

**"GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES NIÑOS ATENDIDOS POR
ODONTÓLOGOS PRACTICANTES EN LAS CLÍNICAS DE LA DISCIPLINA
DE ODONTOLOGÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA,
Y LOS FACTORES QUE MODIFICAN SU COMPORTAMIENTO ANTE EL
TRATAMIENTO DENTAL"**

TESIS PRESENTADA POR:

CINTHIA HILDA TATIANA CARPIO GALINDO

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICO EL EXÁMEN GENERAL PÚBLICO,
PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE:**

CIRUJANA DENTISTA

GUATEMALA, MARZO DE 2002

INDICE

SUMARIO	1
INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN	5
REVISIÓN DE LITERATURA	6
OBJETIVOS:	
GENERALES	
ESPECÍFICOS	63
VARIABLES	65
METODOLOGÍA	68
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	73
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	90
CONCLUSIONES	92
RECOMENDACIONES	94
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXOS	97

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado: **GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES NIÑOS ATENDIDOS POR ODONTÓLOGOS PRACTICANTES EN LAS CLÍNICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, Y LOS FACTORES QUE MODIFICAN SU COMPORTAMIENTO ANTE EL TRATAMIENTO DENTAL** conforme lo demandan los Estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Honorable Tribunal Examinador, acepten mis más altas muestras de consideración y respeto.

Gracias.

TESIS QUE DEDICO

A MI PAÍS GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Casa de estudios que me formó como profesional.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A MIS ASESORES

Dr. Jorge Martínez Solares
Dr. Kurt Dahinten Galán
Licda. María Teresa Galdamez de Mont
Por su apoyo profesional.

EN ESPECIAL

A las familias Ortiz Véliz y López Salazar, como un agradecimiento por encontrar siempre en ellos muestras de cariño y por el apoyo que me han brindado en los momentos más difíciles de mi carrera.

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS** Fuente de luz y sabiduría que me guía en cada momento de mi vida; por haberme permitido llegar hasta aquí con su bendición y amor incondicional.
- A LA VIRGEN MARIA** Madre tierna y ejemplo de mujer.
- A MIS PADRES** Carlos Enrique Carpio
Hilda Amada Galindo Paz; como recompensa a todos los sacrificios, apoyo, comprensión y amor sin los cuales no hubiera alcanzado la meta.
- A MIS HERMANOS** Lucky, Vilma, Bárbara, Paola, Claudia, Carlos Roberto y Celena; con todo mi amor por todo su cariño y apoyo.
- A MIS SOBRINOS** Dresser, Sabrina, Pamela y María Fernanda; por ser la alegría de mi vida.
- A MI ABUELITA** María Concepción Paz Vargas; con todo mi amor.
- A MIS TIOS** Por su cariño incondicional.
- A MI NOVIO** Fredy Ortiz Véliz; por su amor, apoyo y colaboración brindados.
- A MIS CUÑADOS** Francisco, Joaquin, Gilberto y Byron; gracias por su amistad.
- A MIS AMIGOS** Con cariño especial por la amistad incondicional que me brindaron.
- A USTED** Por su compañía.

DL
09
T(1595)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Edgar Areano Berganza
Vocal Quinto:	Br. Sergio Pinzón Cáceres
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Kurt Dahinten Galán
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Martínez Solares
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

SUMARIO

En el presente estudio se estableció cuál fue el grado de ansiedad que presentan los pacientes niños ante el tratamiento odontológico en las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y el adolescente (ONA) de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y cuáles fueron los factores que modificaron su comportamiento.

La investigación se realizó con una muestra al azar de 35 niños sin importar el sexo, comprendidos entre 7 y 12 años, atendidos por odontólogos practicantes de la disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario, que permitió conocer los factores que modifican el comportamiento del niño el cual fue contestado por la persona que acompañaba al niño a su cita. Se le pidió al niño que realizara un dibujo de él y su dentista en una hoja en blanco , para ello, se le proporcionaron seis crayones de color (rojo, amarillo, azul, verde, negro y café) , por medio del dibujo, se evaluó el grado de ansiedad de cada uno de los niños sujetos a estudio (según el Test de Escala de Ansiedad Dental, DAS).

Se determinó de esta manera que ninguno de los factores en estudio fue significativo como para manifestar un alto nivel de ansiedad, ya que el nivel máximo observado fue de 3.

La experiencia previa es significativa en la respuesta que el niño va a manifestar en su siguiente cita, ya que si tuvo una experiencia traumática en la cita inicial, en la siguiente visita elevará sus niveles de ansiedad.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación fue realizado pensando en los odontólogos que atienden a pacientes niños, debido a la complejidad que tiene el manejo y control de los niños durante el tratamiento dental.

Este estudio se llevó a cabo en las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el que se evaluaron pacientes niños comprendidos entre 7 – 12 años de edad, se tuvo en cuenta factores psicológicos, ya que se evaluó una de las formas más puras de expresión de un niño como lo es, el dibujo.

Teniendo la idea principal de contribuir con nuestra Facultad, Odontólogos y estudiantes para que de esta forma se puedan detectar los factores que en determinado momento puedan modificar el comportamiento del niño previo al tratamiento odontológico, así como su grado de ansiedad.

Esta información cumple con los objetivos trazados y contribuye a mejorar el desenvolvimiento de la práctica odontológica en la Facultad de Odontología.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pocos han sido los estudios odontológicos realizados en pacientes niños, posiblemente por la falta de interés en el tema o por el poco conocimiento en cuanto al manejo del paciente niño, ya que este constituye uno de los problemas más grandes para el odontólogo de manera general, estableciendo un valladar para la realización de los tratamientos en niños.

Por lo tanto, es importante conocer cuál es el grado de ansiedad que presentan los pacientes niños ante el tratamiento odontológico, que realizan los odontólogos practicantes en las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y el Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, e identificar cuáles son los factores principales, más comunes; que modifican la conducta del niño.

JUSTIFICACIÓN

En Guatemala existe gran demanda de tratamiento odontológico en pacientes niños y por la complejidad que conllevan dichos tratamientos, los profesionales deben ser preparados, especialmente, para llevar a cabo exitosamente los mismos.

Para la formación de odontólogos se hace necesaria la instrucción en el manejo del paciente infantil, conocer que factores modifican o potencian la ansiedad y determinar la cuantificación exacta del grado de ansiedad que el paciente niño presenta durante el tratamiento, con el fin de poder disminuir dichas causas y alcanzar el éxito en el tratamiento dental.

Por esta razón, es de vital importancia contribuir con los odontólogos practicantes para darle un mejor enfoque al manejo de la conducta del niño hacia el tratamiento dental y se le preste la importancia que merece.

REVISIÓN DE LITERATURA

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

A. FORMAS DE COMPORTAMIENTO:

Consultando la literatura se ha comprobado que se le han colocado diferentes etiquetas a las formas de comportamiento de los niños en el consultorio odontológico, (*desafiantes, tímidos, cooperadores, tíosos, quejosos*)(4)

Los odontólogos usan estas denominaciones porque reflejan en menos palabras la esencia del problema clínico. En este estudio sólo se mencionarán algunas de las formas de comportamiento más comunes en el consultorio dental.(4)

1. COOPERADOR

“Siempre es un placer trabajarle o referir a un niño que entra en el consultorio con una sonrisa, salta a la silla y nunca da molestias al odontólogo según Brauer (1939). Este paciente puede pertenecer a cualquier clase social, pero generalmente viene de un hogar donde hay disciplina. En la casa, la clínica no es referida

como una cámara de tortura, sino como un lugar para recibir alivio y prevención del dolor". (8)

El paciente cooperador reacciona de modo conveniente a los "momentos críticos" de la cita dental tales como: *separación de los padres, colocación en el sillón, la infección, etc.* De hecho pueden ser los pacientes más fáciles de tratar entre todos los existentes. No demandan paciencia excepcional del dentista, porque no la requieren.(5)

La mayor parte de los niños que son atendidos son cooperadores muestran muy poca aprensión, son muy comunicativos, entusiasmados y durante la cita dental se mantienen relajados.(4)

2. TÍMIDO

La timidez es a menudo expresada por los niños pequeños, particularmente en la cita inicial. Es el resultado dice Mc Tighe (1984) de la ansiedad dental y de como se espera que el paciente se comporte en la clínica. Esta ansiedad puede hacer que el niño no esté atento a las instrucciones que da el odontólogo, por lo que estas deberán de ser repetidas de una forma tranquila y despacio si fuese necesario.(5)

Wright (1983) consideró que la timidez es una forma leve de negativismo, y que si estos pacientes no se manejan correctamente, su comportamiento puede deteriorarse y volverse incontrolable. Aunque para Mc Tigue (1984) una vez que el paciente gana confianza en el odontólogo y aprende sobre su nuevo medio, gana confianza en sí mismo y se vuelve un buen paciente. (9)

Esta tensión quizá provoque conductas evasivas como el llanto. Por lo regular éste adquiere la forma de un sollozo compensatorio. Rara vez el introvertido manifiesta comportamiento agresivo de evasión como un berrinche. Desde hace tiempo, la profesión dental reconoce que los niños tímidos sufren un período complicado de ajuste ante las expectativas de una cita dental.(5)

3. MIEDOSO

Este tipo de niño es el resultado de la influencia de comentarios negativos sobre experiencias dentales, tanto en su casa, como con los amigos y en el colegio; o por amenazas de los padres de llevarlos donde el odontólogo a que le saquen los dientes o les pongan inyecciones si no se porta bien. (9)

“Mc Tigue (1984) el niño está dispuesto a cooperar, acepta el tratamiento, pero puede llorar en ciertos momentos de máxima ansiedad, como durante la inyección. La única solución para disipar el temor de este tipo de niño es tratar de ganarse su confianza, y que una vez esto sucede, la mayoría de estos niños, llegan a dispensar una magnífica colaboración”. (8)

Un niño con miedo representa un reto para el dentista, al atenderlo enfrenta un problema particular pues a pesar de que el encuentro dental no es muy largo, es intenso y requiere de mucha cooperación del niño. Estos miedos incluyen, temor a las agujas, miedo al daño corporal y temor en general a lo desconocido, si se enlistan todos los sonidos, ruidos y olores completos y específicos son peculiares, en relación con la experiencia dental. Algunas de las conductas que un padre y el clínico pueden utilizar para reconocer al niño muy temeroso ante la cita odontológica.(5)

- El paciente es incapaz de eliminar sus temores ante la cita dental, aún cuando lo eduquen el dentista o sus padres.**
- El niño reacciona de manera exagerada a los temores por otras alteraciones emocionales en su vida, se menciona a los niños que provienen de hogares en crisis agudas debidos a divorcio o separación inminente.**

- Cuando el niño presenta temores adquiridos, incorporados por sus padres, hermanos, amigos.
- Cuando el paciente ha sufrido experiencias malas y dolorosas en el consultorio del medico, estos son miedos aprendidos.

4. INCORREGIBLE

“Pauly (1957) dice que; este tipo de niño es el resultado de dos situaciones familiares: sobreindulgencia o rechazo por parte de los padres. El niño puede quejarse, pelear, patear o hacer mil cosas para tratar de persuadir a su progenitor de que lo regrese a casa. Es muy característico que su madre o padre empiecen a hacerle toda clase de promesas si permite que el doctor lo atienda, y por supuesto sin resultado, ya que el niño está acostumbrado a que se le complazcan todos sus deseos. Wright (1983) consideró que todas estas manifestaciones infantiles son sugestivas de un estado de miedo o ansiedad aguda”. (8)

“Para poder atender a este niño en la clínica, lo primero que debe hacerse es tratar de entablar comunicación con él para explicarle los procedimientos que se van a realizar. Si esto no se consigue Pauly (1957) recomienda el uso de la técnica de mano sobre la

boca para que el niño reconozca que el odontólogo es el que maneja la situación". (8)

5. DESAFIANTE

"Para Mc Tigue (1984) y Pauly (1957) definen este tipo de niño como el clásico "*niño consentido*" o "*sobreprotegido*", que no llora ni hace berrinches, pero desafía la autoridad del odontólogo, con frases como: "*no voy a abrir la boca*", "*no me importa quedarme sin dientes*". El niño que presenta una resistencia pasiva al tratamiento dental también expresa una forma de comportamiento obstinado o desafiante. dice Mc Tigue (1984) Este niño evita tener cualquier tipo de comunicación con el odontólogo y para manejarlo se necesita utilizar la restricción física con la consiguiente autorización de los padres".(8)

6. TEMEROSO POR HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

Este tipo de niño es el que ha tenido experiencias de intervenciones quirúrgicas o períodos de enfermedad prolongada donde ha tenido que acudir al médico o a exámenes de laboratorio muy frecuentemente. Por lo tanto el tratamiento debe efectuarse en la forma más indolora posible. (9)

Zachrisson "definió a este tipo de niño como el *"niño temeroso"* que relaciona la odontología con experiencias anteriores y debe ser manejado como el niño tímido al cual se le deben de explicar de forma tranquila los procedimientos a realizarse para transmitirle confianza y seguridad." (8)

7. ENFERMO

"Se considera que si se presenta el caso de un niño enfermo en la clínica, debe de tratarse de darle alivio temporal del dolor. No debe de hacerse ningún trabajo de operatoria en estos pacientes, más que un tratamiento de emergencia. Luego, cuando esté recuperado se le dará una cita para trabajarle".(8)

8. NIÑO CON ALTERACIÓN EMOCIONAL

Los niños con escasos recursos económicos, tal vez sufran más alteraciones emocionales que otros de clase más privilegiada.(7,5) Entre ellos los niños abandonados y maltratados. La ansiedad es un dato confiable de alteración emocional; cuando la ansiedad que acompaña a una cita dental se complica con la de un padecimiento emocional a menudo se presenta una explosión conductual.(5)

Los niños afectados desde el punto de vista emocional, son en términos generales pacientes dentales deficientes, en el mejor de los casos no es ameno trabajar con ellos, es como si en un cuerpo no quedara niño alguno, sin embargo, la actitud profesional del odontólogo incluye expresar cualquier opinión que pudiera favorecer el bienestar del niño.(5)

B. FACTORES QUE DETERMINAN LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA CONSULTA DENTAL.

El comportamiento de los niños en el consultorio dental depende de una cantidad de factores que interactúan entre sí: por ejemplo en el niño vemos su experiencia madurez, personalidad por parte de los padres la actitud, la relación entre niño y padre y por el odontólogo su conocimiento y habilidad.(5)

1. HISTORIA MÉDICA Y ODONTOLÓGICA ANTERIOR

“Los niños que han tenido experiencias médicas positivas son más cooperadores con el odontólogo” afirmó Wright (1983) y además consideró que el número de visitas no es tan importante para su experiencia, como la calidad emocional de las mismas. También es importante, la actitud del niño hacia su médico, ya que si lo ve

favorablemente, va a ser menos aprensivo durante la visita dental.
(9)

Wright (1983) dijo que debe considerarse la experiencia que haya tenido el niño en el hospital como parte de la historia médica. Algunos odontólogos han observado que la cooperación del paciente se deteriora después de la hospitalización. (9)

La ansiedad y el temor afectan la conducta del niño y en gran medida determinan el éxito de una sesión odontológica. Diversas escuelas psicológicas concuerdan que la ansiedad es un rasgo de la personalidad, por la misma razón, la odontología tiene cierta dificultad para poder identificar los estímulos que llevan a que se comporte mal en el consultorio. (4)

Se considera que en muchos aspectos es más fácil desarrollar patrones positivos de comportamiento en el consultorio dental si el paciente no ha tenido experiencias dentales previas. Porque cuando ha habido un tratamiento extenso o experiencias negativas es necesario superar el miedo o la ansiedad existente.(9)

2. ANSIEDAD MATERNA

Steen (1891) considera importante la ansiedad de los padres en la situación dental. Tradicionalmente, la tendencia de la madre es de acompañar al niño a la cita del odontólogo. Como resultado el efecto de la ansiedad de las madres sobre el comportamiento del niño, ha recibido considerable atención.(9)

Bailey y colaboradores han encontrado una relación definitiva entre el comportamiento del niño en el consultorio dental y los niveles de ansiedad emitidos por la madre.(9)

Al parecer existe una relación positiva que dice: entre más nerviosa, segura y tensa es la madre, mayor es el riesgo que el niño reaccione de manera similar.(9)

“Otra ramificación importante de la ansiedad materna para la odontología es la respuesta del niño a la separación de la madre. La ansiedad por separación es un fenómeno real y medible; y dependiendo de la seguridad que tenga el niño, el apego hacia su madre, el período de tiempo de separación y la familiaridad del medio donde ocurra, va a afectar el comportamiento del paciente”.(8)

“Chambers (1970) notó que el niño ansioso tiene una mamá ansiosa y que su presencia en la sala operatoria solo sirve para apoyar las emociones inapropiadas del niño... Por lo que la mayoría de los odontólogos prefieren que los padres aguarden en la sala de espera”.(8)

“Winer (1973) refiere que las madres ansiosas, tienden a afectar de manera negativa la conducta a sus hijos. Aunque datos científicos revelan que los niños de toda edad pueden ser afectados por la ansiedad de su madres, el efecto es mayor en los menores de 4 años de edad”.(8)

La tendencia de que madres ansiosas tengan niños con mal comportamiento ha sido demostrado principalmente en niños pequeños. Se ha sugerido que los niños al aumentar en edad, generalmente, desarrollan mayor independencia de sus madres; lo que conlleva a una disminución de la influencia de la ansiedad materna en el paciente. (4,8)

3. EDAD

Existe una relación significativa entre ansiedad y conducta, pues niños más pequeños mostrarán mayores niveles de ansiedad y mayor nivel de conducta apropiada.(7)

La edad influye decisivamente en la primera cita dental.(5) La ansiedad disminuye con la edad pues los niños pierden sucesivamente el miedo y se vuelven más cooperadores a medida que el tratamiento progresa.(7)

4. SEXO

No hay relación significativa entre sexo y ansiedad en niños preescolares, sin embargo, en niños escolares a partir de los siete años las niñas son más miedosas que los niños, debido a diversos procesos de socialización.(7)

5. DURACIÓN DE LA VISITA

Las visitas no deben ser demasiado largas y es fundamental hacer pausas. Las visitas cortas de menos de treinta minutos son apropiadas para niños preescolares pues las posibilidades de perder la cooperación aumentan conforme el tiempo. Su participación se va deteriorando porque su entusiasmo y conocimiento de lo que hay alrededor de él se va saturando.(7) Con el avance de la tecnología los procedimientos son cada vez más cortos y agradables.

6. HORA DE LA VISITA

Las visitas por la mañana son preferibles, pues los niños se encuentran aptos para abordar una acción delicada y ofrecen un mayor rendimiento. Además, el profesional se encuentra menos cansado y por ello más preparado para enfrentarse a conductas negativas.(7)

7. FACTORES SOCIOCULTURALES

Jurtia y Marjaliisa (1969) indican que los niños de las clases sociales bajas tienen mayores temores al odontólogo. Esto concuerda con el resultado de las investigaciones de Wright y Alpern (1971) en las cuales demostraron un mayor grado de cooperación en los niños del grupo socioeconómico alto, comparado con los grupos medio y bajo. (9)

"Kramer en 1980 encontró en su experiencia que los individuos que tienen mayor seguridad económica frecuentemente sacrifican otras cosas para poder proveer a sus hijos de la mejor atención médica y odontológica".(8)

“Se consideró que la importancia de esta variable en el comportamiento cooperador es sólo una hipótesis, ya que es difícil generalizar esta información y relacionarlo a cada niño”.(8)

8. FACTORES ÉTNICOS Y CULTURALES

Mussen y colaboradores 1963 reportaron que los padres de clase media son menos punitivas y más afectuosas que las de clase baja. Los padres de clase bajas usan más el castigo físico y la ridiculización como técnicas de control. Por el contrario, los de clase alta, tienden a formar el comportamiento con elogios y razón. Por lo tanto, es posible que los niños que crecen en una familia autoritaria responden mejor a la técnica de control. Si el niño está acostumbrado a ser ordenado o restringido, puede servir como dispositivo para iniciar el manejo del comportamiento en la clínica dental.(9)

“Los patrones dietéticos que pueden variar drásticamente entre los diferentes grupos étnicos, al igual que las recomendaciones de higiene bucal deben de adaptarse a las circunstancias individuales. Grupos de poca cultura consideran que el cuidado dental de los niños es de poca importancia y determinan visitar al odontólogo solo en casos de emergencias”.(8)

9. RELACIÓN CON LOS HERMANOS

El mal comportamiento de un niño pequeño en la clínica dental puede ser el resultado directo de la influencia de un hermano mayor: es el fenómeno de imitación de comportamiento. Bandura (1967) utilizó los términos de “*imitación*” o “*modelaje*” para este tipo de comportamiento.(9)

La investigación efectuada por Ghose y colaboradores, evaluó los beneficios de la aplicación de hermanos como modelos, el estudio se concentró sobre el efecto de los hermanos sobre los niños de 3 a 5 años sin experiencia odontológica previa. Los hermanos entraban juntos al consultorio y el mayor era examinado primero luego se examinaba al niño más pequeño, mientras que el mayor observaba. El estudio llegó a la conclusión de que la presencia de un hermano mayor en el consultorio tenía efectos favorables sobre la conducta del niño más pequeño en la primera visita.(9)

Como consecuencia del modelaje, el niño piensa, siente y actúa como su modelo. Esto puede ocurrir sin que el niño esté consciente de lo que está ocurriendo.(9)

Los hermanos pueden ser de gran ayuda, ya que si su comportamiento es cooperador, van a ser un buen modelo. La

imitación puede ser un método muy efectivo para introducir al niño en la práctica odontológica y ha sido investigada como una técnica para minimizar el miedo del niño hacia el dentista. (9)

Las clínicas abiertas permiten que los niños observen a sus hermanos y compañeros durante el tratamiento, ellos observan comportamientos cooperadores y sienten presión social para identificarse con el modelo.(9) “La intención es reducir los niveles de ansiedad al observar el grado de relajación del paciente”.(8) Estas clínicas abiertas deben tener por lo menos un cuarto cerrado para que cuando haya un comportamiento inadecuado, éste no sea observado ni sirva como modelo.(9)

El primogénito es, en esencia, un hijo único y actúa de esta manera hasta que el segundo hijo nace. Su medio familiar inmediato le provee sólo el modelo de los padres y, por lo tanto, de mayores competencias para vivir. Ellos demandan de él mayores realizaciones y como resultado, el niño se vuelve más ansioso y más sensitivo que los niños que nacen después.(9)

El segundo niño es usualmente más llevadero y sugestible, y busca la aprobación positiva. Al utilizar a su hermano mayor y a sus padres como patrones de comportamiento, tiene un modelo a seguir menos competitivo. Este niño busca atención y reconocimiento y trabaja socialmente para lograrlo.(9)

En comparación con los anteriores, el hijo menor tiende a ser más desafiante, irritable, muy luchador y más susceptible a desarrollar sentimientos de inferioridad. (9)

Los efectos de la posición ordinal de los hermanos está influenciada por dos variables: sexo y esparcimiento. Cuando los hermanos son del mismo sexo, actúan similarmente. Si el espacio entre ellos es mayor de 4 años y el sexo es diferente, las características del comportamiento son también muy diferentes. Otro caso es el resultado de ser la única hija entre varones o viceversa. Esto puede engendrar un comportamiento sobre protector de los padres y desarrollar un niño dependiente o demandante. (9)

B. DESENVOLVIMIENTO PSICOLOGICO DEL NIÑO

“Se considera que el desenvolvimiento psicológico del niño es una serie complicada de eventos en los cuales se manifiestan exteriormente con su modo de comportamiento; esto es, sus acciones, actitudes y personalidad. El desenvolvimiento psicológico se refiere también a la adquisición de información, habilidad e intereses emocionales. Su sistema nervioso es la parte vital de su organismo que hace posible dichos eventos”. Es un hecho comprobado que este

desenvolvimiento se va realizando en una forma progresiva y ordenada”.(8)

“El asunto de los factores que influyen en el desenvolvimiento de la psicología del niño ha sido muy discutido y persisten muchas opiniones. Gessel consideró como los principales, los factores hereditarios, en tanto que Hill le concedió mayor importancia al medio ambiente en que se desenvuelve el niño”. (8)

Características según la edad:

1. “El recién nacido. Está provisto de un mecanismo emocional muy pobremente elaborado el cual incluye enojo o cólera, temor y regocijo. Reacciona con estas manifestaciones, las cuales se le resuelven en los primeros meses de su vida, gracias a los cuidados maternos”. (8)
2. “A los tres meses la mayoría de los niños demuestra signos de maduración social, como lo prueba el hecho de cesar su llanto cuando se le acerca una persona”.(8)
3. “A sus cinco meses trata de agarrar o de tocar objetos próximos a él. A los seis meses tendrá ya la habilidad mental de distinguir una persona de otra, y este progreso será tal, que al llegar a sus ocho meses, además de poder distinguir entre dos personas,

demostrará interés por una de su misma edad. Entre sus seis y diez meses trata de participar en juegos, queriendo llamar la atención de las otras personas por medio de gritos y movimientos”.(8)

4. “El niño de un año. A esta edad el niño muestra ya su maduración social con manifestaciones como la de tratar de eliminar a otro niño de su esfera de acción o tratando de llamar la atención de otro. Es la época donde se inician los berrinches, que además de ser una reacción natural, es un buen indicio de que el niño está desarrollando su carácter”.(8)
5. A la edad de año y medio el niño desarrolla dos cosas características:
 - a. Una curiosidad extrema. Esto se explica fácilmente por el hecho de que un niño a esta edad no distingue con la vista la forma y volumen de los objetos y para darse cuenta exacta de cómo son, necesita valerse del tacto.
 - b. Un negativismo extremo, por lo que se le conoce como el período del “no – no”. el niño responde con “no” a todas las preguntas que se le hacen o hace exactamente lo opuesto a lo que se le pide.(8)

6. "El niño de dos años no está suficientemente avanzado como para permitir relaciones interpersonales de larga duración. Prefiere sus juegos personales, depende considerablemente de su madre y tiende a ser tímido. Cambia de una cosa a otra en pocos minutos".(8)

7. A los tres años un principio de semi-independencia generalmente caracteriza al niño. Trata de complacer y de conformar. Se puede discutir con él, y si se le da una buena razón, en muchos casos puede lograrse su cooperación, aún en cosas que no sean de su agrado. Una edad en la cual ya el niño puede interpretar un razonamiento del dentista y permitirle que lo atienda. Se le conoce como la edad de "*yo también*", pues ya el niño juega con otros, pero hasta cierto punto es un juego de competencia, ya que trata de hacer lo que el compañero haga.(8)

Este niño, es desconfiado con los extraños, le gusta satisfacer e imitar, el proceso de socialización ya ha comenzado en ellos la percepción del tiempo y la paciencia del niño son limitadas y debe ponerse atención al considerar el plan de tratamiento.(6)

8. A los cuatro años el niño llega a la edad de "*cómo*" y "*por qué*", durante la cual expresa su independencia y resistencia. Habla mucho, responde bien a sus órdenes verbales y es cooperante e imaginativo.(4,8)

A esta edad el niño ya ha adquirido cierto grado de autoconfianza e independencia, se le puede trabajar sin la presencia de sus padres. Despierta en él su espíritu sociable, desea imitar a los adultos, conversa y posee voluntad para cooperar. Además de esto posee dos características que el odontólogo puede utilizar: su curiosidad e imaginación. (6)

9. El niño de cinco años es capaz de distinguir entre la verdad y la mentira, así como de tener un criterio propio. Siempre le gusta terminar lo que comienza.(6)

El niño de cinco años está en el periodo preescolar más armonioso es muy sensible a los elogios y adulación, en él se están desarrollando movimientos motores finos, aún no es capaz de aprender en forma correcta la técnica de cepillado. (6)

A los seis años demuestra un mayor interés por las personas ajenas al hogar. Hay un despertar del sentido social, el cual es más marcado cuando ingresa a la escuela. Es una edad independiente.

En este periodo el niño es menos aprehensivo y puede tener arranques de mal humor. Se encuentra en una etapa de transición

en la cual comienza a discutir en forma lógica y puede ser difícil de persuadir.(6)

10. Los niños de 7 y 8 años son sensibles y razonables; sus movimientos motores están bien desarrollados, el pensamiento lógico evoluciona con rapidez, desaparece la egocentricidad. Los niños a esta edad son categóricos; y además las cosas son solo buenas o malas.(6)
11. Período desde los 9 años hasta la prepubertad y pubertad los niños son armoniosos, activos, receptivos ante ideas y puntos de vista de los adultos, es el momento en el cual comienza a tomar responsabilidades por sus procedimientos de higiene bucal.(6)
12. Adolescentes, es un período en el cual se caracterizan por su inseguridad y sensibilidad ante las críticas y los reproches entran con facilidad en conflicto con el mundo de los adultos lo cual puede repercutir con la relación con el odontólogo. (6)

MANEJO DEL NIÑO

Para lograr el éxito en el tratamiento dental el profesional debe interesarse por su paciente, tratando de brindarle amistad e inspirándole confianza. Debe recordar que el niño está pendiente de sus actitudes por lo que debe mostrarse sereno cuando se presenta alguna situación delicada, cuidadoso con su personalidad y apariencia y su expresión aunque firme debe ser alegre.

Existen tantas maneras para manejar a los niños que pocos dentistas o ninguno las dominan todas. Sin embargo, algunas de las técnicas de manejo son agradables y amables; otras poseen elegancia razonable en términos psicológicos y algunas más pudieran parecer muy rigurosas y autoritarias.(5)

Contar con un conocimiento básico en el trato con el niño es fundamental para el odontólogo, no sólo para ayudarle a resolver problemas terapéuticos agudos, sino también para entrenarlo como paciente adulto que será el día de mañana. (1)

Puesto que los temores y ansiedades suelen ser absurdos desde un punto de vista racional, es muy tentador tratar de corregir al niño diciéndole que sus reacciones son ridículas. Al tratar con los niños, los adultos insensibles les acusan de maleducados y desobedientes; sin embargo, el odontólogo debe manejar esos sentimientos con sensibilidad y comprensión.(1)

Hay que potenciar la comunicación para guiar la conducta, haciendo que el niño se sienta física y emocionalmente seguro, sin menoscabo de su amor propio, y se sienta responsable de su comportamiento.(1)

A. TÉCNICAS DE MANEJO DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN LA CLINICA DENTAL

1. EXPERIENCIA PREVIA A LA CITA

La visita preliminar consiste en llevar al niño a un consultorio dental para realizar un recorrido y una orientación. Se le explica al niño de antemano que ese día nada se llevará a cabo. Estas experiencias previas no se realizan en la actualidad por limitaciones de tiempo del dentista y de los padres. Estas son diferentes a las citas de observación en la cual el niño mira al padre o hermano o alguien más recibir el tratamiento dental.(5)

Es preciso hacer la primera cita del niño pequeño tan agradable y simple como sea posible.(5)

2. DECIR, MOSTRAR Y HACER

Es la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico. Es útil en la prevención del desarrollo de los temores odontológicos en el paciente nuevo, así como en la minimización de la ansiedad y mala conducta asociada en el paciente previamente sensibilizado.(1,5)

El odontólogo puede reducir el temor diciendo primero al niño lo que se va a hacer, mostrándole luego el nuevo ambiente y, finalmente, haciendo lo que se dijo que se haría.(1)

El éxito estriba en que el dentista posea un vocabulario sustituto para sus aparatos y procedimientos que el niño pueda entender. Ese proceso debe ser continuo desde la entrada del niño en el consultorio y durante todos los procedimientos involucrados en el tratamiento. (1,5)

3. CONTROL DE LA VOZ

Requiere del dentista más autoridad durante su comunicación con el niño, ha de proyectar la intención de "soy quien manda aquí". Representa la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz a fin de llamar la atención del niño sacándolo de su

conducta interruptiva, debe mostrar autoridad y controlar la expresión facial. Es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas tan pronto empiezan a suceder. (1,5)

4. MANO SOBRE LA BOCA

El dentista coloca su mano sobre la boca de un niño que llora de forma histérica. Con esto controla los berrinches y otros ataques de ira; ha de usarlo con el control de la voz.(5) Solo se debe usar cuando las demás técnicas han fallado. Esta técnica está contraindicada en niños menores de 3 años y en casos especiales, con condiciones de minusvalidez física o mental que impidan la comunicación. No se debe emplear nunca como castigo, sino de forma positiva y como protección. (1)

5. RESTRICCIÓN FÍSICA

Esta incluye el uso de abre bocas, restricciones por parte del odontólogo y su ayudante, correas unidas al sillón dental y el uso de envolturas corporales, como sábanas u otros dispositivos. Sirven para mejorar la calidad asistencial del niño; en ningún momento se utilizarán como medida de castigo. Es importante que

el niño lo perciba así, porque de otra forma lo único que conseguiremos será aumentar su miedo y desconfianza. (1,5)

Los principales candidatos para tal restricción son los niños muy pequeños que requieren tratamiento urgente para traumatismos e infantes impedidos, incluso aquellos con retraso mental.(5)

Sus objetivos deben ser:

- a. Ganarse la atención del niño.
- b. Enseñarle la conducta apropiada que se espera de él.
- c. Darle más seguridad a través del contacto corporal y controlar sus movimientos.
- d. Protegerlo de lesiones.
- e. Hacer más fácil la técnica dental, tanto para el niño como para el odontólogo.(8)

6. FELICITAR Y COMUNICAR

Se explican por sí solos. Todas las personas reaccionan de manera favorable a las felicitaciones. Así mismo, la odontología pediátrica eficaz equivale a una comunicación eficiente del dentista con el niño y viceversa.(5)

7. OBSEQUIOS Y PREMIOS

“Los obsequios en el consultorio dental a los pequeños pacientes, han sido establecidos como medio para interesar al niño en su tratamiento. Estos se manipularán en cada visita odontológica en respuesta a conductas apropiadas del paciente, lográndose un vínculo más estrecho entre paciente, consultorio y odontólogo”.(10)

“Esta práctica permite en muchas ocasiones reducir el tiempo operatorio, deseo de volver a su próxima cita y lograr que una cita potencialmente desagradable se transforme en favorable”.(10)

“Estos obsequios no deben usarse como un soborno y deben brindarse sin exigencias por parte del odontólogo”. (10)

8. SEDACIÓN

“Los sedantes son un recurso que pueden ser utilizados por el odontólogo para el manejo y tratamiento de los pacientes de corta edad y en pacientes mal adaptados, física o mentalmente, que evita que sean capaces de afrontar la situación”.(8)

Los objetivos de los tratamientos utilizando sedación son los siguientes:

- a. Seguridad del paciente.
- b. Restricción de los movimientos del paciente durante el tratamiento.
- c. Evitar o disminuir una mala experiencia psicológica durante el tratamiento.
- d. Evitar que el paciente relacione malas experiencias en el presente para tratamientos futuros.
- e. Que el paciente se mantenga en un estado de conciencia el cual esté lo más cercano posible a la realidad.(8)

“Las drogas ansiolíticas son usadas para mejorar la ansiedad y tensión moderadas y severas. Los agentes de este grupo presentan una acción similar de depresión del sistema nervioso central, y en dosis terapéuticas producen un leve grado de sedación sin alterar sus funciones mentales y/o psicomotoras”.(8)

9. OTROS MÉTODOS

Existen otros sistemas de manejo de fácil acceso para el dentista. Se encuentran los métodos para reducir la ansiedad materna, conforme disminuye la ansiedad de una madre (respecto a la cita

dental de su hijo)ocurre lo mismo con la del niño. La acción de acercar en la clínica a un infante atemorizado con otro "valiente" produce resultados favorables; la hipnosis y las técnicas de relajación cuentan con algunos partidarios. En un caso u otro se aconseja terapia de juegos, escuchar música o el sonido blanco producto de la mezcla de todas las frecuencias de vibración mecánica perceptible como tal y sesiones de desensibilización. (5)

También es posible manejar la conducta infantil mediante sustancias químicas. La combinación de óxido nitroso y oxígeno es muy popular para manejar los comportamientos infantiles en el consultorio dental. Este sistema es muy provechoso para algunos pacientes, no obstante, no se indica para todo niño con problemas de conducta, porque algunos se excitan en lugar de relajarse, si bien son pocos y esporádicos. Cuando el dentista utiliza el óxido nitroso combinado con oxígeno, ha de prever formas para presentar el equipo, la mascarilla nasal y las sensaciones que los niños habrán de experimentar.(5)

Es posible usar medicamentos para relajar o sedar a un paciente: por vía oral, inyección intramuscular, submucosa o intravenosa, o por vía rectal.(5)

Sin embargo, mientras más concentrado y, por tanto, potencialmente más útil sea un medicamento para amortiguar las

alteraciones conductuales, mayor es el riesgo de que ocurran efectos secundarios vinculados con el fármaco. También, mientras más pequeño sea el paciente, mayor es el peligro de sobredosificarlo. La vigilancia de los signos vitales es esencial en niños sedados.(5)

B. MÉTODO DE MANEJO DEL NIÑO EN EL HOSPITAL

1. ANESTESIA GENERAL

La anestesia general funciona de manera confiable, pero es costosa y consume tiempo, con este método también hay riesgo de morbilidad.(5)

“La hospitalización y el uso de anestesia general son utilizados algunas veces para lidiar con efectividad con problemas extremos de manejo de conducta y en procedimientos dentales de larga duración. Es requerida en pocos casos (sobre todo en aquellos de retardo mental severo) y no debe utilizarse como sustituto de buenas técnicas de manejo, por lo que debe hacerse el intento de realizar el tratamiento en la clínica”.(8)

La anestesia general está indicada para:

- a. Niños con retraso mental.
- b. Niños no cooperadores con ninguna forma de manejo.
- c. Niños con enfermedades sistémicas.
- d. Niños con anomalías congénitas.
- e. Tratamientos extensos y complejos.(8)

C. FACTORES QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DEL CONTROL DEL ODONTÓLOGO

1. LA CITA

Al programar la cita de un paciente se debe tener en cuenta algunos factores:

- a. Edad del niño.
- b. Si es o no su primera cita.
- c. Su comportamiento en la clínica.
- d. El tiempo que necesita para trabajarle.

“Si a un niño se le hace esperar, el odontólogo va a recibir un paciente intranquilo en la silla dental. Un niño que ha tenido un comportamiento negativo en el consultorio y que durante el

transcurso del tratamiento haya cambiado y ahora sea un buen paciente, no se le debe dejar que pase mucho tiempo entre una cita y la siguiente, para mantenerlo motivado. Mientras que los pacientes que reciben sedación consciente deben volver a citarse hasta que hayan eliminado la medicación”.(8)

“Se recomiendan citas de no más de 30 a 45 minutos para poder mantener el buen comportamiento y la colaboración del paciente y es mejor mantener los grupos de edades juntos preescolares en la mañana y los escolares en la tarde. Aunque es importante la edad y la condición sociocultural del paciente, no se debe olvidar en el momento de programar las citas, el nivel de tolerancia del odontólogo para trabajar con el paciente niño a diferentes horas del día”.(8)

2. AMBIENTE DEL CONSULTORIO

Uno de los métodos más fáciles para disminuir la ansiedad, es crear un ambiente que le sea interesante al niño, esto hará que el paciente entre en confianza y se anime a separarse de sus padres y pasar fácilmente al ambiente odontológico propiamente dicho. Debe ser lo mas sencillo posible, es recomendado que las paredes estén pintadas en tonos alegres y decoradas con cuadros infantiles.(8,10)

“La sala operatoria debe estar diseñada para disminuir los estímulos visuales negativos. Es preferible colocar el equipo y los instrumentos a un lado o atrás del paciente. El uso de bandejas ya preparadas es de suma utilidad para así disminuir el tiempo que pase el niño en el sillón dental”. (8)

“Debe ser sencilla, evitando siempre la presencia de muchos aparatos, que sólo servirían para hacer sentir al niño en un ambiente extraño”.(10)

“La sala de espera debe poseer sillas apropiadas para los pequeños pacientes y en la misma, deben existir revistas cómicas o infantiles apropiadas para la edad de los pacientes”. (10)

3. APARIENCIA Y ACTITUD DEL ODONTÓLOGO

“El atuendo y la apariencia general del odontólogo crean una impresión en el niño, más de lo que los adultos creerían. Los uniformes no son absolutamente necesarios, pero si han de usarse es preferible que sean de colores brillantes. Aunque algunos no los utilizan ya que consideran que de esta forma el ambiente es de más confianza y menos formalidad, y además no pueden ser asociados con procedimientos médicos dolorosos”.(8)

La actitud del profesional al recibir al niño, además de demostrar un positivo interés por él, deberá de ser sincera y cortés, tratando de inspirarle confianza y amistad. Un método recomendado en la práctica, es el de platicar con el niño mientras se le trabaja, ello no quiere decir que trate de entablar plática con su paciente, pues ello solo serviría para dificultar el trabajo y prolongar el tratamiento en forma innecesaria. (8,10)

Del control y del tono de su voz dependerá en mucho la actitud del niño hacia el odontólogo. El niño se sentirá complacido cuando se le llama por su nombre o con algún diminutivo, siempre que sea de su agrado. Se deberá tratar al niño de "tú" o de "vos", nunca de usted, ya que se sentirá en un ambiente familiar y cordial. (8)

4. PERSONAL AUXILIAR

Así como la personalidad y actitud del odontólogo son factores primordiales para el éxito en la práctica dental infantil así será el personal auxiliar, por lo cual es muy importante el papel que la asistente desempeña en el consultorio dental infantil, ya que es ella la persona que primero tiene contacto con el niño cuando éste asiste al consultorio.(8,10)

“Al escoger a la asistente debe considerarse su devoción por los niños y su habilidad para congeniar con las madres, y quienes reúnen estas condiciones son en su mayoría entre las edades de 25 y 35 años”.(8)

“Existen varios estudios en los cuales se demuestra que la relación amistosa con la asistente dental antes de un procedimiento restaurativo ayuda al niño a disminuir su miedo”. (8)

“La asistente tratará de entablar conversación con el niño, a la vez ganar su confianza, cuando aún se encuentre en la sala de espera, y en la clínica propiamente dicha es misión del profesional captar la confianza del niño”. (10)

ANSIEDAD

A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACION

La ansiedad es un estado o sensación de aprehensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo, cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse.(2)

Este estado puede ser consecuencia de una respuesta racional a determinada situación que produce tensión, como pasar a consulta dental o solicitar tratamientos dentales, o de una preocupación general sobre las incertidumbres de la vida, constituye un estado patológico.
(2)

Entre los tipos de ansiedad se incluyen:

1. ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

Temor a aprehensión que sufre un sujeto cuando es separado de su entorno familiar y de las personas que le resultan importantes.(2)

Este síndrome suele producirse en los lactantes cuando son separados de su madre o la figura materna o cuando se les acerca un extraño.(2)

2. ANSIEDAD FLOTANTE

Miedo generalizado, persistente y penetrante, no atribuible a ningún objeto, fuente ni acontecimiento específico.(2)

3. ANSIEDAD NEGATIVA

Situación psicológica y emocional en la que la ansiedad dificulta a una persona el uso de sus capacidades para la realización de las actividades diarias e impide su normal desarrollo.(2)

4. ANSIEDAD SITUACIONAL

Estado de aprehensión, malestar y angustia precipitado por la experiencia de situaciones o fenómenos nuevos o modificados; la ansiedad situacional no es anormal y no precisa tratamiento, suele desaparecer cuando la persona se adapta a las nuevas experiencias.(2)

5. ANSIEDAD PRESENL

Estado de suma angustia producido por la proximidad de la senilidad.(2)

6. NEUROSIS DE ANSIEDAD

Trastorno neurótico que se caracteriza por una ansiedad persistente. Los síntomas van desde una tensión crónica leve, con sensación de timidez, fatiga, aprehensión e indecisión, hasta estados más intensos de inquietud e irritabilidad, que puede llevar a casos agresivos o a desorientación.(2)

En los casos extremos, las alteraciones emocionales abrumadoras se acompañan de reacciones físicas, entre las que figuran temor, tensión muscular permanente, taquicardia, disnea, hipertensión, respiración profunda y sudoración abundante.(2)

Entre los signos físicos figuran cambios de coloración cutánea, náuseas, vómitos, diarrea, inquietud, inmovilidad, insomnio y variaciones del apetito, todos ellos sin causa orgánica subyacente. Estos síntomas de ansiedad pueden controlarse con medicamentos como los tranquilizantes, pero el tratamiento de elección es la psicoterapia, la cual, en ocasiones, cura la neurosis. (2)

La ansiedad puede desarrollarse de dos maneras:

1. "La experiencia anterior que provocó la angustia es re-experimentada como una señal de peligro y el individuo reacciona con una acción apropiada de huida o lucha".
2. "Se re-experimenta el peligro pasando en su totalidad con todos sus efectos paralizantes, lo que conduce a un fracaso total en el abordaje del peligro presente".(8)

B. CONCEPTOS DE MIEDO Y FOBIA

El miedo es una reacción normal, básica y constante de la naturaleza humana, y posee un valor funcional y adaptativo para el individuo, siendo parte del desarrollo infantil. La reacción al miedo implica tres patrones de respuesta: conducta manifiesta, pensamientos y sensaciones subjetivas de malestar y cambios fisiológicos en el organismo (sudoración, incremento rápido de la frecuencia cardíaca, etc).(1)

Los miedos infantiles implican reacciones normales ante las situaciones, bien porque son directamente amenazantes o porque

están asociados a ciertos estímulos amenazadores. Los miedos infantiles poseen tres características principales:

1. El miedo forma parte del desarrollo normal del niño.
2. La mayoría de los miedos infantiles son transitorios, están relacionados con las etapas evolutivas, aparecen en niños de edades similares y, generalmente, no interfieren con el funcionamiento cotidiano.
3. Las experiencias y emociones asociadas a los miedos proporcionan al niño habilidades de enfrentamiento que les permiten adaptarse a los estresores vitales. (1)

Los miedos intensos son menos comunes y cuando persisten se convierten en fobias.(8)

Se ha encontrado que los principales temores que experimentan los niños son:

1. Miedo al fracaso y la crítica.
2. Miedo a lo desconocido.
3. Miedo al daño y a los animales pequeños.
4. Miedo al peligro y a la muerte.
5. Miedo a procedimientos médicos.(8)

La fobia es una forma especial de miedo que se caracteriza porque es desproporcionado respecto a las demandas de la situación, es irracional, queda fuera del control voluntario y lleva a emitir respuestas de evitación ante las situaciones temidas.

Algunos autores han añadido tres nuevas características al miedo infantil:

1. La reacción al temor persiste durante largos períodos de tiempo.
2. Es una reacción desadaptativa.
3. No corresponde a la edad o estadio evolutivo.(1)

La intensidad de sufrimiento del niño y el grado de perturbación que produce su miedo en él mismo o en su familia serían criterios acertados para valorar la necesidad de tratamiento.

C. MIEDO, ANSIEDAD Y FOBIA EN LA SITUACIÓN DENTAL

En la situación dental, el miedo y la ansiedad son prácticamente indistinguibles. El paciente se encuentra con ambas amenazas, real e imaginaria, y reacciona con diferentes grados de aprensión. Generalmente, la expresión “miedo dental” se utiliza para describir una moderada aprensión que causa tensión antes y durante el tratamiento

odontológico, pero no le incapacita para recibir cuidado dental; la "ansiedad dental" se describe como una aprensión más profunda que interfiere con el tratamiento rutinario y requiere una actuación especial. El término "fobia dental" se utiliza ante pacientes cuya ansiedad es tan elevada que les lleva evitar el cuidado dental, incluyendo prácticas orales de desidia.(1)

La situación dental es una situación especial, ya que determinados procedimientos odontológicos pueden causar dolor u otras experiencias desagradables. En la medida en que una experiencia dental produzca dolor o sensaciones de malestar, las respuestas de ansiedad o miedo provocadas pueden considerarse claramente adaptativas y proporcionales al peligro real que supone la situación temida. En estos casos, las respuestas de miedo y ansiedad son adecuadas, dada la situación que las ha provocado, cuando son muy intensas e incapacitan al individuo para recibir el tratamiento, este tipo de comportamiento será considerado fóbico.(1)

Las respuestas de ansiedad y miedo suelen ir acompañadas de reacciones que dificultan o impiden la realización de las intervenciones dentales. Estas son de dos tipos:

1. Respuestas de evitación son todas aquellas reacciones del paciente que le impiden exponerse o entrar en contacto con las situaciones relacionadas con el tratamiento dental.

2. Conductas disruptivas o entorpecedoras son respuestas que se producen en la propia situación de tratamiento dental dificultando la aplicación de los procedimientos o intervenciones dentales necesarios.(1)

De estas respuestas la más frecuente en los niños es la conducta disruptiva. Entre ellas se encuentran cerrar la boca, mover la cabeza, levantarse, dar manotazos, gritar, quejarse o llorar. La visión del instrumental y los sonidos vibratorios son los estímulos que provocan mayor ansiedad. La identificación de los factores que contribuyen a provocar miedo y conductas disruptivas en los niños es necesaria no sólo porque ayuda a predecir qué niños presentarán esos problemas, sino que contribuyen a diseñar los métodos de tratamiento más adecuados para reducir problemas de esta naturaleza. (1)

D. EVOLUCION DE LOS MIEDOS INFANTILES EN FUNCION DE LA EDAD Y EL DESARROLLO

La edad de los niños es uno de los factores más importantes para predecir la conducta en la sala dental. Tanto los estímulos que provocan temor como el patrón de respuesta que los acompaña cambian el curso del desarrollo evolutivo.(1)

Los primeros meses de vida del niño son los más espectaculares en cuanto a los cambios que ocurren. De cualquier modo, en el aspecto dental la comunicación está muy limitada y no puede esperarse un grado elevado de comprensión. A los 2 años de edad el niño continúa mostrando una considerable dependencia de su madre y tiene dificultades para establecer relaciones interpersonales. Necesita mucho tiempo para adaptarse a las situaciones nuevas y no puede esperarse que el niño responda a preguntas u órdenes directas.(1)

Su interés cambia de una cosa a otra en pocos minutos, puede conseguirse su cooperación siempre que se tenga en cuenta su falta de concentración; para ello las órdenes y las técnicas que se apliquen deben ser lo más cortas y simples posibles. El niño de 3 años tiene mayor estabilidad emocional y es más razonable, trata de agradar y adaptarse, coopera más y muestra curiosidad por el mundo que le rodea. A esta edad está bien desarrollado el deseo de imitación, puede tener la necesidad de visitar al odontólogo por traumatismos en la dentición temporal. La edad de 4 años es otra fase de desarrollo rápido, el niño es muy activo tanto física como mentalmente, corre más que anda, y permanecer sentado durante un período de tiempo largo en la sala de espera de la consulta dental es para él un tormento físico. Es un gran hablador, durante la llamada edad del "por qué" y "cómo" el niño tiene tanto que decir que se le agolpan unas palabras sobre otras, tiene gran confianza en sí mismo, lo que es muy aprovechable si el odontólogo logra estimular su voluntad de cooperación y crear en él el

sentimiento que "nosotros estamos tratando juntos sus dientes". Responde bien a las instrucciones verbales directas y cuando se le llama por su nombre, aunque se necesita mucha firmeza en el tono.(1)

El niño de 5 años tiende a mostrar mayor seguridad en sí mismo y da la impresión de mayor madurez que el de 4 años, a esta edad comienza a estructurarse el pensamiento en secuencias lógicas, y es una buena edad para el tratamiento odontológico porque el niño es confiado, estable y no demasiado exigente, es muy sensible a las alabanzas y los reproches, y es muy importante para él ser aceptado por las personas que le rodean. En esta etapa, el odontólogo tiene que alabar y elogiar al niño si queremos que la cooperación sea adecuada.(1)

En la etapa siguiente o segunda infancia (6-9 años) empiezan a surgir nuevos temores que tienden a ser más reales, estando asociados a situaciones que implican lesión física y miedo al fracaso o a hacer el ridículo. Estas últimas se encuentran relacionadas con la adquisición de competencias escolares, como la lectura y la escritura. Los miedos a fantasmas o monstruos empiezan a desvanecerse, aunque aún permanecen el miedo a la oscuridad, a quedarse solos y a la separación de los padres. Esta etapa se caracteriza por la presencia mixta de miedos reales e irreales, variando la proporción entre unos y otros, el odontólogo necesita gran comprensión para tratar al niño, ofreciéndole explicaciones detalladas y muchas alabanzas. El niño de

6 años de edad entra en una fase de maduración rápida, caracterizada psicológicamente por gran bipolaridad o alternancia entre el afecto y el rechazo. Su interés por el orden y la limpieza alcanzan ya un nivel, si bien mínimo. En relación con sus propios problemas aparecen sentimientos de aprensión y una leve hipocondría, a partir de esta edad, la sociedad empieza a imponer sus exigencias al niño , además, la asistencia al colegio implica mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas.(1)

Desde los 12 años hasta los 14 años el pensamiento se vuelve más abstracto y el niño va adquiriendo la capacidad de razonar y resolver problemas sin enfrentarse a la situación concreta. Durante el comienzo de la pubertad hay tendencia a la aparición de reacciones emocionales desequilibradas y es frecuente que el niño demuestre un escaso interés por la higiene y el orden. Al irse estableciendo la identidad personal durante la pubertad, a la vez que se van conociendo mejor las relaciones humanas, el joven se siente motivado cada vez más por su propia salud y es capaz de aceptar una responsabilidad sobre su futuro.(1)

E. CONTROL DEL DOLOR Y LA ANSIEDAD

Casi todos los fármacos usados en odontología se emplean para controlar el dolor o el miedo ante él. Este fenómeno de dolor posee dos componentes peculiares:

1. La percepción.
 2. La reacción al mismo.
-
1. La percepción del dolor es un proceso fisiológico en el cual las terminaciones nerviosas receptoras captan un estímulo nocivo y lo transmiten al sistema nervioso central, a lo largo de vías neuroanatómicas. Hay un umbral para la percepción del dolor; es el estímulo de intensidad mínima requerido durante un período mínimo, a fin de iniciar un impulso nervioso. Es posible medir el umbral de la percepción al dolor y se sabe que es relativamente uniforme para niños con sistema nervioso normal.
 2. La reacción al dolor es el segundo componente del mismo; es la reacción del enfermo una vez que el impulso neural alcanza el cerebro y lo interpreta como tal; este aspecto es bastante complejo. El umbral de la reacción al dolor, o el punto donde un niño reacciona de manera evidente a un dolor percibido, varía mucho entre los niños, así como en el mismo, en momentos

diferentes. Este es el componente del dolor que se menciona por lo general al analizar el umbral de una persona al dolor. (5)

Muchos elementos afectan el umbral de la reacción, incluyendo la ansiedad, el estrés, la fatiga, y, muy importante en niños, las experiencias previas y el acondicionamiento por los padres. La regulación total de la percepción del dolor en el cubículo dental requiere ser bloqueada mediante el bloqueo de la vía anatómica correspondiente.(5)

Puede lograrse lo anterior en sentido periférico al usar anestesia local, o de manera central con anestesia general.

Se controla el umbral de la reacción al dolor utilizando diversas formas de sedación consciente. No hay ninguna técnica individual que se considere mejor para controlar el dolor y la ansiedad. No importa cuál pueda ser la técnica favorita del terapeuta, ninguna es útil para todos los pacientes dentales en todas las circunstancias.(5)

El odontólogo sagaz posee al menos un conocimiento operacional de varios métodos y determina de modo individual cuál es el más conveniente para una persona en especial; en ciertos casos, esto puede requerir la recomendación del paciente con otro profesional.(5)

El hombre se ha valido de muchos medios para expresar sentimientos, pensamientos, formas de comportamiento, etc, y como un medio de ésta expresión podríamos mencionar “ El Dibujo”. Para poder obtener una información exacta de ansiedad se evalúa al paciente a través del Test de la Figura Humana (DFH), el cual se describe a continuación.

TEST DE DIBUJO DE FIGURA HUMANA (D F H)

A la mayoría de los niños les encanta dibujar y pintar. Si se les da la oportunidad, producirán espontáneamente dibujos de animales, casas, autos, botes, aviones, flores y muchas otras cosas. Pero la mayoría de las veces dibujaran figuras humanas.(3) El interés por los dibujos infantiles tiene una larga y bien documentada historia, tanto en Estados Unidos, como en Europa. Se informa que ya en 1885 apareció en Inglaterra un artículo de Ebenezer Cooke en el que describía los estadios evolutivos del dibujo infantil. Desde entonces ha habido numerosos estudios e informes de psicólogos y educadores.(3)

A través de los años, el énfasis de la literatura se desplazó de las investigaciones comparativas de las producciones gráficas de niños y primitivos, al análisis clínico de pinturas y dibujos de niños perturbados, a los estudios longitudinales de niños en forma individual, desde sus primeros garabatos hasta los dibujos maduros, y a la evaluación de la madurez

mental por medio del dibujo de la figura humana. Los estudios han evolucionado desde observaciones descriptivas a investigaciones cuidadosamente controladas y el uso del análisis estadístico. (3)

Los dibujos de la figura humana (DFH) se han convertido en una de las técnicas más ampliamente usadas por los psicólogos que trabajan con niños. Pero varían mucho los objetivos en función de los cuales se los administra. Actualmente, existen dos enfoques principales de la interpretación del DFH. El primero es utilizado por los clínicos primordialmente, los cuales consideran el DFH como una técnica proyectiva, y analizan los dibujos buscando signos de necesidades inconscientes, conflictos y rasgos de personalidad. Los representantes de la segunda escuela de pensamiento enfocan el DFH como un test evolutivo de maduración mental.(3)

Los DFH pueden llegar a ser útiles en el estudio de la personalidad o como prueba de diagnóstico, teniendo su justificación teórica en la psicología de la imagen de sí mismo, así como en la teoría psicoanalítica de la proyección.

Schilder observó que la imagen corporal es una configuración compuesta de numerosas sensaciones y experiencias físicas, orgánicas y fisiológicas de nuestro cuerpo, entre estas incluye el ver nuestra propia imagen en el espejo y también observar las reacciones de los demás. Por consiguiente, cuando alguien dibuja una persona puede reflejar las diferentes

impresiones que se tenga de su propio cuerpo. En el psicoanálisis, la proyección se refiere a una mecanismo de defensa por medio del cual se desplaza algo indeseado en la persona hacia otra persona.(8)

En una prueba como el DFH, la proyección se refiere al acto perceptivo mismo, aunque sea absolutamente consciente. (8)

Hay que distinguir cuatro áreas en la expresión de los sentimientos y carácter a través del dibujo.

1. VALOR EXPRESIVO

Se refiere a la manera con que el niño trata la superficie blanca de la hoja, la elección de formas y colores. Esto refleja el temperamento del niño y sus reacciones emocionales en el momento de estar dibujando. Esta reacción se conoce como el estado emocional del niño. (3)

2. VALOR PROYECTIVO

El estilo general de la figura revelará ciertas disposiciones fundamentales de la visión del mundo del niño. (3)

3. VALOR NARRATIVO

El escoger un tema, revela sus centros de interés, sus preocupaciones y sus gustos. (3)

4. SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS INCONSCIENTES

El dibujo revela también sentimientos inconscientes, en el sentido psicoanalítico de la palabra, o sea que escapan del conocimiento del sujeto. Por lo tanto, aquí se encuentran los procesos defensivos que utiliza el niño y para entenderles es importante tomar en cuenta las consecuencias que haga el niño sobre los dibujos. (3)

El tipo de información y los resultados que un investigador obtiene de sus estudios depende de las preguntas que se formula, y la clase de preguntas que plantea depende en gran parte de su orientación teórica y de los propósitos de la investigación.(3)

Los DFH reflejan el estadio actual de desarrollo mental y las actitudes y preocupaciones en un momento dado, lo cual cambiará con el tiempo debido a la maduración y la experiencia. El valor particular del DFH radica justamente en su sensibilidad para detectar los cambios en el niño, los cuales pueden ser evolutivos y/o emocionales.(3)

Klein a través de entrevistas personales y el análisis de test de dibujo de figura humana en niños de 3 a 4 ½ años, encontró que el 72 % manifestó una reacción defensiva al tratamiento dental doloroso con sus sentimientos. El concluye que el miedo es un factor que se iguala con la edad.(9)

Koppitz define que el test de dibujo de la figura humana, requiere que el niño dibuje "una persona entera" a pedido del examinador, en su presencia. Como observó Kellog, la estructura del dibujo de un niño pequeño está determinada por su edad y nivel de maduración, mientras que el estilo del dibujo refleja sus actitudes y aquellas preocupaciones que son más importantes para él en ese momento. (3)

Por lo tanto la consigna ambigua de dibujar una persona entera parece llevar al niño a mirar dentro de sí mismo y sus propios sentimientos en el intento de capturar la esencia de una persona. La persona que un niño conoce mejor es él mismo; su dibujo de una persona se convierte por consiguiente en un retrato de su ser interior, de sus actitudes. En otras palabras, cuando el niño dibuja, está proyectando literalmente su manera de ser y de ver.(3)

El test DFH puede administrarse individual o colectivamente. La administración individual es preferible por supuesto, ya que permite observar la conducta del niño cuando dibuja y efectuar preguntas aclaratorias si es necesario. También se ha notado que la mayoría de

los niños producen dibujos más ricos y reveladores en el contexto de una relación individual con un psicólogo acogedor que una situación grupal. Pero la situación colectiva es completamente aceptable y más factible cuando se lo administra con fines de investigación o para el “despistaje” (screening) de los que empiezan la escuela primaria o situaciones similares.(3)

Al administrar el DFH, el examinador debe sentar al niño confortablemente frente a un escritorio o mesa completamente vacía, y presentarle una hoja de papel y un lápiz.

No hay tiempo límite en esta prueba. La mayoría de los niños termina en menos de 10 minutos, y en raras ocasiones el niño utiliza 30 minutos o más mientras más perfeccionista sea y compulsivo al trabajar en su dibujo. El niño es libre de borrar o cambiar su dibujo si lo desea. Se sugiere que el examinador observe cuidadosamente la conducta del examinado mientras dibuja y que tome notas de las características inusuales. Se le debe prestar especial atención a la secuencia en la cual dibuja la figura, la actitud del sujeto y sus comentarios espontáneos, la cantidad de tiempo que emplea y la cantidad de papel que utiliza. Si un pequeño se muestra insatisfecho con su dibujo, se le permite empezar de nuevo en el reverso o en una segunda hoja si lo pide.(3)

Algunos niños inseguros buscan modelos para copiar en vez de dibujar una figura de su propia invención. Cuando se lo administra colectivamente se debe cuidar el sentar a los niños tan separados como sea posible, para disminuir la probabilidad de que se copien unos de otros. Cuando el test se administra individualmente, se debe sentar al sujeto de modo que este fuera de su vista cualquier cuadro, libro o tapa de revista que pudiera servirle de modelo. En ciertas ocasiones cuando se le solicita un DFH, el niño decide dibujar al examinador. Dependiendo de la sensibilidad del examinado, esto debe desalentarse absolutamente, de entrada, o aceptarlo sin mayor comentario; pero cuando completa el mismo, se le pide nuevamente que haga "el dibujo de una persona completa, sacada de tu propia cabeza". Si el niño dibuja una persona similar al examinador pero luego declara que se supone que es el examinador, se acepta el dibujo sin más.(3)

Analizamos los dibujos en función de dos tipos diferentes de signos objetivos. El primero es un conjunto de signos que se considera que está primariamente relacionado con la edad y nivel de maduración; a estos signos los denominamos *Items evolutivos*. El segundo conjunto de signos se estima que está primariamente relacionado con las actitudes y preocupaciones del niño; estos son los *Items emocionales*.(3)

Toda la información mencionada anteriormente servirá de marco teórico para llevar a cabo este estudio con éxito y obtener los objetivos deseados.

OBJETIVOS

GENERALES

1. Establecer el grado de ansiedad que presentan los niños que son atendidos por odontólogos practicantes.
2. Conocer los factores que modifican el comportamiento hacia el tratamiento dental.

Para que los odontólogos adquieran el conocimiento a través del cual puedan identificar los factores comunes que modifican la conducta del niño, y así obtener mejores resultados en su comportamiento durante el tratamiento dental, disminuyendo el grado de ansiedad.

ESPECIFICOS

1. Determinar el grado de ansiedad promedio que presentan los niños que son atendidos por odontólogos practicantes.

2. Conocer las principales características del entorno en el que el niño es atendido por odontólogos practicantes, en las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y el Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
3. Observar la actitud del odontólogo practicante durante la cita dental.
4. Determinar si la hora de la cita dental influye en el comportamiento del paciente niño.
5. Establecer si el tiempo en sala de espera modifica la conducta del niño hacia el tratamiento dental.
6. Establecer qué tipo de tratamiento ha recibido el niño, y relacionar si el paciente ha tenido experiencia previa mayor o menor ante el tratamiento odontológico.
7. Relacionar si la edad influye en el grado de ansiedad hacia el tratamiento odontológico.

VARIABLES

1. Ansiedad
2. Actitud del profesional
3. Edad del niño (a)
4. Entorno
5. Tipo de tratamiento
6. Hora de la cita
7. Tiempo en sala de espera
8. Experiencia previa

INDICADORES DE VARIABLES

- Para medir la ansiedad se usará el Test de Ansiedad Dental o Dental Anxiety Scale (DAS).
- **Actitud del profesional:** disposición de ánimo, gesto o postura del cuerpo de la persona a cargo de la profesión, manifestada exteriormente.

1. Negativa
2. Positiva
3. Indiferente

- **Edad del niño:** lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante en el cual escucha instrucciones. En este estudio se tomó por meses de vida.

1. 84 - 108 meses
2. 109 - 132 meses
3. 133 - 156 meses

- **Entorno:** es el conjunto de materiales y cosas presentes en la clínica dental que se relacionan con el niño sin formar parte de él y que de alguna manera influirán en su comportamiento, tales como: sillón dental, lámpara dental, decoración, sala de espera, personal auxiliar, etc.

1. Adecuado
2. Inadecuado

- **Tipo de tratamiento:** forma o clase de cuidado y atenciones prestadas a un paciente con el objeto de combatir, mejorar, prevenir un trastorno morboso.

1. Consulta
2. Operatoria
3. Exodoncia
4. Endodoncia
5. Prevención
6. Otros

- **Hora:** es la hora del día en que el niño fué atendido por el profesional.
 1. 8:00 – 10:00
 2. 11:00 - 13:00
 3. 14:00 – 16:00
 4. 17:00 – 18:00

- **Tiempo en sala de espera:** es el tiempo que transcurrió desde el momento en que el niño llegó a la clínica dental hasta que fue atendido por el profesional.
 1. Menos de 15 minutos
 2. De 15 a 30 minutos
 3. Más de 30 minutos

- **Experiencia Previa:** es el tipo de tratamiento odontológico efectuado al niño en la cita anterior.
 1. Consulta
 2. Operatoria
 3. Exodoncia
 4. Endodoncia
 5. Prevención
 6. Otros.

METODOLOGÍA

La investigación se llevó a cabo con 35 niños sin importar el sexo, escogidos al azar, comprendidos entre 7 y 12 años atendidos por odontólogos practicantes en clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La muestra sujeta a estudio fue seleccionada a través de la tabla de números aleatorios de los cuales se eligieron siete unidades dentales de la disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en donde se trabajó con 5 niños por cada una, en horario de 7:30 – 15:30, los días lunes, miércoles y viernes. La recopilación de la información se llevó a cabo de la siguiente forma:

- El investigador se presentó a cada una de las clínicas que comprendió la muestra, explicó al odontólogo practicante en qué consistía el estudio y la importancia del mismo, solicitó tiempo y autorización para realizarlo.
- Luego a la persona que acompañaba al niño, se le pidió que contestara una serie de preguntas elaboradas en el instrumento recolector de datos (ver anexo).

- En un área cercana al cuarto operatorio, se le pidió al niño(a) que realizara un dibujo de él (ella) y su dentista. El niño (a) recibió una hoja de papel blanco estándar, seis lápices de colores (amarillo, rojo, azul, verde, café, negro), un lápiz estándar y un borrador, luego se le dejó solo.

Los dibujos fueron analizados y se formó la base para el siguiente criterio:

Ansiedad = 1

No ansiedad = 0

- Representación de la situación dental:

0 = el dibujo refleja la situación

1 = omisión del tratamiento

El niño ansioso no dibuja la situación que provoca ansiedad.

- Yuxtaposición del tamaño del tamaño del niño en comparación con el del dentista:

0 = el dentista aparece más grande que el niño

1 = el niño aparece de un tamaño similar o mas grande que el dentista

El tamaño significa "PODER". El niño ansioso puede distorsionar la realidad al disminuir el tamaño del odontólogo para contrarrestar la ansiedad.

- **Dibujo del odontólogo:**

0 = doctor presente

1 = doctor ausente

La manifestación de la ansiedad esta inversamente relacionada con el número de colores usados.

- **Omisión de partes del cuerpo:**

0 = presencia de todas las partes del cuerpo

1 = omisión de partes del cuerpo

El omitir partes del cuerpo significa conflicto y evitación del órgano que causa la ansiedad.

- **Representación de instrumentos dentales:**

0 = ausencia de instrumentos dentales

1 = presencia de instrumentos dentales

Obviamente la jeringa, fresas y otros instrumentos producen ansiedad, cuando hay conocimiento de ellos.

El nivel de ansiedad de cada dibujo es la suma de los seis (6) criterios y varía de cero a seis (0 a 6), de una expresión de nada de ansiedad (0) al más alto nivel (6). (8)

Al ingresar el niño a la sala operatoria, por medio del método de observación, se evaluó la actitud del profesional hacia el paciente niño. Los hallazgos obtenidos se registraron en el instrumento recolector de datos.

La estimación de niveles de ansiedad de los niños hacia el tratamiento dental fue medida por el significado de sus dibujos (Escala de Ansiedad Dental o Dental Anxiety Scale: DAS)

La escala está diseñada de tal manera:

- 0 – 3 es un nivel bajo de ansiedad, indica nada o poca ansiedad.
- 6 es un nivel alto de ansiedad producto de estado de aprehensión, malestar o angustia precipitado por la experiencia de situaciones o fenómenos nuevos o modificados; este tipo de ansiedad no es normal

y no precisa tratamiento, suele desaparecer cuando la persona se adapta a las nuevas experiencias.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del trabajo de investigación que se llevó a cabo con 35 niños sin importar sexo, escogidos al azar, comprendidos entre 7 y 12 años, atendidos por odontólogos practicantes en clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Dichos resultados fueron obtenidos a través del cuestionario recolector de datos, en el cual se reflejaron los factores que influyeron en el comportamiento del niño ante el tratamiento dental; así también, por medio de la interpretación de los dibujos realizados por el paciente niño, se obtuvo el grado de ansiedad dental que demostraron, tomando en cuenta la escala de ansiedad dental (DAS).

CUADRO 1

ACTITUD DEL ODONTOLOGO PRACTICANTE ANTE EL TRATAMIENTO DENTAL EN 35 NIÑOS DE 7 – 12 AÑOS, ATENDIDOS DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001, EN CLINICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

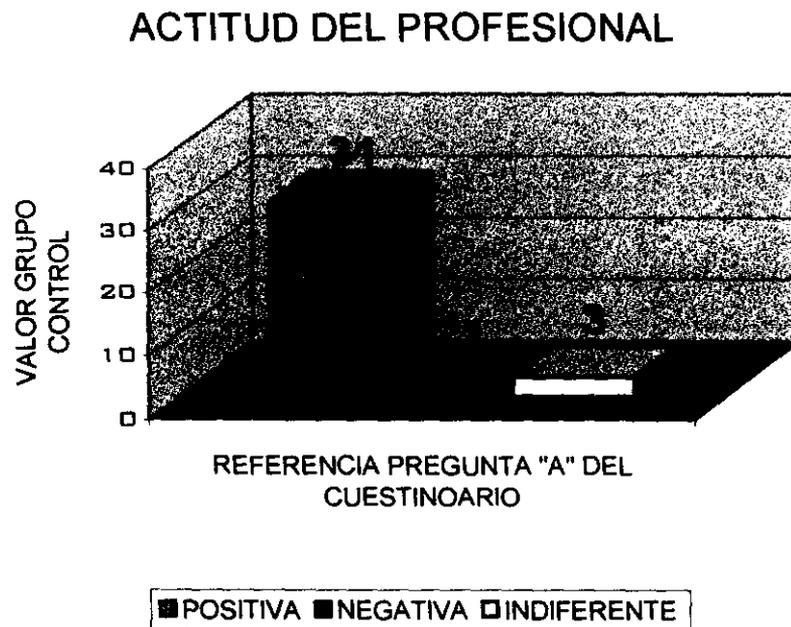
<i>Actitud</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Negativa	01	02.86 %
Positiva	31	88.57%
Indiferente	03	08.57%
<i>Total</i>	35	100.00%

Actitud del odontólogo practicante ante el tratamiento dental manifestado por los niños de 7 – 12 años. Se observa que la mayoría de los odontólogos practicantes muestran una actitud positiva.

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario recolector de datos.

GRAFICA 1

ACTITUD DEL ODONTOLOGO PRACTICANTE ANTE EL TRATAMIENTO DENTAL EN 35 NIÑOS DE 7 - 12 AÑOS, ATENDIDOS DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001, EN CLINICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.



CUADRO 2

EDAD DEL NIÑO, A LA QUE FUE SOMETIDO A TRATAMIENTO DENTAL, COMPRENDIDA ENTRE 7 – 12 AÑOS EN LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.

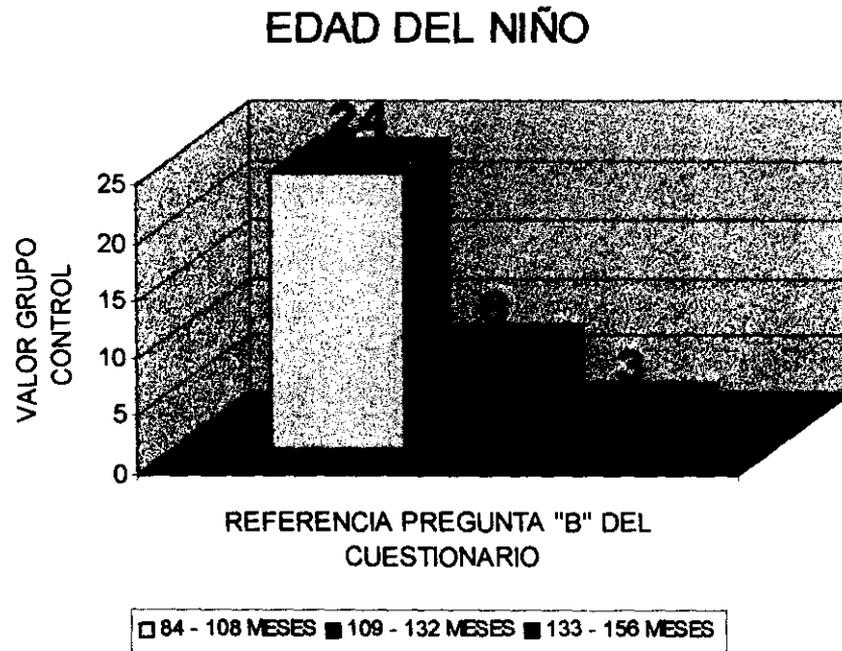
<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
84 –108 meses	24	68.57%
109 –132 meses	08	22.86%
133 –156 meses	03	08.57%
<i>Total</i>	35	100.00%

Edad del niño ante el tratamiento dental manifestado por los niños de 7 – 12 años. Se observa que la mayoría de los niños están comprendidos entre 84 y 108 meses de edad.

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario recolector de datos.

GRAFICA 2

EDAD DEL NIÑO, A LA QUE FUE SOMETIDO A TRATAMIENTO DENTAL, COMPRENDIDA ENTRE 7 – 12 AÑOS EN LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.



CUADRO 3

AMBIENTE O ENTORNO DE LAS CLÍNICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA EN DONDE FUERON ATENDIDOS 35 NIÑOS DE 7 – 12 AÑOS EN ESTE ESTUDIO, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.

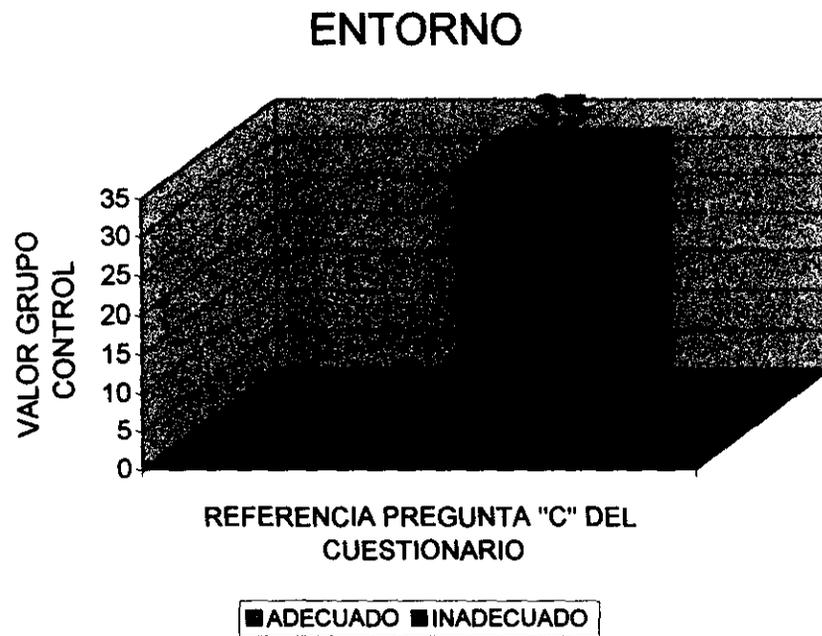
<i>Ambiente o Entorno</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Adecuado	00	00.00%
Inadecuado	35	100.00%
<i>Total</i>	35	100.00%

En 35 unidades de las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, visitadas para realizar este estudio, la clínica tiene un ambiente inadecuado, el cual da desconfianza al paciente niño y no se encuentra diseñada para disminuir los estímulos visuales.

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario recolector de datos.

GRAFICA 3

AMBIENTE O ENTORNO DE LAS CLÍNICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA EN DONDE FUERON ATENDIDOS 35 NIÑOS DE 7 – 12 AÑOS EN ESTE ESTUDIO, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.



CUADRO 4

TIPO DE TRATAMIENTO DENTAL AL QUE FUERON SOMETIDOS PREVIAMENTE LOS 35 NIÑOS QUE FORMARON PARTE DE ESTE ESTUDIO, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.

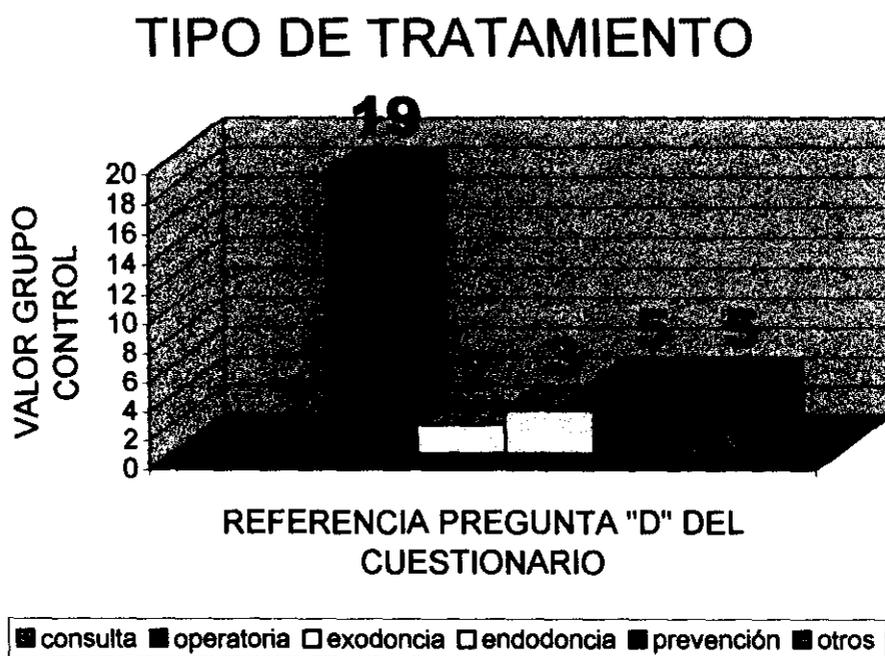
<i>Tipo de Tratamiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Consulta	01	02.86%
Operatoria	19	54.28%
Exodoncia	02	05.71%
Endodoncia	03	08.57%
Prevención	05	14.29%
Otros	05	14.29%
<i>Total</i>	<i>35</i>	<i>100.00%</i>

Tipo de tratamiento dental al que fueron sometidos 35 niños de 7 – 12 años en las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de Universidad de San Carlos de Guatemala, se observa que la mayoría fueron sometidos a tratamientos de operatoria.

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario recolector de datos.

GRAFICA 4

TIPO DE TRATAMIENTO DENTAL AL QUE FUERON SOMETIDOS PREVIAMENTE LOS 35 NIÑOS QUE FORMARON PARTE DE ESTE ESTUDIO, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.



CUADRO 5

HORA EN QUE FUERON ATENDIDOS 35 PACIENTES NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS EN LAS CLÍNICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.

<i>Hora</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
8:00-10:00	14	40.00%
11:00-13:00	18	51.43%
14:00-16:00	03	08.57%
17:00-19:00	00	00.00%
<i>Total</i>	35	100.00%

Horario en que fueron atendidos 35 niños de 7 – 12 años en las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se observa que la mayoría fueron atendidos en horario de 8:00 a 13:00 horas.

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario recolector de datos.

GRAFICA 5

HORA EN QUE FUERON ATENDIDOS 35 PACIENTES NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS EN LAS CLÍNICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.



CUADRO 6

TIEMPO EN SALA DE ESPERA AL QUE FUERON SOMETIDOS 35 PACIENTES NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS EN LAS CLÍNICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA , DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.

<i>Tiempo en sala de espera</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
MENOS DE 15 MIN.	31	88.57%
DE 15 – 30 MIN.	03	08.57%
MAS DE 30 MIN.	01	02.86%
<i>Total</i>	35	100.00%

Tiempo en sala de espera antes de ser sometidos al tratamiento 35 niños de 7 – 12 años en las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se observa que la mayoría esperaron menos de 15 minutos.

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario recolector de datos.

GRAFICA 6

TIEMPO EN SALA DE ESPERA AL QUE FUERON SOMETIDOS 35 PACIENTES NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS EN LAS CLÍNICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA , DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.

TIEMPO EN SALA DE ESPERA



CUADRO 7

EXPERIENCIA PREVIA A LA QUE FUERON SOMETIDOS 35 PACIENTES NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS EN LAS CLÍNICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.

<i>Experiencia Previa</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Consulta	02	05.71%
Operatoria	23	65.71%
Exodoncia	01	02.86%
Endodoncia	04	11.43%
Prevención	04	11.43%
Otros	01	02.86%
<i>Total</i>	35	100.00%

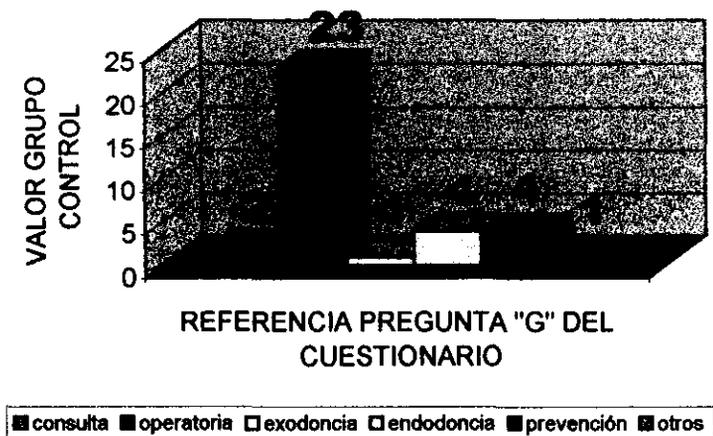
Experiencia previa antes de ser sometidos al tratamiento 35 niños de 7 – 12 años en las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en su mayoría se realizó operatoria.

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario recolector de datos.

GRAFICA 7

EXPERIENCIA PREVIA A LA QUE FUERON SOMETIDOS 35 PACIENTES NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS EN LAS CLÍNICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.

EXPERIENCIA PREVIA



CUADRO 8

NIVELES DE ANSIEDAD QUE DESARROLLARON 35 NIÑOS DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL, EN CLÍNICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.

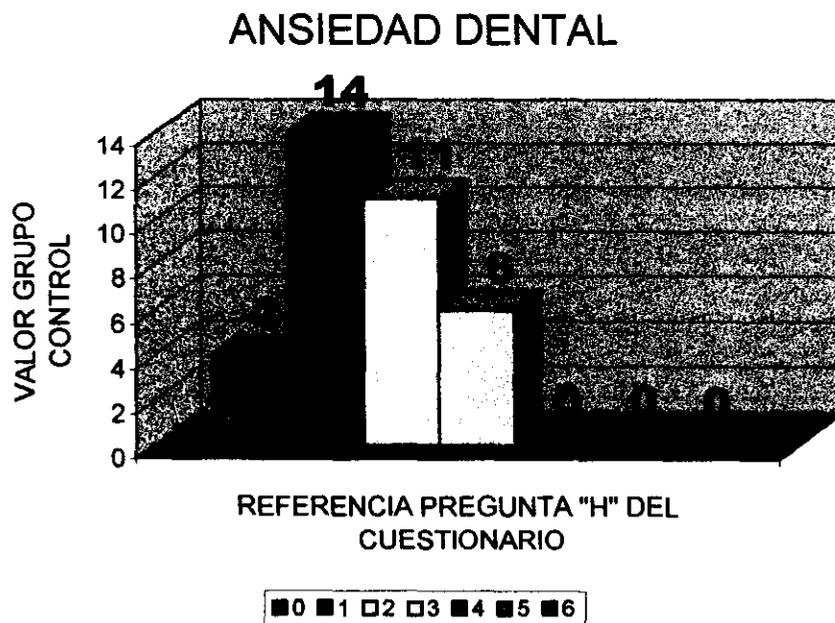
NIVELES DE ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	04	11.40%
1	14	40.00%
2	11	31.40%
3	06	17.10%
4	00	00.00%
5	00	00.00%
6	00	00.00%
<i>Total</i>	35	100.00%

Niveles de ansiedad manifestados por 35 Niños de 7 a 12 años atendidos en las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en los cuales un 40% posee un nivel 1 de ansiedad dental; el 31.40% posee un nivel 2 de ansiedad dental, el 17.10% un nivel 3 y 4 pacientes niños mostraron un nivel 0 de ansiedad dental.

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario recolector de datos.

GRAFICA 8

NIVELES DE ANSIEDAD QUE DESARROLLARON 35 NIÑOS DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL, EN CLÍNICAS DE LA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA FACULTAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2001.



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. En la gráfica No. 1, puede notarse que la actitud del estudiante hacia el paciente niño durante el tratamiento dental fue positiva en 31 de los casos, ésto indica que, además de mostrar un positivo interés por el niño, le inspira confianza y amistad, lo cual ayuda a que el tratamiento dental resulte agradable y en menor tiempo.
2. Con respecto a la edad del niño, se pudo determinar que la mayoría de los niños que participaron en este estudio están comprendidos entre los 84 - 108 meses, ésto no influyó en los resultados de niveles de ansiedad, ya que éstos fueron bajos.
3. En la gráfica No. 3, se puede observar que, en la totalidad de unidades dentales de odontólogos practicantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, existe un entorno o ambiente inadecuado, ésto es bastante significativo en el estudio.
4. En la gráfica No. 4, se observa que los tratamientos más comunes a los que fueron sometidos los niños en estudio fue operatoria, mientras que uno de los que menos se realizan es la consulta, exodoncia y endodoncia. Este último, es un tratamiento muy fuerte e impactante para el niño, lo cual modifica su conducta.

5. Con respecto a la hora en la que se realiza el tratamiento dental, se pudo determinar que el 51.43% de los niños atendidos acuden a la clínica dental en el horario de 11:00 horas a 13:00 horas.
6. El tiempo en sala de espera. Se pudo determinar y observar que un 88.57% de los odontólogos practicantes tienen una buena administración y disposición de tiempo para cada paciente; haciendo que el niño espere menos de 15 minutos en sala de espera y se le trabaje en un tiempo de 1 hora – 1 hora 30 minutos, ésto con el fin de mantenerlo motivado.
7. Al hacer referencia sobre la experiencia previa a la que han estado sometidos los niños, se pudo observar en los resultados que el tratamiento más común es la operatoria con un 65.71%, así como se les han realizado tratamientos restaurativos como amalgamas y coronas de acero.
8. Ansiedad Dental: se analizó el dibujo (según el Test de Escala de Ansiedad Dental, DAS) y se aplicaron los criterios ya establecidos a cada uno de ellos, a través de los cuales se pudo determinar, los niveles de ansiedad en cada uno fueron: en 14 de los casos un nivel 1 de ansiedad dental, 11 de ellos un nivel 2; mientras que 6 un nivel 3 de ansiedad; el nivel más alto mostrado en el estudio y 4 casos con el más bajo nivel de ansiedad 0.

CONCLUSIONES

1. Los niños de 7 – 12 años, de ambos sexos, atendidos en las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, mostraron niveles mínimos (0) ó normales (3) de ansiedad dental.
2. Los pacientes niños, según los resultados de este estudio, mostraron niveles bajos de ansiedad ante el tratamiento dental, porque sus dibujos no mostraron criterios que predispusieran un alto nivel de la misma.
3. Según los resultados, los odontólogos practicantes tienen un buen entendimiento en el manejo del paciente niño. En este caso pudo haber influido en cierto grado que los primeros hayan sido sometidos al método de observación.
4. Una experiencia traumática es significativa en el comportamiento que el niño va a manifestar en su siguiente cita, pues este será modificado de una forma no agradable.

5. Ninguno de los factores en estudio fue significativo como para manifestar un alto nivel de ansiedad.

RECOMENDACIONES

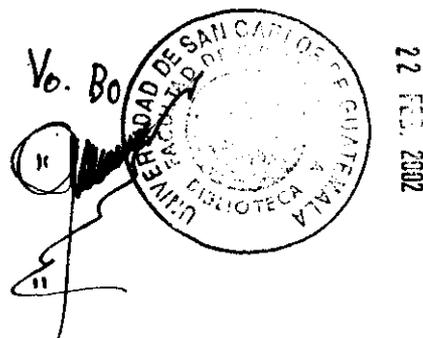
1. A la Facultad de Odontología, impartir cursos básicos inherentes de psicología del niño a los estudiantes, para poder aplicarlos durante su práctica profesional supervisada, ya que su campo de acción son los niños comprendidos en esta edad (7 – 12 años).
2. A los padres de familia, que eduquen al paciente niño para que acepte todo lo que conlleva realizar su tratamiento dental.
3. Al Odontólogo y Practicante, no forzar al paciente a que reciba su tratamiento dental, si se le nota ansioso.
4. Al Odontólogo y Practicante, instruir a los padres de familia para que a través de ellos se pueda educar al niño y no predisponerlo a la ansiedad.
5. A los padres de familia, que la cita con el odontólogo se realice en las primeras horas de la mañana y de la tarde ya que eso puede influir positivamente en el comportamiento del niño y disminuir sus niveles de ansiedad.

6. El odontólogo practicante debe estar bien capacitado para no provocar ansiedad en los niños, teniendo vocabulario y ambiente adecuados y evitando mostrar instrumentos.

7. A la Facultad de Odontología de Universidad de San Carlos de Guatemala, publicar y dar a conocer los resultados de este estudio, para que se le de la importancia que merece la ansiedad dental.

BIBLIOGRAFIA

1. Barbería Leache, Elena.-- Lesiones traumáticas en Odontopediatría : dientes temporales y permanentes jóvenes.—Barcelona : Masson, 1997.-- pp
2. Diccionario de Medicina Mosby.-- Barcelona : Ediciones Océano, 1994.-- 1437p.
3. Koppitz, Elizabeth.-- El dibujo de la figura humana en los niños. Evaluación psicológica / Elizabeth Koppitz.-- trad. por María Julia García, María Rosa Braile.-- 4ª ed.-- Argentina : Editorial Guadalupe, 1976.-- pp. 15-22.
4. McDonald, Ralph.-- Odontología pediátrica y del adolescente / Ralph McDonald, David Avery ; trad. por Jorge Frydam.-- 5ª ed.-- Buenos Aires : Editorial Médica Panamericana, 1990.-- pp. 45-67.
5. Odontología Pediátrica / J. R. Pinkham... [et al.] ; trad. por José Antonio Ramos Tercero.-- 11ª ed.-- México : Editorial Interamericana, 1991.-- pp. 277-288.
6. Odontopediatría : Enfoque Clínico / Koch Goran... [etl al.] ; trad. por Jorge Frydam.-- Buenos Aires : Editorial Medica Panamericana, 1994.-- pp. 40-49.
7. Odontopediatría / Elena Barbería... [et al.] ; Barcelona : Masson, 1995.-- 426 p.
8. Prah Mendoza, Blanca Mónica.-- La ansiedad hacia el tratamiento dental en el niño guatemalteco.—Tesis(Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Odontología, 1993.-- 51 p.
9. Wright, Gerald.-- Behavior Management in dentistry for children.-- Philadelphia : Saunders, 1975.-- pp. 8-100.
10. Zebadúa García, Jorge Mario.-- Manejo del niño en el consultorio odontológico.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1961.-- pp. 24-29



Anexos

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS (ONA)

Caso No. _____

Nombre del paciente: _____

1er. Apellido

nombre

Fecha: _____

- | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------|
| A. Actitud del profesional | 1. Negativa
2. Positiva
3. Indiferente | <input type="checkbox"/> |
| B. Edad del niño | 1. 84 a 108 meses
2. 109 a 132 meses
3. 133 a 156 meses | <input type="checkbox"/> |
| C. Entorno | 1. Adecuado
2. Inadecuado | <input type="checkbox"/> |
| D. Tipo de tratamiento | 1. Consulta
2. Operatoria
3. Exodoncia
4. Endodoncia
5. Prevención
6. Otros | <input type="checkbox"/> |
| E. Hora | 1. 8:00 a 10:00
2. 11:00 a 13:00
3. 14:00 a 16:00
4. 17:00 a 19:00 | <input type="checkbox"/> |
| F. Tiempo en sala de espera | 1. Menos de 15 minutos
2. De 15 a 30 minutos
3. Más de 30 minutos | <input type="checkbox"/> |

G. Experiencia previa

1. Consulta
2. Operatoria
3. Exodoncia
4. Endodoncia
5. Prevención
6. Otros

H. Ansiedad dental



"El contenido de esta Tesis, es única y exclusiva responsabilidad del autor"



Cinthia Hilda Taliana Carpio Galindo

Cinthya Milida Yafiana Carpio Galindo
Sustentante

Dr. Kurt Dahinten Galán
Asesor

Dr. Jorge Martínez Solares
Asesor

Licda. Maria Teresa Galdamez de Mont
Asesora

Dr. Victor Hugo Lima Sagastume
Revisor



Licda. Amanda J. López De León
Revisora

Imprimase:

Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
Secretario

