

**DESGASTE DENTAL ASOCIADO A FACTORES PSICOLÓGICOS EN NIÑOS
ENTRE 6 Y 9 AÑOS DE EDAD**

Camacho Medina Luz Elena

Espeleta Palacio Saidith

Rivas Castro Grace Paola

Tobias Oliver Adriana

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA

Santa Marta, 2013

**DESGASTE DENTAL FACTORES ASOCIADO A FACTORES PSICOLÓGICOS
EN NIÑOS ENTRE 6 Y 9 AÑOS DE EDAD**

TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ODONTÓLOGO

Alfredo Llinas Ariza

Estomatólogo

Uvaldo Rodríguez De Ávila

Psicólogo

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA

Santa Marta, 2013

DEDICATORIA

*Hoy que culmina una de las etapas mas
extraordinarias de nuestras vidas, dedicamos este
proyecto primero que todo a Dios por permitirnos lograr
una meta tan importante como esta,*

*A nuestros padres por su apoyo incondicional
Y su guía permanente hasta el final de
Nuestra carrera.; y hoy finalmente podemos decir que los
sueños con compromiso y sacrificio
sí se cumplen.*

AGRADECIMIENTOS

Al culminar nuestro proyecto y tesis de grado agradecemos primero, a Dios por guiarnos y motivarnos en este proceso, a nuestros padres por la atención indeleble y apoyo económico, a nuestros tutores *ALFREDO LLINAS, MARTA PAREDES Y UBALDO RODRÍGUEZ* por su acertada dirección; su dedicación y paciencia; a los participantes del estudio y a quienes también hicieron posible el desarrollo y ejecución de este trabajo de grado.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, de tipo cuantitativo observacional, en el Instituto Gabriela Mistral de Gaira de la Ciudad de Santa Marta; con la finalidad de caracterizar el desgaste dental en la población infantil comprendida entre 6 y 9 años de edad asociados a factores psicológicos. El Universo de este estudio estuvo compuesto por 220 niños, y la muestra fue compuesta por 73 niños y sus correspondientes padres de familia, la cual fue elegida por medio de un muestreo aleatorio sistematizado. A los padres de familia se les aplicó un cuestionario estructurado para determinar aspectos psicológicos asociados a algunos estados emocionales y síntomas de ansiedad, y en los niños se realizó un examen clínico para determinar el desgaste dental y el grado de severidad. Los resultados arrojaron que hubo más participación del sexo masculino, y se obtuvo un promedio de edad de 6 años. Por otro lado se evidenció que el 66% de la población en estudio presenta desgaste dental; y por medio de la encuesta realizada a los padres de familia se estableció que el 100% de los niños con desgaste dental de moderado a severo presentan ansiedad y el 84% depresión. Se puede concluir que existe un porcentaje bajo de desgaste dental patológico en esta población y se necesita realizar estudios complementarios para poder establecer la posible asociación a estados emocionales.

Palabras Claves: Desgaste Dental, Factores Psicológicos

ABSTRACT

A descriptive study was conducted, observational quantitative, in the Institute of Gaira Gabriela Mistral in the city of Santa Marta; with the purpose of characterizing the dental wear in the child population of between 6 and 9 years of age associated with psychological factors. The universe of this study was composed of 220 children, and the sample was comprised of 73 children and their respective parents, which was chosen by means of a random sampling systematized. Parents are applied a structured questionnaire to determine psychological aspects associated with some emotional states and symptoms of anxiety, and in the children underwent clinical examination to determine the dental wear and the degree of severity. The results showed that there was more participation of the male sex, and it was obtained an average age of 6 years. On the other hand it was evidenced that the 66 % of the population in study presents dental attrition; and through the survey of parents was established that 100% of children with dental wear will have moderate to severe anxiety and 84% depression. It can be concluded that a low percentage of dental disease in this population wear and additional studies are needed to establish the possible association with emotional states.

Keywords: Dental wear, Psychological Factors

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION.....	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
JUSTIFICACION.....	23
OBJETIVO GENERAL.....	26
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	26
 MARCO TEORICO.....	 27
• Desgaste dental.....	27
• Abrasión.....	28
• Atrición.....	28
• Erosión	29
• Abfracción.....	29
• Índice de perdida dentaria no cariosa.....	30
• Índices para medir el desgaste dental.....	30
• Factores Psicológicos asociados al Desgaste Dental.....	32
• Autoestima.....	32
• Crecimiento Emocional.....	32
• El Niño En La Familia.....	33
• Trabajo De Los Padres.....	34
• Pobreza Y Paternidad.....	34
• Popularidad.....	35
• Aspectos Emocionales De La Situación Odontológica.....	36
• Estrés.....	36
• Depresión.....	37
• Tipos De Depresión.....	38
• Causas de la depresión.....	38
• Depresión Infantil.....	39
• Estrategia De Evaluación De Depresión.....	40
• Clasificación De Depresión Según (DSM IV, 2000).....	40
• La Ansiedad.....	41
• Trastornos De Ansiedad Infantil.....	42
• Criterios diagnostico de ansiedad	43
• Estrategias De Evaluación Para La Ansiedad.....	43
• Clasificación De Ansiedad Según DSM – IV - TR, 2000.....	45

METODOLOGÍA.....	46
• Criterios de inclusión	46
• Criterios de exclusión.....	46
• Variables y operacionalización de las variables.....	47
• Instrumentos y técnicas	48
• Recolección de datos.....	52
• Procesamiento de la información.....	53
RESULTADOS.....	60
DISCUSION.....	73
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	78
ANEXOS.....	82

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Grafica No. 1 Distribución de Sexo.....	54
Grafica No. 2 Distribución de Edad y Sexo.....	55
Grafica No. 3 diagnostico de depresión.....	66
Grafica No.4 Diagnostico de depresión en la población afectada.....	67
Grafica No5 diagnostico de ansiedad.....	69
Grafica No 6. Diagnostico de ansiedad en la población afectada.....	70
Grafica No. 7 Factores Psicológicos Asociados al desgaste.....	72

Lista de tablas

	Pág.
Tabla N° 1 Índices propuestos por Smith y knight.....	31
Tabla No. 2 Evaluación de la Ansiedad.....	44
Tabla No. 3 Distribución de Sexo por el Estrato Socioeconómico.....	56
Tabla No. 4 Persona entrevistada.....	56
Tabla No. 5 Tiempo que le Dedicar los Padres a los Niños.....	57
Tabla No. 6 Información Sobre la Vivienda donde Habita el Niño(a).....	57
Tabla No. 7 Información sobre los padres o Acudientes del Niño.....	58
Tabla No. 8 Diagnostico de Desgaste Dental.....	60
Tabla No. 9 Diagnostico de Desgaste Dental po sexo.....	61
Tabla No. 10 Diagnostico de Desgaste Dental por edad.....	62
Tabla No. 11 Grado de Desgaste Dental.....	63
Tabla No. 12 grado de desgaste dental severo.....	64
Tabla No. 13 Grado de Desgaste Dental por Sexo.....	64
Tabla No. 14 Grado de desgaste por Edad.....	65
Tabla No. 15 Diagnostico de Depresión.....	66
Tabla No. 16 Diagnostico de Depresión por Sexo.....	67

Tabla No. 17 Diagnostico de Depresión por Edad.....	68
Tabla No. 18 Diagnostico de Ansiedad en el Niño.....	69
Tabla No. 19 Diagnostico de Ansiedad por Sexo.....	.70
Tabla No. 20 Diagnostico de Ansiedad por Edad.....	72

Lista de anexos

	Pág.
Anexo no. 1 instrumento de recolección de datos.....	83
Anexo No. 2 ddistribución de sexo.....	90
Anexo No.3 Distribución de edad por sexo.....	90
Anexo No. 4 Síntomas de Ansiedad en El Niño(a).....	91
Anexo No .8 Síntomas de Ansiedad en El Niño(a).....	92
Anexo N.6 Síntomas de Ansiedad en El Niño(a).....	92
Anexo No. 7 Estado Emocional relacionado con Depresión.....	94
Anexo No. 8 Estado Emocional relacionado con Depresión.....	95
Anexo No.9 Estados Emocionales Relacionados con la Depresión.....	95
Anexo No. 10 Estado Emocional relacionado con Depresión.....	96
Anexo No. 11 Estados Emocionales Relacionados con la Depresión.....	97
Anexo No. 12Factores Psicológicos Asociados Al Desgaste Dental.....	97
Anexo No. 13 Evidencia Fotográfica.....	98

INTRODUCCION

El desgaste dental se produce en el transcurso de la vida de los seres humanos, la naturaleza de su variación ha dificultado la medición y correlación con la edad de la persona. Este consiste en la pérdida progresiva de estructura dental cuya etiología puede estar asociada a diversos factores, siendo este uno de los hallazgos más comunes que podemos encontrar en nuestra práctica odontológica, nos induce a realizar múltiples investigaciones. En la actualidad existen diferentes teorías encaminadas a definir posibles causas del desgaste dental y que tan normal o anormal son en dientes deciduos (Álvarez, 1998).

Existen múltiples circunstancias como violencia intrafamiliar, el trabajo, el estudio, entre otros, que pueden llegar a desencadenar en una persona de cualquier edad problemas emocionales o conductuales momentáneos, tales como depresión, ansiedad, estrés, baja autoestima, que los convierten en factores psicológicos que ayudan a desencadenar una enfermedad o afección, que con frecuencia se ve reflejado en la cavidad oral, más específicamente en las estructuras dentales; los niños no se encuentran exentos de presentar algunos de estos trastornos que van ligado a problemas familiares, aceptación en la sociedad, rendimiento escolar. Como bien es cierto, en ellos es normal que se presente facetas de desgaste dental en su dentición temporal, no obstante ante la presencia de factores psicológicos como los anteriormente mencionados, se puede incrementar dicha manifestación oral.

Los problemas emocionales y conductuales son complicaciones secundarias de los trastornos del aprendizaje como en la etiología de los mismos. De tal manera que

generalmente un alumno que presenta alteraciones conductuales y emocionales sufre también de cierta dificultad para aprender que puede tener distintas etiologías. Dentro de este contexto, es posible confundir las diferencias en el desarrollo psíquico individual con patologías o trastornos. Existen, además, variadas manifestaciones del desarrollo psíquico que varían de lo que se considera “normal” originadas por la vida en extrema pobreza, en carencias afectivo-familiares y/o en la falta de incentivos para aprender que no necesariamente se traducen en patologías pero que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar (Jadue, 2002). Esto se convierte a su vez en condiciones que inducen a que los niños adopten hábitos orales que tienden a producir facetas de desgaste dental que aunque es normal a esta edad, suelen ser más severas.

El desgaste dental está ligado a factores fisiológicos, psicológicos, entre otros. La depresión es un problema serio de salud que puede afectar a personas de todas las edades, incluyendo a niños y adolescentes. Los niños y adolescentes que están bajo estrés y han experimentado una pérdida importante o tienen trastornos de atención, aprendizaje o de conducta, tiene un riesgo mayor de desarrollar depresión clínica (Ralph, 2004). Este problema en gran medida repercute en los dientes, ya que estos niños generan fuerzas excesivas ayudando al rozamiento entre las piezas dentales contribuyendo a que se presente el desgaste dental.

No podemos dejar de lado el aspecto familiar de los niños que presentan estas alteraciones dentales, ya que este se encuentra directamente implicado en el desarrollo de eventos psicológicos o comportamientos que contribuyen a que se presente el estrés, la depresión o la baja autoestima; esta última es predominante ya que los niños crean la percepción de su propio yo con la ayuda de sus padres y el colegio; Es de suponer que

la baja autoestima va a ocasionar una serie de eventos y problemas que impedirán el rendimiento escolar y el desenvolvimiento social, ayudando a que desate una serie de hábitos para liberar toda la carga emocional que le genera dicha conducta y que a la vez ayude a presentar alteraciones o enfermedades graves.

Algunas de las posibles causas de esta alteración pueden estar dadas a la composición del esmalte en dientes temporales y la de los dientes permanentes; otros autores hablan acerca de “los cambios emocionales” que presenta el niño durante su crecimiento cuando comienza a interactuar con el medio que lo rodea, hábitos orales, dieta y los desórdenes temporomandibulares (Álvarez, 1998). Dentro de los factores etiológicos se hablan además de algunos componentes psicológicos que intervienen también en desgaste dental en niños dentro de ellas encontramos desordenes psicosomáticos, ansiedad, problemas de personalidad, rabia, miedo, agresión, estrés y frustración.

La pérdida de estructura dental es un proceso fisiológico, es considerado patológico cuando el grado de la misma crea alteraciones funcionales, estéticas y sintomáticas. Las cuatro causas más comunes relacionadas con la pérdida de estructura dental son: abrasión, atricción, erosión y abfracción (Latorre, 2010). En la presente investigación abordaremos solo el desgaste dental por atricción debido a la poca evidencia clínica de lesiones por abrasión y abfracción en pacientes pediátricos.

Esta investigación está encaminada a describir los posibles factores psicológicos que se asocian a la presencia de desgaste dental en niños de 6 a 9 años del Instituto Educativo Gabriela Mistral de Gaira, ubicado en la ciudad de Santa Marta y partiendo

de esta problemática poder determinar que conductas y comportamientos se encuentran relacionadas con la pérdida severa de estructura dental.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica odontológica se observa comúnmente diferentes patologías que por su naturaleza pueden causar afecciones en los órganos dentales. Para Delgado, et al. (2010) generalmente estas alteraciones son producidas por parafunciones como el Bruxismo, entiéndase por bruxismo el golpeteo o el rechinar de los dientes en forma inconsciente y no funcional, provocando un desequilibrio en todo el sistema estomatognático. Las características principales que presenta esta patología son el desgaste, hipersensibilidad y fracturas dentarias, así como dolor muscular entre otras, que comúnmente son provocadas por frotamiento o rechinamiento de los dientes.

El bruxismo no es la única causa para que se presente desgaste dental. En la niñez hay múltiples eventos que contribuyen a que se dé una pérdida gradual de tejido dentario, como el proceso de exfoliación dental; cuando los niños presentan algún tipo de conflicto emocional ya sea por mal rendimiento escolar o problemas familiares puede haber una alteración como el desgaste dental, que se presenta comúnmente por un roce mecánico. No podemos dejar de lado la dieta que estos niños ingieren diariamente, que muchas veces es ácida y ayudan a que la pérdida de tejido dentario aumente.

El desgaste dental prematuro es una de las causas más frecuentes de consulta al odontólogo en el mundo. Esta pérdida de tejido dentario hace que en edades aún muy jóvenes se pierdan los milímetros de esmalte (que corresponden al borde incisal) que serán importantes para la estética dental.

La interacción del medio en que se rodea un niño puede influir positiva o negativamente en su rendimiento académico, en sus actividades diarias y en su hogar;

cuando un niño se encuentra presionado por su padres o por la misma sociedad tiende a crear una serie de emociones que repercuten en su salud oral, como el desgaste dental, que muchos estudios la vinculan con conductas irregulares como la ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima.

Jadue (2002) afirma que las dificultades emocionales y de la conducta en los escolares constituyen un serio y difícil problema tanto para la educación y la salud mental de los estudiantes como para los padres cuyos hijos no logran en la escuela un rendimiento acorde con sus esfuerzos y expectativas. Esta podría ser una causante que ayude a que se desencadenen una serie de alteraciones en la salud oral del niño, y es uno de los motivos por los cuales hemos querido desarrollar un proyecto de estudio que observe la relación que existe entre factores psicológicos que presenten los niños y la prevalencia de desgaste dental.

Durante muchos años se ha considerado que la disfunción de la articulación temporomandibular es una situación ajena al niño, sin embargo, los odontopediatras han encontrado síntomas y signos de disfunción con mucha frecuencia. Por otro lado, es necesario reconocer que poco sabemos sobre la disfunción de la ATM, tal vez por estas circunstancias la investigación acerca de este tema en niños ha sido muy limitada (Serrano, 2009).

En virtud a lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta problema:

¿Cuáles Son Las Características Que Presenta El Desgaste Dental En La Población Infantil Comprendida Entre 6 Y 9 Años De Edad Asociados A Factores Psicológicos Del Instituto Educativo Gabriela Mistral De Gaira En Santa Marta Magdalena En El Periodo 2013-II?

JUSTIFICACION

En la actualidad se vive en un mundo competitivo y globalizado, que genera altos niveles de estrés, según situaciones laborales, familiares y en el estudio. El estrés se encuentra ligado a las situaciones del día a día, y además trae consigo un sin número de signos y síntomas; y que ayuda a que se desencadenen otras enfermedades. Los niños no se encuentran excluidos de presentar alteraciones emocionales como la ansiedad, depresión, agresividad y estrés, y muchas veces lo reflejan en su cavidad oral con facetas de desgaste dental, que son por lo general a causa de un roce entre dientes mecánico o químico.

Diversos trabajos establecieron una relación directa entre alteraciones emocionales, (ansiedad, depresión, agresividad, estrés) y la presencia de bruxismo (Cortese & Biondi, 2009). Aunque el desgaste dental no sólo se produce por apretar o rechinar los dientes, sino por muchas otras razones. Así mismo, la dieta está en relación directa con la salud en general y por supuesto, también con la salud de nuestros dientes y con el desgaste prematuro de estos.

Frugone & Rodriguez (2003) en una revisión de Kato (2001) define el bruxismo como una actividad parafuncional oral cuando un individuo está despierto o dormido. Este es la principal causante del desgaste dental ya que la contracción periódica del músculo masetero al apretar los dientes produce un rozamiento entre piezas dentales y piezas dentales causando una pérdida de tejido dental, cabe mencionar que esta pérdida de tejido dental va directamente relacionada con estados emocionales de los individuos y en este caso de niños.

A nivel nacional se han liderado muchos más estudios relacionados con el bruxismo y factores psicológicos o con el estrés laboral, el desgaste dental muchos autores lo relacionan directamente con hábitos parafuncionales como el bruxismo; lo que ha impedido que este proceso fisiológico o muchas veces patológico sea mucho más estudiado, ya que se ha limitado solamente como un signo del rechinar o apretar los dientes. Por tal razón, hemos querido realizar un estudio sobre la prevalencia de desgaste dental y su relación con factores psicológicos que llagasen a tener niños entre 6 a 9 años de edad del colegio Gabriela Mistral de Gaira de la Ciudad Santa Marta en el año 2013, mas no con el hábito de bruxismo que a esta edad es normal.

Después de diversas investigaciones se encontró que las evidencias de trabajos realizados donde exista la asociación del desgaste dental con la ansiedad y depresión son escasos, nuestro trabajo pretende abrir un camino en el que a pesar de la reducida evidencia debido a los pocos estudios realizados con respecto a la relación de estas variables, sirvan base para nuevas investigaciones. La culminación de este proyecto generará información de gran valor para estudios en el área de odontología y psicología y permitirá conocer la importancia de un abordaje multidisciplinario en este tipo de población.

Los factores psicológicos pueden influir en la salud dental de los niños, la familia juega un papel importante en el desarrollo de estos trastornos ya que la gran mayoría de los niños pertenecen a familias disfuncionales, y esto puede condicionar la salud oral.

En la odontología las quejas psicósomáticas suelen ser frecuentes y están típicamente asociadas a ansiedad y depresión, y aunque han sido relativamente estudiadas, hace falta más investigación. Los odontólogos se quedan absolutamente sorprendidos cuando se topan con casos que cuyos síntomas sugieren la presencia de aspectos psicológicos ante los cuales no saben cómo proceder. O muchas veces los pacientes presentan síntomas que no

tienen una explicación lógica ni coherente, ni concuerdan con ningún cuadro orgánico (Morgenstern, 2011).

Los estudios demuestran hasta ahora que este tipo de pacientes suelen presentar también niveles altos de ansiedad y depresión, y se ha hecho correlaciones entre estos índices, y género o situación social. Los resultados pueden mostrar estadísticamente que apuntan a señalar que las personas con situaciones de ansiedad no resueltas están más propensas a desarrollar síntomas.(Morgenstern, 2011).

Es importante a nivel clínico saber atender los desordenes emocionales de los pacientes; se ha observado que existen determinadas situaciones psicológicas en los pacientes que presentan desgaste dental ya que se encuentran relacionadas con la presencia de altos niveles de estrés, ansiedad y depresión los cuales se convierten en factores predisponentes a alteraciones como el desgaste dental, la importancia de esta investigación radica en una vez identificada la población afectada llevar a cabo la intervención de forma integral, tratando esos problemas emocionales y conductuales , seguido por la intervención odontológica para restaurar y devolverle la funcionalidad y la estética al paciente para una mejor calidad de vida

OBJETIVOS

➤ OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el desgaste dental en la población infantil según la edad comprendida entre 6 y 9 años de edad asociados a factores psicológicos del Instituto Educativo Gabriela Mistral de Gaira en Santa Marta Magdalena en el periodo 2013-II.

➤ OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el desgaste dental según el grado
- Describir el desgaste dental por grados según la edad y el sexo
- Conocer el desgaste dental por grados de acuerdo a la ansiedad
- conocer el desgaste dental por grados de acuerdo a la depresión

MARCO TEÓRICO

Desgaste Dental

El desgaste dental es la pérdida de tejidos mineralizados dentarios de etiología no infecciosa. Los tejidos dentarios pueden ser afectados por procesos nosológicos de etiología variada que provocan alteraciones de forma, tamaño, color, estructura y número de las piezas dentarias (Barrancos, 2006).

La dentición decidua debe estar completa y se conserva "inalterable" a los 4 años aproximadamente. En esta etapa la dentición decidua, sana y eficaz, muestra claros indicios de atrición, pudiendo llegar hasta el extremo de perderse la mitad. La duración de esta dentición es sólo de 5 a 12 años, sin embargo, grandes modificaciones se agolpan en este breve período, considerándose la atrición una de las características más notables (Barrancos, 2006).

En los maxilares activos la atrición es normalmente intensa, tanto en términos absolutos como en proporción de altura coronaria perdida. Los bordes incisales se desgastan de modo que los dientes tienden a ocluir borde a borde. El desgaste de los dientes posteriores permite una libertad continua de movimiento para las rectificaciones del crecimiento (Hotz, 1984).

Existen diferentes procesos destructivos crónicos, además de la caries dental, que determinan una pérdida irreversible de los tejidos mineralizados dentarios. Podemos considerar en este marco conceptual las siguientes alteraciones: abrasión, atrición, abfraccion y erosión (Barrancos, 2006).

Abrasión

El término clínico de abrasión dental, se utiliza para describir la pérdida patológica de tejido mineralizado dentario provocada por acciones mecánicas anormales producida por objetos extraños introducidos en forma repetida en la boca y que contactan con los dientes. Según la etología el patrón de desgaste puede ser difuso o localizado (Barrancos, 2006).

La prevalencia de abrasión depende de factores inherentes al paciente, específicamente respecto del cepillado dental como: técnica, frecuencia, tiempo, fuerza aplicada, sitio de la arcada dentaria donde comienza el cepillado y a factores inherentes al material realizado para la higiene dental como: tipo de material, dureza y características de las cerdas del cepillo, flexibilidad y largo del mango del cepillo, el poder abrasivo, el pH y la cantidad de pasta dental utilizada (Barrancos, 2006).

Atrición

La atrición dental es el desgaste fisiológico de los tejidos duros dentarios por el contacto diente-diente, sin interposición de sustancias y elementos extraños, junto o por separado. Este contacto ocurre cuando los dientes contactan entre si, por ejemplo, durante la deglución o el habla, y el desgaste resultante se produce en caras oclusales y bordes incisales (Barrancos, 2006).

Los puntos de contacto entre las caras proximales también se desgastan por atrición durante la masticación y determinan la formación de facetas de contacto. En los bordes incisales el proceso es claramente evidenciable por la pérdida de la “flor de lis” cuando las piezas dentarias del sector anterior entran en oclusión (Barrancos, 2006).

El grado de atrición se asocia con el “envejecimiento” de las piezas dentarias. Clínicamente este tipo de pérdida de sustancia se observa como formación de facetas de aspecto brillante y pulido (Barrancos, 2006).

Erosión

Es el proceso de destrucción gradual de una superficie por procesos electrolíticos o químicos. Se entiende por erosión dental la pérdida de tejidos mineralizados dentarios por procesos químicos que no incluyen la acción de microorganismos. Los ácidos responsables de la erosión dental no son producto del metabolismo de la flora bucal, si no que provienen de la dieta y fuentes ocupacionales o intrínsecas. La erosión dental se clasifica según el origen de estos ácidos en extrínsecas: se produce por la acción de ácidos exógenos, intrínseca: se produce por la acción del ácido gástrico endógeno en contacto con las piezas dentarias durante vómitos, regurgitaciones o reflujos repetidos; idiopática: se produce por el efecto de ácidos de origen desconocido (Barrancos, 2006).

Abfracción

Estas lesiones en forma de cuña en la unión cemento-adamantina se observan en piezas dentales individuales o en varias piezas no adyacentes. Se considera que son resultado de fuerzas oclusales excéntricas que producen flexión de la pieza dental.

Según la teoría de la flexión dental las fuerzas masticatorias o parafuncionales en áreas de oclusión defectuosa expondrían uno o varios dientes a fuerzas comprensivas. Estas fuerzas “se focalizan” en el límite de unión amelocementaria, donde provocan microfracturas en el esmalte y la dentina. Estas microfracturas se propagan en sentido perpendicular al eje mayor del diente hasta que se produce el desmoronamiento del esmalte y la dentina. Las lesiones o defectos resultantes tienen forma de cuña o borde afilados (Barrancos, 2006).

Índices de pérdida dentaria no cariosa.

La literatura nos ofrece una amplia gama de métodos clínicos para medir o evaluar la pérdida dentaria de causa no cariosa, sistemas clínicos cuantitativos y cualitativos pueden ser usados, entre estos, los índices numéricos son los más ocupados. Un índice ideal debería ser simple de entender y usar, con criterios de puntuación fácilmente entendibles y ser reproducibles en la práctica clínica. Desafortunadamente, la amplia existencia de índices creados por diferentes autores no permite realizar comparaciones de resultados entre los diferentes estudios que tratan el tema de lesiones cervicales no cariosas, lo cual es especialmente importante en epidemiología, cuando se trata de definir la prevalencia de una condición (Bardsley, 2008).

Índices para Medir el Desgaste Dental

Smith y Knight

(Smith & Knight 1984), Introdujeron el concepto general de medición del desgaste dentario, sin incluir la etiología, y a partir de su índice (TWI), muchos otros se han desarrollado o modificado (Bardsley, 2008).

Este índice considera las 4 superficies, bucal, lingual, cervical y oclusal-incisal. Todos los dientes presentan un rango de desgaste, independiente del origen de este. Este índice fue el primero en hablar de multifactorialidad de los desgastes, el primero en distinguir los niveles aceptables de los patológicos y en establecer posibles valores normales para diferentes rangos etáreos. Entre sus problemas está el tiempo necesario para aplicarlo. Idealmente requiere del apoyo de un sistema computacional (Bardsley, 2008).

Tabla N° 1 Índices propuestos por Smith y knight refiriéndose a desgaste de los dientes, en general, y Eccles incluyendo critico diagnóstico de desgaste dental erosivo.

ÍNDICE DE DESGASTE DE LOS DIENTES DE ACUERDO CON SMITH Y KNIGHT		
Puntuación	Superficie	CRITERIOS
0	B/L/O/I C	Sin pérdida de características superficiales del esmalte No hay pérdida de contorno.
1	B/L/O/I C	Pérdida de características superficiales del esmalte Pérdida mínima de contorno
2	B/L/O I C	Pérdida de esmalte y exposición de la dentina por menos de un tercio de la superficie. Pérdida de esmalte que sólo se expone la dentina. Defectos menos de 1 mm de profundidad.
3	B/L/O I C	Pérdida de esmalte y exposición de la dentina para más de un tercio de la Superficie. Pérdida de esmalte y pérdida de dentina sustancial. Defecto menos de 1-2 mm de profundidad.
4	B/L/O IC	Pérdida completa de esmalte, o exposición de la pulpa, o exposición de la dentina secundaria Exposición de la pulpa o la exposición de la dentina secundaria Defecto más de 2 mm de profundidad, o la exposición de pulpa, o la exposición de la dentina secundaria

Factores Psicológicos asociados al Desgaste Dental

El rol de los factores psicológicos en la etiología del Bruxismo aún no está claro. Parece ser que este rol difiere entre los individuos y probablemente menor a lo que se ha asumido (Rugone & Rodríguez, 2003). Por otra parte se ha encontrado una contribución genética en la patofisiología del Bruxismo, también es importante hacer notar que los factores ambientales también pueden estar co – involucrados en la predisposición de una persona para bruxar. Se ha visto que entre el 20 y 64% de los pacientes con Bruxismo del sueño puede tener un miembro en su familia que reporte rechinar (Ilzarbe, 2002).

Autoestima

La autoestima es un componente importante de autoconcepto, que relacionan los aspectos cognoscitivo, emocional y social de la personalidad. Los niños con una alta autoestima tienden a ser alegres, mientras que quienes tienen una autoestima baja tienden a ser depresivos (Harter, 1990). Un estado de ánimo depresivo puede reducir los niveles de energía, situación que puede afectar los resultados de un niño en la escala y en cualquier otro sitio, sumergiéndolo en una espiral descendente en su autoestima. Con frecuencia, los niños con baja autoestima mantienen una imagen negativa mucho después de haber dejado atrás la niñez.

Crecimiento Emocional

El crecimiento emocional en la niñez intermedia es bastante complejo. Entre los siete y los ocho años, los niños interiorizan plenamente los sentimientos de vergüenza y orgullo. Estas emociones, que dependen de la conciencia de las implicaciones de sus acciones y de la clase de socialización que hayan recibido, afectan la opinión que tienen de sí mismos (Rotenberg & Einsenber, 2000).

A medida que los niños crecen, pueden entender y controlar mejor las emociones negativas. Ellos saben qué los ponen furiosos, qué les hace sentir miedo o tristeza, y cuál es la relación probable de otras personas cuando ellos manifiestan estas emociones, de manera que pueden controlar y adaptar su comportamiento de acuerdo con ello (Rotenberg & Einsenberg, 2000).

El Niño En La Familia

Los niños en edad escolar pasan más tiempo fuera de la casa que antes, pero el hogar y las personas que viven allí siguen siendo la parte central de su mundo. De acuerdo con algunas investigaciones, los padres estadounidenses dedican, en promedio, solo 30 minutos del día de trabajo a relacionarse con sus hijos en edad escolar (Demo, 1992). Los niños pasan mucho más tiempo con sus compañeros. Sin embargo, contar los minutos y las horas puede ser decepcionante. Muchos padres siguen brindando un gran apoyo, amor y relacionándose con sus hijos y estas relaciones son las más importantes en la vida de los pequeños (Furman & Buhrmester, 1985).

El ambiente en el hogar de un niño tiene dos componentes importantes. Está *la estructura en la familia*: si hay dos padres o uno, o si alguien más está educando al niño. Luego está *la atmosfera de la familia* a nivel económico, social y psicológico. Ambos factores se han visto afectados por los cambios en la vida familiar (Furman & Buhrmester, 1985).

Los factores de influencia más importantes en el ambiente de la familia para el desarrollo de un niño proceden del interior del hogar: si cuenta con apoyo o si el ambiente es conflictivo, y si la familia tiene o no suficiente dinero (Demo, 1990). A menudo, estas dos facetas de la atmósfera de la familia están interrelacionadas

Trabajo De Los Padres

Un aspecto que contribuye mucho a la atmósfera en el hogar es el nivel socioeconómico, que se refleja principalmente en el trabajo que uno o ambos padres tiene que hacer. El trabajo de los padres tiene otros efectos indirectos en la atmósfera de la familia y por consiguiente, en el desarrollo del niño. Gran parte del tiempo, esfuerzo y relación emocional de los padres se va en sus ocupaciones (Bachu, 1993).

El impacto del trabajo de la mujer depende de muchos factores: edad, sexo, temperamento y personalidad del niño; si la madre trabaja tiempo completo o parcial y cuántas horas; cómo se siente con respecto al trabajo, si tiene un compañero que la respalde o no, o si no tienen ninguno; el nivel socioeconómico de la familia y el tiempo de cuidado que recibe el niño. Cuando se dispone de un buen cuidado diario para el pequeño, cuando los hombres asumen un rol más participativo en el hogar, y cuando los patrones apoyan el trabajo de la familia de sus empleados, hay más posibilidad de que los niños se sientan bien (Bachu, 1993).

Pobreza Y Paternidad

Los padres que viven en casas pobres (o que carecen de ellas) que están preocupados por conseguir la siguiente comida y que sientan que no tiene control sobre sus vidas tienden a volverse ansiosos, depresivos e irritables. Su incomodidad puede llevarlos a ser menos afectuosos y a brindar menos apoyo a sus hijos; en algunos casos, incluso llegan a cometer abusos. Estos padres pueden aplicar una disciplina inconsciente y arbitraria, con castigos físicos e indicaciones autoritarias, desconocer el buen comportamiento y fijarse solo en lo malo. Sus hijos pueden tener problemas sociales, emocionales, y de

comportamiento, y llegan a volverse depresivos, a tener problemas con sus compañeros, a carecer de confianza en sí mismo y a involucrarse en actos antisociales (Bachu, 1993).

Popularidad

La popularidad no es un tema banal. Los niños impopulares están privados de una experiencia básica para el desarrollo: la interacción positiva con otros pequeños, y pueden sufrir de melancolía, un sentimiento de rechazo y baja autoestima (Bachu, 1993).

Las relaciones entre compañeros en la niñez intermedia son fuertes indicadores del ajuste posterior. Los niños en edad escolar que agradan a sus compañeros tienen la posibilidad de alcanzar un mejor ajuste en su adolescencia. En cambio, quienes tienen problemas con sus amigos tienen más probabilidad de desarrollar problemas psicológicos, deserción escolar o convertirse en delincuentes (Hartup, 1992; Kupersmidt & Coie, 1990; Morison & Masten, 1991; Newcomb, et al., 1993; Parker & Asher, 1987).

Los niños pueden ser impopulares por muchas razones, algunas de las cuales pueden estar por fuera de su control. Algunos niños impopulares son agresivos, hiperactivos y desatentos, y otros son retraídos (Dodge, 1990; Newcomb, 1993; Pope, 1991). Otros actúan tontamente y con inmadurez, o son ansiosos o inseguros. Con frecuencia son insensibles a los sentimientos de los otros niños y no pueden adaptarse ante nuevas situaciones (Bierman, 1993). Algunos manifiestan un interés indebido por estar en grupos del otro sexo (Sroufe, 1993). Otros niños impopulares esperan no ser agradables y estos se convierten en una profecía de autorrealización (Rabiner & Coie, 1989).

Aspectos Emocionales De La Situación Odontológica

El crecimiento y desarrollo del niño debe ser observado en términos biológicos, psicológicos cognitivos y sociales, el componente biológico más sobresaliente que explica las diferentes conductas es el funcionamiento del cerebro, sus distintas áreas y las hormonas puestas en juego, el componente psicológico puede abordarse desde diferentes teorías psicológicas que aportan conocimientos para comprender los fenómenos que desencadenan en la atención de la salud bucal y así aplicarlos en la situación clínica, estas teorías psicológicas ayudan a reconocer las características emocionales de la situación odontológica, de por sí compleja, a la que el miedo, el dolor, el maltrato, y el estrés sufridos por los niños tempranamente le aportan mayores dificultades (De Almeida Filho, 1992).

Estrés

El estrés puede ser definido como proceso de origen social que actúa como determinante o coadyuvante no específico que puede aumentar la susceptibilidad del organismo frente a un estímulo nocivo directo (De Almeida Filho, 1992). En la actualidad se reconoce que la enfermedad tiene un carácter simultáneamente, biológico, psicológico y social en la que cada grupo social tiene un patrón de desgaste, de reproducción y un perfil patológico determinado por su cultura factores internos como hambre, dolor, exposición a ruidos, falta o exceso de estimulaciones y factores externos como un cambio en la oposición de la familia, exposición a conflictos, violencia, intimidación, pérdida de una mascota personal, cambio de la persona cuidadora y la desorganización de la vida cotidiana, pueden ser causas de estrés que los niños experimentan tempranamente, los adultos pueden ayudar al niño a enfrentar situaciones estresantes, primero al participarlas y

luego permitiéndole expresar sus sentimientos , y ofreciéndoles un ambiente propicio donde pueda representar y elaborar preocupaciones (Jewett, 2003).

Depresión

La depresión se puede considerar como una alteración del estado de ánimo, el cual se encuentra anormalmente bajo. Es una de las patologías psíquicas más frecuentes, pues la prevalencia de vida llega al 15%. La clínica del trastorno, además del humor depresivo, la inhibición del pensamiento, y afectación de la psicomotricidad, presenta frecuentemente síntomas corporales como el dolor, los trastornos digestivos, la falta de apetito, pérdida de peso, e insomnio (Cervera, G 2011).

El estado de ánimo depresivo es una parte común y universal de la experiencia humana. Puede ocurrir a cualquier edad y tener muchas causas. Los niños pueden comunicar o mostrar sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, pero la mayoría de los niños se recuperan rápidamente de estos estados de ánimo. Sin embargo, para otros la depresión puede ser severa y de larga duración, y puede interferir con todos los aspectos de la vida diaria, desde el rendimiento académico hasta las relaciones familiares. La incidencia de depresión severa en los niños es probablemente del 5% al 6%, aunque no se saben las cifras exactas. Aunque en la niñez no existen diferencias entre los géneros en relación a los trastornos del estado de ánimo, las niñas son más propensas que los niños a sufrir de depresión durante la adolescencia y la etapa adulta. La depresión y el riesgo de suicidio que la acompaña aumentan significativamente durante la adolescencia (Saklofske, 2001).

El comienzo de la depresión puede ser súbito o gradual, por corto o largo plazo. Reconocer y diagnosticar la depresión en los niños puede ser difícil debido a que la depresión puede estar presente al mismo tiempo que otros trastornos, como la ansiedad y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. A pesar de que un niño puede presentar uno o más síntomas de depresión, generalmente se considera un trastorno depresivo mayor

si se observan cuatro o más síntomas por un largo período de tiempo. Las características de la depresión varían en relación con la edad y el nivel de desarrollo del niño (Saklofske, 2001).

Tipos De Depresión

La depresión es usualmente diagnosticada por un psicólogo o psiquiatra, utilizando los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales—cuarta edición, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (1994). La severidad de la depresión es usualmente clasificada como leve, moderada o grave. La duración del estado de ánimo depresivo es un elemento clave para ayudar a determinar la severidad y el tipo de depresión. La tristeza normal es usualmente corta. Los niños tienen cambios en su estado de ánimo, como los adultos, y cierta cantidad de tristeza es parte natural de la vida (Saklofske, 2001).

Según la intensidad o gravedad de los síntomas puede producir un deterioro de varios grados:

- grado leve : un tercio del total, susceptible de tratamiento, recuperación y alta laboral .
- grado medio : un tercio del total, bajas intermitentes recurrentes, por lo que tienen dificultad para mantener un empleo .
- grado grave : un tercio del total, subsidiario de Incapacidad permanente .(DSM-IV-TR 2000)

Causas

Se han sugerido varias causas para la depresión infantil. Las explicaciones biológicas incluyen factores hereditarios, bioquímicos, hormonales y neurológicos. Recientemente se ha pensado que la cantidad de luz asociada con los cambios de las estaciones afecta el estado de ánimo de algunos niños (“trastorno afectivo estacional”). Los psicólogos han vinculado la depresión a la pérdida de seres queridos, perturbaciones en las relaciones entre padres e hijos y amenazas a la autoestima. También se ha tomado en consideración la manera en que los niños interpretan y estructuran las experiencias de la

vida diaria, y la creencia de que ellos tienen la habilidad para controlar y darle forma a su mundo. Muchas cosas que causan tensión pueden afectar el estado de ánimo de algunos niños (Saklofske, 2001).

Los síntomas de depresión varían de acuerdo a la personalidad del niño y a la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Algunos de los síntomas presentes en la depresión son: estado de ánimo irritable o depresivo, problemas de conducta/disciplina, pérdida de interés o placer, autoestima baja, aislamiento social, sentimientos de que no vale nada, agitación, sentimientos de desesperación (Saklofske, 2001).

Depresión Infantil

Criterios De Diagnostico: para cumplir con los criterios de diagnósticos mas aceptados para un trastorno depresivo mayor deben estar presentes al menos cinco de nueve síntomas, por lo menos durante un periodo de dos semanas y uno de estos debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer. De manera abreviada los 9 síntomas incluyen 1- estado de animo depresivo o irritable, 2- perdida de interés en las actividades diarias, 3- perdida significativa de peso, 4- insomnio, 5- agitación motora o lentitud, 6- fatiga frecuente, 7-sentimientos de culpa o inutilidad, 8-deterioro de la concentración, 9-ideas suicidad (Randy, 2000).

Con respecto a la exactitud del diagnostico, como Reynolds, (1990) observa la necesidad de evaluar la presencia de depresión no siempre es obvia. En consecuencia, los psicólogos deben desarrollar algunas estrategias, sugerencias, que apunten hacia la investigación de depresión. Las estrategias para la evaluación de la depresión pueden derivarse de la comprensión de la naturaleza del síndrome, incluyendo sus factores de

riesgo y de desarrollo. Algunos métodos para identificar la necesidad de evaluar la presencia de depresión se analizarán a continuación (Randy, 2000).

Estrategia De Evaluación De Depresión: se recomienda un proceso de cinco etapas; detección, clasificación, comorbilidad, causas alternativas y consideraciones de tratamiento. A la luz de la epistemología sustancial y la comorbilidad de la depresión, sus efectos adversos en el desarrollo de una variedad de dominios, y su menos que flagrante sintomatología se recomienda que en cada niño que asiste con un psicólogo clínico debe evaluarse la existencia de depresión. Estos hallazgos de investigación apoyan la necesidad de verificar todas las referencias que sean vistas no solo por psicólogos, sino también por otros profesionales. El proceso de detección puede consumir poco tiempo e incluir (Randy, 2000).

- La aplicación de un breve inventario de autoinforme para el niño con una capacidad de lectura adecuada.
- Preguntar a sus padres si su hijo muestra o no los síntomas
- Interrogan a los maestros u otras personas acerca de los síntomas de depresión (Randy, 2000).

Clasificación De Depresion Según (DSM IV, 2000).

Episodio maníaco

Episodio mixto

Episodio hipomaníaco

Trastornos bipolares:

- F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único

- F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco
- F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maniaco
- F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto
- F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo
- F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado
- F31.8 Trastorno bipolar II
- F34.0 Trastorno ciclotímico

La Ansiedad

Es una función biológica que tiene un papel clave en la supervivencia, pues nos sirve como aviso en condiciones de alarma frente a peligros potenciales. Solamente si la intensidad o la duración de la respuesta ansiosa son desproporcionadas al estímulo se produce la patología ansiosa (Cervera, G 2011)

Los síntomas físicos que acompañan a la ansiedad son muchos, destacando entre los más importantes: cefalea, disnea, taquicardia y palpitaciones, dolor torácico, dispepsia y diarrea, boca seca, mareo, temblor, sudoración, y polaquiuria. Todo ello acompañado de una hiperactivación que produce falta de concentración, distraibilidad, reacciones de alarma e insomnio. Es evidente que sin terminar de citarlos todos, ya hay en los síntomas descritos todo un tratado de patología general (Cervera, G 2011)

Un trastorno de ansiedad es una enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos. Desafortunadamente y a pesar de ser un

trastorno mental común en la población general, con frecuencia pasa sin ser identificada ni tratada (Cárdenas, 2010).

La edad pediátrica es una etapa de la vida en la que también se presentan trastornos de ansiedad, y si estos son detectados y tratados a tiempo se puede disminuir el riesgo de su persistencia en la edad adulta (Cárdenas, et al., 2010).

Los trastornos de ansiedad son cuadros frecuentes en la población infantil y adolescente. Su existencia, repercute de manera importante en el adecuado funcionamiento de quienes los padecen, no sólo en el ámbito personal sino también en el plano escolar y social. Es frecuente además, que se asocien a cuadros de depresión, suicidio y abuso de sustancias. Un estudio realizado por Dollan (1990) en Pittsburg (Pensilvania) reporta una prevalencia de síntomas ansiosos del 10% en población juvenil (Birmaher, 1997). Frecuentemente, muchos de dichos síntomas se encuentran en niveles subclínicos, sobre todo en el caso de los cuadros fóbicos y el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Trastornos De Ansiedad Infantil

Esto son sentimientos displacenteros de ansiedad, incluyendo aquellos potencialmente intensos de temor, miedo e inquietud, evocar emociones asociadas con estrangulamientos (Randy, 2000).

Los trastornos y síntomas que se analizaran por lo común incluyen trastornos de ansiedad generalizada, trastornos de ansiedad por separación, agrofobia, fobia social, fobia simple, fobia escolar, otros temores, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de angustia, entre otros (Randy, 2000).

Criterios De Diagnósticos De Ansiedad

Los síntomas de ansiedad e inquietud acerca de varios eventos o actividades (como las escolares) deben ocurrir en un periodo no menor de 6 meses; el niño debe tener dificultades para controlar la inquietud, y tanto esta como la ansiedad debe asociarse con uno de 6 síntomas: 1) inquietud o sentimiento de tensión en extremo, 2) sentirse fatigado con facilidad, 3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, 4) irritabilidad, 5) tensión muscular, 6) problemas para dormir; los síntomas deben ser causantes de sufrimiento o deterioro significativo en áreas importantes de funcionamiento; y no deberse a otras causas, como alteraciones medicas (Randy, 2000).

El diagnostico de trastorno por separación (TAS) requiere un mínimo de tres de los siguientes criterios reunidos por un periodo de al menos cuatro semanas: 1) angustia excesiva cuando se separa de la casa o de algún miembro de la familia, 2) inquietud excesiva por el bienestar de las figuras de apego, 3) inquietud de que algunos eventos le sucedan al niño por separarse de los integrantes de la familia, 4) rechazo escolar, 5) temor de estar solo, 6) rehusarse a dormir sin estar presente una figura de apego, 7) pesadillas por separación 8) dolencias somáticas excesivas cuando hay separación de una figura de apego. La fenomenología del TAS puede volverse más clara al compararse con la depresión (Randy, 2000).

Estrategias De Evaluación Para La Ansiedad

Otra vez se recomienda un proceso de evaluación de cinco etapas para la evaluación de la ansiedad: detección, clasificación, comorbilidades, causas alternativas y consideraciones de tratamiento (Randy, 2000).

Tabla No. 2 Evaluación de la Ansiedad

ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN	IMPLICACIONES PARA LA EVALUACIÓN
Detección	<p>Aplicar evaluación</p> <p>Determinar la necesidad de más evaluación.</p>
Clasificación y subtipos	<p>Evaluar la presencia de síntomas</p> <p>Determinar la estabilidad</p> <p>Determinar inicio</p>
Comorbilidades	<p>evaluar la presencia de depresión, trastornos obsesivos</p> <p>Determinar la influencia de la ansiedad como desempeño escolar, ausentismo, etc.</p> <p>Evaluación de relaciones sociales.</p>
Causas alternativas	<p>Obtener historias de desarrollos y médicas. Descartar depresión distimia y trastornos postraumáticos.</p>
Consideraciones de tratamiento	<p>Evaluar depresión y estilo de los padres.</p>

Clasificación De Ansiedad Según DSM – IV - TR, 2000.

Crisis de Pánico (Crisis de Angustia)

Agorafobia

- F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia
- F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia
- F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

F40.02 Fobia específica

F40.1 Fobia social

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo

F43.1 Trastorno por estrés postraumático

F43.0 Trastorno por estrés agudo

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Trastornos del estado del ánimo:

Episodio depresivo mayor:

- F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único
- F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante
- F34.1 Trastorno distímico.

METODOLOGIA

Estudio descriptivo, cuantitativo y observacional; con un universo de 220 Niños entre los 6 y 9 años del Instituto Educativo Gabriela Mistral de Gaira en Santa Marta, la muestra estuvo constituida por 73 niños y fue seleccionada por muestreo aleatorio sistematizado, que es método para elegir una muestra seleccionando los elementos de la población al azar dentro de un intervalo uniforme que se mide respecto al tiempo, al orden o al espacio (Levin & Rubin, 2004), y 73 cuidadores de los respectivos niños.

Criterios De Inclusión

³⁵₁₇ Personas que den su consentimiento informado

³⁵₁₇ Niños y niñas matriculados actualmente en la Institución

³⁵₁₇ Niños y niñas entre los 6 y 9 años

³⁵₁₇ Niños y niñas con dentición mixta

Criterios De Exclusión

³⁵₁₇ Niños que sus padres no dieron su consentimiento

³⁵₁₇ Niños y niñas cuyo estado de salud impide la comunicación

³⁵₁₇ Padres cuyo estado de salud impide la comunicación

³⁵₁₇ Niños y niñas menores de 6 años y mayores de 9 años

Variables (Ver Anexo 2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES)

³⁵₁₇ Edad

³⁵₁₇ Genero

³⁵₁₇ Desgaste dental

³⁵₁₇ Ansiedad y Depresión

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

EDAD	De acuerdo a la fecha de nacimiento	Edad en Años
SEXO	Características propias que determinan si es Niño o Niña	Masculino Femenino
Desgaste Dental	Perdida de tejidos mineralizados dentarios de etiología no infecciosa.	Presencia de Facetas de desgaste Localización de las facetas de desgaste
Ansiedad	Emoción normal que todas las personas han experimentado, forma parte del mecanismo básico de la supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio que nos resulta sorpresivas, nuevas o amenazantes (Cárdenas, 2010).	Ansiedad Grave: Para siempre Ansiedad Moderado: Para Algunas Veces Ansiedad Leve: Para Nunca
Depresión	Estado de animo que es parte común y universal de la experiencia humana, como puede comunicar sentimientos de infelicidad, tristeza e irritabilidad (Saklofske, 2001).	Depresion Grave: Para siempre Depresión Moderado: Para Algunas Veces

INSTRUMENTOS Y TECNICAS

Escala De Ansiedad Manifiesta En Niños

La escala de ansiedad manifiesta en niños revisada* CMAS-R (Revised Children`S Manifest Anxiety Scale; Reynolds y Richmond, 1985) es una relación del CMAS diseñados para mejorar a su predecesor y fortalecer la validez de contenido, mejorando de la confiabilidad y extendiendo el rango de edad. El CMAS-R mide la expresión de la sintomatología de ansiedad, ya sea que se conceptúe o no el constructo como un estado o rango (Randy, et al., 2000).

Contenido de las escalas: el CMAS-R incluye 37 reactivos distribuidos entre cuatro subescalas: ansiedad fisiológica (10 reactivos), inquietud/hipersensibilidad (11), preocupaciones/sociales concentración (7 reactivos), y mentira (L, 9 reactivos), el contenido de las subescalas parece diverso. Los reactivos de la subescala de ansiedad fisiológica, por ejemplo, varían de “dificultad para tomar decisiones” (no es evidente la naturaleza fisiológica de este reactivo) a “despertar sobresaltado del sueño” a “tener manos sudorosas” (Randy, 2000).

La escala L es más que una característica única de la medición de un constructo individual. La escala L del CMAS-R mide la tendencia de los niños a describirse a si mismo de manera favorable (esto es, fingir bienestar). Para obtener una puntuación alta en esta escala los niños tienen que negar cualquier enojo y les debe agradar cualquier cosa que conocen (Randy, 2000)

Aplicación y calificación: los niños simplemente tienen que responder si o no a los reactivos de CMAS-R, los cuales se leen de una hoja de respuesta que se acompaña de una planilla para calificarse. Es factible la aplicación en grupo para niños mas grandes. Una puntuación alta indica ansiedad. El total de la puntuación de ansiedad es una convención de puntuaciones en bruto a puntuaciones T. también se proporcionan puntuaciones

estándar con una medida de 10 y una desviación de 3 para las subescalas. Una puntuación estándar de 13 en la escala L. debe permitir a los psicólogos clínicos predecir el informe del niño (Reynolds y Richmond, 1985). Se proporcionan las puntuaciones relacionadas con la norma por género, edad y origen étnico, dándole al usuario una variedad de opciones interpretativas. No se ofrecen normas con base con el género (Randy, 2000).

Normativización: el CMAS-R se normativizo utilizando 4972 niños de 6 a 19 años de edad. La muestra se recolecto de 13 estados, lo cual parece ser un muestreo nacional más amplio que el utilizado para el CDI y el RADS. En el manual se brinda la información sobre la edad, género y origen étnico (Reynolds y Richmond, 1985). Una vez más falto la representación de estudiantes hispanos y se incluye una medición no formal de ESE. En consecuencia, mientras que el tamaño de la muestra es mas grande y la representación geográfica es mejor que para otras mediciones de rasgos individuales, la representatividad de la muestra continua abierta a cuestiones (Randy, 2000).

Confiabilidad: la confiabilidad de consistencia interna de las puntuaciones compuestas es buena con coeficientes globales en la baja puntuación de .80. Los niveles de confiabilidad de las subescalas son algo bajos en particular ara las escalas de ansiedad fisiológica y la de preocupaciones/sociales concentración. La escala de ansiedad fisiológica produce un coeficiente de .67 para la puntuación total. La estimación de la de preocupaciones/sociales concentración fue altamente similar a .64. el coeficiente de inquietud/hipersensibilidad fue algo mayor, de .76. de muestra clara, la subescala inquietud/hipersensibilidad es de mayor confianza. La escala L produjo un coeficiente global de .77. este hallazgo sugiere cierta utilidad de esta subescala como una medición de veracidad (Randy, 2000).

Validez: en el manual se proporciona considerable evidencia de validez. Los estudios factoriales de estandarización de los datos no sugieren que el CMAS-R este dominado por un solo factor. Una revisión de las cargas factoriales propone que algunas de las ubicaciones de las escalas fueron con base en cargas mínimas. Por ejemplo, el reactivo

acerca de la dificultad para tomar decisiones tuvo una carga de 26 tanto en el primero como en el segundo factor de la muestra normativizada (Randy, 2000).

El CMAS-R demuestra relaciones validas con otras mediciones de ansiedad. Se informo una correlación de .65 entre la puntuación total del CMAS-R y la puntuación del rasgo de ansiedad del State trait anxiety inventory for children (inventario de rasgo y estado de ansiedad para niños) (Randy, 2000).

Fortalezas y debilidades: entre las fortalezas del CMAS-R se incluye

1. Un muestreo de amplio sintomatología de ansiedad.
2. Fácil de aplicar y calificar.
3. Una gran muestra normativizada y geográficamente mas diversa que el común de las mediciones de un solo constructo.
4. Una confiable puntuación total de ansiedad.
5. Presencia de una escala L.

Las debilidades de CMAS-R incluyen:

Falta de información acerca de la representación relacionada con grupos étnicos y del ESE en la normativización de la muestra.

Subescalas con evidencia de validez externa y cuestionable (Randy, 2000).

Inventario De Depresión Para Niños

El children`s depression inventory (inventario de depresión para niños; CDI kovacs, 1991), es una escala de autoinforme de depresión de 27 reactivos para niños de 6 a 17 años de edad. Es un derivado del inventario de depresión de Beck (Semrud-clikeman 1990), el CDI disfruta de una larga historia de uso clínico, en particular en estudio de indagación (Randy, 2000).

Contenido de las escalas: los 27 reactivos de CDI evalúan una amplia gama de sintomatología depresiva, gran arte de la cual se encuentra incluida en los sistemas de

diagnósticos populares como el DSM. Los reactivos evalúan tristezas, síntomas cognitivos, problemas sociales, malestares somáticos, problemas de acting-out. No tiene subescalas (Randy, 2000).

Aplicación y calificación: una contribución a la popularidad del CDI es su fácil aplicación y calificación. Un lector competente puede completar la escala en cuestión de minutos cada reactivo está formado por tres componentes, de los cuales el niño debe elegir uno. Los tres componentes por lo común representan diferentes niveles de gravedad de la sintomatología depresiva. A los reactivos se les asignan puntuaciones de 2, 1 o 0, donde una puntuación en bruto alta refleja sintomatología más grave (Randy, 2000).

Las puntuaciones en bruto se utilizan para propósitos interpretativos, ya que una puntuación en bruto de corte de 11 se advierte como adecuada para propósitos de selección; 18 se considera evidencia de sintomatología depresiva significativa. No se ofrecen otras puntuaciones derivadas como puntuaciones T (Randy, 2000).

Normativización: el CDI posee sobre todo normas locales con base de una muestra de 1463 niños de la escuela de florida (Finch, Saylor, Edwards, 1985). La muestra normativizada brinda poca evidencia de representación nacional; por lo tanto no se conoce el grado con el cual las normas de CDI pueden recomendarse como un estándar nacional o de otro tipo (Randy, 2000).

Confiabilidad: la confiabilidad de las puntuaciones globales del CDI es buena, y sus coeficientes de consistencia interna por lo regular son de .80. los coeficientes test-retest son apenas más bajos (Randy, 2000).

Validez: las evidencias de validez interna se a evaluado a través de numerosas investigaciones de análisis factorial. Kovacs (1991) sugiere utilizar una solución de 5 factores para conceptualizar las subescalas. No obstante, la presencia de más de un factor no necesariamente apoya la validez del CDI. Los estudios factoriales sugieren dominancia por parte de un gran factor (Cooper, 1990).

Estas escalas fueron presentadas con 4 opciones de respuesta; Siempre, Algunas Veces, Nunca y Ns/Nr las cuales se encuentran ubicadas de mayor a menor grado. Para una forma más didáctica y entendible estas opciones de respuestas se les dieron otro calificativo. El cual grave toma el lugar de siempre; moderado de algunas veces y leve para nunca.

RECOLECCION DE DATOS

Sensibilización De La Población

Obtendremos el nombre de los niños pertenecientes a los grados seleccionados con las edades comprendidas entre 6 y 9 años del Instituto Educativo Gabriela Mistral de Gaira en Santa Marta, haremos la valoración dental y seleccionaremos aquellos niños y niñas que presenten desgaste dental, realizaremos encuestas a las madres y los padres acerca del comportamiento de los niños en su entorno, para hallar o no la presencia de componentes psicológicos asociados. Explicaremos a las madres la importancia de nuestro estudio y de la prevención y diagnóstico precoz de esta alteración para motivar a participar de nuestro estudio y para dar a conocer nuestros objetivos y su beneficio, se explicará que la participación es voluntaria, sin costo alguno. Se realizará la selección de la muestra de forma sistematizada. Finalmente el lugar donde se realizarán las encuestas y la toma de muestra será en la institución.

Consentimiento Informado

Las madres, padres o cuidadores participantes del estudio darán de manera voluntaria su consentimiento para participar, esto se realizará por medio de la firma del documento, “consentimiento informado” en donde se describirá en qué consistirá el estudio, los procedimientos que se van a realizar y se explicará además que la información obtenida será confidencial, únicamente con fines investigativos. (Ver Anexo 1)

Procesamiento de la información.

Se realizó la recolección de datos en el colegio Gabriel Mistral de Gaira donde se incluyeron niños de 6 a 9 años pertenecientes a esta institución obtuvimos una población de 220 niños al cual, mediante el sistema de muestreo aleatorio sistematizado, arrojó un total de participantes en la prueba piloto de 8 niños. 73 niños participantes de la población de estudio, al momento de realizar la prueba piloto en donde nos dimos cuenta las falencias de nuestra encuesta. Se hizo una leve modificación sin quitarle la finalidad a la prueba de tal modo que se le hicieran más fáciles a los participantes responderla, teniendo en cuenta el nivel académico de la población.

Para poder aplicar estas encuestas se necesitó una calibración por parte de un psicólogo de tal forma que pudiéramos explicarle de manera más didáctica a nuestra población para que nos generara más confiabilidad al momento de responder la encuesta. Después de estar preparadas para la realización de la encuesta procedimos a aplicarla.

A cada niño seleccionado se le hizo llegar una carta en donde se le explicaba la finalidad del proyecto y su participación de manera voluntaria en nuestra investigación.

Para la realización de la encuesta necesitamos de tres visitas al colegio la cual se hizo en el horario de la mañana teniendo en cuenta el comportamiento de los niños en este espacio.

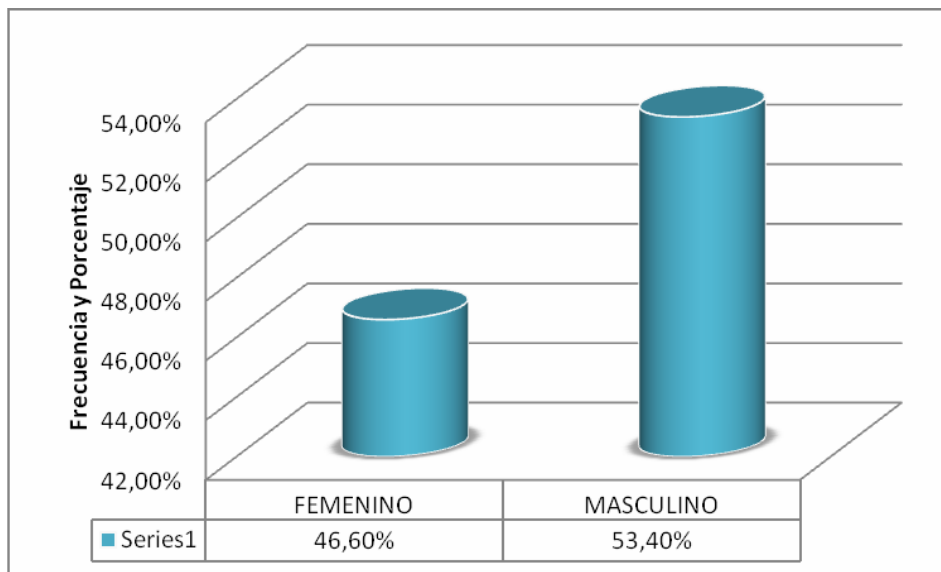
Para la realización de las encuestas necesitamos de varias visitas del colegio ya que no fue posible aplicar toda la encuesta en un solo momento. Al aplicar las encuestas se les leyó el debido consentimiento informado para describir los posibles “factores de riesgos psicológicos influyentes en el desgaste dental” y se les explicó de manera más clara el proyecto. Después de haber realizado todas las encuestas a los cuidadores. Se procedió a la toma de hallazgos odontológicos, previo a esto también tuvimos una calibración por parte de un odontólogo para la valoración oral se utilizó espejo bucal, guantes, tapabocas y sonda periodontal. Con estos exámenes dentales se podrá caracterizar el desgaste dental, asociarlo

al tipo de afección que el niño presente y mostrar las posibles complicaciones que estos pueden ocasionar.

Para esta investigación se utilizaron las escalas CMAS-R y CDI para medir ansiedad y depresión respectivamente, las cuales se encuentran validadas solo para niños. En nuestro proyecto se utilizó estas escalas para uso de los padres de familia y cuidadores por lo cual modificamos e hicimos la respectiva validación en base a la original. El 67.1% de la muestra utilizada se encuentra en estrato socioeconómico 1; el 74.0% vive en el área rural y parte de ella es analfabeta, lo cual dificulta que estos se encuentren en un buen nivel académico, esto nos permitió que modificáramos parte de los reactivos para la comprensión y análisis de la prueba.

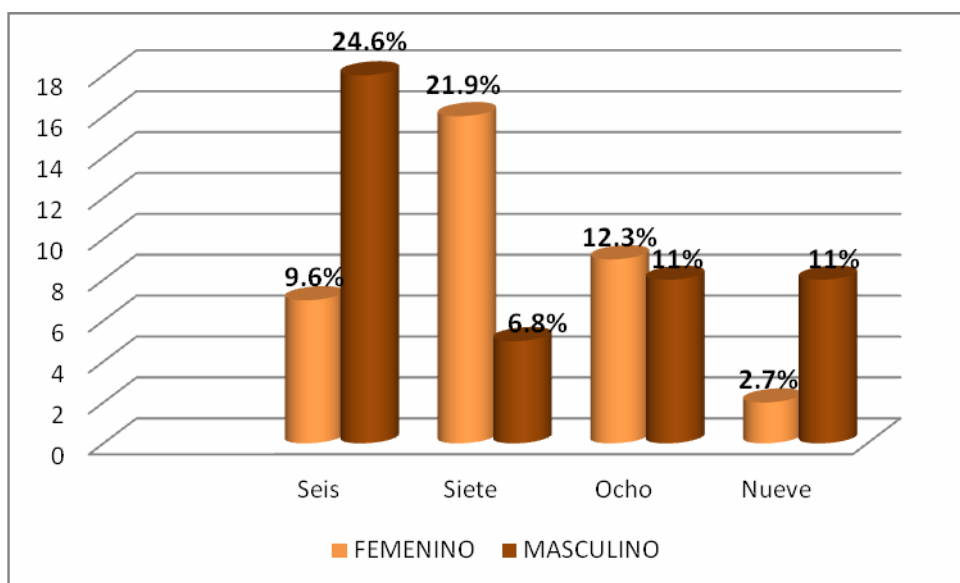
Grafica No. 1

Distribución de Sexo



Grafica No. 2

Distribución de Edad y Sexo



En la Grafica No. 1 se muestran los resultados generales de la muestra total de los niños objetos de estudio según el sexo, evidenciándose un 46,6% de sexo femenino y un 53,4% sexo masculino (véase anexo 3), mientras que en la gráfica 2. Se observan los porcentajes de las edades con relación al sexo, en el sexo masculino la proporción mas grande de edad se encuentra en los seis años con un total de 18 niños, y en menos proporción la edad de 7 años con un 6,8% (5); en el sexo femenino los siete años de edad con mayor frecuencia corresponden al 21.9% que equivale a 16 niñas, y la edad que se encuentra en menos porcentaje es los nueve años con un 2,7%. (Ver anexo 4)

Tabla No. 3**Distribución de Sexo por el Estrato Socioeconómico**

		SEXO					
		Femenino		Masculino		Total	
		Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
Estrato Socioeconómico	Uno	24	32.9%	25	34.2%	49	67.1%
	Dos	9	12.3%	13	17.8%	22	30.1%
	Tres	1	1.4%	1	1.4%	2	2.7%
	Total	34	46.6%	39	53.4%	73	100.0%

Al analizar los datos observados en la tabla No. 3 que corresponde a la distribución de edad por el estrato socioeconómico podemos observar que el mayor porcentaje de niños(as) pertenecen al estrato uno con un 32,9% para el sexo femenino y 34,2% para el sexo masculino; y el estrato con menos porcentaje es el tres, tanto para el sexo masculino (1,4%) como para el femenino (1,4%).

De acuerdo con la finalidad de este estudio es importante estimar los factores psicológicos relacionados con el desgaste dental, y para esto fue necesario aplicar una encuesta semiestructurada; a continuación se presentaran los resultados de dicho cuestionario.

Tabla No. 4 Persona entrevistada

	Opciones de Respuesta	Recuento	% del N de la tabla
Entrevistado	Madre	54	74.0%
	Padre	3	4.1%
	Abuelo	6	8.2%
	Otros	10	13.7%
	Total	73	100.0%

Tabla No. 5 Tiempo que le Dedicar los Padres a los Niños

		Recuento	% del N de la tabla
Horas de trabajo	Dos	3	17.6%
	Tres	1	5.9%
	Cinco	2	11.8%
	Seis	1	5.9%
	Ocho	4	23.5%
	Diez	3	17.6%
	Doce	3	17.6%
	Total	17	100.0%
Cuanto tiempo le dedica al niño en el día	Una hora	3	4.1%
	Dos horas	2	2.7%
	Tres horas	4	5.5%
	cuatro horas	8	11.0%
	Mas de cuatro Horas	56	76.7%
	Total	73	100.0%
Su hijo presenta un estado de salud en general	Bueno	63	86.3%
	Regular	10	13.7%
	Malo	0	.0%
	No sabe no Responde	0	.0%
	Total	73	100.0%

Tabla No. 6 Información Sobre la Vivienda donde Habita el Niño(a)

		Recuento	% del N de la tabla
Vive usted en el área rural	Si	54	74.0%
	No	19	26.0%
	Total	73	100.0%
Su vivienda es propia	Si	28	38.4%
	No	45	61.6%
	Total	73	100.0%
Cuántas personas viven en la casa	Uno	0	.0%
	Dos	0	.0%
	Tres	8	11.0%
	Cuatro	9	12.3%
	Mas de cuatro	56	76.7%
	Total	73	100.0%

Cuántas habitaciones tiene la casa	Uno	11	15.1%
	Dos	34	46.6%
	Tres	20	27.4%
	Cuatro	3	4.1%
	Más de cuatro	5	6.8%
	Total	73	100.0%
Cuántas personas duermen en cada cuarto	Uno	1	1.4%
	Dos	25	34.2%
	Tres	31	42.5%
	Cuatro	7	9.6%
	Más de cuatro	9	12.3%
	Total	73	100.0%

Tabla No. 7 Información sobre los padres o Acudientes del Niño

		Recuento	% del N de la tabla
Estado Civil de usted	Soltero	16	21.9%
	Casado	4	5.5%
	Unión Libre	43	58.9%
	Separado	10	13.7%
	No sabe no Responde	0	.0%
	Total	73	100.0%
Convive usted con el padre o madre del niño(a)	Si	46	63%
	No	15	20.5%
	No aplica	1	1.6%
	Total	62	84.9%
Con quien convive el niño(a)	Madre	17	23.3%
	Padre	6	8.2%
	Madre y Padre	44	60.3%
	Tíos	2	2.7%
	No aplica	4	5.5%
	Total	73	100.0%

En la tabla No. 4 Del núcleo familiar del niño(a) que debía realizar el cuestionario, el 74% de las personas a las cuales se les realizó la entrevista eran madres de los niños en estudio, el 13,7% eran otros integrantes del grupo familiar del niño(a), y solo el 4,1% eran padres de los niños(as) a las cuales se les realizó la encuesta. Con respecto a la tabla No. 6 podemos observar que de las personas a las que se le aplicó el instrumento de recolección de datos el 74% de ellas si viven en una área rural y el 26% no vive en una área rural, que el 61,6% no tiene vivienda propia; y el 76,7% de estas personas viven con más de cuatro personas; en cuanto el número de habitaciones con que cuenta la vivienda la opción en más proporción es la de dos habitaciones con un 46,6%; , y el 42,5% dice que 3 personas duermen en una habitación. En relación con los padres del niño(a) el 58,9% viven en unión libre y el 13,7% se encuentran separados del padre o la madre del niño(a); 63% de los padres convive es decir viven juntos y el 60,3% de las madres y padres conviven con el niño(a). (Tabla No. 7)

RESULTADOS

El estudio realizado en el Instituto Educativo Gabriela Mistral de Gaira en Santa Marta Magdalena en el periodo 2013-II en una población en estado vulnerable, que cuenta con una muestra de 73 niños de 6 a 9 años de edad con la finalidad de caracterizar el desgaste asociado a factores psicológicos. Para la recolección, almacenamiento y procesamiento de los datos se utilizaron los paquetes estadísticos de SPSS y Excel para la edición y tabulación de la información. Inicialmente se utilizó para promedios y proporciones la descripción estadística de los datos enfocándose en distribución de frecuencias univariadas y bivariadas; luego se evaluó la presencia de desgaste dental y los factores psicológicos asociados a esta.

Tabla No. 8 Diagnostico de Desgaste Dental

	Diagnostico de Desgaste Dental		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sin perdida de característica superficiales del esmalte	25	34.2%	34.2
Desgaste dental	48	65.8%	65.8
Total	73	100.0%	100.0

Luego de realizar el examen clínico para observar si había signos clínicos de pérdida de Esmalte dentario, (tabla No. 8) podemos inferir sobre esto que el 65.8% de la población en estudio presenta Atrición (una forma de Desgaste Dental) que equivale a 48 niños(as), y el 34.2% no tiene pérdida característica superficiales del esmalte, en otras palabras no hay desgaste dental.

Tabla No. 9 Diagnostico de Desgaste Dental por sexo

Diagnostico de desgaste por Género					
			Diagnostico de desgaste		Total
			Sano	Desgaste	
Sexo	Femenino	Recuento	15	19	34
		% del total	20,5%	26,0%	46,6%
	Masculino	Recuento	10	29	39
		% del total	13,7%	39,7%	53,4%
Total		Recuento	25	48	73
		% del total	34,2%	65,8%	100,0%

Para el sexo masculino el 39.7% presenta atrición dental y el 13.7% es sano; con respecto al sexo femenino el 26% padece de desgaste dental y el 20.5% se encuentra sano. Con relación a la edad podemos ver que los seis años presenta el mayor porcentaje de desgaste dental con un 20.5%, seguido por los siete años con un 19.2% y los ocho y nueve años con un 12.3% y 13.7% respectivamente. (Ver tabla No. 10)

Tabla No. 10 Diagnostico de Desgaste Dental por edad

Diagnostico de desgaste - Edad					
			Diagnostico de desgaste		Total
			Sano	Desgaste	
Edad	Seis	Recuento	10	15	25
		% del total	13,7%	20,5%	34,2%
	Siete	Recuento	7	14	21
		% del total	9,6%	19,2%	28,8%
	Ocho	Recuento	8	9	17
		% del total	11,0%	12,3%	23,3%
	Nueve	Recuento	0	10	10
		% del total	,0%	13,7%	13,7%
Total		Recuento	25	48	73
		% del total	34,2%	65,8%	100,0%

Tabla No. 11 Grado de Desgaste Dental

Grado de Desgaste Dental				
Puntuación	Criterios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
0	Sin pérdida de característica superficiales del esmalte	26	35.6	35.6
1	Perdida de característica superficiales del esmalte.	20	27.4	27.4
2	Perdida de Esmalte de la Exposición de la dentina por menos de un tercio de la superficie.	14	19.2	19.2
3	Perdida de esmalte y exposición de la dentina, para más de un tercio de la superficie.	9	12.3	12.3
4	Perdida completa del esmalte, o exposición de la pulpa, o la exposición de la dentina secundaria	4	5.5	5.5
	Total	73	100.0	100.0

La tabla No. 11 Según el Grado de Desgaste dental que se aprecia en la muestra en estudio el 27.4% presenta pérdida de característica superficiales del esmalte, el 35.6% de los niños(as) se encuentran sin pérdida de característica superficiales del esmalte, el 12.3% presenta pérdida de esmalte y exposición de la dentina, para más de un tercio de la superficie; el 19.2% de los niños en estudio pérdida de esmalte de la Exposición de la dentina por menos de un tercio de la superficie, y por ultimo el 5.5% de la población en estudio presenta pérdida completa del esmalte, o exposición de la pulpa, o la exposición de la dentina secundaria.

Tabla No12 grado de desgaste dental severo

GRADO DE DESGASTE DENTAL				
GRADO	CRITERIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO
3	PERDIDA DE ESMALTE Y EXPOSICION DE LA DENTINA, PARA MAS DE UN TERCIO DE LA SUPERFICIE	9	69%	69%
4	PERDIDA COMPLETA DEL ESMALTE O EXPOSICION DE LA PULPA, O LA EXPOSICION DE LA DENTINA SECUNDARIA.	4	31%	31%
		13	100%	100%

Teniendo en cuenta el desgaste dental 3 y 4 considerado como severo se observa que hubo una totalidad de 13 niños afectados considerándose este como el 100% de la población con atricción dental, en el que obtuvimos 9 niños con desgaste grado 3 equivalente al 69% y 4 niños con desgaste dental grado 4 equivalente a 31%

Tabla No. 13 Grado de Desgaste Dental por Sexo

		Grado de Desgaste por Sexo						
		Grado de Desgaste						
			0	1	2.	3	4	Total
Sexo	Femenino	Recuento	15	10	4	5	0	34
		% del total	20,5%	13,7%	5,5%	6,8%	,0%	46,6%
Sexo	Masculino	Recuento	11	10	10	4	4	39
		% del total	15,1%	13,7%	13,7%	5,5%	5,5%	53,4%
Total		Recuento	26	20	14	9	4	73
		% del total	35,6%	27,4%	19,2%	12,3%	5,5%	100,0%

El grado de desgaste según el sexo podemos observar que el grado con mayor porcentaje en el sexo femenino es el 0 (Sin pérdida de característica superficiales del esmalte) con un 20.5%, seguido por el grado 1 (Pérdida de característica superficiales del esmalte) con un 13.7%, para el grado 3 un 6.8% y para el grado 2 5.5%, en este sexo no hay grado 4. En el sexo masculino el 15.1% pertenece al grado de desgaste 0, el 13,7% al grado 1 y grado 2 para cada uno respectivamente; y para el grado 3 y 4 5,5% para cada uno. (Ver tabla No. 13) Con respecto a la edad que se puede observar en la tabla No. 14 apreciamos que para la edad de seis años tienes 13.7%, para los siete años 9.6%, para los ocho años 12.3% y los nueve años no tiene grado 0. Para el grado de desgaste 1 la edad con mayor porcentaje son los nueve años con un 9.6% seguido de los seis años con un 8.2% y la edad con menor porcentaje son los ocho años con un 2.7%.

Tabla No. 14 Grado de desgaste por Edad

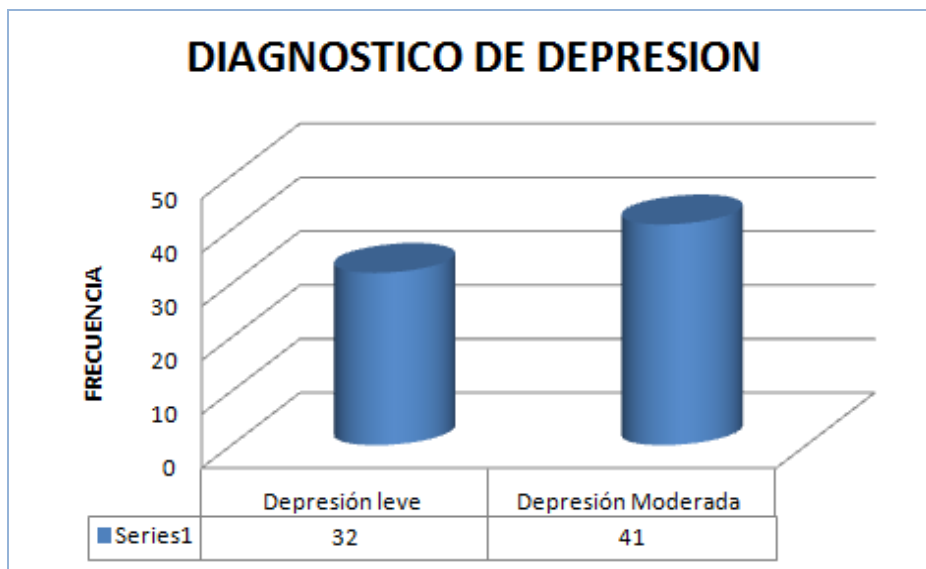
Grado de Desgaste por Edad									
			Grado de Desgaste					Total	
			0	1.	2.	3.	4.		
Edad	Seis	Recuento	10	6	5	2	2	25	
		% del total	13,7%	8,2%	6,8%	2,7%	2,7%	34,2%	
	Siete	Recuento	7	5	2	6	1	21	
		% del total	9,6%	6,8%	2,7%	8,2%	1,4%	28,8%	
	Ocho	Recuento	9	2	5	1	0	17	
		% del total	12,3%	2,7%	6,8%	1,4%	,0%	23,3%	
	Nueve	Recuento	0	7	2	0	1	10	
		% del total	,0%	9,6%	2,7%	,0%	1,4%	13,7%	
	Total		Recuento	26	20	14	9	4	73
			% del total	35,6%	27,4%	19,2%	12,3%	5,5%	100,0%

Tabla No. 15 Diagnostico de Depresión

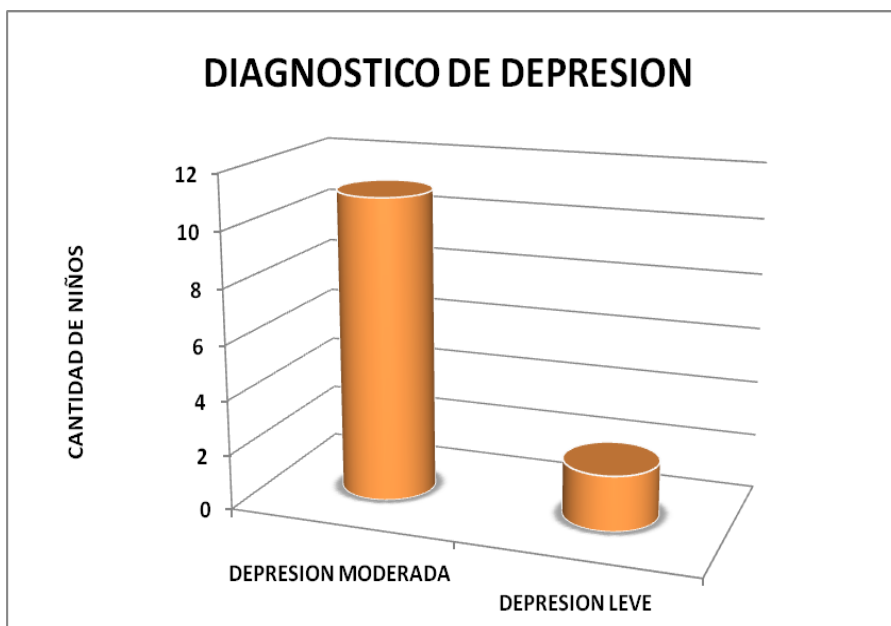
		Recuento	% del N de la tabla
Diagnostico de Depresión	Depresión leve	32	43.8%
	Depresión Moderada	41	56.2%
	Total	73	100.0%

Al analizar los datos relacionados con la depresión podemos sacar un diagnostico de este mismo en los niños de 6 a 9 años de edad del Instituto Gabriela Mistral de Gaira de la Ciudad de Santa Marta; el 53,4% de los niños(as) presentan depresión moderada y el 43,8% tienen depresión leve

Grafica No. 3 diagnostico de depresión



Grafica No.4 Diagnostico de depresión en la población afectada



Al analizar los datos relacionados con depresión en los 13 niños que presentaron desgaste dental podemos darnos cuenta que 11 de los niños presentaron depresión moderada y solo 2 de ellos presentaron depresión leve

Tabla No. 16 Diagnostico de Depresión por Sexo

DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN – SEXO					
			SEXO		Total
			Femenino	Masculino	
Diagnostico De Depresión	Depresión Leve	Recuento	18	14	32
		% del total	24,7%	19,2%	43,8%
	Depresión Moderada	Recuento	16	25	41
		% del total	21,9%	34,2%	56,2%
Total		Recuento	34	39	73
		% del total	46,6%	53,4%	100,0%

Tabla No. 17 Diagnostico de Depresión por Edad

DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN – EDAD							
			EDAD (Años)				
			SEIS	SIETE	OCHO	NUEVE	TOTAL
Diagnostico De depresión	Depresión Leve	Recuento	13	11	5	3	32
		% del total	17,8%	15,1%	6,8%	4,1%	43,8%
	Depresión Modera	Recuento	12	10	12	7	41
		% del total	16,4%	13,7%	16,4%	9,6%	56,2%
Total		Recuento	25	21	17	10	73
		% del total	34,2%	28,8%	23,3%	13,7%	100%

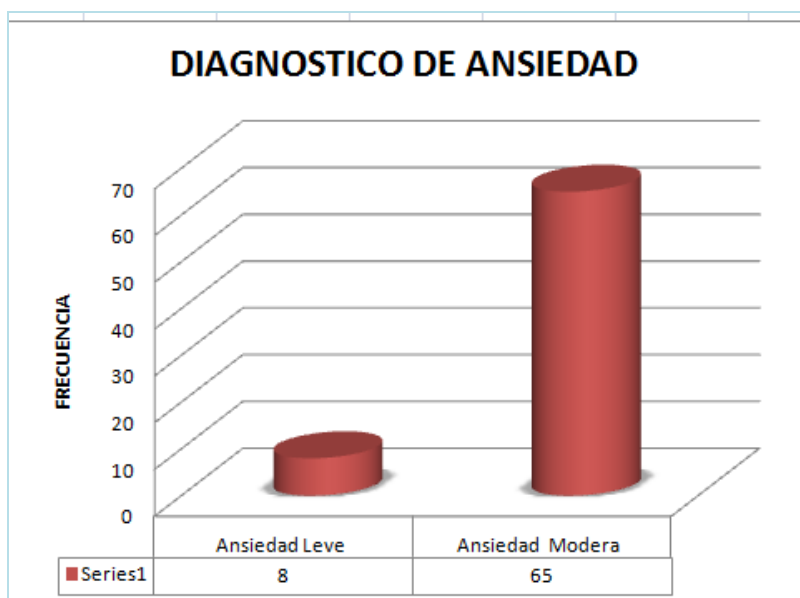
El diagnostico de depresión de los niños en estudio por el sexo y la edad que se aprecian en las tablas No. 16 y tabla No. 17, podemos observar que en el sexo masculino el 34.2% padece de depresión moderada y el 19.2% de este mismo sexo se encuentra depresión leve, en cuanto al sexo femenino el 24.7% de las niñas tiene depresión leve y el 21.9% padecen de depresión moderada. Con respecto a la edad, los seis y ocho años es donde se encuentra mayor proporción de diagnostico de depresión moderada con un 16.4% para cada edad, y se encuentra en menor proporción los nueve años con un 9.6%; con relación a el diagnostico depresión leve los seis años es la edad con mayor porcentaje con un 17.8% seguido por los siete años con un 15.1%.

Tabla No. 18 Diagnostico de Ansiedad en el Niño

DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD	Ansiedad Leve	8	11.0%
	Ansiedad Modera	65	89%
	Total	73	100.0%

Podemos luego de observar todos los signos de la ansiedad (Ver anexo 5) que han percibido los acudientes en los niños(as) dar un diagnostico de ansiedad moderada en un 89% y el 11% se encuentran sin ansiedad leve. Con respecto al sexo con proporción de diagnostico de ansiedad moderada podemos ver que el sexo masculino se encuentra en 49.3% y para el sexo femenino con un 39.7% que equivale a 29 niñas; el 6.8% de las niñas se encuentran ansiedad leve; con respecto al sexo masculino el 4.1% se encuentra sin ansiedad (Ver tabla No. 21). Con relación a la edad y el diagnostico de ansiedad modera se aprecia con mayor porcentaje los seis años con un 30.1%, seguido de los siete años con un 26.1% y en menor proporción se encuentra la edad de nueve años con un 13.7%; el 4.1% de los niños con edad de 6 años se encuentran sin ansiedad y en la edad de nueve años no hay niños sin ansiedad. (Ver Tabla No. 22)

Grafica No5 diagnostico de ansiedad



Grafica No 6. Diagnostico de ansiedad en la oblación afectada

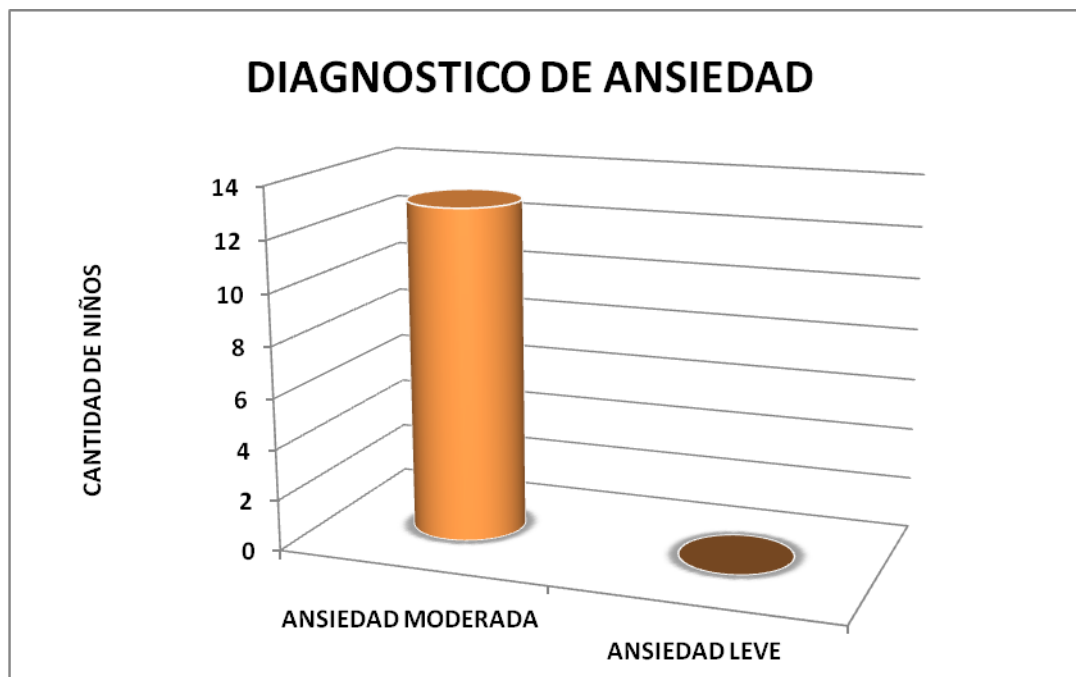


Tabla No. 19 Diagnostico de Ansiedad por Sexo

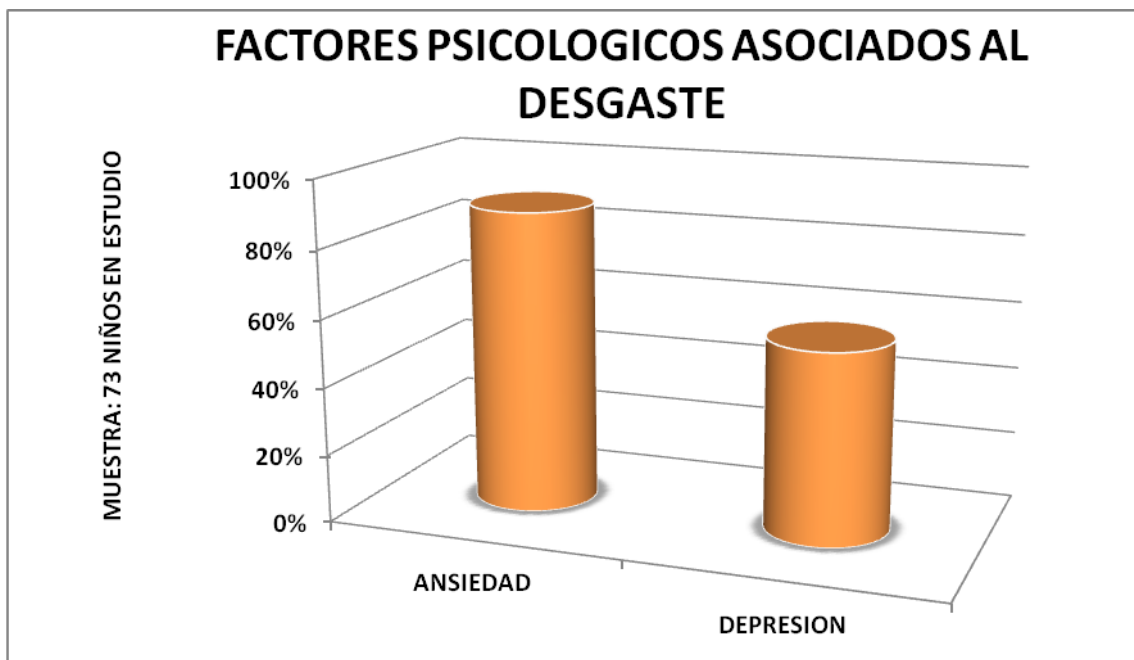
Diagnostico Ansiedad – sexo					
			SEXO		Total
			Femenino	Masculino	
Diagnostico ansiedad	Ansiedad Leve	Recuento	5	3	8
		% del total	6,8%	4,1%	11,0%
	Ansiedad Moderada	Recuento	29	36	65
		% del total	39.7%	49.3%	89%
Total		Recuento	34	39	73
		% del total	46,6%	53,4%	100,0 %

Tabla No. 20 Diagnostico de Ansiedad por Edad

Diagnostico ansiedad * Edad							
			EDAD				
			SEIS	SIETE	OCHO	NUEVE	Total
Diagnostico ansiedad	Ansiedad Leve	Recuento	3	2	3	0	8
		% del total	4,1%	2,7%	4,1%	0,0%	11,0%
	Ansiedad Moderada	Recuento	22	19	14	10	65
		% del total	30.1%	26,1%	19.2%	13,7%	89%
Total		Recuento	25	21	17	10	73
		% del total	34,2%	28,8%	23,3%	13,7%	100%

Grafica No. 7

Factores Psicológicos Asociados al Desgaste



Dándole respuesta al objetivo general el cual es Caracterizar el desgaste dental en la población infantil comprendida entre 6 y 9 años de edad asociados a factores psicológicos del Instituto Educativo Gabriela Mistral de Gaira en Santa Marta Magdalena en el periodo 2013-II. Podemos interpretar luego de observar los datos que hay dos factores psicológicos en este estudio que se relacionan con la presencia de desgaste dental que son la ansiedad y la depresión; el 89% de la población presenta ansiedad y en cuanto a los niños que padecen de depresión solo se encontró un 53,2%

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación reflejan que hubo una mayor participación del género masculino que el femenino, de los 73 niños(as) que participaron, 39 niños (53.4%) corresponden al género masculino y 46.6% niños (34) al género femenino; el número mayor de estudiantes en los cuales se aplicó la presente investigación pertenecen a las edades de seis años (23.3%) para el sexo masculino y siete años (21.9%) para el femenino.

Con respecto a factores psicológicos relacionados con el desgaste dental del 17.8% (13 niños) de la muestra que presenta atrición el 84% presenta depresión y el 100% presenta ansiedad.

Con respecto a los resultados obtenidos del desgaste dental relacionándolos con la edad se pudo percibir que se presenta un alta prevalencia en las edades de 6 años con un porcentaje de 20.5%, seguido por la edad de los 7 años con un porcentaje de 19.2%.

Caso contrario ocurre en un estudio realizado por Sutin, et al. (2010) que tuvo como finalidad examinar la asociación entre rasgos de personalidad y el bruxismo, o el hábito de apretar los dientes; en esta investigación el 66% de la muestra tenía desgaste dental moderado o grave y este no estaba asociado con estabilidad emocional ni la objetividad.

Smith y Knight (1984), realiza un estudio sobre la medición de desgaste dentario, sin incluir la etiología donde se puede determinar que los grados 1 y 2 se pueden presentar como desgaste fisiológico y los grados 3 y 4 se tendrían en cuenta como desgaste dental en la dentición.

Bernal (2010) realizó un estudio en niños de 4 a 6 años para determinar el tipo

y severidad de facetas de desgaste dentario pertenecientes al módulo Junaeb consultorio Villa Alegre, Chile; el 100% de los niños presenta facetas de desgaste dentario, a los 6 años la severidad más común es la grado 3 en ambos sexos. Contrariando el presente estudio donde la severidad con mayor proporción fue el grado 1 con un 27.4% y el 37% no presenta cambios clínicos del esmalte.

Nouf (2011) realizó un estudio sobre Desgaste dental, hipoplasia del esmalte y las lesiones dentales traumáticas entre niños con parálisis cerebral en la ciudad de Riyadh; con respecto a el desgaste dental el 9,3% de estos niños prevalecían de facetas de desgaste dental generalizado; caso que no coincide con este estudio ya que la proporción de la frecuencia es mayor (17.8% de atrición entre grados 3 y 4

CONCLUSIONES

El desgaste es un estado natural en los dientes. Cuando esta pérdida aumenta severamente, entran en juego procesos multifactoriales en los cuales es difícil aislar una sola causa; el desgaste es progresivo y generalmente refleja un estado psicológico.

En este estudio se observó baja prevalencia de atrición dental, aunque en esta edad el desgaste dental es normal, cuando el grado de severidad es alto ya suele convertirse en una alteración; la cual se encuentra predeterminada por un sin número de factores ya sea intrínsecos como la dieta o extrínsecos como factores psicológicos (estados emocionales) como la ansiedad y la depresión; se pudo comprobar que hay una relación entre el desgaste dental y algunos estados emocionales que presentan los niños en estudio, ya sea por una circunstancia específica en la familia, en el colegio o con los amigos esto puede ocasionar un aumento de la tensión muscular y que se produzca un rozamiento mecánico entre diente y diente causando la atrición.

El grado de desgaste dental más común en nuestro estudio fue el grado 1, considerándolo como fisiológico, el grado de desgaste patológico más común que se presenta en esta población es el grado 3 con un 12.3%.

Así mismo podemos concluir que el desgaste dental se encuentra asociado a factores psicológico, en esta población se encontró que el 100% de niños con atrición presenta ansiedad y el 84% de los niños con atrición dental presenta depresión.

A pesar de que existen indicios de una asociación entre el desgaste dental y factores psicológicos en niños, se necesita realizar estudios complementarios, como el desempeño intelectual y aprendizaje en el colegio.

RECOMENDACIONES

Concientizar y sensibilizar al personal docente de la importancia del modelo preventivo para evitar la incidencia de las alteraciones dentales relacionadas con factores psicológicos.

Dar a conocer a los padres y profesores sobre la importancia de estar atentos a ciertas emociones y comportamientos que no son comunes a esta edad, ayudando a la prevención de alteraciones dentales como la atrición y el bruxismo y prevenir su evolución

Continuar investigaciones de esta línea en otras instituciones con el fin de elaborar un perfil epidemiológico oficial para la ciudad de Santa Marta. Se sugiere llevar a cabo estudios correlacionares para poder evidenciar si existe o no la asociación entre ansiedad, depresión y el desgaste dental.

Brindar atención integral a pacientes con atrición dental asociada a ansiedad y depresión por parte de un equipo de trabajo multidisciplinario donde interactúen profesionales de la odontología pediátrica y la psicología.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ▣ ▣ Alvarez E., Arango M. (1998) Revista CES Odontología vol.11. Diseño y aplicación de un instrumento para la medición del desgaste dental en pre-escolares de 3 a 5 años del municipio de Sabaneta
- ▣ ▣ Alvarez, E., Arango, M., Arbelaez, D., Gonzales, C., Roldan, A. & Villegas, L. (1998). Diseño y aplicación de un instrumento para la medición del desgaste dental en pre-escolares de 3 a 5 años del municipio de Sabaneta. Rev. CES Odontología. vol.11, N°1. Recuperado el 10-02-2014, disponible en <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/839>
- ▣ ▣ Andreu Y, Galdón M, Durá E, Ferrando M. (2005) Los factores psicológicos en el trastorno temporomandibular. Universidad de valencia – España.
- ▣ ▣ Bardsley P. (2008) The evolution of the tooth wear índices. Clin Oral Invest
- ▣ ▣ Bardsley P. 2008) The evolution of tooth wear indices. Clin Oral Invest (12 (Suppl 1):S15–S19
- ▣ ▣ Barrancos J. Barranco P. (2006) Operatoria dental: integración clínica. Editorial medica panamericana. 4ta Edición. Buenos Aires, Argentina
- ▣ ▣ Bernal M. (2010) Tipo Y Severidad De Facetas De Desgaste Dentario En Niños De 4 A 6 Años Pertenecientes Al Módulo Junaeb Consultorio Villa Alegre. Sistema de Biblioteca, Universidad de Talca, Chile
- ▣ ▣ Bordoni N, Escobar A, Catillo R. (2010) Odontología pediátrica; la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Editorial media panamericana. Pág. 585
- ▣ ▣ Bristol M. (2005) Cepillado, desgaste e hipersensibilidad de la dentición. *International Dental Journal* , 262-263
- ▣ ▣ Bristol M.(2005) Cepillado, desgaste e hipersensibilidad de la dentición. *International Dental Journal* , 262-263.

- ▣▣ Cárdenas E. Feria M. Palacios L. De la Peña F. (2010) Guía clínica para los trastornos de Ansiedad en Niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México
- ▣▣ Cortese S, Biondi A. (2009) Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. arch. argent. pediatr. v.107 n.2 buenos aires mar./abr.
- ▣▣ Delgado E. Fuentes S. Palucho S. (2010) Frecuencia De Signos Y Sintomas Asociados Al Bruxismo En Estudiantes De La Facultad De Odontología De La Universidad De El Salvador.
- ▣▣ Díaz Ó, Estrada B, Franco G, Espinoza C, González R, Badillo E. (2011) Lesiones no cariosas: atrición, erosión abrasión, abfracción, bruxismo. Revisión literaria. Oral.
- ▣▣ Fares J, Shirodaria S. (2009) A New Index of Tooth Wear. Caries Res;43:119–125
- ▣▣ Fares J. & Shirodaria S. (2009) A New of Tooth Wear. Caries Res
- ▣▣ Flores N. Gil N. San Martin W. Hernández N. Galindo J. (2009) prevalencia de erosión dental en niños de uno a seis años con diagnostico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Hospital para el niño Poblano. AMOP, Vol. 21, Num.2.
- ▣▣ Frugone Z. Rodríguez A. (2003) Bruxismo. Av. Odontoestomatol; 19-3: 123-130 Chile
- ▣▣ González C. (2007) Determinación de la edad en adultos mediante un método dental. [Tesis Doctoral] España: Facultad de Medicina, Laboratorio de Antropología, Universidad de Granada;
- ▣▣ González G. (2007) Determinación de la edad en adultos mediante un método dental. [Tesis Doctoral] España: Facultad de Medicina, Laboratorio de Antropología, Universidad de Granada;
- ▣▣ Hancocks S. (2005) Desgaste dental: una afección en espera International Dental Journal Suplemento 1 4/05. Pág. Disponi-ble en. www.idjonline.org

- ▣ ▣ Hassi J. (año) Bruxismo y trastornos del sueño en niños Odontopediatra, Ortodoncista. Past-President Schop.
- ▣ ▣ Hassi J. (año) Bruxismo y trastornos del sueño en niños Prof. Odontopediatra, Ortodoncista. Past-President Schop.
- ▣ ▣ Hernández, J.(2012). Factores psicologicos o personales. *BuenasTareas.com*. Recuperado 02, 2012, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Factores-Psicologicos-o-Personales/3531752.html>
- ▣ ▣ Hotz R. (1984). Ortodoncia en la práctica diaria: sus posibilidades y límites. La Habana: Ed Científico-Técnica
- ▣ ▣ Ilzarbe L. Ripoll A. (2002) Bruxismo Terapia de modificación de conducta” Valencia Disponible en: [ttp://www.icqmed.com/articulos/bruxismo/bruxismo.htm](http://www.icqmed.com/articulos/bruxismo/bruxismo.htm).
- ▣ ▣ Jadue G. (2002) Factores Psicologicos Que Predisponen Al Bajo Rendimiento, Al Fracaso Y A La Desercion Escolar Estudios Pedagógicos, N° 28, Pp. 193-204
- ▣ ▣ Jiménez, de los Santos, Sáez, García. (2007) Prevalencia de los trastornos Temporomandibulares en la población de 15 años y más de la Ciudad de La Habana. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología, Departamento de Prótesis.
- ▣ ▣ Kato T, Thie N., Montplaisir J., Lavigne G. (2001) Bruxism and orofacial movements during sleep. *Denl. Cl. Of NA.* 45: 4: 657-84
- ▣ ▣ Latorre C, Pallenzona M, Armas A, Guiza E. (2010) Desgaste dental y factores de riesgo asociados. Reporte de casos *Revista CES Odontología* Vol. 23 - No. 1. Colombia.
- ▣ ▣ Levin, R. & Rubin, D. (2004) Estadística para administración y economía.. Séptima edición. México. Pág. 238-241
- ▣ ▣ Lopez F. (2012) Clinical measurement of tooth wear: Tooth Wear Indices. *J Clin Exp Dent.*;4(1):e48-53.
- ▣ ▣ Lopez F. (2012) Clinical measurement of tooth wear: Tooth Wear Indices. *J Clin Exp Dent*

- ▯▯ Okeson J, (AÑO) Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares 5 edición, University the Kentucky. Editorial Mosby, P.229-231
- ▯▯ Ralph E. Cash, PhD, NCSP (2004) National Association of School Psychologists, 4340 East West Highway, Suite 402, Bethesda
- ▯▯ Randy W. Kamphaus P. Frick J. (2000) Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente autores editorial Manual Moderno. Pág. 167-171
- ▯▯ Rugone Z. Rodríguez C. (2003) Bruxismo. Av. Odontoestomatologica. Periódico en la Internet]. 19(3): 123-130. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo>.
- ▯▯ Saklofske D. Janzen D. Hildebrand K. Kaufmann L. (2001) Depresión en los niños. National Association of School Psychologists,
- ▯▯ Serrano A., et al. (2009) Frecuencia de disfunción de la articulación temporomandibular en niños. Revista Mexicana Odontología Clínica
- ▯▯ Sutin A., Terracciano A., Ferrucci L., Costa P. (2010) Teeth grinding: Is Emotional Stability related to bruxismo, Journal of Research in Personality 44
- ▯▯ Cervera, G (2011) Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos. Clínica del Sistema Nervioso
- ▯▯ Psicología practica para odontólogo autor Bertha Gamarra Morgenstern editorial gamarra Morgenstern primera edición marzo 2010
- ▯▯ Diane E. papalia (2009) MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE MEXICO psicología del desarrollo 11ª Edición

ANEXOS

ANEXO NO. 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS AL DESGASTE DENTAL EN NIÑOS ENTRE 6 Y 9 AÑOS DEL INSTITUTO EDUCATIVO GABRIELA MISTRAL DE GAIRA

El propósito de esta ficha de consentimiento es informar a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella.

El desgaste dental es la pérdida progresiva de las estructuras del diente y este puede estar asociado a diversos factores como la composición del esmalte en dientes temporales y permanentes, cambios emocionales que presenta el niño durante su crecimiento cuando comienza a interactuar con el medio que lo rodea, hábitos orales, dieta entre otros.

La presente investigación es realizada por los estudiantes de odontología de la Universidad del Magdalena: Adriana Tobias, Luz Elena Camacho, Saidith Espeleta y la estudiante de psicología Grace Rivas dirigidos por el doctor Ubaldo Rodríguez Psicólogo clínico tp número: 104874, el doctor Alfredo Llinàs estomatólogo y cirujano bucal tp : 01002 , con fines académicos. El objetivo de este estudio es caracterizar el desgaste dental asociados a ansiedad y depresión en niños y niñas entre 6 y 9 años de edad del Instituto Educativo Gabriela Mistral de Gaira en Santa Marta Magdalena en el periodo 2013-II; para lo cual se le realizaran encuestas acerca del comportamiento del niño(a) que pueden ser de tipo personal acerca de su entorno, preguntas socio-demográficas, familiares, económicas y de salud, para hallar o descartar la presencia de componentes psicológicos asociados al desgaste dental; además se le realizará l niño (a) un examen bucal para detectar y/o categorizar el grado de la afección dental . El carácter del estudio es no invasivo ya que todo será basado en la observación. De conformidad con lo anterior se tomaran algunas fotografías intraorales para dejar evidenciado los hallazgos con la posibilidad de publicaciones futuras.

Solicito su autorización para que su hijo(a) participe voluntariamente en este estudio

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá llenar una encuesta relacionadas con su hijo(a) y sus comportamientos. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo; se le realizarán observaciones dentales al niño que no afectarán su salud, esto durará aproximadamente 10 minutos

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. La información que se recoja será confidencial. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento

durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. . El estudio conlleva un riesgo mínimo, y no recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar.

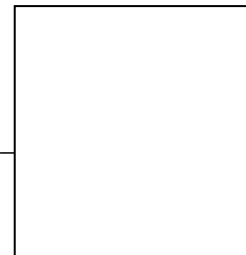
AUTORIZACIÓN

He leído y he entendido el procedimiento descrito arriba. Las estudiantes me han explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) _____, participe en el estudio.

Fecha _____

Nombre del representante del Participante

Firma



Parentesco: -----

Cédula número: -----

Código del niño (a) -----

Huella (índice derecho)

Testigo: ----- Identificación: -----

Firma: -----

ODONTOGRAMA

NOMBRE : _____

EDAD: ____ SEXO: _____ GRADO: _____



- Atrición
- Erosión
- Abfraccion

OBSERVACIONES: _____

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS AL DESGASTE DENTAL EN NIÑOS ENTRE 6 Y 9 AÑOS DE EDAD DEL INSTITUTO EDUCATIVO GABRIELA MISTRAL DE GAIRA EN SANTA MARTA EN EL AÑO 2013 II

ENCUESTA

(Dirigida a cuidadores)

CODIGO: _____ FECHA: _____

Quien responde la Encuesta: Madre _____, Padre _____, Profesor _____, Abuela _____, Otros _____
Quien _____

Edad del niño: _____ sexo: _____

Estrato socioeconómico: 1 2 3

Marque con una X su respuesta

1. Vive usted en el área rural

Sí no

2. Su vivienda es propia

Sí No

3. Cuantas personas viven en la casa

1 2 3 4 más de 4

3.1 Cuantas habitaciones tiene la casa

1 2 3 4 más de 4

3.2 Cuantas personas duermen en cada cuarto

1 2 3 4 más de 4

4. estado civil de usted

a) Soltera b) Casada c) Unión libre d) Separada e) NS/NR

5. Convive usted con el padre del niño(a)

Sí No

6. Con quien convive el niño(a)

a) Madre b) Padre d) madre y padre c) Tíos d) Abuelos e) Otros

Cuales _____

7. Identifique de los siguientes estados emocionales o de depresión cual ha presentado su hijo:

(marque con una X)				
Categorías	Siempre	Algunas veces	Nunca	NR/N O SE
Sensación de vacío e incapacidad para ilusionarse con nada				
Sensación de desamparo y desesperación (ausencia de esperanzas)				
Sentimiento de culpa y de desvaloración				
Sensación de estar solo en el mundo y de que nadie lo quiere				
Estar irritable y enfadarse fácilmente (cualquier cosa lo saca de quicio)				
Incapacidad para disfrutar de las cosas				
Problemas de concentración en clase o a la hora de hacer los deberes, y/o empezar a sacar peores notas en el colegio				
Problemas para concentrarse en la lectura o en lo que se ve por televisión o no acordarse de qué trataba lo que se ha leído o lo que se ha visto por televisión				
Falta de energía y sensación de estar siempre cansado				
Dormir demasiado o demasiado poco				
No comer lo suficiente y perder peso o comer demasiado y ganar peso				
Pensar en la muerte o en el suicidio				
Pasar menos tiempo con los amigos y más tiempo solo				
Llorar mucho, a veces sin motivo aparente				
Estar inquieto (dificultad para relajarse o estarse quieto)				
Tener ciertas sensaciones corporales, como frecuentes dolores de estómago, dolor de cabeza u opresión de pecho				

8. De los siguientes síntomas de Ansiedad cuales son los que ha observado en su hijo **(marque con una X)**

Categorías	Siempre	Algunas veces	Nunca	NR/NO SE
Le cuesta tomar decisiones.				
Se coloca nervioso cuando las cosas no le salen bien				
Parece que las cosas son más fáciles para él, que para los demás.				
Las personas que conoce le caen bien,				
Muchas veces siente que le hace falta aire.				
Casi todo el tiempo está preocupada(o)				
Muchas cosas le dan miedo				
Siempre es amable				
Se enoja con mucha facilidad				
Le preocupa lo que los padres le vayan a decir				
Siente que a los demás no les gusta como hace las cosas				
Siempre se porta bien				
En las noches le cuesta trabajo quedarse dormido				
Le preocupa lo que la gente piense de él.				

Se siente solo (a), aunque este acompañado				
Siempre es bueno				
Muchas veces siente asco o nauseas				
Es muy sentimental.				
Le sudan las manos				
Siempre es agradable con todos.				
Se cansa mucho				
Le preocupa el futuro,				
El siente que los demás son más felices que el				
Siempre dice la verdad,				
Tiene pesadillas				
Se siente muy mal cuando se enojan con él ,				
Siente que alguien le va a decir que hace las cosas mal				
Nunca se enoja				
Algunas veces manifiesta que se despertó asustado(a)				
Se siente preocupado(a) cuando se va a dormir				
Le cuesta trabajo concentrarse en sus tareas escolares				
Nunca dice las cosas que no deba decir				
Se mueve mucho en el asiento				
Es muy nervioso				
Siente que muchas personas están en contra de él.				
Nunca dice mentiras				
Muchas veces se preocupa que algo malo le pase				

9. Como utiliza el tiempo libre el niño

- a) Jugando b) Durmiendo c) Viendo tv d) haciendo tareas e) NS/NR

10. Quien ayuda al niño al momento de realizar tareas o trabajos en casa

- a) Madre b) Padre c) Solo d) Hermanos e) NS/NR

11. En que horarios realiza las tareas el niño

- a) Mañana b) Tarde c) Noche d) No realiza e) NS/NR

12. Usted trabaja y cuantas horas trabaja

Si No horas de trabajo _____

13. Qué tipo de trabajo tiene

- a) Dependiente b) Independiente c) ninguno d) NS/NR

12.1. Cuanto tiempo le dedica al niño en el día

- a) 1 hora b) 2 horas c) 3 horas d) 4 horas e) más de 4 horas

14. Su hijo presenta un estado de salud en general

- a) Bueno b) Regular c) Malo d) NS/NR

13.1. Presenta un esquema de vacunación

- a) Completa b) Incompleta cual le falta_____

Anexo No. 2**Tabla No. 21 Distribución de sexo**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	34	46,6
Masculino	39	53,4
Total	73	100,0

Anexo No. 3**Tabla No. 22 Distribución de edad por sexo**

		SEXO					
		Femenino		Masculino		Total	
		Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
EDAD (Años)	Cinco	0	.0%	1	1.4%	1	1.4%
	Seis	7	9.6%	17	23.3%	24	32.9%
	Siete	16	21.9%	5	6.8%	21	28.8%
	Ocho	9	12.3%	8	11.0%	17	23.3%
	Nueve	2	2.7%	8	11.0%	10	13.7%
	Total	34	46.6%	39	53.4%	73	100.0%

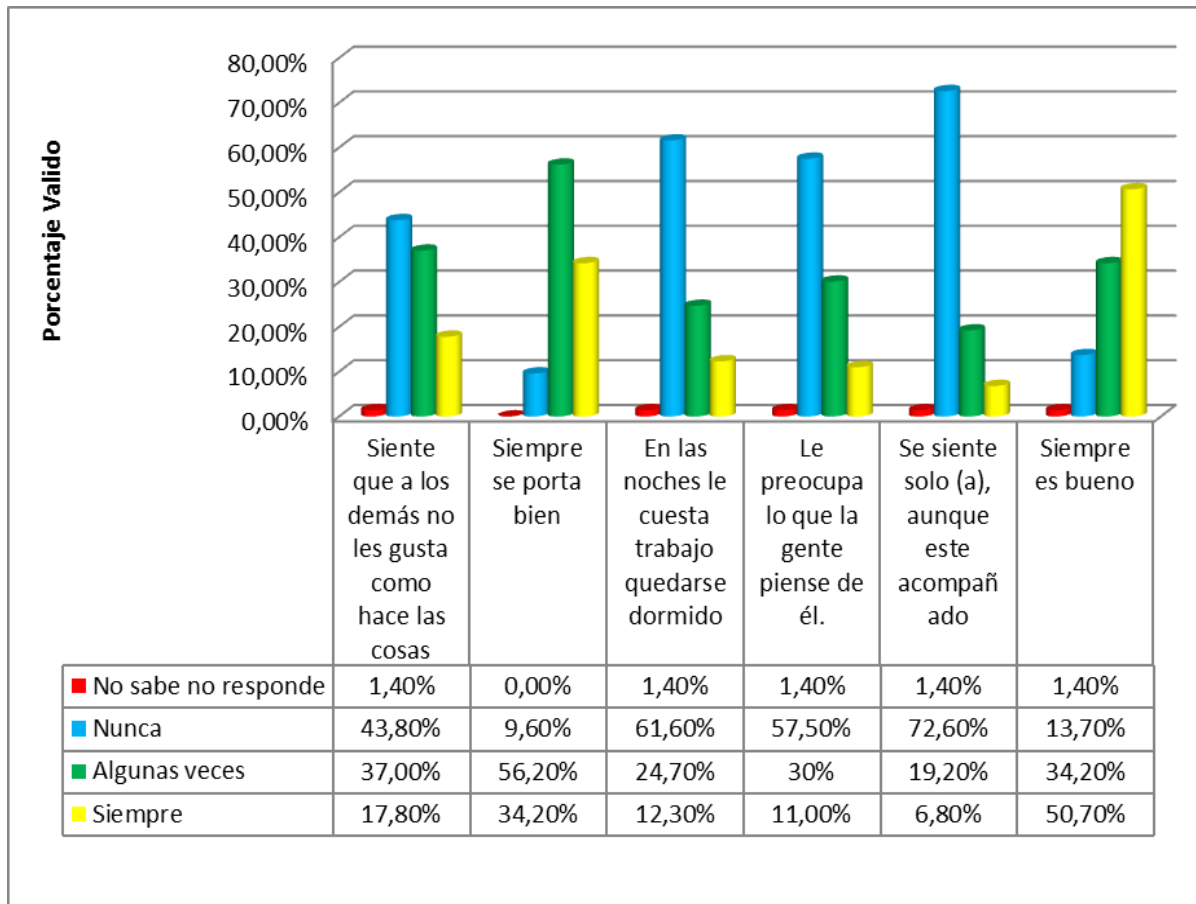
Anexo No. 4**Tabla No. 23 Síntomas de Ansiedad en El Niño(a)**

SINTOMAS DE ANSIEDAD	Opciones de Respuesta								Total	
	No sabe no responde		Nunca		Algunas veces		Siempre		Porcentaje Valido	Recuento
	Porcentaje Valido	Recuento	Porcentaje Valido	Recuento	Porcentaje Valido	Recuento	Porcentaje Valido	Recuento		
Le cuesta tomar decisiones.	1.4%	1	41.1%	30	46.6%	34	11%	8	100%	73

Se coloca nervioso cuando las cosas no le salen bien	0%	0	23.3%	17	45.2%	33	31.5%	23	100%	73
Parece que las cosas son más fáciles para él, que para los demás	0%	0	39.7%	29	8.4%	28	21.9%	16	100%	73
Las personas que conoce le caen bien,	0%	0	6.8%	5	24.7%	18	68.5%	50	100%	73
Muchas veces siente que le hace falta aire.	2.7%	2	63%	46	23.3%	17	11%	8	100%	73
Casi todo el tiempo está preocupada(o)	1.4%	1	65.3%	47	23.6%	17	9.7%	7	100%	73
Muchas cosas le dan miedo	.0%	0	23.3%	17	47.9%	35	28.8%	21	100.0%	73
Siempre es amable	.0%	0	6.8%	5	23.3%	17	69.9%	51	100.0%	73
Se enoja con mucha facilidad	1.4%	1	26.0%	19	28.8%	21	43.8%	32	100.0%	73
Le preocupa lo que los padres le vayan a decir	1.4%	1	23.3%	17	39.7%	29	35.6%	26	100.0%	73
Siente que a los demás no les gusta como hace las cosas	1.4%	1	43.8%	32	37.0%	27	17.8%	13	100.0%	73
Siempre se porta bien	.0%	0	9.6%	7	56.2%	41	34.2%	25	100.0%	73
En las noches le cuesta trabajo quedarse dormido	1.4%	1	61.6%	45	24.7%	18	12.3%	9	100.0%	73
Le preocupa lo que la gente piense de él	1.4%	1	57.5%	42	30.1%	22	11.0%	8	100.0%	73
Se siente solo (a), aunque este acompañado	1.4%	1	72.6%	53	19.2%	14	6.8%	5	100.0%	73
Siempre es bueno	1.4%	1	13.7%	10	34.2%	25	50.7%	37	100.0%	73
Muchas veces siente asco o nauseas	.0%	0	37.0%	27	38.4%	28	24.7%	18	100.0%	73
Es muy sentimental.	.0%	0	16.4%	12	21.9%	16	61.6%	45	100.0%	73
Le sudan las manos	1.4%	1	47.9%	35	27.4%	20	23.3%	17	100.0%	73
Siempre es agradable con todos.	.0%	0	5.5%	4	26.0%	19	68.5%	50	100.0%	73
Se cansa mucho	.0%	0	34.2%	25	34.2%	25	31.5%	23	100.0%	73
Le preocupa el futuro,	2.7%	2	50.7%	37	32.9%	24	13.7%	10	100.0%	73
El siente que los demás son más felices que el	.0%	0	54.8%	40	35.6%	26	9.6%	7	100.0%	73

Anexo No .8

Grafica No. Síntomas de Ansiedad en El Niño(a)



Anexo No. 6

Tabla No. 24 Síntomas de Ansiedad en El Niño(a)

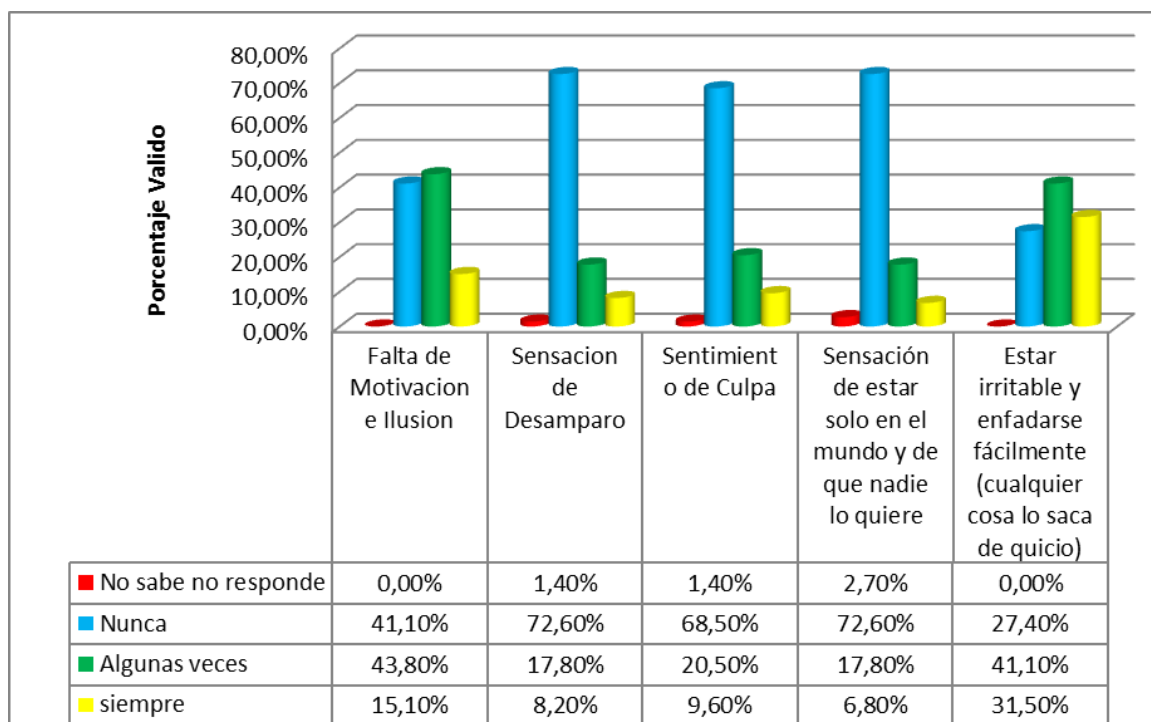
Estado Emocional	Opciones de Respuesta	Recuento	% del N de la tabla
Falta de motivación e ilusión	No sabe no responde	0	.0%
	Nunca	30	41.1%
	Algunas veces	32	43.8%
	siempre	11	15.1%
	Total	73	100.0%
Sensación de desamparo	No sabe no responde	1	1.4%
	Nunca	53	72.6%
	Algunas veces	13	17.8%
	siempre	6	8.2%
	Total	73	100.0%
Sentimiento de culpa	No sabe no responde	1	1.4%
	Nunca	50	68.5%
	Algunas veces	15	20.5%
	siempre	7	9.6%
	Total	73	100.0%
Sensación de estar solo en el mundo y de que nadie lo quiere	No sabe no responde	2	2.7%
	Nunca	53	72.6%
	Algunas veces	13	17.8%
	siempre	5	6.8%
	Total	73	100.0%
Estar irritable y enfadarse fácilmente (cualquier cosa lo saca de quicio)	No sabe no responde	0	.0%
	Nunca	20	27.4%
	Algunas veces	30	41.1%
	siempre	23	31.5%
	Total	73	100.0%

Anexo No. 7**Tabla No. 25 Estado Emocional relacionado con Depresión**

Estado Emocional	opciones de respuesta	Recuento	% del N de la tabla
Incapacidad para disfrutar de las cosas	No sabe no responde	0	.0%
	Nunca	50	68.5%
	Algunas veces	18	24.7%
	siempre	5	6.8%
	Total	73	100.0%
Problemas de concentración en clase o a la hora de hacer los deberes, y/o empezar a sacar peores notas en el colegio	No sabe no responde	0	.0%
	Nunca	26	35.6%
	Algunas veces	28	38.4%
	siempre	19	26.0%
	Total	73	100.0%
Problemas para concentrarse en la lectura o en lo que se ve por televisión o no acordarse de qué trataba lo que se ha leído o lo que se ha visto por televisión	No sabe no responde	0	.0%
	Nunca	30	41.1%
	Algunas veces	20	27.4%
	siempre	23	31.5%
	Total	73	100.0%
alta de energía y sensación de estar siempre cansado	No sabe no responde	0	.0%
	Nunca	43	58.9%
	Algunas veces	23	31.5%
	siempre	7	9.6%
	Total	73	100.0%
Dormir demasiado o demasiado poco	No sabe no responde	0	.0%
	Nunca	49	67.1%
	Algunas veces	18	24.7%
	siempre	6	8.2%
	Total	73	100.0%

Anexo No. 8**Tabla No. 26 Estado Emocional relacionado con Depresión**

Nunca se enoja	No sabe no responde	1	1.4%
	Nunca	13	17.8%
	Algunas veces	37	50.7%
	siempre	22	30.1%
	Total	73	100.0%
Algunas veces manifiesta que se despertó asustado(a)	No sabe no responde	1	1.4%
	Nunca	23	31.5%
	Algunas veces	37	50.7%
	siempre	12	16.4%
	Total	73	100.0%

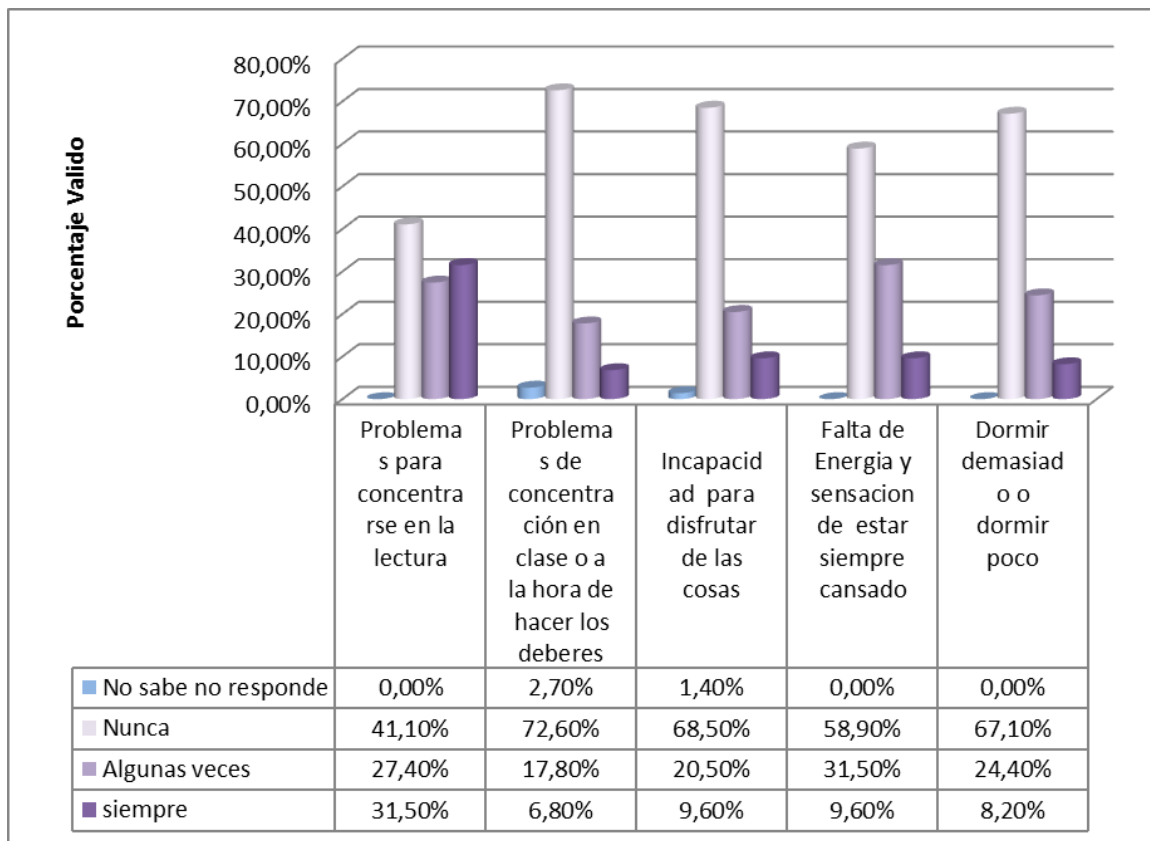
Anexo No.9**Grafica No. 9 Estados Emocionales Relacionados con la Depresión****Anexo No. 10****Tabla No. 27 Estado Emocional relacionado con Depresión**

		Recuento	% del N de la tabla
Como utiliza el	Jugando	45	61.6%
	Durmiendo	4	5.5%

tiempo libre el niño	Viendo television	14	19.2%
	Haciendo tarea	10	13.7%
	No sabe no responde	0	.0%
	Total	73	100.0%
Quien ayuda al niño al momento de realizar tareas o trabajos en casa	Madre	57	78.1%
	Padre	2	2.7%
	Solo	2	2.7%
	Hermanos	6	8.2%
	No sabe no responde	0	.0%
	Otros	6	8.2%
	Total	73	100.0%
Quien ayuda el niño en el momento de realizar las tareas	Tia	4	66.7%
	Abuelos	2	33.3%
	Vecina	0	.0%
	Total	6	100.0%
En que horarios realiza las tareas el niño	Mañana	0	.0%
	Tarde	71	97.3%
	Noche	2	2.7%
	No las realiza	0	.0%
	No sabe no responde	0	.0%
	Total	73	100.0%
Usted trabaja y cuantas horas trabaja	Si	21	28.8%
	No	52	71.2%
	Total	73	100.0%

Anexo No. 11

Grafica No. 10 Estados Emocionales Relacionados con la Depresión



Anexo No. 12

Tabla No. 28 Factores Psicológicos Asociados Al Desgaste Dental

	Factores Psicológicos			
	Ansiedad		Depresión	
	Frecuencia	Porcentaje Valido	Frecuencia	Porcentaje Valido
Desgaste dental	47	100%	25	53,2%

Anexo No. 13 Evidencia Fotográfica



