

881325

4
2g



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

CAMPUS EDO. DE MEXICO

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA INCORPORADO A LA U. N. A. M.

NUMERO DE INCORPORACION: 8813-25

LOS ESTIMULOS AUDIOVISUALES COMO
REDUCTORES DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ANTE LA CONSULTA DENTAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

ADRIANA EZQUERRO SOTOMAYOR
VITA VARGAS CORTES

Ma. Isabel Galguera Martínez
Director de Tesis

Patricia Encina Dieguez
Segundo Revisor

Naucalpan de Juárez, Edo. de México 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
I - LA ANSIEDAD COMO UN ESTADO EMOCIONAL.	5
1.1 El concepto de emoción	5
1.2 Mecanismos de la emoción	10
1.3 Métodos de estudio de la emoción	11
1.4 Manifestaciones fisiológicas de la emoción.	12
1.5 El concepto de ansiedad.	15
1.6 La ansiedad como rasgo y la ansiedad como- estado	19
1.7 Estado de miedo y estado de ansiedad	21
1.8 Estado de estrés y estado de ansiedad.	22
1.9 Manifestaciones fisiológicas de la ansiedad.	24
II - LA ANSIEDAD EN EL NIÑO.	23
2.1 0 a 2 años	27
2.2 Edad Preescolar (3 a 5 años)	34
2.3 Edad Escolar (5 a 12 años)	37
III - LA CONSULTA DENTAL EN NIÑOS	40
3.1 El niño en el consultorio dental	40
3.2 Actitud del dentista	47
3.3 Instrucción a los padres	51
IV - LA ANSIEDAD EN NIÑOS ANTE LA CONSULTA DENTAL.	53
V - LOS ESTIMULOS AUDIOVISUALES COMO REDUCTORES DE ANSIEDAD.	62
VI - INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA ANSIEDAD	78

	Página
VII - METODOLOGIA	87
VIII - RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS	93
GRAFICAS	104
CONCLUSIONES	116
A N E X O	121
BIBLIOGRAFIA	122

INTRODUCCION

En general y a todos los niveles la ansiedad ante la consulta dental se presenta con una frecuencia significativamente alta; y ésta obstaculiza el óptimo manejo del paciente dental, ya que éste puede presentar conductas indeseables como gritar, golpear o retirar la mano del dentista durante el tratamiento, dificultando así la obtención de resultados efectivos como hacer más breve la consulta dental o permitir trabajar al dentista en mejores condiciones logrando tener un mejor desempeño en la labor con el paciente dental.

Por otro lado, el estado de ansiedad que existe en el niño le afecta ya que la ansiedad es un estado displacentero de inquietud, derivada de la anticipación de un peligro, e incluye un incremento en el estado emocional caracterizado por sensaciones de tensión y alteraciones del sistema nervioso autónomo, como una frecuencia cardiaca alta, miosis o midriasis, sudoración e inquietud motora entre otras. Se trata de un estado multidimensional manifestado de diferentes maneras en distintos individuos.

Al ser la ansiedad un estado displacentero puede afectar otras áreas del niño, como la reducción de la efectividad escolar o la irritabilidad por el simple hecho de saber que acudirá al dentista, provocando problemas en el área familiar y social.

El niño presenta ansiedad ante la consulta dental como un mecanismo de conservación o como una defensa ante el dolor que se experimenta, o bien por experiencias desagradables para el paciente, ya sea en consultas anteriores o vividas por otras personas y que son comunicadas al niño. -- También puede presentarse ante el hecho de ser una situación desconocida, pues es relevante la presencia de ansiedad aún sin haber tenido una experiencia dental previa. Es por todo ésto que es muy probable que se presente dicho estado de ansiedad antes de entrar al consultorio dental donde el dentista lleva a cabo el tratamiento.

Por tal razón la presente investigación se planeó con niños que acuden por primera vez al dentista, sin dolor.

Para reducir la ansiedad de los niños ante la consulta dental se propone el uso de estímulos audiovisuales, consistente en imágenes de dibujos animados a colores transmitidos simultáneamente con canciones infantiles a través de la televisión.

La televisión como estímulo audiovisual es un sustento de gran interés para la mayoría de los niños. Diversas investigaciones, no sólo en el extranjero sino en el Distrito Federal de México, han revelado la preferencia de los niños por las caricaturas sobre otros tipos de programas, así como también han revelado los motivos por los cuales los niños ven la televisión siendo primordialmente por hábito y para

evadir situaciones que provoquen ansiedad como es la consul
ta dental.

La presente es una investigación a nivel tanto teórico como práctico, incluyendo en la parte teórica estudios y ca
racterísticas de los estímulos audiovisuales, además de diferentes teorías e investigaciones y mediciones de la ansie
dad.

Otro aspecto teórico importante es la ansiedad en el niño a través de las diferentes edades y las causas y manifestaciones de dicho estado emocional ante la consulta dental. También se incluye un panorama de lo que implica para el niño acudir al dentista, la influencia del consultorio dental, de los padres y del dentista sobre el paciente infantil. Se consideró importante mencionar las causas por las cuales los estímulos audiovisuales son tan significativos y atractivos para los niños, de tal modo que pueden relajar y así decrementar la ansiedad.

La parte experimental consistió en citar una muestra de niños entre 3 y 6 años de edad, que nunca hubieran asistido al dentista y que se presentaran sin dolor a la cita. Dicha muestra formó un grupo control, quienes ingresaron a la consulta dental directamente, y un grupo experimental, quienes antes de ingresar a la consulta dental fueron expues
tos a estímulos audiovisuales por 10 minutos aproximadamente, y luego pasaron con el dentista. Ambos grupos fueron -

equivalentes en el sexo y antes de ingresar en el cubículo dental, se les midió el grado de ansiedad esperando que fuera menor en el grupo experimental.

Para medir la ansiedad se utilizaron 4 pruebas diferentes, ya que una sola no tiene el grado de validez suficiente. Las pruebas utilizadas fueron: Frecuencia cardíaca, -- Test de los colores de Lúscher, Escala ilustrada de analogía y la Presencia de conductas observables que manifestaran -- ansiedad.

El objetivo de este trabajo es reducir la ansiedad que presenta el niño ante la consulta dental, para proporcionar le un mejor tratamiento odontológico y sobre todo procurar la salud mental del sujeto. Además, la consulta dental dejaría -a largo plazo- de ser aquella situación tan amenazante como hasta ahora se ha considerado.

Cabe mencionar lo benéfico que puede resultar la aplicación de la Psicología a diferentes áreas de la salud, en este caso a la Odontología para brindar un bienestar integral (es decir, tanto emocional como físico) al niño.

CAPITULO I

LA ANSIEDAD COMO UN ESTADO EMOCIONAL

En el presente capítulo se delimitan los términos en - que es entendida la ansiedad, con el objeto de partir de un criterio definido. Para ésto se hace necesario entender primeramente el concepto de emoción y sus características.

1.1 El concepto de emoción.

Existe discrepancia entre los autores para definir lo que es la emoción. Se define dependiendo de los intereses, la tendencia y las teorías experimentales de cada investiga dor. La palabra emoción se deriva del latín: e = fuera y mo vere = mover, y así, se ha considerado como un movimiento, - una agitación, una perturbación. Sin embargo ésto confundió el empleo del término emoción. (Cofer, 1982).

El primero en distinguir los componentes psicológicos y fisiológicos de la emoción fue Aristóteles quien denominó respectivamente materia y forma (Puch y Zimbardo, 1977). -- Freud en sus teorías psicológicas enfatiza que el instinto sexual o líbido constituía el motivo final o fuerza psíquica, comentando: "Parece que toda nuestra actividad física - se encamina a procurar placer y evitar dolor", y se decía - que las emociones son descargas de energía cuya manifesta- ción está relacionada con los polos de placer y displacer.-

La emoción también involucra una serie de mecanismos que se manifiestan en una variedad de procesos psíquicos y físicos (Engel, 1962). Titchener reconoció que las alteraciones en el sistema fisiológico de respuesta (pulso, respiración y tensión muscular), estaban relacionados con reacciones emocionales, dichos cambios corporales fueron considerados relevantes en términos de su influencia en experiencias sensoriales reportables (Spielberger, 1972).

Wundt también enfatizó los aspectos fenomenológicos de las reacciones emocionales y consideró las emociones como estados relativamente intensos que podían ser clasificados en base a tres principios: las características cualitativas de las sensaciones de la emoción, la intensidad de dichas sensaciones y la manera como ocurren, si la emoción fue repentina o gradual, si fue persistente o intermitente en cuanto a duración. (Spielberger, 1972).

Duffy (1941) insistió en que la emoción representa una interpretación que el individuo hace de la situación en términos favorables o desfavorables para él.

La teoría de James Lange se interesa por la experiencia de la emoción y acentúa la idea de que es un afecto de procesos corporales alertados por una situación. Concibe la emoción como: "una experiencia consciente y como un afecto de la conducta dada por una situación". (Cofer, 1982).

Se le da prioridad a la teoría de Cannon, quien comentó

que el lugar de las emociones está en el tálamo y que ciertas emociones como la ansiedad, sirven a una función de emergencia al preparar al organismo para enfrentarse a una situación que podría ponerlo en "peligro". Los tipos de cambios serían: salivación, movilidad gástrica, secreción de jugos gástricos y peristalsis, aceleración del ritmo cardíaco aumento de la presión sanguínea, redistribución de la sangre en la musculatura y el cerebro, todo lo cual prepara al cuerpo presumiblemente, para una vigorosa actividad.

Los conceptos relacionados con el fenómeno emocional se encuentran generalmente en teorías del comportamiento y aunque se han propuesto muchas concepciones diferentes de emoción, ninguna ha alcanzado aún un grado suficiente de aceptación, sin embargo la mayoría de los autores parecen considerar las emociones como estados complejos o reacciones humanas caracterizadas por sensaciones o experiencias específicas y por cambios en el sistema nervioso autónomo. Así, en base al concepto de Fernández (1981), concluimos que la emoción es un estado del organismo caracterizado por una serie de procesos fisiológicos aunados a un sistema de interpretación psicológica capaz de expresarse en el exterior como consecuencia de una estimulación. De esta manera, la emoción involucra una serie de factores dentro de los cuales se encuentra:

- A) Intelectual - consiste en una percepción o construcción imaginaria.

- B) **Afectivo** - según el significado o interpretación que se de al objeto percibido puede ser agradable o desagradable.
- C) **Fisiológico** - dentro de las cuales se encuentran variantes del ritmo respiratorio aumentando o disminuyendo su velocidad, rubor o palidez del rostro, alteraciones digestivas, modificaciones secretoras, lágrimas, sudoración, reacciones musculares, puños que se cierran. Como dice Rousset, "El cuerpo entero toma parte de la emoción". (Encina, 1986).

Fernández (1981) menciona que una interpretación psicológica de la emoción es la estimación subjetiva de un lapso temporal.

Por otro lado, las reacciones emocionales no pueden ser definidas como operaciones de estímulo-respuesta únicamente, existen diferencias de personalidad y experiencias pasadas que deben tomarse en cuenta porque disponen a los sujetos a responder a estímulos similares de manera radicalmente diferente. Es necesario enfatizar que en la investigación se toman en cuenta patrones psicológicos y conductuales de la respuesta emocional y todo esto aumenta la dimensión del término emoción creando dificultades para su manejo. Las dificultades en cuanto a las definiciones conducen

al problema de clasificación. Si no existe un acuerdo para definir la emoción tampoco existe un acuerdo en los distintos tipos de emoción, y ésto contribuye a aumentar la dificultad (Puente, 1979).

Otro obstáculo es la medición. Para cualquier investigador en psicología la medición representa una dificultad y para enfrentarse a este problema los investigadores han tratado de efectuar la medición en forma directa e indirecta. La forma indirecta se refiere a la utilización de pruebas - proyectivas, cuestionarios como medidas de la emoción. La forma directa se refiere a las observaciones (cuando se ha hecho previamente una clasificación que permite asignar una puntuación a cada uno de los aspectos clasificados (Encina, 1986). El problema de las mediciones fisiológicas es que - aunque son indicadoras de la emoción, es leve la diferencia ción entre emociones específicas. Como lo menciona Thompson (1973), el problema surge por la dificultad de definir diversas emociones donde se involucran respuestas fisiológicas y el efecto ambiental en la expresión emocional.

El interés de las teorías de la emoción en general ha declinado en los años recientes, pero ha habido un notable incremento en la investigación de emociones específicas - - como la ansiedad (Spielberger, 1972).

Dada la complejidad del fenómeno emocional se justifica la decisión de estudiar emociones individuales en lugar

de emociones en general. Así también se ha incrementado la investigación en las circunstancias y condiciones que producen cambios emocionales específicos, como se muestra en el presente trabajo: La ansiedad.

1.2 Mecanismos de la emoción.

Un problema metodológico es la confusión que existe -- entre la emoción como experiencia subjetiva y la emoción como comportamiento. La experiencia no puede estudiarse directamente, sino por medio de informes verbales de los cuales se obtiene un cuadro relativamente coherente que consiste en una serie de términos que indican que las personas -- pueden ser relativamente consistentes en el uso de tales palabras. La emoción es tanto conducta como experiencia subjetiva, por lo que presenta varios aspectos:

- 1.- Los estímulos antecedentes.
- 2.- Las condiciones y estados fisiológicos.
- 3.- El patrón de comportamiento.
- 4.- Metas de la conducta emocional. El comportamiento puede llevar a escapar de una situación dada y evitar tensiones si la emoción es displacentera como en el caso de la ansiedad.
- 5.- Experiencia consciente. La experiencia subjetiva de la emoción es importante, y se estudia en base al informe verbal del sujeto en el que se busca determinar la emoción de que se trata y su intensidad.

Estos aspectos están íntimamente relacionados. Los estímulos antecedentes causan alteraciones fisiológicas y experiencia subjetiva, así como un patrón de comportamiento, el cual se orienta hacia metas.

1.3 Métodos de estudio de la emoción.

La investigación de las emociones utiliza diversos métodos:

Método experimental: El cual busca producir la emoción en situaciones controladas de laboratorio.

Método de correlación: Se estudia la relación existente entre el proceso consciente y los cambios corporales como la respiración, pulso, presión arterial, y se estudian en el campo, o sea cuando se presentan en forma natural. Este método puede utilizar pruebas psicológicas.

Método introspectivo: Originalmente las emociones se estudiaron por medio de la introspección y se buscó clasificarlas en placenteras y displacenteras. La dimensión subjetiva de las emociones sólo puede investigarse por medio de informes verbales, por lo que tienen un sitio definido en el estudio de las emociones a pesar del peligro de numerosas fuentes de error. (Ardilla, 1981).

Cabe mencionar que la presente investigación hace uso de los tres métodos de estudio de la emoción mencionados, con el objeto de obtener resultados lo más válidos posible.

1.4 Manifestaciones fisiológicas de la emoción.

En el comportamiento emocional toman parte numerosas estructuras neurológicas, entre ellas la corteza cerebral, tálamo, hipotálamo, formación reticular, hipocampo y probablemente otras estructuras del sistema límbico, además de existir también factores endócrinos (Ardila, 1981).

La emoción implica un cambio global del organismo en el que toman parte el sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo, el sistema endócrino y factores aprendidos. La emoción desequilibra el sistema homeostático.

Ardila (1981) retoma la siguiente lista de manifestaciones neurovegetativas que pueden encontrarse en una emoción: cambios en la velocidad cardíaca, variación de la presión sanguínea, vasoconstricción y vasodilatación, cambios de la velocidad, amplitud y regularidad de la respiración, temperatura de la piel, sudoración, alteraciones en el diámetro pupilar, cambios en el funcionamiento digestivo, contracción o relajación de los esfínteres, variaciones en la electricidad del cerebro, cambios en la química de la sangre, la saliva y la orina; así como alteraciones del metabolismo basal. El sistema nervioso autónomo responsable de estos -

cambios está formado por dos partes: el simpático y el parasympático, ambos sistemas son antagónicos y complementarios y en muchas ocasiones los dos actúan como una unidad.

A continuación se presenta un cuadro proporcionado por Roche (1969), de las alteraciones neurovegetativas bajo el influjo de estados emocionales:

	<u>Simpático</u>	<u>Parasimpático</u>
Corazón:	Aceleración del pulso.	Enlentecimiento del pulso.
Respiración:	Aumento de la excitabilidad del centro respiratorio y del volumen.	Disminución de la excitabilidad del centro respiratorio y del volumen.
Metabolismo:	Aumento de la temperatura corporal.	Disminución de la temperatura corporal.
Glándulas Sudoríparas:	Estimulación de la secreción; Sudor frío es <u>es</u> peso.	Inhibición de la secreción; Sudor caliente <u>y</u> fluido.
Glándulas Salivales:	Disminución de la <u>saliva</u> .	Aumento de la saliva.
Ojos:	Midriasis.	Miosis.
Vejiga:	Retención urinaria.	Evacuación de orina.

La excitación del sistema simpático dilata la pupila, acelera la frecuencia cardíaca, provoca dilatación de los vasos capilares superficiales y la constricción de los vasos de las vísceras, secreción de las glándulas sudoríparas, de las suprarrenales, y la inhibición de las glándulas salivales.

La excitación del parasimpático disminuye la frecuen--

cia cardíaca, provoca la constricción de los vasos capilares superficiales y la dilatación de los vasos de las vísceras y provoca secreción salival.

Ardila (1981) comenta que en situaciones de miedo, el estado del individuo es similar al provocado por la epinefrina (de las glándulas suprarrenales) la cual tiene efectos generales sobre órganos que se encuentran influidos directamente por el sistema simpático. En las emociones displacenteras predomina el sistema simpático provocando inhibición en movimientos del estómago, la secreción de jugos gástricos y los movimientos peristálticos, disminuye la secreción de la saliva, lo que produce sequedad en la boca. El colon y vejiga no se vacían normalmente, lo que puede resultar en constipación.

Sin embargo, como compensación se presentan influjos parasimpáticos. En la emoción intensa se presenta sudoración, eracción capital "piel de gallina", el corazón late más rápidamente, y al contraerse los vasos sanguíneos hace que aumente la presión arterial.

A pesar de los trabajos de algunos autores, no se ha encontrado la posibilidad de diferenciar una emoción de otra, basándose en sus correlatos fisiológicos. Lo que se ha encontrado es que el miedo provoca disminución en la respiración, oclusión de párpados, contracción de los labios y llanto (Ardila, 1981).

Por otra parte, las emociones dependerán del hipotálamo, y la formación reticular, y se integran a nivel cortical, pues en toda emoción intervienen factores de la experiencia previa, el organismo interpreta los estímulos internos y externos reaccionando en base a la interpretación. La cultura en que vive el individuo condiciona la expresión de sus emociones así como su experiencia emocional. La experiencia emocional está limitada y organizada por factores aprendidos de un marco de referencia cultural.

1.5 El concepto de ansiedad.

El estudio de la ansiedad se vuelve fascinante gracias a las diversas interacciones de retroalimentación que ocurren entre los sistemas psicológico, biológico y social del individuo. En el presente estudio es necesario definir el concepto de ansiedad ya que es de primordial importancia -- por tratarse de la variable (independiente) en cuestión. Es una labor complicada dada la amplitud en cuanto a las diversas interpretaciones de la realidad de cada sujeto, a su du ración ya que puede variar, y a las diferentes reacciones a nivel fisiológico y conductual que puede implicar.

Tomando en cuenta descripciones relevantes de algunos autores en primera instancia Freud (1941), consideró la ansiedad como: "l**í**bido transformada", agregando que tanto la ansiedad "real" como la "neur**ó**tica" se producían en respues

ta a un peligro para el organismo. "En la ansiedad real la amenaza procede de un peligro conocido exterior a la persona, y la ansiedad neurótica es precipitada por un peligro desconocido". La ansiedad aparece en previsión de un peligro más que como un resultado de él, aunque puede experimentarse la emoción como si el peligro hubiera ya ocurrido. La ansiedad es un factor de temor difuso y desagradable, muchas veces vago acompañado de una o más sensaciones corporales recurrentes según Freud (1941) la consideró. Freedman y cols (1984) agregan que la ansiedad predomina en la infancia y la adolescencia.

Los estados productores de tensión son aquellos que son muy graves para la persona, y que requieren cierta forma de conducta defensiva o adaptativa. Ejemplos son las separaciones, accidentes, diagnósticos de enfermedad, y como agrega Goldman (1987) peligro, dolor, una intervención programada o síntomas vagos.

Por otro lado, de acuerdo con el DSM III (1984) la ansiedad es "aprensión o tensión o inquietud derivada de la anticipación de un peligro entero o externo".

Un estado de ansiedad es "un estado transitorio o una condición del organismo humano que varía en intensidad y tiempo la cual es caracterizada por sensaciones de tensión-subjetivas y percibidas conscientemente como amenazantes y por la activación del sistema nervioso autónomo". (Spiel-

berger, 1972).

Goldman (1987) comenta que la ansiedad es "un efecto o señal que puede motivar al individuo a considerar las posibles amenazas a su integridad psíquica. Sentirse ansioso puede significar que está por ocurrir algo peor".

El término "estado de ansiedad" se refiere a reacciones emocionales complejas que son evocadas en individuos -- que interpretan situaciones específicas como personalmente-amenazantes". (Spielberger, 1972).

Si una persona percibe una situación como amenazante - sin tomar en cuenta la presencia real y objetiva del peligro, se asume que responderá a él con un estado de ansiedad, por ejemplo, presentará un incremento inmediato de la intensidad de un estado emocional caracterizado por sensaciones de tensión y una alteración del sistema nervioso autónomo. La intensidad y la duración de este estado de ansiedad está determinada por la cantidad de amenaza que se percibe y por la persistencia de la interpretación individual o de la situación como peligrosa (Spielberger, 1972).

El nivel de un estado de ansiedad debe ser alto en situaciones que son percibidas por el individuo como amenazantes en respuesta a un peligro. La intensidad de un estado de ansiedad debe ser bajo situaciones no estresantes o en circunstancias donde la situación es percibida como amenazante. En general, la bibliografía experimental de ansiedad

es consistente con la idea de que las situaciones que implican amenaza al sujeto, provocan niveles diferentes de estados emocionales. En personas que difieren en aspectos de ansiedad, una vez que aparece la situación estímulo se asume que se evoca un estado de ansiedad y la intensidad de esta reacción será proporcional al monto de amenaza que tenga la situación para el individuo. La duración del estado de ansiedad depende de la persistencia de estímulo evocante y de la experiencia previa del individuo en circunstancias similares, una persona puede responder a situaciones amenazantes con procesos defensivos que sirven para reducir la intensidad de los estados de ansiedad. Los niveles altos de un estado de ansiedad son displacenteros y sirven para iniciar procesos cognitivos o motores que en el pasado han reducido efectivamente los estados de ansiedad. La ansiedad se presenta en tres niveles: un nivel neuroendócrino, un nivel --visceromotor y un nivel de conocimiento consciente. Generalmente la persona no conoce la causa de su ansiedad, sin embargo experimenta dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas y el sentir que está "nervioso" --o "asustado". (Freedman y cols., 1984).

Winer (1982) agrega que la ansiedad es "un constructo multidimensional manifestado en diferentes maneras entre --distintos individuos". Por lo que se supone que estímulos similares provocan ansiedad a distintos niveles, en duración diferente, con una intensidad variable y manifestada de di-

versas maneras por diferentes individuos dado el aspecto -- psicológico de dicha emoción.

En base a los puntos anteriormente mencionados, para la presente investigación la ansiedad se concibe como un estado emocional displacentero multidimensional derivado de la anticipación de un peligro.

1.6 La ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado.

Es importante diferenciar el carácter que puede tener la ansiedad, ya sea como un estado o como un rasgo de personalidad.

Los estados son pequeñas secciones a lo largo de la vida de una persona. Un estado existe en un momento dado y a un nivel de intensidad particular. Los estados son generalmente transitorios y ocurren cuando se evoca el estímulo -- apropiado y duran el tiempo que la condición evocante persista.

"Las reacciones emocionales son expresiones de los estados". (Spielberger, 1972).

En contraste con la naturaleza transitoria de los estados, los rasgos se conceptualizan como diferencias individuales entre las personas de tendencias específicas para -- percibir el mundo de una determinada manera y/o en disposición para comportarse de manera específica en una regulari-

dad predecible (Spielberger, 1972). Según Campbell (1963) refirió que los rasgos son residuos de la experiencia pasada que dispone al individuo a ver la vida de una manera particular y a manifestar respuestas consistentes.

Los estados de personalidad también reflejan diferencias individuales en la frecuencia e intensidad con que algunos estados emocionales han sido manifestados en el pasado y la diferencia en la probabilidad en que dichos estados serán vividos en el futuro.

Según Spielberger (1972) los rasgos de ansiedad son --propensiones de ansiedad individuales relativamente estables de diferencias en la disposición de percibir un rasgo extenso de situaciones estímulo como peligrosas o amenazantes, y la tendencia de responder a dichas amenazas con estados de ansiedad. Los rasgos de ansiedad son diferencias individuales en la frecuencia y la intensidad de los estados de ansiedad que han sido manifestados en el pasado y con la probabilidad de que dichos estados serán vividos en el futuro.

Para la presente investigación la ansiedad se tomará - en su carácter de estado ya que implican reacciones transitorias del organismo ante una situación amenazante.

En ciertos aspectos los estados y los rasgos de personalidad tienen una analogía con los conceptos de energía cinética y potencial en Física. Los estados como la energía-

cinética se refieren a reacciones o procesos palpables que se dan aquí y ahora en un nivel dado de intensidad. Los rasgos de personalidad, como la energía potencial, representan disposiciones latentes a responder con cierto tipo de reacciones si se presentó el estímulo apropiado. A pesar de que algunas personas son más propensas que otras para estar "ansiosas", este estado no se manifiesta a menos que se presenten las circunstancias apropiadas de lo que estimen (Spielberger, 1972).

En el presente trabajo se trata de la ansiedad como un estado.

1.7 Estado de miedo y estado de ansiedad.

Aunque no se considera de primordial importancia el esclarecimiento de la diferencia entre miedo y ansiedad se proporciona la pequeña y sutil diferencia entre ambos términos.

De acuerdo con Goldman (1989) el uso común ha hecho intercambiables dichos términos además del uso indistinto que hacen los pacientes de ambos; es por ésto que no se hace énfasis en su distinción. Sin embargo se consideró en hacerla distinción ya que da precisión a la conceptualización de la ansiedad.

El DSM III (1984), distingue la ansiedad del miedo por el hecho de anticipar un peligro de naturaleza no aclarada-

que este aparece como respuesta a un peligro o amenaza externa habitual conscientemente reconocida. Las manifestaciones de la ansiedad y el miedo son las mismas e incluyen tensión muscular, hiperactividad autonómica, expectación --aprensiva, vigilancia e investigación atenta del entorno.

Goldman (1987) comenta que el miedo es una señal parecida a la ansiedad y se distingue normalmente de esta, porque en el miedo la amenaza es "conocida" y definida; en la ansiedad la amenaza es "desconocida" y vaga.

La ansiedad difiere del miedo en que este último es -- una reacción a un peligro conocido que suele plantearse la persona. En un estado de ansiedad la persona presenta factores que pueden caracterizarse por las mismas cualidades -- que el miedo (Spielberger, 1972).

Que el estado de ansiedad o de miedo domine, depende -- de las circunstancias, si la reacción se justifica a causa de la situación, se dice que se trata de miedo, si no es -- así, se llama ansiedad (Goldman, 1987).

1.8 Estado de estrés y estado de ansiedad.

La palabra estrés y ansiedad son comúnmente utilizadas intercambiamente por los que investigan el fenómeno de -- ansiedad. Aquí se propone que los términos de estrés y ansiedad deben utilizarse para denotar diferentes aspectos de

una secuencia de eventos temporales que resultan de la evocación de un estado de ansiedad.

La palabra estrés (tensión o sobrepresión) indica el estado del individuo durante los acontecimientos de la vida productores de tensión y después de los mismos (Goldman, -- 1989).

En cierto grado todos afrontamos acontecimientos productores de tensión y reaccionamos a ellos de maneras peculiares según los significados a nivel personal y cultural. La persona que se encuentra en estado de estrés manifiesta una variación de algún patrón establecido de conducta.

El estrés implica una sobrecarga de los sistemas provocando incremento de la actividad con objeto de hacer frente a dicho estrés. Los sistemas biológico, psicológico y social están relacionados entre sí de modo que la sobrecarga de uno hará impacto sobre los otros (Goldman, 1989).

En el presente trabajo el estrés se considera en términos de un desequilibrio de la integridad del organismo que desencadena reacciones psicológicas y/o fisiológicas. De este modo, la ansiedad sería una reacción emocional desencadenada por el estrés presentado ante una amenaza al equilibrio del bienestar o integridad del organismo. El siguiente esquema ilustra lo mencionado:

ESTIMULO	DESEQUILIBRIO	REACCIONES PSICOLOGICAS	
AMENAZANTE	E S T R E S	REACCIONES FISIOLÓGICAS	
		REACCIONES PSICOLOGICAS	EMOCIONES
		Y FISIOLÓGICAS.	

Los estímulos que ponen en marcha los estados de ansiedad se relacionan con el estrés. El hecho de que un acontecimiento provoque estrés o no, depende de la naturaleza del acontecimiento y de los recursos, defensas y mecanismos para enfrentarse a él.

1.9 Manifestaciones fisiológicas de la ansiedad.

La ansiedad, al ser considerada un estado emocional, - implica manifestaciones de tipo fisiológico en las que los investigadores de dicha emoción concuerdan.

La exploración física puede revelar ligera taquicardia que, en adultos no excede generalmente de 100 latidos por minuto, respiración acelerada, cara y cuello sonrojados, -- palmas frías y húmedas, temblor en los dedos y reflejos ten dinosos rápidos. La ansiedad puede despertar síntomas de - un sistema simpático hiperactivo, transpiración, temblor, - diarrea, vómitos y alteraciones de la respuesta pupilar, -- frecuencia cardíaca, frecuencia de pulso y respiración y, - por otro lado, hiperactividad motora.

En el DSM III (1984), se pueden encontrar manifestaciones fisiológicas del miedo que concuerdan con las de la ansiedad como son: transpiración excesiva, temblor, taquicardia, respiración rápida, así como el incremento de la actividad motora.

Muchas personas aprenden diversas maneras de manipular

o controlar la ansiedad mediante caminatas rápidas, audiciones musicales, la práctica de técnicas de relajación muscular, la búsqueda de compañía y actividades distractoras como ver televisión o leer. Por eso es que, la presente investigación se apoya en las audiciones musicales simultáneas a imágenes proyectadas en una televisión.

Por otro lado, Freedman y cols. (1984) afirma que la amenaza conlleva en general a la aparición de impulsos inaceptables relacionados con la agresión, de manera que con el apoyo antes mencionado se eviten dichas conductas.

CAPITULO II

LA ANSIEDAD EN EL NIÑO

Cada niño tiene una personalidad única, un patrón determinado de características y formas de pensar, sentir y relacionarse con otros, así como de adaptarse a su medio ambiente.

La ansiedad es una emoción común a todos los seres humanos, que produce una respuesta fisiológica y psicológica. (Nussen, 1984).

Sin embargo la forma en que un sujeto responde ante -- una situación difícil depende de la naturaleza propia del sujeto. Es decir de la forma en que enfrenta las situaciones que ponen en riesgo su bienestar. Se ha encontrado que hay diferencias en la forma en que los niños manifiestan -- sus emociones. Esto, debido a las diferencias individuales en la susceptibilidad a la ansiedad. Y como es de esperarse la naturaleza de la ansiedad puede cambiar con la edad -- ya que lo que parece amenazante en un momento dado puede no serlo más adelante. Esto puede deberse a las experiencias -- propias del sujeto. Muchos de los temores o grados de ansiedad son adquiridos generalmente de los padres a los hijos, -- es decir, que existe una relación entre la ansiedad de los padres y la de los hijos. "Mucha de la ansiedad de los niños se disipa con el tiempo y una parte considerable de esta persiste en la edad adulta. La que generalmente se pierde-

es aquella que se relaciona con estímulos concretos tales - como objetos y personas; u los que surgen de una situación- que no vuelve a repetirse por lo que se debilita la conexión establecida" (Mussen, 1984).

Existe cierta susceptibilidad a la ansiedad durante -- ciertas edades que cambian en cuanto al tipo de ansiedad, - hay una tendencia en la tónica de los temores que pasa de - los auditivos (2 - 2.5 años) a los especiales, luego a los visuales (3 años) a los auditivos nuevamente (4 - 5.5 años)- y los personales (7 años). (Lewis, 1973).

Las variaciones están sometidas en gran medida a las - diferencias individuales de temperamento, de condiciones am bientales y de la madurez del niño.

2.1 0 a 2 años.

Las emociones aparecen al nacer el hombre y se encuentran vinculadas con motivos y necesidades.

El recién nacido se asusta como primera señal de ansie dad expresando interés o disgusto.

Muchas de las primeras reacciones emocionales funcionan como mensajes que mejoran la probabilidad de superviven cia del infante, ya que expresan tanto necesidades como satisfacciones que vive el recién nacido.

El desarrollo emocional es un aspecto fundamental en la formación de la personalidad. Se comienza a mostrar fuertes emociones desde el nacimiento. En el primer mes de vida el infante ya manifiesta su propio temperamento, está obteniendo una sensación del mundo ya sea amistosa, fría u hostil, a la vez que está evocando respuestas de la gente que le rodea (Papalia, 1985).

John B. Watson (1919), afirma que "los niños nacen con tres emociones principales: amor, ira y miedo, las cuales son respuestas incondicionadas a los estímulos" (Papalia, 1985).

Mientras Sherman (1927), menciona que "los estados emocionales son generalizados en los niños y no son tan específicos como lo suponen los conductistas" (Papalia, 1985).

Por su parte Bridges (1932) señala que "los recién nacidos muestran una emoción (excitación no diferenciada) más tarde llamada Ansiedad y que las emociones de los niños se diferencian a medida que crecen partiendo de lo general a lo específico". (Papalia, 1985).

En 1979 Sroufe, "Considero que de los dos a los tres meses, los niños ya se involucran activamente en su ansiedad, y por lo tanto son capaces de sentir emoción real". (Papalia, 1985).

Mientras René Spits comenta que "en la primera etapa -

del desarrollo no se debe hablar de miedo, sino que se trata de un reflejo con el que el niño reacciona a sensaciones en su interior o a estímulos del medio ambiente" (Papalia, -1985).

En la presente investigación se reconocen las aportaciones de dichos autores ya que de alguna manera todos están en lo cierto tomando en cuenta que por un lado el recién nacido muestra una excitación no diferenciada como es lógico, ya que no está consciente de lo que provoca la excitación y a medida que crece va adquiriendo conciencia y logra reconocer lo que provoca la excitación especificando el estímulo y características del mismo. Por otra parte, está comprobado que en la primera etapa del desarrollo existe un reflejo en el niño que le permite responder a estímulos del medio ambiente y es cierto que entre los 2 y 3 meses el lactante ya se involucra en la ansiedad en el sentido en que de alguna manera responde a necesidades y satisfacciones, y por último las emociones se pueden clasificar en amor, ira y miedo principalmente, ya que éstas de alguna manera engloban las emociones de acuerdo a los estímulos que le pueden llegar a un individuo (niño).

De una u otra manera, la ansiedad es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, es una de las emociones primarias aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer, el lactante no está conscien

te de la naturaleza del estímulo que provoca ansiedad.

El desarrollo emocional se produce mediante la maduración y el aprendizaje.

La ansiedad a la que puede estar expuesto un lactante en los primeros meses de vida, si no se le brindan los suficientes cuidados, es la denominada primitiva, es una especie de ansiedad producida por tensiones corporales.

La ansiedad en el lactante puede producirse cuando el pequeño que aún depende totalmente del mundo que le rodea siente necesidades como son, en primer término, hambre, sed, deseo de calor, así como una postura cómoda y descanso.

Naturalmente estas necesidades se vuelven más intensas si no se satisfacen, ya que el pequeño sólo puede soportar una tensión de necesidad hasta cierto límite, cuando su organismo sufre un agudo estado de carencia el nivel de ansiedad se vuelve más agudo.

La ansiedad en el lactante cumple una función señalada que aparece automáticamente cuando los sentimientos de malestar han alcanzado un grado determinado, el cual, sin embargo, puede ser distinto en cada sujeto.

También surge ansiedad en el infante por ciertos movimientos negativos y hostiles de la madre, los daños así causados, originan varias intensidades patológicas de ansiedad

que destruyen e impiden que afloren los sentimientos inconscientes de seguridad o de desconfianza necesarios para el desarrollo ulterior del niño (Papalia, 1985).

El temor a ser abandonado o no querido temporalmente eleva la ansiedad en el lactante.

Los niños menores de un año se asustan manifestando ansiedad ante los ruidos fuertes, así como ante las personas o cosas asociadas con tales ruidos, también ante la sensación de vacío, movimientos repentinos, destellos de luz, -- personas u objetos asociados con el dolor y con personas, cosas o situaciones extrañas. Con el tiempo algunos de estos temores disminuyen y aparecen otros.

Hacia la primera mitad del primer año hay signos claros de que el niño ahora se percata de una persona como un objeto total. Empieza a imitar a la otra persona y también empieza a mostrar signos de ansiedad cuando se ve frente a un individuo que no le es familiar, es la llamada "ansiedad -- ante los extraños". Este fenómeno fue descrito por Baldwin, 1985. El pequeño parece manifestar signos de ansiedad y la situación más común de peligro que parece despertar ansiedad durante los primeros 18 meses es la amenaza de perder a la madre. La ansiedad, al principio parece desarrollarse de manera automática siempre que el aparato psíquico es abrumado por una serie de estímulos ya sean externos o internos, demasiado numerosos para ser dominados o descargados. - - -

Conforme se desarrolla el yo se produce ansiedad previa a este peligro. Esta ansiedad previa parece actuar como señal que activa todos los mecanismos de que dispone el pequeño para reducir o inhibir la situación de peligro. La ventaja de la señal de ansiedad automática consiste en que es menos nociva, no incapacita y es bastante más sencilla y accesible a la adaptación. (Lewis, 1973).

"La niñez es alegría, risa e inocentes momentos de deleite, también es ansiedad y preocupación, inseguridad y dolor, ira y frustración. La gama de emociones en los primeros años, así como las experiencias que las evocan han alcanzado efectos determinantes en la personalidad". (Papalia, - 1985).

La separación prolongada de la madre puede ser un peligro los primeros años, sin embargo es menos probable que sea tan mutilante para el desarrollo de las relaciones objetivas como lo es de manera inevitable la separación durante el primer año. La presencia tranquilizante implica también una continuidad de cuidados, afectos y respuestas suficientes.

La noción de la madre percibiendo y respondiendo de manera suficiente no quiere decir que la madre deba de manera precisa comprender cada necesidad de su pequeño y satisfacer cada una de ellas con exactitud. El niño aprende lo que son sus necesidades a través de las respuestas aproximadas-

de su madre, y también aprende a tolerar las frustraciones menores a través de las respuestas inexactas o incompletas-inevitables de su madre, sin embargo ésto quiere decir que la madre protege al niño de la ansiedad y responde con medidas suficientes para llenar casi todas las necesidades del pequeño. (Lewis, 1973).

El desarrollo de la capacidad para tolerar frustraciones y movilizar más tarde las defensas contra la ansiedad, depende en parte de la clase y grado de frustración a la -- que está expuesto el infante. Se irán tolerando cada vez -- más las experiencias frustrantes dentro de la capacidad del niño en ese momento ante el retraso de la satisfacción. "La frustración que es real y racional, y no se crea de manera artificial es mejor tolerada por el pequeño, y también facilita la verificación de la realidad. Puesto que el pequeño puede interpretar las frustraciones de la realidad como ataques hostiles contra él mismo, las explicaciones de la realidad de la frustración disminuirán su tendencia a formar -- estas fantasías atemorizantes, reducirán la ansiedad que es -- estas fantasías producen y fomentarán el empleo de procesos -- secundarios lógicos para hacer frente a la ansiedad. Sin embargo el yo del niño suele requerir apoyo adicional cuando la frustración excede a la tolerancia del mismo". (Lewis, - 1973).

El niño de 2 años es susceptible a la ansiedad de separación y muestra signos de ansiedad si la madre lo abandona,

aunque sea temporalmente. En la mayoría de los casos la presencia de la madre está asociada con sentimientos de satisfacción y de carencia de ansiedad en situaciones nuevas o extrañas, la presencia de la madre por lo común reduce la inseguridad y ansiedad, y por lo tanto le permite al niño reaccionar de forma adaptable. Su ausencia desequilibra las respuestas usuales del niño y puede representar una discrepancia del esquema del infante de la manera como deberían ser las cosas. (Lewis, 1973).

En el segundo año, las reacciones de la ansiedad solían ser presentadas principalmente por sonidos, sucesos extraños y el vacío. Los movimientos súbitos y los destellos de luz son menos atemorizantes que antes, pero los temores hacia los animales y las personas u objetos asociados con el dolor se incrementan.

2.2 Edad Preescolar (3 a 5 años).

El desarrollo emocional comienza desde el nacimiento y durante los años siguientes, hacia los tres, es cuando el desarrollo de la personalidad se encuentra en pleno florecimiento, según (Papalia, 1985).

De los dos a los tres años de edad comienza a formarse paulatinamente la conciencia del niño. (Papalia, 1985).

Generalmente las prohibiciones y limitaciones se dictan

bajo amenaza de castigo, provocándose de esta manera sentido de culpa en el niño, así como la ansiedad producida por el castigo por cada desvío que realice de la actitud que se le ha enseñado y que se espera de él.

"En esta fase de desarrollo juega un papel muy importante la generación de ansiedad en el niño, la intensidad con que se imponen las prohibiciones y limitaciones, así como el aspecto que tenga la amenaza o la ejecución del castigo". (Mussen, 1984).

A medida que los niños crecen presentan ansiedad a los peligros anticipados, imaginarios o sobrenaturales. Parece ser que "El desarrollo cognoscitivo del niño, su creciente entendimiento del mundo y el mayor uso de las representaciones y símbolos influye en sus reacciones emocionales y esta circunstancia les permite generar ansiedad". (Mussen, 1984).

Al parecer, alrededor de los tres años de edad se presenta la mayor cantidad de ansiedad. Los niños pueden haber tenido algunas experiencias de ansiedad tales como perderse o lesionarse. También han oído de experiencias desagradables que han tenido otras personas, ya sea en la vida real, o en historias. Ahora saben mucho más y una de las cosas que saben es que existen muchas situaciones, las cuales provocan ansiedad.

Los pensadores freudianos consideran que "la aparición repentina de ansiedad durante los años preescolares resulta

de la ansiedad de los niños respecto a lesiones (complejo - de castración) y de sentimientos de culpa hacia sus padres (complejo de Edipo), todo lo cual les hace presentar ansiedad al ser merecedores de castigo". (Papalia, 1985).

La conducta ambivalente del pequeño en esta etapa requiere un cambio en la actitud de la madre hacia él. En estos momentos ella debería establecer límites para el niño.- (Lewis, 1973).

Durante el tercer año el concepto del pequeño sobre su cuerpo, empieza a tomar una forma reconocible. Se alerta - mucho con una lesión y requiere que le cubran la herida con un artefacto de curación con objeto de ocultar la herida y prevenir la pérdida de sangre.

En esta etapa el niño experimenta de manera creciente, un sentido de individualidad y autocontrol. Erickson ha señalado, que es realmente necesario ser (firme y tolerante)- con el pequeño en esta etapa, con el objeto de que él sea - firme y tolerante también consigo mismo y poco a poco vaya- adquiriendo autonomía. (Lewis, 1973).

Las separaciones, desde luego, son inevitables a veces; el niño tiene en muchos casos que ir al hospital y la reacción ante la separación durante la estancia allí incluye an ansiedad siendo un factor principal la ansiedad de la enfermedad orgánica en sí misma. (Lewis, 1973).

Los procedimientos médicos y quirúrgicos producen una reacción particular en cuanto a ciertas ansiedades. (Lewis, 1973).

"Los niños en esta etapa del desarrollo muestran ansiedad e ira en el momento en que sus padres se marchan, sufren ansiedad aguda frente a los extraños, y manifiestan una conducta depresiva con llanto y aislamiento de la gente, inquietud, hiperactividad, pataleo, conducta regresiva, descontrol de esfínteres y negativa a masticar alimentos sólidos, y trastornos físicos como diarrea y vómito". (Lewis, 1973).

2.3 Edad Escolar (5 a 12 años).

A medida que los niños crecen y pierden la sensación de estar indefensos, muchas ansiedades desaparecen.

Los niños, durante los años medios de la infancia están sometidos a la ansiedad de la misma forma que cualquier otra persona. (Papalia, 1985).

Con frecuencia la ansiedad también implica culpa en el sentido de que los impulsos del niño entran en conflicto con sus estándares internos de lo que está bien o mal. (Lewis, 1973).

La ansiedad está en función de la experiencia directa del aviso paterno acerca de ciertos objetos, sin embargo los niños en esta etapa también tienen ansiedades simbólicas.

cas, por lo general es común ver la ansiedad manifiesta de los niños al iniciarse en la escuela, en ese momento es cuando el pequeño puede concebir la inscripción y el cambio de escuela como una tentativa de los padres para deshacerse de él y teme que ya no los verá posteriormente. (Lewis, 1973).

Por otra parte, a los 5 años de edad existe menos ansiedad ante los animales y la gente, sin embargo existen temores concretos terrenales como son el daño corporal, caídas y ruidos. (Lewis, 1973).

El niño de 6 años de edad presenta ansiedad específica ante un posible daño corporal y heridas. (Lewis, 1973).

El proceso del desarrollo en esta etapa es vulnerable en varios puntos. En general el niño va adquiriendo un nuevo dominio de sus impulsos y de las demandas de la realidad. Sin embargo, a veces ocurre un desequilibrio, las defensas pueden ser muy débiles al principio haciendo que la conducta impulsiva causada por el niño sea inundada por sus propios instintos. En otras ocasiones, las defensas son demasiado rígidas produciendo un niño tímido e inhibido que está movilizando todas las defensas que puede para conservar sus instintos bajo control.

Una causa muy común de ansiedad en esta etapa es la -- originada por la dificultad para controlar los impulsos agresivos. (Lewis, 1973).

Como se puede ver, existe una gran cantidad de factores productores de ansiedad.

A medida que el niño crece manifiesta ansiedad moderada ante los peligros inmediatos y factibles y mucha agresividad ante los sucesos remotos o imposibles. Estas ansiedades remotas por lo común implican una grave lesión física o la muerte.

El niño alrededor de los 10 años presenta ansiedades alejadas de la realidad, puede experimentar realmente un gran nivel de culpa y conflicto.

Cuando el niño amplía sus conceptos de competencia y aprobación social aparecen ansiedades como el perder el prestigio, ser ridiculizado o rechazado por los demás. La ansiedad que se debe a la falta de experiencia y conocimiento desaparece, según transcurre el desarrollo. En esta etapa el sujeto carece de una completa seguridad emocional presentando ansiedad relacionada con la falta de competencia por parte del niño para afrontar una situación. (Lewis, 1973).

A pesar de que mucha de la ansiedad del niño desaparece con el tiempo, una porción considerable persiste en la edad adulta, como la ansiedad que por diferentes causas es manifestada de distintas maneras ante diversas situaciones desde la temprana infancia y durante la adultez.

CAPITULO III
LA CONSULTA DENTAL EN NIÑOS

El odontólogo que atiende pacientes infantiles debe es forzarse por ofrecer un medio agradable para que el niño no se sienta amenazado. La decoración adecuada y una música - relajante en la sala de recepción tiene efectos reconfortantes en el paciente y reduce la frialdad que a menudo se - - siente en una habitación silenciosa y gris.

"El aspecto del consultorio, así como sus anexos, deben ser agradables, la sala de recepción debe ser de aspecto doméstico, un decorado apropiado, con dibujos llamativos que-hagan olvidar al niño que se encuentra en un sitio donde -- probablemente se le va a hacer sufrir". (Bourgoing, 1961).

En un consultorio dental en donde se atienden niños, - es muy importante el apoyo eficiente de las asistentes, ya- que ésto disminuye el periodo de tiempo de la visita dental, y ayuda al manejo del niño. El dentista debe procurar que- el niño no vea sangre, o a adultos o niños con dolor, haciendo que ellos salgan por otra puerta o programando todas las visitas infantiles para el mismo horario.

3.1 El niño en el consultorio dental.

El modelo de comportamiento de un niño está regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla -

por el condicionamiento que recibe al entrar en contacto -- con el medio.

Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños, es desarrollar un modelo de comportamiento que satisfaga -- sus necesidades emocionales y físicas de acuerdo a la situación que se presenta. El cuidado dental es una necesidad física, el que los niños acepten el tratamiento dental depende de la manera en que han sido condicionados.

Este condicionamiento de los niños hacia la odontología se forma primordial en casa bajo guía paterna.

Aunque es responsabilidad de los padres inculcar en -- sus hijos actitudes convenientes hacia la odontología, el -- dentista debe ayudar, proporcionando a los padres la información relacionada a los fundamentos de la psicología infantil en el consultorio dental.

La decisión de permitir a la madre o acompañante adulto entrar al cubículo dental es decisión personal del odontólogo. Esta presencia, en caso de permitirse, no debe interrumpir la comunicación del dentista con el niño. "Existen dentistas que indican que la madre no debe permanecer con el niño mientras este esté recibiendo atención, pues es una influencia obstaculizadora que distrae el procedimiento o la consulta, provocando deterioro en la conducta del niño". (Spencer, 1962).

Con el propósito de controlar la relación odontopediatra-paciente infantil, en la presente investigación se le comunicó a la madre o acompañante que debía permanecer en la sala de espera mientras el especialista revisaba al niño y más tarde se le comunicarían los resultados.

La presencia de ansiedad en el paciente infantil representa para el dentista el principal problema de manejo en el consultorio dental, es por ésto que el odontopediatra debe conocer los diferentes tipos de conducta que puede presentar un niño ante la consulta, ya que ésto le permite al dentista encontrar rápidamente la atención a seleccionar para controlar la situación, y de esta manera hacer más placentera la consulta dental del niño.

De acuerdo a los últimos estudios realizados, se han encontrado seis diferentes tipos de conducta en los niños: Por un lado, el niño que manifiesta una conducta tensa, la cual se caracteriza por un niño dócil y obediente pero sin embargo en el lenguaje corporal muestra ansiedad y tensión. Por otro, el niño que presenta resistencia física, pregunta todo para posponer el tratamiento y presenta timidez ante los extraños y experiencias nuevas. El incooperativo, es aquel niño que manifiesta llanto y comportamiento físico inadecuado. El niño hiperemotivo, es aquel que presenta capacidad limitada de cooperar. El minusválido, es aquel que por algún deterioro mental se niega a cooperar. Y finalmen

te el sobreprotegido, siendo aquel niño cuyos padres anticipan cada necesidad durante todo el tiempo, y el niño se - - acostumbra a tener todo lo que desea presentando conductas de ira.

En general a medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen ansiedad y puede identificarlos. El niño trata de - - ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si no puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensifica su ansiedad y entonces la comunicación con el dentista se vuelve muy difícil.

Por otra parte, es muy importante concientizar a los padres de que no deben tomar a la odontología como amenaza, llevar al niño al dentista no debe implicar castigo, ya que emplearlo así crea indudablemente ansiedad en la consulta dental.

Como es de esperar, un niño que ha sido mal manejado en la consulta dental desarrollará con mayor probabilidad ansiedad a tratamientos dentales. Así como también un niño que ha sufrido dolor en una visita dental previa desarrollará ansiedad a tratamientos dentales futuros. La ansiedad y los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le - -

rodean sin que el niño las haya experimentado personalmente. El niño debe conocer de manera general los procedimientos - que pueden ser aplicados y el aspecto o descripción del - - equipo dental en la primera consulta. El momento adecuado para presentar al niño la odontología es cuando tiene entre 2 y 3 años de edad, ya que en esta edad se trata de un sujeto libre de prejuicios, el cual puede ir formando su propio criterio en base a sus propias experiencias.

La ansiedad que el niño asocia con la odontología es - producida en gran medida por lo desconocido e inesperado, - como puede ser cualquier estimulación precipitada o intensa. El ruido y la vibración de la pieza de mano y la presión -- ejercida al utilizar instrumentos para preparar cavidades - produce ansiedad en el niño, sin embargo si se le explica - el funcionamiento y el procedimiento de cada instrumento es menos probable que el niño se sobresalte ya que de alguna - manera está consciente del porque de los movimientos y del - procedimiento que lleva el tratamiento. Conociendo todos - estos elementos, es posible crear pacientes manejables desde los 2 o 3 años de edad. Es de gran importancia evitar - que los niños escuchen comentarios desagradables de alguna - mala experiencia dental ya que los niños de corta edad son - muy sensibles a la sugestión.

Los niños en el consultorio dental se comportan de - - acuerdo a su propia experiencia y en gran medida a lo que -

han escuchado de una situación similar y generalmente utilizan como defensa todo aquello que en el pasado les haya servido para liberarse de algo desagradable. Si en casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo con el dentista. Santis, comenta: "En el consultorio dental un niño representa cualquier conducta que sea efectiva para él en su casa al querer evitar algo". (Schwartz, 1985).

Para reducir los problemas en el consultorio dental -- con niños poco cooperadores, es conveniente que el equipo dental tome en cuenta:

- 1) Que la sala de espera sea agradable.
- 2) Evitar que sean influenciados por terceros.
- 3) Evitar que presencien una experiencia negativa de un tercero.
- 4) Que el momento adecuado para presentar la odontología es a los 2 y 3 años de edad.
- 5) La necesidad de explicar al niño cada instrumento y -- procedimiento dental.
- 6) La honestidad por parte del odontólogo.
- 7) Recordar que la ansiedad se presenta ante lo desconocido, objetos, ruidos o personas.
- 8) Algunos niños requieren más paciencia que otros.
- 9) Los niños son motivados a cooperar mediante premios.
- 10) La manera como se comporta el niño tiene que ver con su experiencia.

- 11) El manejo conductual del niño comienza con el rapport con los padres.
- 12) El equipo dental debe ser capaz de identificar los inicios de una conducta negativa.

Existen otros factores que debe tomar en cuenta el -- equipo dental, como son el cuidar que el paciente sienta -- que ha perdido control sobre su cuerpo, sus emociones y su capacidad para tomar decisiones. Por otro lado, la espera a la que son sometidos antes de entrar a la sala de tratamiento. A veces es imposible para el dentista mantener un horario exacto de las citas, pero cuando ocurre con regularidad la falta de puntualidad es un factor de ansiedad para el paciente. Desde el punto de vista del enfermo varios -- factores forman parte de esta situación, ya sea para el paciente infantil como para los padres o acompañantes de éste:

- 1) Retrasos constantes, son interpretados a menudo como reflejo de desorganización y deficiencia del consultorio.
- 2) Dan pie al niño, para imaginar "Que le harán".
- 3) Produce el sentimiento de pérdida de control por parte del paciente.
- 4) La calidad del trato por parte del equipo dental.

Tal vez se puede pensar que es muy presuntuoso cuidar tantos factores en el consultorio dental, sin embargo si se toma en cuenta que al invertir tantos cuidados en un paciente desde pequeño, se pueden obtener ganancias inapreciables,

como es el tener pacientes manejables en la consulta dental, sin olvidar el beneficio que obtiene el paciente al terminar su tratamiento en menos tiempo y con menos tensión durante la consulta.

3.2 Actitud del dentista.

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista principalmente, quien debe cooperar plenamente saludando al niño con cordialidad y llevándolo a recorrer el consultorio explicando y haciendo demostraciones con el equipo; después de haber establecido buenas relaciones con el paciente antes de separarlo de la madre, ya que de otra manera el niño puede sentir que lo están forzando a abandonarla.

Muchos odontólogos emplean el ridículo como medio para mejorar la conducta del niño en el consultorio, lo cual es una pérdida de tiempo, ya que el ridículo puede provocar -- frustraciones y resentimientos y de ello puede resultar un aumento de aversión al dentista y por lo tanto a los tratamientos dentales.

El dentista debe estar consciente de los factores psicológicos y sociológicos que forman las actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología en sus pacientes infantiles. "Si se desea tener buenos pacientes infantiles, primero se tiene que educar a los padres; el dentista que -

no lo haga, no está utilizando todos los medios disponibles para el manejo del niño". (Finn Sidney, 1983).

El dentista debe comprender los problemas que intervienen como son, la naturaleza de la ansiedad y por otro lado, estar consciente de como las actitudes de los padres pueden modificar los tipos de comportamiento de sus hijos, para lo cual necesita tacto ya que debe transmitir la información - de manera profesional y adecuada.

Por otra parte, el odontólogo debe comprender el estado emocional del niño y proceder con lentitud para establecer confianza del niño hacia el dentista y al tratamiento - dental.

Si el procedimiento tiene que producir dolor, aunque - sea mínimo, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza.

Se ha demostrado que no es eficaz tratar de convencer al niño para que pierda su ansiedad sin dar evidencias concretas, ya que cualquier razón no explicada inspira ansiedad en el niño.

En caso de reacondicionar al niño, se debe saber lo -- que el niño siente hacia la odontología y por qué lo siente así, ya que cuando se conoce la causa de la ansiedad es más fácil controlarla.

El siguiente paso para el dentista, es familiarizar al

niño con el consultorio y el equipo dental, permitiéndole - que pruebe las piezas del equipo explicándole al mismo tiempo la función de cada parte, como puede ser lámpara, jeringa o pieza de mano. Al establecer esta confianza, el dentista debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y que los conoce.

Es importante tomar en cuenta que en la primera consulta deben realizarse sólo procedimientos menores e indoloros como un diagnóstico, la historia clínica, instrucciones sobre la técnica de cepillado o aplicación de fluoruro de sodio. Es recomendable pasar de procedimientos simples a los complejos, a menos que sea necesario un tratamiento de urgencia. En este caso, como en las demás situaciones, la veracidad del dentista es esencial ya que el niño debe conocer de manera natural, que algunos procedimientos son molestos y que si la molestia es mayor puede detenerse el dentista y luego proseguir de manera que no duela, así el niño siente que ejerce cierto control sobre la situación.

Un niño que llora o grita continuamente no puede escuchar lo que el dentista va a decirle, por lo que es importante lograr que el niño se calle y escuche. Los dentistas al reconocer esta situación ya han ideado diferentes medios para lograrlo, algunos de ellos en ocasiones no son muy agradables para el niño, por ejemplo, en casos que consideran extremos utilizan medios físicos como es colocar suavemente

la mano sobre la boca del niño, indicándole que no es un -- castigo, sino un medio para que el niño escuche lo que se le dice. Mientras el niño se calma, suavemente se le dice que se le quitará la mano cuando pare de gritar y cuando ha dejado de llorar, se le quita la mano y se habla con el niño de alguna experiencia sin relación a la odontología. "Si se utiliza una hora para adiestrar al niño a ser buen paciente, se asegura que el niño será un buen paciente dando resultados positivos". (Finn Sidney, 1983).

Es recomendable para el dentista conocer las siguientes reglas para establecer una adecuada relación Dentista-Niño:

- a) Llamar al niño por su nombre de pila o apodo cariñoso.
- b) Es indispensable, para ejercer el terreno de la clínica infantil, conocer los principios fundamentales de la psicología infantil.
- c) Conocer el medio que rodea al niño, empezando por su familia.
- d) No engañar al niño, ser honesto para ganar su confianza.
- e) Familiarizar al niño con el equipo dental en su primera visita.

Es importante reconocer que "Los niños son más inteligentes y sensibles de lo que muchos adultos creen y si se tratan con consideración y respeto son pacientes manejables". (Spencer, 1962).

3.3 Instrucción a los padres.

En la mayoría de los casos, el comportamiento del niño en el consultorio dental es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él. Puesto que los niños adquieren madurez emocional de sus padres, no se pueden esperar comportamientos emocionalmente maduros de niños que han sido educados por padres emocionalmente inmaduros, por lo tanto el odontólogo debe poner los medios a su alcance para evaluar el ambiente del hogar, el patrón de conducta y las normas de comportamiento.

Al reconocer la importancia que juegan los padres en la consulta dental de sus hijos, es conveniente recomendar a los padres los siguientes puntos:

- 1) Que los padres no expresen sus sentimientos de ansiedad cuando lleven a sus hijos al dentista.
- 2) Instrucción por parte de los padres para no utilizar a la odontología como una amenaza o castigo.
- 3) Enfatizar el valor de tener servicios dentales regulares para formar buenos pacientes y bocas sanas.
- 4) No sobornar a su hijo para que acuda al dentista, ya que ésto significa para el niño que puede enfrentarse a un peligro.
- 5) No prometer al niño de lo que va a hacer o no el dentista.
- 6) No mentir, ya que las mentiras sólo llevan a la decepción y a la desconfianza.

Al reconocer todos los factores que afectan el desenvolvimiento del niño en el consultorio dental resulta fácil aceptar el porque la mayoría de los niños presentan ansiedad ante la consulta dental, ya que como es de esperarse -- tanto el consultorio dental como la actitud de los padres y la del mismo dentista resultan variables difíciles de controlar.

CAPITULO IV

LA ANSIEDAD EN NIÑOS ANTE LA CONSULTA DENTAL

En los últimos años se ha incrementado el interés en los aspectos psicológicos del tratamiento y prevención médica, por ejemplo en la clínica dental infantil específicamente, el cómo tratar con niños comúnmente llamados "dentalmente ansiosos" que se rehusan a aceptar el tratamiento dental.

Investigaciones previas han identificado diversos factores que influyen en el rechazo al tratamiento: en primer lugar ante una situación desconocida, demorar o postergar la primera visita al dentista hasta que la atención o la extracción es necesaria, personalidades más ansiosas, menor tolerancia al dolor y un rango de factores médicos y dentales como el disgusto a los dentistas y a los doctores, consultas dentales o poco frecuentes por parte de los padres o la exposición de otro niño a una "mala experiencia dental". (Williams y cols., 1985).

La etapa preescolar, aproximadamente entre 2 años y medio a seis años, representa un periodo significativo de desarrollo físico y emocional, pues se dan nuevos patrones de comportamiento, contacto social, compañeros y otros adultos incluyendo al dentista. Durante el período preescolar el miedo a los fantasmas y monstruos es mayor por el crecimiento de su capacidad intelectual, y el niño ante esto manifiesta ansiedad llorando, pateando o golpeando al agresor.

Las situaciones de miedo que se encuentran comúnmente en -- los niños es ante el daño físico o de la separación de los padres, de la gente de la que ha aprendido a depender por seguridad. El estímulo que se requiere para atraer la ansiedad de un niño engloba un amplio espectro: ante los ruidos repentinos y fuertes, movimientos inesperados, dolor, - conocer a nuevas personas, visiones u olores inusuales, acudir sólo a lugares o ante conversaciones de adultos sobre experiencias desconocidas; todas las que se pueden encontrar en una visita del niño al dentista. Estos estímulos frecuentemente representan situaciones fuera del dominio de las experiencias de la vida del niño y pueden infundir un estado de ansiedad en él. (Spencer y cols., 1962).

En una investigación realizada por Williams y cols., - (1985), se encontró ansiedad antes de entrar a la consulta dental. Los autores distinguen dos aspectos de la situa-ción: por un lado la ansiedad anticipatoria y por otro lado la reacción incondicionada al estrés del procedimiento. "Si se reduce satisfactoriamente la respuesta de ansiedad en la situación estresante, la ansiedad anticipatoria no necesari-amente disminuirá de manera automática". Los autores ven la necesidad de concentrar las técnicas de manejo de ansiedad específicamente la que presentan los niños tanto dentro como fuera del tratamiento dental y agregan que el nivel de ansiedad anticipatoria es el que determina si el niño pre-senta disponibilidad para asistir a la clínica dental.

La ansiedad anticipatoria con el concomitante incremento en la frecuencia cardíaca, boca seca y demás respuestas fisiológicas, ocurre alguna vez en la vida. La ansiedad es difusa, una aprehensión que se refleja comúnmente en una combinación de disturbios visceromotores y tensiones.

El paciente que presenta ansiedad ante el tratamiento dental pero que se puede proceder con el tratamiento aunque sea con dificultad no es lo mismo que el paciente fóbico, quien impide el tratamiento. La fobia tiene una incapacidad de funcionamiento. De acuerdo con Scott y cols. (1982), las estadísticas establecen que del 8 al 15% de la población presenta fobia ante la consulta dental y otro 85 a 90% de la población aunque no sea fobia, presentan ansiedad antes y durante el tratamiento dental.

Los pacientes "normales" responden a la ansiedad a 3 niveles según Gordon y cols. (1988):

- El primero, es el nivel intelectual de respuesta, y es el nivel más alto. El paciente está dispuesto a aceptar y afrontar las dificultades para alcanzar ciertos resultados benéficos.

- El segundo nivel de respuesta, es el nivel emocional, y comprende diversas respuestas de cólera que aparece en varios grados de resistencia y hostilidad. Esta postura se confirma con lo expresado por Freedman (1984), cuando afirma que "la amenaza conlleva en general a la aparición de im

pulsos inaceptables relacionados con agresión".

No siempre es posible evitar las situaciones que causan ansiedad, la necesidad del cuidado dental es prácticamente universal.

- El tercer nivel de respuesta es "hedónica", y es el nivel más bajo. A estos pacientes les interesa sólo lo propio en términos de aceptar lo que es placentero y rechazar lo que no lo es, sin interesarse por superar o la naturaleza del tratamiento. Ellos aceptan lo que es "cómodo" y rechazan lo que no es así.

Revisando las respuestas de ansiedad, es vital reconocer los signos de crisis que impiden en un paciente ansioso el tratamiento. Según Gordon (1988), el primero es un cambio en la respiración, puede ser irregular. El segundo es un ligero temblor de dientes y mandíbulas, tensión muscular, rigidez en extremidades, y el tercero, es un silencio repentino en un individuo "charlador" o hablar repentinamente en un sujeto "callado"; posteriormente puede presentar movimientos del pie y, por último, el más obvio, una franca declaración de ansiedad por parte del paciente.

Esos son cambios repentinos en la relación entre Dentista y Paciente.

La ansiedad anticipatoria provocada por el pensamiento de la exposición a la "temida" situación dental es más común

que un ataque de ansiedad, el cual puede durar desde algunos minutos hasta varias horas, incluyendo alteraciones fisiológicas marcadas. Los pacientes con desórdenes de ansiedad son más propensos a desarrollar padecimientos circulatorios y cardíacos.

En un estudio realizado en Burlington (Gordon, 1988), el 20% de la población reportó ansiedad ante los dentistas y a la odontología. Dicho estudio reveló que las fobias -- provienen de la persistencia de ansiedades comunes en los niños, las cuales pueden ser aprendidas de otros sin la exposición al objeto temido agregando que "el aprendizaje social puede provocar conductas similares a las fóbicas siendo los padres los mejores maestros".

El paciente ansioso puede comunicar sutil o no sutilmente la ansiedad interfiriendo con la cooperación adecuada del paciente dental. La situación dental es percibida como amenazante.

La psicodinámica principal en la práctica odontológica incluye una aproximación triangular que se refiere por sí misma a un entendimiento de las necesidades del paciente, sus defensas, sus acciones y su ansiedad según comenta Gordon (1988), agregando el reporte de un estudio de reducción de ansiedad en el cual demostró el poder que tiene una experiencia placentera para superar la ansiedad; también el autor refiere una investigación acerca de una terapia basada

en la teoría de que el individuo no puede estar ansioso y relajado a la vez, concluyendo que "la ansiedad puede ser eliminada por relajación.

La práctica del dentista incluye una relación de un gran complejo psicológico entre paciente y dentista. La inhabilidad para entender esta relación es la causa de muchas dificultades y fracasos en la práctica dental. Un tratamiento exitoso debe comprender las metas terapéuticas del propio dentista y para comprender esto, es necesario que el dentista considere no sólo la cavidad oral, sino el estado emocional del paciente.

Gordon y cols. (1988) comentan que el dentista se convierte en cierta manera en "psicólogo", pues es su responsabilidad entender las modalidades psicológicas básicas, pero el entenderlas no convierte en psicólogo al dentista. Sería negativo ignorar los conflictos emocionales y proceder con una experiencia "traumática" la cual el paciente no puede manejar.

Se establece que el dentista debe evitar ser "seductor", debe ser objetivo, introspectivo, y centrar el tratamiento en el paciente. El dentista debe reconocer sus propias motivaciones y estar alerta constantemente de la importancia de tratar al paciente y no a la enfermedad. Para que el dentista no provoque o incremente la ansiedad en el paciente, debe evitar pedirle que tome demasiadas decisiones, debe

ser autoritario pero no arbitrario, sugerir y no insistir, y no prometer más de lo que se puede cumplir. (Gordon y cols, 1988).

Schwartz (1985) comenta que lo importante no es la conducta que presente el niño, sino la ayuda al niño para manejar su ansiedad y sugiere al dentista mostrar al niño la situación dental y explicarle lo que sucede.

Es conveniente revisar las modalidades disponibles para tratar la conducta no cooperativa, las estrategias según Nathan y col. (1982) para el manejo conductual del niño, se pueden dividir en aproximaciones farmacológicas y no farmacológicas. Las farmacológicas consisten en técnicas de sedación intramuscular, subcutánea, inhalada o mediante anestesia general. Las no farmacológicas son:

- 1) Estrategias de comunicación: Distracción, dí-muestra y haz, modelamiento, desensibilización y reforzamiento positivo.
- 2) Aversivas: Control de voz, mano-sobre-boca, y coerción.

- Distracción.

Es una técnica no farmacológica, cuya definición en un contexto odontopediátrico es la siguiente: "esfuerzo intencional para desviar la atención del niño lejos de la situación dental". Por ejemplo, el uso de audífonos o monitores de televisión.

- Dí-muestra-haz.

El dentista explica y demuestra lo que va a suceder.

- Modelamiento.

El dentista muestra con un modelo lo exitoso que puede resultar el tratamiento dental y conductas adaptativas.

- Desensibilización.

La exposición gradual a estímulos dentales incrementando su potencial provocador de ansiedad a un niño "ansioso". Por ejemplo, el dentista va mostrando instrumentos, desde un explorador hasta una inyección.

- Reforzamiento positivo.

Con el uso de reforzamiento positivo mediante recompensas de tipo verbal o material, siguiendo una conducta "deseada".

- Control de voz.

Modulación del tono de voz del dentista durante el tratamiento evocando disgusto ante la presentación de una conducta inaceptable.

- Mano-sobre-boca.

El dentista tapa con su mano la boca del niño cuando emite un comportamiento indeseable, como llorar o gritar.

- Coerción.

El dentista extingue conductas indeseables forzando la realización del tratamiento en contra de la voluntad del niño.

Una vez descrita la clasificación de las modalidades - para tratar la conducta ansiosa incooperativa, cabe mencionar que la "Distracción" se consideró la más útil para el - objetivo del presente trabajo, dado que en primer lugar con - cierne al psicólogo directamente, no siendo así en el resto de las modalidades donde el dentista es quien tiene el manejo de la conducta ansiosa durante el tratamiento. Por otro lado, es una técnica no aversiva, pues si fuera así no haría más que incrementar el monto de ansiedad, en vez de disminuirla; además es útil para la ansiedad anticipatoria o - previa al tratamiento y, dependiendo del tipo de población, se puede variar en un sinnúmero de contenidos. En este caso se tratan de estímulos audiovisuales de "caricaturas o - dibujos animados, con canciones infantiles" consideradas -- como altamente significativas para los niños, sobre todo de 3 a 6 años de edad; edad en la cual es recomendable que ocurra la primera cita al dentista.

CAPITULO V

LOS ESTIMULOS AUDIOVISUALES
COMO REDUCTORES DE ANSIEDAD

La televisión es el medio por el cual se transmite una gran variedad de estímulos audiovisuales, ya que capta la atención del receptor mediante los sentidos de la vista y del oído.

Para los fines de la presente investigación se entenderá como estímulos audiovisuales, las imágenes de dibujos -- animados a colores transmitidos simultáneamente con melodías actuales cantadas por niños a través de una televisión.

La televisión es un compañero familiar de los niños, es un medio que les expone un conjunto complejo de estímulos. Por una parte, al ver televisión, la coordinación de los datos auditivos y visuales, la ausencia de respuestas por parte de quien la ve y la localización fija de la televisión al mirarla, son características que no cambian pero el contenido de los programas varía mucho. Los niños prestan atención a distintos temas, incluso dentro del mismo programa. Para poder entender el impacto que la televisión tiene sobre los niños, es conveniente examinar diferentes aspectos que implican ver la televisión. Como es, en primer lugar considerar la capacidad de los niños para atender y entender lo que ven en la televisión, evaluar la contribución social positiva que la televisión tiene en los niños, y las -

diferencias que existen entre ver la televisión y otras actividades de juego.

De acuerdo a una investigación realizada en 1976 con niños entre 12 y 48 meses, donde se observaba la conducta de los niños mientras veían la televisión mediante un video tape, para poder coordinar sus reacciones con los cambios de tema en el programa, se encontró que tanto en el hogar como en el laboratorio la atención que los niños presentaron a la televisión aumentó con la edad. Los niños de 2 años y medio veían la televisión con mayor frecuencia y atención que los niños más pequeños. Ciertos aspectos del programa suscitaban más atención que otros. Los niños aten dían más cuando en la pantalla había movimiento, muñecos animados, música viva, repeticiones y cambios de auditorio. Se observó también que las historias cortas y sencillas atraían en mayor medida la atención de los niños.

Es bien sabido que el niño al prender la televisión, selecciona el programa que le gusta en función de necesidades e intereses que debe satisfacer, como son la curiosidad, el entretenimiento, el tener temas de conversación para relacionarse, evitar la soledad, evadir problemas familiares o sociales, entre otras cosas. (Fernández, 1986).

La relación del niño y la televisión no se da en el va cío, el niño desarrolla esta relación en base a sus necesidades personales y circunstanciales.

La televisión y sus contenidos forman parte de la experiencia diaria, y precisamente las necesidades que los niños tienen, determina en parte la preferencia de ciertos programas sobre otros. Así mismo, sus inclinaciones parecen ser producto de factores como las preferencias de sus padres y amigos en materia de televisión, la naturaleza de la relación con estas personas, la inteligencia y el grado de ajuste emocional.

En 1976, en el Distrito Federal, se realizó una investigación sobre los programas que prefieren los niños, y mediante un sondeo se encontró que los niños mexicanos prefieren los programas de aventuras y las comedias de situación. Parece que los niños se identifican con personajes que viven en un medio donde todo se puede realizar o viajar a lugares lejanos. Los programas cómico - musicales y las caricaturas les gustan a la mayoría de los niños. (Fernández, 1986).

Dichos niños muestran muy poca preferencia por los programas educativos e informativos.

La televisión es una fuente considerable de entretenimiento para los individuos. Si los padres ven la televisión básicamente para entretenerse y no para educarse, es posible que influyan sobre sus hijos en la preferencia por determinado tipo de programa.

El evitar el tipo de contenido educativo, puede rela--

cionarse con el hecho que si se sitúa el uso entre la recompensa que se recibe y el esfuerzo que amerita por parte del niño, es posible que ciertos programas requieran más energía del receptor. Puede ser también que ciertos contenidos sean más recompensantes para él, viéndose de esta manera reforzado el uso de la televisión en lo que es percibido por el niño como más placentero. (Fernández, 1986).

Existe un intenso interés por parte de los niños pequeños de ambos sexos, por la televisión. Los temas de mascotas, fiestas, diversiones y el hogar, interesan a niños de diferentes edades.

Sin embargo, en términos generales, puede decirse que los niños ven un número considerable de programas para adultos. No existiendo una clara línea divisoria entre los programas que son para adultos y los infantiles. En una escala imaginativa, en un extremo estarían los programas serios, de asuntos públicos o los de tipo dramático que ofrecen una visión de la vida demasiado elaborada para la mayoría de los niños, y en el otro extremo se encontrarían los programas típicamente infantiles, caricaturas, títeres y animales entre otros. Y en medio, una serie de programas de aventuras, misterios policíacos, películas del oeste y de música popular, que atraen tanto a los niños como a los adultos.

En un estudio realizado, se comparó directamente las preferencias por los contenidos de la televisión de los ni-

ños de clase social marginada y los niños pertenecientes -- a la clase alta. Y se encontró que los niños de ambas clases sociales se exponen menos a programas de tipo informativo que a cualquier otro tipo de programación. Las caricaturas tienen un alto grado de preferencia para todos los niños; ésto es de esperarse, ya que aun cuando las clases sociales crean necesidades y expectativas distintas, no dejan finalmente de tratarse de niños, que como tales tienen características similares, no obstante las diferencias socioculturales, ya que a todos los niños les gusta divertirse, todos sienten curiosidad por la vida y todos quieren ver y sentir que hay felicidad. (Fernández, 1986).

Como se ha venido tratando, la preferencia de los niños por la televisión no se da por casualidad, ya que el niño desarrolla esta relación en base a sus necesidades y circunstancias externas.

La influencia de la televisión en el niño depende de - su mundo interior y de la composición específica de su ambiente. Ya que la televisión cumple una serie de funciones en la vida de los niños dependiendo en parte de las expectativas de cada niño.

En la investigación mencionada con anterioridad con -- una muestra de niños del Distrito Federal, se les puso a -- los niños seis funciones que desempeña la televisión, en todas ellas los niños obtuvieron una alta gratificación. En-

orden de importancia se ubicaron hábito, evasión, emoción, interrelación social, aprendizaje y diversión.

La razón más importante por la que el niño mexicano -- del Distrito Federal ve la televisión es por hábito. Es la simple costumbre de ver día a día la televisión, los niños encuentran algo placentero. Si el uso de la televisión es para los niños un hábito, se puede aprovechar este hábito -- para, a través del contenido de los programas, proporcionar le al niño material que pueda satisfacer otras funciones -- como reducir la ansiedad en un momento dado. Por otra parte, dependerá de la familia y la escuela orientar este hábito a los programas que más convengan a los niños. (Fernández, 1986).

El segundo factor en importancia es la evasión. Los niños mexicanos recurren a la televisión como un medio para evadir sus problemas, buscan alivio a frustraciones y obtienen gratificaciones que no han encontrado en la vida real. (Fernández, 1986).

Se ha encontrado que los niños con problemas tienden a refugiarse en el mundo fantástico de la televisión. Los problemas pueden ser familiares, sociales o situacionales, y -- dada esta tendencia resulta relevante el uso de la televisión por los niños para evadir situaciones que les producen ansiedad.

Los niños atraviesan por una serie de crisis durante --

su desarrollo y formación, atraviesan por conflictos con -- sus padres e inclusive con sus amigos, y además la situación económica en la que vive un gran porcentaje de niños - en la ciudad de México provoca serias tensiones familiares, y una manera accesible de huir de su realidad es la televisión.

Lotte Bailyn sugiere "que los medios masivos de comunicación pueden ofrecer un mundo substituto en el que el niño puede escapar de problemas y tensiones de su vida. La energía que resulta de la ansiedad en el niño está dirigida hacia - una distracción temporal de los problemas, solución que no lleva relación con el problema, dicha distracción se trata de la televisión". (Fernández, 1986).

Otra de las funciones por la que los niños ven la televisión es para estar entretenidos. Buscan emoción, suspenso y acción. A los niños les gusta entusiasmarse y experimentar emociones intensas y la televisión en este sentido, parece gratificarles mucho.

Muchos de los programas que se transmiten en la televisión presentan aventuras, acción, emoción, con personajes - que se convierten en héroes y con los cuales los niños se - identifican viviendo intensamente estas aventuras.

Por otra parte, aun cuando los niños no ven la televisión con el propósito de aprender, las situaciones de carác

ter incidental de esta o de algunos de sus contenidos gratifican mucho a la mayoría de ellos. Mas del 70% de los niños reportan aprender "cosas que pasan en el mundo" sobre situaciones que no conocen.

La televisión es un medio gratificante que enseña y divide con un contenido variado. La televisión como estímulo audiovisual combina poca energía invertida y mucha recompensa a cambio.

El servicio de la televisión como instrumento de contacto social, es una función que también gratifica a los niños. Es factible que aunque algunos contenidos gratifican especialmente a ciertos niños, el simple acto de ver televisión sea grato para muchos. Como señalan Katz, Blumer y Gurevitch, "las gratificaciones se derivan por lo menos de tres fuentes: El contenido del medio, la exposición al medio por se y del contexto social que enmarca a dicha exposición". - (Fernández y cols., 1986).

La gratificación que el niño busca del estímulo visual, depende de su nivel preexistente de información, de la naturaleza de sus necesidades y de su adaptación a la vida. Es factible que los programas preferidos de los niños les sean de alguna manera gratificantes a sus necesidades.

Las funciones que cumple la televisión son dinámicas y no estáticas, ya que los productores y transmisores tienen

la oportunidad de cambiar a través del tiempo el contenido de los programas para que las funciones sean más positivas para el desarrollo personal y social del niño.

Muchos programas destinados a los niños o a la familia en general, tienen un claro mensaje social y se ha observado que los niños en edad preescolar que ven programas infantiles con mensajes sociales, manifiestan interacciones más positivas con otros niños, con los adultos, y les ayuda a mejorar su autocontrol.

Como se puede ver, la televisión puede ser de gran ayuda ya que de acuerdo a la posición de los personajes y el contenido de las elecciones que se hacen de los programas, pueden influenciar positivamente la conducta social del niño. La televisión tiene la posibilidad de mostrar a los niños una gran diversidad de estrategias de enfrentamiento y de estilos de vida que pueden proporcionarles eventualmente soluciones para los retos que la vida les presente, como la ansiedad ante la consulta dental. La televisión le proporciona al niño gran diversidad de actividades, de culturas, de estilos de vida, que pueden llegar a considerarse como recursos para vivir mejor.

Por otro lado, la televisión como estímulo audiovisual "es un medio de diversión y entretenimiento, de información e influencia, por lo tanto el uso que el niño haga de este medio puede variar según sus características sociales e - -

individuales". (Fernández y Cols., 1986).

De acuerdo al Dr. Edward Palmer, jefe de investigaciones sobre programas televisivos infantiles, afirma que "todo el tiempo que los niños están mirando la televisión, están formulando hipótesis, anticipando, generalizando, recordando y relacionando con su propia vida y de alguna manera activa viviendo". (Winn, 1981).

De acuerdo a las investigaciones realizadas por el Dr. Palmer, se conoce por medio de las madres de los infantes, que el niño actúa frente al televisor "Como si estuviera en trance", dicen las madres "es capaz de estar frente al televisor horas enteras". A decir de las madres entrevistadas, "Parece que los niños no están completamente dormidos, tampoco están completamente despiertos, se embeben en lo que está sucediendo en la pantalla", se concentran de una manera total y absoluta en lo que están viendo y no le prestan la menor atención a ninguna otra cosa, si se les dirige la palabra mientras ven la televisión no oyen en absoluto, la expresión facial del niño se transforma, el maxilar inferior se afloja y cuelga ligeramente, la lengua se apoya en los dientes de enfrente, los ojos adquieren una mirada vidriosa y vacía, ocasionalmente el niño sale del "trance" -- cuando aparece un comercial, cuando termina el programa o cuando desea ir al baño, pero el obvio efecto de desconcentrarse cuando su rostro asume su estado normal de movimien-

to, no hace sino hacer más profunda la impresión de que el estado mental de un niño de corta edad viendo la televisión es algo parecido al estado de "trance". (Winn, 1981).

El Dr. Brazleton realizó un experimento con niños sentados frente a un aparato de televisión que estaba funcionando, y encontró que los niños estaban completamente quietos, en una palabra enganchados.

Por otra parte, el director educativo de un gran programa televisivo infantil, Gerald S. Lasser, llama a los niños que parecen entrar en trance cuando ven televisión "televidentes Zombies" y dicho director comenta que el ver televisión puede ser el reflejo de una intensa concentración, o de un estado de estupor. (Winn, 1981).

De manera universal, los padres de familia informan -- que el ver televisión induce en los niños un estado de mayor relajamiento, de tal modo que muchas veces lo utilizan para calmar y aquietar a un niño excesivamente activo.

Generalmente, ver la televisión como estímulo audiovisual "representa una actividad que exige concentración mental e induce a un estado mental pasivo, receptivo, de relajamiento, despreocupación, en una palabra tranquilidad". -- (Winn, 1981).

Mientras experimentamos cada uno de los momentos de vigilia, la mente compara, considera, sopesa y verifica confi

riendo significado al material que llega desde el mundo exterior. Es decir, la mente interpreta los datos según los está percibiendo. No podemos dejar de pensar, esta es nuestra actividad mental normal y es algo que hacemos de una manera enteramente automática. Sin embargo cuando nuestra mente está absorta en una experiencia de televisión, recibe datos de percepción, pero las sensaciones de esa experiencia con frecuencia llenan la mente mucho más completamente que las experiencias normales de la vida real. (Winn, 1981).

"En la mayor parte de la percepción normal de televisión, muy poco de pensamiento, interpretación o recuerdo acompaña la función de ver. El vidente está tan completamente absorto en la experiencia de la televisión, especialmente el televidente pequeño que apenas si puede manipular las sensaciones como lo hace con el material de la vida real. La mente recibe las imágenes de la televisión según le van llegando y las almacena intactas. El estado de conciencia cuando se está viendo televisión no está muy alejado del estado de los tomadores de droga cuando describen la "conciencia pura", en la cual la persona está completa y vívidamente consciente de su experiencia, pero no hay procesos de pensamiento, de manipulación, y de interpretación. Las sensaciones llenan la atención de la persona la cual está en un estado pasivo, pero absorta en lo que está ocurriendo, lo cual generalmente se experimenta como algo intenso". (Winn, 1981).

La percepción consciente que caracteriza la manera normal de percibir lo que nos rodea conecta nuestras experiencias por sensaciones con significados, planes y acciones posibles, y no como en el estado de "conciencia pura" común a muchas experiencias con drogas en donde los objetos se experimentan como cualidades de sensación sin interpretación.

Algunas veces ponemos todas nuestras facultades intelectuales en juego cuando vemos televisión. Ciertamente son posibles algunas variaciones en el estilo de ver, y éstas dependen por lo menos en parte, del contenido y valor artístico del programa.

Cierto número de factores de percepción únicos en la experiencia de la televisión como estímulo audiovisual, pueden jugar un papel muy importante en hacer que la televisión sea más fascinante que cualquier otra experiencia indirecta, factores que tienen que ver con la naturaleza de las imágenes electrónicas en la pantalla y con las maneras como el ojo las acepta.

Cuando vemos televisión aceptamos la estructura entera de una imagen con nuestra aguda visión foveal. Digamos que la imagen de la pantalla del televisor nos muestra una habitación o un paisaje montañoso y en la vida real nosotros percibimos únicamente una parte muy pequeña de la habitación o del paisaje claramente con cualquier mirada aislada. En la televisión por el contrario, podemos ver todo el cua-

dro con claridad. Nuestra visión periférica no entra en -- juego para ver una escena, en realidad mientras los ojos se enfocan en la pantalla de la televisión y absorben con claridad, la mente borra por completo el mundo periférico. -- Mientras que en la vida real la periferia distrae y difunde nuestra atención, esa ausencia de la periferia debe servir para agudizar "anormalmente" nuestra atención en la imagen de la televisión.

Otra característica única de la imagen de la televi- - sión es la sorprendente actividad de todos los contornos en la pantalla. Mientras los contornos normales de los objetos y personas de la vida real son estacionarios, el mecanismo electrónico que crea imágenes en una pantalla produce contornos que siempre están en movimiento aunque el televidente apenas si se da cuenta de dicho movimiento. Como el ojo se ve obligado a fijarse más fuertemente en los objetos con movimiento que en los inmóviles, uno de los resultados de la actividad de los contornos de la televisión, es el de hacerlos más atractivos. Y todavía otra consecuencia es la de hacer que el ojo se desenfoque ligeramente cuando fija su atención en la pantalla de la televisión. La razón de - tal cosa es que al ver televisión la actividad visual continuamente cambiante del contorno, hace que el ojo tenga dificultades en fijarse apropiadamente. Ahora bien, en la vida real el ojo no se fija apropiadamente, le es mandada una señal al centro visual del cerebro el cual da los pasos correc

tivos necesarios. "Las investigaciones han demostrado que el desenfocamiento de los ojos acompaña normalmente a varios estados de fantasía y de ensoñación estando despierto". (Winn, 1981). De esta manera, el material que se percibe en la televisión puede adquirir un aire de irrealidad, una cualidad como de sueño. "Esa bien puede ser la razón de la naturaleza como de 'trance' de la experiencia de la televisión en muchos 'teleadictos', y puede ayudar a explicar -- por qué la imagen de la televisión tiene una fascinación -- tan poderosa". (Winn, 1981).

Todas esas anomalías de la percepción pueden conspirar para fascinar al televidente y así atraerlo al aparato de televisión. "Existen variaciones en los poderes acaparadores de la atención de las imágenes del estímulo audiovisual muchas de las cuales dependen de factores tales como la can tidad de movimientos presentes en la pantalla y de la velo cidad con que se realicen los cambios de una imagen a la si guiente". (Winn, 1981).

Como se puede ver, la televisión es un elemento que -- por sus múltiples características capta la atención del re ceptor, de tal manera que el sujeto la utiliza como especie de mecanismo de defensa para enfrentar situaciones difíciles de la vida cotidiana. (Gerald, 1982).

En una investigación realizada en 1967 "se encontró -- que el proveer música aporta un efecto analgésico incremen-

tando en los sujetos la tolerancia al dolor". (Gerald, 1982).

De acuerdo a los estudios realizados en general sobre la televisión, se puede afirmar que la televisión por sí misma es un agente relajador, sedante, "destensionador". Por lo cual se consideró como posible relajador en la consulta dental, apoyada por música, ya que como también se de mostró, la presencia de este elemento incrementa la tolerancia al dolor.

CAPITULO VI

INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA ANSIEDAD

Dado que la ansiedad es considerada una emoción multidimensional, se han utilizado diversas maneras para medirla; desde nombrarla o mencionarla, escalas de conducta, autoreportes, medidas fisiológicas; hasta pruebas proyectivas, el carácter subjetivo y amplio de la ansiedad hace difícil su medición e inexactos los resultados obtenidos por un sólo parámetro. Además, (Winer, 1982) agrega que los resultados de estos instrumentos no siempre presentan una correlación alta con otras medidas de ansiedad o con el perfil de conducta desordenada.

A continuación se mencionan algunos de los instrumentos utilizados para medir la ansiedad entre los cuales se encuentran los empleados en este trabajo, que serán descritos con más amplitud.

Williams J.J. y Cols. (1985) utilizaron la Escala Ilustrada de Analogía que es una escala de autorreporte en la cual se presenta una tarjeta con siete ilustraciones de "caras" que expresan varias emociones que van de placenteras (1) a displacenteras (7), y se pide al niño que escoja el dibujo que mejor represente como él o ella se está sintiendo en ese momento. La consigna es la siguiente: "Señala cómo te sientes ahora". Se registra el número de la "cara" corres-

pondiente a la elección. Así, para considerar presencia de ansiedad se toma en cuenta la indicación 4, 5, 6 ó 7, siendo en orden creciente el grado de ansiedad. Por lo tanto 1, indicaría la ausencia de ansiedad. Es incierto el grado de sensibilidad o validez en relación a otras pruebas, o si se trata de un tipo diferente de ansiedad.

En cuanto a las pruebas proyectivas se encuentra el -- que el niño realice el dibujo de una persona o de otros objetos, encontrándose diversos e interesantes resultados en estas mediciones utilizadas en diversos estudios como el de Baldwin (1966), se observaron cambios en el tamaño de la figura, en la proporción y el sombreado, entre otros rasgos proyectivos que indican ansiedad. Uno de los análisis más completos de dibujo lo presentó Venham L. L. (1979) aportando correlaciones significativas aunque bajas entre el test de la figura humana y el número de variables incluyendo -- edad, medidas psicológicas, evaluaciones directas de ansiedad y el test de dibujo.

El Test de los Colores de Max Lüscher (1986), señala los aspectos claves de personalidad y el nivel o grado de ansiedad y es utilizado por muchos médicos en Europa, pues se ha encontrado que en este test las tensiones aparecen mucho antes que sus consecuencias fisiológicas puedan detectarse, como afirma el autor de la prueba, agregando que el test provee un sistema de "premonición" de los trastornos --

que causan ansiedad en sus primeros estadios, como las disfunciones cardíacas. Dado el reducido tiempo que tiene el médico para su diagnóstico, este test es una forma breve de decir si su paciente presenta algunas señales de ansiedad.- El autor comenta que en el test la "estructura" de un color es constante, y se le define como su "significado objetivo", permaneciendo igual para todas las personas: azul oscuro, - por ejemplo, significa "paz y tranquilidad" y no importa -- que a uno le guste o no el color. La "función" por otra -- parte, es la "actividad subjetiva hacia el color" y esta va ría de una persona a otra y es en ella que se basan las interpretaciones del test; agrega que la psicología funcional son las teorías que relacionan la elección cromática con la psicología de la personalidad.

La preferencia por un color surge, a menudo, motivada por las circunstancias.

El Test de los Colores es un instrumento válido aún en los casos de una visión defectuosa o incluso cuando existe daltonismo. Steinike (1960) demostró la validez del test - en el caso de daltonismo, concluyendo que la discriminación cromática no necesita tomarse en cuenta en este test.

La elección de un color concreto se relaciona somática mente. Si fisiológica o psicológicamente necesita una paz, una paz emocional, un restablecimiento físico y un relajamiento de ansiedad, entonces la respuesta será la elección-

de colores más oscuros. Si el organismo necesita gastar - energía en una actividad externa o en una producción intelectual, entonces la respuesta será la elección de colores - más claros. Los cuatro colores básicos: azul, verde, rojo - y amarillo, representan necesidades psicológicas básicas, - así, en un registro normal del test, deben ocupar el comien - zo de la fila o al menos estar entre los 5 primeros lugares. Cuando ésto no sucede, es señal de alguna deficiencia orgá - nica o psicológica presente; como sería la ruptura de una - homeóstasis causada por la ansiedad. Una necesidad insatis - fecha es un foco de ansiedad. (Max Lüscher, 1986).

El test comprende ocho tarjetas, cada una de un color - con un número diferente al reverso: 0 - gris, 2 - verde, 3 - rojo, 4 - amarillo, 5 - violeta, 6 - marrón, 7 - negro. (La administración que se empleó se explica detalladamente en - la metodología, Capítulo VII).

La manera de calificar para obtener el grado de ansie - dad, Max Lüscher (1986) la explica como sigue:

Cuando uno de los colores básicos se encuentra en uno de -- los últimos lugares de la fila (u orden de elección) ya sea sexto, séptimo u octavo, se considera como rechazo y se le - da el signo menos (-), de modo que si un color básico está situado en el puesto sexto, los colores del séptimo y del - octavo se marcan con (-), y se deben considerar también co - mo rechazos que producen algún grado de ansiedad y se les -

señala además colocando la letra "A" debajo del signo menos. Al marcarlo así, en el registro del test se indica que la ansiedad proviene de un foco de tensión.

El grado de intensidad de la deficiencia real psicológica u orgánica que produce ansiedad, se considera relativamente débil cuando un color básico se halla situado en sexto lugar, y relativamente grave si se halla en el octavo. Para medir la intensidad de ansiedad se colocan signos de admiración a los focos de ansiedad, de acuerdo con las siguientes reglas, también descritas por el autor:

- Cuando un color básico se halla en sexto lugar, se le asigna un signo de admiración (i).
- Cuando un color básico se halla en séptimo lugar, se le asignan dos signos de admiración (ii).
- Cuando un color básico está en el octavo lugar, se le asignan tres signos de admiración (iii).

Como regla adicional, cuando el gris, el marrón o el negro, se hallan en el tercer lugar, se le asigna un signo de admiración (i), si es en segundo lugar, (ii), y si se hallan en el primer lugar se le asignan tres signos de admiración (iii).

En cuanto a las técnicas fisiológicas para medir la ansiedad [existen algunas investigaciones en donde miden las reacciones fisiológicas de los niños ante la consulta dental mediante frecuencia cardíaca, (Howitt, 1967; Howitt y Sticker, 1965, 1970; Lewis, 1958; Melamed y Yurcheson, 1978;

Myers Krames y Sullivan, 1972; Siegel y Peterson, 1980; -- Simpson, Ruzika y Thomas, 1974; Sonenberg y Venham, 1977; - Venham et. al. 1977; Venham, 1979). Índice de sudoración - palmar (Melamed Hawes Heiby y Glick, 1975; Melamed et. al., 1978). Temperatura corporal (Lewis y Law, 1958) y Respiración (Simpson et. al., 1974)]. (Winer G., 1982).

La frecuencia cardíaca es el número de latidos que se presentan por minuto, y es muy susceptible a las distintas emociones que experimenta el individuo, en ansiedad. En un niño de tres años de edad, la frecuencia cardíaca es alrededor de 100 latidos por minuto y en la juventud es alrededor de 90. (Miller, 1979). La postura del cuerpo influye en la frecuencia cardíaca, si un individuo está parado, serán - - alrededor de 10 latidos por minuto más que si está sentado.

Una forma de palpar la frecuencia cardíaca es mediante la impresión táctil, utilizando un sólo dedo, de preferencia el pulgar. El examinador debe sentarse frente al sujeto, quien también debe estar sentado. Con el dedo pulgar se explora la zona antecubital donde se encuentra la arteria braquial, la cual es de las mejores para determinar la cualidad de la frecuencia cardíaca, según Merck (1978). -- Una vez localizada la arteria, se deja sentir la pulsación del sujeto y se prosigue a contar con un cronómetro.

El uso de la frecuencia cardíaca es el método más utilizado y que más información ha aportado. Muchos estudios-

sugieren que la frecuencia cardíaca es muy útil como una medida de ansiedad. Stricker y Howitt (1965) reportaron una correlación de 0.5 entre el promedio de frecuencia cardíaca con las conductas de ansiedad. Muchos investigadores reportan incrementos en la frecuencia cardíaca cuando se espera que incremente la ansiedad. Venham (1979) encontró que el promedio de la frecuencia cardíaca se correlaciona con las medidas de ansiedad.

La frecuencia cardíaca ha sido exitosamente utilizada como variable dependiente en estudios diseñados para alterar niveles de ansiedad según comenta Winer (1982), agregando que "la frecuencia cardíaca y la ansiedad pueden utilizarse intercambiabilmente".

Algunas de estas medidas pueden ser útiles a pesar de que es difícil evaluar los resultados. A pesar de que las evidencias son confusas existen relaciones entre manifestaciones diferentes de ansiedad y la consulta dental. (Winer, 1982).

Cuando se habla de instrumentos para medir la ansiedad se ha encontrado que los resultados de diferentes mediciones presentan una correlación débil entre sí. Se carece de evidencia clara de la alta correlación entre mediciones fisiológicas y entre estas medidas y las conductuales. La frecuencia cardíaca generalmente aporta resultados marcadamente similares a aquellos obtenidos mediante observaciones --

conductuales. (Winer, 1982).

Algunos investigadores han calculado las correlaciones entre medidas fisiológicas y conductuales, obteniendo las correlaciones entre medidas fisiológicas y conductuales, obteniendo generalmente datos útiles. Cabe mencionar que las relaciones aparentemente fuertes entre ansiedad y frecuencia cardíaca encontradas por Venhan (1972), fue cuando los sujetos eran pequeños. Por ésto y lo mencionado anteriormente se considera que la frecuencia cardíaca es una medida valiosa de ansiedad para el objetivo del presente trabajo - además de la ventaja de requerir un mínimo de tiempo (30 sg.) para su registro y de proporcionar datos objetivos (latidos por minuto).

Por otro lado, en cuanto a las medidas conductuales se refieren a conductas observables que indiquen ansiedad incluyendo manifestaciones de tipo fisiológico como la alteración de la respiración, transpiración excesiva, temblor, palidez o ruborización, alteración pupilar, erección capilar, inquietud motora y llanto; o bien el mencionar un estado de sagradoble o un "estoy nervioso" o "me siento mal", por ejemplo.

Cada uno de los tipos de medidas parecen representar - en forma útil y válida la presencia de ansiedad en el niño, a pesar de que en ocasiones se presentan problemas con el uso de cualquier método dado. Sale a la vista la pregunta-

de qué método es preferible. Los investigadores generalmente utilizan una variedad de instrumentos citando una razonable baja correlacional entre las medidas de ansiedad y la idea de que "la ansiedad es un constructo multidimensional" manifestado en diferentes maneras entre distintos individuos (Winer, 1982). Es por esto que en el presente trabajo se utilizaron cuatro diferentes instrumentos para medir la ansiedad: La frecuencia cardíaca, Estala ilustrada de analogía, Test de los colores de Lüscher, y las Conductas de ansiedad, dada su aplicación y su diferente punto de partida para llegar a un sólo objetivo: Medir la ansiedad.

CAPITULO VII

METODOLOGIA

Problema:

La influencia que tienen los estímulos audiovisuales - sobre la ansiedad de los niños, ante la consulta dental.

Hipótesis nula:

Los estímulos audiovisuales no reducen la ansiedad de los niños ante la consulta dental.

Hipótesis alterna:

Los estímulos audiovisuales reducen la ansiedad de los niños ante la consulta dental.

Variable independiente:

Los estímulos audiovisuales.

Variable dependiente:

La ansiedad de los niños ante la consulta dental.

VARIABLES EXTRAÑAS:

Nivel socioeconómico, sexo e inasistencia a la cita.

Definiciones operacionales:

Estímulos audiovisuales.- Imágenes de dibujos animados a colores, transmitidos simultáneamente a melodías actuales cantadas por niños a través de una televisión.

Ansiedad.- Estado emocional displacentero multidimensional derivado de la anticipación de un peligro.

Diseño experimental:

Se citó a una población de 34 sujetos para ser distribuidos equitativamente en cuanto a sexo, en dos grupos: un grupo control y un grupo experimental.

Sujetos:

De los 34 sujetos citados acudieron 21, de los cuales fueron 4 de sexo femenino y 6 de sexo masculino para el grupo control; y 5 de sexo femenino así como 5 de sexo masculino para el grupo experimental. Para todos los sujetos el rango de edad fue de 3 a 6 años, con un nivel socioeconómico medio y no habían acudido con anterioridad al dentista, además de no haberse presentado con dolor a la consulta dental. Todos los niños pertenecían a la misma escuela.

Situación experimental:

El experimento se llevó a cabo en la Sala de Espera de un consultorio dental particular y las mediciones se efectuaron en un Despacho independiente, y ambos lugares ubicados aparte del cubículo dental propiamente dicho, donde fueron revisados por los dentistas.

La Sala de Espera tenía sillas suficientes para la población citada, de un lado se encontraba la televisión (que para el caso del grupo experimental estaba funcionando proyectando los estímulos audiovisuales).

El Despacho era una pequeña habitación (con puerta y una ventana con las cortinas translúcidas -de color blanco-

cerradas). En este lugar se encontraba una mesa "pequeña", de baja altura, adecuada para los niños, y dos sillas de -- las mismas características (una para el niño y otra para el experimentador).

Ambos lugares estaban adecuadamente iluminados y venti lados. Se calcularon 20 horas de trabajo experimental, repartidas en 6 sesiones.

Procedimiento:

- Se citaron 34 niños con las características ya mencionadas, con una semana de anticipación, con el objeto de ser diagnosticados odontológicamente por un especialista. La cita se hizo mediante circulares en la escuela a los padres de los niños. El acuerdo fue con una escuela particular mix ta ubicada cerca del consultorio dental, estando la direc-- ción a cargo de psicólogos.

Se contó con la colaboración de una odontopediatra y un odontólogo, con el fin de hacer efectiva la consulta dental.

- Una examinadora atendió y recibió a los padres o a la persona adulta que acompañaba al niño, llenó cada ficha de identificación con el nombre, sexo, edad y motivo de consul ta. (Ver anexo en la hoja de registro). Controló que de un lado de la Sala de Espera permanecieran los padres y del -- otro lado los niños, constatando la presentación de los es- tículos audiovisuales y el tiempo de exposición para cada ni ño (10 minutos); y regulando el ingreso de cada niño a la - evaluación, en caso del grupo experimental.

Para el grupo control, la televisión estuvo sin funcionar y así la espera también fue de 10 minutos para cada niño. Se estimó conveniente este tiempo, dado que a juicio del cuerpo odontológico es el que frecuentemente esperan los pacientes.

- Pasados esos 10 minutos, se conducía al niño al Despacho y se registró primero la frecuencia cardíaca, después se aplicó la Escala Ilustrada de Analogía, luego el Test de los Colores de Lüscher, y simultáneamente se observaron las conductas manifiestas de ansiedad. Esta última medición comenzó desde el ingreso del niño al Despacho hasta su ingreso al cubículo dental propiamente dicho, donde fue atendido cada niño por el cuerpo odontológico. Las mediciones las efectuó otra experimentadora, anotando los datos en la "Hoja de Registro". (Ver Anexo).

- Una vez terminada la revisión dental, los padres o la persona que acompañaba al niño acudió al cubículo dental con el fin de que se les proporcionara el diagnóstico dental por escrito, ya que éste se requirió en la escuela correspondiente.

Instrumentos utilizados:

En primera instancia se registró la frecuencia cardíaca en pulsaciones por minuto. Con el objeto de reducir el tiempo de medición, se tomó por 30 segundos y se multiplicó por dos; cabe hacer notar que los investigadores inclusive, toman únicamente 15 segundos y los multiplican por cuatro.

Estando sentados tanto el niño como la experimentadora, esta última localizaba la arteria branquial en la zona antecubital de la "muñeca" del niño, colocando su dedo pulgar y contando el número de pulsaciones dentro de 30 segundos con un cronómetro que sostenía con la mano izquierda (la otra mano). Los latidos o pulsaciones se anotaron en la ficha de cada niño.

Después se aplicó la Escala Ilustrada de Analogía, consistente en presentar al niño una tarjeta con siete ilustraciones de "caras" que exponen varias emociones (que iban de placenteras a displacenteras) y se le pidió que escogiera el dibujo que mejor representara como él o ella se estaba sintiendo en ese momento, diciéndole: "Señala cómo te sientes ahora", y se registró en su ficha el número de la "carta" señalada.

Se prosiguió con la aplicación del Test de los Colores de Lüscher, que incluye ocho tarjetas, cada una de un color diferente que al reverso tienen un número: 0 - gris, 1 - azul, 2 - verde, 3 - rojo, 4 - amarillo, 5 - violeta, 6 - marrón, 7 - negro; las cuales se colocaron desordenadas frente al niño. Se le indicó la consigna, la cual es como sigue: "Trata de ver estos colores exclusivamente como colores, sin relacionarlos con otras cosas. ¿Cuál de ellos te gusta más?". Se recogió la tarjeta elegida y se repitió la operación siete veces más, registrando en la ficha del niño los números del reverso de las ocho tarjetas, en el mismo orden que fue la elección.

En cuanto a las conductas manifiestas como medida, se refieren a comportamientos observables que indiquen ansiedad, los cuales incluyen aspectos fisiológicos como alteración de la respiración, transpiración excesiva, temblor, palidez o ruborización del rostro, alteraciones del tamaño pupilar, llanto y el incremento de la actividad motora. Dichas medidas se registraron en la misma ficha y se observaron durante el periodo de medición. Como se puede observar se utilizaron diversas mediciones de diferentes tipos para obtener, por medio de distintos instrumentos de medición, los resultados esperados y enriquecerlos mediante el análisis pertinente de los datos obtenidos en cada grupo y con cada instrumento.

Dada la clasificación de las maneras como se puede medir la emoción (Capítulo I), se utilizaron los dos tipos de instrumentos. Por un lado la forma directa por la observación de conductas manifiestas de ansiedad y por la frecuencia cardíaca, y por otro lado la forma indirecta por la utilización del Test de los Colores de Lüscher y la Escala Ilustrada de Analogía.

En el Capítulo I, también se comentó el obstáculo que implica la medición de una emoción dado su carácter subjetivo y con el fin de superar dichos problemas se emplearon varios instrumentos y con distintas características, además de tener en común la cualidad de poder ser aplicadas en un periodo temporal breve para no afectar en ningún sentido el grado de ansiedad del niño durante la medición previa a la consulta dental.

CAPITULO VIII
RESULTADOS Y
ANALISIS DE RESULTADOS

Como se puede observar en la Tabla de Resultados Obtenidos, la media en cuanto a la edad de los sujetos del grupo control es de 4 años, 2 meses, y del grupo experimentales de 4 años, 3 meses, encontrándose una diferencia de sólo un mes entre ambos grupos. Lo que demuestra que los resultados obtenidos no se pueden explicar en base a la edad de los sujetos, dado que ésta es equivalente en ambos grupos.

Por otro lado, el sexo de los sujetos fue equivalente en ambos grupos como se registra en la Tabla de Resultados Obtenidos, ya que fueron 4 sujetos de sexo femenino y 6 de sexo masculino los que integraron el grupo experimental, -- por lo que no existe predominancia de algún sexo y se considera que el incremento de ansiedad manifestado en el grupo control no se explica por la diferencia de sexos.

Se observa que la frecuencia cardíaca más alta del grupo experimental fue de 108 latidos por minuto, no alcanzando a la más baja del grupo control de 110, lo cual indica una diferencia significativa de ansiedad manifestada en la frecuencia cardíaca entre ambos grupos. (Gráfica No. 1).

En la Tabla de Resultados Obtenidos sobresale el hecho de que ningún sujeto del grupo experimental alcanzó 7 ó 6 unidades de ansiedad de la Escala Ilustrada de Analogías. -

Sin embargo se puede observar que un sujeto del grupo control (el VII), presentó una unidad de ansiedad de dicha escala a pesar de haber manifestado ansiedad en otras mediciones; probablemente ésto se debe a que respondió al azar o a la vulnerabilidad de la prueba por no haber entendido las instrucciones, o porque los estímulos no sean lo suficientemente fuertes para provocar una respuesta que manifieste la ansiedad presente.

Ningún sujeto del grupo experimental alcanzó 6 ó 7 unidades de ansiedad (puntuación máxima alcanzada por el otro grupo) del Test de los Colores de Lüscher. Además ningún sujeto del grupo control presentó 0 ó 1 unidad de ansiedad de dicho test, como se puede ver en la Tabla de Resultados Obtenidos.

Por otro lado, en el 80% de los sujetos del grupo experimental se observó la ausencia total de Conductas de Ansiedad y en el 90% de los sujetos del grupo control se presentó al menos una, lo cual deja ver una relevante diferencia de ansiedad manifestada en Conductas de Ansiedad entre ambos grupos. (Ver Table de Resultados Obtenidos y Gráfica 4).

Es notoria la elevación de los datos de la ansiedad manifestada por el grupo control respecto al grupo experimental en la Frecuencia Cardíaca, en la Escala Ilustrada de Analogías, en el Test de los Colores de Lüscher y en las Conductas de Ansiedad. (Gráficas Nos. 1, 2, 3 y 4). Dicha -

elevación proporciona información positiva respecto a lo es
perado.

Se observan resultados disparados en los sujetos II y VIII del grupo control, y VII del grupo experimental, lo -- cual puede deberse a que la ansiedad es multidimensional -- pues se manifiesta de diferentes maneras en distintos individuos, como se mencionó en el Capítulo II. De estos 3 sujetos, 2 de ellos presentaron la discrepancia en la Escala Ilustrada de Analogía, la cual es muy sensible como ya se -- comentó. Estos resultados se muestran en las Gráficas Nos. 5 y 6.

Se esperaba que en el grupo experimental la ansiedad -- manifiesta fuera inferior a la del grupo control y esto, no sólo se logró sino que en algunos casos se redujeron hasta -- (0) desapareciendo las Conductas de Ansiedad, esta afirma -- ción se puede ver en la Gráfica No. 4.

Se observan diferencias significativas entre las medias de ambos grupos en las diferentes mediciones:

En Frecuencia Cardíaca: 28 latidos por minuto.

En la Escala Ilustrada de Analogía: 2 unidades de ansiedad.

En el Test de los Colores de Lüscher: 2.5 unidades de ansie --
dad.

En las Conductas de Ansiedad: 1 conducta de ansiedad.

Encontrándose siempre mayores puntuaciones en el grupo con --
trol.

Estas diferencias entre las medias se pueden observar en las medias obtenidas, las cuales se muestran en la Tabla de Resultados.

Por otra parte, "el coeficiente de correlación indica el grado en que los puntajes en una de las variables mantiene en relación lineal sistemática con los puntajes de las otras variables". (Magnusson, 1969).

En este caso las variables son: 1) Frecuencia Cardíaca, 2) Escala Ilustrada de Analogía, 3) Test de los Colores de Lüscher, 4) Conductas de Ansiedad. Por lo tanto el coeficiente de correlación viene a ser el coeficiente de una variable en relación al coeficiente de las demás. (Levin, 1979). Encontrándose una correlación positiva moderada entre la frecuencia cardíaca y cada una de las otras tres mediciones del grupo control. Es decir, que el coeficiente obtenido en la frecuencia cardíaca y las otras tres mediciones del grupo control mantienen una relación moderadamente proporcional. Así como entre la frecuencia cardíaca y la escala ilustrada de analogía y el test de los colores de Lüscher. No así con las conductas de ansiedad, en este caso la correlación fue positiva pero débil, probablemente debido a que la ansiedad se redujo hasta cero en las conductas de ansiedad y aunque la correlación sea débil el resultado de dicha medición fue la esperada en un grado bastante elevado.

Es necesario mencionar que el grado de correlación - -

depende del coeficiente obtenido en cada variable. (Esto en función de una tabla previamente establecida).

Las correlaciones oscilan entre 0.90 y 0.84, lo cual representa que en su mayoría las correlaciones fueron positivas, mostrando cierta proporción en los coeficientes de una variable en relación con las demás, lo que demuestra la utilidad de haber aplicado cuatro mediciones. Todo esto se puede observar en la Tabla de Cálculos y en las Gráficas 7 a la 12.

Por otro lado, se mencionó con anterioridad la clara diferencia entre las medias de cada medición en ambos grupos y esta se comprobaba en las pruebas de hipótesis realizadas. (Tabla de Cálculos). Con una confiabilidad de 99.5% (bastante alta), donde se confirma la hipótesis alterna en que los estímulos audiovisuales reducen la ansiedad del niño ante la consulta dental, encontrando una mayor diferencia entre ambos grupos (Control y Experimental) en la ansiedad manifiesta, en Frecuencia Cardíaca en primer lugar, en las Conductas de Ansiedad en segundo, en el Test de colores de Lüscher en tercero, pero no fue así en la Escala Ilustrada de Analogía. Sin embargo la hipótesis alterna ya mencionada se sigue confirmando con una confiabilidad de 99% (muy alta). Probablemente esto sea debido a que la escala en cuestión es muy sensible, tal vez porque el sujeto no entendió las instrucciones, o por contestar al azar. (Y esto posiblemente por una especie de "bloqueo" por la misma ansiedad presente, ya que ésta se manifiesta en otras mediciones).

TABLA DE RESULTADOS OBTENIDOS

GRUPO CONTROL

SUJETO	SEXO	EDAD (Años, Meses)	FREC. CARD. (Lat./Min.)	ESCALA ILUSTRADA DE ANALOGIA (Unidades de Ansiedad)	TEST COLORES LÜSCHER	CONDUCTA A.
I	F	5,0	110	4	4	1
II	F	5,2	112	6	5	0
III	F	4,4	118	4	6	1
IV	M	5,3	120	7	6	1
V	M	4,0	120	7	7	1
VI	M	4,7	123	4	4	2
VII	M	5,1	124	4	3	1
VIII	F	3,8	133	1	2	3
IX	M	5,1	136	7	7	1
X	M	3,9	137	2	3	1

GRUPO EXPERIMENTAL

SUJETO	SEXO	EDAD (Años, Meses)	FREC. CARD. (Lat./Min.)	ESCALA ILUSTRADA DE ANALOGIA (Unidades de Ansiedad)	TEST COLORES LÜSCHER	CONDUCTA A.
I	F	4,1	86	1	0	1
II	F	4,3	88	3	1	0
III	M	4,5	92	3	2	1
IV	M	3,7	92	1	4	0
V	M	5,2	94	3	2	0
VI	F	5,4	96	1	0	0
VII	F	3,6	98	1	5	0
VIII	M	3,9	102	5	2	0
IX	F	5,1	103	2	3	0
X	M	3,6	108	4	3	0

TABLA DE CALCULOS

Fórmulas utilizadas.

Media:
$$\bar{X} = \frac{X_1 + X_2 \dots X_n}{N}$$

Desviación Estándar:
$$S = \sqrt{\frac{\sum_{n=1}^n (X_1 - \bar{X})^2}{N}}$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{n_1 S_1^2 + n_2 S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

Al revisar diferentes métodos estadísticos, se encontró que la t de Student es el modelo adecuado a la investigación proporcionando la mejor herramienta para agrupar la información, ya que las características del proyecto cubren las siguientes condiciones:

- Presenta una muestra menor de 30 sujetos.
- Las observaciones son independientes entre sí.
- Las observaciones se realizaron en una población distribuida normalmente. (Siegel, 1985).

t de "Student":
$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

Correlación:
$$r = \frac{\sum XY}{\sqrt{(\sum X^2)(\sum Y^2)}}$$

Pendiente:
$$m = \frac{N \sum(X_1 Y_1) - (\sum X_1)(\sum Y_1)}{N \sum(X_1^2) - (\sum X_1)^2}$$

Corte con Eje y
SI $X = 0$:

$$b = \frac{(\sum X_1^2)(\sum Y_1) - (\sum X_1)(\sum (X_1 Y_1))}{N \sum (X_1^2) - (\sum X_1)^2}$$

Corte con Eje y
SI $Y = 0$:

$$a = \frac{-b}{m}$$

$$Y = mx + b$$

TABLA DE CALCULOS

(Continuación)

GRUPO CONTROL

	FREC. CARD. Y_1 (Lat./Min.)	ESCALA I.A. X_1 (Unidades)	T. COLORES X_2 (Unidades)	CONDUCTAS A X_3
MEDIA	$\bar{X} = 123.3$	$\bar{X} = 4.6$	$\bar{X} = 4.7$	$\bar{X} = 1.2$
DESVIACION ESTANDAR	$S = 8.93$	$S = 2.01$	$S = 1.68$	$S = 0.75$
SUMATORIA	$\Sigma = 1235$	$\Sigma = 46$	$\Sigma = 47$	$\Sigma = 12$

	$\frac{Y_1^2}{\Sigma}$	$\frac{X_1^2}{\Sigma}$	$\frac{X_2^2}{\Sigma}$	$\frac{X_3^2}{\Sigma}$	$\frac{X_1 Y_1}{\Sigma}$	$\frac{X_2 Y_1}{\Sigma}$	$\frac{X_3 Y_1}{\Sigma}$
SUMATORIAS	152827	252	249	20	5611	5761	1510

GRUPO EXPERIMENTAL

	FREC. CARD. Y_2 (Lat./Min.)	ESCALA I.A. X_4 (Unidades)	T. COLORES X_5 (Unidades)	CONDUCTAS A X_6
MEDIA	$\bar{X} = 95.9$	$\bar{X} = 2.4$	$\bar{X} = 2.2$	$\bar{X} = 0.2$
DESVIACION ESTANDAR	$S = 6.68$	$S = 1.36$	$S = 1.54$	$S = 0.4$
SUMATORIA	$\Sigma = 959$	$\Sigma = 24$	$\Sigma = 22$	$\Sigma = 2$

	$\frac{Y_2^2}{\Sigma}$	$\frac{X_4^2}{\Sigma}$	$\frac{X_5^2}{\Sigma}$	$\frac{X_6^2}{\Sigma}$	$\frac{X_4 Y_2}{\Sigma}$	$\frac{X_5 Y_2}{\Sigma}$	$\frac{X_6 Y_2}{\Sigma}$
SUMATORIAS	92401	76	72	2	2342	2155	178

TABLA DE CALCULOS

(Continuación)

COEFICIENTE DE CORRELACION EXISTENTE ENTRE LA FRECUENCIA CARDIACA Y CADA UNA DE LAS OTRAS TRES MEDICIONES DE ANSIEDAD.

GRUPO CONTROL.

Frec.Cardíaca y Escala Ilustrada de Analogía:	$r = 0.90$ (Gráfica No.7)
Frec.Cardíaca y Test Colores de Lüscher:	$r = 0.93$ (Gráfica No.8)
Frec.Cardíaca y Conductas de Ansiedad:	$r = 0.86$ (Gráfica No.9)

GRUPO EXPERIMENTAL.

Frec.Cardíaca y Escala Ilustrada de Analogía:	$r = 0.88$ (Gráfica No.10)
Frec.Cardíaca y Test Colores de Lüscher:	$r = 0.84$ (Gráfica No.11)
Frec.Cardíaca y Conductas de Ansiedad:	$r = 0.41$ (Gráfica No.12)

PRUEBAS DE HIPOTESIS.

H_0 : Los estímulos audiovisuales no reducen la ansiedad del niño ante la consulta dental.

$$M_1 = M_2$$

H_1 : Los estímulos audiovisuales reducen la ansiedad del niño ante la consulta dental.

$$M_1 > M_2$$

GRADOS DE LIBERTAD.

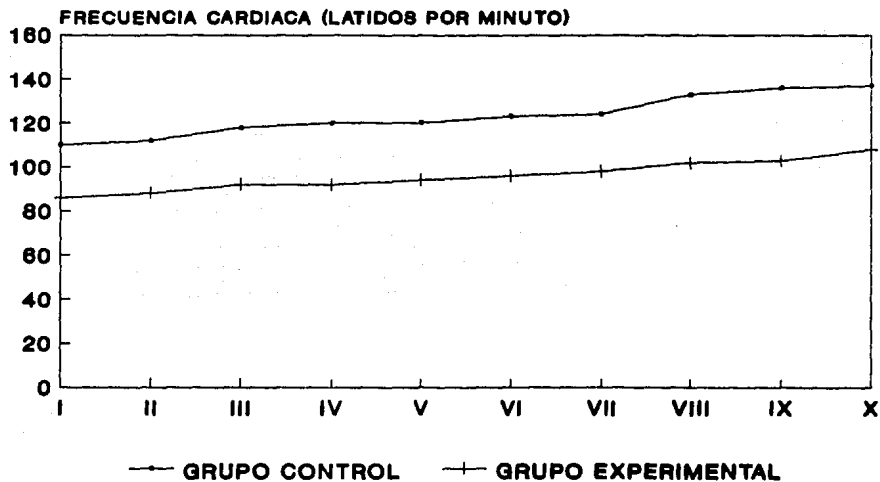
Se entiende por grados de libertad, la flexibilidad que se le pueden dar a las observaciones, y ésto se saca del número de observaciones independientes en la muestra menos el número de observaciones en general, es decir Grupo Control y Grupo Experimental. (Esto para obtener mayor confiabilidad).

GRADOS DE LIBERTAD: $n_1 + n_2 - 2$ $\nu = 18$

Con 18 grados de libertad la T teórica (Tt) se obtuvo de -- una "Tabla de Distribución t de Student" según el grado de confiabilidad máximo posible para cada prueba. (Murray, 1969)

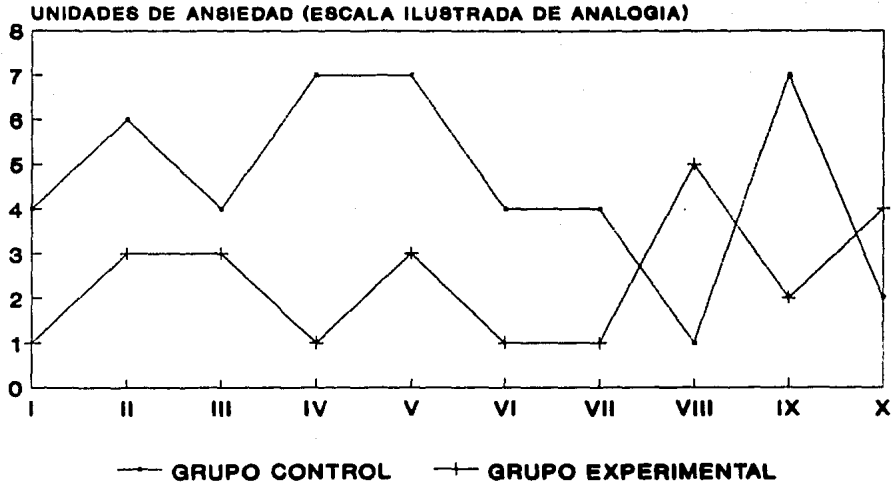
	FREC.CARD.	T.COLORES	CONDUCTAS A.	ESCALA I.A.
CONFIABILIDAD	99.5%	99.5%	99.5%	99%
t TEORICA Tt	2.88	2.88	2.88	2.58
t EXPERIMENTAL te	7.37	3.25	3.57	2.69
HIPOTESIS ACEPTADA ($X_1 > X_2$)	H _i	H _i	H _i	H _i
HIPOTESIS RECHAZADA ($X_1 = X_2$)	H _o	H _o	H _o	H _o

GRAFICA 1
GRAFICA COMPARATIVA DE
' FRECUENCIA CARDIACA '



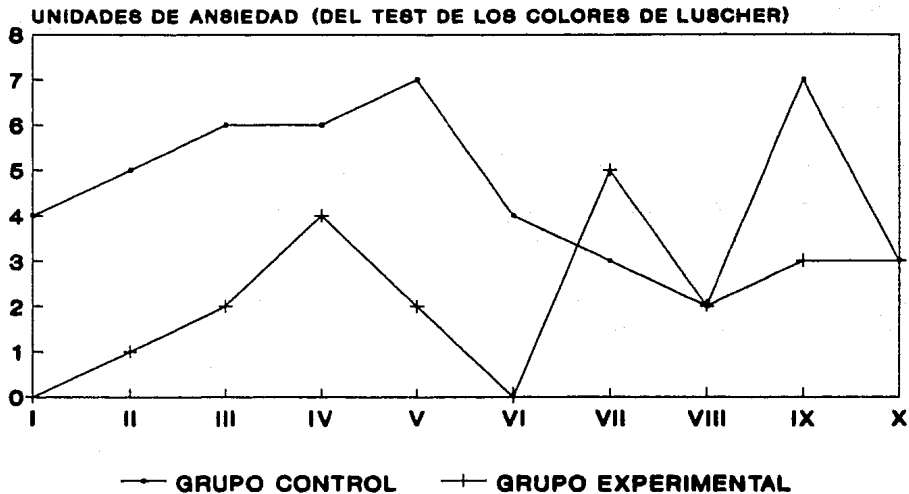
POR SUJETO EN EL GRUPO CONTROL Y
EL GRUPO EXPERIMENTAL.

GRAFICA 2
GRAFICA COMPARATIVA DE
" ESCALA ILUSTRADA DE ANALOGIA "



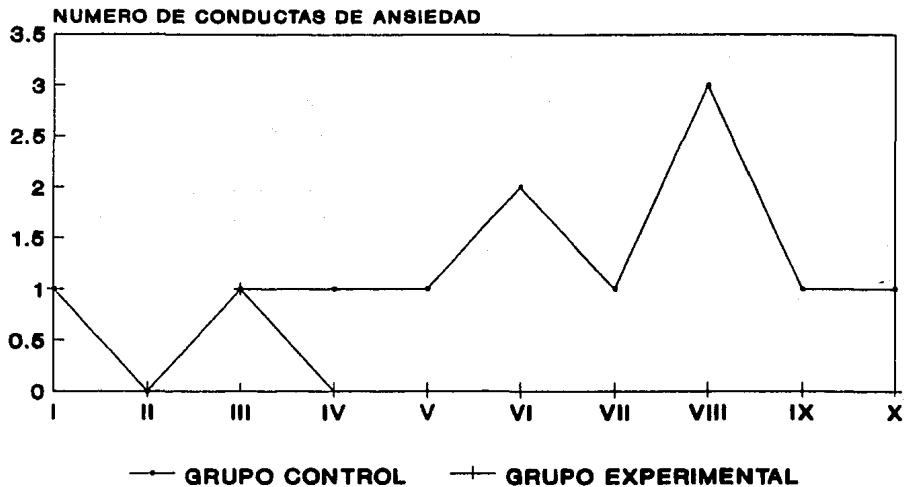
POR SUJETO EN EL GRUPO CONTROL Y
EL GRUPO EXPERIMENTAL.

GRAFICA 3
GRAFICA COMPARATIVA DEL
' TEST DE LOS COLORES DE LUSCHER '



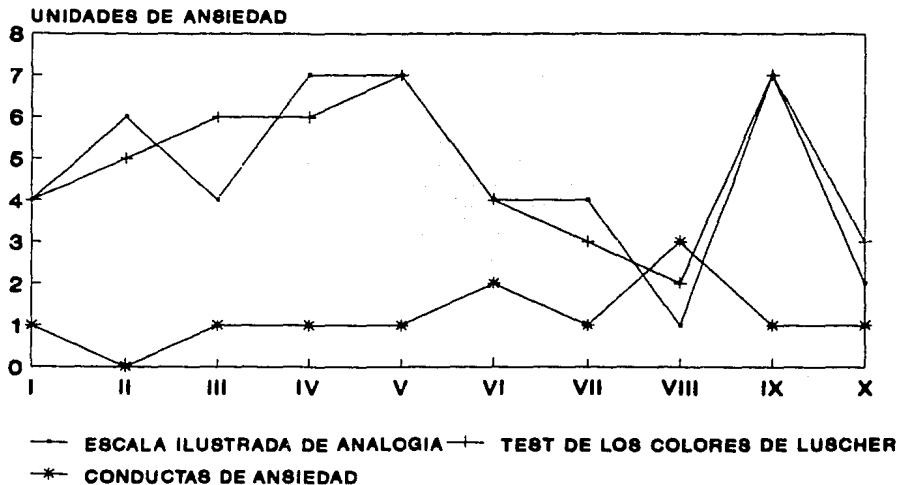
POR SUJETO EN EL GRUPO CONTROL Y
EL GRUPO EXPERIMENTAL.

GRAFICA 4
GRAFICA COMPARATIVA DE
CONDUCTAS DE ANSIEDAD



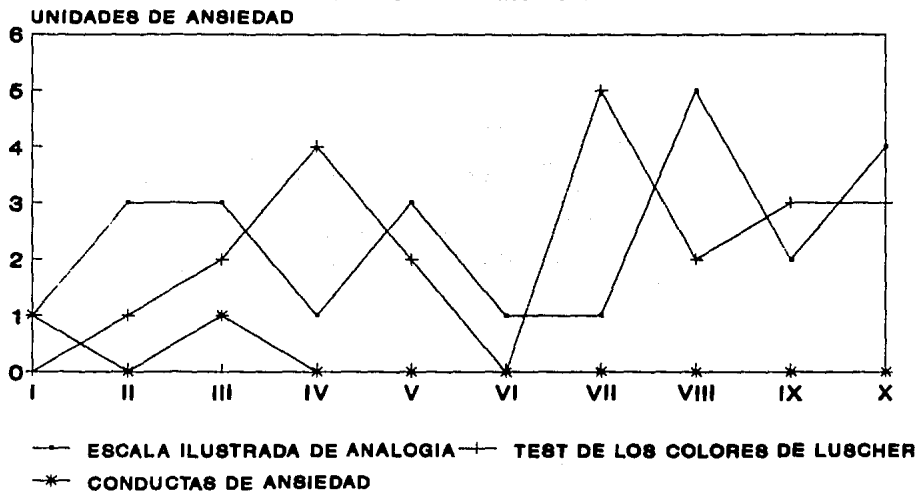
POR SUJETO EN EL GRUPO CONTROL Y
EL GRUPO EXPERIMENTAL.

GRAFICA 5
GRAFICA COMPARATIVA DE
' ESCALA ILUSTRADA DE ANALOGIA ', ' TEST DE LOS COLORES DE LUSCHER '
Y ' CONDUCTAS DE ANSIEDAD '



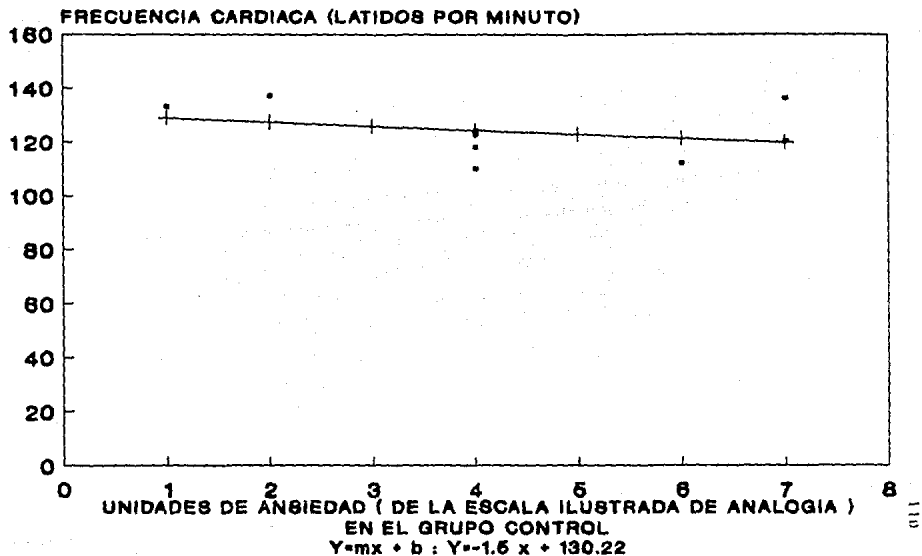
POR SUJETO EN EL GRUPO CONTROL

GRAFICA 8
GRAFICA COMPARATIVA DE
" ESCALA ILUSTRADA DE ANALOGIA ", " TEST DE LOS COLORES DE LUSCHER "
Y " CONDUCTAS DE ANSIEDAD "

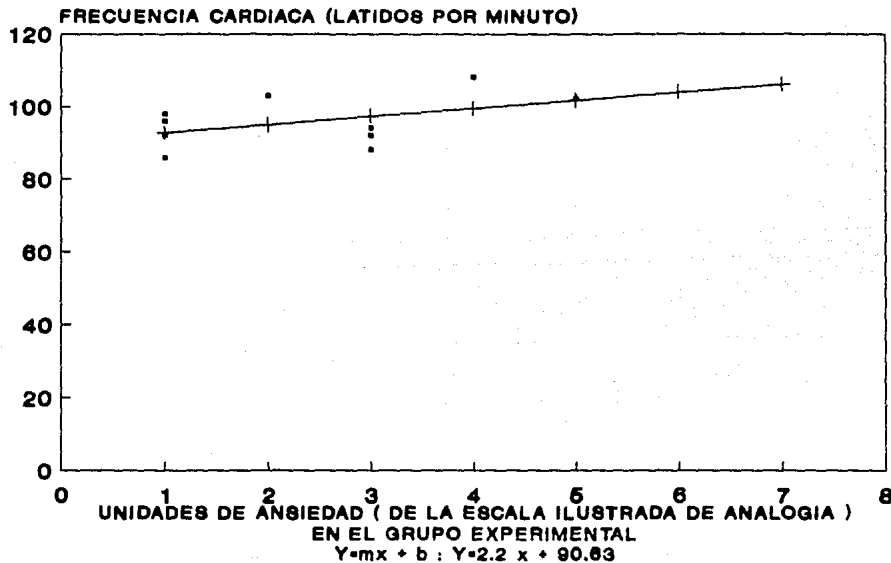


POR SUJETO EN EL GRUPO EXPERIMENTAL

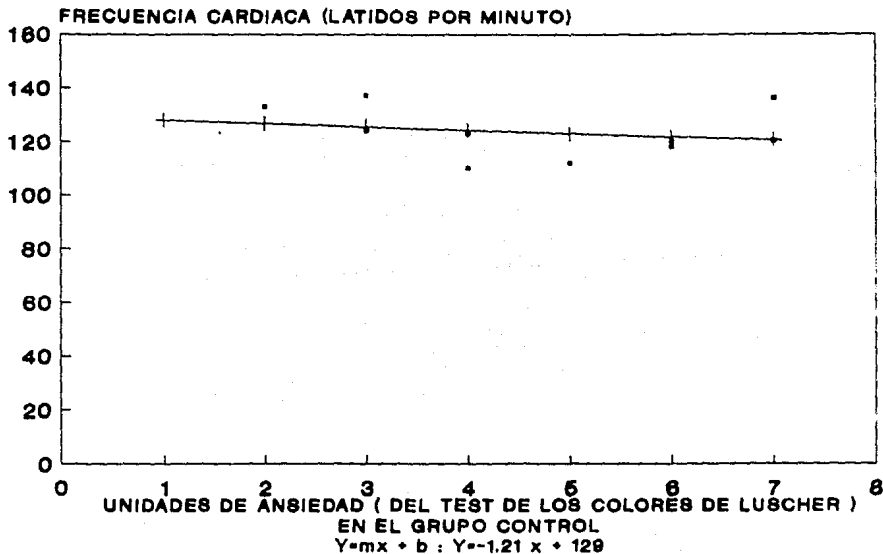
GRAFICA 7
GRAFICA COMPARATIVA DE
" FRECUENCIA CARDIACA " Y " ESCALA ILUSTRADA DE ANALOGIA "



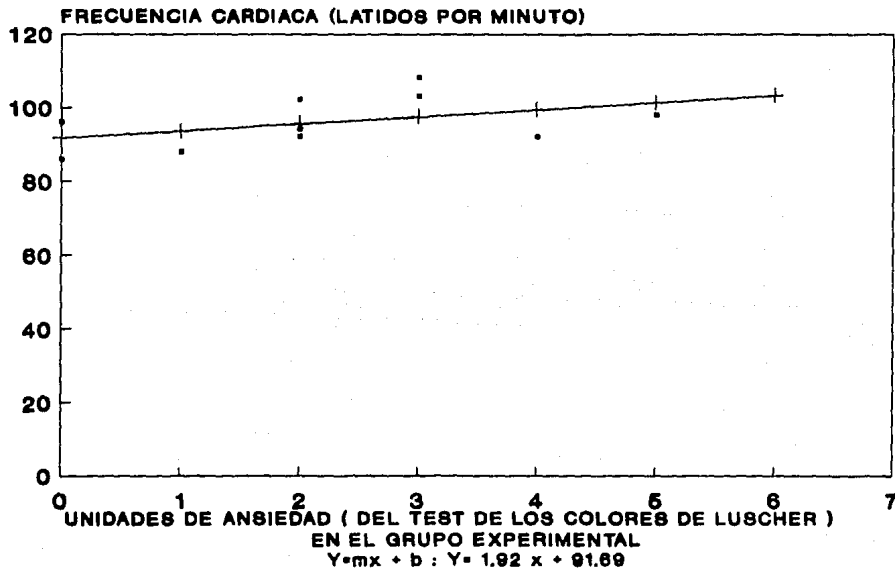
GRAFICA 8
GRAFICA COMPARATIVA DE
" FRECUENCIA CARDIACA " Y " ESCALA ILUSTRADA DE ANALOGIA "



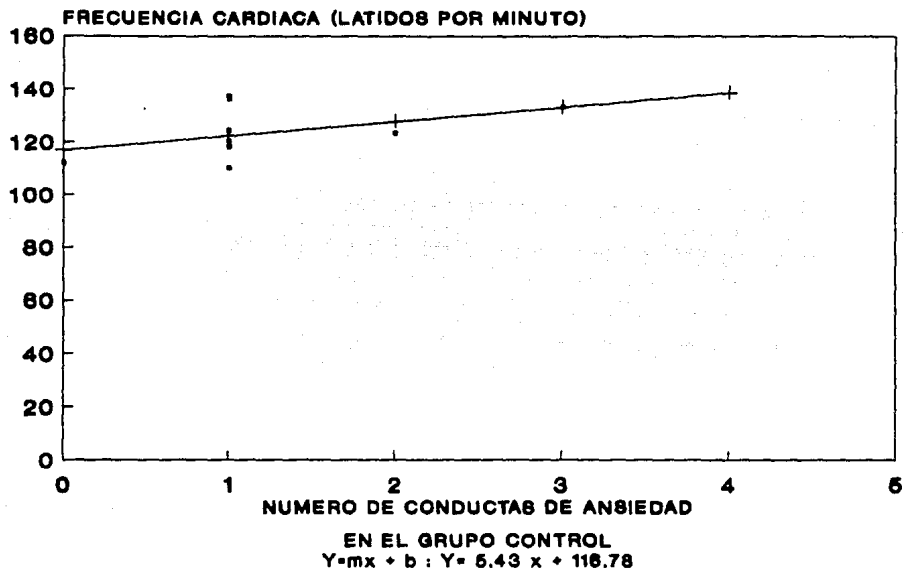
GRAFICA 9
GRAFICA COMPARATIVA DE
" FRECUENCIA CARDIACA " Y " TEST DE LOS COLORES DE LUSCHER "



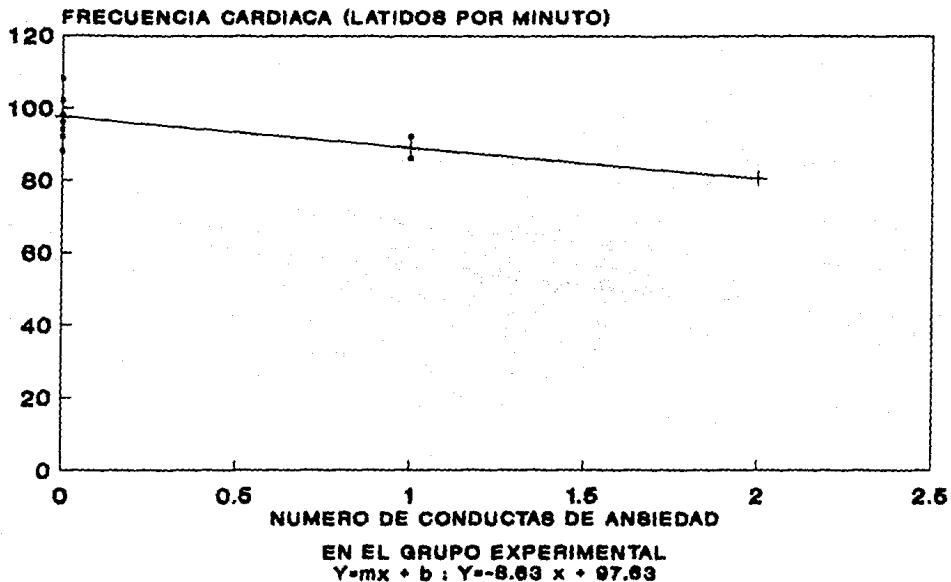
GRAFICA 10
GRAFICA COMPARATIVA DE
" FRECUENCIA CARDIACA " Y " TEST DE LOS COLORES DE LUSCHER "



GRAFICA 11
GRAFICA COMPARATIVA DE
" FRECUENCIA CARDIACA " Y " CONDUCTAS DE ANSIEDAD "



GRAFICA 12
GRAFICA COMPARATIVA DE
" FRECUENCIA CARDIACA " Y " CONDUCTAS DE ANSIEDAD "



CONCLUSIONES

- Se encontraron interesantes resultados a partir de la investigación realizada en primera instancia, la ansiedad como un estado emocional se manifiesta en diferentes formas en distintos individuos ante la consulta dental, encontrando resultados disparados en algunos niños en las diversas mediciones, coincidiendo con la opinión de algunos investigadores que consideran la ansiedad como un constructo multidimensional. (Winer, 1982).

- Por otro lado, se corroboró lo desagradable que resulta para el niño la situación dental, ya que mediante las manifestaciones físicas y conductuales de la ansiedad como el incremento de frecuencia cardíaca y conductas motoras de inquietud, y sudoración de los niños antes de ingresar al consultorio dental demostraron lo impactante que es para el niño esta situación.

- La frecuencia cardíaca y las conductas observables resultaron ser los instrumentos más útiles para medir la ansiedad.

- Cabe mencionar que a los 10 segundos de la medición de la frecuencia cardíaca, aproximadamente, en la mayoría de los niños se observó una ligera disminución de las pulsaciones que se dejaban percibir por el examinador. Este hecho se puede explicar por el contacto físico que obtiene el - -

niño, del examinador.

- En la aplicación de la Escala Ilustrada de Analogía se observó un decremento de ansiedad como se esperaba, pero algunos niños presentaron disparidad de resultados respecto a otras pruebas, ésto puede deberse a que contestaban al azar, posiblemente como un embotamiento de la ansiedad manifiesta en otras mediciones o bien los dibujos no eran lo suficientemente significativos, o no se comprendieron las instrucciones. (Cuestiones de validez de la prueba en sí.).

- Se observó un desinterés por parte de los padres para el diagnóstico dental de los niños, pues de 34 sujetos citados, acudieron 21, lo que hace suponer que el niño acudiría al dentista con dolor o con alguna manifestación sintomática dental, por lo que se incrementa la probabilidad y la intensidad de la presencia de ansiedad ante la consulta dental de los niños que no asistieron a la cita diagnóstica.

- Sería conveniente sensibilizar a la población hacia la revisión dentaria del niño para evitar dichas situaciones y así conservar el bienestar físico y emocional del niño.

- Se encontró cierta dificultad en la medición de la ansiedad de un sujeto quien no cesó de llorar desde el momento en que se le separó de la madre, lo cual hizo imposible su medición y no se tomó en cuenta para el experimento; dicho niño pertenecía al grupo control. En el resto de los -

niños las mediciones se llevaron a cabo sin dificultad.

- Es importante recordar que los niños no tenían experiencia dental previa, ni dolor, lo que reduce el número de causas posibles para presentar ansiedad.

- El sexo y la edad fueron equivalentes en ambos grupos - por lo que dichas variables no influyeron en los resultados obtenidos.

- Probablemente algunos niños sabían de experiencias dentales ajenas, pero éstas no fueron lo suficientemente fuertes como para impedir el propósito buscado.

- El nivel socioeconómico se controló, dado que los niños pertenecían a una escuela particular siendo que pertenecían al nivel socioeconómico medio.

- El uso de los estímulos audiovisuales como reductores de ansiedad del niño ante la consulta dental en la parte experimental, coincide con lo aportado por los autores en investigaciones hechas con anterioridad respecto a la ansiedad -- que presenta el niño en el consultorio dental, y lo significativo e interesante que resultan para los niños los estímulos audiovisuales pudiendo ser capaces de reducir dicha ansiedad y proporcionar al niño un bienestar integral.

- En el grupo experimental se observó la ausencia total de conductas observables que manifestaran ansiedad, por lo -

que en dicha medición es más que clara la positividad del objeto buscado.

- Si el niño ingresa al cubículo dental con un mínimo de ansiedad o con la ausencia total de esta, cooperará en el tratamiento facilitando y haciendo una experiencia dental más llevadera que como comúnmente ha sido considerada. Si el niño coopera, su situación emocional se encontrará en mejores condiciones además de los beneficios dentales que obtendrá.

- Es realmente importante el manejo del dentista dentro de la consulta, aunque exista la odontopediatría, dadas las condiciones económicas y demográficas del país, generalmente se acude a un dentista integral (general) por lo que sería conveniente informar y adiestrar al odontólogo a tratar adecuadamente al niño y continuar la labor de reducir la ansiedad.

- Por otro lado, conviene sugerir la construcción de un instrumento que mida ansiedad en niños, probablemente con el uso de dibujos y colores, mezclando los dos tipos de estímulos utilizados en la Escala Ilustrada de Analogía y en el Test de los colores de Lüscher, respectivamente.

- Por último, sería conveniente intentar el uso de los estímulos audiovisuales significativos para los adultos e investigar su utilidad para reducir la ansiedad ante la con

sulta dental a pesar del repertorio conductual y cognitivo, el cual es más amplio que el de los niños.

A N E X O
HOJA DE REGISTRO

FECHA _____

HORA _____

NOMBRE: _____

SEXO : _____

EDAD : _____

GRUPO CONTROL O EXPERIMENTAL.

FRECUENCIA CARDIACA: _____

ESCALA I. DE ANALOGIA: _____

TEST COLORES LÜSCHER : _____

CONDUCTAS : _____

BIBLIOGRAFIA

- 1.- A.P.A. D.S.M. III. Ed. Masson. México, 1984, p. 371.
- 2.- Ardila, Rubén. Psicología Fisiológica. Ed. Trillas. México, 1981, pp. 139, 143, 146-149 y 157.
- 3.- Baldwin, D.C. "An Investigation of Psychological and Behavioral Responses to Dental Extraction in Children". Journal of Dental Research, 45, (6), 1966, pp. 1637-1651.
- 4.- Bourgoing del Angel, E. Noción sobre Psicología Infantil en Relación con la Clínica Odontológica. Tesis Profesional U.N.A.M. México, 1961, pp. 33-42.
- 5.- Campbell, D.T. "Social Attitudes and other Acquired -- Behavioral Dispositions". Psychology: A Study of a Science. Ed. S. Koch. Vol. 6. N.Y. Mc.Graw Hill, 1963, pp. 94 a 172.
- 6.- Chavarría, D., M.E., Minguier, E.D., Martínez, C.C., Enfoque Psicológico de la Odontología Pediátrica. Tesis Profesional U.N.A.M. México, , pp. 28, 52, 119 y 120.
- 7.- Clifford A., Katz. Factores de Tensión que actúan en el Ambiente en Consultorio Dental.
- 8.- Cofer, C.N., Appley, M.H. Psicología de la Motivación. Ed. Trillas. México, 1982, p.
- 9.- Davidoff, J.L. Introducción a la Psicología. Edit. Mc. Graw Hill. México, 1984, p. 422.
- 10.- Departamento de Física de U.I.A. Manual de Laboratorios de Física. U.I.A. México, 1986, p. 62.
- 11.- Encina Diéguez, Patricia. Modificación de Ritmos Fisiológicos y Psicológicos con el uso de Anfetaminas en Pacientes Obesos Evaluados Paraméricamente con la Prueba de Colores de Lüscher. Tesis Profesional Universidad - Anáhuac. México, 1986, p.
- 12.- Engel M., D. Psychological Development in Health and Disease. W.V. Sanders Company. Philadelphia and London, 1962.
- 13.- Fernández G., B.L. La Televisión y el Niño. Ed. Oasis. México, 1986, Caps. IV y V.

- 14.- Finn Sidney B. Odontología Pediátrica. Ed. Interamericana. México, 1983, pp. 3, 14-39.
- 15.- Freedman A., Kaplan H., Sadock B. Compendio de Psiquiatría. Ed. Salvat. México, 1984. pp. 121, 357, 360, 361, 378 y 379.
- 16.- Freud, S. The Problem of Anxiety. W.W. Norton. N.Y., - 1941.
- 17.- García Partida, Rosa A. La Psicología del Miedo en la Práctica Odontológica. Tesis Profesional. U.N.A.M. México, 1989, pp. 2-36.
- 18.- Goldman H. Psiquiatría General. Ed. Manual Moderno. -- México, 1987. pp. 44, 379 y 380.
- 19.- Goldman H. Psiquiatría General. Ed. Manual Moderno. -- México, 1989, pp. 40, 41 y 367.
- 20.- Gordon Rubin, Solvin M., Krochack M. "The Psychodynamics of Dental Anxiety and Dental Phobia". Dental Clinics of North America. Vol. 32. No. 4. N.Y., 1988, pp. 647-356.
- 21.- Hess E.H., Polt J.M. "Pupil Size Related to Interest - Value of Visual Stimuli". Science. Vol. 2. 1960, pp. - 26-38.
- 22.- Levin Jack. Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. Ed. Harla. México, 1979, p. 203.
- 23.- Levy, L. "Parameters of Emotion". Levy L. Emotions Their Parameters and Measurement. Raven Press. N.Y., 1975, - pp. 705-713.
- 24.- Lewis M. Desarrollo Psicológico del Niño. Editorial -- Interamericana. México, 1973, p.
- 25.- Liebert N.J., Davidson E. The Early Window Effect of -- T.V. on Children and Youth. N.Y., 1973, pp. 8-11.
- 26.- Lüscher Max. Test de los Colores. Ed. Paidós. España, - 1986, pp. 18, 19, 21 y 32.
- 27.- Magnusson D. Teoría de los Tests. Ed. Trillas. México, 1969, p. 47.
- 28.- Merck S., Dohme I. Manual Merck de Diagnóstico Terapéutica. Ed. Merck, Inc. Rahaway, N.Y., 1978, p. 3185.
- 29.- Miller M.A., Leavell, L.C. Manual de Anatomía y Fisiología. Ed. La Prensa Méd. Mexicana. México, 1979. pp. 445-446.

- 30.- Murray R., Spiegel, Estadística. Ed. Mc.Graw Hill. Colombia, 1969, p. 344.
- 31.- Mussen P.H., Conger J.J., Kagan J. Aspectos Esenciales del Desarrollo de la Personalidad en el Niño. Ed. Trillas. México, 1984, pp. 145, 174, 187, 188, 244, 245, 246, 247 y 250.
- 32.- Nathan J.E., Nichelsen D.C. "Pedodontic Behavior Management for the Dental Assistant". Acta. Odontol. Pediat. Vol. 7. No. 2. Illinois, 1986, pp. 51-57.
- 33.- Newman y Newman. Desarrollo del Niño. Ed. Limusa. México, 1983. pp. 329, 330, 334, 335, 337, 338.
- 34.- Papalia D.F., Wend kos S.O. Desarrollo Humano. Ed. Mc. Graw Hill. México, 1985, pp. 10, 29, 168, 169, 188, -- 256-259.
- 35.- Pfefferle John C.J., Maches B.J., Fields H.W., Posnick W.R. "Child Behavior in the Dental Setting Relative to Parent Presence". Pediatric Dentistry. American Academy or Pedodontics. Vol. 4. No. 4.
- 36.- Potter Rose Mary Lee. The Positive Use of Comercial -- Television. Ed. New Season
- 37.- Puente González, J. Agresividad Humana Algunos Problemas y Teorías., Tesis Profesional. Universidad Iberoamericana. México, 1979.
- 38.- Roché De la Emoción a la Lesión. Ed. Servicio - Científico Roché, S.A. de C.V. México, 1969. p. 39.
- 39.- Ruch y Zimbardo. Psicología y Vida. Ed. Trillas. México, 1979.
- 40.- Schwarts Bonnie. "Ways to Turn Pratty Kids into Dental Cherubs." Dental Management. 1985. pp. 42-48.
- 41.- Scott D.S., Hichman R. "Psychological Aspects of Dental Anxiety in Adults". Journal American Dental Assoc. 104 pp. 27 a 31, 1982.
- 42.- Siegel Sidney. Estadística no Paramétrica. Ed. Trillas, México, 1985. p. 39.
- 43.- Simpson, W., Ruzika R., Thomas N. "Physiologic Responses of Children to Initial Dental Experience". Journal of - Dentistry for Child. 1974, p.
- 44.- Spencer N.F., Frederic R.S., Helmi R.F. "Should Parent

- Remain with the Child in Dental Operatory". Journal of Dentistry for Children. Second Quarter. 1962, - pp. 150, 151 y 161.
- 45.- Spielberger C. Anxiety Current Trends in Theory and -- Research. London, 1972, pp. 23-47.
- 46.- Steinike L. "Farbpsychologische Untersuchungen mit dem -- Lüscher Test", bel. Angeborenen Fairbisinnstorugen. -- Confirnia Psychiatrica. Vol. 3. No. 2, 1960.
- 47.- Sticker G., Hositt. J.W. "Psychological Recording Du- ring Simulated Dental Appointments". New York State -- Dental Journal. (51) 1965, pp. 204-206.
- 48.- Thompson Richard F. Fundamentos de Psicología Fisioló- gica 1973.
- 49.- Venham L.L. "The Effect of Mother's Presence on Child's Response to Dental Trestment". Journal of Dentistry. - 46, 1979, pp. 219-225.
- 50.- Williams J.M., Murray J.J., Lund C.A., Harkiss B., De - Franco A. "Anxiety in the Dental Clinic". Child Psycho- logy and Psychiatry. Vol. 26. No. 2. Great Britain, -- 1985, pp. 305 y 310.
51. Winer G.A. "Review and Analysis or Children's Fearful - Behavior in Dental Settings". Child Development. Vol. - 53. No. 15. Ohio, 1982, pp. 1112-1117.
52. Winn Marie. La Droga que se Enchufa. 1981, Cap. 2.