



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ACTITUD DE LOS PADRES Y TUTORES RESPECTO A LA
ANSIEDAD EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LOS
PACIENTES PEDIÁTRICOS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ANA LAURA GARCÍA MARBÁN

TUTORA: C.D. MARTHA CONCEPCIÓN CHIMAL SÁNCHEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

Con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional, siendo para mí la mejor herencia.

A mi Madre Hortencia, quien es el ser más maravilloso del mundo. Gracias por el apoyo moral, su cariño y por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles.

A mi Padre Eduardo, porque ha sido para mí un hombre grande y maravilloso y que siempre he admirado. Gracias por guiar mi vida con energía, esto es lo que ha hecho que sea lo que soy.

A mi Hermana Aidé, que siempre está ahí cuando la necesito. Gracias por el apoyo, los consejos y por toda esa energía que tienes.

Gracias a todos los profesores que han marcado mi camino. En especial a la Dra. Martha Concepción Chimal Sánchez por toda la ayuda que me brindó al realizar este trabajo.

Gracias a la gran institución que ha forjado mi camino, a la cual considero como mi segundo hogar, la Universidad Nacional Autónoma de México.

Y gracias a la Facultad de Odontología.

Con amor, respeto y admiración.

Por Mi Raza Hablará el Espíritu.

ÍNDICE

Introducción.....	7
Antecedentes.....	9
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	14
Objetivos.....	15
General.....	15
Específicos.....	15
1. Ansiedad dental.....	16
1.1 Concepto.....	16
1.2 Factores predisponentes.....	16
1.3 Síntomas de la ansiedad.....	18
1.4 Repercusión de la ansiedad dental.....	19
1.5 Manejo de la ansiedad.....	20

2. Miedo.....	22
2.1 Concepto.....	22
2.2 Clasificación del miedo.....	22
3. Actitud.....	26
3.1 Concepto.....	26
3.2 Aspectos de la actitud.....	27
3.3 Procesos por los que se adquieren las actitudes.....	31
4. Conducta.....	31
4.1 Concepto.....	31
4.2 Factores determinantes de la conducta del niño.....	34
4.3 Técnicas de manejo del comportamiento en niños.....	40
5. Percepción del dolor.....	50
5.1 Umbral del dolor.....	55
5.2 Manejo del dolor.....	56

6. Instrumentos para determinar la ansiedad dental.....	59
6.1 Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS).....	59
6.2 Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS).....	60
6.3 Cuestionario de Ansiedad Jerárquico (HAQ).....	60
7. Historia clínica en Odontopediatría.....	61
7.1 Consentimiento informado.....	71
8. Material y método.....	73
8.1 Tipo de estudio.....	74
8.2 Población de estudio y muestra.....	74
8.3 Criterios de inclusión.....	74
8.4 Criterios de exclusión.....	75
8.5 Variables de estudio.....	75
9. Resultados.....	76
10. Discusión.....	85
Conclusiones.....	87

Glosario.....	89
Referencias bibliográficas.....	93
Anexos.....	100

Introducción

Uno de los mayores obstáculos con los que se enfrentan los Cirujanos dentistas de práctica general durante los tratamientos odontológicos, es el incumplimiento a las citas programadas como resultado de la ansiedad que se produce ante dichos tratamientos.

La ansiedad ante un tratamiento odontológico, también llamada fobia dental, ansiedad dental u odontofobia, es aquel sentimiento situado en el organismo que alerta de un peligro próximo que pueda amenazar la integridad física o psíquica del individuo.

Cuando dicha ansiedad llega a niveles altos se transforma en una fobia, la cual se define como un miedo excesivo, desproporcionado y persistente a un instrumento dental o al mismo tratamiento odontológico el cual llega a ocasionar ataques de pánico en los pacientes, lo cual tiene como resultado la interrupción del tratamiento y la evitación a las citas posteriores.

La ansiedad infantil en la práctica odontológica es influenciada por varios factores, de los cuales la ansiedad por parte de los padres presenta gran importancia en el comportamiento del niño en la consulta odontológica.

El factor principal por el cual se llega a adquirir la fobia dental es por experiencias previas desfavorables, llegando a ser éstas traumáticas para el paciente, siendo desencadenadas por el dolor. El dolor tiene lugar en la mente del individuo, el cual varía según la sensibilidad o umbral que posee cada persona; dicho umbral puede ser alto o bajo y varía entre cada persona.

Dependiendo del umbral que posea la persona, será la reacción ante el dolor, al igual que el nivel de ansiedad que se presentará y que el Cirujano Dentista deberá manejar.

Para esto, el Cirujano Dentista debe conocer las medidas por las cuales podrá controlar la ansiedad generada en el paciente, eligiendo la mejor, y así llevar el tratamiento odontológico satisfactoriamente.

Existen diversos instrumentos para determinar el grado de ansiedad dental, entre los cuales se encuentran: la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS) y la Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS), entre otras.

Este estudio permitirá conocer, a través de una encuesta, la ansiedad de los padres y tutores y la actitud que toman frente a la consulta dental de los pacientes pediátricos, lo cual determinará el manejo del niño durante el tratamiento dental.

Antecedentes

Márquez y cols. (2004), realizan un estudio descriptivo, que por medio de encuestas identifican los factores que causan más miedo en una consulta dental. En el estudio encuestaron a personas de entre 10 y 80 años de edad de ambos sexos que acudían a consulta dental, siendo un total de 399 sujetos para la muestra.

Para la investigación realizaron un cuestionario de miedos dentales que constaba de 20 ítems referidos a actividades y experiencias relacionadas con la situación dental que podían producir miedo u otros sentimientos desagradables. Las respuestas posibles a las preguntas, adoptaban el formato de una escala de seis puntos (valores de 0 a 5), que iban de ninguno hasta mucho miedo.

Tuvieron como resultado que algunas de las situaciones puestas en los ítems generaban bastante miedo, entre las que sobresalían la posibilidad de contraer una infección por los instrumentos utilizados y que laceraran los labios con algún instrumento. Por el contrario, los que ocasionaban ningún miedo eran que se les durmiera la boca y que el Cirujano Dentista tuviera mal aliento.

Con su estudio concluyeron que las actividades que provocaban mayor miedo eran las que generaban daño físico al individuo, y que el sólo hecho de escuchar, ver o sentir la pieza dental de alta velocidad, la aguja, sangre o una herida, generaban una conducta negativa.

Núñez y cols. (2006) hacen un estudio para evaluar la actitud de los padres hacia la primera consulta dental de sus hijos, con la participación de 60 padres, aplicando una encuesta tipo Likert de 23 ítems. En su estudio

dividieron a los padres en dos grupos, en los cuales en uno se les encuestaba y se les daba información persuasiva, y en el otro sólo se les encuestaba. Al comparar los resultados del tipo de actitud entre ambos grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, concluyendo que aún con información persuasiva acerca de la importancia de la primera consulta de sus hijos, los padres no modificaron su actitud.

Wallena y cols. (2007) evaluaron la ansiedad materna en el tratamiento odontológico, en la cual hicieron uso de la Escala de Ansiedad Dental de Corah, aplicándola a 100 madres, observando que la mayoría de las madres (52%) presentaba bajo grado de ansiedad, seguido de 23% con ansiedad moderada , 21% sin ansiedad y 4% con ansiedad considerada alta. Concluyendo que frente al tratamiento odontológico de sus hijos, la mayoría de las madres evaluadas presentaron un bajo grado de ansiedad.

Caycedo y cols. (2008) realizando un estudio de corte transversal, para identificar la prevalencia de ansiedad entre hombres (35,8%) y mujeres (64,2%) de entre 26 y 48 años de edad, siendo un total de 913 pacientes. Se realizó el estudio utilizando la Escala Modificada de Ansiedad y la Escala de Ansiedad Dental versión corta.

Concluyendo en la primera escala que en las mujeres, el rango más prevalente fue de ansiedad moderada seguido por ansiedad extrema; mientras que en el caso de los hombres corresponde al de no ansiedad seguido por ansiedad moderada. En la segunda escala, los hombres fueron clasificados en mayor medida como no ansiosos seguidos por moderadamente ansiosos; mientras que las mujeres, en primera instancia corresponden al nivel de extremadamente ansiosas seguidas por levemente ansiosas.

Biswal y cols. (2010) tuvieron como objetivo en su estudio determinar la asociación entre el estrés paterno y la presencia de caries temprana en niños de 4-5 años, utilizando un cuestionario tipo Likert que constaba de 36 preguntas y entregando a los padres el consentimiento informado adecuado para el estudio. De acuerdo a su estudio, los niños con padres que presentaban mayor ansiedad, tenían un porcentaje mayor de presencia de caries.

Krahn y cols. (2011) en su estudio encontraron una correlación entre las fobias hacia el Cirujano Dentista y la presencia de ansiedad que presentaban los pacientes en la consulta dental, siendo las mujeres con un 44.44% las que presentaban un grado de ansiedad elevada a comparación de los hombres con un 16.66% que presentaban ansiedad elevada. Demostraron que a medida que aumenta la ansiedad, también lo hacía la fobia hacia el Cirujano Dentista.

Afshar y cols. (2011) demostraron en su estudio que la presencia o ausencia de los padres en la primera y segunda consulta dental, no tenía impacto sobre sus hijos de 5 años de edad con respecto a su ansiedad y a su cooperación, quienes no tenían una experiencia previa con el Cirujano Dentista.

En un estudio más reciente realizado por Vergara y cols. (2013), demostraron que la prevalencia de miedo y ansiedad en los pacientes de su estudio fue alta, siendo el sexo femenino, la influencia negativa de la familia y experiencias traumáticas previas factores de riesgo para la aparición de miedo y ansiedad en la consulta dental. Teniendo como resultado la presencia de miedo en un 77.1% y de ansiedad en un 62.8%.

Al igual que en el estudio realizado por Afshar y cols. (2011), Shindova y cols. (2013), concluyeron que la presencia o ausencia de los padres en el consultorio dental no tenía un impacto sobre el nivel de ansiedad en niños de 6-12 años durante la examinación dental.

Planteamiento del problema

Poco se ha estudiado sobre la actitud que presentan los padres al llevar a sus hijos a la consulta odontológica.

La actitud de los padres se ve reflejada por la ansiedad que éstos lleguen a sentir, la cual será transmitida al niño en el consultorio dental y tendrá como consecuencia la modificación de la conducta del niño.

En cuanto el niño se encuentre con mayor ansiedad en la consulta dental, será más complicado el manejo de conducta, por lo que, si los padres se encuentran presentes en el consultorio dental, al ver cómo se comportan sus hijos, éstos tomarán una actitud indeseable que llegará a afectar la autoridad del Cirujano Dentista.

A su vez, provocará mayor ansiedad al paciente pediátrico y al mismo Cirujano Dentista, lo que se convertirá en un conflicto si la actitud y la ansiedad de los padres no son controladas.

Justificación

El comportamiento positivo o no del paciente pediátrico y de los padres, depende de la calidad del tratamiento odontológico. Al estudiar el comportamiento del niño se podrá relacionar con el ambiente familiar en el que se desarrolla y del que proviene.

Existen diversos métodos por los cuales podemos saber el grado de ansiedad que pueden presentar los padres al asistir a la cita odontológica de los pacientes pediátricos.

Con esto, el Cirujano Dentista se dará una idea de la actitud que puedan llegar a tener los padres antes de entrar a consulta, para lo que, en este estudio, se encuestará a los padres o tutores que asisten a la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM; y así determinar su nivel de ansiedad con respecto al tratamiento del paciente pediátrico.

Objetivos

General

Determinar la actitud de los padres y tutores con respecto a la ansiedad del paciente pediátrico en la atención odontológica en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM.

Específicos

1. Evaluar a los padres o tutores, implementando la Escala de Ansiedad Dental de Corah.
2. Determinar el grado de ansiedad de los padres o tutores respecto a la atención odontológica del paciente pediátrico.
3. Determinar la relación entre la ansiedad y la actitud de los padres y tutores.

1. Ansiedad dental

1.1 Concepto

La ansiedad dental es definida como aquel miedo excesivo y desproporcionado que pone al organismo en alerta ante un peligro próximo que llegue amenazar su integridad física o psíquica ante el tratamiento dental, de origen incierto, muchas veces no concreto, que se caracteriza por exageraciones, así como imágenes fantásticas de sucesos indefinidos.^{2,4,7,11} La ansiedad dental también es conocida como fobia dental u odontofobia.²



Fig. 1 Niño ansioso¹

1.2 Factores predisponentes

Un factor predisponente es aquel que puede describir algo que aumente el riesgo de una persona a presentar una afección o enfermedad, en este caso el desencadenar la ansiedad dental.



Fig. 2 Factor desencadenante²

Como tales factores desencadenantes de la ansiedad se encuentran los siguientes:^{2,3,4,5,6,10,11,12,13,15,16}

1. Edad, sexo, nivel socio-económico, origen cultural, nivel de desarrollo psicológico.
2. Experimentación de dolor al tratamiento dental y umbrales de dolor bajos.
3. Recuerdo de experiencias dentales traumáticas previas.
4. Experiencias traumáticas faciales previas.
5. Exageración de experiencias previas relatadas por familiares o terceros.
6. Temor a ser lastimados.
7. Temor al ruido provocado por la pieza de alta.
8. Aplicación de la solución de anestesia local.
9. Amenaza por parte de los padres hacia la inyección si el niño se comporta mal.
10. Temor a la sangre y heridas.
11. Temor de los padres ante el tratamiento dental.
12. Ansiedad de los padres hacia los niños, especialmente la ansiedad de la madre.
13. Actitudes desfavorables por parte de los padres y terceros.
14. La falta de información y una mala interpretación acerca de los procedimientos dentales.

16. Escasa confianza ante el Cirujano Dentista y auxiliares.
17. Citas irregulares.
18. El tiempo que espera el paciente para ser atendido.
19. A las técnicas de manejo de conducta empleadas en los niños.
20. La personalidad de cada paciente.
21. La existencia previa de problemas psicológicos.

1.3 Síntomas de la ansiedad

La ansiedad se manifiesta con tres componentes de respuesta que interactúan entre sí.⁴

1. Sistema motor: este implica las conductas motoras externas que acontecen como un medio de escape.
2. Cognitivo: se refiere a lo que la persona piensa o siente acerca de una situación.
3. Sistema fisiológico: involucra el aumento del gasto cardiaco, aumento de la presión sanguínea, etc.

Los pacientes que son muy ansiosos tienden a sobreestimar el dolor que sentirán antes del procedimiento a realizarse.¹²

Se reconoce a un paciente en estado de ansiedad cuando llega a presentar taquicardia, respiración incrementada, tensión en los músculos, manos frías y sudorosas, cambios de conducta y el paciente parece cansado y sudoroso.^{4,5,12}

1.4 Repercusión de la ansiedad

Los impactos cognitivos de la ansiedad dental que incluyen pensamientos negativos, temor, llanto, agresividad, alteración del sueño, cambios de hábitos alimenticios y automedicación, provocan la evitación de las citas dentales posteriores, y por lo tanto la interrupción del tratamiento.



Fig. 3 Impacto cognitivo³

Esta evasión a los tratamientos dentales trae como resultado mayor prevalencia de caries, y como consecuencia el aumento de la necesidad de rehabilitación bucal y por ende aumento al costo restaurativo. La manifestación de la ansiedad dental al tratamiento odontológico ocasionará afección en las actividades sociales, en las relaciones familiares y en el trabajo.

Las repercusiones a largo plazo de la evitación del tratamiento odontológico llevan a los pacientes al uso de servicios médicos generales para que se les haga la prescripción de analgésicos y antibióticos.^{2,12}

1.5 Manejo de la ansiedad

El manejo de la ansiedad en los pacientes variará dependiendo la edad, nivel de cooperación y su historia médica y/o dental.

Cuando se ha detectado a un paciente ansioso debe manejarse usando la regla de las “4 S”:¹²

1. Sentido de la vista
2. Sentido del oído
3. Sensaciones
4. Sentido del olfato

Para poder reducir el nivel de ansiedad en los pacientes existen medidas efectivas que ayudan a controlar y en muchos casos a prevenir la ansiedad en adultos y en niños:^{4,8,11,12}

En adultos:

- Dedicar suficiente tiempo a la cita dental.
- Minimizar los factores predisponentes.
- Incluir métodos de relajación.
- Usar técnicas de distracción, como música (con o sin audífonos), reproducción de videos, anteojos de realidad virtual.
- Aplicar la anestesia eficientemente.
- Remitir a especialistas de comportamiento psicológico para el manejo de la ansiedad y terapias de comportamiento.
- De ser necesario, emplear sedación usando agentes farmacológicos.

En niños:

- Realizar una buena historia clínica sobre las experiencias dentales previas.
- Tranquilizar a los padres primero, y más cuando el niño es pequeño.
- Ganar la confianza del niño y darle la oportunidad de investigar la situación en la que se encuentra.
- No llevar a cabo nada doloroso en las primeras sesiones.
- Percatarse de todos los mensajes emitidos por el paciente pediátrico, tanto verbales como no verbales.
- Hacerle cumplidos en cada paso del tratamiento.
- Usar métodos de distracción: música, juegos, televisión, dibujos, etc.
- Hacer que participe de forma activa, convirtiéndole así en “ayudante”.
- Cubrir el instrumental que desencadene la ansiedad, siendo la jeringa de anestesia la más importante.
- Tratar que el tiempo de las citas sea corta, de preferencia en la mañana.
- Crear un tono de voz y lenguaje apropiados, para adoptar una actitud menos autoritaria.
- Crear un ambiente relajado y cómodo.

2. Miedo

2.1 Concepto

El miedo es una relación o actitud inmediata frente a una amenaza externa que es real y es asociado como algo perjudicial, el cual, es la respuesta física al dolor. El miedo tiene un fundamento real y concreto. Puede ser expresado con palabras, ya que nace de una fuente que puede ser reconocida.^{15,19,20,30,31,32,36,37}



Fig. 4 Expresión del miedo⁴

2.2 Clasificación del miedo

El miedo es una de las primeras emociones que se percibe después del nacimiento. Cuando el niño es lactante no está consciente de lo que produce el miedo. A medida que el niño crece, aumenta su capacidad mental y toma conciencia de los estímulos que le provocan miedo.³⁷

El miedo es una de las principales razones por las cuales se evita el tratamiento dental, éste es adquirido y, la mayoría de las veces, durante la infancia. El miedo y la ansiedad se encuentran tan próximos durante la niñez que no es posible separarlos.^{32,36}

El miedo es clasificado en: objetivo y subjetivo

- Miedo objetivo

Los miedos objetivos son producidos por una estimulación directa de los órganos sensoriales que se encuentran en contacto físico con la experiencia, y generalmente no son de origen paterno.^{30,37}



Fig. 5 Miedo asociado a un objeto⁵

Es una reacción a estímulos que pueden sentirse, verse, oírse, olerse o saborearse, y que son de naturaleza desagradable. Éstos, por lo tanto, pueden ser de naturaleza asociativa.³⁷

Cuando un paciente ha tenido experiencias desagradables en un hospital o que han sufrido intensos dolores causados por personas con uniformes blancos similares a los de los Cirujanos Dentistas, e incluso al olor de ciertas

sustancias químicas asociadas anteriormente a situaciones desagradables, pueden desarrollar un miedo injustificable.³⁷

El miedo desencadena que el umbral del dolor baje, de tal manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento dental resultará aumentado.^{21,37}

- Miedo subjetivo

Están sustentados en actitudes y sentimientos que han sido infundidos al niño por personas de su entorno, sin necesidad de que el niño lo haya experimentado personalmente. Un niño entre más corta sea su edad, podrá ser más sugestionable.^{30,37}



Fig. 6 Entorno negativo⁶

La imagen mental que le produce miedo al niño permanecerá en su mente, y con la gran imaginación que hay en la infancia, ésta imagen se agranda y se vuelve imponente.^{30,37}

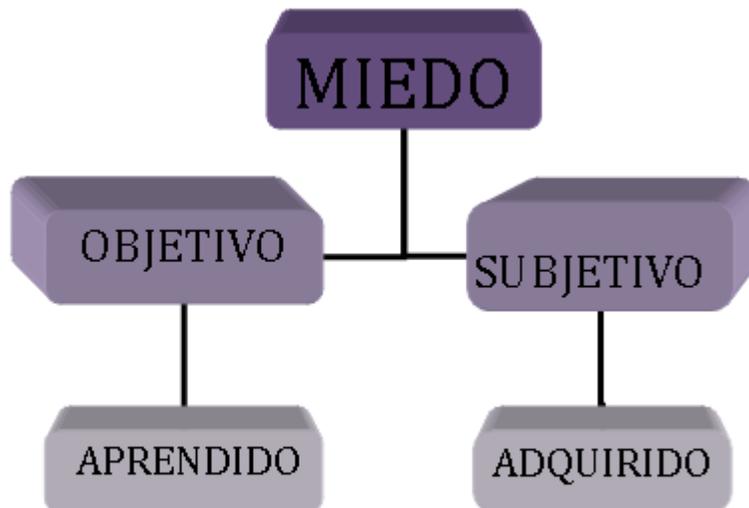
Los niños tienen un intenso miedo a lo desconocido, por lo que, hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no está amenazado por una causa

desconocida, el miedo del niño persistirá. Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que posiblemente será dolorosa.^{19,37}



Fig. 7 Miedo a lo desconocido⁷

El miedo sugestivo también se experimenta por medio de la imitación. Cuando se observa el miedo de otros, se puede adquirir temor hacia el mismo objeto que lo ha provocado. El temor por imitación puede transmitirse sutilmente entre padres e hijos, sin que ninguno se dé cuenta de ello.³⁷



Esquema 1 Clasificación del miedo⁸

3. Actitud

3.1 Concepto

El término actitud, se entiende como la forma de proceder y actuar de una persona. El conjunto relativamente organizado de creencias, sentimientos y tendencias, dirigidos constantemente hacia una persona o un grupo de personas, cosas, ideas, instituciones, etc., es lo que va configurando las actitudes.^{16,39,40}

En el campo de la psicología, Allport define las actitudes como “Un estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia directa o dinámica sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Por otro lado, Thurstone la define como “La suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico”.¹⁶



Fig. 8 Actitud mental⁹

Antonak y Livneth (1988), mencionan que las actitudes son aprendidas mediante la experiencia e interacción con los demás, por tanto, son manifestaciones del comportamiento que guarda la predisposición a desenvolverse de cierta forma cuando la persona está delante del referente hacia el cual proyecta esa actitud.⁴⁰



Fig. 9 Actitud por experiencia¹⁰

Curtis (1962) hace mención que las actitudes son aquellos “procesos unitarios básicos de la personalidad”. Una definición más actual propuesta por Coll (1992), menciona a las actitudes como disposiciones hacia objetos, ideas o personas, con componentes afectivos, cognitivos y valorativos, que impulsan a las personas a determinados tipos de acciones.⁴⁰

3.2 Aspectos de la actitud

Las actitudes, particularmente en el caso de los prejuicios, con frecuencia resultan de la imitación en forma consciente o inconsciente, de los padres hacia los hijos o bien, por la oposición a ellos. Al igual que la televisión, el cine y la prensa ejercen un profundo impacto en la formación de actitudes.^{16,39,40}

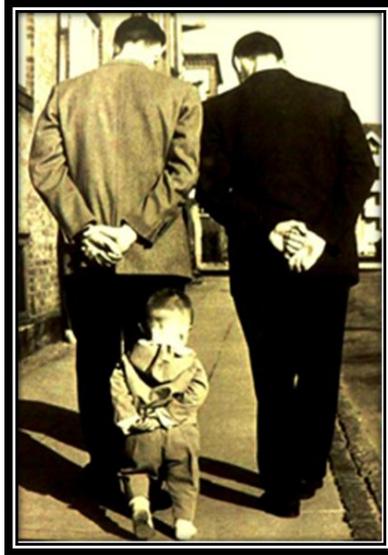


Fig. 10 Actitud por imitación¹¹

Las actitudes constan de cuatro aspectos diferentes:^{16,40}

1. Cognoscitivo: hace referencia a las percepciones y creencias que se tiene hacia un objeto, éste involucra procesos perceptuales, neuronales y cognitivos más complejos. Es el pensar de la actitud.



Fig. 11 El pensar de la actitud¹²

2. Afectivo: se compone de los aspectos emocionales o sentimientos que se encuentran ligados a un objeto o pensamiento. Este es el elemento más característico de las actitudes. Es el sentir de la actitud.



Fig. 12 El sentir de la actitud¹³

3. Conductual: es la tendencia a reaccionar ante una situación, persona o ideal de determinada manera. Es el accionar de la actitud.

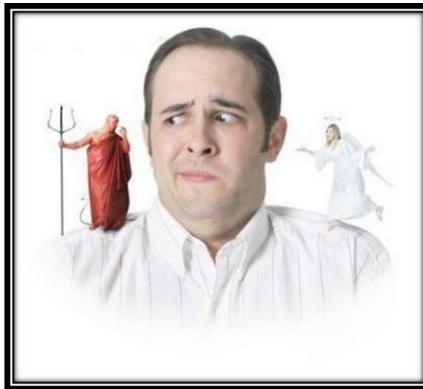


Fig.13 El accionar de la actitud¹⁴

4. Normativo: es la manera en la que se anhela se comporte una persona, contemplando los parámetros establecidos ante una situación. Es el deber de la actitud.



Fig. 14 El deber de la actitud¹⁵

Las actitudes de las personas se integran de la experiencia de éstas en la sociedad, dependiendo de las normas culturales. Las actitudes tienen la cualidad de requerir necesariamente un objeto, hacia el cual se muestran positivas o negativas.⁴⁰

Responsabilizarse de una actitud es tener motivación hacia la acción por ciertas metas u objetivos, por lo que, es la forma en la que el ser humano se comunica, no solo la verbal, sino también la energía que proyectan a su entorno y que pueden, en cierto momento, pasar inadvertidas por muchas personas, pero que a su vez hay muchas otras que pueden notarlo claramente. Determinando así, que el reaccionar hacia la vida en diferentes situaciones (mental y emocionalmente) y el cómo interpretamos la vida, es como se define nuestra actitud.⁴⁰

3.3 Procesos por los que se adquieren las actitudes

La actitud afecta el comportamiento de los seres humanos, incluso hace cambiar la conducta normal de éstos.⁴⁰

Los procesos por los que se adquieren las actitudes son:^{16,39,40}

1. Condicionamiento clásico: produce reacciones emocionales que desencadenan estímulos.
2. Reforzamiento: envuelve la manipulación y las posibilidades del reforzamiento y es utilizado como técnica en el aprendizaje de actitudes.
3. Modelo humano: es la aproximación más confiable para producir actitudes.

Las actitudes se aprenden, se conforman y cambian conforme pasa el tiempo, dependiendo de nuestras creencias y valores. Las actitudes no tienden a permanecer siempre igual, se modifican dependiendo de la situación, ya que éstas son evaluaciones que las personas tienen acerca de sí mismas, de otras personas, objetos y temas, que son capaces de influir o guiar procesos conductuales, cognitivos y afectivos.¹⁶

4. Conducta

4.1 Concepto

El concepto de conducta, en el ámbito de la psicología, es la expresión de la individualidad de las personas, es la manifestación de su personalidad. Es

una acción que puede ser observada y medida, por ello hace referencia a los factores visibles y externos de las personas.^{34,39,41}

Existen tres factores que influyen en la conducta:^{39,41}

1) El fin: esto es a partir del objetivo del comportamiento en el que la conducta adopta un sentido y da lugar a una interpretación.

2) La motivación: la conducta posee algo que la pone en marcha.

3) La causalidad: la conducta se origina por una causa determinada.

Existen dos elementos más que se deben considerar que dirigen la conducta, son los elementos de la sociedad y el ambiente y los elementos biológicos. En caso de los primeros elementos (sociedad y ambiente) hace referencia al medio en el que individuo se encuentra inmerso, tanto en el ambiente físico como en el social; solo hace referencia a los factores externos. El elemento biológico, se vincula con las cuestiones genéticas que son determinantes en el proceso biológico. En otras palabras, posee un carácter interno.^{39,41}

Las personas poseen diferentes conductas, definiendo a la conducta como una reacción. Esto se debe a que las personas desean diferentes fines, se encuentran en diferentes circunstancias y son distintas como personas. Es por eso que la conducta responde al fin, la motivación y el momento justo en el que se encuentran.^{39,41}

La conducta también es un medio por el cual los individuos se adaptan al medio en el que se encuentran inmersos. Existen comportamientos automáticos, como los reflejos, que son una respuesta a un estímulo

determinado. La inteligencia es otro tipo de conducta que es difícil de comprender y presenta grandes cambios.^{39,40,41}



Diagrama 2 Influencia de la conducta¹⁶

También se encuentran las conductas inconscientes, que responden de manera muy veloz a la adaptación de la situación, sin conocer necesariamente los motivos por los cuales lo hacen las personas. Las adaptativas, las cuales las utilizan los individuos para poder involucrarse socialmente y la conducta comunicativa con la cual la persona se expresa mediante el lenguaje, ya sea oral, escrito o por señas.^{39,40,41}



Diagrama 3 Triángulo Piense-Siento-Actúo¹⁷

En la práctica odontológica, es más fácil observar la conducta de un niño que la de un adulto, puesto que las acciones del niño son, en general, más honestas. Las reacciones de los niños son el producto directo de sus sentimientos y no están disfrazados por mecanismos de defensa y previas experiencias.³⁴

4.2 Factores determinantes de la conducta del niño

Actitud de la familia

La conducta la modelan los padres desde el nacimiento de los niños, esto es, permitiendo o prohibiendo distintos aspectos en su comportamiento. Por tanto, la educación de los niños está sujeta en función de determinados aspectos sociales y culturales.^{13,30}

Hoy en día, existen cambios sociales con respecto a la familia, como la incorporación de la madre al ámbito laboral, la presencia de sólo un padre o padres del mismo sexo que establecen circunstancias especiales.³⁰



Fig. 15 Actitud familiar¹⁸

La transmisión de los miedos y la ansiedad de los padres hacia los niños son muy importantes, ya que influirá negativamente en la conducta del niño. Se debe enseñar al niño que la consulta dental no tiene que ser motivo de miedo. Jamás debe ser motivo de castigo el llevarlo con el Cirujano Dentista.^{30,32}



Fig. 16 Influencia familiar¹⁹

Presencia de los padres en el gabinete dental

La presencia o ausencia de los padres durante el tratamiento dental ha sido un tema de controversia al pasar de los años. Esta presencia/ausencia afecta más a los niños entre los 3 y 6 años; en esta edad la presencia de los padres suele ser positiva, ya que transmite seguridad y confianza al niño; sin embargo, conforme el niño crece, la presencia de los padres puede resultar en una influencia negativa en la conducta del niño.^{1,3,7,8,10,30,32}



Fig. 17 Presencia de los padres
en el consultorio dental²⁰

Los padres suelen insistir en las órdenes que da el profesional, que finalmente confunden al niño y deteriora el contacto entre el profesional y el niño y limita a éste al aplicar las diferentes técnicas de control de conducta. En los últimos años, la tendencia de los padres de querer estar presentes durante los tratamientos de sus hijos se ha incrementado.^{1,3,7,8,10,30,32}

Experiencias previas

Las experiencias negativas previas influyen directamente en el comportamiento del niño en la consulta dental. Los infantes que han tenido experiencias negativas, también incrementarán su nivel de ansiedad. Las experiencias previas por parte de los padres, al igual que su ansiedad y miedos, también tendrán una influencia negativa en los niños.^{1,2,6,15,30,32}



Fig. 18 Experiencias negativas²¹

Edad

Existe una relación entre la edad, la ansiedad y la conducta en el ámbito odontológico. Los niños más pequeños suelen mostrar mayores niveles de ansiedad y conductas inapropiadas que los niños de edades más avanzadas.^{30,32}

Los pacientes con edades entre 3 y 4 años muestran conductas variables e inapropiadas, al igual que mayor ansiedad y miedo, los cuales disminuyen con la edad. La influencia del ámbito social, la actitud familiar y las experiencias previas, son factores que van a influir al niño en cualquier edad.^{30,32}

Sucesivamente, los niños perderán el miedo y se volverán más cooperadores conforme el tratamiento avanza. La exposición y el conocer los instrumentos dentales son factores muy importantes para que el infante cambie.^{30,32}

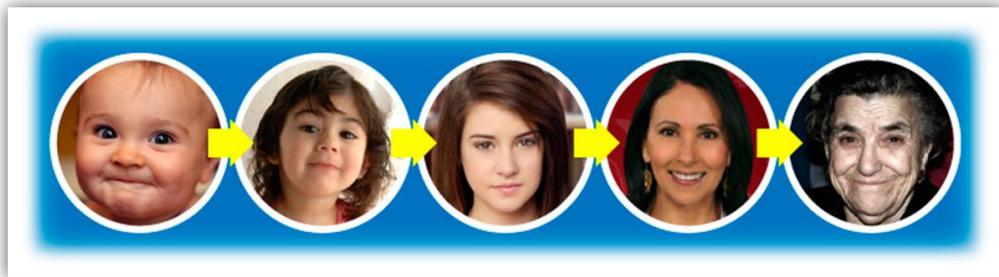


Fig. 19 Etapas de la vida²²

Coeficiente intelectual

Los niños con menor coeficiente intelectual sienten mayor miedo hacia el profesional y al ambiente odontológico; al igual que los niños superdotados que poseen un coeficiente intelectual muy alto.^{30,32}



Fig. 20 Coeficiente Intelectual²³

Sexo

No existe una diferencia de conducta según el sexo en niños preescolares. Las diferencias suelen presentarse conforme la edad avanza debido a diversos procesos de socialización.^{30,32}



Fig. 21 Niños y niñas²⁴

Carácter del profesional

La experiencia, la personalidad y el conocimiento que tenga el Cirujano Dentista influirán en la toma de decisiones en cuanto al manejo de conducta y el tratamiento más conveniente.^{1,30}

Las habilidades de comunicación del profesional juegan un papel importante en el manejo de la conducta. El profesional de la salud puede llegar a ser desatento en cuanto a la forma en la que se comunica, pero los padres y los pacientes son muy atentos en eso.^{1,30}



Fig. 22 Personalidad del Cirujano Dentista²⁵

Duración y hora de visita

Se aconseja que las visitas al Cirujano Dentista no sean demasiado largas, al igual que la espera en recepción. Se considera una visita corta aquella que dura menos de 30 minutos. Éste tipo de visita es aconsejable en niños de edad preescolar. Las visitas largas aumentan las posibilidades de perder la cooperación del niño.^{30,32}

Las visitas por la mañana son más favorables que las visitas por las tardes, ya que por las mañanas el niño se encuentra menos cansado y ofrecen mayor rendimiento. Además, por las mañanas el profesional se encuentra menos cansado y, por tanto, se encuentra en mejor condición para enfrentarse a conductas negativas. Cuando el niño crece, la hora de la visita va dejando de ser un factor importante.^{30,32}



Fig. 23 Influencia del tiempo²⁶

4.3 Técnicas de manejo del comportamiento en niños

Para poder llevar a cabo un buen control de la conducta se debe establecer una buena comunicación con el niño y los padres, al igual que ganar su confianza para obtener la aceptación del tratamiento dental. Explicar los aspectos positivos de un cuidado dental preventivo. Un ambiente relajado y cómodo ayudan mucho para el comportamiento del niño, los padres y el profesional. El tratamiento debe llevarse a cabo de la mejor manera posible para el niño.^{3,30,31,32,33}

Cuando la conducta del niño se vuelve negativa durante el tratamiento dental, el profesional hace uso de diferentes técnicas para el control de dicha conducta. Estas técnicas se dividen en: técnicas de comunicación, técnicas

de modificación de la conducta y técnicas de enfoque físico, las cuales se presentarán a continuación:

Técnicas de comunicación

- Lenguaje pediátrico

Cuando se habla con un niño se debe tener mucho cuidado con el lenguaje que se usa, éste debe ser apropiado dependiendo de la edad del niño. Nunca se debe de mentir a los niños. Se les debe de explicar las cosas de una forma en la que las puedan entender, pero sin llegar a engañarles.^{3,30,31,32,33}

Se debe tener cuidado de no utilizar lenguaje ofensivo y hablarles siempre a su nivel de entendimiento o ligeramente superior. A los niños pequeños les gusta escuchar algo de fantasía en la conversación. Nunca se debe de subestimar la inteligencia del niño, y si éste pregunta algo, se debe tratar de responderles directamente, pero teniendo en cuenta que no se retrasen los procedimientos en el consultorio.^{3,30,31,32,33}



Fig. 24 Comunicación con el niño²⁷

Hay que evitar palabras que puedan ocasionar miedo, como es el caso de dolor, aguja, picadura, sangre, sacar el diente. Las palabras técnicas se sustituirán por otras dependiendo de la edad del paciente, como por ejemplo en vez de decir radiografía, se puede usar el término de fotografía; en vez de equipo radiográfico, una cámara fotográfica, etc.^{3,30,31,32,33}

- Decir, mostrar y hacer

En la literatura anglosajona se conoce clásicamente como “tell-show-do” (TSD), habitualmente se conoce como “decir-mostrar-hacer” (DMH) o su variante “decir-mostrar-ensayar-hacer” (DMEH), o de la triple E “explique-enseñe-ejecute” (EEE).^{3,11,32}

La idea es familiarizar al niño con el ambiente, los instrumentos y personas nuevas. Esta técnica debe llevarse a cabo, primero diciendo y explicando al niño lo que se va hacer antes de empezar cualquier procedimiento; segundo, mostrando al niño cómo se llevará a cabo la técnica; y tercero, se llevará a cabo la técnica tal y como se le ha explicado y demostrado al niño previamente.^{3,30,31,32,33}



Fig. 25 Técnica Decir-mostrar-hacer²⁸

- Control de voz

Con una mirada amigable, voz pausada y tono de voz suave, el Cirujano Dentista puede aumentar el tono de su voz para llamar la atención del niño y frenar el comportamiento negativo y comprobar si la comunicación está siendo efectiva. La expresión facial del profesional debe ir acompañada con el cambio de tono de voz. Con esta técnica, el Cirujano Dentista adopta una actitud autoritaria, y es muy efectiva para recuperar la atención de los pacientes odontopediátricos.^{3,30,31,32,33}



Fig. 26 Control de voz²⁹

Técnicas de modificación de la conducta

Estas técnicas consisten en alterar un comportamiento individual hacia uno ideal de forma gradual. Se requiere tiempo y paciencia por parte del profesional al aplicar cualquiera de las siguientes técnicas:

- Refuerzo positivo

Esta técnica consiste en el uso de recompensas para estimular el buen comportamiento por parte del niño, por lo general se recompensa con la entrega de un “juguete” de bajo costo, o bien con recompensas de tipo social como lo son elogios, sonrisas y expresiones faciales de agradecimiento. Ésta recompensa debe ofrecerse sólo después de haber sido evaluado el comportamiento del niño en la consulta.^{3,30,31,32,33}



Fig. 27 Elogio en el consultorio dental²⁹

Los niños reaccionan favorablemente a los refuerzos positivos, ya que es un modo en el que se demuestra que los logros se valoran. Jamás debe entregarse una recompensa si la conducta del niño no ha sido adecuada, ya que se reforzará la mala conducta.^{3,30,31,32,33}

- Desensibilización

Consiste en enseñar técnicas de relajación al paciente, lograr una relajación muscular y después describirles escenas imaginarias que guarden relación con sus miedos. La desensibilización es efectiva por que el paciente aprende a cambiar una conducta inapropiada por una más relajada. Se trata de

romper los vínculos entre el objeto que es temido y los condicionantes que provocan el miedo.^{3,30,31,32,33}



Fig. 28 Relajación³¹

- Imitación

Es utilizada para reducir el comportamiento negativo y la ansiedad a través de la observación de otro niño con buen comportamiento en el tratamiento. Esta técnica es de gran ayuda para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental.^{3,30,31,32,33}



Fig. 29 Aprendizaje por imitación³²

Uno de los métodos es permitir que entre el niño al consultorio dental y dejarle ver cómo se le está tratando a su hermano mayor. Otro método es mostrándole una película o video de un niño que esté recibiendo tratamiento dental. La técnica de imitación resulta efectiva al momento de ofrecer una familiarización y mejorar la conducta en el ambiente odontológico.^{3,30,31,32,33}

Técnicas de enfoque físico

Estas técnicas no se utilizan como castigo, sino como procedimientos clínicos que tienen una base científica que se llevan a cabo en ciertos tratamientos dentales en situaciones específicas, con las cuales, es necesario conocerlas y saber aplicarlas adecuadamente.^{3,30,31,32,33}

Las técnicas de enfoque físico se definen como aquellas que controlan o limitan los movimientos de los niños para su protección, y así, evitar que estos se lastimen. Éstas deben ser aplicadas en un ambiente relajado, con tranquilidad, y siempre como parte de un tratamiento y jamás como un castigo.^{3,30,31,32,33}

Las indicaciones de estas técnicas es para niños con limitaciones físicas, niños con limitaciones mentales, niños muy pequeños sin capacidad de entender instrucciones, algunos niños pre medicados, niños que experimentan rabietas muy violentas y en casos de emergencia que se requiera una atención inmediata y no hay tiempo de utilizar otras técnicas de control de conducta.^{3,30,31,32,33}

- Bloques de mordida, abre bocas

Se emplea para el control de la apertura de la boca. Se pueden utilizar depresores linguales o dispositivos comerciales. En caso de utilizar bloques de mordida, se elegirá el tamaño de acuerdo a la edad del niño, se les atará un hilo de seda como medio de seguridad, en caso de que el bloque deba sacarse rápidamente de la boca.^{3,30,31,32,33}

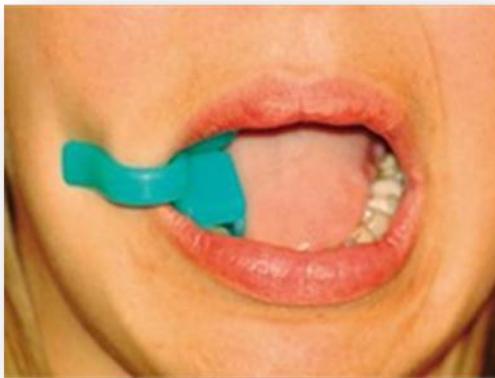


Fig. 30 Bloques de mordida³³



Fig. 31 Abre bocas³⁴

- Mano sobre boca (MSB)

En la literatura anglosajona es conocida como “hand over mouth”. Esta técnica tiene como finalidad restablecer la comunicación con un niño que tiene la capacidad para poder comunicarse, por lo que ésta técnica se encuentra prohibida en niños menores de 3 años y en pacientes con coeficiente intelectual bajo.^{3,30,31,32,33}

Cuando el niño se encuentre en plena rabieta con gritos, el profesional coloca firmemente su mano sobre la boca del niño, mientras que el auxiliar controla los brazos y las piernas para poder frenar sus movimientos y evitar

patadas. Una vez hecho eso, el profesional le dirá al niño en voz baja al oído que se está comportando de una forma inadecuada y que se le retirará la mano una vez que esté dispuesto a cooperar. Cuando el niño está dispuesto a cooperar se retira la mano de su boca y se elogia inmediatamente su conducta.^{3,30,31,32,33}



Fig. 32 Técnica mano sobre boca³⁵

- Control físico por parte del odontólogo

Consiste en mantener controlado el movimiento de la cabeza e interceptar movimientos que sean inapropiados de los brazos y piernas del niño durante el tratamiento dental, esto lo realizan el Cirujano Dentista y sus ayudantes.^{30,31,32,33}

- Control físico mediante dispositivos específicos

Cuando ya no es posible controlar los movimientos de los niños, se recurre a dispositivos de limitación física específicas, con los cuales se controla el movimiento de todo el cuerpo. Incluyendo toallas, sábanas, cinturones y dispositivos comerciales como son el “Pedi-Warp[®]” (es un dispositivo de

nylon con cierres de velcro) o el “Papoose Board[®]” (es una tabla rígida con envoltorio de tela).^{3,30,31,32,33}



Fig. 33 Papoose Boards[®] ³⁶

La utilización de estos dispositivos deben ser autorizados por los padres por medio de un consentimiento informado, pues el profesional no puede por sí solo asumir la responsabilidad de aplicar dichas técnicas de control de conducta. Con más información hacia los padres de las técnicas que se utilizan para el control de conducta y para el bien del paciente, aumenta la aceptación por parte de estos; debe emplearse todo el tiempo necesario para explicar la función de dichas técnicas y poner énfasis en describir que son utilizadas para la seguridad del niño y como necesidad del tratamiento, y no para herir a los niños ni su autoestima.^{3,30,31,32,33}

5. Percepción del dolor

El dolor es una sensación originada por algún estímulo que amenaza con lesionar o lesiona algún tejido del cuerpo, el cual es percibido por terminaciones nerviosas sensitivas libres denominadas nociceptores. Más que una sensación, es una interacción muy compleja de elementos físicos, químicos, humorales, afectivos, cognoscitivos, psicológicos, conductuales y sociales.^{24,25,26,28,33,38}

El dolor es un estado muy personalizado acompañado por daño tisular real o aparente, lo que incita a realizar un esfuerzo para tratar de eliminar el estímulo responsable.^{24,25,26,28,33,38}

Se puede experimentar dos tipos de dolor, el rápido y el lento

Dolor rápido

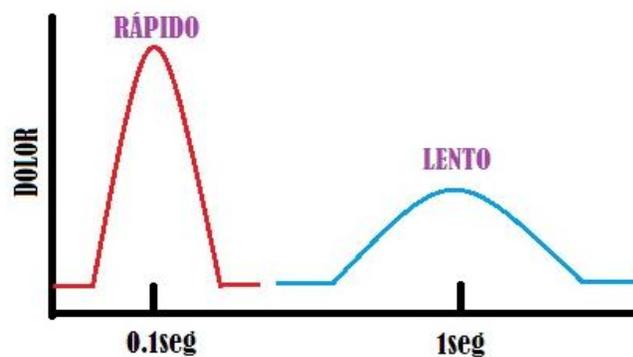
Este se percibe en seguida, por lo general a los 0.1 segundos después de haber aplicado el estímulo y alcanza casi instantáneamente la intensidad máxima. Es transmitido por neuronas mielínicas.^{25,27}

Un ejemplo de dolor rápido, es cuando se clava una aguja en la piel, cuando se corta con un cuchillo, cuando se sufre una quemadura intensa o con una sacudida eléctrica. Éste dolor no se sentirá en los tejidos más profundos del organismo.^{25,27}

Dolor lento

Comienza cuando ha transcurrido más de 1 segundo tras el estímulo y a continuación crece con lentitud y tarda varios segundos o minutos en alcanzar la intensidad máxima. Es transmitido por neuronas amielínicas.^{25,27}

Suele ir asociado a una destrucción tisular. Tiene la capacidad de propiciar un sufrimiento insoportable y prolongado. Se da en la piel y casi también en cualquier tejido u órgano profundo, como son el dolor lento urente, sordo, pulsátil, nauseoso y crónico.^{25,27}



Esquema 4 Tipos de dolor³⁷

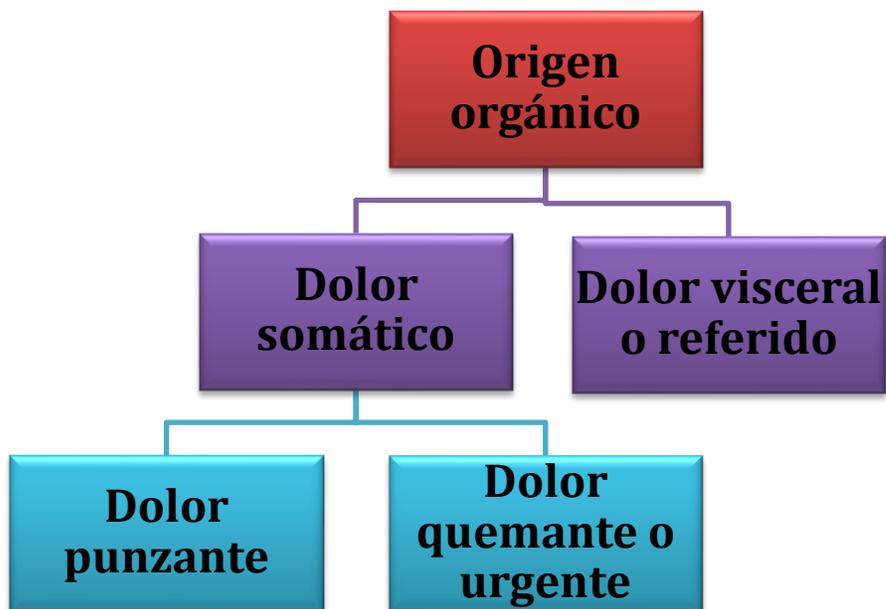
El dolor puede ser evocado por estímulos mecánicos, térmicos o químicos. Todos estos estímulos producen cambios en la permeabilidad que conducen al origen de impulsos dolorosos. Los estímulos mecánicos y térmicos son percibidos por el dolor rápido; en cambio el estímulo químico es percibido por el dolor lento, sin embargo el dolor lento también puede percibir estímulos de tipo mecánico y térmico. Se cree que en el tálamo ocurre la mayor parte de la interpretación dolorosa.^{24,27}

Dolor por su origen orgánico

Por su origen orgánico el dolor puede ser somático y visceral.

Entre el dolor somático encontramos al dolor punzante, este es localizado con exactitud, desaparece pronto y es acompañado de una respuesta emocional intensa. Por otro lado tenemos el dolor quemante, el cual su aparición es más lenta, por un incremento gradual de su intensidad. Permanece por periodos prolongados, aún después de haber retirado el estímulo, es acompañado por una respuesta emocional intensa.^{24,26,28,29}

El dolor visceral o dolor referido se desarrolla cuando se estimulan los órganos viscerales. Producen, con frecuencia, sensaciones de náuseas, es poco localizado y a menudo es referido a otras áreas distantes del sitio donde ocurrió el daño. Este tipo de dolor es muy importante para el médico ya que puede ser indicativo de un trastorno serio de los órganos vitales.^{24,25,26,27,28,29}



Esquema 5 Dolor por su origen orgánico³⁸

Teorías de la percepción del dolor

Teoría de la especificidad

A fines del siglo XIX se pensaba que la experiencia del dolor dependía sólo de la activación de un grupo específico de neuronas que alteraban los niveles más altos del Sistema Nervioso Central, para poder denotar la presencia de incomodidad o molestia.

Se consideraba que los receptores neurales y sus vías estaban especializados específicamente en el proceso del dolor, y que otros elementos y patrones eran los que conducían de manera estricta otra información sensorial.³³

Teoría del patrón

Esta teoría se refiere a que el reconocimiento de los estímulos dolorosos por parte del individuo depende básicamente del patrón de actividad nerviosa que ingresa en el Sistema Nervioso Central.³³

Teoría del control del umbral

Fue desarrollada por Melzack y Wall en 1965. Esta teoría postula que varios umbrales regulan el nivel del influjo nocivo (fibras pequeñas) en la médula espinal, que se puede modular por otros influjos sensoriales (fibras grandes) o mayores del Sistema Nervioso Central. Implica que las fibras grandes causan una despolarización parcial en las terminaciones nerviosas de las

fibras pequeñas (dolor) que inervan las células de transmisión y la médula espinal.^{26,33,38}

Elementos cognoscitivos de la percepción del dolor

Consiste en una gran variedad de procesos mentales, como la percepción, la organización, el juicio, el significado, el razonamiento y la respuesta. La cognición implica el reconocimiento de las influencias del medio externo e interno de la persona. Así mismo, incluye las medidas que se pueden emprender para obtener o ejercer control sobre tales influencias, y utilizarlos para alterar la respuesta propia.³³

Elementos emocionales de la percepción del dolor

La expresión del contenido emocional en el transcurso o término de una experiencia dolorosa es la combinación de un fenómeno templado por el aprendizaje que ocurre en una etapa muy temprana de la vida. La respuesta social al dolor puede ser una entidad muy dominante y que atrae gran atención.³³

5.1 Umbral del dolor

La mínima intensidad de estímulo necesaria para inducir una respuesta en una célula excitable se denomina umbral o liminar. El umbral es una especie de límite o barrera que al pasarse desencadena el estímulo doloroso. Este umbral varía de persona a persona.^{11,28,38}

Los estímulos subumbral o subliminales no producen potenciales de acción, sino respuestas locales no propagadas. Por el contrario, un estímulo umbral produce un potencial de acción, el cual es un estado de alteración o modificación de la polaridad debido a la entrada y salida de electrolitos. Al propagarse constituye el impulso nervioso. Si no hay potencial de acción, no hay conducción o propagación de impulsos nerviosos.^{11,28,38}

Son hipersensibles o hiperreactivas aquellas personas que tienen un umbral bajo y que reaccionan pronto y al menor estímulo. Por el contrario, son hiposensibles o hiporreactivas aquellas personal que tienen un umbral alto y necesitan de estímulos mayores para desencadenar el dolor.^{11,38}

La ansiedad juega un papel muy importante en el umbral, pues lo altera con mucha facilidad, disminuyendo el umbral y volviendo a la persona más sensible. La reducción de la ansiedad dará como resultado una elevación del umbral y un paciente hiporreactivo que, desde luego, será más fácil atender.¹¹

Las estructuras orgánicas muestran diferentes sensibilidades o umbrales dolorosos.³⁸

Muy sensibles o bajo umbral	Poco sensibles o alto umbral
<ul style="list-style-type: none"> • Pulpa dentaria • Dentina • Periostio • Cápsula sinovial • Piel • Miocardio 	<ul style="list-style-type: none"> • Esmalte dental • Pericardio • Pulmón • Hueso • Superficie articular • Hígado

Cuadro 1 Sensibilidad de las estructuras orgánicas³⁹

5.2 Manejo del dolor

El manejo del dolor sigue siendo la primera preocupación del Cirujano Dentista. Es el principal motivo de consulta, pero también el motivo más frecuente por el cual el paciente no regresa. Los procedimientos para anular la causa del dolor pueden provocar cierta molestia. Esta es la principal razón por la que la mayoría de las personas sufre ansiedad durante la consulta dental.^{1,11}

La ansiedad afecta considerablemente la percepción del dolor y dificulta el manejo del paciente y su problema de salud bucal. La percepción del dolor

varía de una persona a otra, de una cita a otra; incluso en la misma persona en la misma cita.^{1,11}

El manejo del dolor durante el tratamiento dental es crucial para una conducta exitosa. La prevención del dolor puede nutrir la relación entre el profesional y el paciente, construyendo confianza, disipando miedos y ansiedad, y creando una actitud positiva en futuras visitas.^{1,11}

Los niños perciben y reaccionan diferente ante un estímulo doloroso entre ellos. Los niños menores de 4 años son más sensibles a un estímulo doloroso y no son capaces de comunicarse como niños mayores y adolescentes. Observar el comportamiento y escuchar a los niños durante el tratamiento es esencial si se quiere evaluar el dolor.^{1,11}

La expresión facial, el llanto, las quejas y el movimiento del cuerpo son importantes para el diagnóstico. Escuchando al niño y observando su comportamiento al primer signo de dolor ayudará a comprobar la situación y facilitará las técnicas apropiadas para el manejo de conducta.^{1,11}

Para poder medir el nivel de intensidad de dolor percibido en los niños existen diversas escalas, las cuales pueden ser numéricas, verbales y visuales.^{50,51,52}

La escala visual más utilizada en niños de 4 a 12 años es la Escala de Dolor de Caras - Revisada (EDC-R), también conocida como *Faces Pain Scale - Revised* (FPS-R)[®]. Esta escala consta de seis caras que se presentan horizontalmente a las que se les da un valor de 0 a 10, en la cual, el niño debe elegir la cara que mejor refleja la intensidad de dolor que siente, indicándole que el significado de las caras van de “sin dolor” a “muchísimo dolor”.^{1,50,51,52}

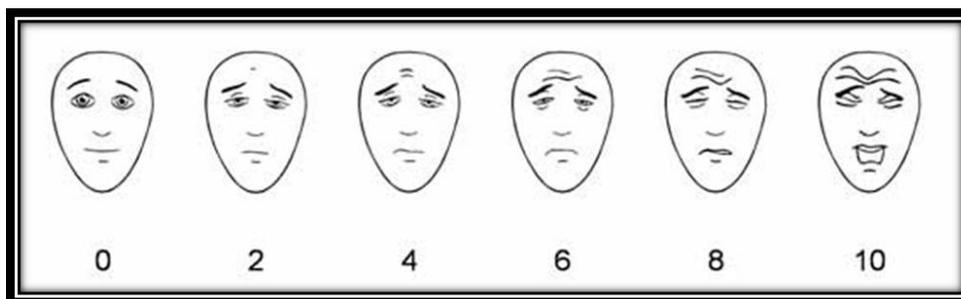


Fig. 34 Escala de Dolor de Caras Revisada (*FPS-R*)⁴⁰

Para niños menores de 4 años la escala más utilizada es la Escala de Dolor de Caras de Wong-Baker (*Faces Pain Scale*). Ésta escala consta de 6 caras que varían en la expresión emocional, en la cual, se le indica al niño que elija la cara que mejor describa su dolor.

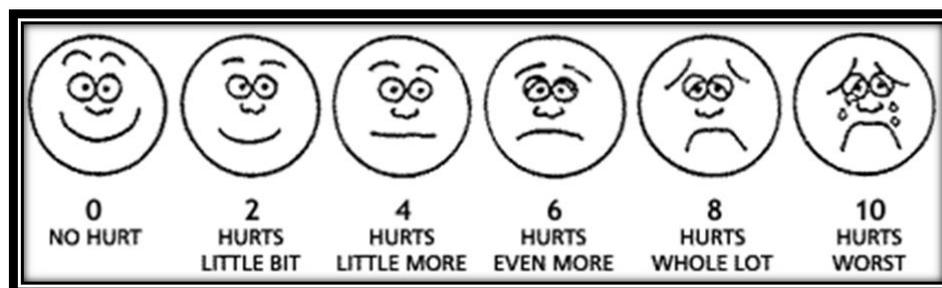


Fig. 35 Escala de Dolor de Caras de Wong-Baker⁴⁰

Para el control del dolor existen intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, en este trabajo solo se mencionarán las intervenciones no farmacológicas, ya que son más aceptadas por los niños. Entre las intervenciones no farmacológicas se incluyen intervenciones cognitivo-conductuales (relajación, distracción, imaginación y biorretroalimentación), agentes físicos (calor y frío), electroanalgesia y acupuntura.²⁹

6. Instrumentos para determinar la ansiedad dental

Muchos pacientes alrededor del mundo sufren de ansiedad relacionada al ambiente odontológico y al tratamiento dental. Mientras que la ansiedad es un estado emocional que ayuda a las personas normales a defenderse de una variedad de amenazas, los desórdenes de la ansiedad son una irregularidad de estos mecanismos defensivos normales, ya sea con respuestas excesivas o deficientes.¹²

Para determinar el nivel de ansiedad que presenta una persona antes de entrar a consulta, existen diversos instrumentos o escalas, de los cuales se mencionarán algunos a continuación:

6.1 Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS)

La Escala de Ansiedad Dental de Corah, como su nombre lo dice, fue propuesta por Norman Corah en 1969. También se puede encontrar como *Dental Anxiety Scale* (DAS), por sus siglas en inglés. Consta de cuatro preguntas refiriéndose a cómo se siente el paciente antes de una consulta dental. Cada pregunta contiene cinco opciones de respuesta a elegir, refiriéndose a cuán ansioso se pondría si tuviera que visitar al Cirujano Dentista al día siguiente.^{14,15,42,43}

Este cuestionario ha sido el más utilizado en diferentes estudios observacionales, obteniendo resultados muy favorables.^{14,15,42,43}

6.2 Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS)

Esta escala es otro instrumento para medir el nivel de ansiedad dental del paciente. La Escala de Ansiedad Dental Modificada, es una modificación a la Escala de Ansiedad Dental de Corah. Es conocida también como *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS), y fue propuesta por Humphries en 1995.^{2,44,45}

Consta de las mismas cuatro preguntas propuestas por Corah en su cuestionario, y se modifica aumentando una pregunta más, haciendo referencia a la aplicación de anestesia local en encía. Finalizando este cuestionario por constar de cinco preguntas con cinco respuestas a elegir, con el objetivo de medir el nivel de ansiedad dental.^{2,44,45}

6.3 Cuestionario de Ansiedad Jerárquico (HAQ)

Conocido también como *Hierarchical Anxiety Questionnaire* (HAQ), propuesto por Jöhren en 1999, el cual es ampliamente usado en Alemania.⁴⁶

El Cuestionario de Ansiedad Jerárquico consta de once preguntas, refiriéndose a procedimientos dentales, desde la previa cita hasta la extracción de un órgano dentario. Como su nombre lo refiere, las preguntas van de menor a mayor grado de complejidad en un consultorio dental.⁴⁶

Al igual que las escalas de ansiedad mencionadas anteriormente, el Cuestionario de Ansiedad Jerárquico también consta de cinco respuestas a elegir por el paciente.⁴⁶

7. Historia clínica en Odontopediatría

La historia clínica nos permite conocer al paciente es sus aspectos social, médico y dental.

Existen dos variables condicionantes en la historia y la exploración odontopediátricas, la comunicación y la cooperación del niño, ambas íntimamente relacionadas con la edad y grado de desarrollo alcanzado por el niño; pero en las que influyen otros factores, como lo son, las experiencias previas, experiencias propias y experiencias de su entorno familiar y social.^{30,31,32,35}

Estas dos variables (comunicación y cooperación) actuarán dentro del triángulo padres-niño-Cirujano Dentista, y facilitan o limitan su relación directa con el profesional. La entrevista con el padre y el niño permitirá al profesional valorar la relación padres-niño y la respuesta del niño al ambiente dental.^{30,31,32,35}

La historia clínica debe ser viva, integrada, no un interrogatorio; se debe escuchar y observar. Se debe tener en cuenta que en la historia odontopediátrica se rompe la relación lineal Cirujano Dentista-paciente, y se convierte en un triángulo construido por el niño-padres-Cirujano Dentista.^{30,31,32,35}

La base común previa a cualquier actuación en el área bucal será:

1. Historia clínica: antecedentes sociales, antecedentes médicos, antecedentes dentales.
2. Exploración clínica: examen clínico extraoral e intraoral.

3. Diagnóstico.

4. Plan de tratamiento.

Antecedentes sociales

La información acerca del desarrollo social y psicológico del niño es importante. Para comenzar se debe registrar el nombre del paciente, su edad y domicilio. En este primer contacto es necesaria la presencia de los padres, ya que pueden facilitar datos útiles para una buena relación con el niño como su nombre abreviado, su apodo, sus actividades favoritas. Posteriormente se registra el motivo de la consulta.^{30,31,32,35}

Antecedentes médicos

La historia odontopediátrica completa consta de una historia familiar o antecedentes familiares y una historia personal o antecedentes personales.

- Antecedentes familiares

Debe efectuarse antes de toda actuación, incluso cuando el paciente es llevado por una urgencia. Su objetivo es obtener información sobre aquellas patologías con una base hereditaria, que pueden explicar anomalías dentarias, como amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta y displasia dentinaria.^{30,31,32,35}

Ciertos trastornos durante el embarazo pueden influir en las estructuras craneodentomaxilares del niño. Discromías, como las debidas a la administración de tetraciclina durante el embarazo. El origen de algunas

malformaciones maxilares y dentarias pueden estar relacionadas con ciertas maniobras obstétricas.^{30,31,32,35}

- Antecedentes personales

Hay que identificar todos los problemas previos de salud bucal del niño: deben conocerse todos los problemas que ha tenido en la primera infancia, como son: la carencia de vitamina A (retraso en la erupción), vitamina C (trastorno del crecimiento de las estructuras dentarias), vitamina D (lesiones coronarias y radiculares).^{30,31,32,35}

Los traumatismos a nivel de cara y de los órganos dentarios temporales pueden repercutir en la dentición permanente y ocasionar malformaciones coronarias o radiculares y retrasos en la erupción.^{30,31,32,35}

Es importante conocer los antecedentes médicos y alérgicos en caso de que se vaya a medicar al niño, al igual que sus hábitos, como succión digital, succión labial, respiración bucal o nasal, etc.^{30,31,32,35}

Antecedentes dentales

Se deberán registrar todos los problemas previos de salud bucal del niño, como son caries, traumatismos, mal posición dentaria, odontalgias, pérdidas dentarias y su causa, alteraciones de los tejidos blandos y tratamientos odontológicos previos. Las visitas previas al Cirujano Dentista permiten conocer experiencias odontológicas que pueden condicionar la reacción del niño y el grado de atención y cuidado familiar en la protección de la dentición temporal.^{30,31,32,35}

Exploración clínica

Para la exploración clínica es necesaria la presencia de los padres de los niños menores de 3 años. En edades tempranas es frecuente el llanto durante la exploración. En edad escolar, la presencia de los padres ya no es necesaria, pero se debe valorar si es beneficiosa o afecta su relación.^{30,31,32,35}

La exploración clínica comprende de un examen extraoral e intraoral

- Examen extraoral

Debe centrarse en la inspección de cabeza y cuello.

La morfología facial permite evaluar las relaciones y la simetría de las dos hemiarquadas. La exploración facial debe centrarse fundamentalmente en el perfil facial (rectilíneo, protrusivo, retrusivo). El perfil labial, permitirá dar idea de la posición de los maxilares y de los órganos dentarios en relación con la nariz y el mentón. El plano frontal se realiza con el niño sentado y viendo al frente.^{30,31,32,35}

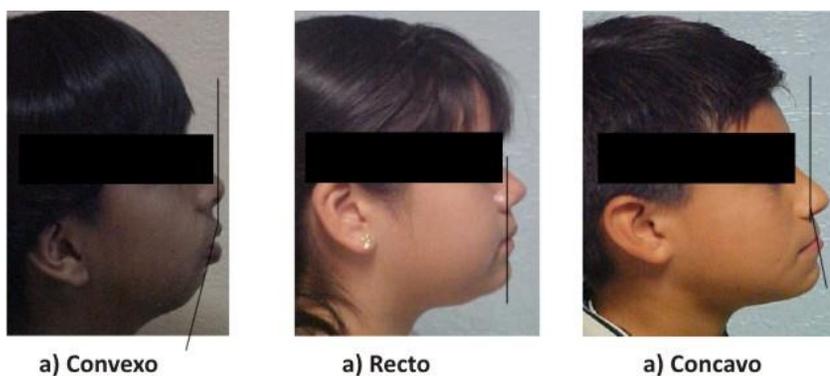


Fig. 36 Perfil facial⁴¹

Los tegumentos deben explorarse cuidadosamente ya que el niño puede presentar edemas y hematomas sin inflamación que pueden ser provocados por una reacción alérgica.^{30,31,32,35}



Fig. 37 Dermatitis (Tinea faciei)⁴²

La articulación temporomandibular debe ser explorada, al igual que el trayecto de la apertura bucal. Se debe evaluar su función palpando la cabeza de los cóndilos mandibulares y observando mientras el paciente cierra, con los órganos dentarios en máximo contacto, cuando está en reposo y en posición de apertura.^{30,31,32,35}



Fig. 38 Exploración de ATM⁴³
(Articulación Temporomandibular)

En el examen del cuello y área submandibular se examinan los ganglios submentonianos, submandibulares y cervicales superiores. El Cirujano Dentista deberá colocarse detrás del niño y presionar suavemente con la punta de los dedos dichos ganglios.^{30,31,32,35}



Fig. 39 Palpación de ganglios⁴⁴

Las manos del niño revelan información. La temperatura, la humedad, las uñas mordidas o un dedo calloso, denota a un niño ansioso o con algún hábito.^{30,31,32,35}



Fig. 40 Mano infantil⁴⁵



Fig. 41 Succión digital⁴⁶

Al final se realiza un examen funcional en donde se evalúan las funciones de deglución, respiración, fonación y masticación.^{30,31,32,35}

- Examen intraoral

En este examen se utilizan instrumentos que comprenden de espejo, explorador, sonda periodontal, gasa, solución reveladora de placa bacteriana, cepillo e hilo dental. Se realiza la exploración de tejidos blandos y exploración de órganos dentarios.^{30,31,32,35}

1. Exploración de tejidos blandos^{30,31,32,35}

Mucosa oral: labios por su parte interna, mucosa de carrillos y surcos alveolares.



Fig. 42 Mucosa labial⁴⁷



Fig. 43 Mucosa bucal⁴⁸

Encías: se pueden observar fístulas, inflamación vestibular y lingual o palatina, en relación con patologías pulpares y periodontales.



Fig. 44 Encía sana⁴⁹

Frenillos: labial superior, inferior y lingual. Se observará su tamaño, inserción, isquemia del periodonto y grado de movilidad.



Fig. 45 Frenillo bucal⁵⁰



Fig. 46 Frenillo lingual⁵¹

Lengua: explorar su forma, volumen y posición en reposo, deglución y fonación.



Fig. 46 Lengua con frenillo corto⁵²



Fig. 47 Lengua sana⁵²

Glándulas salivales: inspeccionar parótida y submaxilares. Revisar salida de los conductos salivales.

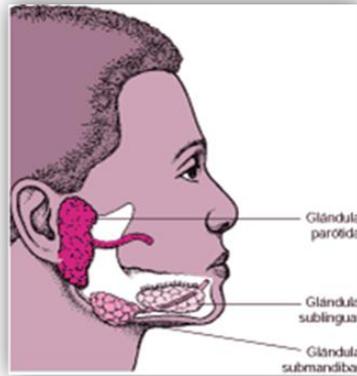


Fig. 48 Glándulas salivales⁵³

Orofaringe: inspeccionar color y tamaño de las amígdalas, paladar duro y paladar blando.



Fig. 49 Orofaringe⁵⁴

2. Exploración dentaria

Se debe estar preparado para reconocer las características de normalidad de cada una de las etapas de la dentición del niño, ya que determinadas condiciones anómalas pueden ser pasajeras, y no se debe interferir en el que puede ser un desarrollo dentario normal. Por tanto, uno de los objetivos principales en la exploración dental es establecer la etapa de desarrollo dentario del niño, su edad dental.^{30,31,32,35}



Fig. 50 Exploración dental⁵⁵

Se inicia con el recuento de los órganos dentarios, registrando los presentes y ausentes. La exploración dental individual ha de atender las variaciones en tamaño, forma, número, color y estructura superficial.^{30,31,32,35}



Fig. 51 Dentición temporal superior⁵⁶



Fig. 52 Dentición temporal inferior⁵⁷

Se emplean las maniobras básicas exploratorias de inspección y palpación de cada uno de los órganos dentarios y se utiliza la percusión ante la sospecha de una patología.^{30,31,32,35}



Fig. 53 Fusión dental⁵⁶

Al realizar la exploración dentaria se deben registrar los datos obtenidos en unos diagramas dentarios, de forma gráfica y de la manera más fiel se puedan representar las condiciones encontradas, esto debe ser con un lenguaje de uso universal y con simbología fácil de interpretar.^{30,31,32,35}

7.1 Consentimiento informado

A pesar de las técnicas de manejo de conducta utilizadas por el Cirujano Dentista, todas las decisiones deben ser basadas en una evaluación subjetiva. La necesidad por el tratamiento, las consecuencias de un tratamiento deficiente, y un trauma físico o emocional potencial deben ser considerados.^{1,30,47,48}

Los Cirujanos Dentistas deben involucrar a los padres, y si es necesario, al niño. Los padres participan con el profesional con la toma de decisión de si

se realiza o no el tratamiento y deben ser consultados las estrategias del tratamiento y los riesgos potenciales.^{1,30,47,48}

Informar a los padres acerca de la naturaleza, el riesgo y los beneficios de las técnicas que serán empleadas y la evidencia basada en técnicas alternativas son esenciales para la obtención del consentimiento informado. Todas las dudas deben ser resueltas para el entendimiento de los padres.^{1,30,47,48}

El consentimiento informado es, ante todo, una necesidad ética, ya que a los pacientes y sus familias se les debe facilitar información, tanto de forma verbal como escrita. Se debe hacer en términos comprensibles y en lenguaje que entiendan, sobre el proceso del tratamiento, incluyendo diagnóstico, pronóstico y posibles alternativas de tratamiento, teniendo el paciente el derecho de libertad de elección entre las opciones que le presenta el profesional.^{1,30,47,48}

El documento del consentimiento informado debe presentar los siguientes puntos:^{1,30,47,48}

- Datos del paciente.
- Datos del facultativo.
- Nombres de los procedimientos terapéuticos.
- Descripción de riesgos.
- Descripción de consecuencias de la intervención.
- Descripción de molestias probables.
- Alternativas al procedimiento.
- Declaración del paciente o familiar de haber recibido la información.
- Declaración del paciente o familiar de estar satisfecho con la información y de haber aclarado sus dudas.

- Fecha y firma de facultativo y paciente.

El consentimiento informado requiere de una información precisa previa, y el documento debe ser un medio para facilitar la información, la cual debe explicarla el Cirujano Dentista.^{1,30,47.48}

El consentimiento debe darlo el paciente que recibirá el tratamiento. Solo cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones deberá realizarlo un familiar. En odontopediatría, el consentimiento informado lo deben firmar siempre los padres, tutores o representantes legales del paciente.^{1,30,47.48}

El Cirujano Dentista debe tener un consentimiento informado para los métodos alternativos.^{1,30,47,48}

8. Material y método

Este estudio se realizó en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM. Los datos del estudio se obtuvieron mediante un cuestionario para medir la ansiedad dental que sufren los padres y tutores que asistieron a dicha clínica para la atención dental de sus hijos.

El cuestionario que se utilizó fue la Escala de Ansiedad Dental de Corah. Esta escala se compone de 4 elementos que miden el grado de ansiedad auto informada por el individuo en relación a situaciones vividas durante el tratamiento odontológico en general. La escala admite un rango de puntuación de 4 (no ansioso) y 20 (ansiedad severa).

8.1 Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio transversal porque estudia el efecto de las variables simultáneamente en un solo momento temporal o un momento dado; y descriptivo porque deduce un bien o circunstancia que se está presentando, se describe el objeto a estudiar.

8.2 Población de estudio y muestra

Se encuestó a 50 padres y tutores que se presentan en la Clínica de Odontopediatría, UNAM, para la atención dental de los niños.

Los encuestados fueron de sexo indistinto, con edades entre 20 y 68 años.

8.3 Criterios de inclusión

- Individuos que acudan a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM
- Individuos que se identifiquen como madre, padre o tutor del infante.
- Individuos que se presenten, ya sea en el turno matutino o vespertino, de la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM.

8.4 Criterios de exclusión

- Individuos que no acudan a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM.
- Individuos que no tengan parentesco, o no se identifiquen como tutores legales del infante.
- Individuos que no estén dispuestos a contestar la encuesta.

8.5 Variables de estudio

- Variables dependientes:

Ansiedad de los padres y tutores ante un procedimiento dental evaluada con la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS).

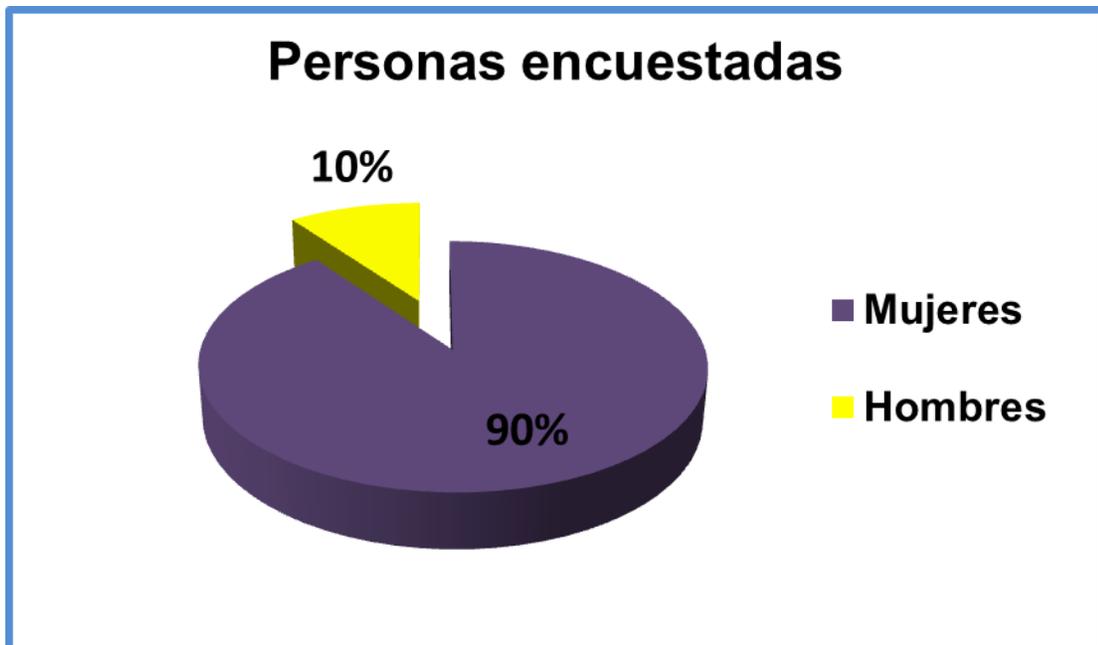
- Variables independientes:

Las variables independientes que se tomaron en cuenta para este trabajo fueron las siguientes:

- ✓ Sexo (masculino y femenino)
- ✓ Edad
- ✓ Ocupación
- ✓ Escolaridad
- ✓ Parentesco del infante

9. Resultados

En la siguiente gráfica se muestra el total de individuos que fueron encuestados en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM. Se observa que la mayoría de los sujetos encuestados que llevan a sus hijos a consulta dental son mujeres, con un total del 90%, a comparación de los hombres con un total del 10%.

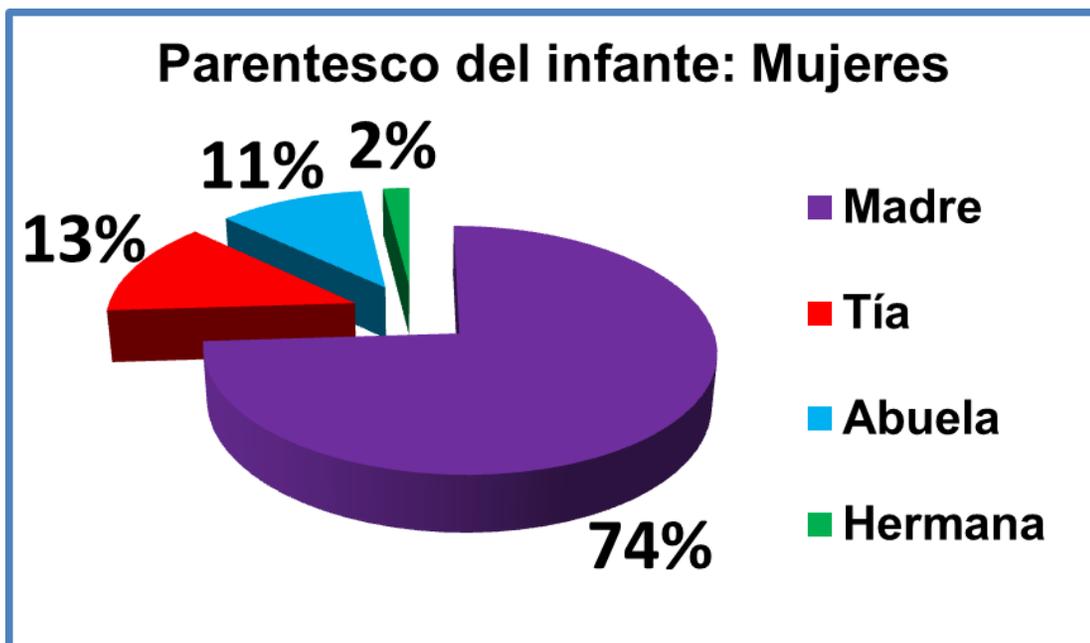


Gráfica 1. Fuente directa

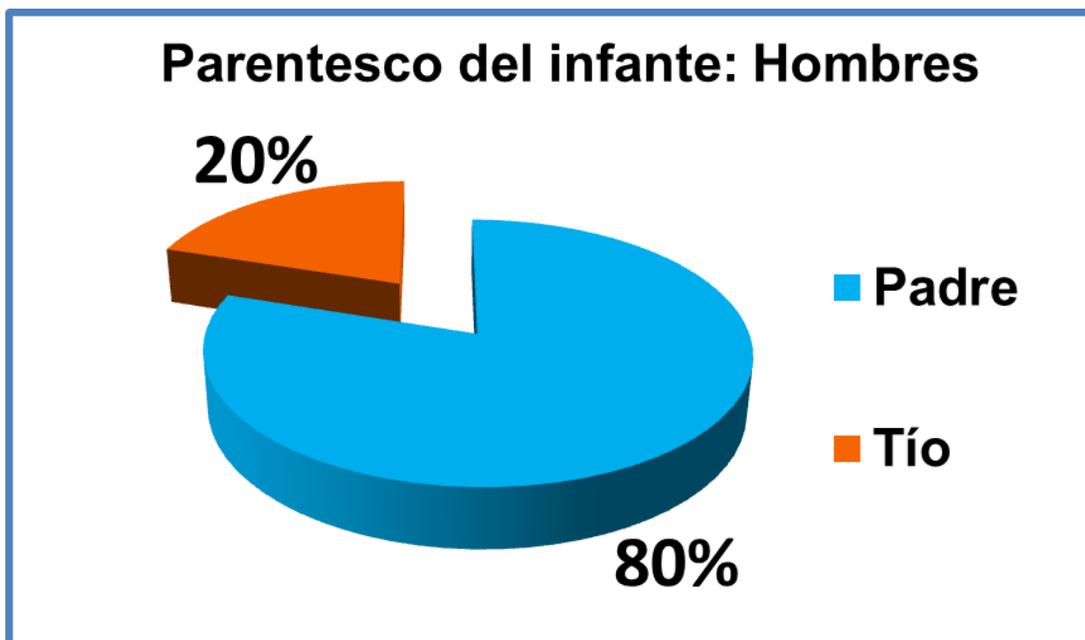
De acuerdo al parentesco que tenían los sujetos con los infantes, se presentan los siguientes resultados dividiéndolos entre hombres y mujeres. Se observa que del total del 90% de las mujeres un 74% de las encuestadas son las madres de los infantes, seguido por las tías con un 13%, y las abuelas con un 11%, siendo en menor constancia las hermanas con un 2%.

En contraste con el total del 10% de los hombres encuestados, el 80% son los papás seguido por los tíos con un 20%.

Se observa que son las mujeres las más constantes al llevar a los infantes al consultorio odontológico en comparación con los hombres.



Gráfica 2. Fuente directa

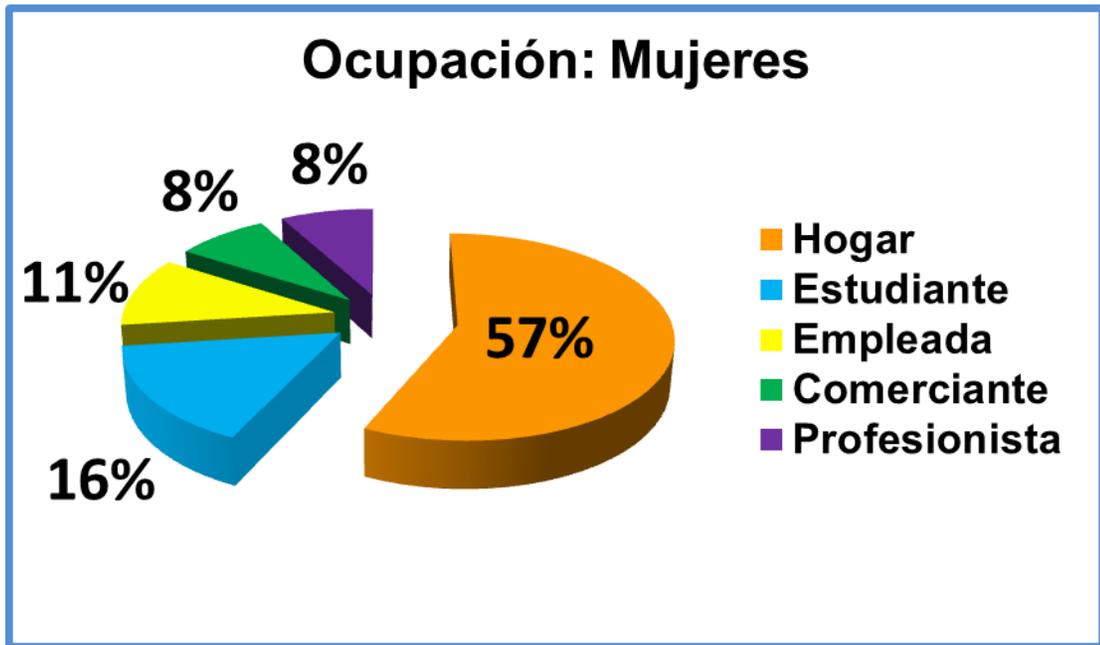


Gráfica 3. Fuente directa

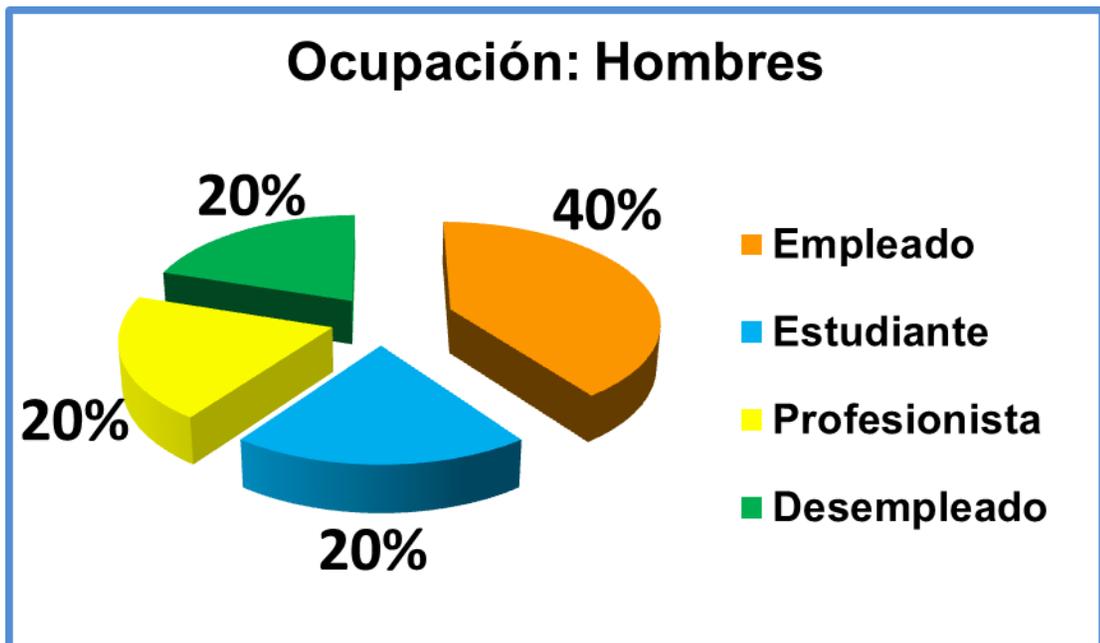
En las siguientes gráficas se muestran los resultados obtenidos respecto a la ocupación de los individuos, dividiendo los resultados entre hombres y mujeres.

Se observa que del total del 90% de las mujeres encuestadas, la mayoría se encuentran en el hogar con un 57%, seguida por mujeres que siguen estudiando con un 16%, encontrando que un 11% son mujeres empleadas, y solo un 8% de las mujeres encuestadas son comerciantes y 8% profesionistas.

Contrastando con el total del 10% de los hombres encuestados, el 40% son hombres empleados, y del 60% de los encuestados restantes, 20% son hombres que siguen estudiando, 20% son profesionistas y el otro 20% son hombres desempleados.



Gráfica 4. Fuente directa

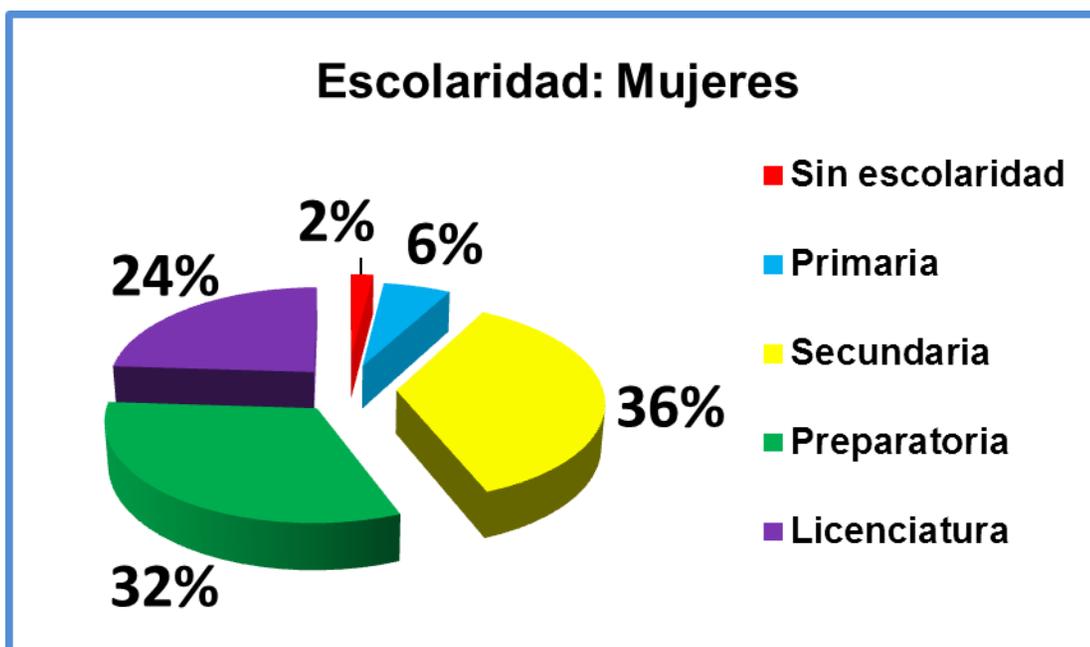


Gráfica 5. Fuente directa

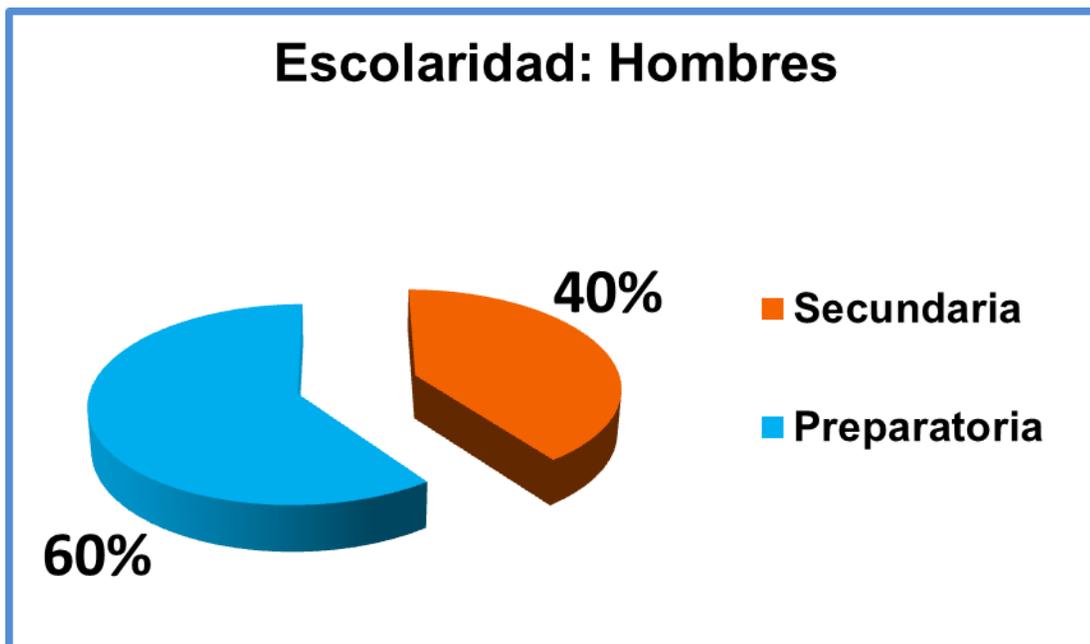
De acuerdo a la escolaridad se encuentran los siguientes resultados. Dichos resultados igual se dividirán entre hombres y mujeres.

Se encuentra que del total del 90% de las mujeres encuestadas, el 36% solo estudiaron hasta la secundaria, seguidas por el 32% con escolaridad preparatoria, el 24% de las mujeres tienen licenciatura, el 6% con escolaridad primaria y solo el 2% sin escolaridad.

Con el total del 10% de los hombres se encuentra que el 60% se encuentran con escolaridad preparatoria, y el 40% de los hombres tienen escolaridad secundaria.



Gráfica 6. Fuente directa

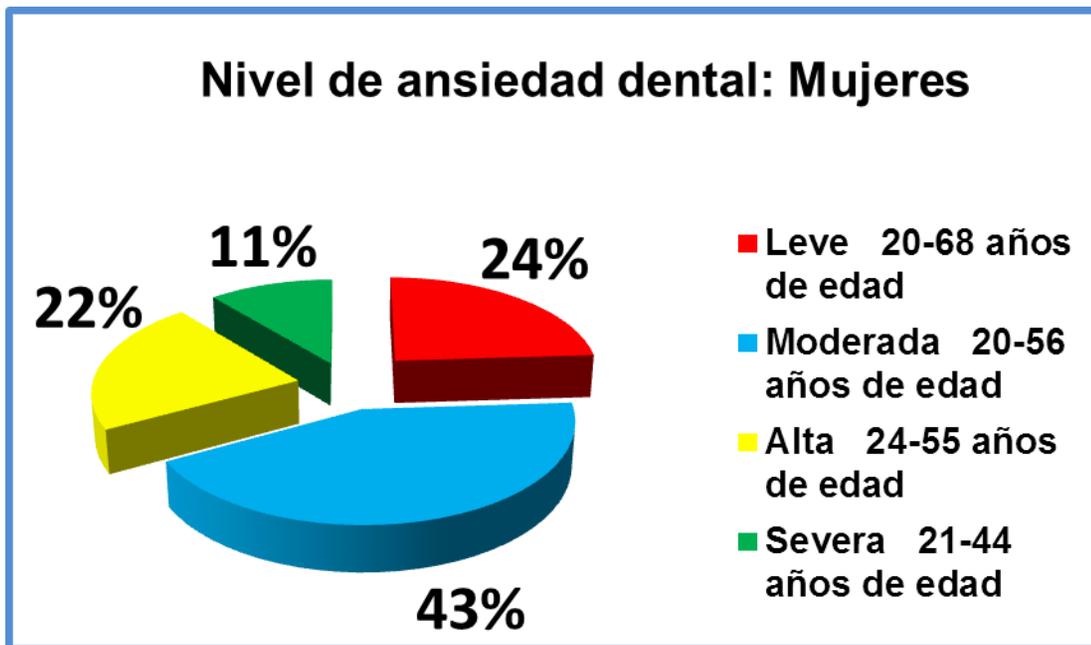


Gráfica 7. Fuente directa

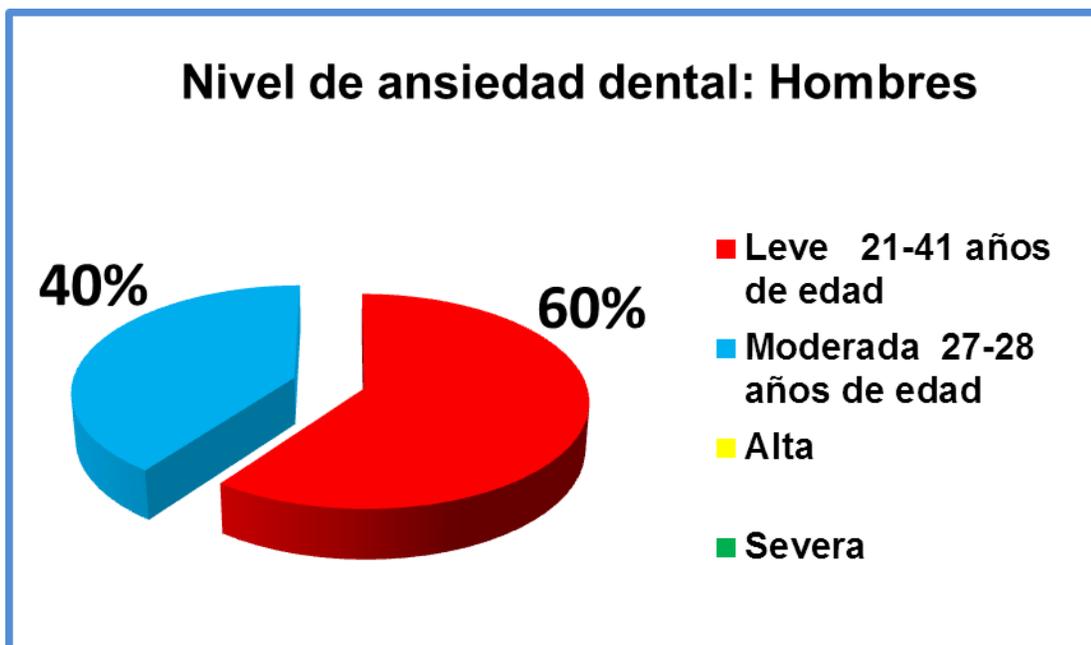
En las siguientes gráficas se muestran los resultados del grado de ansiedad dental que presentan los sujetos encuestados, mostrando el rango de edad. Dichos resultados se dividen entre hombres y mujeres.

Del total del 90% de las mujeres encuestadas, el 43% presenta ansiedad moderada con mujeres de edades entre 20-56 años, el 24% presenta ansiedad leve con edades de entre 20-68 años, se encuentran con ansiedad alta un 22% de las mujeres encuestas de edades entre 24-55 años y solo un 11% presentaron ansiedad severa con edades de entre 21-44 años.

En contraste con el total del 10% de los hombres encuestados, el 60% presentó ansiedad leve con edades de 21-41 años, y el 40% con ansiedad moderada con edades de 27-28 años.



Gráfica 8. Fuente directa



Gráfica 9. Fuente directa

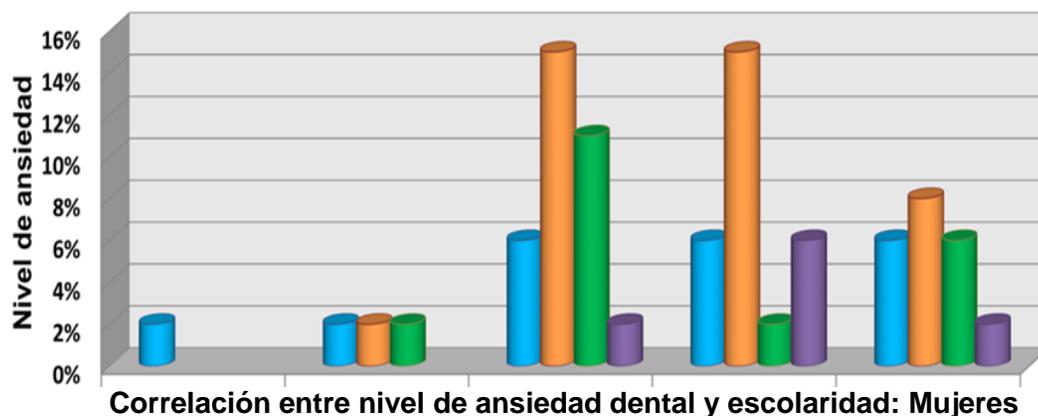
En las siguientes gráficas se hace una correlación entre la ansiedad dental que presentan los sujetos encuestados y el nivel de escolaridad que tienen. Los resultados se dividen entre hombres y mujeres.

Se encuentra que del total del 90% de las mujeres encuestadas, las mujeres que tienen escolaridad secundaria resultaron con mayor porcentaje de los 4 niveles de ansiedad que se manejan en la Escala de Ansiedad Dental de Corah, siendo el nivel de ansiedad moderada la más alta con un 15%, seguida por ansiedad alta con 11%, ansiedad leve con un 6% y en menor grado ansiedad severa con un 2%.

En porcentajes de ansiedad siguen las mujeres que cuentan con escolaridad preparatoria, siendo la ansiedad moderada con mayor porcentaje con un 15%, y a diferencia de las mujeres con escolaridad secundaria, aquí se encuentra un porcentaje mayor en ansiedad severa con un 6% al igual que en ansiedad leve, siendo el grado menor de ansiedad alta con un 2%.

En las mujeres que cuentan con escolaridad licenciatura, no se encuentra una gran diferencia entre el porcentaje de los niveles de ansiedad leve, moderada y alta que van entre un 6 y 8%, y se observa que solo cuentan con 2% de ansiedad severa.

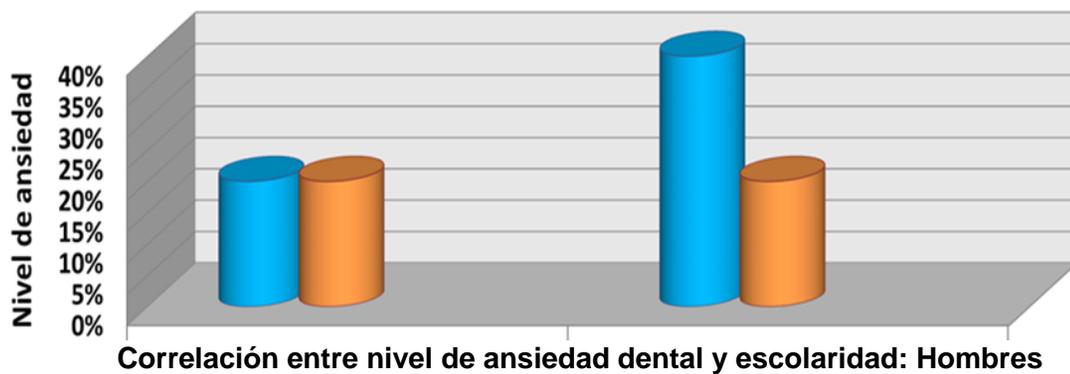
Las mujeres con escolaridad primaria solo presentan un porcentaje mínimo de los niveles de ansiedad leve, moderada y alta con un 2% en cada nivel. Y las mujeres que presentaban más que un 2% de ansiedad leve son las mujeres que no cuentan con escolaridad.



	Sin escolaridad	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura
■ Ansiedad Leve	2%	2%	6%	6%	6%
■ Ansiedad Moderada	2%	2%	15%	15%	8%
■ Ansiedad Alta	0%	2%	11%	2%	6%
■ Ansiedad Severa	0%	0%	2%	6%	2%

Gráfica 10. Fuente directa

Con el total del 10% de los hombres encuestados no se encuentra mucha diferencia entre el porcentaje del nivel de ansiedad con relación a la escolaridad. En ambas escolaridades solo se encuentra ansiedad leve y moderada, y se observa que los hombres que tienen escolaridad secundaria tienen un menor grado de ansiedad, contando con un 20% de ansiedad leve y un 20% de ansiedad moderada; en contraste con los hombres que cuentan con escolaridad preparatoria que cuentan con un grado de ansiedad leve más elevada con un 40% y un grado de ansiedad moderada con un 20%.



	Secundaria	Preparatoria
■ Ansiedad Leve	20%	40%
■ Ansiedad Moderada	20%	20%
■ Ansiedad Alta		
■ Ansiedad Severa		

Gráfica 11. Fuente directa

10. Discusión

La metodología del presente trabajo se limitó a encuestar a los padres y tutores de los niños que son atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM; en donde se permitió analizar el grado de ansiedad de éstos ante una visita al Cirujano Dentista.

Para determinar la ansiedad dental, se optó por utilizar la escala de ansiedad propuesta por Corah (*DAS – Dental Anxiety Scale*), por ser de rápida aplicación, con un diagnóstico y descripción precisos, además de obtener el grado de ansiedad. Así mismo, la escala de Corah, permite el reporte de la ansiedad en una situación odontológica, sin que los padres y tutores conozcan el puntaje para cada pregunta.

El resultado obtenido a través de la escala, demuestra que la sociedad tiene una imagen negativa del Cirujano Dentista, y siempre lo asocian a algo desagradable o doloroso. Se encuentra que son las madres de los niños las que tienen un comportamiento más ansioso al saber que sus hijos se encuentran indefensos durante el tratamiento y que el sólo escuchar un llanto, éstas piensan inmediatamente en si será el llanto de su hijo y el grado de ansiedad de las madres se incrementa.

Es de suponer que el grado de escolaridad de los padres y tutores, presenten una asociación significativa con el nivel de ansiedad que presentan ante el tratamiento odontológico, ya que, entre mayor grado de escolaridad tengan, mayor debe ser la comprensión ante la enfermedad y el tratamiento. Con los resultados obtenidos en este trabajo, se percibe que las mujeres con escolaridad mínima (primaria) o sin escolaridad, son las que presentan menor grado de ansiedad; y las mujeres que presentan mayor grado de escolaridad presentan un nivel más alto de ansiedad.

Por tanto, no se puede correlacionar el nivel de ansiedad con el grado escolar que presentan las personas, ya que la ansiedad se puede desencadenar por diversos factores que pueden estar fuera del control del Cirujano Dentista.

Para sobrellevar la dificultad de predecir el comportamiento de los padres y tutores en la consulta odontológica, se pueden utilizar escalas de ansiedad. Éstas permitirán identificar el comportamiento de los padres y tutores, pudiendo brindar así, estrategias específicas para el manejo de dicha ansiedad y, evitar así, cualquier conflicto en el consultorio dental.

Conclusiones

Con los resultados obtenidos en este trabajo, se concluye, con respecto al sexo, que las mujeres son quienes acuden en mayor porcentaje a consulta dental con los infantes, siendo las madres las más frecuentes.

Con respecto a la ocupación, el estar en el hogar fue el porcentaje más alto en las mujeres. Las mujeres empleadas, o que ejercen alguna profesión obtuvieron un porcentaje muy bajo en comparación de las que se encuentran en el hogar. En cuanto a los hombres, la ocupación que obtuvo un mayor porcentaje fue el ser empleados, teniendo un porcentaje bajo el ser profesionistas.

La edad de las personas encuestadas tiene importancia ya que se observó que el grado de ansiedad que presentaban, tanto personas jóvenes como personas mayores, presentaban el mismo nivel de ansiedad.

En cuanto al nivel de ansiedad, se concluye que las mujeres tienen un grado de ansiedad más elevado que los hombres, puesto que los hombres presentaron niveles de ansiedad bajos, mientras que las mujeres llegaron a presentar niveles de ansiedad severa.

Con respecto a la escolaridad de los encuestados, se encontró que los grupos con escolaridad secundaria y preparatoria son los que presentan mayor grado en los 4 niveles de ansiedad.

Es de gran importancia conocer el nivel de ansiedad de los padres y tutores, para poder percibir la actitud que presentarán en la consulta dental y la predisposición que lleven los niños para el tratamiento dental, ya que, tanto los padres como los niños, van predispuestos a que se presentará una

situación desagradable. De esta manera, se podrá establecer una relación de confianza y seguridad entre los padres y tutores y el Cirujano Dentista, y así poder brindar la mejor atención sin conflicto alguno.

Glosario

Actitud: Postura del cuerpo que denota cierta intención o estado de ánimo.

Amenaza: Ser una cosa, causa de riesgo o perjuicio para alguien o algo.

Ansiedad: Inquietud o desasosiego causados por un hecho futuro o incierto. Estado tenso de la psique frente a un peligro indeterminado e inminente, acompañado de un sentimiento de inseguridad.

Asociativo: Grado de dependencia existente entre dos o más caracteres, generalmente cualitativos, observados entre los miembros de un mismo grupo.

Ausencia: Hecho de estar ausente, de faltar o de no existir alguien o algo.

Calidad: Conjunto de cualidades o propiedades que caracterizan a una cosa o a una persona.

Cognitivo: Conjunto de estructuras y actividades psicológicas cuya función es el conocimiento, por oposición a los dominios de la afectividad.

Comportamiento: Conjunto de reacciones de un organismo que actúa en respuesta a un estímulo procedente de su medio interno o del medio externo y observables objetivamente.

Compromiso: Acuerdo obtenido mediante concesiones recíprocas.

Conducta: Manera de comportarse una persona.

Confianza: Seguridad que alguien tiene en sí mismo, en otro o en una cosa.

Dermatofitosis: Conjunto de micosis superficiales que afectan a la piel, específicamente a la epidermis, y sus anexos (uñas y pelo), causada por un grupo de hongos parásitos de la queratina llamados dermatofitos.

Desencadenante: Configuración perceptiva capaz de desencadenar en una especie animal determinada un comportamiento innato.

Desensibilización: Tratamiento que hace desaparecer la sensibilidad del organismo respecto a ciertas sustancias.

Dolor: Sensación penosa y desagradable que se siente en una parte del cuerpo.

Edema: Hinchazón patológica del tejido subcutáneo o de otros órganos, como el pulmón y la glotis, por infiltración de líquido seroso.

Evasión: Evitar un peligro, una obligación o dificultad con arte y astucia.

Evitación: Impedir que suceda algún mal, peligro o molestia.

Experiencia: Todo lo que es aprehendido por los sentidos y constituye la materia del conocimiento humano.

Factor determinante: Agente, elemento que contribuye a causar un efecto.

Fobia: Temor irracional a ciertos objetos o a situaciones o personas concretas, del sujeto que lo padece reconoce su carácter injustificado, pero del que no se puede librar.

Hematoma: Extravasación de sangre en una cavidad natural o bajo la piel, consecutiva a una ruptura de los vasos.

Influencia: Ejercer una persona o cosa predominio en el ánimo.

Infundir: Provocar cierto estado de ánimo o sentimiento.

Isquemia: Disminución o interrupción de la circulación sanguínea en un órgano o un tejido.

Ítem: Conjunto de caracteres tratados como una unidad lógica de información en un programa.

Lacerar: Herir, producir un daño en el cuerpo.

Miedo: Temor ante un peligro real o imaginario, presente o futuro.

Motivación: Conjunto de motivos que intervienen en un acto electivo.

Nociceptor: Receptor de una neurona sensorial que responde a un estímulo potencialmente dañino, enviando señales hacia la columna vertebral y al cerebro.

Objetivo: Se dice de lo referente al objeto de conocimiento en sí mismo, con independencia del sujeto pensante.

Pánico: Terror o miedo muy grande, generalmente colectivo.

Percepción: Conocimiento de algo por medio de los sentidos o la inteligencia.

Predisponente: Prevenir o preparar el ánimo de las personas para que muestren determinada inclinación, en especial negativa.

Presencia: Hecho de estar o encontrarse una persona o cosa en un lugar determinado.

Protrusión: Desplazamiento de un órgano o estructura hacia adelante.

Retrusión: Desplazamiento de un órgano o estructura hacia atrás.

Sedación: Apaciguar, sosegar.

Subjetivo: Que varía con el juicio, los sentimientos, las costumbres, etc., de cada uno.

Subliminal: Se dice de la percepción de un estímulo por parte de un sujeto sin que este tenga conciencia de él, cuando este estímulo está muy lejos, es de poca intensidad o es demasiado breve.

Sugestión: Influir en la manera de pensar o de actuar de una persona anulando su voluntad.

Umbral: Es el punto en que un estímulo ocasiona una transmisión de un impulso nervioso.

Referencias Bibliográficas

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent.* 2011; 35(6): 175-187.
2. Caycedo C, Cortés OF, Gama R, Rodríguez H, Colorado P. Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma Psic.* 2008; 15(1): 259-278.
3. Álvarez J, Pinto KM, Bönecker M, Nahás F, Nahás MS. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Rev. Estomatol Herediana.* 2010; 20(2): 101-106.
4. Rodríguez N, Cimo R, Mourelle R, Gallardo NE. Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. *Gaceta Dental.* 2008; 195: 150-163.
5. Richtsmeir L, Culbert T, Kaiser P. Helping children with stress and anxiety: an integrative medicine approach. *Ped. Int. Med.* 2003; 31(1): 1-4.
6. Campillo R. Entrenamiento en Imaginación Guiada: Manejo del Miedo a las intervenciones odontológicas. *Procesos Psic. y Sociales.* 2005; 1(1): 1-21.
7. Shindova M, Belcheva A. The effect of parental presence on the dental anxiety during clinical examination in children aged 6-12 years. *J. of IMAB.* 2013; 19(4): 435-438.
8. Afshar H, Baradaran Y, Mahmoudi J, Paryab M, Zadhoosh S. The effect of parental presence on the 5 year-old children's anxiety and cooperative behavior in the first and second dental visit. *Iran J. Pediatr.* 2011; 21(2): 193-200.
9. Biswal I, Nagarajappa R, Srivastava BK. Association between parenting stress and early childhood caries in 4-5 years preschool children of Moradabad, India. *Int. J. of Pub. Health.* 2010; 1(1): 1-4.
10. Paryab M, Hosseinbor M. Dental anxiety and behavioral problems: a study of prevalence and related factors among a group of Iranian children aged 6-12. *J. of Ind. Soci. of Prev. Dent.* 2013; 31(2): 82-86.

11. Fregoso CA, Zonta E, Gómez H, Olivares S. La odontología, el dolor y la ansiedad. *Rev. Nac. de Odont. Mex.* 2009; 1(1): 12-13.
12. Hmud R, Walsh LJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *J. Minim. Interv. Dent.* 2009; 2(1): 237-247.
13. García A, Parés GE, Hinojosa A. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. *Rev. Odont. Mex.* 2007; 11(3): 135-139.
14. Albuquerque W, Nahá MS, Albanto J. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Rev. Estomatol.Herediana.* 2007; 17(1): 22-24.
15. Albuquerque W, Nahá MS, Albanto J. Evaluación de la ansiedad materna y de los factores que influyen en el tratamiento odontopediátrico. *RAOA* 2008; 96(3): 265-269.
16. Núñez I, Parés G, López R. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. *Rev. Odont. Mex.* 2006; 10(1): 30-35.
17. Ruíz AM, Lago B, Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría.* 2005; 265-280.
18. Álava S. Miedos y actitudes de los niños ante el dentista. *Gaceta Dental.* 2013.
19. Arrieta K, Díaz S, Verbel J, Hawasly N. Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. *Rev. Clín. Med. Fam.* 2013; 6(1): 17-24.
20. Krahn N, García A, Gómez L, Astié F. Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión. *Fundamentos en Humanidades.* 2011; 12(23): 213-222.
21. Campillo M. Entrenamiento en imaginación guiada: manejo del miedo a las intervenciones odontológicas. *Procesos Psicológicos y Sociales.* 2005; 1(1): 1-21.

22. Díaz EM, San Martín L, Ruíz M. Miedo al dentista e intervenciones para reducirlo. *Anuario de Psic. Clín. y de la Salud*. 2013; 9: 53-55.
23. Márquez JA, Navarro MC, Cruz D, Gil J. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista? *RCOE*. 2004; 9(2): 165-174.
24. McClintic JR. Fisiología del cuerpo humano. 2ªed. México: Editorial Limusa, 1983. Pp. 258-260.
25. McConnell TH. El cuerpo humano, forma y función. Fundamentos de anatomía y fisiología. 1ªed. China: Editorial Wolters Kluwer, 2012. Pp. 334, 335.
26. Berne RM. Fisiología. 3ªed. España: Editorial Elsevier, 2004. Pp. 89-92.
27. Guyton AC. Fisiología médica. 11ªed. España: Editorial Elsevier, 2006. Pp. 598-604.
28. Ninomiya JG. Fisiología humana: neurofisiología. México: Editorial El manual moderno, 1991. Pp. 166-192.
29. Mattson C. Fundamentos de fisiopatología. Alteraciones de la salud, conceptos básicos. 3ªed. China: Editorial Wolters Kluwer, 2001. Pp. 876-888.
30. Boj JR. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. España: Editorial Ripano, 2011. Pp. 7-17, 101-120.
31. Braham RL. Odontología pediátrica. Argentina: Editorial Médica panamericana, 1984. Pp. 451-467.
32. Barbería E. Odontopediatría. 2ªed. España: Editorial Masson, 2002. Pp. 15-33, 118-136.
33. Pinkham JR. Odontología pediátrica. 2ªed. México: Editorial Interamericana McGraw Hill, 1996. Pp. 91-100, 267-270.
34. Barber TK. Odontología pediátrica. México: Editorial El manual moderno, 1985. Pp. 49-54.
35. McDonald RE. Odontología pediátrica y del adolescente. 6ªed. España: Editorial Harcourt Brace, 1998. Pp. 1-14, 33-51.
36. Kock G. Odontopediatría. Enfoque clínico. Argentina: Editorial Médica panamericana, 1994. Pp. 40-49.

37. Finn SB. Odontología pediátrica. 4ªed. México: Editorial Interamericana, 1983. Pp. 14-28.
38. Giglio MJ. Semiología en la práctica de la odontología. Chile: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000. Pp. 289-301.
39. Moctezuma N. Conócete a ti mismo. Curso elemental de psicología general. 31ªed. México: Editorial Ediciones índice, Pp. 163-174.
40. Esquivas MT. La actitud del individuo y su interacción con la sociedad. *Rev. Digital Universitaria*. 2012; 13(7).
41. Concepto.de/conducta/ portal educativo.
42. Sanikop S, Agrawal P, Patil S. Relationship between dental anxiety and pain perception during scaling. *J. of Oral Sci*. 2011; 53(3): 341-348.
43. Cirilo JP, Majuán E, Marín J, Flor M, Siquero K, Díaz AM. Nivel de ansiedad a los factores ambientales en dos servicios odontológicos públicos: hospitalario y universitario. *Odontol. Sanmarquina*. 2012; 15(1): 1-4.
44. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int. Dent. J*. 2000; 50(6): 367-370.
45. Humphris GM, Dyer TA, Robinson PG. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC Oral Health*. 2009; 9(20): 1-8.
46. Enkling N, Marwinski G, Jöhren P. Dental anxiety in a representative sample of residents of large German city. *Clin Oral Invest*. 2006; 10: 84-91.
47. Garbin CA, Garbin AJ, Saliba N, Zina L, Goncalves P. El consentimiento informado en la clínica odontológica. *Acta Odon. Venezol*. 2007; 45(1): 1-10.
48. Galán JC. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. *Rev. Med. Uruguay*. 1999; 15(1): 5-12.

Referencias de imágenes

1. depsicologia.com/ansiedad-ninos/
2. blogs.periodistadigital.com/vidasaludable.php/2008/04/17/p159460
3. medicaldigitusdeus.com/ansiedad/
4. www.universobebes.com/los-miedos-infantiles-en-la-evolucion-del-nino/
5. www.vistamagazine.com/1590566-tus-hijos-no-mas-miedo-al-dentista
6. limacallao.olx.com.pe/psicólogo-terapia-ansiedad-depresion-ninos-adolescentes-adultos-san-borja-4365969-iid-424866866
7. ansiedadesfuera.blogspot.mx/2012/05/la-ansiedad-y-la-culpa.html
8. Fuente directa
9. sentirmebien.com/salud/ansiedad-generalizada/
10. mimorelia.com/noticias/99686
11. www.liderazgo-integral.com/2012/10/ley-41-evite-imitar-los-grandes-hombres.html
12. superacionpersonalyexito1.wordpress.com/2012/10/18/lo-importante-de-pensar-en-grande/
13. abrazosgratis.com/cuales-son-los-beneficios-de-un-abrazo/
14. fyciescervantessandraescudero.blogspot.mx/2011/11/actuamos-según-nuestras-necesidades-o.html
15. archivo.laprensa.com.ni/archivo/2009/febrero/22/suplementos/domingo/3/3377.shtml
16. www.organizateya.com/actitud_y_conducta.htm
17. caobac.blogspot.com/2008/10/la-disciplina-y-el-buen-comportamiento
18. www.guiadelnino.com/educacion/consejos-de-educacion/educa-a-tv-hijo-sin-gritos
19. www.crecebebe.com/tag/educacion-infantil/
20. www.unidental.es/blog/salud/como-vencer-miedo-dentista
21. www.centrocompartir.org/fobia-al-dentista/
22. ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/

Bloque-i/tema-2.-comportamiento-y-desarrollo-humano.-1

23. www.xatakaciencia.com/psicologia/tv-cociente-intelectual-varia-con-los-anos/

24. www.guiainfantil.com/salud/dientes/prevencioncaries.html

25. www.contra-cara.com/cc/index.php/80-contracara/durango1295-40vo-aniversario-de-la-facultad-de-odontologia-ujed

26. www.4vientos.net/?p=5369

27. www.bebesymas.com/salud-infantil/factores-de-riesgo-de-caries-dental-en-la-infancia

28. entrepadres.imujer.com/4200/como-ayudar-a-los-ninos-con-temor-al-dentista

29. sites.google.com/site/cicbhuenchul/caso-clinico-n-3/aspecto-psicologico/miedo-al-dentista-1

30. comunicarseweb.com.ar/?page=ampliada&id=3536

31. www.crecebebe.com/tag/educacion-infantil/

32. www.dentistaschile.cl/2009/06/08/dentistas-sedacion-ninos/

33. www.imejdental.com/productos/retractor-de-bloques-elasticos-con-Mordida-para-abrir-la-boca-mirahold-block_2010541_3.

34. cirugiamaxilofacial2.blogspot.mx/2013_05_01_archive.html

35. www.universodontologico.com.ar/esencias/mar08.htm

36. www.quickmedical.com/okympicmedical/circumstraint/papoose_boards

37. Fuente directa

38. Fuente directa

39. Giglio MJ. Semiología en la práctica de la odontología. Chile: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000. Pp. 289-301.

40. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent*. 2011; 35(6): 175-187.

41. sonrisasquecautivan.com/profesionistas.html

42. web.udl.es/usuarios/dermato/Protocolosweb/Infecciones/Infecciones Micoticas/Tineas.htm

43. terapiadomovimiento.blogspot.mx/2009/06/abordagem-da-fisioterapia-nas
44. www.sdpt.net/PAT/inspeccionmucosaoral.htm
45. www.guiainfantil.com/1364/el-sentido-del-tacto-en-el-primer-ano-del-bebe
46. talegal.com/fotos-de-bebes-fotos/
47. www.sdpt.net/PAT/inspeccionmucosaoral.htm
48. patologiaymedicinabucal.blogspot.mx
49. odverorodriguez.com
50. www.clinicaabad.com/es/tratamientos/cirugia-bucal-frenillos-bucales/_treat:18/
51. www.clinicaabad.com/es/tratamientos/cirugia-bucal-frenillos-bucales/_treat:18/
52. www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=1
53. anagermoso.blogspot.mx/2012/06/examen-de-la-cavidad-bucal.html
54. yuleidygenaoutesasemiologiaqx.blogspot.mx/2011/10/lesiones-de-la-orofaringe.html
55. pequelia.es/54293/la-musica-disminuye-la-ansiedad-infantil-en-la-visita-al-odontologo/
56. es.wikipedia.org/wiki/Denticion_decidua
57. www.elsevier.pt

Anexos



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
Clínica de Odontopediatría
Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS)



Edad: _____ Sexo: M F Parentesco del niño: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

1. Si tuviera que ir al dentista mañana, ¿cómo se sentiría?

- a. Estaría esperando una experiencia razonablemente agradable.
- b. No me importaría.
- c. Me sentiría un poco preocupado.
- d. Estaría con miedo de que sea desagradable y doloroso.
- e. Estaría con mucho miedo de lo que el Cirujano Dentista pudiera hacer.

2. Cuando está esperando al dentista en la sala de espera, ¿cómo se siente?

- a. Relajado.
- b. Preocupado.
- c. Tenso.
- d. Ansioso.
- e. Tan ansioso, que comienza a sudar o sentirse mal.

3. Cuando está en el sillón del dentista esperando mientras éste toma el “motorcito” para comenzar a trabajar en el diente, ¿cómo se siente?

- a. Relajado
- b. Preocupado
- c. Tenso
- d. Ansioso
- e. Tan ansioso, que comienza a sudar o sentirse mal.

4. Imagine que está en el sillón del dentista para recibir una limpieza dental. Mientras está esperando que el dentista tome los instrumentos que usará para raspar alrededor de la encía, ¿cómo se siente?

- a. Relajado
- b. Preocupado
- c. Tenso
- d. Ansioso
- e. Tan ansioso, que comienza a sudar o sentirse mal.

Puntaje de la Escala de Ansiedad Dental

a= 1

b= 2

c= 3

d= 4

e= 5

Rango de ansiedad

4-8 Ansiedad Leve

9-12 Ansiedad Moderada

13-14 Ansiedad Alta

15-20 Ansiedad Severa