



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS
DE HIDALGO**

“FACULTAD DE ODONTOLOGIA”

PRESENTA:

NORA HAYDEÉ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

TESIS PARA OBTENER TITULO DE CIRUJANO DENTISTA



**“COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN SU PRIMERA
CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL DEPARTAMENTO DE
ODONTOPEDIATRÍA HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA “EVA SÁMANO DE
LÓPEZ MATEOS”**

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. SILVIA PANIAGUA DÍAZ

ASESORES:

DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ PAMATZ

DRA. JULIA LIBERTAD PANIAGUA

Morelia, Michoacán, Septiembre de 2015

ÍNDICE

1) Objetivo.....	1
2) Justificación.....	2
3) Resumen.....	3
4) Introducción.....	4
5) Antecedentes.....	6
6) Materiales y métodos.....	38
7) Resultados y discusión.....	41
8) Conclusiones.....	53
9) Recomendaciones.....	54
10) Bibliografía.....	55
11) Anexos.....	57

**“Comportamiento del paciente pediátrico en su primera consulta
Odontológica en el Departamento de Odontopediatría Hospital Infantil de
Morelia “Eva Sámano de López Mateos”**

OBJETIVOS. Determinar el grado de ansiedad y miedo en el niño al recibir la atención odontológica e identificar la edad y género además la integración familiar y si influye las experiencias previas del individuo

MATERIAL Y MÉTODOS. Se seleccionaron 127 pacientes de entre 6 a 14 años que acudieron al Departamento de Odontopediatría del Hospital Infantil de Morelia a quienes se les aplicaron las escalas CMSR-2 y MDAS para determinar los niveles de ansiedad y miedo al recibir la atención odontológica.

RESULTADOS. Todos los niños que acuden al hospital presentan miedo y/o ansiedad la frecuencia aumenta en la medida que se tenía el antecedente de una atención negativa.

Los niños tienen más miedo y menor ansiedad a diferencia de las niñas quienes presentan mayor ansiedad y menor miedo; en cambio en los grupos de edad no se encontraron diferencias.

La diferencia de miedo y ansiedad fue mayor en familias monoparentales.

Las situaciones generadoras de mayor ansiedad son permanecer en la sala de espera y el ser inyectado.

PALABRAS CLAVE

 **Ansiedad**

 **Miedo**

 **Atención Odontológica**

 **Odontopediatría**

"Behavior of pediatric patients in their first dental appointment in the Department of Pediatric Dentistry Children's Hospital of Morelia" Eva Sámano López Mateos"

OBJECTIVES. Determining the degree of anxiety and fear in children receiving dental care and identify the age and gender plus family integration and if past experiences influence individual

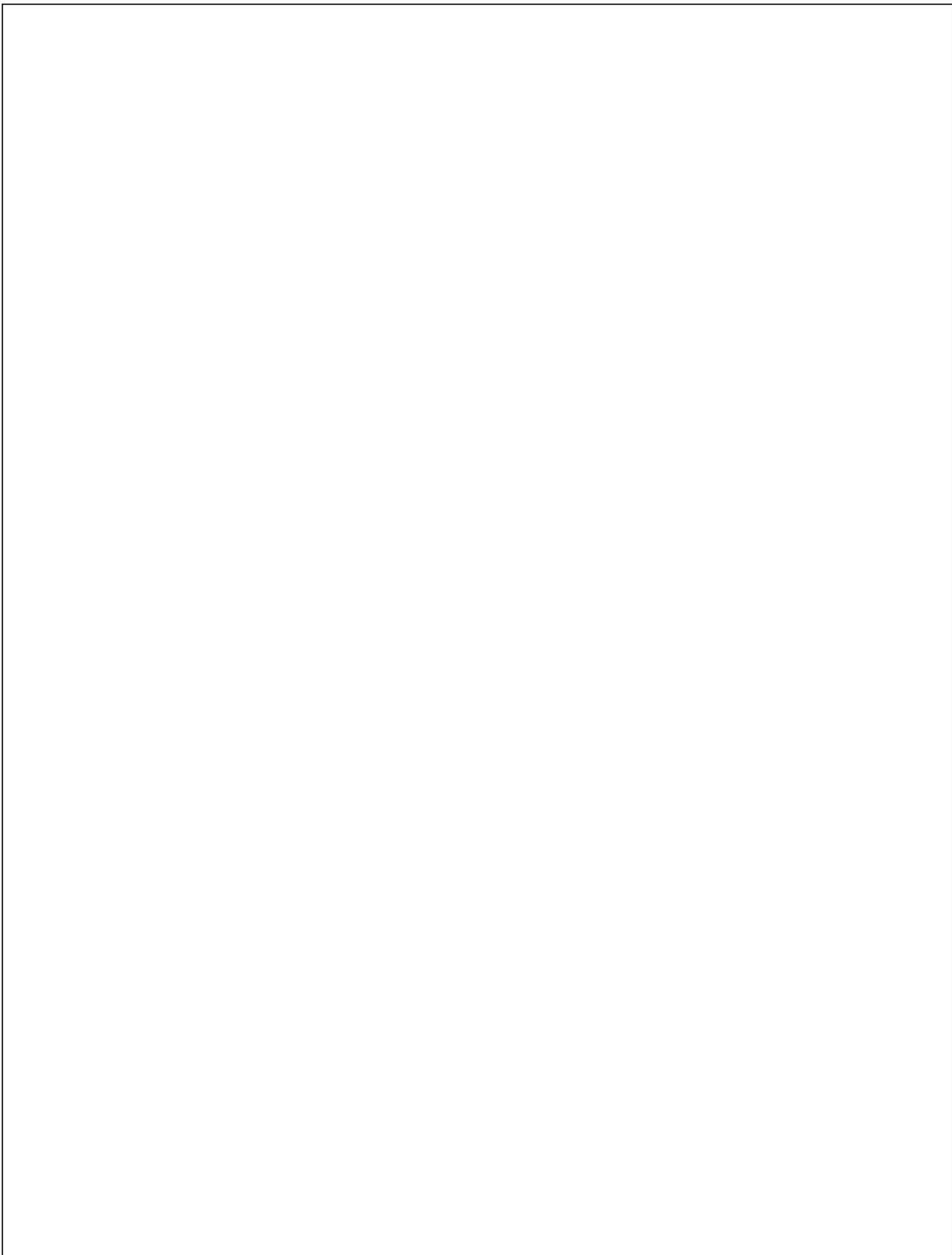
MATERIAL AND METHODS. 127 patients aged 6-14 years attending the Department of Pediatric Dentistry at Children's Hospital of Morelia who were applied the MDAS CMSR-2 and scales to determine the levels of anxiety and fear of receiving dental care were selected.

RESULTS. All children attending the hospital have fear and / or anxiety often increases as the antecedent of negative attention be had.

The boys have less anxiety and more fear unlike girls who have more anxiety and less fear; homewer in the age of groups no differences were found.

The difference between fear and anxiety was higher in single-parent families.

Generating situations are most anxious to stay in the waiting room and being injected.



1.-OBJETIVOS

 Determinar el grado de ansiedad y miedo en el niño al recibir la atención odontológica.

 Identificar la edad y el género en el que es más frecuente la ansiedad y miedos a los tratamientos dentales.

 Identificar la conformación de la familia y si afecta en el tratamiento dental de acuerdo a las condiciones que presenta el infante.

 Identificar si afecta las experiencias previas a la primera cita de atención dental

2.- JUSTIFICACIÓN

Todos los días acude como mínimo un paciente nuevo para recibir atención dental al Departamento de Odontopediatría del Hospital Infantil de Morelia.

De la primera consulta odontológica dependerá el comportamiento del niño durante todo su tratamiento dental incluso durante su vida adulta por este motivo proporcionar una primera experiencia dental positiva debe ser el objetivo del odontólogo que atiende niños, el comportamiento del niño puede ser muy variable dentro del consultorio y una gran cantidad de factores externos pueden modificar de manera negativa esta conducta.

El mal comportamiento de alguno de los niños puede afectar la conducta del resto de los pacientes que se encuentran recibiendo consulta odontológica e incluso de los pacientes que se encuentran en la sala de espera.

Nuestro Departamento está equipado con un número total de 4 unidades dentales distribuidas en forma semilunar acomodadas una después de la otra sin una separación física entre ellas, en las cuales trabaja un doctor respectivamente; por tal motivo durante la consulta no se cuenta con el espacio idóneo para que los pacientes se sientan del todo cómodos durante su primera visita.

La presente investigación tiene como propósito establecer los parámetros de prevalencia de la problemática de ansiedad y miedos a tratamientos dentales entre una población de niños de ambos sexos de Departamento de Odontopediatría del Hospital Infantil de Morelia 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, innecesaria dificultad para realizar el tratamiento y lo más importante resultados insatisfactorios.

3.-RESUMEN

“Comportamiento del paciente pediátrico en su primera consulta Odontológica en el Departamento de Odontopediatría Hospital Infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos”

OBJETIVOS. Determinar el grado de ansiedad y miedo en el niño al recibir la atención odontológica e identificar la edad y género además la integración familiar y si influye las experiencias previas del individuo

MATERIAL Y MÉTODOS. Se seleccionaron 127 pacientes de entre 6 a 14 años que acudieron al Departamento de Odontopediatría del Hospital Infantil de Morelia a quienes se les aplicaron las escalas CMSR-2 y MDAS para determinar los niveles de ansiedad y miedo al recibir la atención odontológica.

RESULTADOS. Todos los niños que acuden al hospital presentan miedo y/o ansiedad la frecuencia aumenta en la medida que se tenía el antecedente de una atención negativa.

Los niños tienen más miedo y menor ansiedad a diferencia de las niñas quienes presentan mayor ansiedad y menor miedo; en cambio en los grupos de edad no se encontraron diferencias.

La diferencia de miedo y ansiedad fue mayor en familias monoparentales.

Las situaciones generadoras de mayor ansiedad son permanecer en la sala de espera y el ser inyectado.

4.-INTRODUCCIÓN

La caries es un problema de salud pública en nuestro país, encuestas realizadas por el sector salud desde el año 1980 al 2010 demuestran estos alarmantes resultados.

Este problema radica en el miedo que presentan muchos pacientes a la consulta dental, se estima que el 80% de la población presenta miedo al dentista, convirtiéndose en un 15% de los casos en verdadera fobia. Las enfermedades de la cavidad oral son consideradas las principales afecciones de Salud Pública no solo en nuestro país, si no, también a nivel mundial; por este motivo son necesarios altos requerimientos económicos para las instituciones del Sector Salud. A pesar de todos los intentos realizados por el Sector Salud para implementar actividades que ayuden a prevenir y disminuir estas cifras, la situación económica del país y por consiguiente de las instituciones de gobierno no ha permitido grandes avances, sin embargo, actualmente se han empleado estrategias para la promoción, prevención y protección de la salud bucal y que esta llegue a la población más vulnerable del país.

Por tal motivo el papel que juega el Odontopediatra se vuelve tan importante, la Odontopediatría es la rama de la Odontología encargada de proporcionar atención oral en niños, así como ofrecerles las herramientas necesarias para adquirir una actitud positiva frente al Odontólogo.

En la actualidad la importancia de la psicología en la vida cotidiana ha aumentado considerablemente para llegar a comprender al ser humano y ayudar a superar de cualquier contrariedad. El Odontólogo pero sobre todo el Odontopediatra debe estar familiarizado por completo con la psicología a fin de entender cada etapa de la vida del niño.

Cada una de estas etapas en la vida de una persona trae consigo nuevos desafíos y sobretodo experiencias que pueden marcarlos por completo y de esta forma desarrollar comportamientos o conductas que pueden permanecer toda la vida; una de estas experiencias es la primera visita odontológica, antes de acudir al dentista la mayoría de los niños se encuentran nerviosos y preocupados, suelen tener miedo y en algunos casos hasta llegar a sentirse culpables.

Es importante ayudar al niño a superar su miedo y educar al padre para que sea un auxiliar del odontopediatra, para ello es importante tener en cuenta las posibles causantes de este problema e identificar y lograr erradicarlo lo más completo posible. Entre estas causas podemos encontrar la separación de los padres del niño durante la consulta, el miedo al dolor, sobre todo si saben que puede ser necesaria la anestesia para efectuar el tratamiento; la actitud del profesional, ya que algunas veces este miedo está ligado con la forma de trabajo; la inseguridad emocional del paciente, que es en gran medida el miedo ante lo desconocido.

También existen factores externos que modifican el comportamiento del niño entre ellas destacan el miedo provocado en casa por malas actitudes de los padres, por esto es sumamente importante que el odontopediatra trabaje en conjunto con los padres del paciente ya que su ayuda es fundamental para el éxito del tratamiento. La mayoría de los padres piensa que no es necesario llevar sus hijos al dentista mientras tiene los dientes de leche, es importante crear conciencia ya que todos los problemas dentales podrían evitarse con visitas al dentista y su respectivo cepillado dental.

De la primera visita odontológica va a depender el comportamiento del niño durante todo su tratamiento dental, incluso en la vida adulta. Por este motivo la primera visita tiene como objetivo ayudar al niño en su adaptación a esta experiencia desconocida para él, que conozca a su dentista, el consultorio y los instrumentos que puedan utilizarse durante el tratamiento.

Los niños que acuden regularmente desde edades tempranas, son excelentes pacientes durante toda su vida, a diferencia de los niños que llegan a esta primera visita obligados por alguna molestia y en estos casos su conducta no es la más favorable.

El comportamiento del niño dependerá del apoyo y las acciones realizadas desde el hogar, es importante darles a los padres ideas para que ayuden al niño a mejorar este comportamiento, por ejemplo, es importante que los padres que avisen al niño con anticipación el día de la visita, hablarles sobre el dentista en términos positivos y explicarle al niño, sobre todo si aún es muy pequeño, que acudir a sus consultas no es ningún castigo y que sepan que los adultos también acuden, que el dentista es su amigo y que su trabajo consiste en ayudar a la gente a estar sana y a resolver sus problemas de salud.

Los niños aprenden mejor durante el juego, ya que en este momento se sienten libres y expresan más fácil preguntas sobre los miedos que tienen, por este motivo simular la visita dental con sus familiares puede ser de gran ayuda.

Los niños pueden controlar el dolor o la incomodidad si se les avisa con anticipación y aprenden a confiar en sus padres si estos son sinceros con ellos, es muy importante durante todo el proceso de la visita odontológica.

Existen varias técnicas para el manejo del niño dentro del consultorio dental, por este motivo es importante conocer de forma individual a cada paciente y obtener información sobre que técnica nos dará mejores resultados logrando así la confianza del niño y haciendo cada vez más gratas las visitas odontológicas.

5.- ANTECEDENTES

Todos los días como mínimo acude un paciente pediátrico nuevo a recibir tratamiento dental; por este motivo es importante tomar en cuenta que en general los niños presentan un gran temor al estar frente al odontopediatra, desafortunadamente este miedo en la gran mayoría es provocado en casa cuando algún familiar ha tenido alguna experiencia previa negativa o los padres lo usan a forma de castigo como resultado de una mala acción cometida por el niño, un estudio realizado en Costa Rica en el año 2006 por Navarro y Cols., acerca de la prevalencia de ansiedad y miedos dentales entre la población adulta ayudo a comprender la necesidad de la aplicación de los principios de la psicología en los tratamientos dentales y fomentar estas técnicas en los pacientes pediátricos sería de gran ayuda para el profesional de la salud dental.

Debemos entender que la conducta que presenten los niños durante la consulta odontológica son actos a consecuencia del estímulo de estar en una situación nueva y desconocida, misma que va a ser diferente en cada niño ya que esta depende totalmente de las aptitudes, temperamento, carácter y experiencias previas. Estudios realizados en América Latina en 2008 por Claudia Caycedo y Cols., reportan resultados en los que destacan el miedo a las jeringas y agujas, las experiencias previas, extracciones dentales y uso de fresas para el tallado dental; ya sean propias o ajenas y la diferencia de ansiedad entre el género, que es ligeramente mayor en mujeres según escalas SDAI y MDAS.¹

Es importante hacer del conocimiento de los padres que todos los niños presentan miedo y ansiedad en la primera visita, pero esto no significa que el tratamiento se debe aplazar, ganarse la confianza de los padres es de suma importancia para el odontólogo de esta manera podrán trabajar en conjunto y así obtener mejores resultados, en el año 2003 Aguilera y Cols., No reportan diferencias entre genero con respecto a la ansiedad en la primera consulta. Y refuerzan el concepto de una primera experiencia dental no traumática es la manera adecuada para disminuir la ansiedad del niño.

Las actitudes corporales, los gestos, acciones y el lenguaje de los niños son factores determinantes para darnos una idea general de cómo se comportaran durante la realización del tratamiento, este comportamiento puede mejorar en la medida que demos que no existe ningún motivo por el cual preocuparse, en el 2005 en Honduras Rivera y Cols., describen que existe una proporción directa al tratamiento dental, es decir, que a mayor tratamiento dental invasivo se presenta mayor nivel de ansiedad. Y en observación de los padres ansiosos y con experiencias negativas previas los hijos presentan el mismo patrón de ansiedad miedo y fobia.²

De la primera consulta odontológica dependerá el comportamiento del niño durante todo su tratamiento incluso en la vida adulta, una experiencia desagradable puede generar fobia al dentista y repercusiones en la salud del paciente.

La prevención y los tratamientos conservadores deberían ser la prioridad del odontopediatra desafortunadamente cuando los niños acuden a la consulta ya no es posible realizar ningún tratamiento que no sea amputativo o restaurador. En la planeación del tratamiento del niño debemos considerar algunos puntos importantes para lograr los mejores resultados, entre ellos podemos destacar:

1. Ganar la confianza y cooperación del niño
2. Hacer un diagnóstico exacto y diseñar un plan de tratamiento apropiado para las necesidades del niño
3. Dar atención preventiva amplia
4. Suministrar los cuidados de una manera que el niño encuentre aceptable
5. Usar materiales y técnicas que tengan resultados eficaces y duraderos

La historia clínica continua siendo fundamental para garantizar un adecuado diagnóstico y de esta manera ofrecer el mejor tratamiento a cada paciente; el odontograma es una parte muy importante de la historia clínica ya que en el quedan reflejados los resultados más importantes de la exploración dental.

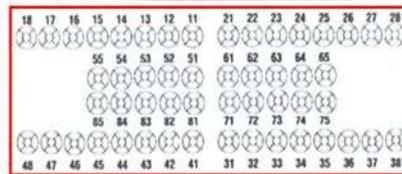


Figura 1. Odontograma Dental
Recuperado de <http://www.sdpt.net>

Un factor importante a considerar antes de proporcionar el diagnóstico son las radiografías dentales ya que nos ayudan a comprobar la hipótesis previa al diagnóstico dental y comprobar el éxito al finalizar el tratamiento realizado.



Figura 2. Ortopantomografías
Recuperado de <http://www.clinicaderadiologiaencastellon.com>

El diagnóstico nos permite elaborar un plan de tratamiento dental apropiado a las necesidades del paciente, este, debe ser específico; por ejemplo, caries dental constituye un diagnóstico incompleto que no especifica la razón por la cual el niño presenta esta enfermedad y como resultado el paciente continuará sin modificar los patrones y el problema no terminará por desaparecer.

Antes de comenzar el tratamiento es importante tener en cuenta cual es el pronóstico de los dientes afectados y el posible comportamiento del niño así como su aceptación al tratamiento.

Cada plan de tratamiento debe ser específico para el paciente individual. De esta manera podremos verificar si el tratamiento a seguir será preventivo, conservador o amputativo y de esta manera elegir la estrategia terapéutica a utilizar y poder identificar al paciente que solo se le podrá atender bajo anestesia general (AG).

La mayor parte de los niños son capaces de recibir orientación conductual. Sin embargo, cuando se planea el tratamiento, debe considerarse el bienestar del menor y también el impacto que las múltiples visitas o la penetración corporal bajo anestesia local podrían tener en el comportamiento futuro del niño y su actitud hacia el tratamiento dental. Es esencial el acceso a equipo adecuado de anestesia general.



Figura 3. Tratamientos Dentales en Odontopediatría
Recuperado de <http://odontopediatriadrakarla.mex.tl>

Al momento de elegir los materiales que vamos a utilizar en el tratamiento debemos considerar cada diente por restaurar, el antecedente de caries y la cooperación del niño. Una consideración importante en el caso de los menores es que la restauración de un diente debe ser definitiva, por ejemplo, en niños muy pequeños, en los que se requiere que una restauración dure 4 a 5 años, debe darse la debida consideración al uso de coronas de acero inoxidable.

Dependiendo de la edad en que se presente el niño a la consulta podremos formular planes a corto, mediano y largo plazo y de esta manera tomar en cuenta el desarrollo del complejo nasomaxilar, el crecimiento mandibular y el desarrollo dental.

La formación de los dientes comienza hacia la quinta semana de la etapa embrionaria. La lámina dental da origen a las yemas epiteliales que luego se diferencian en la matriz dental, dentro de las que residen las células para el desarrollo de las diversas estructuras dentales.

Los odontoblastos forman dentina, y los ameloblastos, el esmalte. La estructura epitelial conocida como vaina radicular de Herthwig se origina de la migración apical de las células epiteliales en el asa cervical dental del órgano del esmalte, y es responsable del desarrollo de las raíces dentales.



Figura 4. Erupción Dental
Recuperado de <http://blogs.upc.edu.pe>

ERUPCIÓN DENTAL

Momentos de erupción de los dientes primarios (en meses)

Incisivo centrales inferiores: 7 a 8

Incisivos superiores: 10 a 11

Laterales superiores: 11

Laterales inferiores: 13

Primeros molares primarios: 16

Caninos: 19

Segundos molares primarios: 27 a 29

Momentos de erupción de la dentición permanentes (en años)

Primeros molares e incisivos centrales inferiores: 6

Incisivos centrales superiores y laterales inferiores: 7

Incisivos laterales superiores: 8

Caninos y primeros premolares inferiores: 10

Caninos y segundos premolares superiores: 11

Segundos molares: 12

Terceros molares: 16 en adelante

Los métodos para evaluar el crecimiento los describió Lowrey en 1973 y corresponden a:

1. Edad cronológica
2. Edad neurológica
3. Edad morfológica
4. Edad esquelética
5. Edad mental
6. Caracteres sexuales secundarios
7. Edad dental

La edad dental es de gran importancia ya está íntimamente relacionada con la edad cronológica. El odontopediatra debe tener conocimientos acerca del crecimiento y desarrollo, en especial de la dentición, por las siguientes razones:

1. Es importante la secuencia de la erupción dental: en caso de problemas de oclusión, debe verificarse si la secuencia de erupción es correcta, porque podría faltar el desarrollo de algunos dientes.³
2. Las fechas de erupción dental se usan en ortodoncia para programar el tratamiento
3. El momento de la aplicación de fluoruro depende de la edad dental.
4. Las fases de desarrollo son importantes en casos de traumatismo para vigilar la curación de la pulpa
5. También es necesario que los dentistas pediátricos comprendan la diferencia de crecimiento entre varones y mujeres para ayudar en el tratamiento de la dentición en desarrollo y el suministro de atención ortodóncica reguladora:
6. El crecimiento en estatura de niños y niñas es casi paralelo hasta los 10 años de edad
7. En niñas de 11 a 13 años, los estrógenos femeninos causan rápido y unión de las epífisis óseas hacia los 14 a 16 años de edad.
8. En niños, la testosterona induce crecimiento prolongado ulterior (de los 13 a los 17 años de edad).

Con la finalidad de comprender el tratamiento conductual para ayudar a los niños a aceptar los cuidados dentales, es esencial poseer un conocimiento básico del desarrollo, cognitivo y psicológico de cada grupo de edad.

La capacidad cognitiva de los niños cambia del nacimiento a la edad adulta. Diversas teorías dividen este proceso en varias etapas, entre ellas encontramos a Jean Piaget psicólogo y lógico suizo considerado el pionero en realizar estudios acerca del desarrollo de la inteligencia en niños quien señalaba en su teoría cognoscitiva que el niño adquiere y utiliza el conocimiento para adaptarse, según su grado de desarrollo, a diferencia de Sigmund Freud médico neurólogo y psiquiatra quien fue el principal impulsor del psicoanálisis quien explica el desarrollo del niño desde un punto de vista psicosexual sin olvidar que Erickson aborda el desarrollo psicosocial de los niños mostrando que la conducta de los niños es motivada por impulsos.

Figura 5. TEORÍAS SOCIALES DEL DESARROLLO DEL NIÑO
Adaptada Rojas-Alcayaga.2008. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca

TEORÍAS SOCIALES DEL DESARROLLO DEL NIÑO

TEORIA		ETAPAS
TEORÍA DEL DESARROLLO COGNITIVO DE JEAN PIAGET	El desarrollo mental del recién nacido al adulto, es una progresiva equilibración que va de un equilibrio menor a un equilibrio mayor. Esta ley del equilibrio o estabilización gradual es la que rige en el desarrollo de la inteligencia, en la vida afectiva y en la vida social.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periodo sensoriomotor 2. Periodo preoperacional 3. Periodo operacional concreto 4. Periodo formal
TEORÍA PSICOSOCIAL DE ERIKSON	Erikson pensaba que la personalidad se desarrolla en etapas, y que cada una de éstas se caracteriza por un conflicto o crisis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapa 1. Lactancia: de 0 a 1 años 2. Etapa 2. Infancia: 1 a 2 años 3. Etapa 3. Niñez temprana: 2 a 6 años 4. Etapa 4. Niñez tardía: 6 a 12 años 5. Etapa 5. Adolescencia: 12 a 18 años 6. Las etapas 6 y 7 corresponden a las edades de la adultez temprana a tardía.
TEORÍA PSICOSEXUAL DE FREUD	Freud pensaba que desde el nacimiento se posee una libido instintiva que se desarrolla en cinco etapas, creía que si durante cualquiera de estas fases el niño experimentaba frustración sexual en relación a cualquier estado de desarrollo psicosexual, podía experimentar ansiedad que podría persistir en la edad adulta como un trastorno de personalidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fase Oral. 0 a 1.5 años 2. Fase anal. 1.5 a 3 años 3. Fase fálica. 4 a 5 años 4. Latencia. 5 años a pubertad 5. Fase genital. Pubertad en adelante

TEORÍA DE APEGO (VINCULACIÓN AFECTIVA) DE JOHN BOWLBY (1969)

Uno de los motivos principales por los cuales un niño se vuelve introvertido está directamente relacionado por la falta de un vínculo del niño con la persona que se encuentra a su cargo.

Existen 4 diferentes tipo apego:

- 1.-La necesidad constante de mantenerse cerca de las personas con las que se encuentra apegado.
- 2.-Regresar a la persona con quien se tiene apego en momentos de inestabilidad ya que con ella se sienten protegidos.
- 3.-La figura de apego proporciona la confianza para superar el temor a lo desconocido.
- 4.-El miedo causado por la separación de la figura de apego.



Figura 6. Características del apego (vinculación afectiva) según de John Bowlby (1969)
Adaptada de Monty Duggal (2001) Odontología pediátrica

TEORÍA SOCIOCULTURAL DE VYGOTSKY

Teniendo como ejemplo a las personas que los rodean los niños poseen la capacidad de aprender y realizar actividades que aún no logran comprender pero las pueden imitar si se les proporciona el apoyo necesario.

TRATAMIENTO CONDUCTUAL

El odontopediatra debe poseer la habilidad de proporcionar al niño todas las herramientas necesarias para que la primera visita dental sea positiva y el niño logre aceptar la idea del tratamiento dental e incluso cita con cita mejore su comportamiento de tal manera que este cambio pueda verse reflejado incluso en su salud bucal durante su vida adulta.

El odontólogo que atiende niños debe estar consciente de todas las habilidades y aptitudes que se necesitan para realizar estos tratamientos más allá de los conocimientos de cada tratamiento a realizar es de suma importancia ser capaz de comunicarse con los pacientes y sobre todo amar a los niños.

Es importante la comunicación del profesionista con cada paciente y sobre todo usar un vocabulario que sea comprensible para cada grupo de edad y de esta manera poder explicar los instrumentos y los procedimientos dentales logrando transmitir bienestar y seguridad, es importante tener en cuenta que no todos los odontopediatras poseen esta habilidad de forma natural pero adquirirlas mediante el aprendizaje es responsabilidad de todos.

Un punto importante que debe considerar el odontopediatra es el atuendo con el que se presentara frente al niño, ya que algunos niños sufren un síndrome llamado "síndrome de bata blanca", por este motivo se debe considerar utilizar un atuendo que no resulte amenazador para el paciente.

Las barrera de protección para protección personal usadas por el profesionista generalmente son bien recibidas por los niños siempre y cuando se coloquen después de una pequeña explicación de cuál es la función de cada uno de ellos.

Ganarse la confianza del paciente aumenta considerablemente la aceptación del tratamiento y sobre todo el éxito del tratamiento dental.⁴

CONSULTORIO PARA NIÑOS

Es importante considerar el tipo de decoración del consultorio dental, si el profesional se va a dedicar únicamente a la atención de niños, el consultorio completo desde la sala de espera de recepción hasta el sillón dental deben proporcionar al niño la sensación de que el espacio donde se encuentran esta creado para ellos y de esta manera logren sentirse lo más cómodos posible desde la primera visita, además es importante verificar que cada persona que trabaje y conviva con los pacientes posea las mismas habilidades del odontopediatra para tratar con niños.⁵



Figura 7. Consultorio Dental Infantil
Recuperado de <http://www.centromedicosanvicente.com/>

INFLUENCIA DE PADRES

En la mayoría de los casos la actitud que tomen los padres frente al tratamiento dental que se realizara en sus hijos influirá de manera positiva o negativa según sea el caso sobre el comportamiento del niño.

Es sumamente importante que el odontopediatra trabaje en conjunto con los padres ya que su ayuda se considera fundamental para el éxito del tratamiento, su presencia en el consultorio mientras se realiza el tratamiento puede causar conflictos para el dentista sobre todo si consideran necesaria la comunicación verbal con su hijo durante el tratamiento.

Si se les va a permitir a los padres estar presentes durante el tratamiento es importante proporcionar algunos consejos que serán de gran ayuda para no entorpecer el trabajo del dentista.

Sin embargo, la presencia o no de los padres en la consulta es, en gran medida, una decisión individual basada en la preferencia de dentista, pacientes y ellos.⁶



Figura 8. Influencia de los padres en el paciente dental infantil
Recuperado de www.acv-online.be

TÉCNICAS BÁSICAS DE TRATAMIENTO CONDUCTUAL



Figura 9. Técnicas Básicas De Tratamiento Conductual En Niños
Nora Rodríguez, Paciente pediátrico en su primera consulta dental en el Hospital Infantil Morelia, junio 2015.

Existen una gran variedad de técnicas que pueden ser utilizadas por el odontopediatra para mejorar el comportamiento del niño dentro del consultorio dental.

El éxito de estas técnicas sobre el manejo de la conducta radica en la comunicación del odontólogo con el paciente, modulación de la voz y en gran medida convencer al niño que es el dentista quien tiene el control. La modulación de la voz se adquiere con la experiencia del profesionalista y tiene como objetivo principal modificar el comportamiento de ira. Proporcionar al niño la libertad de levantar la mano cuando pudiera existir alguna molestia o la necesidad de que el dentista se detenga le proporciona seguridad al paciente ya que este acto le proporciona la sensación de tener el control sobre la situación por este motivo es importante que el dentista haga caso a las peticiones del paciente y no perder la confianza una vez que esta se ha ganado.⁷

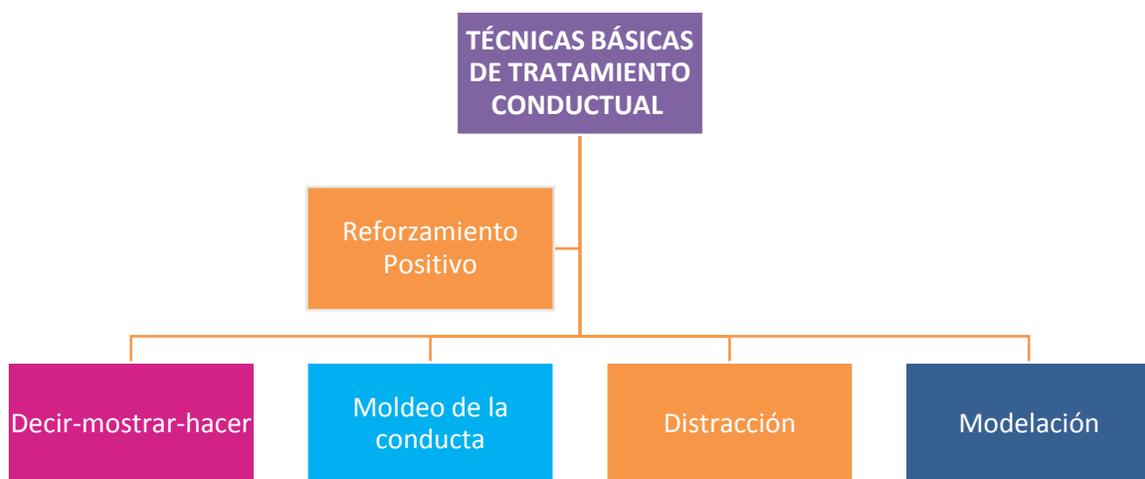


Figura10. Técnicas Básicas De Tratamiento Conductual En Niños
Adaptada de MontyDuggal (2001) Odontología pediátrica

TÉCNICA DECIR-MOSTRAR-HACER

Consiste en proporcionar una pequeña explicación de lo que se va a realizar antes de demostrarlo, de esta manera el niño se prepara y acepta cada paso del tratamiento.

Existen algunas palabras que podemos sustituir a la hora de realizar los tratamientos dentales para ayudar a explicar al niño cada instrumento y paso a seguir del tratamiento.

EQUIPO/PROCEDIMIENTO	PALABRA AMIGABLE PARA EL NIÑO
Pieza de mano	Abeja zumbadora
Micromotor	Cepillo silbador, regadera para dientes
Chorro de aire, sedación por inhalación	Aire mágico
Anestésico local	Hormiguitas que matan bichos
Dique de hule	Impermeable
Succión	Aspiradora

FIGURA 11. Lenguaje usado en el consultorio dental con niños
Adaptado de Ribes E. (2009) Técnicas de modificación de conducta.

DISTRACCIÓN

La podemos llevar a cabo diferentes tipos de actividades para lograr distraer la atención del paciente. Es de gran ayuda poner películas infantiles, videojuegos; platicar con el niño durante el tratamiento es un método eficaz.⁸

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Conocer el desarrollo emocional y psicológico del niño es importante para definir qué manejo es el más adecuado y dará mejores resultados en cada paciente, además es importante considerar que el entrenamiento y conocimiento del profesional de las técnicas es indispensable.

Dentro de las técnicas para la modificación de la conducta se encuentran:

- Instigación
- Modelamiento
- Sugerencias⁹

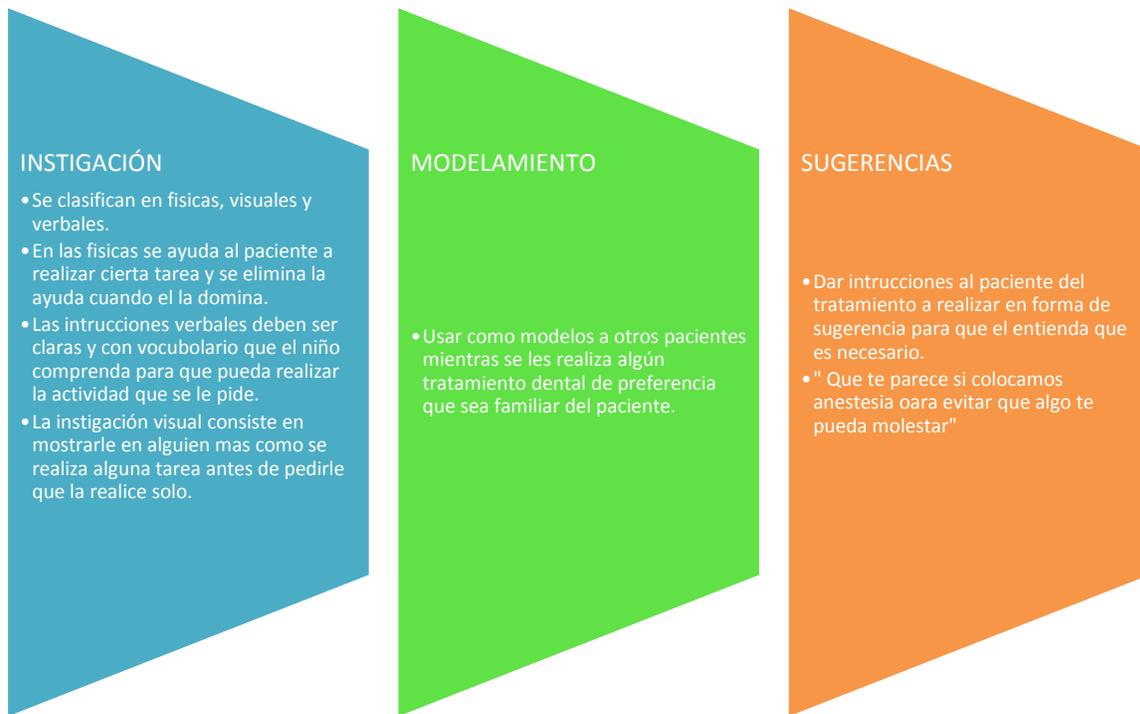


FIGURA 11. Técnicas de Modificación de Conducta
Adaptado de Reeve J. (2007), Motivación y emoción.

TÉCNICAS PARA MANTENER O INCREMENTAR UNA CONDUCTA

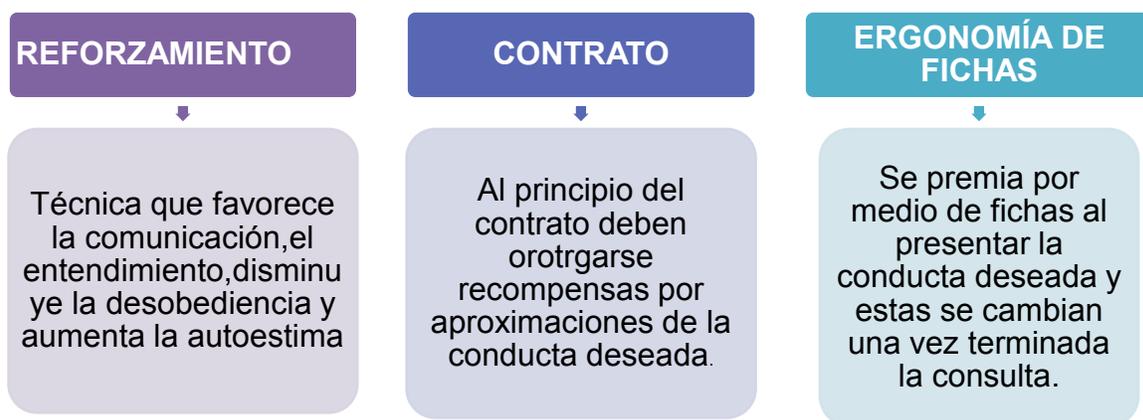


FIGURA 12. Técnicas para Mantener Conducta
Adaptado de Monty Duggal (2001) Odontología pediátrica

TÉCNICAS PARA REDUCIR CONDUCTAS

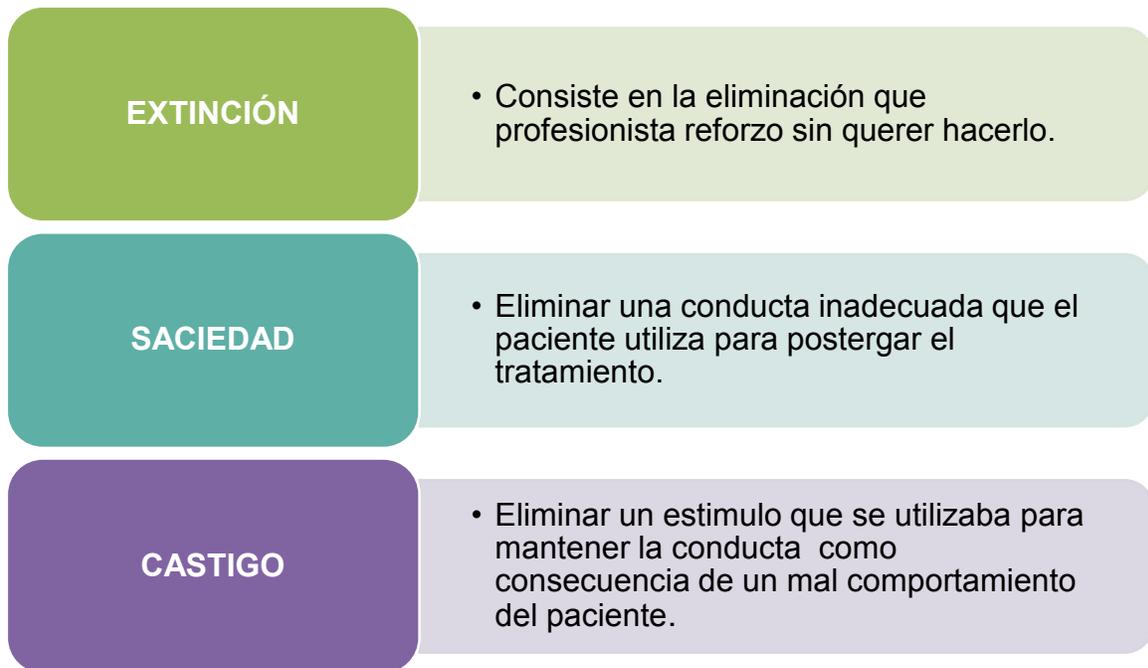


FIGURA 13. Técnicas para Reducir Conducta
Adaptado de Ribes E. (2009) Técnicas de modificación de conducta.

TERAPIA DE DESENSIBILIZACIÓN

Es utilizada para disminuir el miedo y la ansiedad de los pacientes y se logra enseñándolo a relajarse a medida que el paciente se desensibiliza frente a procedimientos que le producen ansiedad.

Comprende 3 etapas:

- 1.- Enseñar a estar en relajación muscular total
- 2.- Utilizar estímulos que disminuyan la ansiedad
- 3.- Encontrar el equilibrio entre la relajación y los estímulos que ayudan a disminuir la ansiedad.

CONTROL MEDIANTE LA VOZ

Para que este método de buenos resultados el odontopediatra debe proyectar autoridad desde que se presenta con el paciente. El tono de voz es de suma importancia, y demostrarle al niño que es el dentista quien tiene el mando, es una de las técnicas más utilizadas ya que no se presentan efectos negativos en el niño.

Hacer del conocimiento del niño cuando está haciendo bien las cosas es muy importante ya que le sirve de parámetro y generalmente le impone una meta en su comportamiento durante todo el tratamiento.¹⁰

RESTRICCIÓN FISICA

¿EN QUIENES DEBE UTILIZARSE LA RESTRICCIÓN FISICA?



Figura 13. Uso de Restricción Física
Nora Rodríguez, Paciente femenino con presencia de caries múltiples y discapacidad mental atendido en el Hospital Infantil Morelia, junio 2015.

Este método es el menos utilizado en la actualidad, ya que puede afectar negativamente a los niños ya que la posición del paciente no es la más conveniente y trae consigo traumas físicos y psicológicos, es indispensable recurrir a ella únicamente en casos especiales y cuando no se encuentre ninguna otra alternativa para manejar el comportamiento del niño durante el tratamiento dental.

- Niños con discapacidades físicas, que se sienten mejor y más seguros con la restricción física.
- Niños de corta edad (menores de 3 años), incapaces de entender y cooperar, pero con necesidad de tratamiento dental.
- Niños con discapacidades mentales, principalmente con retraso mental.
- Niños histéricos, hiperactivos, desafiantes o poco tolerantes.
- Niños pre-medicados con ausencia parcial de conciencia y que pueden reaccionar bruscamente.
- Niños cooperadores pero presentan movimientos involuntarios.
- Niños que llegan con emergencias dentales.¹¹

¿QUÉ ES EL MIEDO?

La palabra miedo proviene del término latino metus y la entendemos como la reacción que presenta el individuo frente a una amenaza que puede ser real o imaginaria.¹²

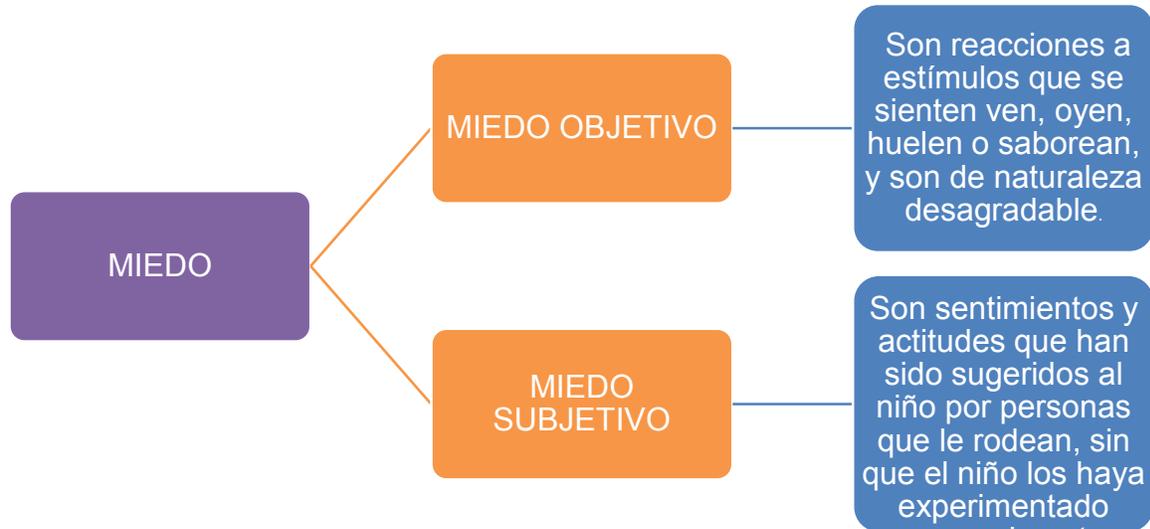


Figura 14. Clasificación del miedo
Adaptado de Gallegos (2002), Manejo de la conducta del paciente maltratado

Durante nuestra investigación pudimos medir el miedo que presentaban nuestros pacientes mediante la Escala de Ansiedad y Miedos Dentales de Corah Modificada (MDAS)

Escala realizada en 1969 por Norman Corah (1934-2001), psicólogo estadounidense pionero en el estudio, valoración y tratamiento de la ansiedad que los pacientes experimentan antes de someterse a tratamientos odontológicos. Posteriormente el cuestionario se amplió y modificó en 1995 por Humphris y colaboradores (MDAS)

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

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

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

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

3.-Cuando usted está en la silla del dentista esperando mientras el dentista prepara el taladro para comenzar de trabajo en los dientes, ¿cómo se siente?

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

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

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

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

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

Una vez finalizado el cuestionario cuantifique la puntuación obtenida.

Respuesta a = 1 punto

Respuesta b = 2 puntos

Respuesta c = 3 puntos

Respuesta d = 4 puntos

Respuesta e = 5 puntos

VALORACIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD:

- Menos de 9 puntos. Su ansiedad es leve o nula en su visita al dentista.
- Entre 9-12 puntos. Ansiedad moderada en su visita al dentista.
- Entre 13-14 puntos. Ansiedad elevada en su visita al dentista.
- A partir de 15 puntos. Ansiedad severa o Fobia a su visita al dentista.¹³

¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino *anxietas* y la podemos entender como un estado emocional que es originado por fuentes internas, cuando una persona presenta ansiedad se encuentra en un estado de alerta ya que se siente amenazado por un peligro y este puede ser real o imaginario es importante saber que la ansiedad es una respuesta universal, común y necesaria para la supervivencia pero puede convertirse en patológica cuando el estado de ansiedad continúa en el tiempo y hace sufrir a la persona.¹⁴

En la actualidad contamos con un gran número de pruebas psicológicas que ayudan a diagnosticar los problemas de ansiedad como lo es La Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada, segunda edición (CMASR-2) que utilizamos en nuestra investigación y explicaremos a continuación para entender mejor este padecimiento.

La Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada, segunda edición (CMASR-2) es una revisión completa de la Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (CMASR; Reynolds y Richmond, 1985), uno de los cuestionarios más utilizados en la investigación de tratamientos para la ansiedad infantil. El instrumento es una medida breve de autoinforme, diseñado como herramienta auxiliar para comprender y tratar problemas de ansiedad que afectan a estudiantes. La segunda edición presenta una muestra de estandarización actualizada, propiedades psicométricas mejora

das y una cobertura más amplia de su contenido. Conserva, sin embargo, las características importantes e intrínsecas del CMASR que contribuyeron a que resultara tan atractivo para los profesionales en evaluación de una amplia variedad de campos de la salud y materias afines; su brevedad, su nivel de lectura elemental y sus grupos de reactivos basados en contenido son elementos de gran utilidad para guiar las evaluaciones de seguimiento. De este modo, el CMASR-2 proporciona una herramienta aún más afectiva para entender y tratarla ansiedad de niños en edad escolar.

Descripción General

La escala consta que 49 reactivos que evalúan el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños de entre 6 y 19 años de edad. Puede ser evaluada de manera individual o grupal. El niño responde a cada oración con un Sí o un No. Se responde Sí en caso de que el reactivo describa los sentimientos o las acciones del niño y No cuando, en términos generales, los reactivos no describan las percepciones que el niño tiene de sí mismo.

Figura 15. Escalas con puntuación en el CMASR-2

Escalas con puntuación en el CMASR-2	
Escala	Número de reactivos
Escalas de validez	
Índice de Respuestas Inconscientes (INC)	9
Defensividad (DEF)	9
Escalas de ansiedad	
Ansiedad Total (TOT)	40
Ansiedad Fisiológica (FIS)	12
Inquietud (INQ)	16
Ansiedad Social (SOC)	12

Adaptado de CMASR-2 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada. Editorial El Manual Moderno. Segunda Edición

CMASR-2 genera puntuaciones para sus seis escalas. Una puntuación mide la Actitud a la Defensiva, otra, las Respuestas Inconscientes, y las cuatro restantes brindan una puntuación de Ansiedad Total y puntuaciones para tres escalas relacionadas con la ansiedad (Ansiedad Fisiológica, Inquietud y Ansiedad Social). Además 10 reactivos basados en contenido, que se relacionan específicamente con la ansiedad en el rendimiento.

Los primero diez reactivos de la Escala pueden aplicarse a manera de cuestionario abreviado para generar la puntuación de Ansiedad Total abreviada; este cuestionario puede aplicarse en menos de cinco minutos.

Las normas están estratificadas en tres grupos de edades: de 6 a 8, de 9 a 14 y de 15 a 19.

APLICACIÓN

La escala requiere solamente de 10 a 15 minutos para responderse, para contestarlo, los evaluados deben marcar sus respuestas a los reactivos en el cuestionario. Para obtener la puntuación, se necesita la Hoja de perfil adecuada a la edad para determinar y cotejar las puntuaciones estándar.

Los reactivos están escritos de manera que puedan ser entendidos fácilmente por cualquiera.

Puntuación del índice de Respuestas Inconscientes (INC)

Para calcular la puntuación del INC transfiera las respuestas marcadas con un círculo para cada pareja de reactivos. Si las respuestas para cualquiera de los primeros 8 pares son diferentes, anote una marca en la columna de la derecha. Si las respuestas del noveno par de reactivos son iguales, trace una marca en el espacio a la derecha de estos reactivos.

Puntuaciones naturales

En el cuestionario, verifique que cada reactivo haya sido contestado correctamente para los reactivos 40, 44 y 48, la puntuación se considera si la respuesta No es la que aparece marcada. Si ambas respuestas Sí y No fueron marcados y ninguna esta tachada, elimínelas, sin importar a qué reactivo correspondan. Si un reactivo quedó sin responder, elimínelo.

Para generar la puntuación natural de cada subescala del CMASR-2, localizar la columna de la subescala, colocarla plantilla en el área correspondiente, sumar las respuestas que se hayan marcado en las casillas de dicha columna y anotar la sumatoria en el espacio denominado Puntuación Natural, que se presenta en la parte inferior de cada página del cuestionario, se suman los subtotales de las puntuaciones naturales de cada subescala y se coloca el resultado en el espacio llamado Puntuación Natural Total que aparece en la segunda página del cuestionario. Para calcular el TOT de la puntuación natural, haga un recuento únicamente de las puntuaciones de las escalas FIS, INQ, y SOC, y escriba a continuación la suma en el espacio proporcionado.

Para el Formulario Breve, simplemente cuente el número de respuestas Sí que se hayan dado para los primeros 10 reactivos para obtener la puntuación natural FB-TOT y registre el total en el espacio que se proporciona.

Interpretación y uso clínico

Se realiza de manera gradual:



Primero se debe evaluar la validez de las respuestas proporcionadas.



Examinar la puntuación de Ansiedad Total.



Evaluar las puntuaciones escalares resultantes.



Considerar el contenido específico de los reactivos aprobados.

Interpretación de las puntuaciones del CMARS-2

Como ocurre con cualquier escala que se emplee para medir los aspectos psicológicos de la conducta humana, la validez de las respuestas es de primera importancia.

Puntuaciones de validez

Las dos puntuaciones de validez del CMASR-2 – el Índice de Respuestas Inconscientes (INC) y la puntuación de Defensividad (DEF); ayudan a revelar y a documentar cuándo un examinado ha dado respuestas inválidas o sesgadas a los reactivos. El INC alude a respuestas que pudieran haber sido dadas al azar o sin tomar en cuenta el contenido de los reactivos, debido al incumplimiento, descuido, problemas de la vista o falta de comprensión del contenido de un reactivo. La puntuación DEF refiere si las respuestas fueron dadas con una Defensividad, con la intención de presentar una imagen positiva del examinado que probablemente no sea realista y difiera de su verdadero estado.

Índice de Respuestas Inconscientes (INC)

Pares de reactivos del índice de Respuestas Inconsistentes (INC)
2. Soy muy nervioso (a)
8. La gente me pone nervioso (a)
3. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase
35. Me preocupa lo que va a pasar
4. Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase
10. Tengo miedo que los demás se rían de mí.
6. Me preocupa no agradaarle a los otros
49. Me preocupa decir alguna tontería
7. Algunas veces me despierto asustado (a)
39. Tengo pesadillas
19. Siempre soy amable
33. Siempre soy agradable con todos
23. Me da miedo hablar en voz alta delante de mis compañeros durante la clase
37. Temo hablar en voz alta delante de un grupo
24. Siempre me porto bien
29. Siempre soy bueno (a)
38. Siempre digo la verdad
48. He dicho alguna mentira (puntuación inversa)

Figura 16. Índice de Respuestas Inconscientes

Adaptado de CMASR-2 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada. Editorial El Manual Moderno. Segunda Edición

La puntuación INC cuenta el número de pares de reactivos a los que se dieron respuestas discrepantes. Cuando encontramos una puntuación INC de 6, hay un 81% de probabilidades de que el examinado haya respondido a los reactivos sin tomar en cuenta su significado para proporcionar una descripción fiel de sí mismo. Cuando la puntuación INC es 7, la probabilidad de que las respuestas hayan sido dadas de manera descuidada o al azar asciende a un 89%. Una puntuación INC de 8 indica 92% de probabilidades de que las respuestas fueran dadas aleatoriamente. Cuando la puntuación INC es alta, siempre es importante verificar con el examinado para determinar si se presentaron circunstancias inusuales durante la aplicación de la prueba a las que se les pudieran atribuir las respuestas discrepantes a los pares de reactivos INC.

En ocasiones una puntuación INC alta se relaciona con problemas de lenguaje o de lectura.

Defensividad (DEF)

Defensividad (DEF)
14. Todas las personas que conozco me caen bien
19. Siempre soy amable
24. Siempre me porto bien
29. Siempre soy bueno (a)
33. Siempre soy agradable con todos
38. Siempre digo la verdad
40. A veces me enoja
44. A veces digo cosas que no debería decir
48. He dicho alguna mentira

Figura 17. Puntuación DEF

Adaptado de CMASR-2 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada. Editorial El Manual Moderno. Segunda Edición

Las respuestas de estos reactivos indican si el examinado tiene disposición para aceptar las imperfecciones cotidianas que comúnmente se experimentan.

Una puntuación DEF elevada sugiere que un individuo no está dispuesto a admitir las imperfecciones comunes, o bien, ha tratado de dar una imagen muy positiva de sí mismo de una manera un tanto ingenua o inmadura.

Una puntuación DEF alta puede proporcionar información sobre problemas en niños o adolescentes; los problemas emocionales, las relaciones de pareja inadecuadas, los problemas académicos en la escuela y las situaciones estresantes en casa pueden relacionarse con una puntuación DEF elevada.

Puntuaciones escalares

Las puntuaciones son estándar que se conocen como puntuaciones T normalizadas. Las puntuaciones T tienen una media de 50 y una desviación estándar de 10. El término normalizado denota que cada valor de la puntuación T corresponde al mismo rango de percentil para todas las escalas. Un rango percentil especifica el porcentaje de un grupo particular que obtuvo puntuaciones inferiores a las que se están manejando. Si una puntuación T de 57 está asociada con un rango de percentil de 76, esto indica que 76% del grupo de referencia obtuvo una puntuación inferior a 57 T.

Cuando revise el perfil del CMASR-2, fíjese especialmente en las puntuaciones que se desvían por más de 10 puntos de la puntuación T, es decir, puntuaciones T menores de 40 T o mayores de 60 T.

Las puntuaciones superiores a 60 T sugieran que el examinado tiene por lo menos algunas dificultades con la ansiedad, y puntuaciones inferiores a 40 T indican que está excepcionalmente libre de ansiedad. La mayoría de los examinados con una puntuación alta en alguna escala obtendrá puntuaciones altas en una o más de las escalas adicionales.

Ansiedad Fisiológica (FIS)	Inquietud (INQ)	Ansiedad Social (SOC)
1. Muchas veces siento asco o náuseas	2. Soy muy nervioso(a)	4. Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase
5. Tengo demasiados dolores de cabeza	3. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	9. Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas
7. Alguna veces me despierto asustado(a)	6. Me preocupa no agradarle a otros	10. Tengo miedo que los demás e rían de mí
11. Me cuesta trabajo tomar decisiones	8. La gente me pone nervioso(a)	13. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí
15. Muchas veces siento que me falta el aire	12. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no salen como quiero	22. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas
20. Me enojo con facilidad	16. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	23. Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase
25. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	17. Me siento mal si la gente se ríe de mí	27. Me siento solo(a) aunque este acompañado(a)
31. Me sudan las manos	18. Muchas cosas me dan miedo	28. En la escuela se burlan de mí
34. Me canso mucho	21. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	36. Los demás son más felices que yo.
39. Tengo pesadillas	26. Me preocupa lo que la gente piense de mí	37. Temo hablar en voz alta delante de un grupo.
43. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	30. Es muy fácil herir mis sentimientos	41. Me preocupa que durante la clase me hagan participar
46. Me muevo mucho en mi asiento.	32. Me preocupa lo que va a pasar	47. Muchas personas están en mi contra
	42. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir en la noche	
	45. Me preocupa que alguien me dé una golpiza	
	49. Me preocupa decir alguna tontería.	

Figura 18. Puntuaciones Escalares

Adaptado de CMASR-2 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada. Editorial El Manual Moderno. Segunda Edición

Puntuación de Ansiedad Total (TOT)

Esta puntuación se basa en los 40 reactivos que indagan acerca de Ansiedad Fisiológica, la Inquietud y la Ansiedad Social.

Descriptor cualitativo sugerido para los rangos de puntuación del CMASR-2	
Rango de la puntuación	Descriptor
71 y mayor	Extremadamente problemático
61-70	Moderadamente problemático
40-60	No más problemático que para la mayoría de los estudiantes
39 y menor	Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes

Figura 19. Puntuación de Ansiedad Total

Adaptado de CMASR-2 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada. Editorial El Manual Moderno. Segunda Edición

Debe decirse que un nivel de ansiedad elevado tiene en particular muchas probabilidades de asociarse con la presencia de un trastorno de ansiedad o depresivo. Además un nivel de ansiedad general alto, indicado por una puntuación TOT alta, puede ser un factor significativo dentro de una amplia gama de problemas que se manifiestan en la vida de los niños y adolescentes, incluso en escenarios académicos, como bajo rendimiento, rechazo a la escuela o abandono de la escuela a temprana edad. Por otra parte, la ansiedad puede interactuar con otros factores, pocas actitudes, dificultades en el hogar, problemas con los padres, abuso de sustancias, trastornos alimenticios o automutilación, que agravan cualquier tipo de disfunción. Identificar la presencia de ansiedad elevada que actúa para mantener la disfunción ofrece una valiosa aportación para diseñar el tratamiento más afectivo para todas las situaciones antes mencionadas.

Puntuación del Ansiedad Total del Formulario Breve (FB-TOT)

Reactivos incluidos en la versión abreviada del CMASR-2
Ansiedad Fisiológica (FIS)
1.Muchas veces siento asco o náuseas
5.Tengo demasiados dolores de cabeza
7.Algunas veces me despierto asustado(a)
Inquietud (INQ)
2.Soy muy nervioso(a)
3.Muchas veces me preocupa que algo malo me pase
6.Me preocupa no agradarle a los otros
8.La gente me pone nervioso(a)
Ansiedad Social (SOC)
4.Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase
9.Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas
10.Tengo miedo que los demás se rían de mí

Figura 20. Puntuación de Ansiedad Total Formulario Breve

Adaptado de CMASR-2 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada. Editorial El Manual Moderno. Segunda Edición

La puntuación se basa en los primeros 10 reactivos de la escala.

La puntuación FB-TOT se relaciona estrechamente con la puntuación de Ansiedad Total de 40 reactivos.

Ansiedad Fisiológica (FIS)

Está compuesta por 12 reactivos; cada uno de ellos indaga acerca de la ansiedad cuya característica es la expresión fisiológica. La escala se dirige a aspectos somáticos como náusea, dificultades de sueño, dolores de cabeza y fatiga. Una puntuación alta en esta escala sugiere que el niño experimenta las respuestas fisiológicas que a menudo acompañan a la ansiedad.

Inquietud (INQ)

Contiene 16 reactivos que indagan acerca de una variedad de preocupaciones obsesivas. La mayoría de estas preocupaciones son imprecisas y poco claras, e incluyen temores a ser lastimados o a un aislamiento emocional. Una puntuación INQ elevada sugiere que el examinado está temeroso, nervioso, o que de algún modo es hipersensible a las presiones del entorno. Una puntuación alta en esta escala puede indicar a un niño o adolescente que internaliza gran parte de la ansiedad que experimenta y que por ello puede sentirse abrumado al tratar de aliviar esta ansiedad. También puede sugerir una fuerte necesidad en el niño de aprender a sobrellevar la ansiedad de una manera más abierta compartiendo estos sentimientos con las personas que desean ayudarlo.

Ansiedad Social (SOC)

Contiene 12 reactivos que indagan acerca de la ansiedad en situaciones sociales y de desempeño. Esta puntuación puede ser especialmente útil para evaluar a niños con problemas escolares. Una puntuación SOC elevada indica la preocupación de confrontar al yo con otras personas. Su preocupación primordial es no ser tan buenos, efectivos o capaces como los demás, lo que ciertamente es un sentimiento relacionado con la ansiedad

Ansiedad en el desempeño

Esta ansiedad de desempeño puede ir desde un nivel que motive a mejorar el desempeño hasta un nivel que puede ser paralizante e impedir que alguien cante, actúe, o hable delante de un grupo.

Reactivos del CMASR- relacionados con ansiedad en el desempeño
Reactivo
4.Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase
8.La gente me pone nervioso(a)
10.Tengo miedo que los demás de rían de mí
13.Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí
23.Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase
26.Me preocupa lo que la gente piense de mí
32.Me preocupa cometer errores delante de la gente
37.Temo hablar en voz alta delante de un grupo
41.Me preocupa que durante la clase me hagan participar
49.Me preocupa decir alguna tontería

Figura 21. Ansiedad en el Desempeño

Adaptado de CMASR-2 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada. Editorial El Manual Moderno. Segunda Edición

Cómo ayudar al estudiante con problemas de ansiedad

Una vez que se ha demostrado que un niño presenta ansiedad debe emplearse de manera inmediato un plan para ayudarlo. Siempre que el profesional trate con niños el primer paso antes de poner en práctica cualquier tratamiento es informarle a los padres del menor el problema o enfermedad que presenta el paciente y con la autorización de ellos comenzar a trabajar.

Los agentes causales de la ansiedad son muy variados de tal manera que pueden ser originados desde el mismo entorno familiar o por el medio social que rodea al niño.

Brindar actividades específicas a los niños generalmente disminuye algunos tipos de ansiedad. Las actividades físicas, el ejercicio, las prácticas de relajación o meditación y algunas actividades extracurriculares y sociales han demostrado sus beneficios para mitigar la ansiedad.

Encontraremos niños con trastornos de ansiedad que no se remedian con las prácticas convencionales, puede ser necesario referirlos a una psicoterapia más intensa, o bien, a ayuda psiquiátrica o psicofarmacológica.

La terapia cognitiva de la conducta (CBT) funciona muy bien para niños con ansiedad. Esta técnica puede ser especialmente útil, ya que asiste al niño para entender la causa y la naturaleza de su ansiedad y, asimismo, le proporcionan prácticas constructivas para eliminar las condiciones bajo las cuales existe la ansiedad.

Lo que entendemos acerca de la ansiedad

Los trastornos de ansiedad se encuentran ligados con la depresión, de modo que el niño sumamente ansioso es también más propenso de sufrir depresión.

En el año 2005 National Institute for Mental Health cita un estudio de Kessler, Chiu, Demler y Walters reportaron que cada año aproximadamente 40 millones de estadounidenses adultos mayores de 18 años y mayores son afectados por trastornos de ansiedad. Además en un estudio similar realizado en el año 2000 por Wijnant recopiló información de la OMS en donde se señala que para el año 2020 los trastornos depresivos se convertirán en la segunda casusa principal de enfermedad y discapacidad en todo el mundo.

El U.S. Department of Health and Human Services en 1999 reportó que 13 de cada 100 niños de entre 9 y 17 años de edad experimentan algún tipo de trastorno de ansiedad y que el género femenino es más vulnerable que los género masculino.

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision intenta clasificar la ansiedad en distintos tipos, de modo que los trastornos de ansiedad puedan entenderse y tratarse de manera más eficaz. Nueve tipos de trastornos son los que se clasificaron y se muestran a continuación:

- 1 **.Trastorno de Estrés Agudo:** en casos de guerra, terrorismo, terremotos, motines u otros eventos de similar intensidad.
2. **Agorafobia:** miedo a encontrarse en un lugar o situación en la que escapar pudiera resultar difícil o vergonzoso.
3. **Trastorno de Ansiedad Generalizado:** preocupación general con duración de por lo menos 6 meses.
4. **Trastorno Obsesivo-Compulsivo:** conducta marcada por un exceso de actos repetitivos realizados como ritual.
5. **Trastorno de Pánico:** sentimiento de terror que acomete súbitamente.
6. **Trastorno de Estrés Postraumático:** se encuentra casi siempre en personas que han prestado servicio militar en el frente de guerra, ataque sexual, disparos de arma de fuego en la calle.
7. **Ansiedad de Separación:** puede ser causada por el primer día de clases, separación de padres.
8. **Trastorno de Ansiedad Social:** miedo general a las multitudes, fiestas, conocer personas, hablar con ellas.
9. **Trastorno de Ansiedad Especifico:** Alturas, víboras, etc.

A pesar de la creación de las subcategorías de ansiedad, es importante tener en mente que entre sí se superponen más de lo que se distinguen.

Es difícil establecer distinciones confiables o consistentes; a menudo es más útil determinar el nivel de ansiedad de un niño que intentar situarlo en unas de las nueve categorías.

El punto central del CMASR-2 es determinar el nivel general de ansiedad de un niño. Las puntuaciones específicas en las escalas o las respuestas a reactivos individuales pueden usarse para entender con mayor claridad la naturaleza o las causas de la ansiedad del niño.

Es importante determinar las causas del alto nivel de la ansiedad para planear un programa que ayude controlar este trastorno.¹⁵

¿QUÉ ES LA CONDUCTA?

Son las acciones realizadas por cada individuo pero estas acciones pueden ser observadas y medidas. Por lo general las acciones que realizan los niños son más honestas por este motivo observar su conducta es más fácil a diferencia de los adultos. Las reacciones que presentan los niños son generalmente el resultado de sus sentimientos y no están disimuladas por mecanismos de defensa y experiencias previas. El odontopediatra debe ser capaz de definir la conducta apropiada o inapropiada antes de decidir reforzarla o cambiarla.¹⁶

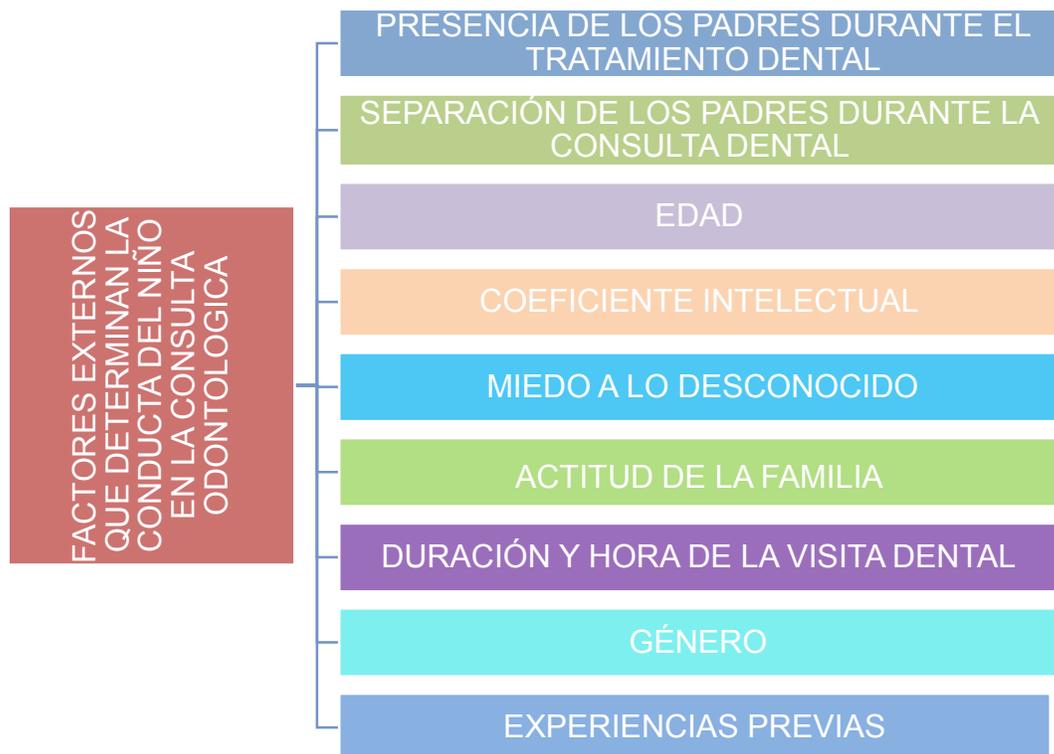


Figura 22. FACTORES EXTERNOS QUE DETERMINAN LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA
Adaptado de Martín G (2001), Modificación de conducta.

ACTITUD DE LA FAMILIA

Los miedos subjetivos son 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 causante de temor. El consultorio dental nunca debe ser usado por los padres como una amenaza hacia el niño.¹⁷



Figura 23. Adultos con miedo al dentista
Recuperado de <http://cadenaser.com/>

EXPERIENCIAS PREVIAS

Una experiencia dental previa desagradable cambiara completamente el comportamiento del niño dentro del consultorio dental e independientemente del profesional que continúe el tratamiento el niño lo relacionara como una amenaza inminente, por este motivo ofrecer una primera experiencia dental positiva es el objetivo del odontólogo que atiende niños.



Figura 23. Pacientes pediátricos con miedo al dentista
Recuperado de <http://fr.depositphotos.com/>

SEPARACIÓN DE LOS PADRES Y MIEDO A LO DESCONOCIDO



Figura 24. Miedo a lo desconocido en el consultorio dental
Recuperado de <http://clubtacones.cl/>

La separación de la figura de apego durante la consulta odontológica ligado al miedo que presentan a la consulta dental por ser una experiencia nueva y desconocida para el niño es una de las causas principales para que se presente un comportamiento negativo durante el tratamiento dental.¹⁸

PRESENCIA DE LOS PADRES DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL

Para los niños más pequeños, la presencia de alguno de sus padres representa una gran ayuda; especialmente durante las primeras visitas. Sin embargo conforme el niño crece, la presencia de los padres podría presentar mayores dificultades para el profesional e incluso puede influir negativamente y deteriorar el vínculo entre el odontopediatra y el niño.



Figura 25. Presencia de los padres durante el tratamiento dental
Recuperado de <https://www.acv-online.be>



COEFICIENTE INTELECTUAL

Al parecer los niños con menor capacidad intelectual presentan más temor durante la consulta dental, lo mismo ocurre con los niños superdotados con un coeficiente intelectual muy alto.

Figura 26. Diversidad de pacientes pediátricos
Recuperado de <http://debydicas.blogspot.mx/>

EDAD

La edad es considerada uno de los factores más importantes para determinar el comportamiento que tendrá el niño durante la consulta dental; 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. 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.



Figura 27. Pacientes pediátricos de varias edades realizando técnica de cepillado
Recuperado de <http://www.sunnydent.it/>

GÉNERO



Las diferencias con respecto al género se caracterizan debido a los estereotipos que ya existen en la sociedad y que son muy marcados para cada sexo.

Figura 27. Pacientes de ambos géneros acuden a consulta dental
Recuperado de <http://imgkid.com/>

DURACIÓN Y HORA DE LA VISITA

Es sumamente importante tener en cuenta que las visitas de los niños al consultorio dental deben ser de preferencia por las mañanas cuando el niño no se encuentra cansado ya que generalmente está más dispuesto a cooperar además que estas visitas deben no exceder un duración máxima de 30 minutos.¹⁹

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.

La escala consta de 3 grados con características típicas en cada uno con los cuales podemos clasificar a cada paciente en una de ellas según sus reacciones dentro del consultorio dental.

Figura 28. Paciente pediátrico recibiendo consulta dental
Recuperado de <http://www.canstockphoto.hu/>

 GRADO 0. NO SE ACEPTA EL TRATAMIENTO DENTAL: Reproches verbales o físico, existencia de llanto.

 GRADO 1. ACEPTACIÓN CON DESGANA: Paciente no tiene comunicación con el profesional, no demuestra interés, posición poco relajada en el sillón dental.

 GRADO 2. ACEPTACIÓN INDIFERENTE: Conversaciones o preguntas dudosas o demasiado rápidas, movimientos reservados o indecisos, falta de atención.

 GRADO 3. ACEPTACIÓN POSITIVA: Paciente cooperador que puede conversar y hacer preguntas, demuestra interés, su posición es relajada en el sillón dental.²⁰

Uno de los principales retos del odontopediatra es tener los conocimientos del desarrollo emocional y psicológico del niño con el fin de entender mejor a cada paciente y poder aplicar mejor las técnicas de conducta. En el Hospital Infantil de Morelia no se ha realizado un estudio en forma sistemática que nos permita averiguar la conducta que tienen los niños que son atendidos en el servicio de Odontopediatría.

6.-MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Transversal porque estudia las variables simultáneamente en determinado momento y haciendo un corte en el tiempo; en éste el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los derechos.

El estudio se considera descriptivo porque están dirigidos a determinar la incidencia con que ocurre la aparición de la ansiedad y miedos a los tratamientos dentales.

Es prospectivo porque se registra la información según va ocurriendo los fenómenos.

6.1 UNIVERSO DE ESTUDIO

Todos los pacientes entre 6 y 14 años que asistieron por primera vez en el turno matutino a recibir atención odontológica al Servicio de Odontopediatría del Hospital Infantil de Morelia.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión.

- ✓ Niños que asistieron por primera vez a recibir atención odontológica al Servicio de Odontopediatría del Hospital Infantil de Morelia.
- ✓ Niños que se encuentren en el rango de edad entre 6 y 14 años.
- ✓ Durante el período abril-junio 2015.

Criterios de exclusión.

- ✓ Pacientes tratados con anterioridad
- ✓ Pacientes que no se encuentren en el rango de edad entre 6 y 14 años
- ✓ Pacientes que acudan a consulta de Ortopedia Maxilar
- ✓ Pacientes que acudan a consulta de Cirugía Maxilofacial
- ✓ Pacientes con discapacidad física o mental

6.4 SELECCIÓN DE LAS FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION INFORMACIÓN

Este estudio se realizará en el Departamento de Odontopediatría del Hospital Infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos”. Los datos de estudio se obtendrán mediante una plática previa a la primera consulta dental, un cuestionario de evaluación de la ansiedad dental infantil y cuestionario de la escala de evaluación de los miedos dentales todo esto aplicado por el investigador.

- ✓ Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada CMASR-2 es un instrumento de autoinforme de 49 reactivos, diseñado para evaluar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en los niños de entre 6 y 19 años de edad.
- ✓ Escala de evaluación de los miedos dentales en niños. Norman Corah (1934-2001), psicólogo estadounidense pionero en el estudio, valoración y tratamiento de la ansiedad que los pacientes experimentan antes de someterse a tratamientos odontológicos. EN 1969 elaboró un pequeño cuestionario (DAS) para detectar y establecer una gradación de dicha ansiedad. Posteriormente el cuestionario se amplió y modificó en 1995 por Humphris y colaboradores (MDAS)

6.5 A CONTINUACIÓN SE DESCRIBE COMO SE RECOLECTARON LOS DATOS:

Al llegar el paciente se le realizaron los test acompañados de terapia de juego, al entrar al consultorio dental se le realiza a la madre la historia clínica y al paciente la exploración física, revisión de la cavidad oral, cabeza y cuello, se observa el comportamiento del paciente durante su primera visita para poder obtener los rasgos característicos de ansiedad o miedo según sea el caso y de esta manera identificar si estos disminuyeron con la terapia previa al tratamiento.

El registro de los datos se recopiló en una hoja que incluía todas las variables estudiadas.

El análisis estadístico se registro por números absolutos y porcentajes.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Ficha de información y autorización. Se pide a los padres el permiso escrito para que el niño pueda ser interrogado.

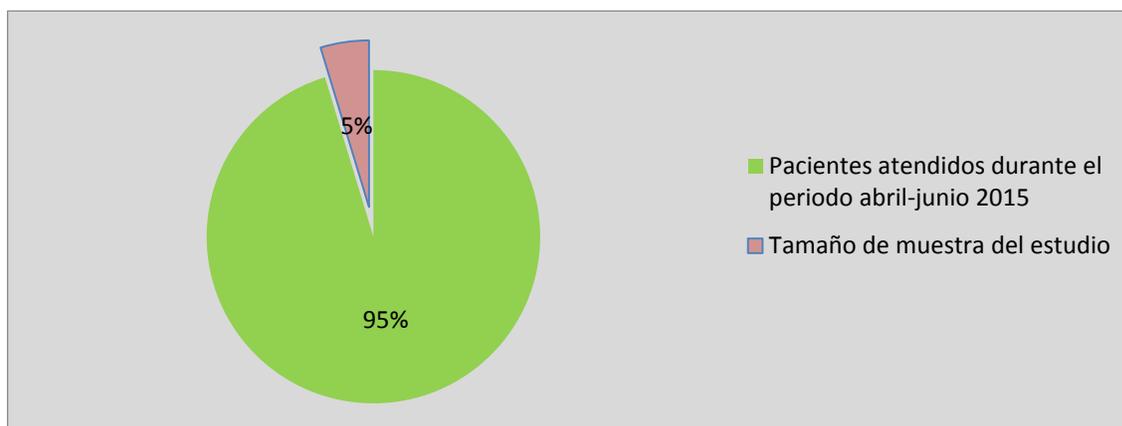
Todo participante tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento, el estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio y por lo consiguiente no recibirá ninguna compensación por participar.

Los resultados serán de manera anónima, confidencial apegándose a lo establecido en los principios bioéticos del reglamento de Investigación de la Ley de Salud, así como en lo establecido por Asociación Médica Mundial en la Declaración de Helsinki y sus actualizaciones.

7.-RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se revisaron un total de 127 pacientes que representa el 5% de los pacientes que acuden en un año a consulta en el Servicio de Odontopediatría del Hospital Infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos” (FIGURA 1)

FIG. 1 TAMAÑO DE MUESTRA DEL ESTUDIO SOBRE LA CONDUCTA AL RECIBIR LA ATENCION ODONTOLOGICA POR PRIMERA VEZ

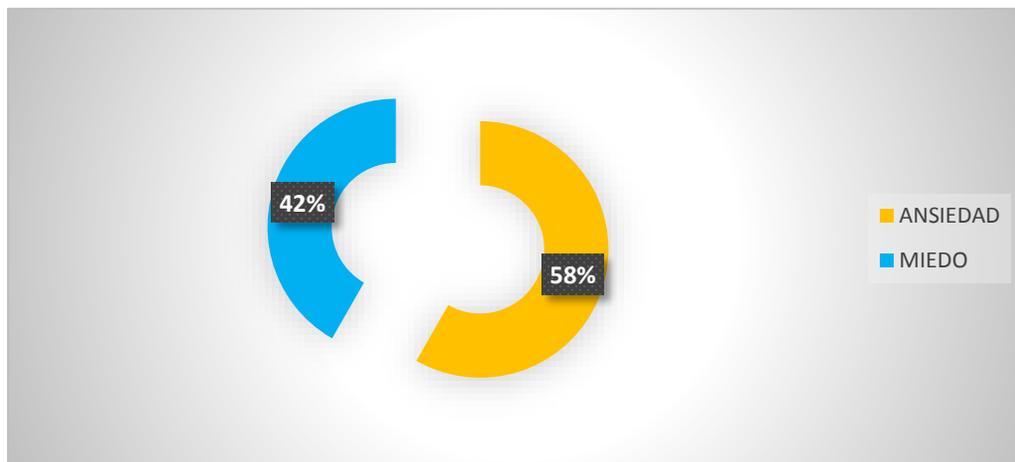


La incidencia de miedo y ansiedad dental por género se muestra en el cuadro 1, observamos que los niños presentan mayor miedo que las niñas en cambio las niñas presentan más elevados sus niveles de ansiedad y menores de miedo. (FIGURA 2)

CUADRO 1. FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y MIEDOS DENTALES

VARIABLE	NÚMERO DE NIÑOS	%
ANSIEDAD	74	58%
MIEDO	53	42%
TOTAL	127	100%

FIG. 2 FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y MIEDOS DENTALES

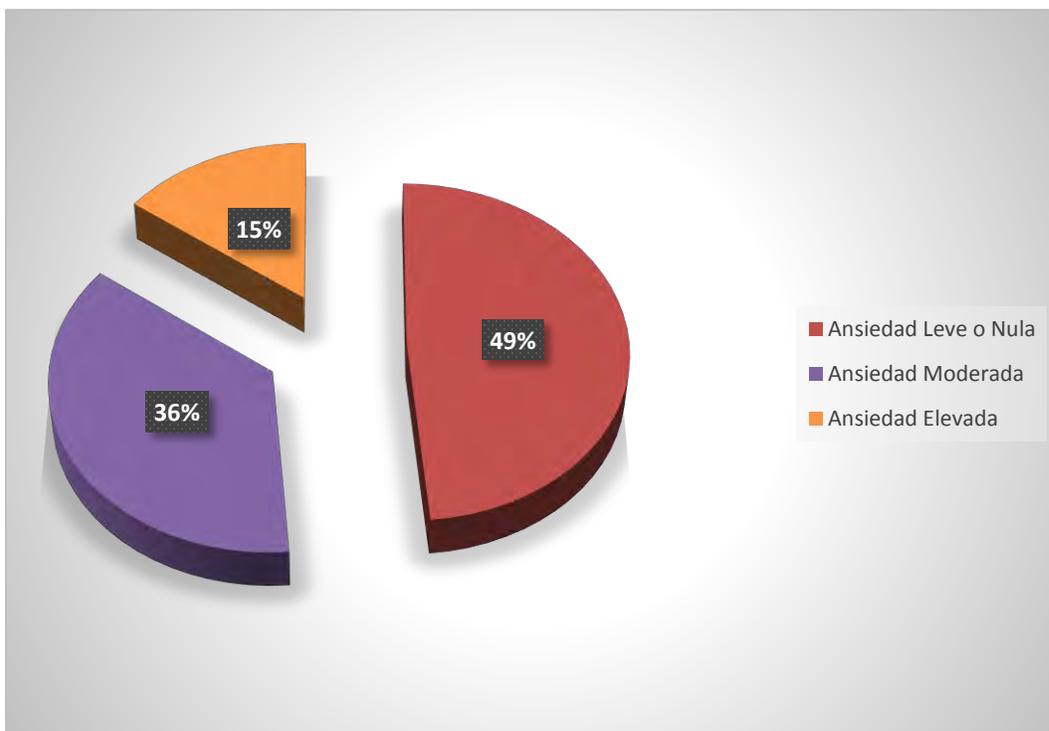


La distribución de los pacientes de acuerdo a sus niveles de ansiedad se muestra en el cuadro 2. Donde se observa que la mayor proporción de los niños obtuvo resultados que demuestran que el 49% presenta muy bajos los niveles de ansiedad. (FIGURA 3)

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO AL GRADO DE ANSIEDAD

GRADO DE ANSIEDAD	NÚMERO DE NIÑOS	%
ANSIEDAD LEVE O NULA	36	49%
ANSIEDAD MODERADA	27	36%
ANSIEDAD ELEVADA	11	15%
TOTAL	74	100%

FIG. 3 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO AL GRADO DE ANSIEDAD



La incidencia de miedo y ansiedad dental por género se muestra en el cuadro 3, observamos que los niños presentan mayor miedo que las niñas en cambio las niñas presentan más elevados sus niveles de ansiedad y menores de miedo. (FIGURAS 4 Y 5)

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR SEXO QUE PRESENTAN ANSIEDAD Y MIEDOS DENTALES

VARIABLE	NIÑOS		NIÑAS	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
MIEDO	32	60%	21	40%
ANSIEDAD	31	42%	43	58%

FIG. 4 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR SEXO QUE PRESENTAN MIEDOS DENTALES

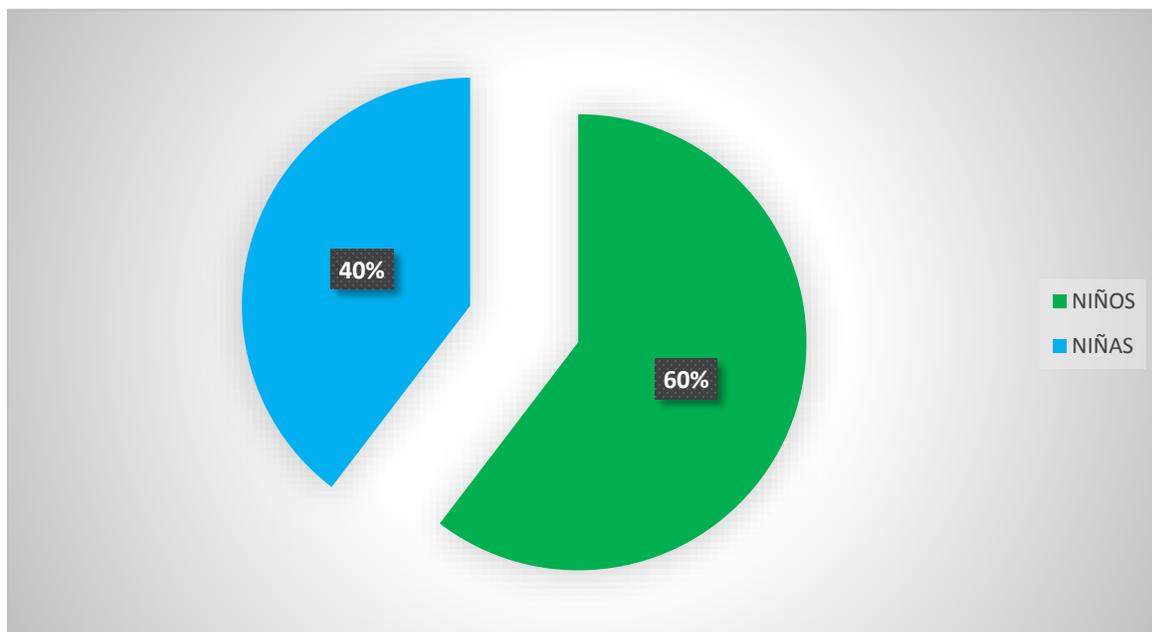
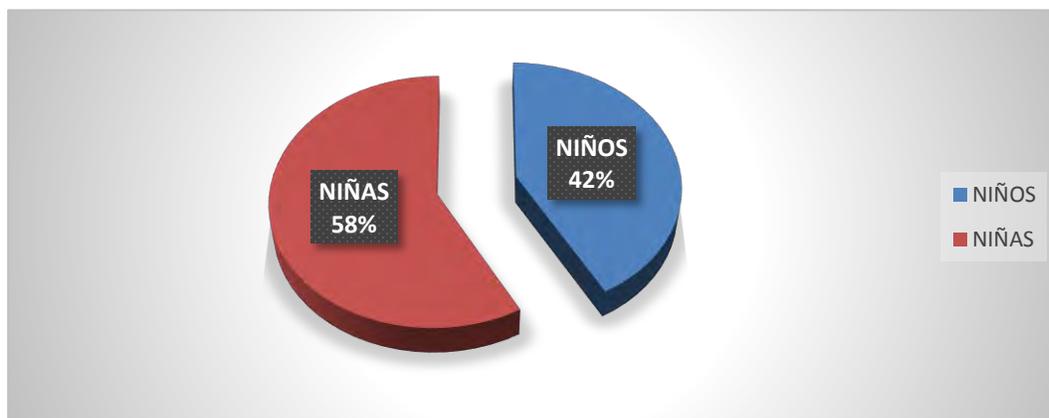


FIG. 5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR SEXO QUE PRESENTAN ANSIEDAD DENTAL

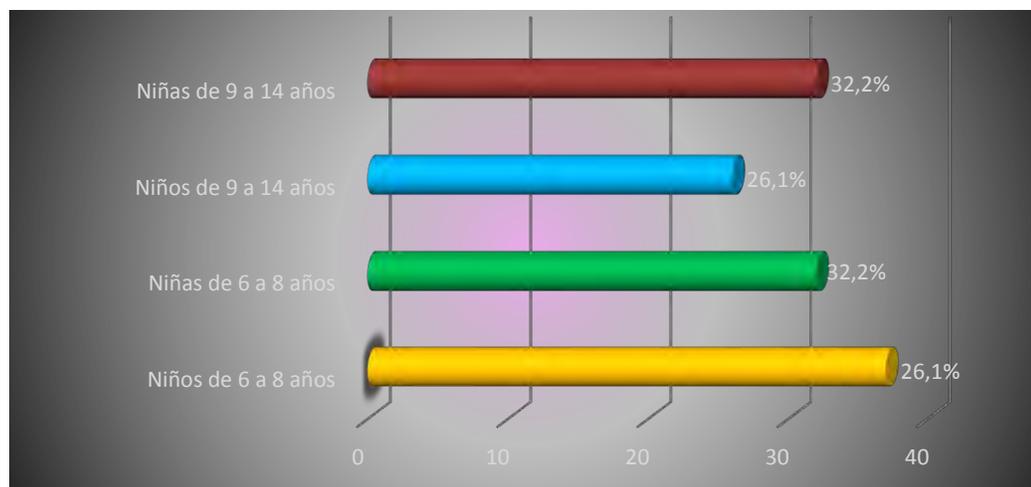


La distribución de pacientes de acuerdo a su edad se muestra en la tabla 4 donde se pueden observar que la mayor proporción corresponde a la edad entre 6 a 8 años en el sexo masculino. (FIGURA 6)

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU EDAD.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS	37	37.2%
NIÑOS DE 9 A 14 AÑOS	26	26,1%
NIÑAS DE 6 A 8 AÑOS	32	32,2%
NIÑAS DE 9 A 14 AÑOS	32	32,2%
TOTAL	127	100%

FIG. 6 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU EDAD.

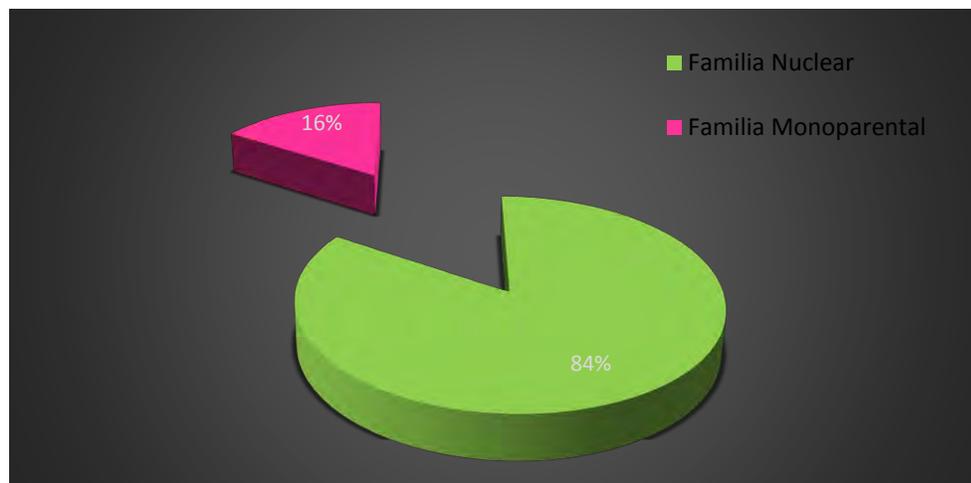


Las características de acuerdo al tipo de estructura familiar se muestran en la tabla 5, (FIGURA 7) el 16% de los pacientes que acuden a consulta dental viven en una familia monoparental y de estos el 45% presentaron niveles de ansiedad altos a comparación de los pacientes que viven dentro de una familia nuclear equivalente al 84% y solo el 19% presentan altos los niveles de ansiedad. (FIGURAS 8 Y 9)

CUADRO 5. CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES DE ACUERDO A SU ESTRUCTURA FAMILIAR.

Estructura Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Familia Nuclear	107	84%
Familia Monoparental	20	16%
Total	127	100%

FIG. 7 CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES DE ACUERDO A SU ESTRUCTURA FAMILIAR.



CUADRO 6. GRADOS DE ANSIEDAD DE ACUERDO A LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Grado De Ansiedad De Acuerdo A La Estructura Familiar	FAMILIA MONOPARENTAL		FAMILIA NUCLEAR	
	NUMERO	%	NÚMERO	%
Niveles altos	9	45%	13	19%
Niveles moderados	8	40%	26	38%
Niveles nulos	3	15%	30	19%

FIG. 8 GRADOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS CON FAMILIA MONOPARENTAL

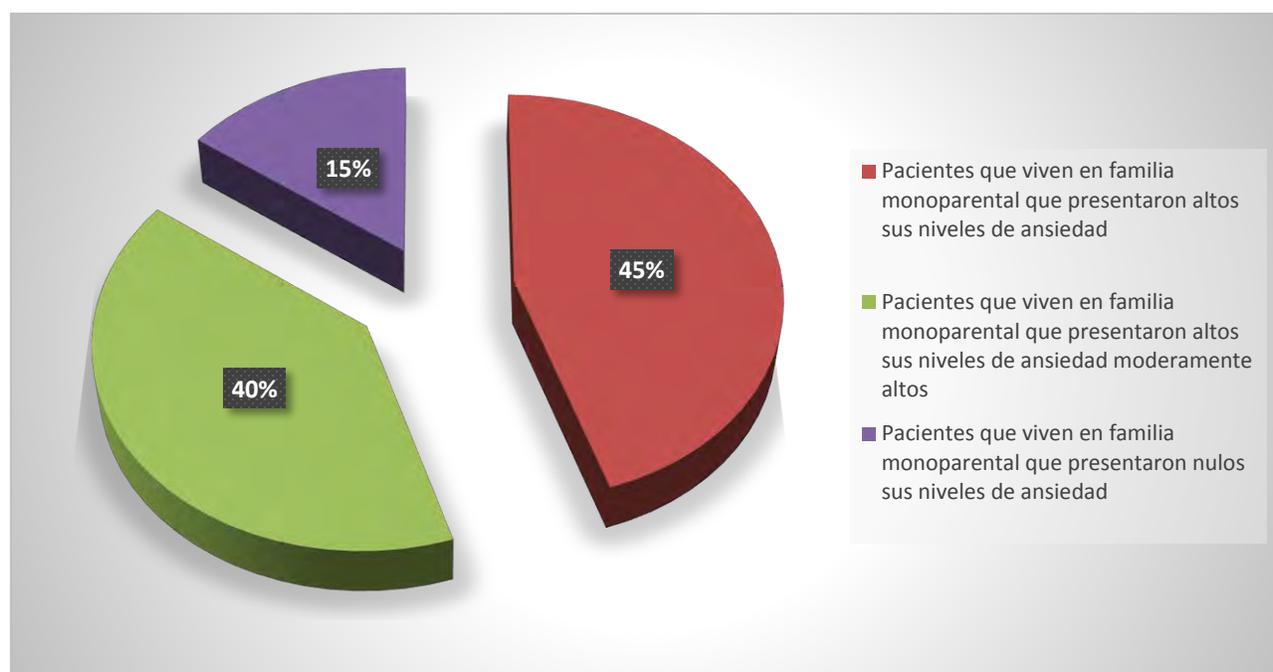
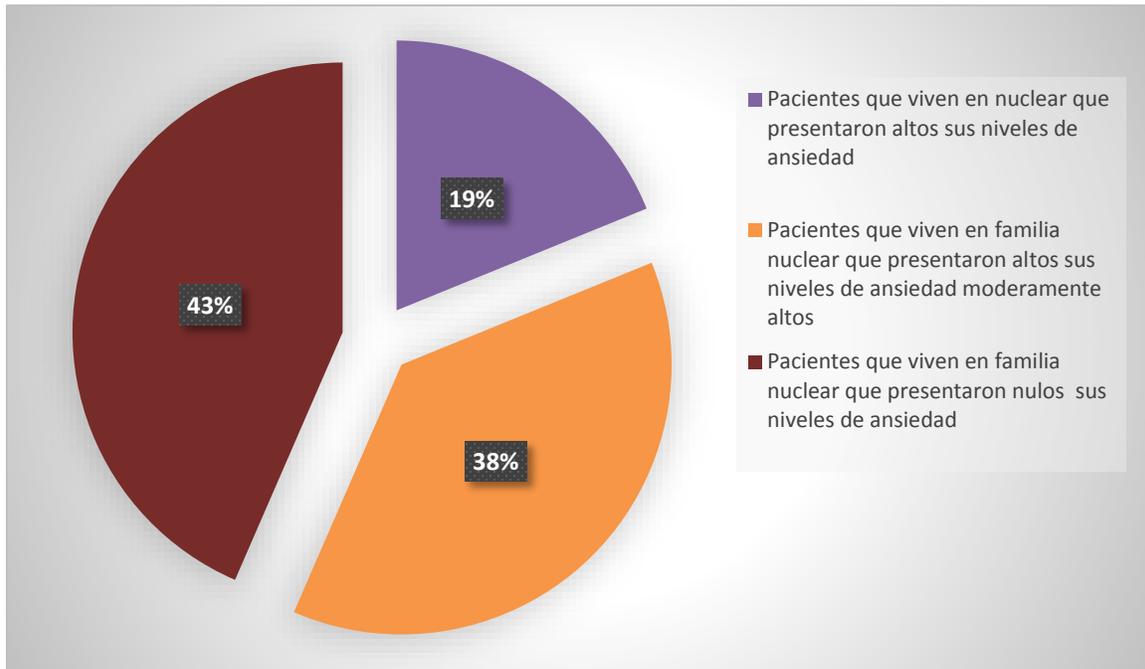


FIG. 9 GRADOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS CON FAMILIA NUCLEAR

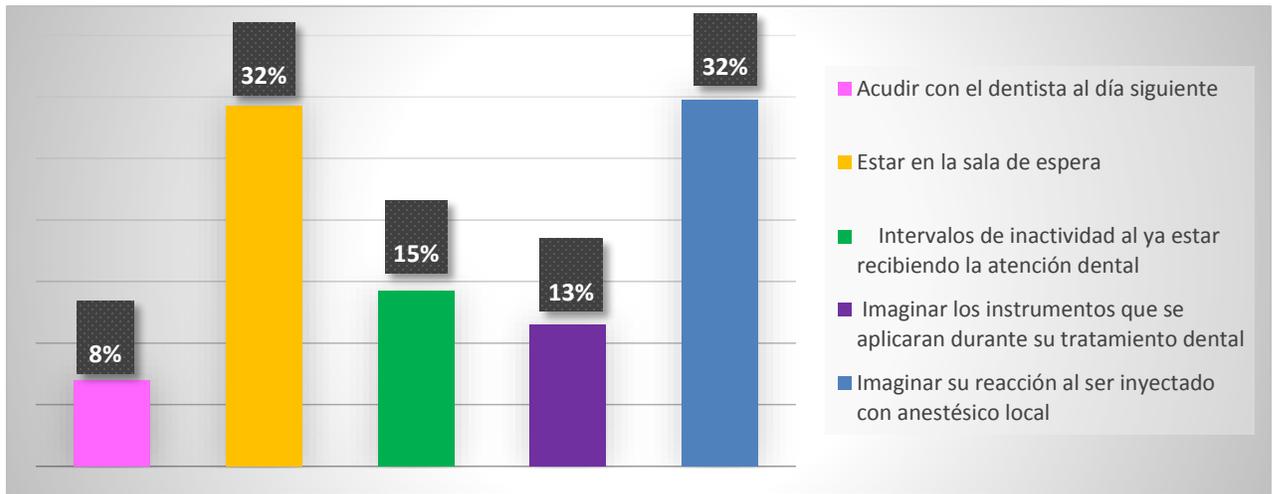


Presentaremos en el cuadro 7 los resultados de la Escala de Corah que nos permiten conocer las situaciones generadoras de la ansiedad antes y durante la consulta odontológica, observando que los causantes principales que aumentan la ansiedad del paciente es estar esperando su turno en la sala de espera 32% y durante la consulta al momento de anestesiar 32% (FIGURA 10)

CUADRO 7. SITUACIONES QUE GENERAN ANSIEDAD DENTAL

Situación Generadora de Ansiedad	Extremadamente ansioso	%
1.Acudir con el dentista al día siguiente	28	8%
2.Estar en la sala de espera	117	32%
3.Intervalos de inactividad al ya estar recibiendo la atención dental	57	15%
4. Imaginar los instrumentos que se aplicaran durante su tratamiento dental	46	13%
5.Imaginar su reacción al ser inyectado con anestésico local	119	32%

FIGURA 10. SITUACIONES QUE GENERAN ANSIEDAD DENTAL



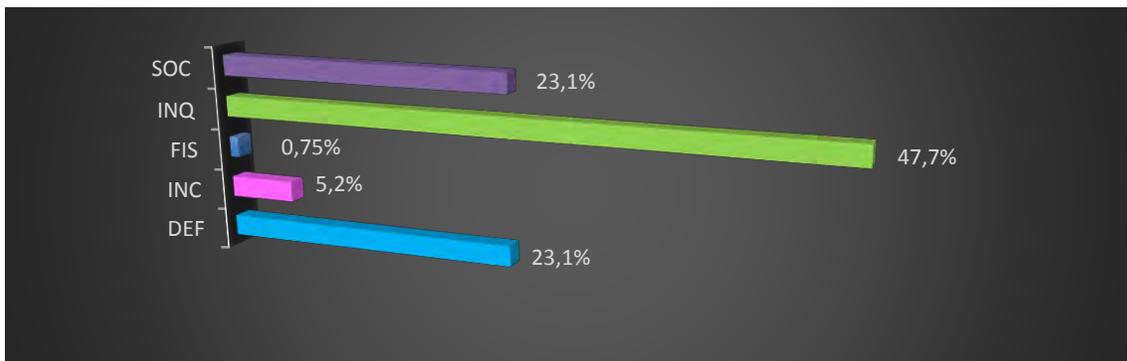
Para finalizar presentamos los resultados en el cuadro 8 de la Escala de ansiedad CMASR-2 según las subcategorías de la ansiedad.

Donde podemos observar que en el sexo femenino debemos poner atención especial en las subcategorías INQ y SOC mientras que en sexo masculino en INQ Y DEF aunque se demostro que la mayoría presenta estandares de ansiedad leves no debemos dejar de lado las subcategorías que nos permite evaluar la escala CMASR-2 y de esta manera atender estas áreas . (FIGURAS 11, 12 Y 13)

CUADRO 8. SUBESCALAS DE ANSIEDAD

SUBESCALA	NÚMERO	%
DEF	31	23,1%
INC	7	5.2%
FIS	1	0,75%
INQ	64	47,7%
SOC	31	23,1%

FIGURA 11. SUBESCALAS DE ANSIEDAD



CUADRO 9. SUBESCALAS DE ANSIEDAD POR SEXO

SUBESCALA	NIÑOS		NIÑAS	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
DEF	25	38%	6	9%
INC	2	3%	7	10%
FIS	0	0%	1	1%
INQ	35	54%	29	41%
SOC	3	5%	28	39%

FIGURA 12. SUBESCALA DE ANSIEDAD EN NIÑOS

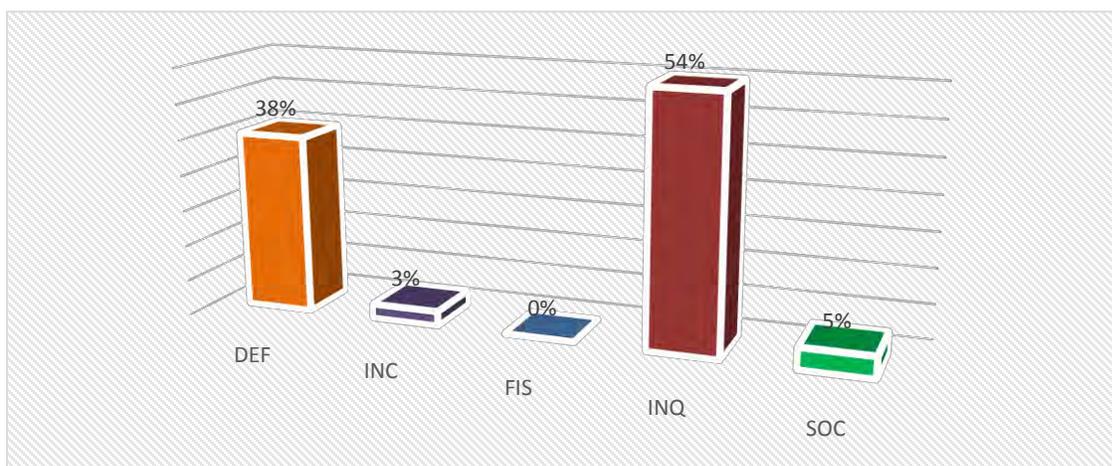
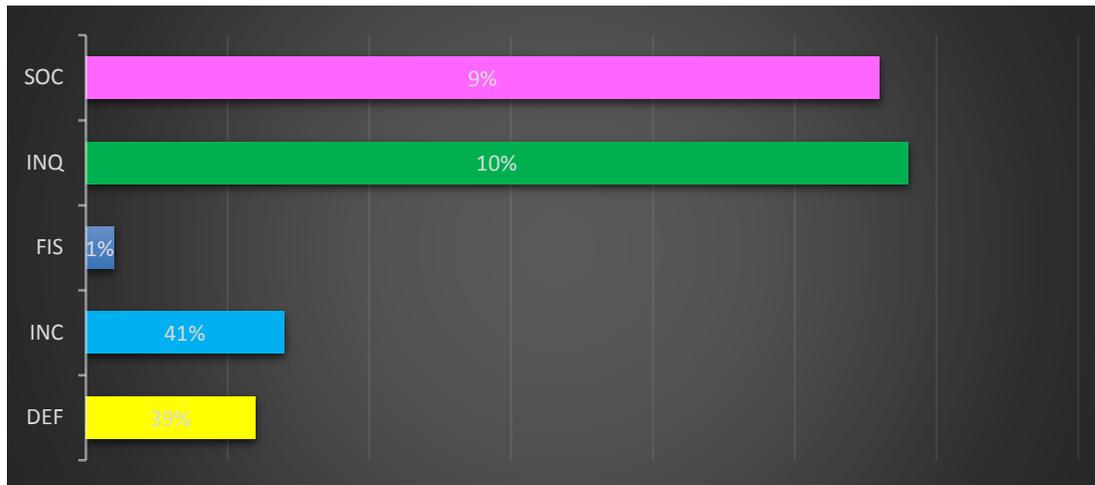


FIGURA 13. SUBESCALA DE ANSIEDAD EN NIÑAS



7.1 DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que todos los niños presentan alteración emocional al estar frente al odontólogo ya que el 58% mostro ansiedad y el 42% restante miedo, como resultado de las conductas de apego con la madre y la respuesta al estar frente a una experiencia nueva y desconocida; no pudimos encontrar en la literatura revisada frecuencias que reporten esta información; consideramos que este estudio puede aportar ideas para estudiar la situación emocional del niño frente al dentista ya que se cuentan con escalas que permiten su estudio.

La incidencia de miedo y ansiedad dental por género muestran que los niños presentan mayor miedo que las niñas en cambio las niñas presentan más elevados sus niveles de ansiedad y menores de miedo resultados consistentes con las características psicológicas de los estereotipos para cada género.

En relación a la edad en los dos grupos estudiados no encontramos diferencia al igual que lo reportado en la literatura.

Otro factor muy importante que pudimos observar fue el tipo de familia, el 16% de los pacientes que acuden a consulta dental viven en una familia monoparental y de estos el 45% presentaron niveles de ansiedad altos a comparación de los pacientes que viven dentro de una familia nuclear equivalente al 84% y solo el 19% presentan altos los niveles de ansiedad.

La familia, es el grupo primario básico por excelencia, cuando se produce ruptura matrimonial, la estructura familiar se rompe surgiendo tensión y diferentes sentimientos en sus integrantes.

Generalmente la separación de los padres afecta de manera negativa a los hijos dando como consecuencia un cambio en el comportamiento.

Claudia Caycedo y Cols realizaron un estudio donde se observa las situaciones que generan ansiedad dental basándolo en la escala MDAS reportando que el 47,2% presentan ansiedad al imaginar su reacción al ser inyectado con anestésico local, al compararlo con nuestros resultados observamos mejores resultados ya que solo el 32% de nuestros pacientes presentaron elevados los niveles de ansiedad al imaginar la misma situación.

8.- CONCLUSIONES

 Todos los niños que acuden al hospital presentan miedo y/o ansiedad la frecuencia aumentaba en la medida que se tenía el antecedente de una atención negativa.

 Los niños tienen más miedo y menor ansiedad a diferencia de las niñas quienes presentan mayor ansiedad y menor miedo; en cambio en los grupos de edad no se encontraron diferencias.

 La diferencia de miedo y ansiedad fue mayor en familias monoparentales.

 Las situaciones generadoras de mayor ansiedad son permanecer en la sala de espera y el ser inyectado.

9.-RECOMENDACIONES

 Dar platicar previas a la consulta para proporcionar una idea general de cómo será esta primera visita y aclarar dudas de los pacientes, reforzándolas ya dentro del consultorio.

 Acondicionar tanto la sala de espera como el Departamento para que los niños se sientan más identificados y cómodos desde que llegan a su consulta.

 Referir a psicología a los pacientes con niveles de ansiedad elevada

 Obtener el apoyo del área de psicología para proporcionar terapia de juego encaminada a disminuir la fobia a la consulta dental.

10.- BIBLIOGRAFIA

- 1.-Heyden, C. N. (1996). Prevalencia de ansiedad y miedos dentales entre la población adulta de la Gran Área metropolitana de Costa Rica. *Psicología conductual*, 79-95.
- 2.- Cols., C. C. (2008). Ansiedad al tratamiento odontológico: “Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad, *Revista Cubana de Estomatología* 2002; 39(3), disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est03302.htm
- 3.- MontyDuggal, Angus Cameron, JackToumba (2001) *Odontología pediátrica*, Editorial El Manual Moderno, Segunda Edición, 1-67
- 4.-Rojas-Alcayaga, G. Misrachi-Launert, C.2008. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Avances en Estomatología*. 20(4): 185-191
- 5.- Gucelmeier (2008) *Fundamentos Psicosociales de Comportamiento del Paciente en la Atención Odontopediátrica*. Universidad de Uruguay
- 6.-Reeve J. *Motivación y emoción*. McGraw-Hill. Madrid.2007: 28-52.
- 7.- Ribes E. *Técnicas de modificación de conducta*. Trillas. México.2009: 27-39.
- 8.- Sánchez-Aguilera, F. Toledano, M Osorio, R. 2004. Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrica. *Valoración del comportamiento*, 199- 2006
- 9.- Cabeza-Cabrera, CV. Ortiz Villagómez, G. Valoración en la evolución de la conducta de los niños de la clínica de Odontopediatría de la FMUAQ, durante su tratamiento según la escala de Frankl. Querétaro, México. 2004, 20-33
- 10.- MAREGA T.; AIELLO AL. ; Silva OA. ; CONSULIN, M.E.D. . Técnicas de abordagem no atendimento de pacientes comnecessidadesespeciais. In: 16º Conclave Odontológico Internacional de Campinas, 2005, Campinas. 16º Conclave Odontológico Internacional de Campinas. Campinas : ACDC, 2005. 1: 1-9.
- 11.- Fernández-Fredes, O. Flores-Barret, MT. Mánquez-Hatta, E. 2007. Norma de control de la ansiedad en la atención odontologica. 2 Edición. Chile, 99-111
- 12.- Gallegos, L. Miegimolle, M. Planells, P. 2002. Manejo de la conducta del paciente maltratado. *Acta Odontologica Venezolana*. 315-319

García- Islas, A. Parés-Vidrio, GE. Hinojosa- Aguirre, A. 2007. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padre ante las diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el Odontopediatra,RevistaOdontológic Mexicana. 135-139

13.- HUMPHRIS G.M., MORRISON T., LINDSAY S.J.E. (1995) "The Modified Dental Anxiety Scale: Validation and United Kingdom Norms" Community Dental Health, 12, 143-150.

14. - Lieberman AF. La vida afectiva de su hijo, entre uno y tres años. Editorial Atlantida. S.A. Buenos Aires, Argentina. 2004: 21-50.

15.- CMASR-2 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada. Editorial ElManual Moderno. Segunda Edición, 1-100

16.- Martin, G y Pear, Modificación de conducta. Madrid: Prentice Hall. Trad.5ª Edi. 2001: 99-105

17.-Sidney B. Finn. Odontología Pediátrica. 4º Edición, Editorial Panamericana 2007: 1-82

18.- Morris, Ch. Psicología. Un nuevo enfoque. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. México, 2000: 687

19. Rojas-Alcayaga, G. Misrachi-Launert, C.2008. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Avances en Estomatología. 20(4): 185-191

20.- Cardenas J. D. Odontología pediátrica. 3 ed. Medellín, Colombia; Ed. Corporación para investigaciones biológicas; 2009: 61-70

11.- ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada CMASR-2 ¹⁹

- 1.- Muchas veces siento asco o náuseas
- 2.-Soy muy nervioso (a)
- 3.- Muchas veces me preocupa que algo malo me pase
- 4.-Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase
- 5.-Tengo demasiados dolores de cabeza
- 6.-Me preocupa no agradarles a los otros
- 7.-Algunas veces me despierto asustado (a)
- 8.-La gente me pone nervioso (a)
- 9.-Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas
- 10.-Tengo miedo que los demás se rían de mí
- 11.-Me cuesta trabajo tomar decisiones
- 12.-Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no salen como quiero
- 13.-Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí
- 14.-Todas las personas que conozco me caen bien
- 15.-Muchas veces siento que me falta el aire
- 16.- Casi todo el tiempo estoy preocupado (a)
- 17.-Me siento mal si la gente se ríe de mí
- 18.-Muchas cosas me dan miedo
- 19.-Siempre soy amable
- 20.-Me enoja con facilidad
- 21.-Me preocupa lo que mis papas me vayan a decir
- 22.-Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas
- 23.-Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase
- 24.-Siempre me porto bien

- 25.-En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido (a)
- 26.-Me preocupa lo que la gente piense de mí
- 27.-Me siento solo (a) aunque este acompañado (a)
- 28.-En la escuela se burlan de mí
- 29.-Siempre soy bueno (a)
- 30.-Es muy fácil herir mis sentimientos
- 31.-Me sudan las manos
- 32.-Me preocupa cometer errores delante de la gente
- 33.-Siempre soy agradable con todos
- 34.-Me canso mucho
- 35.-Me preocupa lo que va a pasar
- 36.-Los demás son más felices que yo
- 37.-Temo hablar en voz alta delante de un grupo
- 38.- Siempre digo la verdad
- 39.-Tengo pesadillas
- 40.-A veces me enojo
- 41.-Me preocupa que durante la clase me hagan participar
- 42.-Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir en la noche
- 43.-Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares
- 44.-A veces digo cosas que no debería decir
- 45.-Me preocupa que alguien me dé una golpiza
- 46.-Me muevo mucho en mi asiento
- 47.-Muchas personas están en mi contra
- 48.-He dicho alguna mentira
- 49.-Me preocupa decir alguna tontería



HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA
“EVA SÁMANO DE LÓPEZ MATEOS”



ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH MODIFICADA

ANEXO 2

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

- f) Relajado, nada ansioso
- g) Ligeramente ansioso
- h) Bastante ansioso
- i) Muy ansioso e intranquilo
- j) Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

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

- f) Relajado, nada ansioso
- g) Ligeramente ansioso
- h) Bastante ansioso
- i) Muy ansioso e intranquilo
- j) Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

3.-Cuando usted está en la silla del dentista esperando mientras el dentista prepara el taladro para comenzar de trabajo en los dientes, ¿cómo se siente?

- f) Relajado, nada ansioso
- g) Ligeramente ansioso
- h) Bastante ansioso
- i) Muy ansioso e intranquilo
- j) Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

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

- f) Relajado, nada ansioso
- g) Ligeramente ansioso
- h) Bastante ansioso
- i) Muy ansioso e intranquilo
- j) Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

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

- f) Relajado, nada ansioso
- g) Ligeramente ansioso
- h) Bastante ansioso
- i) Muy ansioso e intranquilo
- j) Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)²⁰



HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA
“EVA SÁMANO DE LÓPEZ MATEOS”



ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre de familia:

Soy pasante del Departamento de Odontopediatría del Hospital Infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos” y estoy llevando a cabo un estudio sobre: Ansiedad y miedos dentales los pacientes nuevos que acuden a dicho departamento a consulta odontológica, como requisito para acreditar mi servicio social. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de la problemática de ansiedad y miedos dentales en niños así como también identificar la edad en la que es más frecuente este suceso y determinar en qué género incide más este problema. Solicitó su autorización para que su hijo (a) participe voluntariamente en este estudio.

El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado. La participación o no participación en el estudio no afectara al paciente. La participación es voluntaria. Usted y su hijo (a) tienen el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. No recibirá ninguna compensación por participar.

AUTORIZACIÓN:

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo (a) _____, participe en el estudio de Nora Rodríguez sobre Ansiedad y miedos dentales en niños que acuden por primera vez al Departamento de Odontopediatría del Hospital Infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos”. He recibido copia de este procedimiento.

Nombre y firma del padre o tutor

Testigo 1

Testigo 2

Autor del Proyecto de Investigación

ANEXO 5



**HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA
“EVA SÁMANO DE LÓPEZ MATEOS”**



DIRECTORA DE TESIS

**DRA. SILVIA PANIAGUA DÍAZ
ENCARGADA DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

ASESORES DE TESIS

**DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ PAMATZ
CIRUJANO MAXILOFACIAL ADSCRITO AL
DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA
“EVA SÁMANO DE LÓPEZ MATEOS”**

**DRA. JULIA PANIAGUA
MAESTRA EN ODONTOLOGIA**
