápidamente para comenzar otra, que a su vez, vuelven a dejar inacabada. (Álvarez Quesada C., 2010)

Esta hiperactividad aumenta cuando están en presencia de otras personas, especialmente con las que no mantienen relaciones frecuentes. (Álvarez Quesada C., 2010)

Generalmente comienza en la niñez pero puede continuar en la adultez. Es el trastorno de la conducta más comúnmente diagnosticado en los niños. Este trastorno se diagnostica mucho más frecuentemente en niños que en niñas. (Álvarez Quesada C., 2010)

1.5.2.2 Inestabilidad motriz: El niño con inestabilidad motriz es incapaz de inhibir sus movimientos y de mantener un esfuerzo de forma constante. Suele predominar la hiperactividad y las alteraciones en los movimientos de coordinación motriz. (Álvarez Quesada C., 2010)

Suele tratarse de un niño problemático y al adaptado en el ámbito escolar; presenta problemas de atención, de memoria y comprensión. El propio fracaso escolar aumenta su desinterés por los aprendizajes, desencadenando toda una secuencia de alteraciones que recaen a su vez sobre otras. (Álvarez Quesada C., 2010)

1.5.2.3 Dispraxia: Es una entidad poco conocida para muchos padres. Se trata de una alteración psicomotriz en los niños que da lugar a torpeza, lentitud y dificultad para realizar movimientos coordinados aparentemente sencillos que requieren la coordinación de varios grupos musculares, como por ejemplo escribir, peinarse, atarse los zapatos, jugar al balón o montar en bicicleta. (Thomson WM., 2012)

Los **síntomas de la dispraxia** pueden comenzar a ser visibles desde el año de edad, pero se hacen más evidentes durante la edad escolar, entre los cinco y los once años. Se estima que pueden sufrirla entre un 2% y un 5% de los niños en esta etapa. (Thomson WM., 2012)

1.5.2.4 Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal: La edad de comienzo de la tartamudez es típicamente entre los 2 y 4 años, y su diagnóstico requiere la presencia de espasmos, que pueden ser tónicos. Este trastorno se denomina también tartamudez fisiológica o evolutiva, y tiene comienzo temprano y pocos meses de duración. (Thomson WM., 2012)

Los trastornos de la comunicación oral constituyen un motivo de consulta frecuente. Es necesario reconocerlos y tratarlos tan temprano como sea posible, para dar al niño la mejor oportunidad de vencer su impedimento antes de ingresar al sistema escolar básico. Estas alteraciones pueden comprometer en grados variables al sistema de lenguaje, al habla y a la voz. (Thomson WM., 2012)

Un niño presenta un trastorno de lenguaje, cuando tiene una inhabilidad para comprender y/o expresar significados en forma efectiva. (Thomson WM., 2012)

1.5.2.5 Conductas de evitación: Trastorno de conducta de evitación es un tipo de trastorno mental que se desarrolla cuando una persona consciente o inconscientemente, se escapa de una situación incómoda, en lugar de tratar con ella. Por lo general se desarrolló a partir de miedo para cualquier situación dada.

Se ve que las personas que sufren de ansiedad, estrés o depresión, son más propensos a este comportamiento. (Juan R.Boj., 2010)

En los niños, este trastorno es muy común, sobre todo si son rechazados o ignorados por sus padres, así como los compañeros. De hecho, la conducta de evitación en el aula y la escuela se observa hasta en un cinco por ciento de todos los niños que van a la escuela. Los niños fingen enfermedades o inventar otras excusas para evitar la escuela son algunos de los signos visibles de la evitación de la escuela. (Juan R.Boj., 2010)

1.5.3 Síntomas fisiológicos o corporales

1.5.3.1 Síntomas cardiovasculares: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. (Juan R.Boj., 2010)

La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. (Juan R.Boj., 2010)

Los síntomas del ataque al corazón consisten en:

a) Dolor o molestias en el pecho,

b) Dolor o molestias en los brazos, hombro izquierdo, mandíbula o espalda. (Juan R.Boj., 2010)

Además puede haber dificultad para respirar, náuseas o vómitos, mareos o desmayos, sudores fríos y palidez. La dificultad para respirar, las náuseas y vómitos y el dolor en la mandíbula o la espalda son más frecuentes en las mujeres. (Juan R.Boj., 2010)

1.5.3.2 Síntomas respiratorios: Entre los síntomas más corrientes de los trastornos respiratorios se destacan la tos, el ahogo (disnea), el dolor torácico, la respiración sibilante, el estridor (sonido semejante a un graznido al respirar), la hemoptisis (esputo con sangre), la cianosis (coloración azulada de la piel), los dedos en palillo de tambor y la insuficiencia respiratoria. Algunos de estos síntomas no siempre indican un problema respiratorio. El dolor de pecho también puede ser consecuencia de un problema cardíaco. (Juan R.Boj., 2010)

1.5.3.3 Síntomas gastrointestinales: Las enfermedades gastrointestinales son todas aquellas patologías que afectan a los órganos que conforman el sistema digestivo. Este tipo de patologías son frecuentes y la mayoría de las personas ha sufrido algún problema digestivo en algún momento. La gravedad depende del tipo de enfermedad. (Juan R.Boj., 2010)

Entre los síntomas tenemos: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas. (Juan R.Boj., 2010)

1.5.3.4 Síntomas genitourinarios: Los trastornos genitourinarios pueden cursar de forma inespecífica, aunque suelen presentar una serie de alteraciones clínicas y de laboratorio que sugieren su origen en una patología renal primaria o en una enfermedad sistémica con afectación renal. (Juan R.Boj., 2010)

Entre los síntomas renales típicos destacan las alteraciones en la micción, en el volumen o el aspecto de la orina, la hematospermia en varones o el dolor, el edema y síntomas y signos inespecíficos en caso de insuficiencia renal. (Juan R.Boj., 2010)

1.5.3.5 Síntomas neuromusculares: Las enfermedades neuromusculares afectan los nervios que controlan los músculos voluntarios. Los músculos voluntarios son los que se pueden controlar, como es el caso de los brazos y las piernas. Las células nerviosas, también llamadas neuronas, envían mensajes que controlan esos músculos. Cuando las neuronas se enferman o se mueren, la comunicación entre el sistema nervioso y los músculos se interrumpe. Como resultado, los músculos se debilitan y se consumen. La debilidad puede conducir a espasmos musculares, calambres, dolores y problemas articulares y del movimiento. Algunas veces, también afecta la función cardiaca y la capacidad para respirar. (Juan R.Boj., 2010)

1.5.3.6 Síntomas neurovegetativos: Son aquellos producidos por la hiperactividad del sistema nervioso autónomo o neurovegetativo, en particular del sistema nervioso simpático, que tiene a su cargo la respuesta de alarma, y se

manifiestan en los diferentes aparatos que integran el cuerpo humano. Los síntomas frecuentes son: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos. (Juan R.Boj., 2010)

1.6 CONDUCTA

Es una acción que puede ser observada y medida. Observar la conducta de un niño es mucho más fácil que observar la de un adulto, debido a que las acciones del primero son en general más honestas. Las reacciones de un niño son con frecuencia el producto directo de sus sentimientos y no están disfrazadas por mecanismos de defensa y experiencias previas. Es importante que el dentista sea capaz de definir la conducta apropiada o inapropiada antes de que pueda reforzarla o cambiarla. La conducta que observamos muchas veces en el paciente pediátrico en su primer visita odontológica, hace que llevemos a cabo un manejo de conducta en forma errónea, debido a que no se han obtenido datos suficiente en la historia clínica que habitualmente es manejada para saber el motivo de su conducta, se debe dar un vistazo al ambiente familiar en el que se desarrolla y en el que está creciendo el niño.

1.6.1 Factores que determinan la conducta del niño en la consulta: Uno de los aspectos más importantes en odontopediatría es el control de la conducta de los pacientes infantiles. Sin una cooperación por parte del niño es imposible realizar con éxito el tratamiento dental, por lo que nuestros odontopediatras ponen especial atención en este aspecto. Su principal objetivo es que el niño tenga una

actitud positiva frente el tratamiento de odontopediatría que se le aplica, un aspecto que depende de muchos factores. Veamos cómo actúan nuestros profesionales para promulgar una buena actitud del niño y qué pueden hacer los padres al respecto (ROSA VIRUES, 2012)

Varios dentistas usan simple sistema de señales (como levantar la mano) para dar control a los pacientes y es particularmente útil con niños.

1.6.1.1 La influencia de los padres: El papel que juega la madre, puede ser de doble efecto. Unas veces sirve de gran ayuda por su comprensión con el profesional y en este caso, su posición en esta tríada: odontólogo-paciente-madre, es positiva. Pero otras veces su posición es negativa y más bien obstaculiza un buen manejo de su niño. Este tipo de madres se llaman “madres problema”, que resulta siendo a veces en mayor número y complejidad de manejo. A los padres los podemos clasificar según sus actitudes en: (ROSA VIRUES, 2012)

a) Padres extremadamente afectuosos
b) Padres extremadamente protectores
c) Padres extremadamente indulgentes
d) Padres ansiosos
e) Padres autoritarios
f) Padres rechazantes

1.6.1.2 Actitud de la familia: Los miedos subjetivos pueden ser adquiridos por imitación, los niños que provienen de hogares y ambientes familiares

estructurados y organizados presentan menos problemas, se debe enseñar al niño que la consulta dental no es un lugar que deba ser temido. La odontología nunca debe ser usada por los padres como una amenaza hacia el niño. (ROSA VIRUES, 2012)

1.6.1.3 Experiencias previas: Los niños que han tenido experiencias negativas previas, la manera en que se presenta la información sobre el tratamiento que van a recibir puede sensibilizarlos negativamente e incrementar la ansiedad. Esta variable es tal vez la más difícil de corregir, ya que el niño ha tenido una mala experiencia odontológica y sabe qué procedimiento le causará molestia o dolor. Por tal motivo no se puede engañar al niño. (ROSA VIRUES, 2012)

Fig. 1. Ansiedad dental

1.6.1.4 El atuendo del odontólogo: La vestimenta clásica de color blanco y de diseño hospitalario, identifica a un personaje que en edades tempranas, ha causado algún tipo de malestar en el niño. El odontólogo debe usar una vestimenta atractiva pero sobria, sport pero seria, cómoda pero elegante, sin exageraciones con el objetivo de inspirarle confianza al niño y hacerlo sentir cómodo. (Goran Koch, 2011)

1.6.1.5 Separación de los padres y miedo a lo desconocido: Afectan en especial al grupo de niños entre los 3 y 6 años, desaparecen paulatinamente a partir de los 6 años. (Goran Koch, 2011)

1.6.1.6 Presencia de los padres durante el tratamiento dental: Para los niños más pequeños de 2-3 años, la presencia de la madre o el padre representan una gran ayuda; indudablemente 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 incluso puede influir negativamente y deteriorar el contacto entre el profesional y el niño. (Goran Koch, 2011)

1.6.1.7 Coeficiente intelectual: Al parecer 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. (Goran Koch, 2011)

1.6.1.8 Edad: Existe una relación entre edad, ansiedad y conducta en el ámbito dental. Niños más pequeños muestran mayores niveles de ansiedad y mayores niveles de conductas no apropiadas que niños de edades más avanzadas. (Goran Koch, 2011)

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. Los niños pierden sucesivamente el miedo y se vuelven más cooperadores a medida que el tratamiento progresa. (Goran Koch, 2011)

1.6.1.9 Sexo: Las diferencias con respecto al sexo pueden aumentar con la edad debido a diversos procesos de socialización. Sólo a partir de los 7 años, las niñas muestran más miedo que los niños. (Goran Koch, 2011)

1.6.1.10 Duración de la visita: Las visitas no deben ser demasiado largas y es fundamental hacer pausas. Visitas de corta duración parecen más apropiadas para niños preescolares. (Goran Koch, 2011)

1.6.1.11 Hora de la visita: Las visitas por la mañana son preferibles a las visitas por la tarde en niños de más corta edad, ya que por la mañana no están tan cansados como por la tarde y pueden ofrecer mayor rendimiento. (Goran Koch, 2011)

1.7 ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO DENTAL

Rud y kisling crearon una escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente dental y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental.

- **GRADO 3. ACEPTACIÓN POSITIVA**: Voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental con los

brazos apoyados en él, ojos brillantes, tranquilos o vivos y móviles. (Goran Koch, 2011)

- **GRADO 2. ACEPTACIÓN INDIFERENTE**: Conversaciones o preguntas dubitativas o demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indecisos, falta de atención. (Goran Koch, 2011)

- **GRADO 1. ACEPTACIÓN CON DESGANA:** Falta de conversación, de respuesta y de interés, posición poco relajada en el sillón dental. (Goran Koch, 2011)

- **GRADO 0. NO ACEPTACIÓN**: Protestas verbales o físicas manifiestas o llanto. (Goran Koch, 2011)

1.8 EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD DENTAL

Existen varios instrumentos ampliamente utilizados en el mundo, que buscan identificar la ansiedad dental en la población, que buscan identificar el nivel de ansiedad del paciente cuando visitará al dentista, cuando está en la sala de espera, cuando toma los instrumentos para trabajar en sus dientes y cuando el dentista prende el micromotor para trabajar en sus dientes.

Los trastornos de ansiedad suelen presentarse en la consulta del pediatra en forma de quejas somáticas de índole neurológico, cardiovascular o gastrointestinal. Identificar y delimitar estos trastornos puede llegar a ser una tarea ardua y difícil pues los niños suelen experimentar solamente el componente físico de la ansiedad. De hecho, los niños raramente describen su malestar como ansiedad directamente. Cuanto más pequeño es el niño, más limitada es su capacidad para simbolizar sus estados subjetivos y expresarlos verbalmente. Es muy importante que los pediatras tengan siempre presente la ansiedad como el motivo subyacente de las quejas físicas de los pequeños de Atención Primaria (AP); esto puede ayudar a evitar derivaciones a veces innecesarias, mal dirigidas y muy costosas. (Goran Koch, 2011)

1.8.1 Facial Image Scale (FIS): Instrumento utilizado para medir la ansiedad dental en niños es el Facial Image Scale (FIS), creado por Buchanan y Niven, el cual puede ser aplicado a niños de entre 3 a 18 años. (Goran Koch, 2011)

Se compone de una hilera de cinco caras que van desde mucha felicidad a mucha infelicidad, y se le pide al niño que puntúe cuál de las caras representa más cómo se siente en ese momento. Este instrumento muestra una adecuada facilidad de aplicación, siendo utilizado tanto en contextos europeos como latinoamericanos. (Goran Koch, 2011)

Esta escala puede ser útil en niños, en pacientes que tengan una alteración cognitiva media-moderada, o en pacientes con algún problema en el lenguaje. (Goran Koch, 2011)

1.8.2 Children´s Fear Survey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS): Creado por Cuthbert es un cuestionario que busca identificar el nivel de ansiedad dental, relacionado con diversos aspectos del tratamiento, tanto procedimientos invasivos como situaciones médicas generales. (Cuthbert y Melamed, 1982)

La escala está construida para niños de entre 4 a 12 años, quienes deben responder quince ítems, las obtenidas se encuentran en rangos de 15 a 75 puntos, y al obtener puntajes iguales o mayores a 45 puntos, se presentan altos montos de ansiedad. Estudios europeos, estadounidenses y chinos confirman las adecuadas propiedades psicométricas de este instrumento. (Cuthbert y Melamed, 1982)

1.9 PROPUESTA DE ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LOS PROBLEMAS DE ANSIEDAD

1.9.1 Evaluación del problema

1.9.1.1 Motivación: cuando un niño empieza a manifestar signos de ansiedad, hay que intentar ayudarle a expresar abiertamente el motivo de su ansiedad. Para ello, es necesario mantener una actitud empática, escuchando sus

dificultades y nunca recriminarle su falta de éxito en sus intentos de solucionarlo. Hay que intentar normalizar sus sentimientos, trasmitirle que cualquiera en su lugar se sentiría igual, de tal manera que le damos la oportunidad de hablar sin vergüenza y con sinceridad del problema. Si le hacemos sentirse culpable por sus miedos o problemas, o les hacemos ver nuestra decepción, probablemente no se atreverá a hablar de nuevo y habremos perdido la oportunidad de intervenir en las fases iniciales del trastorno. Los médicos de familia y pediatras son modelos directos de conducta para los padres y, por ello, es importante que se dedique un tiempo a saber cómo es el niño psicológicamente, cómo se enfrenta a las situaciones y valorar su experiencia. (Maturana, José., 2009)

1.9.1.2 Fase evolutiva en la que se encuentra el niño: Cuando un niño viene a nuestra consulta aquejado de problemas de ansiedad, en primer lugar se considerará la fase evolutiva en la que se encuentra, según su edad cronológica, y se decidirá si la ansiedad experimentada corresponde a un estadio normal de desarrollo o no. Se tendrán en cuenta, además, la frecuencia, la intensidad y la duración de la respuesta de ansiedad, de tal manera que, aunque la respuesta sea normal dentro del desarrollo, podría ser excesiva en estos tres aspectos. (Maturana, José., 2009)

1.9.1.3 Realidad de la situación amenazante: Una vez que se ha decidido que la respuesta de ansiedad está impidiendo el normal desarrollo del niño y, antes de realizar una intervención terapéutica, lo primero que hay que analizar es si la amenaza es real. (Maturana, José., 2009)

1.9.1.4 Historia y características personales: Se considerarán otros aspectos que puedan estar conformando la respuesta de ansiedad. Las características físicas como el tamaño y la fuerza o las habilidades motoras, las experiencias vitales asadas de éxito o frustración, las experiencias afectivas y de relación con los padres, su capacidad cognitiva o sus habilidades sociales son aspectos a tener en cuenta a la hora de evaluar la respuesta de ansiedad de un niño ante una situación determinada. No todos los niños responden igual ante la misma situación. Es fundamental, pues, valorar la historia personal del niño, así como si la ansiedad está relacionada con un déficit en habilidades específicas, como las habilidades motoras, de lenguaje, cognitivas, académicas y sociales. Será importante, también, analizar si hay situaciones similares en las que el niño muestra una competencia acorde a su edad. (Maturana, José., 2009)

1.9.1.5 Historia familiar y respuesta ante las dificultades del niño: Se analizarán los antecedentes familiares de ansiedad, los modelos de respuesta ante situaciones potencialmente amenazantes y la respuesta de las personas al cuidado del niño. Se observará si minimizan el problema, si ridiculizan al niño, si lo sobreprotegen, si hay diferencias de respuesta entre los padres, el estilo y calidad de la relación afectiva entre los distintos miembros de la familia, etc. (Maturana, José., 2009)

CAPÍTULO II

2. PERFIL DEL NIÑO

2.1 PERFIL DEL NIÑO COOPERADOR

Los niños cooperadores están razonablemente relajados. Tienen un mínimo de aprensión. Pueden estar entusiasmados. Y pueden ser tratados con un abordaje directo y conciso. (Ríos Erazo M., 2013)

2.2 FALTA DE CAPACIDAD DE COOPERACIÓN

Esta categoría incluye a los niños muy pequeños con los cuales no se puede establecer una comunicación y de los cuales no puedes esperar comprensión. La causa de su no cooperación puede ser la edad. (Ríos Erazo M., 2013)

2.3 POTENCIALMENTE COOPERADORES

Los niños potencialmente cooperadores son los niños con “problemas de conducta”. El niño como potencialmente cooperador presenta diferentes cambios en el estado de ánimo como son: descontrolados, desafiantes y tímidos. (Ríos Erazo M., 2013)

2.3.1 Niño con alteración emocional: La ansiedad es un fiable de alteración emocional, cuando la ansiedad que acompaña a una cita dental se complica con la de un problema psicoemocional, a menudo se presenta una explosión conductual. Los niños afectados desde el punto de vista emocional son, en términos generales, pacientes dentales muy difíciles. (Ríos Erazo M., 2013)

2.3.2 Enfermos crónicos y otras situaciones traumáticas: Un niño que padece alguna enfermedad crónica puede presentar problemas de conducta cuando los padres actúan con él dejando de premiar o castigar sus acciones de manera coherente. Los niños necesitan límites, reglas y respuestas lógicas a sus actitudes, a pesar de otras circunstancias que influyan en sus vidas. Los niños abandonados y maltratados poseen un porcentaje más alto de padecimiento emocional y fácilmente presentan problemas de colaboración en citas dentales. Cuando se sospecha maltrato y abandono legal de informar a las autoridades respectivas. (Ríos Erazo M., 2013)

2.3.3 Padecimiento infantil tímido o introvertido: La introversión y la timidez constituyen un problema para los niños, en particular los muy pequeños, los niños tímidos sufren un periodo complicado de ajuste ante las expectativas de una cita dental. Como con todos los niños, el primer objetivo del odontólogo es establecer empatía, confianza y comunicación. (Ríos Erazo M., 2013)

2.3.4 Niño atemorizado: Un niño con miedo representa un reto enorme para el odontólogo, así como para maestros, médicos, padres y cualquiera que lo trate.

Estos miedos incluyen, miedo a la lesión corporal, temor a las agujas, y temor en general a lo desconocido. (Ríos Erazo M., 2013)

La información, la experiencia y el sentido común permiten al profesional establecer de modo fiable las razones que motivan al niño. (Ríos Erazo M., 2013)

Algunas de las observaciones que un padre y el clínico pueden utilizar para reconocer al niño muy temeroso ante la cita odontológica son:

a) Paciente incapaz de eliminar sus temores ante la cita dental, aun cuando lo preparen el odontólogo o sus padres, ya sea por su edad cronológica.
b) El niño reacciona de manera exagerada a los temores por otras alteraciones emocionales en su vida.
c) El niño incorpora miedo de sus compañeros, hermanos o padres, lo cual recibe el nombre de temores adquiridos.
d) El paciente sufrió una experiencia mala y dolorosa en el consultorio del médico o de otro odontólogo o en el hospital.
e) El niño presenta alguna enfermedad emocional. (Ríos Erazo M., 2013)

2.3.5 Niño con aversión a la autoridad: La autoridad del odontólogo durante el tratamiento dental, sigue un paralelismo con la del profesor o la de los padres, y sin querer caer en demagogias, la experiencia demuestra que los cambios demográficos, socio-culturales y económicos, hacen que en este momento, el número de niños que no aceptan la autoridad de los adultos esté aumentando. La

conducta de estos pacientes consentidos, sobreprotegidos y en ocasiones rebeldes. (Ríos Erazo M., 2013)

2.4 CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), el manejo del comportamiento se entiende como “la interacción continua entre el niño y el odontólogo para así suministrarle la confianza necesaria”. (Soto R.M., 2005)

2.4.1 Conducta descontrolada: Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pedirá al padre que haga pasar al niño al consultorio. Es preferible que sea éste quien cumpla esta función de sentar al niño en el sillón dental y haga un intento inicial por establecer la disciplina. Si tiene éxito, será grato para todos; pero si no lo tiene, no queda otra alternativa que hacerse cargo el odontólogo y establecer los lineamientos del comportamiento correcto. (Soto R.M., 2005)

2.4.2 Conducta desafiante: Inicialmente se intentará establecer una comunicación. Con frecuencia puede resultar difícil llegarle al niño, pero éste está muy consciente de lo dicho por el odontólogo. Es importante ser firme, confiado y establecer parámetros claros para la conducta y a la vez se deben delinear claramente los objetivos del tratamiento. Una vez establecida la comunicación, estos pacientes pueden tornarse muy cooperativos (Soto R.M., 2005)

2.4.3 Conducta tímida: A estos pacientes habrá que acercárseles con confianza, con cariño, lo más receptivo posible. Lo mejor será un abordaje suave,

estimulando su confianza en sí mismo, para que éste acepte la atención odontológica (Soto R.M., 2005)

2.4.4 Conducta cooperativa tensa: Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difícil de tratar. Se requerirá estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente. Los signos de aprensión manifestados por estos niños son, retorcer las manos, transpirar, afirmarse fuerte del sillón, también pueden ser indicios de incomodidad. Es necesario en todo momento asegurarse de los niveles de comodidad, para estar seguro que no habrá una actitud negativa por parte del paciente (Soto R.M., 2005)

2.4.5 Conducta llorosa: Este tipo de reacción generalmente confunde al odontólogo y al personal auxiliar; puede también, elevar los niveles de ansiedad de los presentes en el acto. La disciplina, autoridad y decisión del profesional deben estar presentes para dominar la situación, con el fin de seguir acercándose a estos niños de manera afectiva. Hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable de sus gemidos (Soto R.M., 2005)

Fig. 2. Conducta llorosa

2.5 PERFILES DE CONDUCTA EN LAS DIFERENTES EDADES

La identificación de los logros alcanzados por el niño constituye la base de la evaluación del desarrollo. La falta de determinado logro puede significar un factor de riesgo y su detección precoz permite aprovechar esa oportunidad muchas veces breve de compensación. La actividad psíquica se inicia desde la gestación. (Macías-Gago A., 2011)

El período o etapa oral se inicia al nacer y se extiende hasta los dos años y medio de edad, aunque el reflejo de succión comienza en la vida intrauterina. (Macías-Gago A., 2011)

El momento del nacimiento es una experiencia muy importante para el ser humano que pasa del llamado estado de nirvana o paradisíaco de vida intrauterina (en el cual tiene el máximo confort), a un ambiente que de pronto le es hostil. (Macías-Gago A., 2011)

Tiene la necesidad de desarrollar por sí mismo funciones que aseguren su supervivencia. En esta etapa la boca y la zona peribucal son el centro más activo de sensibilidad. El niño satisface por la boca su necesidad de alimento y afecto, asimismo intenta reconocer su propio cuerpo e interaccionar con su ambiente de modo que es normal que lleve a ella los objetos y extremidades de su cuerpo, "el mundo le entra a través de la boca". (Macías-Gago A., 2011)

En la primera infancia, hasta los dos años de edad, el niño depende de su madre para el cuidado y la protección estando fuertemente unido a ella. Aunque el cordón umbilical se corta al nacer, los lazos emocionales se conservan con gran fuerza. Dada su gran dependencia, la asistencia odontológica debe brindarse en los brazos de uno de sus padres. (Macías-Gago A., 2011)

El niño de dos años de edad ha crecido mucho y ha hecho grandes logros, por ejemplo: controla los esfínteres. Desde el punto de vista odontológico se encuentra completando su dentición caduca, es capaz de usar el cepillo de dientes porque domina la prensión voluntaria dígito-palmar, desarrolla destrezas manuales de cierta complejidad y puede comprender órdenes sencillas. Es una edad, según Gesell, de equilibrio, si siguiera toda la vida así no crecería. (Macías-Gago A., 2011)

A los dos años y medio se produce un marcado desequilibrio de la conducta ya que a esta edad descubren la doble opción, por lo que a esta etapa Gesell la llama de la doble vía. El niño sabe que se puede poner el buzo azul o el rojo. Descubre que hay dos posibilidades por lo menos, pero no puede todavía elegir, porque no tiene desarrollada la capacidad inhibitoria del saber que si elige algo, pierde siempre lo otro. Él quiere las dos cosas, con la consiguiente frustración de todo el medio que lo rodea. Ha descubierto, porque está creciendo, la doble posibilidad. (Göran Koch., 2011)

Sin embargo el niño va a poder elegir en la siguiente etapa, a los tres años, es decir muy poquito tiempo después, tan sólo un semestre lo separa de una capacidad mayor. Por lo tanto esta comprobación está demostrando que en la consulta se debe esperar a veces que se vaya cumpliendo el proceso evolutivo en los niños, su progreso, que no depende del estímulo externo, porque por mucho que se haga, igualmente tiene que transitar esa etapa de desarrollo. (Göran Koch., 2011)

A los tres años de edad, la conducta vuelve a balancearse y Gesell lo llama el "delicioso 3 años", que está dispuesto siempre a agradar al adulto. Es la edad de la socialización. Desarrolla gran autonomía y habilidad para las tareas cotidianas. Comienza a vestirse solo y a comer con cierta prolijidad. Disfruta de los juegos colectivos, comprende órdenes complejas y conoce su sexo. En la encuesta antes mencionada los padres y maestros dirían que la edad más encantadora de la preescolaridad es a los tres años. (Göran Koch., 2011)

La conducta vuelve a desequilibrarse a los tres años y medio, Gesell los define como introvertidos y llorones. Por ejemplo: Cuando están en la recepción del consultorio y llega otro paciente muy afectuoso no les agrada, ya que les disgusta compartir el afecto de su odontólogo con otros niños. (Göran Koch., 2011)

A los cuatro años de edad recuperan el equilibrio, son edades expansivas, extrovertidas, fuera de los límites en todos los campos de la conducta. El niño típico de cuatro años es el que corre, que rompe lo que está haciendo, que

empieza a recortar y para de recortar, el que habla muchísimo, el que pregunta, entra al consultorio y dice "¿para qué es esto?", "¿para qué es aquello?" y cuando el profesional le explica no lo escucha porque ya está preguntando otra cosa, ya que no pregunta para saber, pregunta para poder ejercitar esa capacidad nueva que tiene de poder formular interrogantes. Entre los dos y los cuatro años de edad se desarrolla la niñez temprana y es a los tres o tres años y medio que se produce el denominado destete emocional, por lo cual el niño puede permanecer separado de sus padres por un tiempo no muy prolongado. Tienen temor a las heridas corporales por lo que se debe evitar palabras como "dolor" o "pinchar". Las consultas deben ser breves. Responden a órdenes sencillas siempre que se les de una por vez. No distinguen fantasía de realidad, lo cual obliga a explicarles que en el consultorio nada es mágico y todo es manejado por el profesional. La palabra debe preceder a nuestra acción: "decir, mostrar y hacer". (Göran Koch., 2011)

A los cuatro años y medio de edad vuelve otra vez la conducta a desequilibrarse, Gesell las llama edades internalizadas, neuróticas, muy difíciles. Los niños en la etapa preescolar tocan, manipulan y exploran todo, acostumbran traer sus juguetes preferidos a la consulta, lo que exige tener especial cuidado con la cadena aséptica en el consultorio. (Göran Koch., 2011)

A los cinco años de edad vuelve otra vez a equilibrarse la conducta, terminó la preescolaridad, ya está superando el complejo de Edipo, empieza el recambio dentario, comienza la actividad escolar, es una edad de mucho orgullo, es el

"ciudadano del mundo" y dice: "tengo 5 años". Es muy sensible a las alabanzas, tiene una gran estabilidad emocional. (Göran Koch., 2011)

El escolar (de 6 a 9 años de edad) ha aprendido mucho y su "mundo" se ha ampliado considerablemente. Es una edad de asimilación. Es muy susceptible al elogio y sensible a la desaprobación. Puede permanecer en la misma posición por períodos más prolongados de tiempo. Comprende lo que el odontólogo hace y puede levantar la mano para indicar cuando algo le molesta, señal que el profesional debe respetar. (Göran Koch., 2011)

El pre adolescente (9 a 12 años de edad) se interesa por los problemas sociales y los comprende. Tiene resistencia al baño diario y por extensión a la higiene bucal. Ha dejado de ser niño y no debe ser tratado como tal. Es responsable, admite que no se está realizando el cepillado bucal con la frecuencia necesaria ya que generalmente ingiere alimentos a toda hora sin lograr la correcta relación ingesta-higiene. (Göran Koch., 2011)

El adolescente (12 años a la edad adulta) se caracteriza por una tendencia a la aparición de reacciones emocionales desequilibradas. Se convierte en un período de exploración y cambios crecientes impulsándolos hacia la independencia y responsabilidad, los cuales son indicadores de madurez. Se deben identificar los factores de riesgo ya sea de los microambientes (pares) o del entorno social,

reconociendo que los hábitos de vida que se adquieren a esta edad influyen decisivamente en el desarrollo futuro de los jóvenes. (Göran Koch., 2011)

CAPÍTULO III

3. TÉCNICAS DE MANEJO DEL COMPORTAMIENTO EN SITUACIONES DE ANSIEDAD DENTAL

3.1 TÉCNICAS COMUNICATIVAS

La comunicación con el paciente infantil es el primer objetivo para dirigir su conducta. Se requiere que el niño haya alcanzado la madurez suficiente que permita un intercambio entre el mismo y su dentista, el cual deberá utilizar un lenguaje apropiado (lenguaje pediátrico) para la edad de su paciente. (Magda Lima Álvarez., 2008)

3.1.1 Decir, Mostrar y Hacer: La técnica es bastante sencilla y a menudo funciona, disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido. (Magda Lima Álvarez., 2008)

En esta técnica el dentista le explica al niño de qué situación se trata y qué se va a hacer (mostrando instrumentos o un modelo y al dentista actuando la situación) para después hacerlo. Se deben dar explicaciones adecuadas para el nivel cognoscitivo del paciente. (Magda Lima Álvarez., 2008)

El principal objetivo de esta técnica es aliviar los temores, conformar las respuestas del paciente y señalar expectativas de conducta. (Magda Lima Álvarez., 2008)

Está indicada en todos los pacientes que puedan comunicarse y las únicas contraindicaciones son los pacientes muy pequeños que no comprenden lo que el dentista trata de explicar o las emergencias dentales y traumatismos Una opción inicial es mostrar cómo debe llevarse a cabo la profilaxis y mostrar el cepillo especial y cómo gira la pieza de mano. Es necesario agregar elogios para reforzar de inmediato el buen comportamiento durante cualquier tratamiento actual y subsecuente. Las explicaciones no deben prolongarse, ya que pueden confundir al paciente y causar ansiedad. Los tratamientos se deben hacer de manera sencilla y casual. (Magda Lima Álvarez., 2008)

Este método requiere del odontólogo más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la idea de: “Aquí mando yo”. (Magda Lima Álvarez., 2008)

Fig. 3. Técnica Decir, Mostrar y Hacer (Magda Lima Álvarez., 2008)

3.1.2 Desensibilización: Se usa para aminorar los temores y la tensión del paciente. Se logra enseñando al paciente la relajación, se van introduciendo estímulos tendientes a relajarlos, a medida que el paciente se “desensibiliza” frente a procedimientos que le producen ansiedad. (Jennifer Quiroz., 2011)

3.1.3 Modelamiento: Se realiza para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que éste entre al consultorio dental. (Jennifer Quiroz., 2011)

Un niño es capaz de aprender patrones de conducta, mediante la observación de un modelo vivo o filmado, permitiendo que el nuevo paciente se asome y observe, estos procedimientos les reduce la ansiedad acerca de lo desconocido. (Jennifer Quiroz, 2011)

Fig. 4. Modelamiento (Jennifer Quiroz, 2011)

3.1.4 Distracción: Se debe desviar la atención del niño de lo que pueda considerar incomodo o desagradable, preguntándole sobre sus actividades, contándole una historia o utilizar marionetas o juguetes que sean de su agrado. (Jennifer Quiroz, 2011)

Fig. 5. Distracción audiovisual (Jennifer Quiroz, 2011)

3.2 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Aumentan el nivel de confianza y dan a los pacientes la sensación de control sobre su propio estado psicológico. Estos métodos pueden ser muy efectivos en pacientes motivados y cooperativos, y puede ser usado antes y durante una cita de tratamiento. Éstas técnicas son seguras, no tienen efectos secundarios y dan a los pacientes mayor control sobre sus niveles de ansiedad. (Rodríguez Vásquez CS, P.S. 2009)

3.2.1 Aromaterapia: Puede ser definida, según la National Association for Horlistic Aromatherapy (NAHA), como el arte y la ciencia de la utilización de esencias aromáticas naturales extraídas de plantas para equilibrar, armonizar y promover la salud de cuerpo, mente y espíritu. Es el arte y la ciencia que trata de explorar el ámbito fisiológico, psicológico y espiritual de la respuesta del individuo a los extractos aromáticos, así como para observar y mejorar el proceso de curación innato de la persona. (Rodríguez Vásquez CS, P.S. 2009)

Es una modalidad natural, no invasiva diseñada para afectar a toda la persona no sólo el síntoma o la enfermedad, y ayudar a la capacidad natural del cuerpo para equilibrar, regular, sanar y mantenerse por el uso correcto de los aceites esenciales. (Rodríguez Vásquez CS, P.S. 2009)

Las hierbas han sido una parte integral tanto a las formas tradicionales y no tradicionales de la medicina. La popularidad de las hierbas medicinales se puede explicar por la tendencia de las hierbas a funcionar lentamente, por lo general con un mínimo de efectos secundarios tóxicos. (Rodríguez Vásquez CS, P.S. 2009)

Estos aceites esenciales se pueden utilizar de 4 diferentes formas:

a) **Ingestión oral:** en gotas, generalmente 4 a 7 gotas por toma, directamente en la boca, bajo la lengua o con un vaso de agua o en infusiones.
b) **Aplicación externa:** en masaje o aplicación directa sobre ciertos centros energéticos del cuerpo
c) **Baños:** el agua es un excelente conductor del mensaje floral, en bañera un tiempo mínimo de 20 minutos es necesario.
d) **Vaporización:** la esencia puede ser utilizada en vaporización o spray en ciertos casos y siempre diluida en agua, o por medio de difusores de medio ambiente. (Rodríguez Vásquez CS, P.S. 2009)

Los aromas deben despertar sentimientos positivos, como motivación, felicidad, bienestar y relajación. (Rodríguez Vásquez CS, P.S. 2009)

Al usar la aromaterapia se crea un ambiente cálido para el paciente. Cuando los pacientes sienten que se preocupan por ellos, están menos predispuestos a sentir dolor y estarán más complacidos con el servicio que les proveerá el odontólogo y su equipo. Esto lleva a incrementar la confianza y la lealtad del paciente, que a su vez aumenta la disposición del personal para tranquilizar a los pacientes ansiosos. (Muñoz, Fernando Escobar, 2013)

Los aceites utilizados en la práctica clínica deben ser aquellos cuyas propiedades químicas ayudan a aliviar problemas específicos. Por ejemplo, lavanda, salvia, geranio, orégano, neroli, rosa e ylang ylang ayudan a reducir la ansiedad. Bergamota, orégano, naranja y romero son efectivos en tratar dolores de cabeza. Orégano, hierba de limón, menta y romero son beneficiosos en pacientes con dolor muscular incluyendo el dolor o molestias asociadas con problemas temporomandibulares. (Muñoz, Fernando Escobar, 2013)

Al usar la aromaterapia en niños hay que tomar, eso sí, ciertas precauciones importantes. No podemos olvidar que su piel es más delicada y que su cuerpo se está formando, así que debemos preparar aceites esenciales mucho más diluidos, y tan solo podremos usar algunas. Los más seguros son la lavanda, el árbol de té, la rosa, manzanilla, neroli, chia dulce y el eucalipto con mucho cuidado, pues su aroma es muy fuerte. De todos modos es importante que antes de aplicarlos a cualquier niño hagamos una pequeña prueba en la arte interior de la muñeca. (Muñoz, Fernando Escobar, 2013)

La aromaterapia ofrece remedios tan positivos para los niños como una mezcla antiséptica ideal para curar sus pequeñas heridas y que debemos aplicar después de limpiar bien el área con agua y jabón. Consiste en 3 gotas de lavanda, 2 de árbol de té y una onza de aceite de ajonjolí. Si lo que necesitamos es ayudar a tranquilizar a nuestro hijo antes de dormir podemos recurrir a un masaje en la planta de los pies con una mezcla hecha a base de lavanda, manzanilla romana y aceite de almendras. (Muñoz, Fernando Escobar, 2013)

De hecho al aceite de lavanda es uno de los más recurridos en la aromaterapia para niños. Si no podemos o no queremos recurrir a un masaje también podemos usarlo en un algodón y ponerlo debajo de su almohada o colocar unas gotas en un quemador de agua. (Rodríguez Vásquez CS, P.S. 2009)

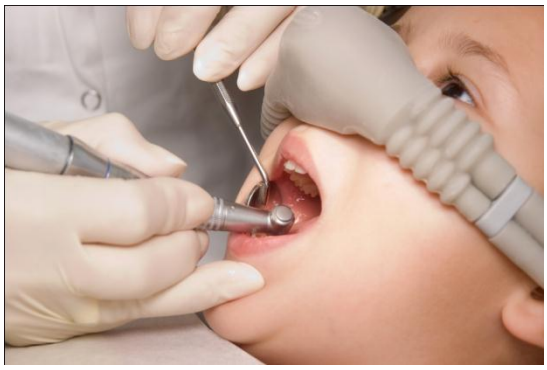


Fig. 6. Aromaterapia (Rodríguez Vásquez CS, P.S. 2009)

El uso regular de aceites esenciales aromáticos tiene beneficios en aspectos como:

a) Controlar el estrés

b) Aliviar ansiedades y tensiones

c) Minimizar dolores físicos

d) Relajarse y distensionarse

e) Recuperar energía

f) Levantar el estado de ánimo

g) Restablecer el equilibrio interior

h) Armonizar emociones

i) Despejar la mente

j) Ayudar el tratamiento de dolencias crónicas

k) Mantener estados de armonía y tranquilidad (Rodríguez Vásquez CS, P.S. 2009)

A través del masaje terapéutico con aceites esenciales se estimula la circulación de la sangre y la linfa, y la absorción de la piel en este caso la boca. (Rodríguez Vásquez CS, P.S. 2009)

Adicionalmente los aromas actúan sobre el centro emocional del cerebro, influyendo sobre el estado de ánimo. (Rodríguez Vásquez CS, P.S. 2009)

3.2.1.1 Aceites para tu sonrisa: Aplicada a la higiene oral, la aromaterapia utiliza aceites de acuerdo con el estado físico y emocional de las personas: manzanilla, naranja y limón actúan como calmantes; bergamota, eucalipto y menta como estimulantes; además de su efecto terapéutico dejan la boca con un agradable olor. En la práctica, inicialmente hay que determinar si se requiere un aceite calmante o estimulante, para luego comenzar el masaje y experimentar un encuentro placentero con la salud oral. (Muñoz, Fernando Escobar, 2013)

3.2.1.2 Cuatro pasos para la tranquilidad

a) Respiración dirigida y controlada: Inhalación profunda por la nariz y exhalación completa por la boca desde el abdomen. Se aprovecha para la inhalación el uso de antiestrés. (Muñoz, Fernando Escobar, 2013)

b) Masaje externo en la cara y cuello: Con lavanda y antiestrés se hace énfasis en los músculos y estructuras del aparato estomatológico. Pasados 5 minutos de masaje extraoral y digitopresión, se realiza un ejercicio dirigido de yoga facial con el fin de soltar rigideces y devolver la movilidad a los músculos mediante la manipulación muscular. Se tonifica y fortalece el orbicular de los labios con ejercicios. (Muñoz, Fernando Escobar, 2013)

c) Masaje intraoral: Estimulación digital de toda la mucosa que está alrededor de los dientes; incluye carrillos, labios, lengua y encías. (Muñoz, Fernando Escobar, 2013)

d) Limpieza interdental con estimulación mucogingival, acompañado de su aceite esencial: Se trata de una estimulación con este aditamento, con cepillo interproximal desechable, acompañado de aceites esenciales. Antes de iniciar la limpieza, se colocan torundas de algodón en nariz y oídos impregnadas de aceite, lo que se conoce como terapia otorrino; ésta hidrata la zona ubicada entre la nariz, los oídos y la boca, la cual normalmente no recibe muchos cuidados, ni estímulos,

ni hidratación a pesar de ser fundamental para el desarrollo de sentidos tan importantes como el gusto, el olfato y el oído. (Muñoz, Fernando Escobar, 2013)

3.2.2 Musicoterapia Según la Asociación Internacional de Musicoterapia se define como la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un profesional calificado (musicoterapeuta), con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas. (Cruz y Díaz-Pizán 2011)

Es de saber común, que el escuchar música puede afectar el ánimo y la actitud de las personas. El efecto dependerá del tipo de música, es así que uno puede estar más alerta o adormecido, con más energía o relajado. (Cruz y Díaz-Pizán 2011)

En odontología, la utilización de la música en niños y adolescentes durante la práctica dental es considerada como una terapia de sugestión en donde el niño es animado a la fantasía. (Cruz y Díaz-Pizán 2011)

Algunos investigadores han utilizado música ambiental, canciones infantiles, historias y cuentos, así como también diversos temas de audición durante el tratamiento de niños pequeños o discapacitados, con la finalidad de lograr una mayor colaboración del paciente pediátrico. (Cruz y Díaz-Pizán 2011)

Según el estudio de Cruz y Díaz-Pizán (2011), la conducta de los pacientes atendidos con música no varía de forma significativa con aquellos que no reciben música durante el tratamiento dental, sin embargo los pacientes que fueron atendidos con música mostraron una mayor satisfacción con el tratamiento y disminución en la sensación del dolor.

3.2.2.1 Beneficios de la Musicoterapia en niños

a) Ayuda a mejorar en el aprendizaje y a tratar las dificultades en este campo.

b) Mejora los problemas de conducta

c) Ayuda al tratamiento y desarrollo de niños autistas.

d) Mejora la autoestima

e) Mejora la socialización

f) Ayuda en el tratamiento de dolores crónicos y otras enfermedades. (Rodríguez Vásquez CS, P.S. 2009)

La música es uno de los componentes que podemos tener fácilmente en nuestra vida, y no usarla para mejorar nuestro estado de ánimo es algo que no nos podemos permitir. Todos tenemos un televisor en casa o tenemos dispositivos en los que podemos escuchar música, incluso podemos cargar la música que nos gusta. Por ello, deberíamos hacer más uso de este recurso que tenemos fácilmente a nuestro alcance, ya que es ideal para hacernos sentir mejor en todos los aspectos de nuestra vida. Rodríguez Vásquez CS, P.S. (2009)

Las técnicas de musicoterapia son variadas, por ejemplo:

a) El paisaje sonoro: recreación de sonidos del ambiente.

b) La envoltura sonora: Selección del repertorio musical, instrumentos y timbres.

c) Cantar canciones conocidas por el paciente, trabajando el contenido musical a partir de la propia música o letra.

d) Acompañamiento de canciones conocidas con instrumentos.

e) Creación de canciones nuevas. Rodríguez Vásquez CS, P.S. (2009)

Con esta técnica la reducción de la ansiedad puede ser atribuida a dos razones. La primera, cuando un niño escucha música tiende a cerrar los ojos para concentrarse en el sonido por lo tanto olvida que va a recibir un tratamiento dental. Segundo, el sonido de la música va a eliminar los sonidos desagradables como el de la pieza de mano y estas dos ventajas unidas al efecto de la música provoca relajación y permiten al dentista manejar efectivamente al paciente ansioso. Rodríguez Vásquez CS, P.S. (2009)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Este estudio fue de tipo cualitativo porque consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, persona, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como son sentidas y expresadas por las personas.

El estudio fue prospectivo porque se registró la información según los niveles de ansiedad de cada uno de los/as niños/as, y la aplicación de las técnicas de comportamiento odontopediátrico.

Fue transversal porque estudió las variables simultáneamente en determinado momento y haciendo un corte en el tiempo.

Descriptivo porque se describió los hechos como fueron observados, y estuvo dirigido a determinar cómo es o como está la situación de las variables que se estudiaron en la población.

Se aplicó el método inductivo porque se partió del estudio de causas para llegar al descubrimiento de un principio y se estableció cuál es la causa que más incidió en el problema para sacar una conclusión.

UNIVERSO

Todos los niños que acuden a la consulta odontológica en la Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe

MUESTRA

Los niños que acuden a la Clínica Odontopediátrica del hospital universitario de Motupe que están establecidos dentro de los criterios de inclusión, periodo Mayo-Junio del 2015.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

150 niños/as que colaboraron y se encuentren en el rango de edad entre los 4 a 12 años

Niños/as que hayan asistido a consulta dental.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños/as menores de 4 años y mayores de 12 años.

Niños/as que no deseen participar o sus padres no autoricen.

INSTRUMENTOS

Para realizar este estudio se utilizó diversos instrumentos de investigación que ayudaron a la evaluación de la ansiedad dental infantil, entre ellos tuvimos: ficha de observación, ficha de autorización, FIS, CFSS-DS.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Este estudio se realizó en la Clínica de Odontopediatría del Hospital Universitario de Motupe. Los datos de esta investigación se obtuvieron mediante la aplicación de la escala de evaluación de la ansiedad dental infantil (FIS), el cuestionario de la escala de evaluación de los miedos dentales (CFSS-DS), las técnicas de manejo del comportamiento: Decir, Mostrar y Hacer, la técnica de aromaterapia y la musicoterapia todo esto aplicado por el investigador.

Primero se realizó la ficha de información y autorización, la cual consiste en que se pide a los padres el permiso escrito para que el niño pueda participar en el proceso de investigación en la misma se da la información completa sobre el proceso.

En un segundo momento se presentó al niño(a) la encuesta, se les explicó y para un mejor entendimiento a los niños(as) de 4 a 7 años se les dio lectura para su mayor comprensión y a los(as) de 8 a 12 años después de la explicación se les facilito la encuesta para que procedan a contestar.

La encuesta que se aplicó consiste en:

Escala de ansiedad dental FIS, esta escala se compone de una hilera de cinco caras que van desde mucha felicidad a mucha infelicidad, a los niños se les pidió que indiquen la cara que sienta en ese momento. Los niños que indicaron las caras 4(triste) y 5 (muy triste) se consideraron que presentaron ansiedad dental.

La **escala de evaluación de los miedos dentales en niños CFSS-DS,** que es un cuestionario con 15 elementos relacionados con el tratamiento y la situación dental. Los niños respondieron en una escala de 5 puntos de 1 no tener miedo a 5 muchísimo miedo. Las puntuaciones obtenidas se encuentran en rangos de 15-75 puntos, y al obtener puntajes iguales o mayores a 45 puntos, se presentan altos montos de ansiedad; utilizamos esta escala con la finalidad de descubrir cuál es el grado más alto de ansiedad hacia los procedimientos odontológicos que se muestran en la lista del (Anexo 2), dando respuesta al objetivo dos.

Una vez que se aplicó estas dos escalas, se conoció el nivel de ansiedad que presentó el niño/a antes de ingresar a la consulta odontológica y los miedos dentales en los mismos.

Como tercer momento se aplicó las técnicas del manejo de la ansiedad como son:

Técnica Decir, Mostrar y Hacer

Esta técnica se aplicó a 50 niños(as). Se le explicó al niño/a lo que se le hará, después se le enseña el instrumental y luego se simula lo que sucederá, con el procedimiento que se le vaya a realizar para que de esta manera alivie los temores y miedos.

El éxito de esta técnica dependerá, de dar explicaciones adecuadas para el nivel cognoscitivo del paciente con un vocabulario sustituto para sus instrumentos y procedimientos, para que el niño pueda entenderlo.

Es necesario agregar elogios para reforzar de inmediato el buen comportamiento durante cualquier tratamiento. Las explicaciones no deben prolongarse, ya que pueden confundir al paciente.

Técnica de la Aromaterapia

Se aplicó a 50 niños/as. Es de vital importancia seguir unas medidas de precaución ya que los niños pequeños tienen una piel más delicada y hay que recordar que su cuerpo está en proceso de formación y maduración incluyendo sus órganos internos. Lo primero es asegurar que se prepara la dilución apropiada, la cual debe ser 1%, esto quiere decir que a una onza de aceite solo añadiremos 5 a 6 gotas de aceite esencial, los aceites esenciales se aplican diluidos en agua caliente para que el vapor del agua mezclado con las esencias sea absorbido por el aparato respiratorio y libere sus virtudes.

Los más usados en niños son lavanda, árbol de té (tea tree), rosa, manzanilla romana, neroli, china dulce. El uso de estas esencias aromáticas naturales es para equilibrar, armonizar y promover la salud del cuerpo, mente y espíritu en pacientes con ansiedad.

Técnica de la Musicoterapia

Se aplicó a 50 niños/as. La utilización de la música en niños durante la práctica dental es considerada como una terapia de sugestión en donde el niño es animado a la fantasía. Se utilizó música ambiental, canciones infantiles, historias y cuentos, dependiendo de la edad del paciente para elegir un audio afín.

Una vez que se aplicó las técnicas de manejo de la ansiedad se aplicó nuevamente la escala de ansiedad dental FIS y la observación directa en la que se utilizó la ficha de observación.

Una vez que se realizó el levantamiento de información de campo se procedió a la tabulación de datos mediante una tabla de Excel para las respectivas interpretaciones con ayuda de tablas y gráficos dando respuesta a los objetivos de la presente investigación.

Por último se realizó la discusión, conclusiones y recomendaciones.

6. RESULTADOS

Tabla #1

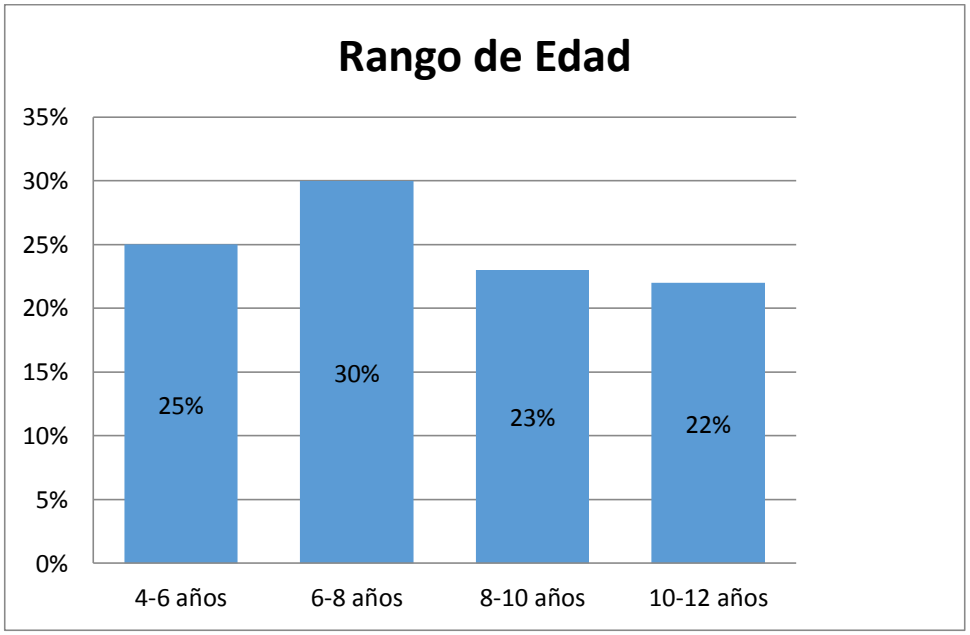
RANGO DE EDAD EN LOS/AS NIÑOS/AS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4-6 años	38	25%
6-8 años	45	30%
8-10 años	34	23%
10-12 años	33	22%
TOTAL	**150**	**100%**

Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Gráfico # 1



Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Interpretación:

En la presente tabla podemos determinar que el 30% de los/as niños/as que acuden a la Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe se encuentra en un rango de edad de 6 a 8 años en su mayoría, el 25% de 4 a 6 años, el 23% de 8 a 10 años y en menor porcentaje de 10 a 12 años en un 22%.

Tabla #2

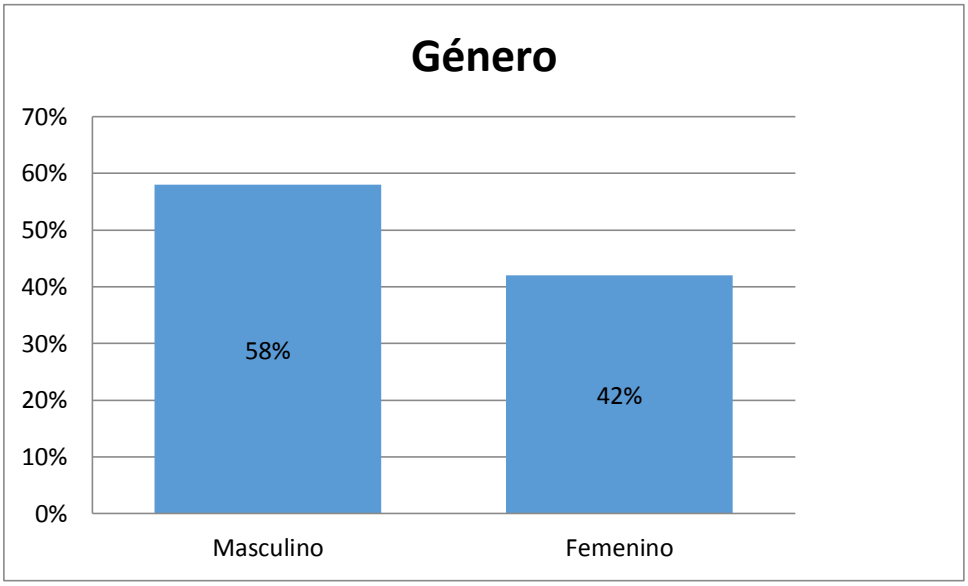
GÉNERO EN LOS/AS NIÑOS/AS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	87	58%
Femenino	63	42%
TOTAL	**150**	**100%**

Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Gráfico # 2



Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Interpretación:

En el siguiente cuadro podemos observar que el 58% de los niños que acuden a la Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe son del género masculino a diferencia que las mujeres se encuentran en un 42%.

Tabla #3

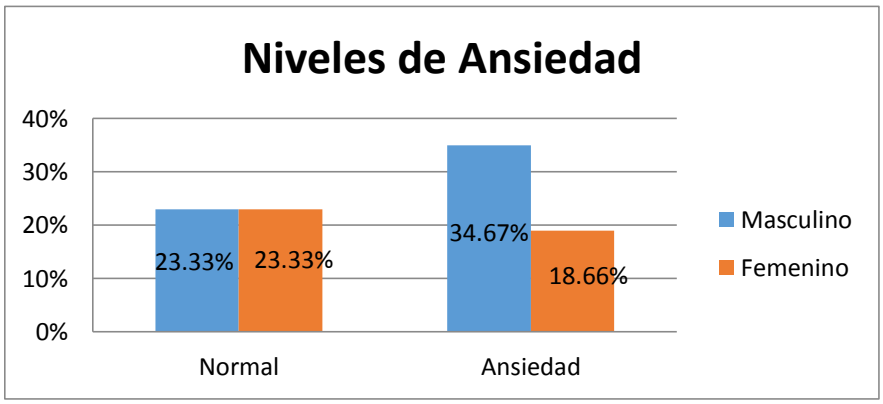
NIVELES DE ANSIEDAD DENTAL EN LOS/AS NIÑOS/AS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE ANTES DE UTILIZAR LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS.

NIVELES DE ANSIEDAD	**MASCULINO**		**FEMENINO**		**TOTAL**	
	f	%	f	%	f	%
NORMAL						
	8	5.33%	10	6.67%	18	12%
	8	5.33%	15	10%	23	15.33%
	19	12.67%	10	6.67%	29	19.34%
	35	23.33%	35	23.33%	70	46.67%
ANSIEDAD						
	30	20%	17	11.33%	47	31.33%
	22	14.67%	11	7.33%	33	22%
	52	34.67%	28	18.66%	80	53.33%
TOTAL	87	58%	63	42%	150	100%

Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Gráfico # 3



Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Interpretación:

En la presente tabla se demuestra el nivel de ansiedad de acuerdo al test FIS de lo/as niños/as que llegan al servicio odontológico en la clínica odontopediátrica teniendo los siguientes resultados: dentro del parámetro normal tenemos el nivel 1 (muy feliz) el 12%, el nivel 2 (feliz) con un 15.33%, el nivel 3 (indiferente) en un 19.34%; y dentro del parámetro de ansiedad dental el nivel 4 (triste) con el 31.33% y el nivel 5 (muy triste) en un 22%. Concluyendo que el 53.33% de toda la muestra se encuentran con ansiedad previo a la cita odontológica.

Tabla #4

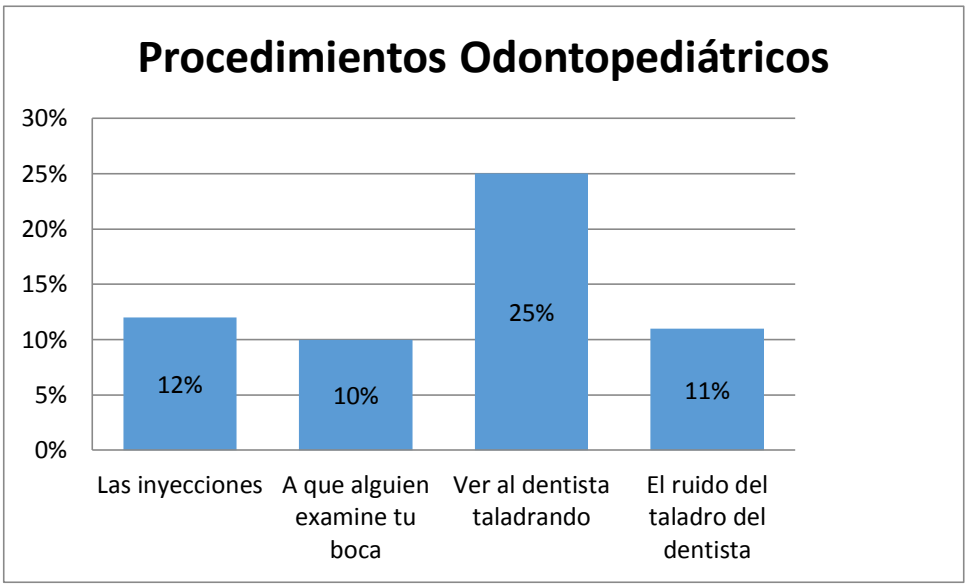
PROCEDIMIENTOS ODONTOPEDIÁTRICOS QUE PROVOCAN MAYOR ANSIEDAD EN LOS/AS NIÑOS/AS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO MARZO-JULIO 2015

PROCEDIMIENTOS ODONTOPEDIÁTRICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dentistas	8	5%
Doctores	4	3%
Las inyecciones	18	12%
A que alguien examine tu boca	15	10%
Tener que abrir tu boca	7	5%
Que un extraño te toque	9	6%
Que alguien te esté mirando	7	5%
Ver al dentista taladrando	37	25%
El ruido del taladro del dentista	17	11%
Que alguien ponga instrumentos en tu boca	9	6%
Ahogarse	6	4%
Tener que ir al hospital	3	2%
Personas con uniforme	5	3%
Tener al dentista limpiando tus dientes.	5	3%
TOTAL	**150**	**100%**

Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Gráfico # 4



Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Interpretación:

En la presente tabla se identifica que los principales procedimientos odontopediátricos que provocan mayor ansiedad en los niños son, en un 25% ver al dentista taladrando, el 12% a las inyecciones, el 11% el ruido del taladro y el 10% a que alguien examine su boca.

Tabla #5

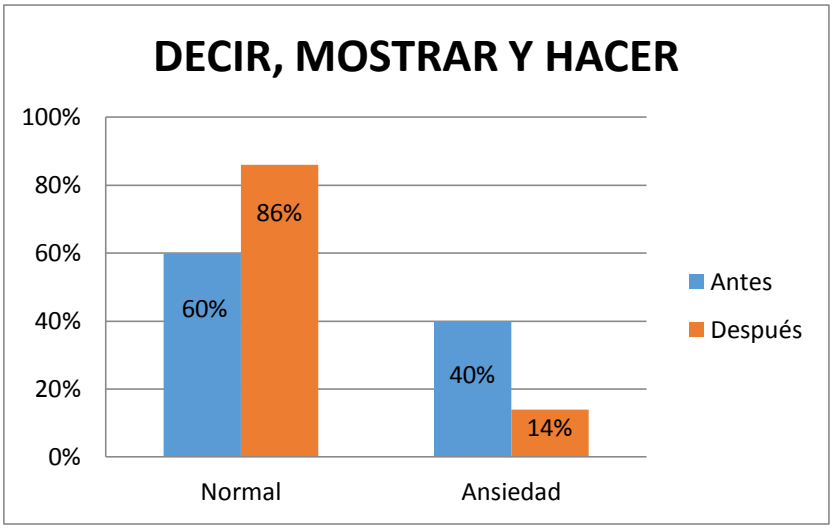
INCIDENCIA DE LA TÉCNICA DECIR, MOSTRAR Y HACER EN LOS/AS NIÑOS/AS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE ANTES Y DESPUÉS DE UTILIZAR LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

PARÁMETROS	**ANTES**		**DESPUÉS**	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	30	60%	43	86%
Ansiedad	20	40%	7	14%
TOTAL	**50**	**100%**	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Gráfico # 5



Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Interpretación:

En la presente tabla se identifica que antes de aplicar la técnica decir, mostrar y hacer, el 60% de los/as niños/as se encuentran en un estado normal y el 40% con ansiedad; una vez aplicada la técnica se obtuvo resultados favorables disminuyendo la ansiedad dental de un 86% a un 14%.

Tabla #6

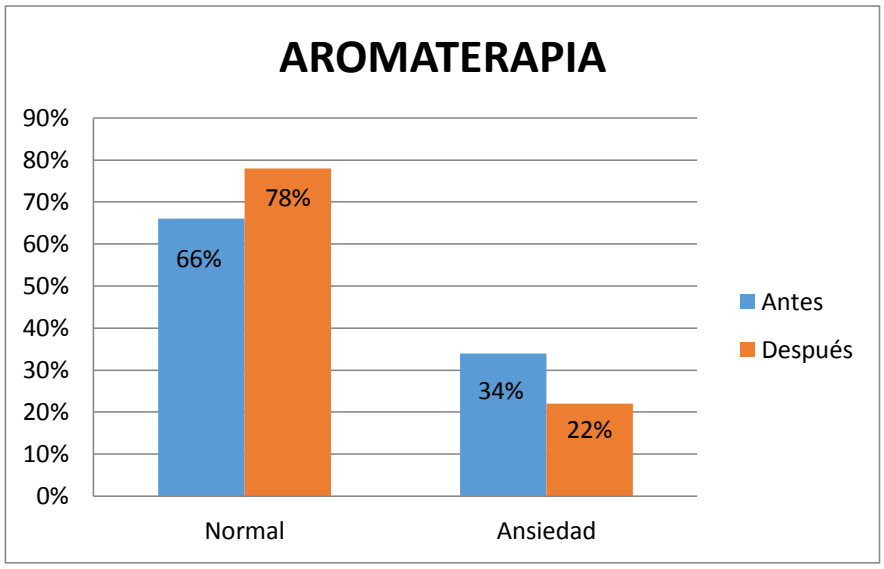
INCIDENCIA DE LA TÉCNICA AROMATERAPIA EN LOS/AS NIÑOS/AS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE ANTES Y DESPUÉS DE UTILIZAR LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

PARÁMETROS	**ANTES**		**DESPUÉS**	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	33	66%	39	78%
Ansiedad	17	34%	11	22%
TOTAL	**50**	**100%**	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Gráfico # 6



Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Interpretación:

En la presente tabla se identifica que antes de aplicar la técnica de aromaterapia, el 66% de los/as niños/as se encuentran en estado normal y el 34% con ansiedad; una vez aplicada la técnica se obtuvo resultados disminuyendo la ansiedad de un 34% a un 22%.

Tabla #7

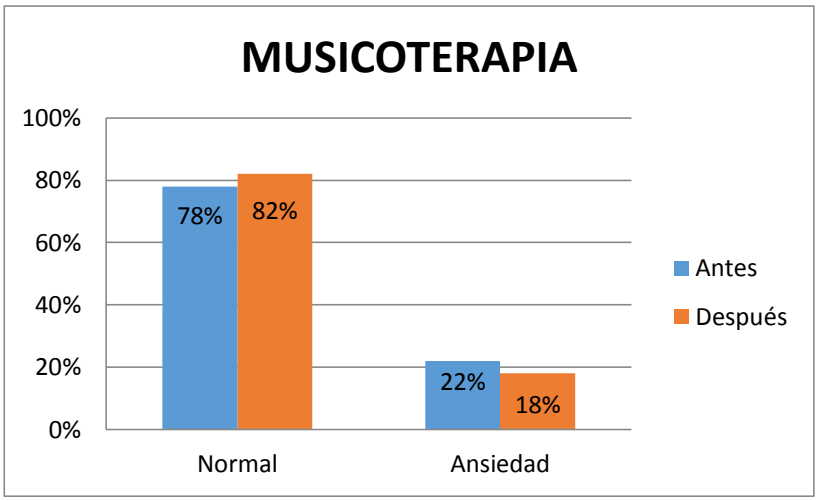
INCIDENCIA DE LA TÉCNICA MUSICOTERAPIA EN LOS/AS NIÑOS/AS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE ANTES Y DESPUÉS DE UTILIZAR LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

PARÁMETROS	**ANTES**		**DESPUÉS**	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	39	78%	41	82%
Ansiedad	11	22%	9	18%
TOTAL	**50**	**100%**	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Gráfico # 7



Fuente: Encuesta Aplicada

Autor: Karen Beatriz Carrión González

Interpretación:

En la presente tabla se identifica que antes de aplicar la técnica de musicoterapia, el 78% de los/as niños/as se encuentran en estado normal y el 22% con ansiedad; una vez aplicada la técnica se obtuvo resultados disminuyendo la ansiedad de un 22% a un 18%.

7. DISCUSIÓN

La supresión de la ansiedad dental ocupa un lugar primordial en nuestra actividad odontológica y se refleja tanto en el equipamiento de nuestra consulta como en la comunicación con nuestros pacientes.

Gustavo J. Fonseca D´El Rey y Carla Alexandra Pacini en el 2008 realizaron un estudio en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, que arroja una prevalencia de niñas con ansiedad dental de un 76,2%; con una proporción 3:1 en relación con los niños. Lo cual difiere con nuestra investigación ya que los niños y niñas presentan un 53.33% de ansiedad dental.

En un estudio realizado por Malamed en el año 2009, las situaciones que provocan ansiedad más frecuentemente son: miedo a hablar en público 27%; miedo a ir al dentista 21%; miedo a las alturas 20%; miedo a los animales 12% y miedo a volar en avión 9%; este elevado porcentaje que podemos observar, va a producir un primer efecto que va a consistir en la evitación del tratamiento por parte del paciente.

La edad límite de los estudios realizados es de 4 a 14 años, aunque el límite superior se establece en 11 años para la mayoría de autores. Nosotros lo hemos establecido de 4 a 12 años, a 150 niños relacionado con el estudio de Ten Berge y cols., en el año 2012 realizado en Sao Paulo, Brasil.

Coincidimos con varios autores en que el ítem de la escala de los miedos dentales, que es ver al dentista taladrando, inyecciones son los que mayor porcentaje obtienen, mientras que Alesalo y cols., en el año 2011, realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana encuentran el ítem tener al dentista limpiando tus dientes como el más puntuado, siendo en nuestro estudio uno de los menos valorados.

Además, se debe tener en cuenta que cada persona tiene una percepción distinta del dolor, y lo que para unos puede ser un procedimiento inocuo y no doloroso, para otros puede ser muy molesto. Por lo tanto, la percepción individual del dolor tiene un importante papel en la ansiedad y el miedo dental.

Mildred Gutiérrez Segura, Miguel Orlando Ochoa Rodríguez, Narlinda Segura Martínez en una investigación realizada en Holguín, en el 2011, consiguieron que el 100% de los pacientes, transitará de niveles de ansiedad medio y alto antes de comenzar el tratamiento a niveles medio y bajo de ansiedad. Comparando con los resultados del test de ansiedad de nuestra investigación difieren ya que solamente se obtuvo el 86% de los niños que bajaran los niveles de ansiedad.

Durante la consulta pediátrica, se hace referencia a diferentes técnicas de manejo. En este estudio se observó que la técnica más utilizada fue decir-mostrar y hacer, en 86%; así mismo, en un estudio realizado por Peretz y cols., en Israel en el 2012, en una población de 112 odontólogos, el 97% respondió que la técnica que más usaba era decir-mostrar-hacer, para disminuir la ansiedad dental. Otro

estudio llevado a cabo por Soto y colaboradores, en la Universidad del Colegio Odontológico de la Florida, en el 2006, en los estudiantes de primer año, concluyó que la técnica más utilizada es la de “Decir, Mostrar y Hacer” en 84,5% pre-curso y 92.6% post-curso. York y colaboradores, en varias universidades de formación de profesionales dentistas en el noreste de Estados Unidos, en el 2004, evaluaron mediante una encuesta las técnicas de manejo en tres aspectos diferentes: la enseñanza, la observación y el uso de las técnicas; allí decir-mostrar-hacer tuvo el mayor porcentaje en los tres aspectos, 78.9%, 63.2% y 77.9% respectivamente.

Al relacionar las técnicas de manejo con la conducta del paciente pediátrico, el estudio mostró que predominó el comportamiento positivo con la técnica decir-mostrar-hacer; de igual manera lo describen Josefa y Medina en un estudio realizado en Venezuela en el año 2000, donde esta técnica fue la más utilizada en pacientes con comportamiento positivo, por ser bastante sencilla y que a menudo funciona.

En nuestro estudio, tanto los niños como las niñas presentan ansiedad frente al tratamiento, sin existir diferencias destacables entre ellos. Con esta afirmación, coincidimos con los resultados obtenidos por Ten Berge y cols y Yamada y cols., sin embargo, otros autores encuentran una mayor ansiedad en mujeres. La diferencia puede radicar en el volumen muestral y rango de edad seleccionado, porcentaje de mujeres frente al de hombres evaluados en el estudio en cuestión.

8. CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el presente trabajo investigativo se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Se concluyó que de los/as niños/as en edades de 4 – 12 años, existe un 46.67% que se encuentran en un estado normal antes de ingresar a la consulta odontológica y un 53.33% presentan niveles de ansiedad dental.
- Los ítems que han presentado una mayor puntuación en la Subescala Dental han sido en primer lugar ver al dentista taladrando en un 25%, en segundo lugar a las inyecciones en un 12%, en tercer lugar en un 11% el ruido al taladro, en cuarto lugar que alguien examine su boca en un 10%; y en menor porcentaje el 2% que es tener que ir al hospital.
- La aplicación de técnicas en el manejo del comportamiento de pacientes ansiosos resultó eficaz, causando cambios positivos en la conducta del niño; la técnica “decir, mostrar y hacer” reduciendo la ansiedad de un 40% a un 14% influyendo notoriamente en el estado emocional del niño; las técnicas de aromaterapia de 34% a un 22% y musicoterapia de 22% a un 18% las cuales logran cambios menores en la conducta induciendo estados de relajación a nivel cerebral para disminuir la ansiedad.

9. RECOMENDACIONES

- Capacitar a los odontólogos sobre el manejo del miedo y la ansiedad en los niños/as para evitar traumas en las visitas al odontólogo. Fortalecer los procesos de atención primaria odontológica para disminuir visitas al odontólogo y evitar procedimientos traumáticos.
- Es necesario evaluar y adaptar al paciente pediátrico, mediante aplicación de diversas técnicas, manejando las emociones a través del abordaje psicológico para poder crear cambios en su comportamiento, recordando que este tipo de paciente es un receptor emocional al que siempre se le debe hablar, independientemente de la edad, adecuando el lenguaje y el tono de voz al estado emocional del niño/a.
- Educar a los padres que antes de la visita concreta al dentista, puede hacer una teatralización en casa para que el niño disipe sus temores. Puede en principio jugar al dentista con un muñeco favorito, y luego hacer que tu hijo es el paciente y tú el dentista para explicarle los procedimientos y luego pueden invertir los roles. De este modo el niño se hará una idea de la rutina dentro del consultorio y sabrá qué esperar.
- El manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica, significa lograr mantener la colaboración de este durante el tratamiento, por medio de procesos de enseñanza y aprendizaje, promoviendo así en el niño una actitud positiva hacia la consulta.

- A la Universidad Nacional de Loja que forma a los estudiantes, que den a conocer este tema y que se pueda aplicar diferentes técnicas de comportamiento odontopediátrico a los/as niños/as para que no sea traumática su cita al odontólogo.
- Enseñar sobre la importancia de ir al dentista para tener dientes fuertes y una sonrisa hermosa toda la vida. Contándole como el dentista evita que las caries dañen sus dientes.

10. BIBLIOGRAFÍA

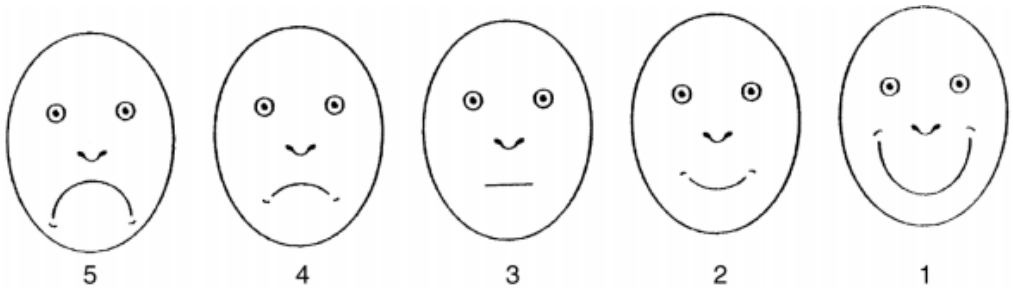
- CAYCEDO, Claudia et al. Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. Suma Psicol. [online].2008, vol. 15, n.1 [citado 2011-11-26], pp.259-278.
- CANTO, L. (2007). Ansiedad y fobia dental. Odontología.com Brasil. Recuperado: http://www.odontología.com/index.htm 4.
- DOERR, P; LANG, P.; NYQUIST, L; RONIS, D. (1998). Factors associated with dental anxiety. The Journal of the American Dental Association. 129 (8): 1111-1119-
- IGLESIAS PARADA, IM. La salud oral en la dentición primaria: Estudio sobre los traumatismos dentales, las patologías orales y los problemas en el manejo de la conducta en la consulta dental en una muestra de 441 niños de Vigo. Av. Odontoestomatol [online]. 2003, vol. 19, n.2 [citado 2011-11-25], pp. 95-104. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852003000200005.
- Nuttall NM., Gilbert A., Morris J. (2008) Children's dental anxiety in the United Kingdom in 2003. J Dent 36(11):857-60.
- Al-Namankany A., De Souza M., Ahley P. (2012). Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. Br Dent J. 9;212(5):219-22.
- Buchanan H. y Niven N. (2003). Further evidence for the validity of the Facial Image Scale. Int J Paediatr Dent 13(5):368-9.

- RODRIGUEZ Vásquez CS, Pinto Segura F, Alcocer Delgado J. Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil. Odontología Vital. 2009; 2(11): 58-68
- SOLER Ruiz JI, Cscolín Gonzalo E, Ellacuría Echeverría J, Roig García J. Reacciones psicológicas al tratamiento dental. Revista Europea de Odonto-Estomatología. 2003. 15-1; 33-8
- SANCHEZ Aguilera F, Toledano M, Osorio R. Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediatrico. Avances en Odontoestomatología. 2004; 199-206.
- CARMEN, Lopez Jordi María. Manual de Odontopediatría. Editorial MC Graw-Hill. 2008. Michigan.
- BRAHAM, Raymond, Morris, Merle. Odontología Pediátrica. Editorial Médica Panamericana S.A. 1989. Buenos Aires.
- BORDONI, Escobar Rojas, Castillo Mercado. Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Editorial Médica Panamericana S.A. 2010. Buenos Aires-Argentina.
- López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004.
- OMS. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR, 1992.
- Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria: CIAP-2. Barcelona: Masson; 1999.

11. ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE ANSIEDAD FIS
(Facial Image Scale)



ANEXO 2

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LOS MIEDOS DENTALES EN NIÑOS CFSS-DS

	No le tiene miedo (1)	Un poco de miedo (2)	Algo de miedo (3)	Mucho miedo (4)	Muchísimo miedo (5)
1. Dentistas					
2. Doctores					
3. Las inyecciones					
4. A que alguien examine tu boca					
5. Tener que abrir tu boca					
6. Que un extraño te toque					
7. Que alguien te esté mirando					
8. Ver al dentista taladrando					
9. El ruido del taladro del dentista					
10. Que alguien ponga instrumentos en tu boca					
11. Ahogarse					
12. Tener que ir al hospital					
13. Personas con uniforme					
14. Tener al dentista limpiando tus dientes.					
TOTAL					

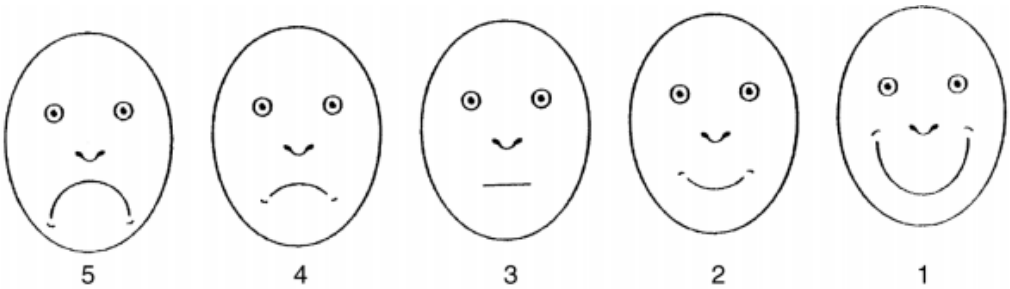
ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Como estudiante de décimo módulo de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, invito a usted se digna a contestar con la verdad las preguntas planteadas a continuación, con el fin de que sus respuestas me ayuden a desarrollas mi proyecto de investigación que trata sobre ANSIEDAD DENTAL EN LOS (AS) NIÑOS(AS) DE 4 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO MARZO-JULIO 2015.

Datos Generales:
Nombre del escolar:_____
Edad:_____ Sexo:_____
Domicilio: _____
Escuela: _____

1. Señale cuál de las caras es la que mejor representa cómo te sientes en este momento.

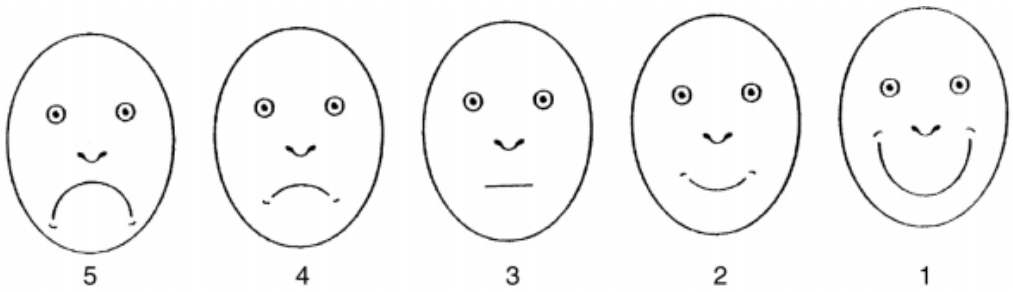


2. Marque con una x en la respuesta correcta.

	No le tiene miedo (1)	Un poco de miedo (2)	Algo de miedo (3)	Mucho miedo (4)	Muchísimo miedo (5)
1. Dentistas					
2. Doctores					
3. Las inyecciones					
4. A que alguien					

examine tu boca	
5. Tener que abrir tu boca	
6. Que un extraño te toque	
7. Que alguien te esté mirando	
8. Ver al dentista taladrando	
9. El ruido del taladro del dentista	
10. Que alguien ponga instrumentos en tu boca	
11. Ahogarse	
12. Tener que ir al hospital	
13. Personas con uniforme	
14. Tener al dentista limpiando tus dientes.	
TOTAL	

3. Señale cuál de las caras es la que mejor representa cómo te sientes en este momento.



GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 4

TABLA COMPARATIVA DE ANSIEDAD DENTAL

	Antes	Después
Técnica Decir-Mostrar-Hacer		
Técnica de Aromaterapia		
Técnica de Musicoterapia		

ANEXO 5

FICHA DE AUTORIZACIÓN

Nombre del escolar:_____
Edad:_____ Sexo:_____
Domicilio: _____
Escuela: _____

El propósito de esta investigación es evaluar los niveles de ansiedad que presentan los niños de 4 a 12 años, durante la consulta odontológica y aplicar la adecuada técnica de manejo del comportamiento con objeto de disminuir la ansiedad dental y aumentar la adherencia al tratamiento y cuidados dentales, que asisten a la atención clínica odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe.

Para esto se realizará una evaluación de la ansiedad dental al niño mediante unos test, posterior se realizarán la aplicación de técnicas de comportamiento, las que se ejecutarán paralelamente al trabajo clínico odontológico, sin que interfiera con la atención dental del niño.
Si usted accede a que el niño(a) participe, tanto él o ella como usted contribuirán a generar conocimiento en torno al manejo de la ansiedad dental, aumentando las posibilidades de que el niño(a) presente una adecuada salud bucal y bienestar general y su participación podría ayudarnos a descubrir cómo prevenir y tratar su manejo conductual.
Toda la información derivada de su participación en esta investigación será conservada en forma de estricta confidencialidad. Esta misma información pero en un lenguaje más simple será entregada al niño(a) bajo su cuidado, para que él o ella tenga claro en que consiste su participación en esta investigación.

En caso de estar de acuerdo, que su hijo(a) sea atendido, sirvase firmar la autorización de tratamiento, llenando los datos expuestos.

_____
Firma de la Madre, Padre o Tutor

MUCHAS GRACIAS

ANEXO 6

FICHA DE OBSERVACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA: "ANSIEDAD DENTAL EN LOS (AS) NIÑOS(AS) DE 4 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO MARZO-JULIO 2015"
TÉCNICA: OBSERVACIÓN
INSTRUMENTO: FICHA

Fecha: Año: Mes: Día: Hora: De___ Hasta___

Datos Generales:
Nombre del escolar:_____
Edad:_____ **Sexo:**_____
Domicilio: _____
Escuela: _____

Observaciones:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ANEXO 7

FOTOGRAFÍAS

Fotg. #1, Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe

Fotg. #3, Aplicación de Encuesta a niños después de la atención odontológica

Fotg. #2, Aplicación de Encuesta a niñas antes de la atención odontológica

ANEXO 8

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la ansiedad dental en los(as) niños(as) de 4 a 12 años en la Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe, periodo marzo-julio 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar los niveles de ansiedad dental en los niños y niñas durante la consulta odontológica y su posible origen en las edades de 4-12 años

- Identificar procedimientos odontopediátricos que provocan mayor ansiedad en los niños de 4-12 años.

- Identificar la técnica de manejo de comportamiento odontopediátrica que presenta mayor eficacia en la disminución de la ansiedad.

ÍNDICE

Certificación ii

Autoría iii

Carta de Autorización iv

Dedicatoria v

Agradecimiento vi

1. Título 1

2. Resumen 2

Abstract 3

3. Introducción 4

4. Revisión de literatura 7

CAPÍTULO UNO: ANSIEDAD DENTAL 7

1.1. Antecedentes de la ansiedad dental 7

1.2. Concepto de Ansiedad dental 8

1.3. Causas de la Ansiedad dental 8

1.4. Clasificación de trastornos de la ansiedad 11

1.5. Principales síntomas de ansiedad 15

1.5.1. Síntomas cognitivos o de pensamiento 16

1.5.1.1. Preocupación 16

1.5.1.2. Inseguridad 16

1.5.1.3. Miedo o temor 17

1.5.1.4. Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad) 18

1.5.1.5. Anticipación de peligro o amenaza 18

1.5.1.6. Dificultad de concentración 18

1.5.1.7. Dificultad para la toma de decisiones 19

1.5.1.8. Desobediencia 20

1.5.2. Síntomas motores u observables 20

1.5.2.1. Hiperactividad 20

1.5.2.2. Inestabilidad motriz 21

1.5.2.3. Dispraxia 21

1.5.2.4. Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal 22

1.5.2.5. Conducta de evitación 22

1.5.3. Síntomas fisiológicos o corporales 23

1.5.3.1. Síntomas cardiovasculares 24

1.5.3.2. Síntomas respiratorios 24

1.5.3.3. Síntomas gastrointestinales 24

1.5.3.4. Síntomas genitourinarios 25

1.5.3.5. Síntomas neuromusculares 25

1.5.3.6. Síntomas neurovegetativos 25

1.6. Conducta 26

1.6.1. Factores que determinan la conducta del niño en la consulta 26

1.6.1.1. La influencia de los padres 27

1.6.1.2. Actitud de la familia 27

1.6.1.3. Experiencias previas 28

1.6.1.4. El atuendo del odontólogo 28

1.6.1.5. Separación de los padres y miedo a lo desconocido 29

1.6.1.6. Presencia de los padres durante el tratamiento dental 29

1.6.1.7. Coeficiente intelectual 29

1.6.1.8. Edad 29

1.6.1.9. Sexo 30

1.6.1.10. Duración de la visita 30

1.6.1.11. Hora de la visita 30

1.7. Aceptación del tratamiento dental 30

1.8. Evaluación de la ansiedad dental 31

1.8.1. FIS 32

1.8.2. CFSS-DS 33

CAPÍTULO DOS: PERFIL DEL NIÑO 36

2.1. Perfil del niño cooperador 36

2.2. Falta de capacidad de cooperación 36

2.3. Potencialmente cooperadores 36

2.3.1. Niño con alteración emocional 37

2.3.2. Enfermos crónicos y otras situaciones traumáticas 37

2.3.3. Padecimiento infantil tímido o introvertido 37

2.3.4. Niño atemorizado 37

2.3.5. Niño con aversión a la autoridad 38

2.4. Clasificación del comportamiento del niño 39

2.4.1. Conducta descontrolada 39

2.4.2. Conducta desafiante 39

2.4.3. Conducta tímida 39

2.4.4. Conducta cooperativa tensa 40

2.4.5. Conducta llorosa 40

2.5. Perfiles de conducta en las diferentes edades 41

CAPÍTULO TRES: TÉCNICAS DE MANEJO DEL COMPORTAMIENTO EN SITUACIONES DE ANSIEDAD DENTAL 47

3.1. Técnicas Comunicativas 47

3.1.1. Decir, Mostrar y Hacer 47

3.1.2. Desensibilización 49

3.1.3. Modelamiento 49

3.1.4. Distracción 49

3.2. Técnicas de relajación 50

3.2.1. Aromaterapia 50

3.2.2. Musicoterapia 56

5. Materiales y métodos 59

6. Resultados 65

7. Discusión 78

8. Conclusiones 81

9. Recomendaciones 82

10. Bibliografía 84

11. Anexos 86

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1: Ansiedad Dental 28

Fig. 2 Conducta llorosa 40

Fig. 3 Técnica Decir-Mostrar-Hacer 48

Fig. 4 Modelamiento 49

Fig. 5 Distracción audiovisual 50

Fig. 6 Aromaterapia 53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla #1: Rango de edad en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe 65

Tabla #2: Género en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe 67

Tabla #3: Niveles de ansiedad dental en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe antes de utilizar los servicios odontológicos. 68

Tabla #4: Procedimientos odontopediátricos que provocan mayor ansiedad en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe, periodo marzo-julio 2015 70

Tabla #5: Incidencia de la técnica decir, mostrar y hacer en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe antes y después de utilizar los servicios odontológicos 72

Tabla #6: Incidencia de la técnica aromaterapia en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe antes y después de utilizar los servicios odontológicos 74

Tabla #7: Incidencia de la técnica musicoterapia en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe antes y después de utilizar los servicios odontológicos 76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico #1: Rango de edad en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe 65

Gráfico #2: Género en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe 67

Gráfico #3: Niveles de ansiedad dental en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe antes de utilizar los servicios odontológicos. 68

Gráfico #4: Procedimientos odontopediátricos que provocan mayor ansiedad en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe, periodo marzo-julio 2015 70

Gráfico #5: Incidencia de la técnica decir, mostrar y hacer en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe antes y después de utilizar los servicios odontológicos 72

Gráfico #6: Incidencia de la técnica aromaterapia en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe antes y después de utilizar los servicios odontológicos 74

Gráfico #7: Incidencia de la técnica musicoterapia en lo/as niño/as en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de motupe antes y después de utilizar los servicios odontológicos 76

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotg. #1, Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe 93

Fotg. #2, Aplicación de Encuesta a niñas antes de la atención odontológica 93

Fotg. #3, Aplicación de Encuesta a niños después de la atención odontológica 93