



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**Miedo en la atención dental en niñas y niños de 6 a 9 años
atendidos en la “UCSG” Octubre 2014 -Enero 2015.**

AUTORA :

Cantos Girón, Graciela Cecibel

TUTORA :

Dra. Astrid María Daher Achi

Guayaquil, Ecuador

2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Graciela Cecibel Cantos Girón**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Odontólogo**.

TUTORA

Dra. Astrid María Daher Achi

REVISORES

Dr.

Dr.

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dr. Juan Carlos Gallardo Bastidas

Guayaquil, a los 17 días del mes de marzo del año 2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Graciela Cecibel Cantos Girón**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “**Miedo en la atención dental en niñas y niños de 6 a 9 años atendidos en la “UCSG” Octubre 2014 -Enero 2015.**” previa a la obtención del Título de **Odontóloga**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 17 días del mes de marzo del año 2015

LA AUTORA

Graciela Cecibel Cantos Girón



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Graciela Cecibel Cantos Girón**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“Miedo en la atención dental en niñas y niños de 6 a 9 años atendidos en la “UCSG” Octubre 2014 -Enero 2015.”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de marzo del año 2015

LA AUTORA

Graciela Cecibel Cantos Girón

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme realizar mis sueños siempre.

A mi familia, en especial mis padres y hermanos, por todo su apoyo y amor incondicional en este trabajo y a lo largo de toda mi vida.

Graciela Girón Villacis. MD. MSeD. PH.D., mi querida tía, por todo su tiempo, paciencia y cariño.

Debo dar las gracias, a mi tutora de tesis, la Dra. Astrid Daher por ser mi guía y brindarme toda su ayuda en este trabajo.

A mis amigos por su amistad y compañerismo a través de estos años y durante esta investigación.

Graciela Cantos Girón

DEDICATORIA

Con todo el cariño, mi trabajo se lo dedico a mis padres quienes han sido y son mis pilares, mi ejemplo de lucha, desición, perseverancia y amor, quienes siempre han estado a mi lado en todos mis pasos, motivándome y alentándome a hacer las cosas bien, enseñándome siempre a mirar hacia adelante, gracias a ustedes he podido culminar esta etapa de mi vida.

Graciela Cantos Girón



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dra. Astrid María Daher Achi
PROFESOR GUÍA Ó TUTORA

PROFESOR DELEGADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CALIFICACIÓN

Dra. Astrid María Daher Achi
PROFESOR GUÍA Ó TUTORA

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	III
AUTORIZACIÓN	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VII
CALIFICACIÓN	VIII
ÍNDICE GENERAL	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	XII
ÍNDICE DE CUADROS	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XV
ÍNDICE DE ANEXOS	XVII
RESUMEN	XVIII
ABSTRACT	XIX
CAPITULO I	
1.INTRODUCCIÓN	20
1.1 Planteamiento del problema	21
1.2 Justificación	22
1.3 Objetivos	23
1.3.1 Objetivo general	23
1.3.2 Objetivos específicos	23
1.4 Hipótesis	24
1.5 Variables	24
CAPITULO II	
2.MARCO TEÓRICO	
2.1 Fisiopatología del miedo	27
2.2 Ansiedad, miedo y fobia dental	27
2.3 Miedo dental Infantil	28

2.4 Miedos objetivos	29
2.5 Miedos subjetivos	30
2.6 Etiología miedo dental infantil	30
2.7 Prevalencia miedo dental infantil	32
2.8 Escala de miedo dental infantil. Subescala Dental (CFSS DS)	33
2.9 Edad	34
2.10 Género	35
2.11 Miedo en la atención dental en relación a el orden de nacimiento del niño (ADLER)	36
2.12 Miedo dental infantil en relación a los procedimientos odontológicos	37
2.13 Procedimientos odontológicos	38
2.13.1 Profilaxis	38
2.13.2 Sellantes de fosas y fisuras	39
2.13.3 Tratamiento restaurador	39
2.13.4 Pulpotomía	40
2.13.5 Exodoncia	40
2.14 Miedo en la atención dental de niñas y niños y su comportamiento en la atención dental	41
2.15 Control de la ansiedad con terapia de comportamiento	42
2.16 Control de la ansiedad con terapia medicamentosa	43
2.17 Escala de comportamiento de Frankl	44
CAPITULO III	
3. METODOLOGIA. Materiales y métodos	47
3.1 Materiales	47
3.1.1 Lugar de la investigación	47
3.1.2 Período de la investigación	47
3.1.3 Recursos empleados	48
3.1.3.1 Recurso humano	48

3.1.3.2 Recurso físico	49
3.1.4 Universo	49
3.1.5 Muestra	49
3.1.5.1 Criterios de inclusión	49
3.1.5.2 Criterios de exclusión	50
3.1.5.3 Criterios de eliminación	50
3.2 Métodos	50
3.2.1 Tipo de investigación	50
3.2.2 Diseño de investigación	51
3.2.3 Procedimiento	51
CAPITULO IV	
4. RESULTADOS	53
CAPITULO V	
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
5.1 Conclusiones	69
5.2 Recomendaciones	71
6. BIBLIOGRAFÍA	72
7. ANEXOS	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N.1 Actividad de amígdala cerebral en resonancias magnéticas cerebrales de dos grupos que observaron rostro expresando temor.

Figura N.2 Modelo monológico de los factores contribuyentes al miedo dental infantil.

Figura N.3 Colocación de selladores de fosas y fisuras.

Figura N.4 Restauración clase II con inómero de vidrio, modificado con resina más resina compuesta.

Figura N.5 Pulpotomía en dientes primario.

Figura N.6 Extracción dental atraumática de diente central superior temporal con separadores elastoméricos.

Figura N.7 Exodoncia con comportamiento definitivamente negativo del paciente.

Figura N.8 Exodoncia con comportamiento negativo del paciente.

Figura N.9 Profilaxis con comportamiento positivo del paciente.

Figura N.10 Restauración con comportamiento definitivamente positivo del paciente.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N.1 Distribución porcentual de universo y muestra por edad pacientes infantiles.

Cuadro N.2 Distribución porcentual de universo y muestra por género de pacientes infantiles.

Cuadro N.3 Distribución porcentual de universo y muestra por ubicación en el orden de nacimiento. Clasificación de Adler de pacientes infantiles.

Cuadro N.4 Distribución porcentual de universo y muestra por nivel de Miedo en la atención dental infantil. Dentro de ellos: Sin miedo, poco miedo, mucho miedo.

Cuadro N.5 Distribución porcentual de universo y muestra de los tratamientos recibidos por los pacientes infantiles en una cita inicial odontológica.

Cuadro N.6 Distribución porcentual de universo y muestra de los tratamientos recibidos por los pacientes infantiles en una cita posterior odontológica.

Cuadro N.7. Distribución porcentual de universo y muestra por el comportamiento de los pacientes infantiles en una cita inicial odontológica.

Cuadro N.8. Distribución porcentual de universo y muestra por el comportamiento de los pacientes infantiles en una cita posterior odontológica.

Cuadro N.9. Distribución porcentual de universo y muestra por el nivel de miedo en la atención dental y el género.

Cuadro N.10. Distribución porcentual de universo y muestra por el nivel de miedo en la atención dental y edad.

Cuadro N.11. Distribución porcentual de universo y muestra por el miedo dental y el orden de nacimiento del niño en la familia.

Cuadro N.12. Distribución porcentual de universo y muestra por el miedo dental infantil y el comportamiento del niño en cita inicial odontológica.

Cuadro N.13. Distribución porcentual de universo y muestra por el miedo dental y el comportamiento del niño en cita posterior odontológica.

Cuadro N.14. Distribución porcentual de universo y muestra por los tratamientos odontológicos y el comportamiento del niño en citas odontológicas.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N.1 Distribución porcentual de universo y muestra por edad pacientes infantiles.

Gráfico N.2 Distribución porcentual de universo y muestra por género de pacientes infantiles.

Gráfico N.3 Distribución porcentual de universo y muestra por ubicación en el orden de nacimiento. Clasificación de Adler de pacientes infantiles.

Gráfico N.4 Distribución porcentual de universo y muestra por nivel de Miedo en la atención dental infantil. Dentro de ellos: Sin miedo, poco miedo, mucho miedo.

Gráfico N.5 Distribución porcentual de universo y muestra de los tratamientos recibidos por los pacientes infantiles en una cita inicial odontológica.

Gráfico N.6 Distribución porcentual de universo y muestra de los tratamientos recibidos por los pacientes infantiles en una cita posterior odontológica.

Gráfico N.7. Distribución porcentual de universo y muestra por el comportamiento de los pacientes infantiles en una cita inicial odontológica.

Gráfico N.8. Distribución porcentual de universo y muestra por el comportamiento de los pacientes infantiles en una cita posterior odontológica.

Gráfico N.9. Distribución porcentual de universo y muestra por el nivel de miedo en la atención dental y el género.

Gráfico N.10. Distribución porcentual de universo y muestra por el nivel de miedo en la atención dental y edad.

Gráfico N.11. Distribución porcentual de universo y muestra por el miedo dental y el orden de nacimiento del niño en la familia.

Gráfico N.12. Distribución porcentual de universo y muestra por el miedo dental infantil y el comportamiento del niño en cita inicial odontológica.

Gráfico N.13. Distribución porcentual de universo y muestra por el miedo dental y el comportamiento del niño en cita posterior odontológica.

Gráfico N.14. Distribución porcentual de universo y muestra por los tratamientos odontológicos y el comportamiento del niño en citas odontológicas.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N.1. Hoja de registro de datos

Anexo N.2 Consentimiento informado: Información

Anexo N.3 Tabla madre estadística

RESUMEN

Objetivo: Existe una relación de poco a moderadamente alto o mucho miedo en la atención dental y los comportamientos negativos entre las niñas y niños entre 6 y 9 años de edad cuando asisten al consultorio odontológico de pacientes atendidos en la “UCSG” de Octubre 2014 a Enero 2015.

Diseño: El análisis y alcance de los resultados, de la presente investigación es de tipo descriptivo- transversal donde 101 pacientes pediátricos atendidos en la UCSG fueron encuestados y se observaron los comportamientos en los diferentes tratamientos. La metodología permitió emplear procedimientos investigativos clínicos odontológicos, como el soporte de técnicas estadísticas. **Resultado:** Los niños y niñas presentaron mayormente poco miedo en la atención dental, siendo ligeramente mayor en el género femenino, los niveles de mucho miedo dental se manifestaron en los niños de 6 y 9 años, los hijos primogénitos y único hijo no presentaron tener miedo dental. Los niños sin miedo en las citas de tratamiento presentaron comportamiento positivos en la aplicación de sellantes de fosas y fisuras. **Conclusiones:** Después de obtener los resultados de investigación se encontró mayormente la presencia de poco miedo en la atención dental en los niños de esta muestra, se recomienda realizar estudios futuros analizando otros factores etiológicos. **Palabras clave:** Miedo dental infantil, Ansiedad dental, Atención dental infantil, Comportamiento dental infantil.

ABSTRACT

Objective: There is a relation between low and high dental fear in dental practice and negative behaviors among children when they visited the dental office. The aim of this study was to identify the level fear in dental care in children of 6-9 years who presented the "UCSG" from October 2014 to January 2015. Design: Analysis and scope of the results of this investigation are descriptive and transverse type where 101 pediatric patients seen in the UCSG were surveyed and behaviors were observed in the different treatments. The methodology allowed using dental clinical investigative procedures, such as support of statistical techniques. **Result:** The boys and girls mostly had little fear in dental care, being slightly higher in women gender, levels of dental fear much manifest on in children aged 6 and 9 years, the firstborn son and only child had no fear dental. Children without fear in the treatment appointments had positive behavior in the application of pit and fissure sealants. **Conclusions:** After obtaining the results of research are mostly found the presence of little fear in dental care in children in this sample, it is recommended that future studies analyzing other etiological factors. **Keywords:** child dental fear, dental anxiety, child dental care, children's dental behavior

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge del interés real de analizar al respecto del miedo que sienten los niños y niñas a la atención dental.

Existen factores para lograr obtener una comprensión de la iniciación y el desarrollo del temor que los niños sienten a la atención dental los cuales son el miedo en los niños calificado como importante.¹

En la actualidad, los niños están sometidos a una serie de ansiedades y miedos o frustraciones producto de la visita al odontólogo. Muchas personas evitan la atención odontológica por temor a ser sometidos a algún tipo de discomfort durante el tratamiento odontológico, incluyendo sensación de miedo a estímulos variados como anestesia, instrumentos, agujas, y efectos inmediatos de los procedimientos odontológicos como hinchazón de boca, sangrado, entre otros.²

Lang y Cuthbert 2010 en su estudio de procesamiento de la información afectiva; señalan que clínicamente, el miedo se utiliza para describir una reacción patológica a determinados objetos tales como agujas o las arañas. La exposición a varios objetos a los que se tiene miedo crea diferentes reacciones en el cuerpo: fisiológicas, cognitivas y motoras.²

Miedo dental es un fenómeno complejo y muchos factores están asociados con su prevalencia, causas y mantenimiento. Una red nomológico incluyendo todos los factores relacionados con el miedo dental subraya la naturaleza compleja y multifactorial de este fenómeno. La mayor parte de las vías que causan miedo dental se basan en el condicionamiento. Los estudios han revelado que las experiencias de acondicionamiento están relacionados con factores etiológicos importantes en el desarrollo del miedo dental en los niños, como las experiencias del niño dentales, miedos en general, miedo dental materna y la edad del niño.³

La presente investigación contribuye a comprender la realidad del miedo en niños a la atención odontológica que afrontan las niñas y niños de 6 a 9 años de edad que son atendidos en la "UCSG". Esto requiere examinar e

interpretar abiertamente el fenómeno de miedo que afronta dicha población a la atención dental en el consultorio odontológico.

Los niveles elevados del miedo pueden llevar al paciente a presentar una deficiente salud oral producto de temores que sienten en la consulta odontológica, limitar la efectividad del tratamiento, requiriendo se necesite más tiempo para la atención e impidiendo se detecten patologías de gravedad diversa. Este acontecimiento de pacientes con miedo puede causar estrés al odontólogo.

El objetivo de la presente investigación es determinar el miedo en la atención dental en niñas y niños de 6 a 9 años atendidos en la "UCSG" desde Octubre 2014 hasta Enero 2005.

Planteamiento del problema

En la actualidad el miedo en niños en la atención dental en el consultorio es un punto conocido.

Rantavuori et al., 2004; Ten Berge et al., 1998 en estudios realizados con población infantil indican que los niños sienten mayor miedo frente a las experiencias dentales que son más invasivas y dolorosas. Entre ellas se encuentran el uso del torno e inyecciones, así como los procedimientos dentales que provocan náuseas o la sensación de ahogo o sofoco.⁴

Es importante destacar que el miedo dental está estrechamente vinculada a la salud oral y el discomfort de los niños en el consultorio comprometiendo la calidad de la atención odontológica.⁴

Para nuestra investigación se propenderá a analizar, identificar y ampliar conocimientos con respecto al miedo en la atención dental de niñas y niños de 6 a 9 años atendidos en la "UCSG" de Octubre 2014 a Enero 2015

¿Cómo determinar el miedo en la atención dental de niñas y niños de 6 a 9 años atendidos en la "UCSG" de Octubre 2014 a Enero 2015?

1.1 Justificación

A. Greco et al. (2014) realizó un estudio de 170 niños, de los cuales 88 niños se encontraban entre edades entre 8 y 12 años en Madrid, España sobre el Miedo dental infantil en relación a los comportamientos negativos en la atención odontológica en los que encontró un 8,8 % indicó niveles altos de miedo dental infantil, y 12,9% de comportamiento negativo.⁵

En el estudio realizado por Rivera I., Fernández A., 2005 en Tegucigalpa, Honduras de 170 niños de edades entre 6 y 11 años de edad de una escuela primaria sobre el miedo y la ansiedad dental y su prevalencia y encontraron que un 15,9% mostraban niveles clínicamente significativos de ansiedad y miedo dental según Cuestionario de Miedo dental Infantil (CFSS-DS).¹

Es de gran importancia la profundidad de las investigaciones y se espera que con los resultados se pueda determinar y comprender de qué manera repercute el miedo en niñas y niños en la atención dental cuando acude a un consultorio odontológico.

A continuación algunas de las razones importantes :

- Se realizará esta investigación para analizar conocer y comprender con mayor precisión el miedo de los niños en la atención dental.
- El conocimiento de los factores o variables etiológicos que determinan la aparición del miedo, permite el desarrollo de estrategias para prevenir dicho comportamiento.
- El miedo dental está estrechamente vinculado a salud bucal comprometiendo la calidad de atención odontológica.
- Se considera que la realización del presente trabajo permite tener una visión de la problemática del miedo en la atención en niñas y niños de 6 a 9 años atendidos en la "UCSG" de Octubre 2014 a Enero 2015
- Y por último garantizar que las niñas y niños logren obtener una mejor calidad de salud oral contribuyendo a su desarrollo integral.

Se pretende durante el desarrollo de la investigación establecer cuál es la trascendencia del miedo de niñas y niños para mejorar la calidad del cuidado de la salud oral en la Clínica de Odontología de la “UCSG”.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Identificar el nivel miedo en la atención dental en niñas y niños de 6 a 9 años atendidos en la “UCSG” de Octubre 2014 a Enero 2015.

1.3.2 Objetivos específicos

- Reconocer el nivel de miedo en la atención dental en niñas y niños de 6 a 9 años atendidos en la “UCSG” de acuerdo a la edad y género de Octubre 2014 a Enero 2015.
- Relacionar el nivel del miedo a la atención dental que presentan las niñas y niños de 6 a 9 años respecto a el orden de nacimiento del niño en la familia según Clasificación de ADLER de pacientes atendidos en la “UCSG” de Octubre 2014 a Enero 2015.
- Analizar el nivel de miedo en la atención dental de niñas y niños de 6 a 9 años con su comportamiento en la atención dental según Clasificación de FRANKL en las citas odontológicas de pacientes atendidos en la “UCSG” de Octubre 2014 a Enero 2015.
- Diferenciar los tratamientos odontológicos que intervienen en el comportamiento en las citas odontológicas de niñas y niños de 6 a 9 años atendidos en la “UCSG” de Octubre 2014 a Enero 2015.

1.4 Hipótesis

Existe una relación de poco a moderadamente alto o mucho miedo en la atención dental y los comportamientos negativos entre las niñas y niños entre 6 y 9 años de edad cuando asisten al consultorio odontológico de pacientes atendidos en la “UCSG” de Octubre 2014 a Enero 2015.

1.5 Variables

2. VARIABLE DEPENDIENTE: Atención dental
3. VARIABLES INDEPENDIENTES: Sensación de miedo
4. VARIABLES INTERVINIENTES: Sexo. Edad, Orden de nacimiento de la niña o niño. Comportamiento de la niña o niño en cita odontológica. Tratamientos odontológicos. Cita odontológica.

VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
<p><u>VARIABLE DEPENDIENTE</u></p> <p>Atención dental</p>	Es la visita al dentólogo para el cuidado bucal por medio de la prevención y mantención por medio de visitas odontológicas		
<p><u>VARIABLES INDEPENDIENTES</u></p> <p>Sensación de Miedo</p>	Es la perturbación que produce angustia del ánimo debido a algún riesgo o daño real o imaginario.	<p>Escala de Evaluación de Miedos en Niños (Children Fear Survey Schedule – Dental Subscale CFSS) Cuthbert y Melamed (1982)</p> <p>Preguntas :15 ítem</p>	<p>Sin miedo</p> <p>Bajo miedo</p> <p>Alto miedo</p>

		<p>Subescala Dental CFSS-D (Children Fear Survey Schedule – Dental Subscale CFSS) Cuthbert y Melamed (1982)</p> <p>1. Procedimientos altamente invasivos 2. Procedimientos altamente invasivos 3. Aspectos médicos generales</p>	<p>1. Dentistas, inyecciones, motor del dentista, ver al dentista, escuchar el ruido del motor del dentista, Tener alguien colocando instrumentos en la boca, el dentista haciendo limpieza en tus dientes 2. Médicos. Que alguien examine tu boca, tener que abrir la boca, un extraño te toque, alguien te mire, personas con uniforme blanco. 3. Asfixiarte, tener que ir al hospital</p>
<u>VARIABLES INTERVINIENTES</u>			
Edad	Tiempo de vida	6 -9 años	6, 7, 8, 9 años
Sexo	Diferenciación entre género	Mujer - Hombre	Femenino – Masculino
Orden de nacimiento del niño en la familia	Posición del orden de nacimiento del niño o niña dentro de la familia	Clasificación ADLER (Aldred W. Adler 1870)	<p>1. Hijo único</p> <p>2. Primer hijo o hijo mayor</p> <p>3. Segundo hijo</p> <p>4. Último hijo o hijo menor</p>
Comportamiento del niño en la atención dental	Comportamiento que la niña o niño adquiere frente a la atención dental en el consultorio odontológico	<p>ESCALA DE VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE FRANKL (1969)</p> <p>I. Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera.</p> <p>II. Acepta con dificultad el tratamiento, arisco, lejano, ausente.</p> <p>III. Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece, y se muestra ansioso.</p> <p>IV. Ríe, coopera, disfruta e</p>	<p>I. Definitivamente negativo.</p> <p>II. Negativo</p> <p>III. Positivo</p> <p>IV. Definitivamente positivo</p>

		inclusive se interesa en el tratamiento.	
Tratamientos odontológicos	Técnicas dentales utilizadas para prevenir y corregir patologías dentarias	Tratamientos odontológico realizado	Profilaxis Sellantes de fosas y fisuras Restauración Pulpotomía Exodoncia
Ubicación cita odontológica	La cita odontológica de tratamiento correspondiente a la niña o niño	Ubicación Cita odontológica	Cita inicial Cita intermedia

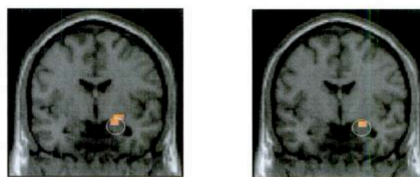
CAPITULO II

3. MARCO TEÓRICO

2.1 Fisiopatología del miedo

La respuesta del miedo se localiza dentro de la amígdala cerebral, es una pequeña estructura ubicada en la zona profunda del encéfalo y es la fuente principal de la ansiedad y el miedo.⁶

Hariris y col., 2002 realizaron una investigación entre dos grupos de personas, el grupo que observó fotos de rostros expresando dolor, miedo o sorpresa presentó una activación mayor de la amígdala cerebral presentando un gen transportador de serotonina (alelos) con la versión corta del gen, obteniendo niveles de miedo más alta a diferencia del otro grupo que presentó menor actividad y poseían la versión larga del gen.⁶



Fuente: Berger Stassen. Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia.⁶

Figura N.1 Actividad de amígdala cerebral en resonancias magnéticas cerebrales de dos grupos que observaron rostro expresando temor.

2.2 Ansiedad, miedo y fobia dental

Los términos "miedo", "ansiedad" y "fobia" se producen con frecuencia en la literatura relacionada con la odontología.⁷ Los términos del miedo dental y ansiedad dental se utilizan a menudo como sinónimos por estar muy relacionadas, y son considerados como la principal causa de problemas de gestión de la conducta y evitación del cuidado dental.^{7,8,9}

La literatura de la psicología estándar proporciona las siguientes definiciones⁷:

- Miedo: (Lat. Metu) Respuesta respecto a una amenaza real.¹⁰ Es un estado emocional aversivo con un foco o estímulo específico, que suelen ser leves y de naturaleza transitoria relacionada con la edad.⁷
- Ansiedad: (lat. anxietate). Reacción a un peligro irreal o imaginario.¹⁰ Es un estado emocional aversivo sin un foco o estímulo específico.⁷
- Fobia: (del gr. phobeomai, temer). Aversión apasionada, temor morboso.¹⁰ Es la mutualidad de miedo y ansiedad, un miedo tenaz e infundado resultado de el anhelo de evadir el objeto, actividad o situación de terror, librado por la previsión o visión de un elemento o estado.⁹ Es una forma persistente, extremo del miedo.⁷

El miedo dental se puede dar desde dos enfoques, como modificación fóbica asimilada por una experiencia anterior o arrastre social, ya sea sin haber pasado por ninguna consulta; o la otra, debido a miedos generales con dirección a desordenes psicológicos.¹⁰

2.3 Miedo Dental Infantil

Klatchoian 1998., expuso que el infante al expresar sus miedos desarrolla una forma de pedir ayuda. Percibir miedo forma parte de una niñez normal. El miedo es la manifestación de necesidad de dependencia en determinadas épocas de vida del niño y está atado a las cuatro etapas de progreso del niño: la físico-motora, cognoscitiva, emocional y social.¹¹

La ansiedad, miedo dental y evitación de circunstancias de atención y tratamiento dental es considerado el origen de graves problemas para la salud oral de los infantes, la cual continúa afectando hasta la edad adulta. Wright, 1980.^{21,27} Fernández Parra & Gil Roales-Nieto, 1991, 1994.¹

Rivera I., Fernández A. 2005. Los altos niveles de miedo promueven la ineficacia del tratamiento dental e impiden detectar procesos patológicos de

diferente gravedad.¹

Lima M., Casanova Y., 2006 en su estudio de revisión sobre el miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico establece que el grado de ansiedad aumenta en aquellos infantes que recibieron información errónea acerca del tratamiento reflejando un mal comportamiento.¹⁰

Mungara J. Et al., 2013 en su estudio sobre el miedo dental del niño y los factores relacionados con su causa e influencia de los modelos audiovisuales de 90 niños en India entre edades de 5 y 9 años encontró que presentaron un mayor miedo a los procedimientos invasivos que involucraban inyecciones, perforación del motor del odontólogo, colocación de instrumentos en su boca o procedimientos con sensación de náuseas o ahogo.¹²

En la odontología pediátrica, es importante tener en cuenta que los pacientes ansiosos manifiestan su ansiedad de diferentes maneras.¹³

El miedo dental infantil se encuentra asociado a una respuesta súbita de lucha o fuga a un peligro inmediato, en el que el cuerpo se prepara para la resolución de la situación.¹⁴

Filewich et al., 1988 informaron que los pacientes con altos niveles de miedo dental requieren aproximadamente 20% más de tiempo en el sillón odontológico que aquellos con poco miedo.¹²

Debido a estos problemas es necesario aprender a utilizar diversas técnicas de gestión para aliviar el miedo y la ansiedad de las niñas y niños, y evitar el potencial impacto psicológico, terapéutico y económico.¹²

2.4 Miedos objetivos

Este miedo es producto de la motivación física inmediata de las partes sensoriales, son manifestaciones a estímulos que se pueden sentir,

observar, escuchar, oler o saborear, y que son desagradables. Sidney F., 1976.¹⁰

Las respuestas psicofisiológicas son resultado de la tensión y ansiedad durante los procedimientos odontológicos y son producto del aumento en la actividad de la rama simpática del sistema nervioso autónomo en el sistema cardiovascular con elevación de la presión sanguínea, frecuencia cardíaca, aumento de sudoración por glándulas sudoríparas y conductividad eléctrica de la piel, aumento del tono muscular, movimientos espasmódicos; en el sistema respiratorio, suspirar, sentirse sin aliento; y en el sistema digestivo, boca seca, estreñimiento. Messer., 1977; Myers et al., 1972; Ayer et al., 1983; Méndez., Maciá, 1994.¹³

2.5 Miedos subjetivos

Townend et al., 2003 anunciaron que las experiencias dentales subjetivas como la hinopsis y simpatía del odontólogo son muy importantes.¹⁵

Un método de reconocimiento de la ansiedad en pacientes es mediante la evaluación subjetiva del clínico.¹⁶

Finn S., 1976. Refiere que los miedos objetivos en los niños son fundamentados en sentimientos y actitudes insinuados por personas de su alrededor, sin la experiencia personal. Aunque los padres son los más influyentes en materia de sugestión, los niños también adquieren miedos insinuado de amigos, compañeros de diversión, libros, revistas, diarios, caricaturas, televisión, radio, teatro.¹⁰

Las medidas subjetivas pueden ser utilizados como una alternativa a escalas fisiológicas objetivas.¹³

2.6 Etiología Miedo dental infantil

La predisposición de un niño para desarrollar miedo al dentista es multifactorial.^{7,17,18,19}

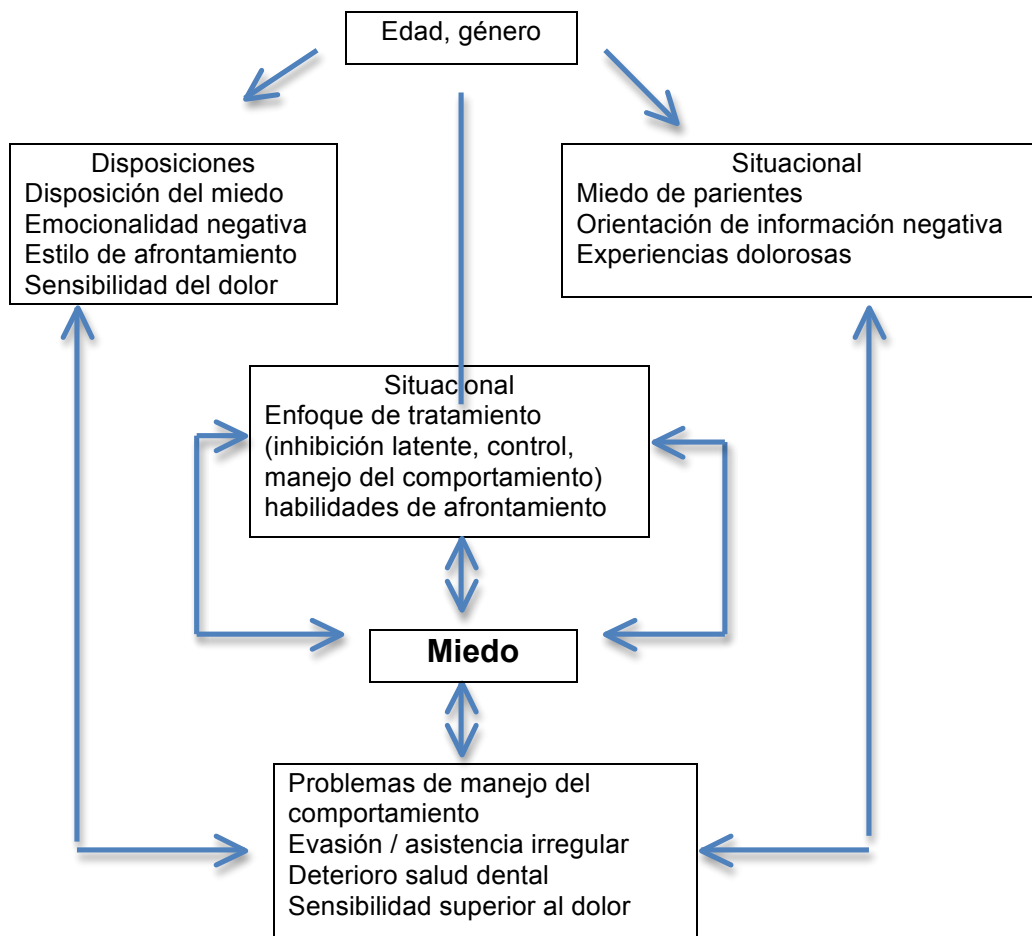
El modelo de Rachman de adquisición del miedo realizado por Ten Berge et al., 1977 es una teoría sobre el condicionamiento que propone tres vías: 1) condicionamiento clásico, 2) el modelado y 3) de transmisión de información negativa proporcionada por otros significativos.^{7,15,17,20,21}

La teoría de la inhibición latente, es otra teoría que sostiene que los niños con experiencias neutras o positivas a un tratamiento invasivo médico u operatorio desarrollan menos miedo dental que los niños sin estas primeras experiencias problemáticas.^{11,7,17} Locker et al., 1999, 2001;. Townend et al., 2000.²¹

Entre estos factores se encuentran los miedos generales, miedo a los padres, miedo dental materno, características de la personalidad del niño, forma en la que se ocupa de los extraños, timidez, tendencia a la emocionalidad negativa, edad y género.^{3,7,18}

DeFee J., Himmelstein P., 1969. Schachter 1959, informó una relación significativa entre el orden de nacimiento y la ansiedad dental indicando que el primogénito y los hijos únicos tienden a ser más sensibles al dolor en los procedimientos dolorosos que los niños nacidos más tarde.²²

La frecuencia de visitas dentales proporcionan a los niños múltiples experiencias dentales seguras y positivas, evitando el desarrollo de ansiedad dental en el futuro.²³



Fuente: Klaassen MA, et al., 2002. Stressful situations for toddlers: indications for dental anxiety?.³
Figura N.2 Modelo monológico de los factores contribuyentes al miedo dental infantil.

2.7 Prevalencia Miedo dental infantil

La prevalencia del miedo dental infantil se ha encontrado que varía en contenido, patrón y nivel de miedo a través de diferentes culturas y entre las diferentes poblaciones.²⁴

Rantavuori K., 2008. En el estudio realizado en Finlandia, sobre los aspectos y determinantes en el miedo dental infantil en niños de 3,6,9,12 y 15 años sobre los aspectos y determinantes del miedo dental infantil encontró un total de 21 a 36% de los niños con niveles de alto miedo en el tratamiento

dental.²⁵

Chen-Yi 2008 en su estudio realizado en Taiwán encontró un 20,6 % de prevalencia de miedo dental infantil, 10,8% en el de Milson 2003, 6,5%, en el de Klingberg en niños ingleses en Suecia 1998, y 19,5% en el de Milgrom 1995 en EEUU.^{15,11}

Lin Y-L. Et al. 2012 estima que del 6% al 15% de los niños y adolescentes evitan cuidado dental regular a causa del miedo dental o fobia.²⁰

En el estudio realizado por Rivera I., Fernández A., 2005 en Tegucigalpa, Honduras de 170 estudiantes de edades entre 6 y 11 años sobre miedo y ansiedad dental y su prevalencia encontraron un 15,9% con niveles clínicamente significativos de ansiedad y miedo dental según Cuestionario de Miedo dental Infantil. Subescala dental (CFSS-DS).¹

2.8 Escala de Miedo infantil. Subescala Dental (CFSS-DS)

Children's Fear Survey Schedule. Dental Subscale Modified (CFSS-DS). Subescala dental modificada de la Escala de Miedo Infantil fue diseñado y presentado por Cuthbert Ml.. Melamed BG., en 1982, es un instrumento de medición de la presencia de miedo dental anticipatoria o situacional y permite cuantificar la gravedad del miedo provocado por cada situación entre niños de 4 y 12 años de edad.^{3,12} Se encuentra relacionado con diversos aspectos del tratamiento, tanto procedimientos no invasivos, menos invasivos y aspectos médicos generales. Aartman et al., 1998.²⁶

Tiene dos versiones: un autoinforme con preguntas dirigidas al niño y una versión para los padres cuando el niño es muy pequeño sin capacidad de respuesta por él mismo. El cuestionario consta de 15 ítems ,de tipo Likert con una escala que varía de 1 a 5 . Sin miedo: 1, Poco Miedo: 2 , Bastante miedo: 3 ,Mucho miedo: 4, Muchísimo miedo: 5. La puntuación total varía desde 15 hasta 75 puntos.^{12,17,25}

La sumatoria de las puntuaciones igual a 15 corresponden: Sin Miedo en el niño, las puntuaciones entre 16 - 37 corresponden a Poco miedo en el niño y las puntuaciones entre 38 o más corresponden a Alto miedo en el niño. Ten Berge M., Hoogstraten J., Veerkamp JSJ., Prins PJM. 1998.^{12,25,26},Versloot 2007.³⁰

La CFSS-DS Ha sido utilizado en Croacia, Dinamarca, Finlandia, Japón, los Países Bajos, Noruega, Singapur, Suecia, y en los EE.UU.¹²

Aartman et al. 1998, en su estudio sobre medidas de autoinforme de ansiedad dental y el miedo en los niños ,comparó las diferentes medidas de autoinforme, concluyendo que CFSS-DS fue preferido ya que tiene mejores propiedades psicométricas, midiendo el miedo dental con más precisión, abarcando más aspectos de la situación dental, y posee valores normativos disponibles.¹²

La escala es confiable; la consistencia interna, así como la fiabilidad del cuestionario se ha demostrado ser alta, y también se encontró que la validez de la escala es aceptable.^{12,13,17}

2.9 Edad

A medida que los niños crecen cambian y se adaptan a diferentes ambientes, reglas y criterios para afrontar situaciones, los niños pequeños (4-7 años) utilizan estrategias de comportamiento para sobrellevar el miedo y dolor, los mayores (8-10 años) mezclan estrategias de comportamiento orientado con un creciente número de estrategias cognitivas. Las estrategias de afrontamiento son utilizadas en niños con elevados niveles de miedo dental¹⁷

Cuthbert & Melamed, 1982, en su estudio sobre los riesgos del miedo dental infantil y problemas del comportamiento y Klinberg et al., 1994 sobre la prevalencia y los factores concomitantes del miedo dental en una población infantil sueca urbana comprobaron que los infantes más pequeños exponen

niveles más altos de ansiedad que los niños de mayor edad. ¹ Lima M., Casanova Y., 2006 estableció en su estudio que el grado de ansiedad aumenta entre un 5 y 31,5% de la población con la edad. ¹⁰

Klatchoian 1993 estableció que el miedo infantil y odontológico está determinado por situaciones indeterminadas que disminuyen al aumentar la edad y el sentido de madurez. ^{10,11,27}

Rantavuori et al., 2009 en su estudio sobre los factores asociados a diferentes medidas de miedo dental en niños de diferentes edades, encontraron que los efectos de la ansiedad dental dependían de la edad del niño en haber recibido tratamiento dental. ²³ En el 2008 realizó un estudio en Finlandia con niños entre 3 y 12 años y encontró que la prevalencia de miedo fluctuó en diferentes edades. ²⁴

2.10 Género

Folayan, M., 2004 en su estudio sobre el efecto modulador de la cultura en la expresión de la ansiedad dental en los niños, en Gran Bretaña indicó que las niñas son más temerosas a una edad más temprana que los varones y el género femenino se encuentra relacionado con sus antecedentes culturales. ^{7,17}

Salem, Kousha, Anissian, Shahabi 2012 encontraron en su estudio sobre el miedo dental y factores concomitantes de 200 niños entre 3 y 6 años de edad en Irán que el miedo dental tuvo una fuerte correlación con el miedo general y se observó con más frecuencia en las niñas. ⁸

En otros estudios no se han encontrado diferencia significativa entre los dos géneros. Cuthberg., Melamed., 1982; Klinberg et al., 1994; Ten Berge, Hoogstraten, Veerkamp., Prins, 1998; ¹ Lima M., Casanova Y., 2006. ¹⁰ Klaassen, Veerkamp, Hoogstraten. 2003 ¹⁷

2.11 Miedo en la atención dental en relación a el orden de nacimiento del niño (ADLER)

La capacidad de los niños para hacer frente a los factores de estrés en situaciones médicas y odontológicas también son determinadas por las interacciones familiares y clasificación del orden de nacimiento del niño en la familia. ²⁸

El médico Alfred Adler en 1820, propuso que la posición ordinal en la familia influía en las características de personalidad. Sears continuó este estudio e informó que existe una relación significativa entre el orden de nacimiento y la ansiedad dental, el primogénito y el único hijo tienden a ser más sensibles al dolor que los niños nacidos más tarde. ²². Defee J., Himelstein P., 1969 llegó a la misma conclusión en su estudio sobre el miedo de los niños en una situación dental como función el orden de nacimiento realizado con 146 niños estadounidenses entre 5 a 10 años. ²²

Naser Asl Aminabadi et al., 2011 En su estudio ¿Puede el orden de nacimiento afectar el temperamento , ansiedad y comportamiento en los niños de 5 a 7 años de edad en el entorno dental? De 200 niños iraníes encontraron que los hijos menores demostraron mayor miedo y mayor cantidad de comportamientos negativos que los hijos primogénitos, segundo hijo e hijo del medio. ²⁸

Cada perfil arquetípico, es diferente para cada niño, desde el mayor, hijo menor, segundo hijo, hijo del medio, hijo único. Cada uno tiene un perfil de personalidad y comportamiento diferente. ²⁸

- Hijo único: niños que reciben toda la atención de sus padres y crecen con un sentido de derecho.
- Primer hijo: Recibe toda la atención de los padres hasta la llegada del segundo hijo.

- Segundo hijo: Es competitivo con su hermano mayor intentando sobrepasarlo.
- Hijo del medio: Son niños tranquilos que evitan el conflicto, es apacible y complaciente con el resto de sus hermanos.
- Último hijo: Tiende a ser el mimado o puede llegar a sentirse inferior con sus hermanos mayores.

2.12 Miedo dental infantil en relación a los procedimientos odontológicos

Los niños dentalmente temerosos tienen dificultades en el uso de auto distracción, utilizada como estrategia de supervivencia común entre los niños no temerosos, centrando su atención en la información potencialmente amenazante durante los tratamientos dentales.⁵

Se recomienda realizar tratamientos odontológicos no invasivos exponiendo al niño a una experiencia positiva antes de realizar otro tipo de tratamiento.¹⁵

La realización de procedimientos dolorosos invasivos en niños requiere de un buen control del dolor y de la ansiedad.¹⁴

Nicolas et al. 2010 en su estudio sobre los factores que afectan en el miedo dental infantil en niños franceses entre 5 y 12 años encontraron que los niños con restauraciones son menos temerosos que los que no han experimentado ningún tipo de tratamiento dental.²³

Townend et al., 2000 manifestó en su estudio clínico sobre la ansiedad dental infantil que los niños al tratar de lidiar con el estrés potencial involucrado en situaciones dentales con enfermedades agudas o crónicas con el objetivo de evitar u obstaculizar la realización de los procedimientos invasivos o no invasivos muestran una incapacidad de cooperación.

5,17,18,23,29

Rocha et al., 2009 en su estudio sobre la influencia de la ansiedad en la memoria de los niños para los procedimientos dolorosos, llegó a la conclusión de que los niños con rasgos de ansiedad pueden distorsionar negativamente recuerdos de experiencias dolorosas. ¹⁸

Klingberg et al 1995;. Meechan., 2002, demostraron que los niños con bajo nivel de ansiedad mostraron un autoreporte de dolor dental mayor durante la segunda sesión de tratamiento odontológico, indicando que las expectativas iniciales son corregidas por la realidad. ²¹

En este estudio realizado por Mungara J. Et al., 2013 sobre el miedo dental del niño y sus factores encontró que los niños sintieron mayor miedo a procedimientos con sensación de náuseas y ahogo, aquellos que incluían inyecciones, perforación con motor del odontólogo, colocar instrumentos en su boca y de menor miedo como procedimientos cuando el doctor hace la limpieza de sus dientes. ²¹ Ten Berge et al., 1998, 2002; Milson., 2003; Shingh., 2002; Alvesalo et al.,1993; Milgrom., Mancl., King., Weinstein 1995; Rantavuori et al., 2004. ^{1,11,,13,21}

Bruno., 2009; Reis., 2008 en su estudio demostraron que en aquellos procedimientos en donde no se presenta dolor o es muy leve como los procedimientos preventivos o remoción de caries química-mecánica o el tratamiento fue realizado mediante sedación consciente, el paciente presentó un buen comportamiento en base a la escala conductual de Frankl. ¹⁹

2.13 Procedimientos odontológicos

2.13.1 Profilaxis

Este procedimiento consiste en eliminar la placa bacteriana de los dientes mediante un micromotor dental y una cepillo profiláctico, con movimientos circulares, cada seis meses. ³⁰

2.13.2 Selladores de fosas y fisuras

Las fosas y fisuras son áreas retentivas de placa siendo los segundos molares mandibulares los más susceptibles, se aplica en las superficies oclusales con un material universalmente usado, Bisfenol A-glicidil metacrilato (Bis-Gma) o ionómero de vidrio. Macek y cols., 2003.³⁰



Fuente: Bordoni N., Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y en adolescente en el mundo actual.³⁰

Figura N.3 Colocación de selladores de fosas y fisuras

2.13.3 Tratamiento Restaurador

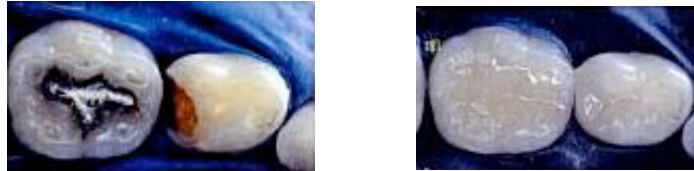
Tratamiento Restaurador primario o de contención

Está indicado en niños muy pequeños que presentan lesiones extensas de caries. Se remueve parcialmente tejido cariado y se obturan las cavidades de forma provisional con óxido de Zinc y Eugenol, Hidróxido de Calcio y/o cementos ionómeros, así como la aplicación de agentes cariostáticos basados en fluoruro de diamino de plata, logrando frenar la caries temporalmente.³¹

Tratamiento restaurador específico

Se realizan restauraciones definitivas y se restaura la oclusión hasta alcanzar un nivel apropiado de salud bucal, incluyendo consideraciones protésicas y ortodónticas como corrección de hábitos orales o intercepción

de maloclusiones.³¹

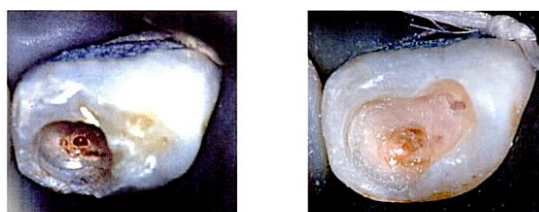


Fuente: Bordoni N., Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y en adolescente en el mundo actual.³⁰

Figura N. 4 Restauración clase II con inómero de vidrio, modificado con resina más resina compuesta.

2.13.4 Pulpotomía

Este procedimiento consiste en la amputación y remoción de todo el tejido pulpar de la porción coronaria de la cámara pulpar seguida por un tratamiento farmacológico dejando tejido pulpar vital en los canales radiculares con el fin de mantenerlos en condiciones saludables hasta su normal exfoliación.³¹

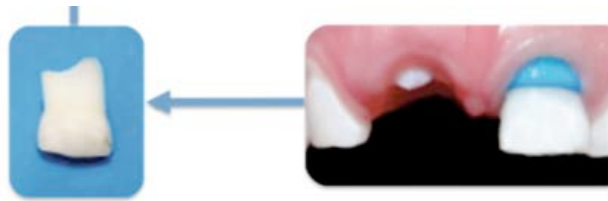


Fuente: Juan R. Boj 2004 et al., Odontopediatría.³¹

Figura N. 5 Pulpotomía en dientes primario

2.13.5 Exodoncia

Este procedimiento consiste en la extracción de piezas dentales temporales o permanentes jóvenes de su alvéolo y que hayan sufrido una alteración incapaz de ser remediada por maniobras comunes.³²



Fuente: Ávila C., De la Teja E., Durán A. 2014 Extracciones dentales atraumáticas en pacientes pediátricos con trastornos de la coagulación. Descripción de la técnica y reporte de un caso.³³

Figura N.6 Extracción dental atraumática de diente central superior temporal con separadores elastoméricos.

2.14 Miedo en la atención dental de niñas y niños y su comportamiento en la atención dental.

Los factores que determinan el tipo de comportamiento cooperativo o no en el consultorio son el grado de madurez del niño, su personalidad y el nivel de ansiedad.^{10,11,27}

En los niños el comportamiento afecta de manera positiva o negativa a su salud dental así también como ciertas enfermedades dentales que los pacientes padecen y que afectan también su comportamiento.^{27,8,10}

Por otra parte, se ha informado que los niños que manifiestan altos índices de miedo dental también tienen problemas en otras áreas de conducta o emocionales.^{3,34}

Estos comportamientos negativos se observan en niños con una naturaleza extrínseca e intrínseca. Por lo tanto, lo que se llama miedo dental por parte del odontólogo remitente puede de hecho ser también la resistencia al tratamiento debido a otros problemas como problemas de atención o la agresión.³⁴

La ansiedad dental y situaciones estresantes diarias pueden influir en el

comportamiento no cooperativo de los niños en el entorno dental y durante el tratamiento, siendo esto uno de los mayores problemas en la práctica dental, Ingersoll et al., 1984. ^{13,18}

Los altos niveles de ansiedad y la falta de cooperación con el odontólogo, ocasiona una pérdida de tiempo por las dificultades prácticas e innecesarias cuando se lleva a cabo el tratamiento, y lo más importante, puede limitar la eficacia del tratamiento dental y evitar la detección precoz de procesos patológicos Dávila y Menéndez, 1986; Boj, 1988. ¹³

Klinberg G. et al., 2009 en su estudio realizaron la evaluación de miedo dental y analizaron el comportamiento en los tratamientos de 52 niños de 4 a 14 años en el que encontraron que el 61% de los niños temerosos tienen también problemas de manejo del comportamiento. ⁸

Algunos niños presentan problemas de manejo del comportamiento sin tener miedo, otros niños, detienen el procedimiento pero son capaces de hacer frente a la situación y, otros niños experimentan miedo dental y presentan problemas de manejo del comportamiento. Esto indica que el comportamiento y el miedo varía de acuerdo a diversos factores. ⁸

Klingberg G., Broberg AG., 2009, manifiesta que el miedo dental se puede presentar como un niño fuerte y llorando, pero en contraste también se puede presentar como un niño callado e introvertido. ¹⁸

Los pensamientos de estar limitado conducen solo a pensamientos de escape. ¹⁰

2.15 Control de ansiedad con terapia de comportamiento

Los niños tienen habilidades de comunicación relativamente limitados y son menos capaces de expresar sus miedos y ansiedades, ésta incapacidad debe ser reconocida para buscar métodos que hagan sentir más seguro al

niño evitando lesiones que pueden llegar a sufrir los menores, debido a los movimientos inesperados y bruscos.^{5,12}

- Se debe informar lo que se le realizará de manera fácil y comprensible antes de comenzar el tratamiento.¹⁰
- Se debe explicar al paciente sobre las repercusiones de un comportamiento no apropiado como un movimiento brusco de su cabeza o cuerpo.¹⁰
- Uso de técnicas de manejo del comportamiento como decir, mostrar y hacer, refuerzo positivo, inmovilización pasiva y como última opción mano sobre boca. Murphy y Goowin 1984.³⁵
- Terapia de relajamiento y respiración, terapia cognoscitiva, inhibición recíproca, terapia de exposición gradual.¹⁰
- Siempre planificar los procedimientos simples al comenzar la cita odontológica.¹⁰
- Tener en cuenta que todos los niños tienen diferente perspectiva acerca del dolor, lo que es para unos un procedimiento inofensivo, para otros no lo es.¹⁰

Otro sistema terapéutico utilizado para reducir los niveles de miedo y ansiedad infantil están dentro del grupo de las medicinas alternativas como la cromoterapia, gemoterapia, musicoterapia.¹⁰

2.16 Control de ansiedad con terapia medicamentosa.

El uso de ansiolíticos pertenecientes al grupo de las benzodiazepinas logran controlar los niveles altos de ansiedad y deben ser administrados 45 minutos antes del tratamiento.¹⁰

Eaton et al., 2005 encontraron que la utilización del óxido nitroso y anestesia general fue mayor en el control de la ansiedad en comparación a los años 84 y 91. ³⁵

2.17 Escala de comportamiento de Frankl

El Dr. Spencer N. Frankl y colaboradores (Dr. F. R. Shiere y Dr. H. R. Fogels) en 1962 después de realizar una revisión literaria crearon una escala simple y objetiva del comportamiento de pre-escolares. ²⁴

La escala permite de manera rápida y sencilla evaluar el comportamiento del paciente durante cada consulta odontológica; con cuatro comportamientos con las siguientes características. Song, 2003; Rojano- Santillán, 2004; Shinohara, 2005; Pardo-Alvade, 2009; Sharath, 2009. ¹⁹ :

- Tipo 1 (- -) Definitivamente negativo:

El niño grita y rechaza el tratamiento. Presenta una actitud extremadamente negativa ¹⁹



Fuente: Graciela Cantos Girón

Figura N. 7 Exodoncia con comportamiento definitivamente negativo del paciente.

- Tipo 2 (-) Negativo:

Acepta el tratamiento con dificultad. No coopera. Presenta una actitud negativa pero no pronunciada. Se observa arisco, lejano.¹⁹



Fuente: Graciela Cantos Girón

Figura N.8 Exodoncia con comportamiento negativo del paciente.

- Tipo 3 (+) Positivo:

El tratamiento es aceptado con cautela. Demuestra voluntad para obedecer órdenes y logra seguir las indicaciones del odontólogo.¹⁹

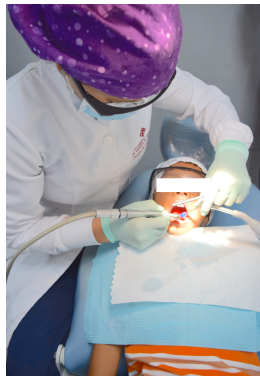


Fuente: Graciela Cantos Girón

Figura N.9 Profilaxis con comportamiento positivo del paciente

- Tipo 4 (+ +) Definitivamente positivo:

El niño se muestra interesado en el entorno odontológico y su entorno, Logra una relación armónica con el odontólogo, Se muestra carismático. ¹⁹



Fuente: Graciela Cantos Girón

Figura N.10 Restauración con comportamiento definitivamente positivo del paciente

Por su simplicidad y gran ayuda para categorizar al paciente, ésta escala es ampliamente usada en la práctica diaria y también como base o auxiliar en Investigaciones sobre ansiedad, miedo y/o conducta o comportamiento alrededor del mundo, junto con otras escalas, encuestas o cuestionarios Shinohara, 2005; Song, 2003; Pardo-Alvade, 2009; Sharath, 2009. ¹⁹

CAPITULO III

3. METODOLOGIA. Materiales y métodos

3.1 Materiales

- Consentimiento firmado por parte del representante del menor
- Cuestionario dirigido a niñas y niños sobre el miedo en la atención dental
- Cuestionario dirigido a padres sobre la ubicación de la niña o niño en la familia
- Hoja de evaluación del comportamiento de la niña o niño en la atención dental
- Bolígrafo

3.1.1 Lugar de investigación

Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

3.1.2 Periodo de investigación

El tiempo que requirió realizar y recoger la información del resultado de la encuesta dirigida a niñas y niños incluidos en el estudio fue desde Octubre del año 2014 hasta Enero del año 2015.

Actividad	Oct Mes 1	Nov Mes 2	Dic Mes 3	Ene Mes 4
Revisión bibliográfica	X			
Actividad de prueba piloto	X			
Examen clínico	X	X	X	
Registro y tabulación de datos			X	X
Resultados y conclusiones				X

3.1.3 Recursos empleados

3.1.3.1 Recurso Humano

- Investigador:

Graciela Cantos Girón. Alumna de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

- Tutor académico:

Dra. Astrid Daher Achi. Docente de la Cátedra de Odontopediatría de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

- Tutor metodológico:

Dra. Ma. Angélica Terreros de Huc. Docente de Cátedra de Metodología de la Investigación de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

3.1.3.2 Recurso Físico

Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

3.1.4 Universo

El universo de investigación fue integrado por 440 niñas y niños entre edades de 6 a 9 años que fueron atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

3.1.5 Muestra

La muestra de este estudio estuvo conformada por 101 niños que fueron atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, ateniéndose a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

3.1.5.1 Criterios de inclusión

- Niñas y niños de edades entre 6 y 9 años de edad
- Representante legal del menor que firme el consentimiento informado
- Niñas y niños con experiencias odontológicas previas
- Niñas y niños que den respuesta al cuestionario realizado

3.1.5.2 Criterios de exclusión

- Niñas y niños de edades que no se encuentran en el rango de 6 y 9 años de edad
- Representante legal del menor que no haya firmado el consentimiento informado
- Niñas y niños que no tengan experiencias odontológicas previas
- Niñas y niños que no estén en capacidad de contestar el cuestionario
- Niñas y niños con síntomas de dolor dental agudo o cualquier otra emergencia dental (sangrado, inflamación, trauma dental)

3.1.5.3 Criterios de eliminación

- Niñas y niños que no hayan respondido a todas las preguntas del cuestionario

3.2 Método

3.2.1 Tipo de investigación

El trabajo es una investigación descriptiva de tipo transversal ya que se midió el nivel de miedo dental infantil y su prevalencia , y se observó el comportamiento en citas odontológicas de una determinada población, que corresponde a los pacientes infantiles entre 6 y 9 años atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en un momento específico.

3.2.2 Diseño de la investigación

En esta investigación se utilizó el diseño descriptivo y se llevó a efecto en las instalaciones de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica

Santiago de Guayaquil en pacientes infantiles entre los grupos de 6 a 9 años.

En los pacientes infantiles previamente se efectuó el proceso de información de la muestra, su aportación y la respectiva formalidad del consentimiento informado por parte de los padres o tutores de cada niño y se les realizó el cuestionario pertinente a cada niño, la cual se conservó en la hoja de registro de datos, con la información relacionada a el nivel de miedo dental infantil, orden de nacimiento del niño, comportamiento del niño en las citas odontológicas, y tratamiento odontológico recibido.

El comportamiento fue observado con su respectivo tratamiento en dos citas odontológicas, una inicial y una posterior.

Los datos adquiridos en la hoja de registro de datos diseñada para el efecto en anexo fueron percentilados utilizando las tablas adecuadas para cada caso.

3.2.3 Procedimientos

1. Explicación detallada del objetivo de la presente investigación a los padres y niños e invitación a participar del mismo.
2. Selección de los niños de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
3. Entrega y recolección de consentimiento informado de representantes legales de menores.
4. Recolección de datos del niño a los padres e información acerca de el orden de nacimiento de la niña/o en la familia.
5. Realización del cuestionario de preguntas dirigida a cada una de los niñas y niños diseñado para el efecto en la primera cita de adaptación.
6. Se observó el comportamiento en la atención dental de la niña o niño en las citas odontológicas, cita inicial y en una cita posterior.

- 7.** Se registró el tratamiento recibido por la niña/o.
- 8.** Se procedió luego a la tabulación de los datos.
- 9.** Se establecieron los resultados de la investigación de acuerdo a cada uno de los objetivos.
- 10.** Se emitieron las conclusiones.
- 11.** Se detallaron las recomendaciones pertinentes de acuerdo al resultado obtenido.

CAPITULO IV

4. Resultados

ANÁLISIS UNIVARIADO

4.1 Distribución porcentual de pacientes infantiles por edad de pacientes infantiles.

Cuadro N.1. Distribución porcentual de universo y muestra por edad de pacientes infantiles.

Edad	frecuencia	porcentaje
6	20	20%
7	28	28%
8	28	28%
9	25	25%
total	101	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión.- En el presente estudio de un universo de 404 pacientes acogiéndose a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación; se obtuvo un total de la muestra de 101 infantes. De estos estudiantes entrevistados el 20% correspondió a niños de 6 años, el 28% a niños de 7 años, el 28% a niños de 8 años y el 25% a niños de 9 años.

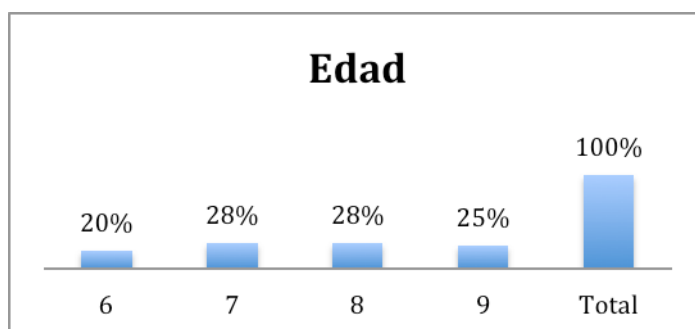


Gráfico N.1. Distribución porcentual de universo y muestra por edad de pacientes infantiles.

4.2. Distribución porcentual de pacientes infantiles por género

Cuadro N.2 Distribución porcentual de universo y muestra por género de pacientes infantiles.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	55	54%
Masculino	46	46%
Total	101	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Análisis y discusión.- En la investigación la muestra total de 101 pacientes, el 54% perteneció al género femenino y el 46% al género masculino.

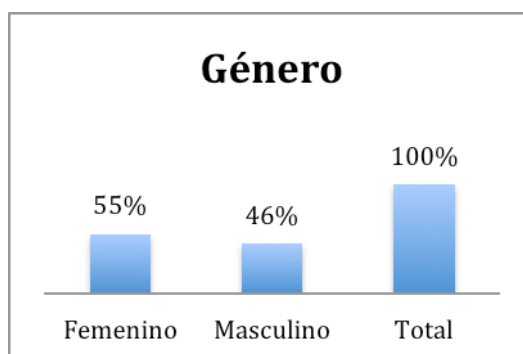


Gráfico N.2. Distribución porcentual de universo y muestra por género de pacientes infantiles.

4.3 Distribución porcentual por ubicación en el orden de nacimiento según Clasificación de Adler de pacientes infantiles.

Cuadro N.3. Distribución porcentual de universo y muestra por orden de nacimiento según Clasificación Adler.

Orden de nacimiento ADLER	Frecuencia	Porcentaje
Hijo único	9	9%
Primer hijo o hijo mayor	24	24%
Segundo hijo	21	21%
Hijo del medio	11	11%
Último hijo o hijo menor	36	36%
Total	101	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión: En este estudio se presentó, el 9% corresponde a el hijo único, el 24% primer hijo o hijo mayor, un 21% segundo hijo, un 11% hijo del medio, y un 36% último hijo o hijo menor.

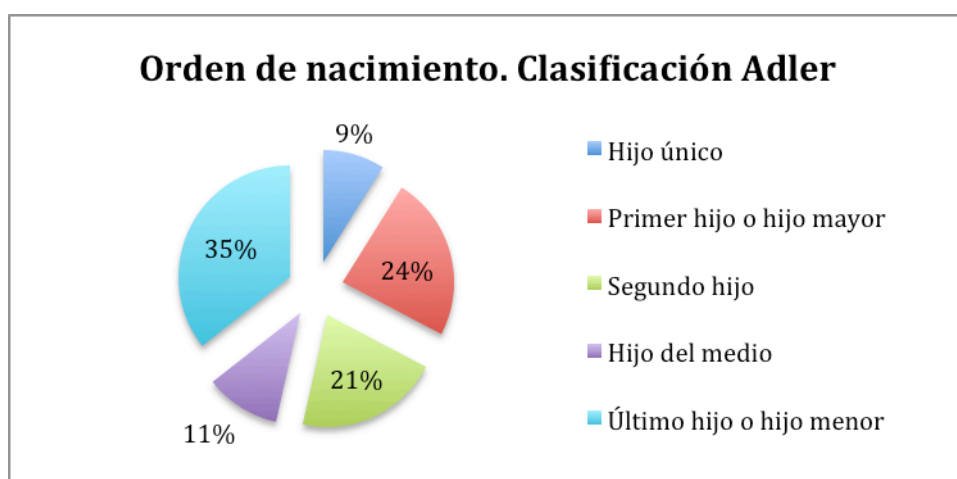


Gráfico N.3. Distribución porcentual de universo y muestra de acuerdo a la ubicación del niño en la familia según clasificación Adler.

4.4 Distribución porcentual de pacientes infantiles por nivel de Miedo en la atención dental infantil.

Cuadro N.4. Distribución porcentual de universo y muestra por nivel de Miedo en la atención dental infantil. Dentro de ellos: Sin miedo, poco miedo, mucho miedo.

Miedo dental infantil	Frecuencia	Porcentaje
Sin miedo	2	2%
Poco miedo	81	80%
Mucho miedo	18	18%
Total	101	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión: En esta sección se analizó los resultados que corresponden a el nivel de miedo en la atención dental en niñas y niños. Se clasificó en tres niveles, sin miedo, poco miedo, mucho miedo. Se obtuvo como resultado que el 2% de los entrevistados no refirió miedo en la atención dental, el 80% refirió poco miedo y el 18% mucho miedo. En el estudio realizado por Rivera I., Fernández A., encontró un 5% de niños presentaron mucho miedo dental infantil y un 5% presentó no sentir miedo.¹

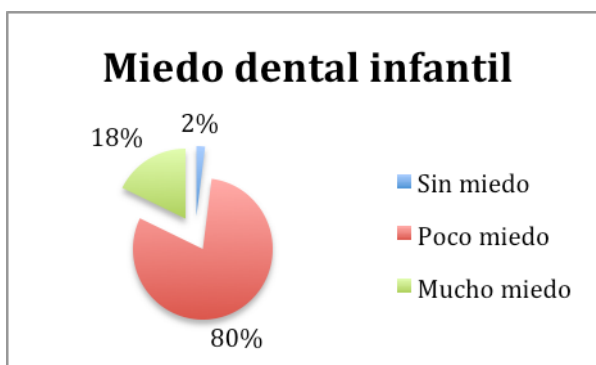


Gráfico N.4. Distribución porcentual de universo y muestra por nivel de Miedo en la atención dental de niñas y niños. Dentro de ellos: Sin miedo, poco miedo, mucho miedo.

4.5. Distribución porcentual por los tratamientos recibidos por pacientes infantiles en una cita inicial odontológica.

Cuadro N.5. Distribución porcentual de universo y muestra de los tratamientos recibidos por los pacientes infantiles en una cita inicial odontológica.

Tratamientos en cita inicial	Frecuencia	Porcentaje
Profilaxis	43	60%
Sellantes	11	15%
Restauración	18	25%
Total	72	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión: En la presente investigación, los infantes sujetos al estudio que recibieron tratamiento en una cita inicial, fueron un 60% profilaxis, 15% sellantes, y 25% restauraciones.

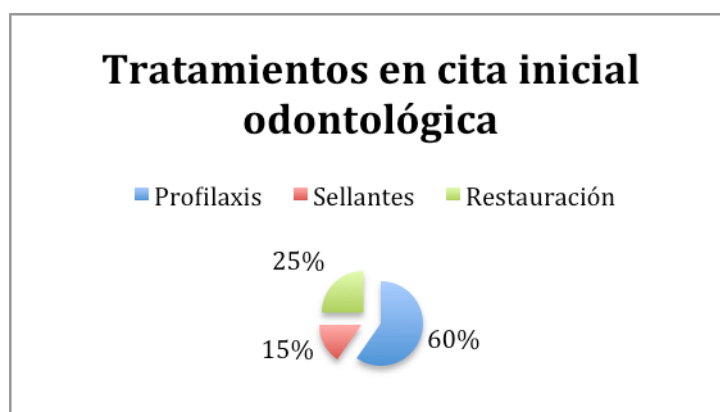


Gráfico N.5. Distribución porcentual de universo y muestra de los tratamientos recibidos en una cita inicial de los pacientes infantiles.

4.6. Distribución porcentual por los tratamientos recibidos por los pacientes infantiles en una cita posterior odontológica.

Cuadro N.6. Distribución porcentual de universo y muestra de los tratamientos recibidos por los pacientes infantiles en una cita posterior odontológica.

Tratamiento en cita posterior	Frecuencia	Porcentaje
Sellantes	8	13%
restauración	17	28%
Pulpotomía	9	15%
Exodoncia	27	44%
Total	61	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión: En la presente investigación, los infantes sujetos al estudio que acudieron a una cita posterior odontológica, recibieron los siguientes tratamientos, 13% sellantes, 28% restauraciones, 15% pulpotomías, y 44% exodoncias.

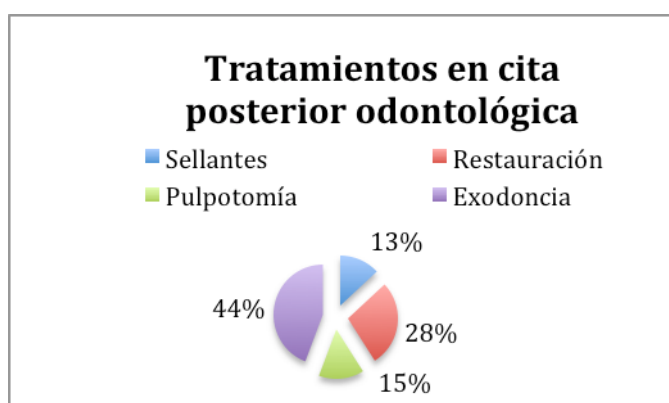


Gráfico N.6. Distribución porcentual de universo y muestra de los tratamientos recibidos por los pacientes infantiles en una cita posterior odontológica.

4.7 Distribución porcentual de pacientes infantiles por el comportamiento en cita inicial odontológica.

Cuadro N.7. Distribución porcentual de universo y muestra por el comportamiento de los pacientes infantiles en una cita inicial odontológica.

Comportamiento en cita inicial odontológica	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente negativo	2	3%
Negativo	15	21%
Positivo	50	69%
Definitivamente positivo	5	7%
Total	72	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión: En la presente investigación, los infantes sujetos al estudio, manifestaron comportamientos en una cita inicial odontológica en un 3% definitivamente negativo, 21% negativo, 69% positivo y un 7% definitivamente positivo.

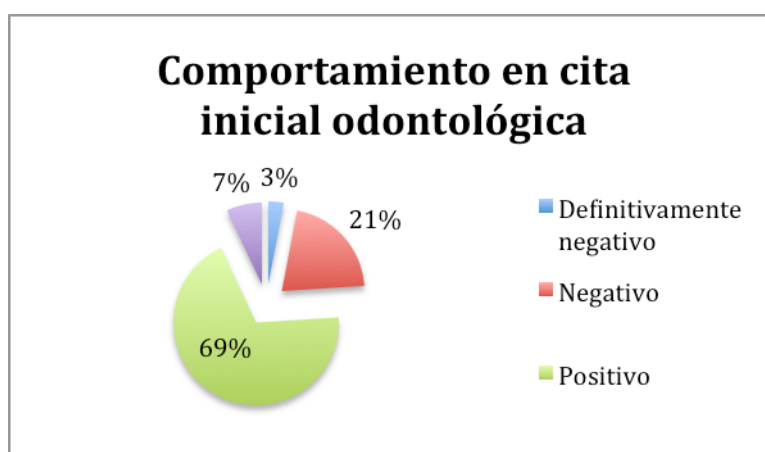


Gráfico N.7. Distribución porcentual de universo y muestra por el comportamiento de los pacientes infantiles en una cita inicial odontológica.

4.8. Distribución porcentual de pacientes infantiles por el comportamiento en cita posterior odontológica.

Cuadro N.8. Distribución porcentual de universo y muestra por el comportamiento de los pacientes infantiles en una cita posterior odontológica.

Comportamiento en cita posterior	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente negativo	15	25%
Negativo	11	18%
Positivo	33	54%
Definitivamente positivo	2	3%
Total	61	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión: En la presente investigación, los infantes sujetos al estudio, manifestaron comportamientos en una cita posterior odontológica en un 3% definitivamente negativo, 18% negativo, 54% positivo y en un 3% definitivamente positivo.

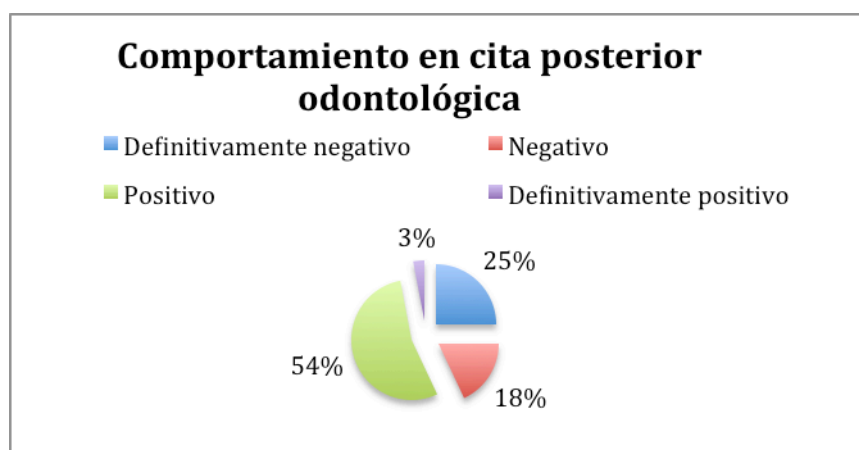


Gráfico N.8. Distribución porcentual de universo y muestra de los comportamientos de los pacientes infantiles en una cita posterior odontológica.

ANÁLISIS BIVARIADO

En el siguiente análisis, se observó la relación existente entre el miedo dental infantil con la edad, el sexo, el orden de nacimiento, el comportamiento del niño en las citas odontológicas y los tratamientos odontológicos.

4.9 Distribución porcentual del nivel de miedo dental infantil y género en pacientes infantiles.

Cuadro N.9. Distribución porcentual de universo y muestra por el nivel de miedo dental infantil y el género.

Miedo dental infantil	Género		Total general
	Femenino	Masculino	
Sin miedo	0	2	2
Poco miedo	45	36	81
Mucho miedo	10	8	18
Total general	55	46	101

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión: Se evidenció, que existe una diferencia ligeramente mayor entre poco miedo en la atención dental y el género femenino, el 82% de las mujeres presentó poco miedo y los hombres 78%, y un 18% de mujeres presentó mucho miedo y los hombres 17%, el 4% presentó no sentir miedo y las mujeres un 0%. Al igual que los resultados encontrados en el estudio realizado por Jafarzadeh et al., en el grupo de mucho miedo 56% fueron mujeres y 44% hombres.⁵ Sarmiento J., encontró un nivel mayor de miedo y ansiedad dental infantil en un 53% en el sexo femenino.³⁶

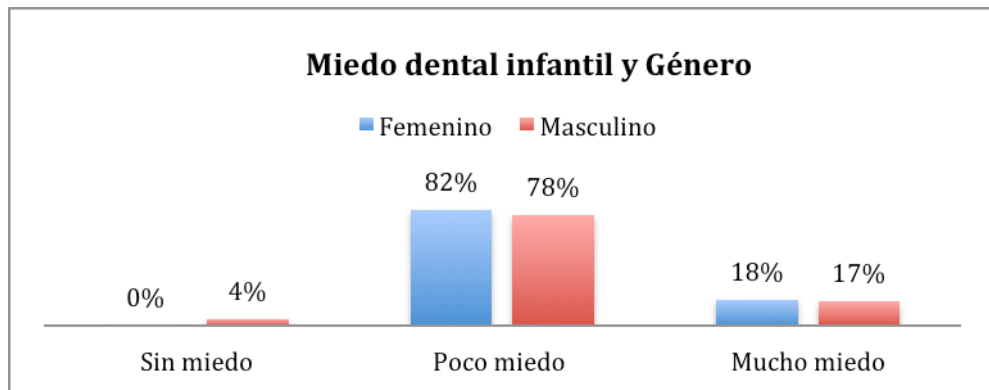


Gráfico N.9. Distribución porcentual de universo y muestra por el nivel de miedo en la atención dental y género.

4.10. Distribución porcentual del nivel de miedo dental infantil y edad en pacientes infantiles.

Cuadro N.10. Distribución porcentual de universo y muestra por el nivel de miedo en la atención dental y edad.

Miedo dental infantil	Edad				Total general
	6	7	8	9	
Sin miedo	0	1	1	0	2
Poco miedo	17	23	25	16	81
Mucho miedo	3	4	2	9	18
Total general	20	28	28	25	101

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión: En cuanto a el nivel de miedo dental en relación a la edad del paciente infantil se encontró que los niños mayores y menores indicaron tener mucho miedo, un 36% los niños de 9 años, seguido del grupo de 6,7 y 8 años con 15%, 14% y 4 % respectivamente. Poco miedo con 8 años un 89%, 6 años 85%, 7 años 82% y los de 9 años con 64%. No presentaron miedo dental un 4% los de 7 y 8 años y con cero los niños de 6 y 9 años. Le Baron., Zeltzer., encontró que los niños menores declaran mayor miedo dental que los niños mayores.²⁶ Jafarzadeh et al., en su estudio de acuerdo con las fórmulas estadísticas, no hubo diferencia significativa entre los dos grupos de edad (6-8 y 8-12 años) en términos de origen de alto nivel de miedo dental.¹⁵

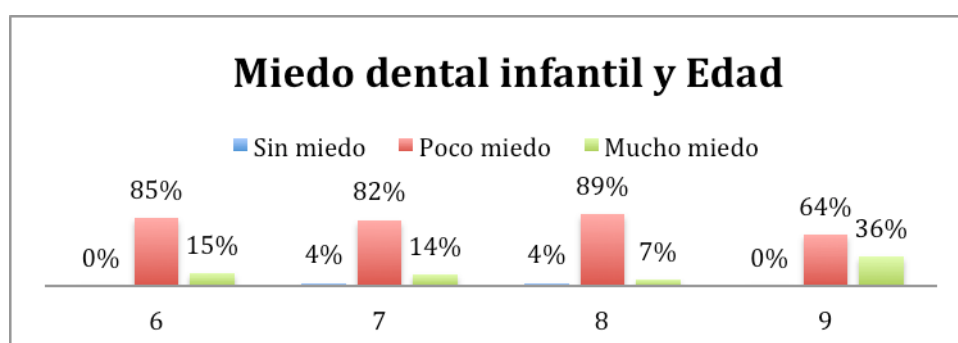


Gráfico N.10. Distribución porcentual de universo y muestra por el nivel de miedo en la atención dental y edad.

4.11. Distribución porcentual del nivel de miedo dental infantil y el orden de nacimiento del niño en la familia.

Cuadro N.11. Distribución porcentual de universo y muestra por el miedo dental y el orden de nacimiento del niño en la familia.

Orden de nacimiento del niño en la familia						
Miedo dental infantil	Hijo único	Hijo mayor	Segundo hijo	Hijo del medio	Último hijo	Total general
Sin miedo	0	0	1	0	1	2
Poco miedo	4	21	19	8	29	81
Mucho miedo	5	3	1	3	6	18
Total general	9	24	21	11	36	101

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión: En cuanto a el miedo dental infantil y el orden de nacimiento encontramos que en mayor porcentaje los niños que no sintieron miedo a la atención dental fue el segundo y el último hijo con 50%, en los niños que presentaron poco miedo se encontraron el último hijo con un 36% y el primer hijo con 26% y en los niños que presentaron mucho miedo se encontró un 33% el último hijo y 28% el hijo único. Naser Asl Aminabadi et al., en sus resultados indicó que existe una diferencia significativa entre los primogénitos y los hijos nacidos después con el miedo y la ansiedad que ocasiona una situación dental.²⁸

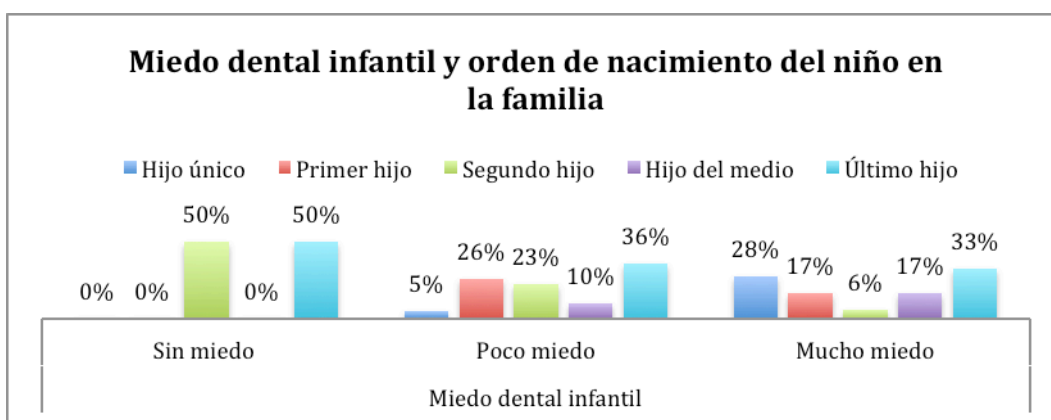


Gráfico N.11. Distribución porcentual de universo y muestra por el miedo dental y el orden de nacimiento del niño en la familia.

4.12. Distribución porcentual del nivel de miedo dental infantil y comportamiento del niño en una cita inicial odontológica.

Cuadro N.12. Distribución porcentual de universo y muestra por el miedo dental infantil y el comportamiento del niño en cita inicial odontológica.

Miedo dental infantil	Comportamiento del niño en cita inicial odontológica				Total general
	Definitivamente negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente Positivo	
Sin miedo	0	0	2	0	2
Poco miedo	1	11	39	5	56
Mucho miedo	1	4	9	0	14
Total general	2	15	50	5	72

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión: Del total de 72 comportamientos en una cita inicial odontológica se encontró que cuando el nivel de miedo era menor, su comportamiento positivo aumentó, los niños sin miedo dental infantil obtuvieron en un 100%, 70% grupo de poco miedo y 64% grupo mucho miedo. Se observó lo contrario cuando el nivel de miedo fue mayor con comportamientos negativos, el grupo de mucho miedo presentó un 29%, el grupo de poco miedo 20% y comportamientos definitivamente negativos en un 7% con el grupo de mucho miedo y 2% grupo de poco miedo. Salem et al. ,según las conclusiones de su estudio, los niños con mucho miedo dental indicaron un 61% de comportamientos negativos. ⁸ Valor p= 0,896404572

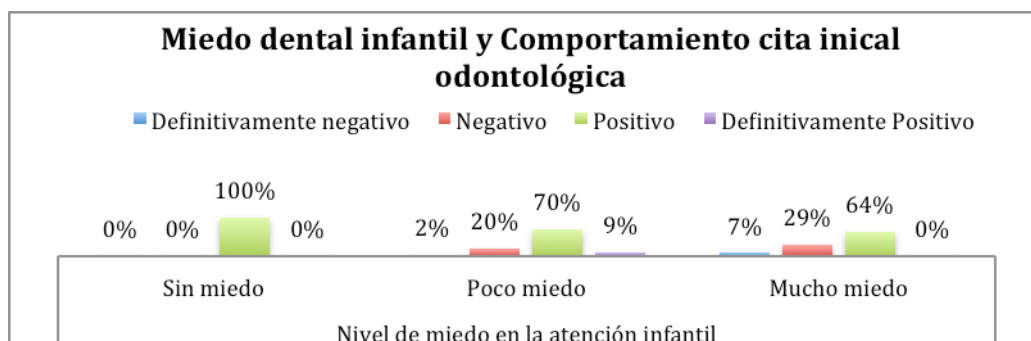


Gráfico N.12. Distribución porcentual de universo y muestra por el miedo dental y el comportamiento de los niños en cita inicial odontológica.

4.13. Distribución porcentual por el Miedo dental infantil y Comportamiento del niño en cita posterior odontológica.

Cuadro N.13. Distribución porcentual de universo y muestra por el miedo dental y el comportamiento del niño en cita posterior odontológica.

Comportamiento del niño en cita posterior odontológica					
Miedo dental infantil	Definitivamente negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente positivo	Total general
Sin miedo	0	0	2	0	2
Poco miedo	12	9	24	1	46
Mucho miedo	3	2	7	1	13
Total general	15	11	33	2	61

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión: Del total de 61 comportamientos en una cita posterior odontológica se encontró que los niños sin miedo dental infantil obtuvieron un 100% de comportamiento positivo, el grupo de poco miedo 52% y el de mucho miedo 54%. Se encontró comportamientos definitivamente negativos en un 26% y 27% para los grupos de poco y mucho miedo, y comportamientos negativos en un 20% y 15% para los grupos de poco y mucho miedo, y comportamientos definitivamente positivos en un 2% y 8% para los grupos de poco y mucho miedo. Valor $p=0,927023461$

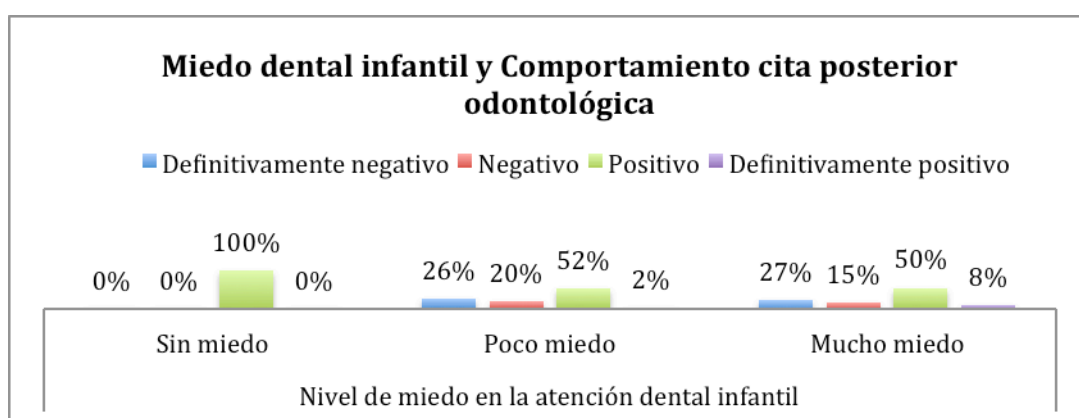


Gráfico N.13. Distribución porcentual de universo y muestra por el Miedo dental y el Comportamiento de los niños en una cita posterior odontológica.

4.14. Distribución porcentual de los Tratamientos odontológicos y Comportamiento del niño en citas odontológicas.

Cuadro N.14. Distribución porcentual de universo y muestra por los tratamientos odontológicos y el comportamiento del niño en citas odontológicas.

Tratamientos odontológicos	Comportamiento del niño				Total general
	Definitivamente Negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente Positivo	
Profilaxis	1	6	31	5	43
Sellantes	0	2	17	0	19
Restauración	1	10	23	1	35
Pulpotomía	3	3	3	0	9
Exodoncia	12	5	9	1	27
Total general	17	26	83	7	133

Fuente: Pacientes atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión: Lo referente a el tratamiento odontológico y el comportamiento del niño en las citas odontológicas, se apreció que los sellantes seguido de profilaxis y restauración tuvieron comportamientos positivos en un 89%, 72%, y un 66% respectivamente, y en un 44% comportamiento definitivamente negativos en exodoncias y 33% pulpotomías. Carillo-Díaz et al, en su estudio indicó encontrar comportamientos DP en restauraciones en un 30% mientras que las extracciones tuvieron la asociación opuesta 25% con comportamientos definitivamente negativos.²³

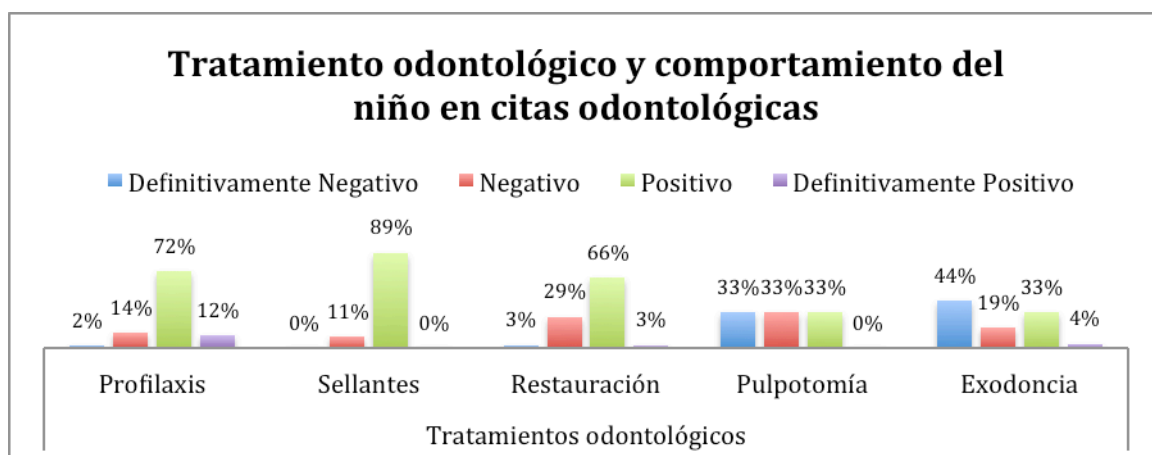


Gráfico N.14. Distribución porcentual de universo y muestra de los Tratamientos odontológicos y Comportamiento del niño en las citas odontológicas.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Identificar el nivel miedo en la atención dental en niñas y niños de 6 a 9 años atendidos en la “UCSG” de Octubre 2014 a Enero 2015.

Los niños y niñas presentaron mayormente poco miedo en la atención dental.

Reconocer el nivel miedo en la atención dental en niñas y niños de 6 a 9 años atendidos de acuerdo a la edad y sexo

Se evidenció que existe una diferencia ligeramente mayor entre poco miedo en la atención dental y el género femenino. En cuanto a la edad, los niños de 6 y 9 años indicaron los niveles más altos de miedo en la atención dental.

Relacionar el nivel del miedo a la atención dental que presentan las niñas y niños de 6 a 9 años respecto a orden de nacimiento en la familia según ADLER

Se establece que los niños con mayor porcentaje de miedo dental infantil fueron el último hijo seguido del hijo único; sin embargo el último hijo presentó los más altos porcentajes en todos los niveles de miedo en la atención dental, concluyendo así que el orden de nacimiento no es un factor influyente.

Analizar el nivel de miedo en la atención dental de niñas y niños de 6 a 9 años con su comportamiento en la atención dental en las citas odontológicas

Se encontró que en la cita inicial odontológica los niños que no presentaron miedo en la atención dental tuvieron comportamientos totalmente positivos, este comportamiento fue disminuyendo en cuanto el miedo aumentó, y los comportamientos negativos aumentaron a medida que el miedo del niño

disminuyó. En una cita posterior odontológica se encontró el mismo resultado para los comportamientos positivos, y los comportamientos definitivamente negativos. Se concluye entre menor miedo en la atención dental mayor cantidad de comportamientos positivos y entre mayor nivel de miedo, mayor cantidad de comportamientos negativos.

Diferenciar los tratamientos odontológicos que intervienen en el comportamiento en las citas odontológicas

Se apreció que los sellantes y las profilaxis tuvieron los mayores porcentajes de comportamientos positivos, mientras que las exodoncias tuvieron el mayor porcentaje de comportamientos definitivamente negativos.

5.2 Recomendaciones

Las recomendaciones que se derivan de la investigación son las siguientes:

- Continuar profundizando en investigaciones futuras acerca del tema de estudio realizando investigaciones mixtas y cualitativas, y sobre otros factores involucrados en su ocurrencia con muestras mayores y más representativas en la ciudad de Guayaquil y en diferentes poblaciones del país.
- Dar orientación a los profesionales involucrados en la atención dental infantil ya que al prestar atención a los niños más temerosos o niños en situación de riesgo, el miedo y ansiedad en la atención dental se podría prevenir en estos niños en un futuro.
- Realizar talleres con familiares de los pacientes que acuden a la Clínica odontológica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, con vista a mejorar las futuras visitas dentales de sus hijos reduciendo niveles de miedo y ansiedad dental en ellos, así mismo informar sobre las limitaciones y progresos de sus hijos.

6. Bibliografía

1. Rivera I, Fernández A. Ansiedad y miedo dentales en escolares hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2005; 37: p. 461-475.
2. Greco A, Carrillo-Diaz M, Armfield J, Romero M. From public mental health to community oral health: the impact of dental anxiety and fear on dental status. *Front. Public Health*. 2014; 2.
3. Klaasen M, Veerkamp J, Hoogstraten J. Predicting dental anxiety: on the clinic value of anxiety questionnaires, an explorative study. *Eur J Paediatr Dent*. 2003 Dec; 4.
4. Hagglin C, Carlsson S, Hakeberg M. On the dynamics of dental fear: dental or mental? *Eur J Oral Sci*. 2013; 121: p. 235-239.
5. Greco A, Carrillo-Diaz M, Armfield J. Dental fear and expected effectiveness of destructive coping as predictors of children's uncooperative intentions in dental settings. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2014 Jul 22; 10.
6. Berger KS. *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. 7th ed. Alcocer A, editor. New York : Editorial Médica Panamericana; 2006.
7. Klaassen MA. Child dental fear: assessment and treatment. *ASDC J Dent Child*. 2010; 69(9): p. 160.
8. Salem K, Kousha M, Anissian A, Shahabi A. Dental Fear and Concomitant Factors in 3-6 Year-old Children. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect*. 2012 January; 6(2): p. 70-74.
9. Armfield JM, Stewart JF, Spencer JA. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*. 2007 January; 7(1).
10. Lima M, Casanova Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Rev Hum Med*. 2006 Marzo; 6(1).
11. Pérez N, González C, Guedes Pinto C, Nahás M. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Rev Cubana Estomatol*. 2002 Diciembre; 39(3).
12. Mungara J, Injeti M, Joseph E, Elangovan A, Sakthivel R, Selvaraju G. Child's dental fear: Cause related factors and the influence of audiovisual modeling. 2013 Nov; 31(4): p. 215-220.
13. Guinot F, Yuste S, Cuadros C, Lorente I, Mercadé M. Objective and subjective measures for assessing anxiety in paediatric dental patients. *EUROPEAN JOURNAL OF PAEDIATRIC DENTISTRY*. 2011; 12(4): p. 239-244.
14. Philip Rice F. *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. 2nd ed. Educación P, editor.; 1997.
15. El-Housseiny A, Alamoudi N, Farsi N, El Derwi D. Characteristics of

- dental fear among Arabic-speaking children: a descriptive study. *BMC Oral Health*. 2014; 14(118).
16. Kime S, Wilson K, Girdler N. Evaluation of objective and subjective methods for assessing dental anxiety: a pilot study. *Journal of Disability and Oral Health*. 2010; 11(2): p. 69-76.
 17. Klaassen M, Veerkamp J, Hoogstraten J. Changes in children's dental fear: a longitudinal study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2008 Feb; 9(1): p. 29-35.
 18. Klaassen M, Veerkamp J, Hoogstraten J. Dental fear, communication and behavioural management problems in children referred for dental problems. *Int J Paediatr Dent*. 2007 Nov; 17(6): p. 69-77.
 19. Maslak E, Vlasova D, Yanovskaya M, Stavskaya S, Kuyumdzhidi N, Kamennova T. Factors associated with dental fear in 12-35 months children in Krasnooktyabrski District of Volgograd- a Pilot study. *Journal of Dental, Oral and Craniofacial Epidemiology*. 2013; 1(3): p. 11-18.
 20. Child dental fear in low-income and non-low-income families: A school-based survey study. *Journal of Dental Sciences*. 2014; 9: p. 165-171.
 21. Hembrecht J, Nieuwenhuizen J, Aartman A, Krikken J, Veerkamp J. Pain-related behaviour in children: a randomised study during two sequential dental visits. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2013; 14: p. 3-8.
 22. Deffe J, Himelstein P. Children's Fear in a Dental Situation as a Function of Birth Order. *Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*. 1969; 115(2): p. 253-255.
 23. Carrilo-Diaz M, Crego A, Armfield M, Romero-Maroto M. Treatment experience, frequency of dental visits, and children's dental fear: a cognitive approach. *Eur J Oral Sci*. 2012; 120: p. 75-81.
 24. Armfield J, Spencer A, Stewart J. *Australian Dental Journal*. 2006; 51(1): p. 78-85.
 25. Rantavuori K. Aspects and determinants of children's dental fear. *Acta Univ. Oul. D*. 2008; 991.
 26. Olak J, Saag M, Honkala S, Nömmela R, Runnel R, Honkala E, et al. Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. 2013; 15(1): p. 26-31.
 27. Lima M, Casanova Y, Toledo A, Espeso M. Miedo al tratamiento estomatológico en pacientes de la clínica estomatológica docente provincial. *Rev Hum Med*. 2007 abril; 7(1).
 28. Aminabadi N, Sohrabi A, Erfanparast L, Ghertasi S, Almolook B. Can birth order affect temperament, anxiety and behavior in 5 to 7-year-old children in the dental setting? *Journal of contemporary dental practice*. 2011 July-August; 12(4): p. 225-231.
 29. Garcia C, Caprotta G, De Castro M, Germ R, Lagomarsino E. Analgesia y sedación en procedimientos pediátricos Parte 1: Aspectos generales, escalas de sedación y valoración del dolor. *Arch Argent Pediatr*. 2008;

106(5): p. 429-434.

30. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual Panamericana EM, editor.; 2010.
31. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría Elsevier , editor. España: Masson S.A; 2004.
32. Maquera A. Exodoncia en niños. Rev Act Clin Med. 2012; 23: p. 1120-1124.
33. Ávila-Sánchez C, De la Teja-Ángeles E, Durán-Gutiérrez A. Extracciones dentales atraumáticas en pacientes pediátricos con trastornos de la coagulación. Descripción de la técnica y reporte de un caso.. Revista ADM. 2013; 71(1): p. 19-22.
34. Klaasen M, Veerkamp J, Aartman I, Hoogstraten J. Stressful situations for toddlers: indications for dental anxiety? ASDC J Dent Child. 2002 Sep-Dec; 69(3).
35. Cordero N, Cárdenas J, Álvarez L. Parental acceptance of pharmacologic and non-pharmacologic behavior management techniques in pediatric dentistry. Rev CES Odont. 2012; 25(2): p. 24-32.
36. Lazo A, Ramos R, Mercado J. Nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad[OBJ] [OBJ]. Revista Estomatológica del Altiplano. 2014; 1(1): p. 27-34.
37. Shinohara S, Nomura Y, Shingyouchi K, Takase A, Ide M, Moriyasu Y, et al. Structural relationship of child behavior and its evaluation during dental treatment. Journal of Oral Science. 2005 May; 47(2): p. 91-96.

ANEXOS

Anexo N.1.- HOJA DE REGISTRO DE DATOS

Ficha No:

Edad:

Sexo:

Ubicación del niño en la familia. Clasificación ADLER

1. Hijo único 2. Primer hijo o hijo mayor..... 3. Segundo hijo.....
4. Hijo del medio 5. Último hijo o hijo menor

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

Encuesta para el niño/a

(Children Fear Survey Schedule – Dental Subscale CFSS-DS)

ESCALA DE EVALUACIÓN DE MIEDOS EN NIÑOS.

1. ¿Le tienes miedo a los dentistas?

1. Sin miedo
2. Poco Miedo
3. Bastante miedo
4. Mucho miedo
5. Muchísimo miedo...
No contesta

2. ¿ Le tienes miedo a los médicos?

1. Sin miedo
2. Poco Miedo
3. Bastante miedo
4. Mucho miedo
5. Muchísimo miedo...
No contesta

3. ¿Le tienes miedo a las inyecciones?

1. Sin miedo
2. Poco Miedo
3. Bastante miedo
4. Mucho miedo
5. Muchísimo miedo...
No contesta

4. ¿ Tienes miedo que alguien examine tu boca?

1. Sin miedo
2. Poco Miedo
3. Bastante miedo
4. Mucho miedo
5. Muchísimo miedo...
No contesta

5. ¿Sientes miedo abrir la boca?

1. Sin miedo
2. Poco Miedo
3. Bastante miedo
4. Mucho miedo
5. Muchísimo miedo...
No contesta

6. ¿ Sientes miedo que un extraño te toque?

1. Sin miedo
2. Poco Miedo
3. Bastante miedo
4. Mucho miedo
5. Muchísimo miedo...
No contesta

7.¿ Sientes miedo cuando alguien te mira?

- 1. Sin miedo
- 2. Poco Miedo
- 3. Bastante miedo
- 4. Mucho miedo
- 5. Muchísimo miedo...
- No contesta

8. ¿ Te da miedo el motor del dentista?

- 1. Sin miedo
- 2. Poco Miedo
- 3. Bastante miedo
- 4. Mucho miedo
- 5. Muchísimo miedo...
- No contesta

9.¿ Te da miedo ver el motor del dentista?

- 1. Sin miedo
- 2. Poco Miedo
- 3. Bastante miedo
- 4. Mucho miedo
- 5. Muchísimo miedo...
- No contesta

10.¿ Te da miedo escuchar el ruido del dentista?

- 1. Sin miedo
- 2. Poco Miedo
- 3. Bastante miedo
- 4. Mucho miedo
- 5. Muchísimo miedo...
- No contesta

11.¿ Te da miedo tener a alguien colocando instrumentos en tu boca?

- 1. Sin miedo
- 2. Poco Miedo
- 3. Bastante miedo
- 4. Mucho miedo
- 5. Muchísimo miedo...
- No contesta

12.¿ Te da miedo sentir que te asfixias?

- 1. Sin miedo
- 2. Poco Miedo
- 3. Bastante miedo
- 4. Mucho miedo
- 5. Muchísimo miedo...
- No contesta

13.¿ Te da miedo tener que ir al hospital?

- 1. Sin miedo
- 2. Poco Miedo
- 3. Bastante miedo
- 4. Mucho miedo
- 5. Muchísimo miedo...
- No contesta

14.Te dan miedo las personas con uniforme blanco?

- 1. Sin miedo
- 2. Poco Miedo
- 3. Bastante miedo
- 4. Mucho miedo
- 5. Muchísimo miedo...
- No contesta

15.¿ Te da miedo que el dentista haga la limpieza de tus dientes?

- 1. Sin miedo
- 2. Poco Miedo
- 3. Bastante miedo
- 4. Mucho miedo
- 5. Muchísimo miedo...
- No contesta

TOTAL:

Resultado nivel miedo dental infantil.....

Rango de puntuaciones:

Sin miedo: Puntuaciones igual 15.

Bajo miedo: Puntuaciones entre 16 – 37.

Alto miedo: Puntuaciones entre 38 a más.

ESCALA DE VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE FRANKL

Ficha No:

Ubicación atención dental



Cita inicial

Tratamiento:

Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera.

I. Definitivamente negativo.

Acepta con dificultad el tratamiento, arisco, lejano, ausente.

II. Negativo

Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece, y se muestra ansioso.

III. Positivo

Ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.

IV. Definitivamente positivo



Cita posterior

Tratamiento:

Rechazo total del tratamiento, grita , llora y no coopera.

I. Definitivamente negativo.

Acepta con dificultad el tratamiento, arisco, lejano, ausente.

II. Negativo

Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece, y se muestra ansioso.

III. Positivo

Ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.

IV. Definitivamente positivo

Anexo N.2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO: INFORMACIÓN

El propósito del consentimiento informado es adquirir el permiso de los padres de los niños participantes de esta investigación para lograr realizar el presente estudio y por medio del mismo sepan el porque van a recibir y llenar el presente cuestionario. Este documento es evaluado por el Comité de Ética de la Carrera de Odontología antes del inicio de la investigación.

El objetivo de este estudio es identificar el Miedo en niñas y niños de 6 a 9 años atendidos en la "UCSG" de Octubre 2014 hasta Enero 2015.

Se le entregara un cuestionario con preguntas a la niña o niño acerca del miedo que siente en ciertas circunstancias al acudir a un consultorio odontológico y cuando está fuera de él.

En las encuestas no se utilizará su nombre ni el del niño o niña por lo que serán totalmente anónimas. Se realizarán preguntas de contestación sencilla.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria , igualmente, puede decidir no participar en la encuesta sin que eso lo perjudique en ninguna forma. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Este trabajo será conducido por Graciela Cecibel Cantos Girón, estudiante de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para su trabajo de titulación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer las preguntas necesarias durante el momento y posterior a la investigación. (0988761740)

Acepto voluntariamente la participación del niño/a _____ en esta investigación. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno. De tener preguntas sobre la participación del niño/a en este estudio, puedo contactar al teléfono 0988761740.

Entiendo que una copia de esta ficha de autorización me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Graciela Cantos al teléfono anteriormente mencionado.

Firma Investigador

Firma Representante

Firma testigo

Fecha

Anexo N.3.- TABLA MADRE ESTADÍSTICA

Paciente	edad	sexo	adler	miedo dental infantil	tratamiento 1	comportamiento frankl	tratamiento2	comportamiento frankl
1	9	f	2	2	profilaxis	4	exodoncia	1
2	7	m	4	3	profilaxis	2	0	0
3	6	m	3	2	restauracion	2	exodoncia	1
4	7	m	5	2	restauracion	2	pulpotomia	3
5	9	m	4	2	profilaxis	3	restauracion	3
6	7	f	5	2	sellantes	3	restauracion	3
7	8	m	3	2		0	0	0
8	9	f	3	2	restauracion	3	0	0
9	7	m	5	2	restauracion	2	exodoncia	1
10	6	m	5	3	restauracion	3	exodoncia	1
11	8	f	2	2	profilaxis	3	0	0
12	9	m	2	2	restauracion	3	0	0
13	7	m	2	2	restauracion	2	pulpotomia	1
14	8	m	4	2	sellantes	3	exodoncia	2
15	9	m	1	3	restauracion	2	exodoncia	2
16	8	f	5	3	profilaxis	3	restauracion	3
17	8	m	3	2	profilaxis	2	restauracion	3
18	7	m	2	2	profilaxis	3	exodoncia	2
19	6	m	3	3	profilaxis	3	exodoncia	3
20	6	f	3	2		0	0	0
21	8	m	3	2		0	0	0
22	7	f	5	2	sellantes	3	restauracion	2
23	7	f	3	2	profilaxis	3	0	0
24	6	f	1	2		0	0	0
25	6	f	4	2		0	0	0
26	8	m	2	2	restauracion	3	exodoncia	1
27	9	m	5	2	profilaxis	3	restauracion	2
28	7	f	2	2	profilaxis	3	restauracion	4
29	8	m	3	2	profilaxis	3	restauracion	3
30	9	m	4	3	restauracion	3	pulpotomia	3
31	6	m	5	2	profilaxis	4	pulpotomia	3
32	8	m	5	2		0	0	0
33	9	m	2	2		0	0	0
34	6	f	2	3		0	0	0
35	7	f	2	2	profilaxis	2	sellantes	3
36	8	f	2	2	profilaxis	3	exodoncia	1
37	7	m	2	2	sellantes	3	restauracion	3

38	6 f	5	2	0	0	0	0
39	8 f	2	2 sellantes	3	restauracion		3
40	7 f	3	2 profilaxis	3	restauracion		3
41	6 f	5	2 restauracion	1		0	0
42	6 f	3	2 profilaxis	3	restauracion		2
43	9 f	2	2 profilaxis	3	restauracion		3
44	7 m	3	1 sellantes	3	exodoncia		3
45	7 f	2	2 restauracion	2	exodoncia		3
46	6 f	5	2 profilaxis	4	exodoncia		1
47	9 f	5	3 profilaxis	3	exodoncia		3
48	6 m	4	2 sellantes	3	pulpotomia		2
49	6 f	1	2 sellantes	2		0	0
50	6 f	5	2	0	0	0	0
51	9 f	3	2	0	0	0	0
52	8 f	4	2 profilaxis	4		0	0
53	8 m	5	2 profilaxis	4	restauracion		3
54	8 f	5	2 profilaxis	3	sellantes		3
55	8 f	5	2 restauracion	3	exodoncia		3
56	9 m	5	3 profilaxis	3	sellantes		3
57	8 m	5	2 profilaxis	2	exodoncia		2
58	7 m	4	2 profilaxis	3		0	0
59	9 f	5	2 restauracion	3	exodoncia		3
60	7 f	3	2	0	0	0	0
61	7 f	5	3	0	0	0	0
62	8 m	2	2 restauracion	3		0	0
63	9 f	4	2	0	0	0	0
64	7 m	3	2	0	0	0	0
65	9 f	5	3	0	0	0	0
66	8 m	3	2	0	0	0	0
67	9 f	5	2	0	0	0	0
68	7 m	1	3 profilaxis	2	exodoncia		1
69	9 f	2	3 profilaxis	1	restauracion		3
70	8 f	5	2 profilaxis	3	sellantes		3
71	9 m	3	2 profilaxis	3	pulpotomia		2
72	9 m	5	2 profilaxis	3	exodoncia		3
73	8 m	5	1 profilaxis	3	sellantes		3
74	6 f	5	2 restauracion	3	exodoncia		2
75	8 m	2	2	0		0	0
76	7 f	5	2 sellantes	3	pulpotomia		1
77	7 m	3	2	0	0	0	0

78	9 f	2	3	0 0	0	0
79	8 f	3	2	0 0	0	0
80	8 f	1	2	0 0	0	0
81	8 f	1	2	0 0	0	0
82	8 f	3	2	0 0	0	0
83	9 f	4	3 profilaxis	2 pulpotomia		2
84	7 m	2	2 profilaxis	3 sellantes		3
85	8 f	1	3 profilaxis	3 exodoncia		4
86	6 f	5	2 profilaxis	3 sellantes		3
87	8 m	2	2 profilaxis	3 exodoncia		3
88	9 f	5	2 sellantes	3 exodoncia		1
89	7 f	5	2	0 0		0
90	7 f	5	2 profilaxis	3	0	0
91	7 m	5	2 profilaxis	3 restauracion		3
92	7 m	1	3 restauracion	3 exodoncia		1
93	7 m	5	2 restauracion	2 exodoncia		1
94	9 f	1	3 profilaxis	3 restauracion		3
95	6 f	2	2 profilaxis	3 exodoncia		1
96	8 f	3	2 profilaxis	3 exodoncia		3
97	6 m	2	2 profilaxis	3 sellantes		3
98	6 m	5	2 sellantes	2 pulpotomia		1
99	9 f	2	2	0 0	0	0
100	7 f	5	2	0 0	0	0
101	9 m	4	2	0 0	0	0

