



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONTROL DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD EN EL
PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO.**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ERIKA HORTENSIA PEÑA CHAVERO

TUTORA: C.D. VERÓNICA AMÉRICA BARBOSA AGUILAR

MÉXICO, D. F.

2008



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 esta 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.

*A Dios por haberme dado la oportunidad de estar en este mundo,
por darme la fuerza, la entereza y la inteligencia.
Gracias.*

*A mis padres...
Por apoyarme en todo momento, por creer en mí
Y por darme todo su cariño.
“Los quiero”*

*A mis hermanos...
Por soportarme en todo y hacerme la vida más agradable gracias
porque están a mi lado.*

*Para ti amor...
Gracias por tu apoyo incondicional, por darme amor, dedicación
comprensión y por alentarme a ser mejor.
Te amo*

*Dra. Verónica
Gracias por toda la ayuda que me dio,
sin su paciencia no hubiese podido realizar este trabajo.
Muchísimas gracias.*

*Y también...
A todas aquellas personas que en el camino encontré, y ahora son
mis grandes amigos lo mejor fue haber compartido nuestro
crecimiento profesional y por fin terminar esta gran etapa, para
todos aquellos que siempre creyeron en mí.
Gracias*



ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.

1. GENERALIDADES.	
1.1 Definiciones.	2
2. LOS MIEDOS Y LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA.	
2.1 Tipos de miedo.	7
2.2 Clasificación de los trastornos de la ansiedad en la infancia.	11
2.3 Epidemiología de los trastornos de la ansiedad en la infancia.	12
3. DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL.	
3.1 Características generales a las diferentes edades.	14
3.2 Factores que determinan el miedo y la ansiedad.	17
3.3 Expresiones de miedo y ansiedad.	22
3.4 Miedo y ansiedad en el consultorio dental.	22
4. CONTROL DE LA CONDUCTA.	
4.1 Clasificación de las técnicas de control de conducta.	25
4.2 Técnicas de comunicación.	26
4.3 Técnicas de modificación de conducta.	29
4.4 Técnicas de enfoque físico.	32



5. AUXILIARES PARA EL CONTROL DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD.	
5.1 Música como método de distracción en el consultorio dental.	35
5.2 Payasos médicos en el tratamiento para la ansiedad preoperatoria en niños.	36
5.3 Distractores audiovisuales durante el tratamiento dental.	38
5.4 Distracción con videojuegos.	39
5.5 Truco de magia: una estrategia para el tratamiento del paciente odontopediátrico.	39
5.6 La hipnosis como método alternativo para reducir el miedo y la ansiedad en la consulta dental.	41
CONCLUSIONES.	42
BIBLIOGRAFÍA.	43



INTRODUCCIÓN

El cuidado de los pacientes odontopediátricos por superar el miedo y la ansiedad constituye un constante reto para la habilidad y la experiencia profesional, la mayoría de los niños no poseen habilidades de comunicación y socialización.

Los problemas de comunicación constituyen una de las mayores barreras existentes para proporcionar el adecuado cuidado dental a este grupo de pacientes, el temor de los niños al dentista todavía está latente en nuestra sociedad.

El tratamiento dental es percibido en la actualidad como una experiencia agónica, el comportamiento de los individuos afecta positiva o negativamente a su salud dental del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales afectan el comportamiento de aquellos que lo padecen, entre las conductas de riesgo para la salud buco-dental, se encuentran el miedo y la ansiedad.

Las situaciones de miedo y ansiedad no se restringen solo a la consulta odontológica pero sabemos que allí puede surgir fácilmente, el miedo y la ansiedad son prácticamente indistinguibles.

El objetivo de este trabajo es discriminar el comportamiento inadecuado e interpretarlo en relación con factores innatos del individuo, del medio ambiente familiar y social; para aproximarnos a una explicación integral del miedo y la ansiedad del niño en el consultorio odontológico.



1. GENERALIDADES

1.1 Definiciones

MIEDO.

El miedo constituye un primitivo sistema de alarma que ayuda al niño a evitar situaciones potencialmente peligrosas.

¿En qué consiste el miedo? Es una sensación de molestia, una señal de que el yo está en peligro. Si se trata de peligro real, procedente del mundo exterior, la sensación originada es un “miedo real”.

La aproximación amenazadora de un peligro exterior provoca un estado de atención sensorial y de tensión motora muy intensa que tiene una eficacia absoluta y que se conoce con el nombre de angustia, que concluye en una disposición paralizante. Por tanto, según Sterba la angustia presupone elementos de la vivencia del miedo, actúa como alarma ante un peligro probable que el hombre intenta evitar de una u otra forma.

Para diferenciarlo de otros miedos irreales al “miedo real” se le llama también temor, la expresión de miedo resulta más precisa, ya que también se habla del temor a Dios sin que tengamos que pensar necesariamente en un miedo a Dios. Así mismo se habla de temor reverencial sin referirse a un miedo provocado por el respeto.



MIEDO REAL.

Es aquel que experimenta un niño como cuando se niega a atravesar algún puente estrecho. Su miedo le pone en guardia ante el peligro en que se encuentra de caer al río.

MIEDO IRREAL.

Son miedos a los que no responde un peligro exterior, su origen es interno. En todos los niños y a veces también en los adultos, encontramos miedos fóbicos, estos se deben a que el miedo irreal, interno, se fija en un objeto exterior.¹

ANSIEDAD.

La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro.

Las repuestas de ansiedad están integradas como reacciones defensivas de conductas de los niños y en general, de todas las personas. Sirven para alertar al niño como mecanismo de vigilancia del organismo, desempeñan un papel protector en la preservación del individuo y de la especie. La existencia de respuestas de ansiedad es más un signo de salud que una señal de enfermedad.

La ansiedad es una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, ya sea real o imaginaria.

¹ Hans Z. "Evolución Psicológica del niño" Ed. Herder, Barcelona 1971. pp. 9-10.



Los miedos equilibran la tentación de curiosidad ilimitada del niño, si un niño no fuese capaz de emitir respuestas de ansiedad habría que inducírselas.

Hay tres tipos de temores establecidos en la especie humana:

- El miedo a los animales
- El miedo a los daños físicos
- El miedo a la separación

En ocasiones las respuestas de ansiedad no desempeñan una función adaptativa, se disparan de una forma descontrolada y son causa de sufrimiento para los niños que la experimentan. Surgen en estas circunstancias como un “miedo sin saber de qué”.

Los trastornos de ansiedad y las respuestas de temor funcionan como un dispositivo antirrobo defectuoso, que se activa y previene de un peligro inexistente, no se puede controlar los aspectos perjudiciales de las respuestas de miedo sin perder sus beneficios protectores. La posibilidad de experimentar respuestas de ansiedad al revivir recuerdos desagradables, imaginar situaciones amenazantes o pensar con temor en el presente o en el futuro es exclusiva de la especie humana.

La memoria actúa en el niño como un amplificador del miedo: los pensamientos y los recuerdos acentúan los miedos aprendidos.

Si el niño observa a sus padres atemorizados explica la transmisión social del miedo, que puede ser la principal fuente de adquisición del mismo.



Unos padres miedosos pueden, además, impedir a sus hijos la exploración activa del entorno y privarles de este modo la oportunidad de eliminar los temores por la experiencia.

Las influencias interactivas del aprendizaje y de la biología pueden hacer más rápida la adquisición del miedo en unas personas que en otras, así como retrasar la desaparición normal de los miedos comunes que se produce con la experiencia, solo así los miedos se convierten en fobias.

Existe una mayor prevalencia de los miedos y de los trastornos de ansiedad en las niñas que en los niños, como ocurre en la vida adulta. Fig. 1.

Las respuestas de ansiedad favorecen la supervivencia de la mujer, que esta menos dotada físicamente para protegerse de los peligros de la naturaleza. Desde una perspectiva cultural, hay una educación diferencial que actúa tempranamente sobre las niñas induciendo respuestas de miedo ante estímulos desconocidos y considerando la aparición de dichas respuestas de temor como propias de su sexo.^{2,3}

² Echeburúa E. "Trastornos de la Infancia". Ed. Pirámide. 1998. Madrid-España. Pp. 15-18.

³ San Martín J. "Violencia contra niños" Ed. Ariel. España. 2005. Pp. 19-24.



Figura 1. Existe mayor prevalencia de miedos en niñas que en los niños.⁴

⁴ www.creciendocontubebe.com



2. LOS MIEDOS Y LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA

2.1 Tipos de miedo

Según Gray (1971), los miedos innatos se pueden agrupar en cinco categorías generales:

1. Miedo a los estímulos intensos (ruidos o dolores)
2. Miedo a los estímulos desconocidos, (el temor a las personas extrañas)
3. Miedo a la ausencia de estímulos (la oscuridad)
4. Miedo a estímulos que han sido potencialmente peligrosos para la especie humana en el transcurso del tiempo, (la separación, las alturas y las serpientes u otros animales).
5. Miedo a las interacciones sociales con desconocidos.

El temor a las personas extrañas, que aparece entorno a los 6-8 meses de edad, esta modulado por la experiencia. El temor tiende a aparecer con menos frecuencia si el contacto con la persona extraña se hace gradualmente y no es de corta duración, con esto se facilita la adaptación del niño a la nueva situación.

Desde una perspectiva evolutiva, y con cautelas expuestas, el niño de 0-10 años suele responder con llanto a los estímulos intensos y desconocidos, cree estar desamparado. El llanto es una respuesta de adaptación que sirve para alertar a la madre ante un peligro que acecha al bebé.



En los niños de 2-4 años aparece el temor a los animales, que puede persistir más allá de esta edad. Este tipo de miedo se presenta con mayor frecuencia después de la pubertad.

En los niños de 4-6 años surge el temor a la oscuridad, a las catástrofes y a los seres imaginarios (brujas, fantasmas, etc.), así como el contagio emocional del miedo experimentado por otras personas y la preocupación por la desaprobación social.

A medida que el niño crece y se desarrolla, la capacidad de recordar experiencias previas y de prever el futuro, influyen en que sus miedos se formulen cada vez más en términos de peligros imaginarios o remotos.

Entre los 6-9 años pueden aparecer temores al daño físico o al ridículo por la ausencia de habilidades escolares y deportivas.

Entre los 9-12 años pueden experimentar miedo a los incendios, y accidentes; temor a contraer enfermedades graves y miedos más significativos emocionalmente, como el temor a conflictos graves entre los padres, y al mal rendimiento escolar, en ambientes de violencia familiar y el miedo a palizas o riñas.

Entre 12-18 años tienden a surgir temores más relacionados con la autoestima personal, capacidad intelectual, aspecto físico, temor al fracaso, etc.

Los miedos infantiles expuestos son muy frecuentes y pueden afectar hasta el 40-45% de los niños. (Tabla 1).



Las conductas de temor tienden a disminuir desde la primera infancia hasta la adolescencia.

La madurez emocional del niño, que supone el desarrollo de nuevas capacidades cognitivas y motrices y las diferentes capacidades que traen consigo nuevas estrategias de afrontamiento, parecen ser los responsables de este cambio en la orientación y desaparición de los miedos.

Los niños deficientes y autistas padecen numerosos miedos que suelen durar periodos más largos que los de los niños normales, probablemente como consecuencia de las deficiencias en el desarrollo madurativo.

Existen 2 tipos de miedo que permanecen hasta la vida adulta estos 2 tipos de miedo comienzan entre los 7 años o antes:

- Miedo a la sangre y a las heridas
- Miedo a los animales

¿Cuándo es que los miedos infantiles dejan de ser transitorios y se convierten en fobias?

Las fobias son una forma especial de miedo que tiene las siguientes características:

1. Ser desproporcionadas a la situación que desencadena la respuesta de miedo y/o estar relacionadas con estímulos que no son objetivamente peligrosos.
2. No poder ser eliminadas racionalmente.
3. Estar más allá del control voluntario.



4. No ser específicas de una edad determinada.
5. Ser de larga duración.
6. Interferir considerablemente en la vida cotidiana del niño en función de las respuestas de evitación.

Las fobias infantiles suelen aparecer con más frecuencia entre los 4 y los 8 años.⁵

En la vida de los niños nos encontramos por todas partes con el miedo y comprobamos las medidas que adoptan para dominarlo, superarlo, y eliminarlo.

<u>EDAD</u>	<u>TEMORES MÁS FRECUENTES.</u>
0-2 Años	Estímulos intensos y desconocidos. Personas extrañas.
2-4 Años	Animales. Tormentas
4-6 Años	Oscuridad. Brujas y Fantasmas. Catástrofes. Separación de los padres.
6-9 Años	Daño Físico. Ridículo
9-12 Años	Accidentes y enfermedades. Mal rendimiento escolar. Conflicto entre los padres.
12-18 Años	Relaciones interpersonales. Pérdida de autoestima

Tabla 1. Miedos evolutivos normales más frecuentes en las fases de desarrollo infantil.⁶

⁵ Echeburúa E. "Trastornos de la Infancia". Ed. Pirámide. 1998. Madrid-España pp. 19-25

⁶ Id. Pp. 23.



2.2 Clasificación de los trastornos de la ansiedad en la infancia.

Clasificación.

Según la American Psychiatric Association, (DSM-III-R) puede haber una cierta continuidad entre los trastornos de la vida adulta y los de la niñez, hay tres trastornos de ansiedad característicos de la infancia y de la adolescencia:

- La ansiedad de separación
- El trastorno de evitación
- La ansiedad excesiva

En los dos primeros casos, la ansiedad está asociada a situaciones concretas, el tercero, la ansiedad es inespecífica y surge ante situaciones muy variadas. Estos cuadros clínicos, especialmente el primero, son característicos de la infancia. (Tabla 2).

<p><u>TRASTORNOS FÓBICOS</u></p> <p>Fobias específicas.</p> <p>Fobia escolar.</p> <p>Trastornos de evitación.</p>
<p><u>TRASTORNOS DE ANSIEDAD SIN EVITACIÓN FÓBICA.</u></p> <p>Ansiedad de separación.</p> <p>Ansiedad excesiva.</p>
<p><u>OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.</u></p> <p>Trastorno obsesivo compulsivo.</p> <p>Trastorno mixto de ansiedad y depresión.</p>

Tabla 2. Clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia.⁷

⁷Id. Pp.30



Lo primordial en esta clasificación es lo siguiente:

- Se excluyen los trastornos de ansiedad adultos, aunque estos tengan antecedentes de la infancia, la continuidad no está siempre clara y ésta es objeto de polémica.
- El trastorno de evitación se excluye porque lo que, en el predomina es la evitación fóbica a personas desconocidas.
- La ansiedad de separación y la fobia escolar se consideran dos problemas clínicos distintos.
- El trastorno mixto de ansiedad y depresión, aun no está muy bien precisado psicopatológicamente, pero trata de recoger la frecuente asociación entre estos dos problemas clínicos en la infancia.

2.3 Epidemiología de los trastornos de ansiedad en la infancia.

El predominio femenino en los trastornos de ansiedad existe, pero no esta tan acentuado en la infancia como en la vida adulta. En cambio en la distribución sexual tiene lugar en la adolescencia por razones aún desconocidas.

Los trastornos fóbicos son difíciles de delimitar por la confusión conceptual entre fobias y miedos. Si bien los miedos en la infancia son muy frecuentes (en torno al 40-45% de la población), las fobias propiamente dichas afectan a un 5 o un 8% de la población infantil.

La tasa de prevalencia de fobias específicas se sitúa en torno al 2,4% de la población infantil y adolescente.



La prevalencia de la fobia escolar es muy variable, según diversos estudios, y puede oscilar del 0,4 al 7.6% de la población escolarizada.

Los miedos intensos al colegio, en un momento u otro del desarrollo evolutivo, son frecuentes, pero el rechazo a la escuela es mucho menos frecuente. La fobia escolar, con sentido estricto y con criterios más realistas, puede afectar al 1% de la población infantil tratada en la clínica.

Dentro de los trastornos de ansiedad sin evitación fóbica, la ansiedad de separación (el trastorno de ansiedad con mayor prevalencia) puede afectar al 2.9% de los niños.

El trastorno obsesivo-compulsivo es poco frecuente en la infancia y puede oscilar entre el 0.7 % de la población infantil y el 1.2%.

Los estudios epidemiológicos sobre trastornos de ansiedad son muy limitados, incluso en algunos casos no existen datos como el trastorno de evitación. Es difícil planificar unos dispositivos asistenciales, así como predecir el curso de estos problemas, identificar los riesgos asociados y adoptar medidas preventivas oportunas.⁸

⁸Id. pp. 29-33



3. DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL.

3.1 Características a las diferentes edades.

1 AÑO. Aumentan las capacidades motoras, aprende a andar, se sienta y se levanta solo, coge objetos y los deja caer deliberadamente, da palmadas y señales de despedida. Colabora al vestirlo. Utiliza un lenguaje simbólico (habilidad para producir sonidos o gestos que son reproducibles) balbucea 1 o 2 palabras, empieza a mostrar signos de independencia. Se resiste a cumplir órdenes. Observación de modelos (padre, madre, maestro).

2 AÑOS. Aumento del desarrollo motor, sube escaleras con apoyo, corre y salta, se sienta solo en una silla, hace garabatos. Presenta un marcado desarrollo del lenguaje. La amplitud de su vocabulario alcanza unas 50 palabras, construye una frase de 2 palabras, además de intuirse una organización de las respuestas. Tiene una mayor estabilidad emocional, puede esperar periodos cortos y tolerar, si es necesaria una frustración temporal, algunas veces les gusta complacer a otros. Dificultad para establecer relaciones interpersonales, por lo que todavía predominan los juegos solitarios. Ello explica el sufrimiento ante la separación de los padres, edad razonablemente fácil respecto a todos los aspectos del comportamiento.



2 ½ AÑOS. Cambios significativos respecto a la etapa de los 2 años.

Se vuelve rígido e inflexible, quiere todo tal y como lo espera, se muestra muy dominante y exigente, expresa sus emociones de forma violenta. Resulta difícil la comunicación con él.

3 AÑOS. Empieza a comunicar y razonar, la comprensión del habla es del 70-80 % y puede construir frases de 3 palabras. Posee un vocabulario de aproximadamente 1,000 palabras. Les gusta tanto dar como quitar, quiere crecer y a la vez continuar siendo niño. Le gusta hacer amigos, le encantan las nuevas palabras que con frecuencia pueden influir en su conducta positivamente. Se muestra muy susceptible al elogio, es capaz de comprender y realizar órdenes verbales.

3 ½ AÑOS. La conducta fácil del niño de 3 años empieza a cambiar. Puede aparecer la descoordinación en todos los aspectos: en tartamudeo, el caerse y en salidas de tipo tensional como pestañeo, morderse las uñas, hurgarse la nariz, tics faciales o sacudidas y aumento de la succión del pulgar.

4 AÑOS. Capacidad de perder el control de todos los aspectos de la conducta. Pega, pateo y rompe cosas en accesos de ira. Incluso puede escaparse. Es capaz de utilizar un lenguaje ofensivo y chocante. Construye frases de 4 palabras y la comprensión del lenguaje ya es del 100 % la amplitud del vocabulario alcanza alrededor de 2,000 palabras. Puede responder al llamado por su nombre. Es un gran conversador y preguntador, posee una gran imaginación. Muestra una independencia suficiente para admitir la separación de los padres relativamente sin traumas.



4 ½ AÑOS. Empieza a calarse y a nivelar su conducta; así pues se puede razonar con él. Le gusta discutir. Presenta un enorme interés en los detalles y quiere que se le muestren las cosas. Disfruta de los aspectos tridimensionales de los objetos.

5 AÑOS. Asentamiento del habla (enriquecimiento del vocabulario y dominio de la sintaxis) e inicio de la fase social (frases de 5 a 6 palabras). Se considera una buena edad de cara a las visitas dentales; el niño se muestra confiado, estable y bien equilibrado, no es demasiado exigente. La madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella, obedecerla y complacerla. Responde a los elogios.

7 AÑOS. Es un niño muy caprichoso, y de gran exigencia consigo mismo. Necesita comprensión, cree que la gente esta en contra de el, que no se le quiere y que los padres son injustos. Desea aprobación y por ello tratara de cooperar.

8 AÑOS. Edad de gran desarrollo intelectual. Es expansivo y rápido, le gusta dramatizar las cosas y con frecuencia se muestra resentido por la autoridad paterna. Es más generoso con los demás, pero también espera más a cambio.

9 AÑOS. Es independiente y confiado en si mismo. Se interesa más en los amigos que en la propia familia. Se toma las cosas a pecho y se puede derrumbar por cosas que antes no le habrían preocupado. Puede ser rebelde contra la autoridad, aunque tolerante en general.

10 AÑOS. Amistoso, positivista e integro. Flexible sincero y muy obediente. Generalmente satisfecho con los padres y con el mundo en general. Se trata de una edad de equilibrio predecible y cómodo.



11 AÑOS. Destaca la preocupación por los ideales y por la moral, así como la creencia en la justicia. Sabe trabajar en equipo. Se interesa por la higiene personal.

12-18 AÑOS. Aparece una gran búsqueda de la identidad de la identidad, así como una necesidad de expresar la propia individualidad. Rechaza la autoridad de los padres. Presenta temor especial a ser etiquetado diferente, extremos el amor y el odio, no se puede predecir.⁹

3.2 Factores que determinan el miedo y la ansiedad.

1. El grado de temor, depende de la forma en que el niño percibe la situación. Se vincula con la experiencia propia del niño y con el ambiente, sea que el niño este rodeado por personas seguras y de confianza o no.
2. La capacidad de enfrentar el miedo se relaciona con la madurez y la personalidad.
3. La motivación para enfrentar el miedo se vincula con las demandas del ambiente, las practicas de crianza y las impuestas por la visita al dentista.
4. La actitud de la familia, los niños que provienen de hogares y ambientes familiares estructurados y organizados presentan menos problemas.
Se debe enseñar al niño que la consulta dental no es un lugar donde deba de ser tímido, la odontología nunca debe ser usada por los padres como una amenaza hacia

⁹ Barbería Leache. "Odontopediátria". Ed. Masson. Pp. 115-118.



el niño. Llevarlo al odontólogo jamás se debe implicar como castigo.

5. Experiencias previas, los niños que han tenido experiencias previas negativas la manera en que se presenta la información sobre el tratamiento que van a recibir puede sensibilizarlos negativamente e incrementar la ansiedad.
6. Separación de los padres, afectan en especial al grupo de niños entre los 3 y los 6 años. Estos miedos van desapareciendo paulatinamente a partir de los 6 años.
7. Presencia de los padres durante el tratamiento, para los niños más pequeños, de 2 y 3 años, la presencia de los padres representa una gran ayuda; esto es un factor que produce seguridad, especialmente durante las primeras visitas. Pero cuando el niño empieza a crecer la presencia de los padres puede influir negativamente y deteriorar el contacto entre el odontólogo y el niño.
8. Coeficiente intelectual, al parecer los niños con menor coeficiente intelectual sienten más miedo y ansiedad en la consulta dental; lo mismo ocurre con los niños superdotados con un coeficiente intelectual muy alto. Hay una relación curvilínea entre los miedos dentales y coeficientes intelectuales.
9. Edad, niños más pequeños muestran mayores niveles de ansiedad y mayores niveles de conducta no apropiados que niños de edades avanzadas.

La edad influye decisivamente en la conducta del niño ante una visita inicial. Los niños pierden decisivamente el miedo y se vuelven más cooperadores a medida que el tratamiento progresa.



10. Sexo, las diferencias con respecto al sexo pueden aumentar con la edad debido a diversos procesos de socialización, solo a partir de los 7 años, las niñas muestran más miedo que los niños. Los niños presentan mejores conductas que ellas cuando se les dan instrucciones rígidas de cómo han de comportarse.
11. Raza, es difícil conocer si existen diferencias entre distintos grupos raciales puesto que la comparación de culturas, educaciones y costumbres es prácticamente imposible. Incluso, la comparación de razas dentro de una misma cultura o país es difícil puesto que las condiciones y las presiones sociales sobre cada grupo no acostumbran a ser iguales.
12. Duración de la visita, estas no deben ser demasiado largas y es necesario hacer pausas, las visitas de corta duración son más apropiadas para niños preescolares. El tiempo de atención que deben ofrecer es corto y parece razonable suponer que con visitas largas las posibilidades de perder la cooperación aumentan.
13. Hora de la visita, las visitas por la mañana son preferibles, ya que por la mañana no están cansados y pueden ofrecer mayor rendimiento. (Figura 2)^{10,11,12}

¹⁰ Id. pp. 119-121.

¹¹ Escobar Muñoz, "Odontología Pediátrica carolina" _-1444(arroba)Hotmail.com

¹² Rojas Alcaya G. y col. "La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca". Av. Odontostomatol 2004; 20-4 185-191.



Figura 2.¹³

La conducta del niño en el consultorio dental refleja la relación entre hijo-padres, una buena relación se caracteriza por el equilibrio entre las necesidades respectivas del niño y de sus padres. Las necesidades básicas de un niño, que también constituyen elementos para su crianza son:

- Afecto
- Aprobación
- Autoridad

Para el desarrollo emocional armónico del niño es fundamental que este reciba afecto y amor.

¹³ sacatelacareta.wordpress.com/.../elespaciovacio/



La mayoría de los niños son amados por sus padres, en raras ocasiones un niño es rechazado por perturbación emocional de la madre. Si no hay sustituto para tal tipo de madre, el resultado puede ser una alteración emocional para el resto de la vida del niño.

El niño rechazado presenta problemas en el consultorio dental, a menudo es introvertido, suspicaz y en ocasiones agresivo. Estos niños necesitan una atención especial con mucha amabilidad aunque sean desobedientes y resentidos.

Para que el niño desarrolle su autoconfianza y autoestima es necesario que consiga aprobación es decir que sea aceptado como es y que sea adecuado. Esta necesidad de aliento y de apoyo en general es satisfecha ya que la mayoría de los padres están orgullosos de sus hijos.

Pero en ocasiones algunos padres formulan constantemente demandas demasiado grandes y de este modo promueven la frustración del niño ya que se siente inadecuado e inferior.

Los padres demasiado exigentes suelen regañar y denigrar con frecuencia al niño ya que no lo aceptan tal y como es. Estos niños también presentan problemas para el odontólogo en cuanto al manejo y necesitan al igual que los niños rechazados amabilidad y paciencia.

El uso de autoridad es tal vez la parte más difícil en la crianza de un niño, incluye la instauración de límites, reglas disciplina y coherencia. El objeto consiste en desarrollar la independencia del niño y su tolerancia a la frustración y enseñarle a enfrentar el miedo y la ansiedad.



3.3 Expresiones de miedo y ansiedad.

Es común que los niños revelen sus emociones en forma más abierta que los adultos aunque puede haber excepciones con diversas expresiones de miedo y ansiedad, de acuerdo con la madurez, la personalidad, la experiencia con otras situaciones atemorizantes y las demandas de los padres o del dentista pueden reaccionar:

- Huyendo
- Con agresividad
- Llorando
- Con evasión
- Con apatía y retraimiento
- Con agresión
- Con dolor de estomago y vómitos
- Intentando suprimir u ocultar el temor ¹⁴

3.4 Miedo y ansiedad en el consultorio dental.

En la consulta dental acuden muchos pacientes con miedo al tratamiento y al sillón dental.

La diferencia entre el miedo, ansiedad y fobia dental, predominan entre el 5 y 31,5 % de la población que aumenta con la edad, sin diferencias significativas en el sexo.

¹⁴ Koch G, Modeér T. "Odontopediátria Enfoque Clínico" Ed. Panamericana. Argentina 1994. pp. 44 y 46.



El tratamiento dental es percibido en la actualidad como una experiencia agónica, las situaciones de miedo no se restringen solo a la conducta odontológica pero allí surge fácilmente. El miedo a ser lastimado es necesario para proteger al niño de un peligro, el miedo y la ansiedad pueden hacer que el niño sea más difícil de tratar y bajan el umbral del dolor, lo que produce un círculo vicioso.

Existe diferencia entre miedo y ansiedad: El miedo es concreto, es decir tiene fundamento real y se puede explicar con palabras a que se teme. La ansiedad, expresada a veces como temor a lo desconocido, es difusa y no se relaciona – como ocurre con el miedo- con una amenaza en específico. (Tabla 3)^{15,16}

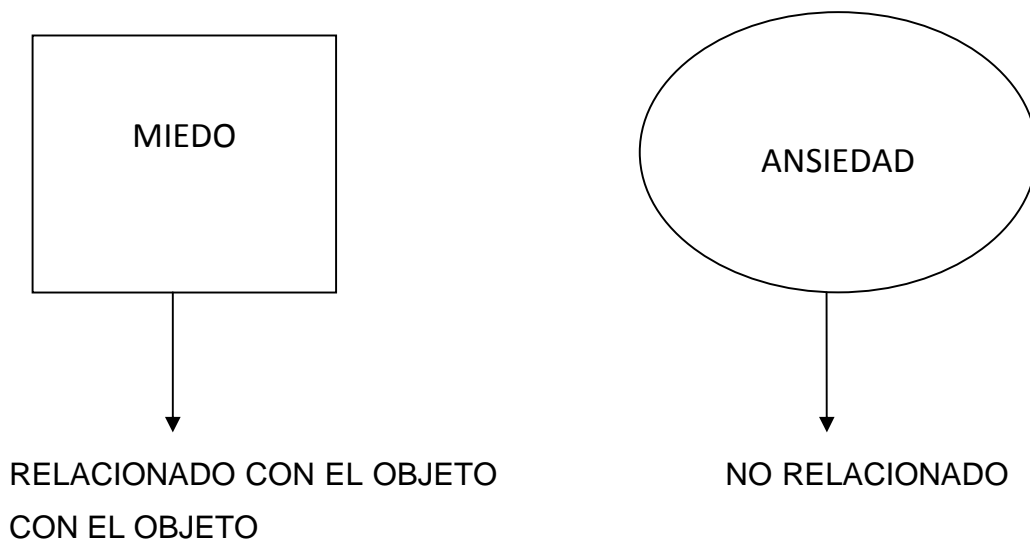


Figura 3. ¹⁷

¹⁵Id pp.47

¹⁶ Álvarez L M. y Cols. "Fear, Anxiety and Phobia to dentistry treatment".

¹⁷ Koch G, Modeér T. "Odontopediatria Enfoque Clínico" Ed. Panamericana. Argentina 1994. pp. 45



El miedo y la ansiedad durante los tratamientos dentales impiden que el paciente pueda cooperar plenamente con el odontólogo, lo que implica pérdida de tiempo para el profesional, innecesaria dificultad para realizar el tratamiento y lo más importante, resultados insatisfactorios.

La mente infantil esta mas controlada por los impulsos internos y fantasías que las del adulto, y por ello, el niño tiene más tendencia a sufrir ansiedad.

La ansiedad puede considerarse hasta cierto punto una reacción normal y sana hacia la odontología por parte del niño, pero una ansiedad incrementada mas allá de cierto punto producirá un problema de interacción en la consulta o incluso se creara una situación peligrosa para el niño y para el profesional.^{18,19}

¹⁸ Barbería Leache. "Odontopediátria". Ed. Masson. pp. 118 -119.

¹⁹ Lima Álvarez M. "Miedo al tratamiento estomatológico en pacientes de la clínica estomatológica docente provincial" Revista Humanidades Medicas.



4. CONTROL DE LA CONDUCTA.

4.1 Clasificación de técnicas de control de conducta.

Los principales objetivos del control de conducta son:

- Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.
- Ganar la confianza del niño y los padres, y aceptación del tratamiento dental.
- Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
- Proporcionar un ambiente relacionado y cómodo para el personal del consultorio durante el trabajo con el niño.
- Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el paciente.

CLASIFICACIÓN:

- a) Técnicas de comunicación.
- b) Técnicas de modificación de la conducta.
- c) Técnicas de enfoque físico.

Las conductas no cooperativas y la excesiva ansiedad no permiten llevar a cabo los tratamientos de forma adecuada.

La experiencia, el tiempo y la dedicación prestados a estas técnicas ayudan a perfeccionar las habilidades clínicas del cuidado infantil, y otorgan al profesional seguridad y autoconfianza, lo cual es



fundamental para la interrelación satisfactoria con el niño potencialmente difícil.

4.2 Técnicas de comunicación.

La comunicación con el niño es la verdadera clave para dirigir la conducta. El clínico debe tener la habilidad para establecer una buena comunicación, tanto a nivel verbal como paraverbal. (Ejem: contacto visual).

Conocer al niño antes de tenerlo sentado en el sillón dental es interesante. Los padres pueden informarnos acerca de lo que el niño sabe sobre temas odontológicos, experiencias previas, hospitalizaciones o sobre si tiene miedo del médico.

Conocer al paciente previamente es importante antes de tratarlo, la observación de la actitud de los padres en la consulta nos dará una idea de la conducta que podemos esperar del niño.

Al niño se le debe saludar de forma afectuosa y agradable, y se le debe preguntar abiertamente sobre sus gustos e intereses.

El clínico debe establecer una conversación con el niño y una vez que se encuentre relajado el clínico puede proceder a dar una ordenada explicación de los procedimientos que se van a realizar.

Es necesario fomentar una buena comunicación para que el niño se sienta física y emocionalmente seguro, mantenga su amor propio y se sienta responsable de su comportamiento.

El odontólogo debe reconocer el buen comportamiento felicitarlo, y agradecerlo verbalmente, ya que esto nos ayuda a que se sientan reconfortados.



LENGUAJE PEDIÁTRICO.

Debemos hablar al nivel del niño en palabras e ideas, y usar un lenguaje que el niño pueda entender. No se debe de mentir al niño, es necesario explicar al niño que es lo que se le va hacer de forma que lo pueda entender, pero sin mentirle. No debemos alargar la preparación del niño ya que esto nos podría incrementar su ansiedad.

Con niños pequeños podemos agregar la fantasía a la conversación, debemos tener precaución de no utilizar un lenguaje ofensivo que ellos puedan interpretar para niños más pequeños.

Hablarles siempre a un nivel ligeramente superior. Deben evitarse palabras que puedan inspirar miedo en el niño. Hay que realizar pequeñas adaptaciones en el lenguaje para niños de distintas edades. Cada edad requiere una adaptación adecuada del vocabulario empleado.

La distracción es un elemento activo para desviar la atención del niño sobre un determinado procedimiento, su objetivo es disminuir la posibilidad de percibir una acción como desagradable aumentando así la tolerancia del niño.

“DECIR-MOSTRAR-HACER”

La idea de esta técnica es familiarizar al niño con ambientes, instrumentos y gentes nuevas.



Debe llevarse a cabo de la siguiente manera:

- Decir y explicar al niño lo que se le va hacer antes de comenzar cualquier maniobra, con el fin de reducir el miedo y la ansiedad.
- Mostrar al niño exactamente cómo se va a llevar a cabo la técnica.
- Efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.

Esta técnica es sencilla y la mayoría de las veces tiene éxito, este procedimiento se debe efectuar de manera que se pase de un estadio a otro sin interrupción, y ha de ser continuo desde que el niño entra en la consulta dental hasta que sale de ella. Al utilizar esta técnica se debe cuidar el tipo de lenguaje que se usa. La selección de palabras es importante en la técnica de “decir-mostrar-hacer”, para tener éxito el odontólogo debe tener un lenguaje sustituto para cada uno de sus instrumentos y procedimientos que el niño pueda entender. (Figura 3)



Figura 4 “Decir-mostrar-hacer”²⁰

²⁰ www.sonreir.com.pe/odontopediatria.htm



CONTROL DE VOZ.

Con esta técnica, el odontólogo adopta una actitud autoritaria. Esta destinada a establecer una comunicación perdida con los pacientes debido a una conducta no colaboradora.

Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, elevándolo para tratar de conseguir la atención del paciente y proyectar la intención de que es, el propio profesional quien toma las decisiones, es más importa el tono de voz que lo que se dice en concreto.

La expresión facial del odontólogo debe acompañar al cambio del tono de voz. No deben transmitirse mensajes distintos, uno de forma verbal y otro de forma paraverbal.

Una vez obtenida la atención por parte del niño, se le agradece la interrupción de la mala conducta y se le dan instrucciones y las explicaciones pertinentes ya de una manera suave y agradable.

Es una técnica muy efectiva para recuperar la atención de los pacientes odontopediátricos.

4.3 Técnicas de modificación de la conducta.

Las técnicas de modificación de conducta consisten en alterar un comportamiento individual hacia un ideal deseado de forma gradual.

Se requiere de tiempo y paciencia por parte del odontólogo para la aplicación de cualquier técnica; por esto muchos profesionales no incluyen estos métodos de modificación de conducta en sus consultas.



REFUERZO

Las leyes del refuerzo dicen que la conducta que es premiada tiende a aparecer más frecuentemente y la conducta que es castigada o continua sin premiarse tiende a extinguirse o desaparecer.

Hay que tratar de demostrar que el clínico acepta y sabe tratar cualquier tipo de conducta. Cualquier tipo de conducta positiva debe ser reforzada verbalmente y con gestos por parte del profesional y su personal auxiliar.

Los niños reaccionan de manera favorable a los refuerzos positivos, ya que es un modo de demostrar que los logros se valoran.

DESENSIBILIZACIÓN

La desensibilización sistemática es uno de los métodos más efectivos y más utilizados para reducir la ansiedad innecesaria. La técnica generalmente incluye enseñar técnicas de relajación al paciente, lograr una relajación muscular y describirle entonces escenas que guardan la relación con sus miedos.

La desensibilización es efectiva, por que el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación. Con la desensibilización proveemos al niño de nuevas y más placenteras asociaciones para relacionarlas con el estímulo que provoca la ansiedad.

Tratamos de condicionar ciertos estímulos presentados en un ambiente agradable y relajado para hacerlos incompatibles con la ansiedad.



IMITACIÓN

Con esta técnica el niño pueda aprender sobre la situación dental viendo como otros niños reciben tratamiento. Esta técnica es de gran utilidad para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental.

Muchos odontopediatras emplean técnicas por imitación al diseñar sus consultas de una manera abierta para que los niños puedan verse unos a otros. El proceso básico consiste en la observación de uno o más niños que demuestran una conducta apropiada en una situación particular. Las técnicas de imitación resultan efectivas en el momento de proporcionar familiarización y mejorar la conducta en el ámbito dental. También pueden ser utilizadas en pacientes con discapacidad intelectual. (Figura 4)



Figura 5 Consultas abiertas para que los niños puedan verse unos a otros.²¹

²¹ www.edutic.ua.es/.../imprimir.asp?id=410



4.4 Técnicas de enfoque físico.

Las técnicas de enfoque físico no son técnicas que se utilizan como castigo, si no como procedimientos clínicos aceptados con base científica para llevar a cabo ciertos tratamientos dentales en situaciones clínicas perfectamente tipificadas y específicas.

Se definen como aquellas técnicas que controlan o limitan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales.

Los objetivos básicos son:

1. Ganarse la atención del niño
2. Enseñarle la conducta apropiada que se espera de el
3. Darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlar sus movimientos
4. Protegerlo de lesiones
5. Hacer más fácil la técnica dental, tanto para el niño como para el odontólogo.

CONSIDERACIONES.

1. Estas técnicas solo deben utilizarse después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con técnicas convencionales.
2. Siempre deben ser consideradas antes de planificar el tratamiento bajo anestesia general
3. Se emplean como parte de un tratamiento, no como un castigo.



4. La primera finalidad es la protección del paciente, después la protección del profesional y ayudantes, y la última llevar a cabo el tratamiento necesario.
5. Deben explicarse de forma cariñosa los motivos y la manera en que se llevaran a cabo a los niños que se les aplica. En función de la capacidad de cada niño se variara el modo de explicación con el “lenguaje pediátrico” adecuado.
6. Se empleara todo el tiempo necesario para explicar a los padres porque y como se utilizan.
7. Debe obtenerse el consentimiento de los padres.

INDICACIONES.

1. Niños con limitaciones físicas, como pacientes afectados de parálisis cerebral, que no pueden controlar sus movimientos.
2. Niños con limitaciones mentales, como retrasos mentales intensos que les incapacitan para cooperar y actuar normalmente, y que generalmente producen conductas incontrolables.
3. Niños muy pequeños sin capacidad para comprender las explicaciones e instrucciones del profesional.
4. Algunos niños premeditados, que al no disponer de un nivel completo de conciencia, pueden reaccionar bruscamente.
5. Los niños que experimentan rabietas violentas
6. En casos de emergencia.



TIPOS DE TÉCNICAS DE ENFOQUE FÍSICO.

Bloques de mordida, abre bocas.

Se emplean para el tratamiento de los maxilares y el control de la abertura de la boca. Algunos niños necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta durante los tratamientos.

Mano sobre boca.

La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse, esta prohibida su utilización con niños menores de 3 años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos por que no tienen dicha capacidad. La técnica no busca asustar al niño, si no que intenta obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al odontólogo.

Control físico por parte del odontólogo.

Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos inapropiados de los brazos y las piernas del niño durante un tratamiento dental por parte del profesional y de sus ayudantes.

Control físico mediante dispositivos específicos.

Cuando el odontólogo ya no puede controlar los movimientos de los niños, se recurre a dispositivos de limitación física específica, para el control de todo el cuerpo. Se incluyen toallas, sabanas, cinturones y dispositivos comerciales como el pedi-wrap o el Pappoose Board.^{22,23}

²² Barbería Leache. "Odontopediátria". Ed. Masson. pp . 127-136.

²³ Amira Kade de Souki. Y cols. "Comportamiento del niño en el consultorio odontológico" 1999.Acta Odontol. Venez V.37 n3. Caracas.



5. AUXILIARES PARA EL CONTROL DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD.

La aplicación de otras técnicas alternativas va adquiriendo aceptación por parte de los odontólogos. Algunas de estas técnicas pueden ser de distracción, relajación hipnosis y la música por mencionar algunas.

5.1 Música como método de distracción en el consultorio dental.

Este método no farmacológico es usado para manejar la conducta del niño en el consultorio dental. La utilización de la música en niños y adolescentes durante la práctica dental es considerada una terapia de sugestión en donde el niño es animado a la fantasía. Algunos investigadores han usado música ambiental, canciones infantiles, historias, cuentos y diversos temas de audición durante el tratamiento en niños pequeños y discapacitados, esto con el fin de que el paciente muestre una mayor cooperación.

Al analizar la conducta de los pacientes atendidos con música, manifestaron una mejor conducta durante el tratamiento, y mencionan que la terapia con música crea un ambiente apropiado y favorable para el tratamiento dental.

Estudios indican que la música puede ser tan provechosa igual que otros métodos no farmacológicos. Se ha reportado que la música puede reducir la tensión, el miedo y la ansiedad influyendo en el sistema nervioso, circulatorio y respiratorio, creando así un ambiente



tranquilo para el niño en el consultorio dental, esto nos muestra que la terapia con música es una buena opción durante el tratamiento dental.

También podemos decir que existe un grado de satisfacción durante el tratamiento dental, ya que los niños se divierten durante la visita y no sienten dolor. Esto nos muestra que la música tiene un efecto positivo en la actitud del niño. La música es un método alternativo muy importante para modificar la conducta del paciente pediátrico.^{24,25,26}

5.2 Payasos médicos en el tratamiento para la ansiedad preoperatoria en niños.

La inducción de la anestesia es uno de los momentos más estresantes para un niño que debe someterse antes de cualquier tratamiento dental: se estima que el 60% de los niños sufren ansiedad en el período preoperatorio. La ansiedad se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación.

La presencia de payasos antes del tratamiento dental reduce el miedo y la ansiedad durante la inducción de anestesia. El cuestionario para los profesionales de la salud indicó que los payasos son un beneficio para el niño, la eficacia de los payasos es importante tanto para la sala de espera y el consultorio dental.

²⁴ Carlos Miguel Cruz C. y col. "Music as an alternative method to modify children's behaviour during dental treatment". Rev. Estomatol. Meridiana V5 n.1 Lima ene/junio 2005.

²⁵ Biatto B, Vismara V. "Medicina Natural en odontología". Tratamiento de la ansiedad. Journal de Clínica en Odontología 199/2000; 15(5):46-54.

²⁶ Reinhold M." Control del miedo y el dolor en el tratamiento estomatológico en la infancia mediante audioanalgesia". Quintessence (sp ed.) 1994;7(3): 188-91.



Estudios muestran que la presencia de payasos durante la administración de la anestesia, junto con los padres del niño, es una intervención eficaz para la gestión de los niños y así disminuir la ansiedad en el preoperatorio.

Alentamos a la promoción de esta forma de distracción en el tratamiento de los niños que requieren de tratamientos dentales, pero la resistencia de los médicos y odontólogos hacen que sea muy difícil de insertar en este programa la actividad de los payasos en el consultorio dental. (Figura 5).²⁷



Figura 6. Uso de distracción.²⁸

²⁷ Vagnoli L. y cols. "Clown doctors as treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. Official Journal of the American Academy of Pediatrics. 2005. (116); 563-564.

²⁸ www.elentir.info/imaxes/colgate.jpg



5.3 Distractores audiovisuales durante el tratamiento dental.

Se mostro menos ansiedad y malestar cuando se utilizan anteojos usando una imagen virtual, este sistema es beneficioso en la reducción del miedo y la ansiedad, y el menor tiempo para el tratamiento dental, para la mayor parte de los pacientes. La mayoría de los pacientes prefiere utilizar el equipo en lugar de recibir tratamiento tradicional.

A pesar de los avances en las tecnologías dentales muchas personas tratan de evitar o retrasar el tratamiento a causa del miedo y la ansiedad.

Estudios nos sugieren que el uso de técnicas audiovisuales es un sistema de distracción que puede ser una opción en pacientes odontopediátricos para moderar el miedo y la ansiedad durante el tratamiento dental.

El sistema audio-visual debería ser utilizado como complemento en el consultorio dental, para así poder reducir el miedo, la ansiedad y el aburrimiento. Estos métodos son cada vez más comunes en odontología.²⁹

²⁹ Catryn L. y cols. Journal Dental Association. Vol. 132, July 2001. Pp 1031-1037.



5.4 Distracción con videojuegos.

La distracción con videojuegos reduce el miedo y la ansiedad preoperatoria. Los videojuegos reciben una amplia aplicación en la atención de la salud para la distracción y el comportamiento de la modificación de la conducta.

Con una computadora de mano se reduce el miedo y la ansiedad durante el periodo preoperatorio. Esto ha sido eficaz para la distracción del niño en el consultorio dental.

Los videojuegos nos pueden ayudar a disminuir el miedo y la ansiedad dental a un bajo costo, es fácil de implementar, son portátiles y además es una agradable actividad familiar.³⁰

5.5 Truco de magia: una estrategia para el tratamiento del paciente odontopediátrico.

Una única estrategia de gestión de la práctica durante miles de años antes de la llegada de la odontología moderna; la magia se ha utilizado para entretener, impresionar, y motivar a las personas.

Hoy en día los profesionales de la odontología están utilizando el concepto de la magia de una sonrisa saludable a través del uso de modernas técnicas en la clínica como un medio para la práctica de comercialización, la educación del paciente, y la reducción del miedo y la ansiedad.

³⁰ Patel Anuradha. y cols. "Distraction with a handheld video game reduces pediatric preoperative anxiety". Journal compilation 2006. Pp. 119,122, 125.



Estudios nos indican que los niños que llegan a la consulta dental se muestran más cooperadores cuando se les presenta algún truco de magia, (como por ejemplo un truco de magia podría ser tomar alguna radiografía).

La realización de trucos de magia para los niños, los realiza un mago que es actor que hace creer a los niños que está haciendo lo imposible como aparecer y desaparecer objetos. La distracción de la mente puede ser tan necesaria en el caso de los niños para poder ganarnos su atención sacarlo fuera de la realidad (alguna situación dental) y así lograr su cooperación. (Figura 6)^{31,32}



Figura 7. Con un truco de magia el niño puede mostrarse más cooperador.³³

³¹ Peretz B. y cols. "Magic Trick:a behavioural strategy for the manegament of strong-wildren children". International journal of Pediatric Dentistry 2005; 15 pp. 429-436

³² Schwartz S. "It's magic: a Unique Practice Management Strategy". The Journal Contemporary Dental Practice, Vol 4, No 4, November 15, 2003.

³³ Ib. pp. 2



5.6 La hipnosis como método alternativo para reducir el miedo y la ansiedad en la consulta dental.

Teniendo en cuenta el peligro que algunos niños pueden presentar en el consultorio dental surgió la necesidad de estar alerta y tratar de lograr la cooperación del niño durante el tratamiento, la búsqueda de una intervención psicológica para ayudar a los niños a manejar el miedo y la ansiedad es claramente deseable.

La hipnosis se lleva a cabo en 1 hora promedio de sesiones de auto-hipnótica visual de imágenes. Los niños y los padres reciben instrucciones de la práctica utilizando la imaginación y la auto-hipnosis varias veces al día en preparación para el próximo procedimiento.

El terapeuta también está presente durante el tratamiento para realizar ejercicios similares y así poder controlar su miedo y ansiedad. La utilización de la hipnosis (en comparación con la atención habitual) es para ayudar a los niños a poder llegar a su tratamiento dental sin temor.

Los beneficios de utilizar la hipnosis es reducir el peligro en el establecimiento pediátrico, además ayuda a los niños que han tenido experiencias anteriores con dificultad.³⁴

³⁴ Butler Lisa D. "Hipnosis Reduces Distress and Duration of an Invasive Medical Procedure for Children". Official Journal of the American Academy of Pediatrics. 2005. 115; 77-85.



CONCLUSIONES

Con el presente trabajo concluimos como la psicología representa un perfil importante para nuestra carrera odontológica, y más aun para la rama de la Odontopediátria, en la cual el odontólogo tiene que saber el trato adecuado para trabajar con niños.

Esta revisión bibliográfica nos indica cómo debemos seguir los pasos y la actitud que un odontopediátra debe mostrar hacia su paciente así como de las diferentes técnicas en la que podemos apoyarnos para realizar un mejor tratamiento dental por medio de distractores como música, videos, hipnosis, etc.



BIBLIOGRAFÍA

Álvarez L M. y Cols. Fear, Anxiety and Phobia to dentistry treatment.

Barbería Leache. Odontopediátria. 2da edición. Ed. Masson 2001.

Biatto B, Vismara V. Medicina Natural en odontología. Tratamiento de la ansiedad. Journal de Clínica en Odontología 199/2000; 15(5):46-54.

Catryn L. y cols. _____ Journal Dental Association. Vol. 132, July 2001. Pp 1031-1037.

Cruz Carlos Miguel. y col. Music as an Alternative Method to Modify Children's Behaviour During Dental Treatment. Rev. Estomatol. Meridiana V5 n.1 Lima ene/junio 2005.

Escobar Muñoz Fernando. Odontología Pediátrica.

Echeburúa Odrizola, E. Trastornos de la infancia. Ed. Pirámide. Madrid-España. 1998.



Hans Z. Evolución Psicológica del niño. Ed. Herder, Barcelona 1971.

Humbertos J.m Van Waes, Stockli Paul, Atlas de odontología pediátrica.
Ed. Masson. 2002. Barcelona España.

Kade de Souki. Y cols. Comportamiento del niño en el consultorio
odontológico. Acta odontológica venezolana. V.37 n.3 Caracas dic.
1999.

Koch G, Modeér T, Poulsen S, Rasmussen P. Odontopediátria. Enfoque
Clínico Ed. Médica Panamericana. Argentina 1994.

Leyt S. El niño en la odontología (Odontología Pediátrica) Ed. Mundi.
Argentina. 1986.

Lima Álvarez M. Miedo al tratamiento estomatológico en pacientes de la
clínica estomatológica docente provincial Revista Humanidades
Medicas.

Ojeda Cesar. History and reformulaction of clinical anxiety. Rev Chil
Neuro-Psiquiat 2003; 41(2): 95-102.



Patel Anuradha. y cols. Distraction with a and- held video game reduces pediatric preoperative anxiety. Journal compilation 2006. Pp. 119,122, 125.

Peretz B. y cols. Magic Trick:a behavioural strategy for the manegament of strong-wildren children. International journal of Pediatric Dentistry 2005; 15 pp. 429–436

Rojas Alcaya G, Misrachi Launert. La interacción Paciente dentista, a partir del significado psicologico de la boca. Avances en odontoestomatologia v.20 n.4 Madrid jul-ago. 2004

Reinhold M. Control del miedo y el dolor en el tratamiento estomatologico en la infancia mediante audioanalgesia. Quintessence (sp ed.) 1994;7(3): 188-91.

sacatelacareta.wordpress.com/.../elespaciovacio/

Schwartz S. It's Magic: a Unique Practice Management Strategy. The Journal Contemporary Dental Practice, Vol 4, No 4, November 15, 2003.



Vagnoli L. y cols. Clown doctors as treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective atudy. Official Journal of the American Academy of Pediatrics. 2005. (116); 563-564.

www.edutic.ua.es/

Vagnoli L. y cols. Clown doctors as treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective atudy. Official Journal of the American Academy of Pediatrics. 2005. (116); 563-564.

Zulliger Hans. Evolución Psicológica del niño. Ed. Herder. Barcelona 1971.