



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE PUEBLA**

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS ESTOMATOLÓGICAS EN PEDIATRÍA**

TESIS

**MANEJO DE ANSIEDAD CON TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN
DE LA CONDUCTA DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS ESTOMATOLÓGICAS
EN PEDIATRÍA**

PRESENTA:

L.E. Iraís Huerta Aguila.
I.D. 213450014

DIRECTOR DISCIPLINARIO:

M.E.P. Lucero Vázquez De Lara Saavedra.
I.D. 100073999

DIRECTOR METODOLÓGICO:

M.E.P. María de los Ángeles Moyaho Bernal.
I.D. 100289266

LECTOR Y COLABORADOR:

M.S.P. Rosendo Carrasco Gutiérrez.
I.D. 100008655

Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla, Mayo de 2015.



BUAP

Oficio No. FESIEP/086/2015

IRAIS HUERTA AGUILA MATRÍCULA 213450014
ALUMNA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS ESTOMATOLÓGICAS
TERMINAL EN PEDIATRÍA
P R E S E N T E.

El que suscribe, MTRO. ALEJANDRO DIB KANÁN, Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado de la F.E.B.U.A.P., por este medio me permito informar que esta Secretaría aprueba la impresión de su Tesis sobre el tema **"MANEJO DE ANSIEDAD CON TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL"**, a fin de que realice su examen profesional de grado.

Deseándole lo mejor, le reitero mi distinguida consideración.

ATENTAMENTE.
"PENSAR BIEN PARA VIVIR MEJOR"
H. PUEBLA DE Z., A 6 DE MAYO DE 2015.

M. en C. ALEJANDRO DIB KANÁN



Nota: Este documento tiene validez 90 días posteriores a la fecha.

C.c.p. Archivo
C.c.p. Minutario



BUAP

Oficio No. FESIEP/073/2015

IRAÍS HUERTA AGUILA,
ALUMNA DE PEDIATRÍA
P R E S E N T E.

El que suscribe, MTRO. ALEJANDRO DIB KANÁN, Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado de la F.E.B.U.A.P., por este medio hago CONSTAR que el Protocolo de Tesis "MANEJO DE ANSIEDAD CON TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL", quedo Registrado con el No. PROT/PED. 029-15042015.

Sin más por el momento, quedo de Usted.

A T E N T A M E N T E.
"PENSAR BIEN PARA VIVIR MEJOR"
H. PUEBLA DE Z., A 15 DE ABRIL DE 2015.

M.C. ALEJANDRO DIB KANÁN

C.c.p. Archivo
M*ADK/tsr.



“Nuestra recompensa
se encuentra en el esfuerzo
y no en el resultado.
Un esfuerzo total
es una victoria completa”
-Mahatma Gandhi-

“¿Qué sería de la vida,
sino tuviéramos el valor
de intentar algo nuevo?”
-Vincent Van Gogh-

“Si buscas resultados distintos,
no hagas siempre lo mismo”
-Albert Einstein-

“La madurez del hombre
es haber vuelto a encontrar
la seriedad con que jugaba
cuando era niño”
-Friedrich Nietzsche-

“Pies para que los quiero,
si tengo alas para volar”
-Frida Kahlo-

Dedicada con todo mi amor

a Dios y a mis padres,

Andrea y José Carmelo.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es la culminación de una etapa llena de aprendizaje, conocimientos, experiencias, aventuras e ilusiones.

Quiero agradecer a Dios por mi hermosa Ohana, por permitirme vivir esta gran aventura llamada “vida”, por todo lo que me ha brindado, por todas y cada una de las personas que me ha permitido conocer, por las experiencias, aprendizajes y como siempre Mahalo E Ke Akua No Keia La.

Agradezco a mi motor de vida, mis padres, por el amor, el esfuerzo, la constancia, el apoyo, la educación, la disciplina, el sin fin de cosas aprendidas e inculcadas a lo largo de todos estos años de mi vida, por estar siempre a mi lado y mostrarme el camino correcto. Les agradezco la hermosa familia que me han brindado, LOS AMO PAPÁS.

También quiero agradecer a:

M.E.P. Ángeles Moyaho Bernal, gracias por su amistad, por toda la confianza, el esfuerzo, apoyo, constancia, paciencia, consejos, dedicación en la resolución de este trabajo. Gracias por tanto y por todo su apoyo.

M.S.P. Rosendo Carrasco Gutiérrez, gracias por su amistad, por confiar en mí, por todo su apoyo, sabiduría, dedicación, por todas esas tardes de café y esas platicas tan memorables. Gracias por todo su apoyo, por estar ahí cuando uno más le necesita.

M.C. Gabriel Quintana Muñoz, gracias por confiar y creer en mí y en un proyecto “fumado”, por darme la oportunidad de vivir esta aventura, por apoyarme, por estar ahí en todo momento.

M.E.P. Esther Vaillard Jiménez, por sus observaciones y aportaciones al inicio del protocolo de este trabajo de investigación para la mejora del mismo.

M.E.P. Lucero Vázquez De Lara, M.E.P. Alejandra Peral, por sus observaciones, consejos y aportaciones para la mejora de este trabajo.

Psicólogo especialista en psicología clínica del niño y del adolescente. Renato Gallardo, por su apoyo, por ayudarme a entender y comprender la parte psicológica de este trabajo.

A todos y cada uno de los doctores, maestros que a lo largo de este tiempo con su apoyo, amistad, consejos, conocimientos, enseñanzas y sabiduría sembraron un campo de experiencias en mi persona, los recuerdo y recordaré con mucho cariño y les estaré eternamente agradecida por permitirme compartir cada uno de los momentos más memorables en mi vida.

A mis amigos y compañeros de la Maestría que se convirtieron en mi familia en esta aventura, por su apoyo en los diferentes momentos que pasamos juntos, por esas pláticas, peleas, risas, por su complicidad, compañerismo, amistad, confianza, confidencialidad; a todos ustedes gracias por formar parte de mi vida. Zuzethe, gracias por tu ayuda y a todos los pasantes y personal de la Maestría por su ayuda y apoyo.

A ustedes, con todo mi amor:

Inés, Yasmin, Yael, Yair, Carmen, Jerónimo, Sandy y a todos mis familiares, por creer en mí, por formar parte de esta aventura, por su apoyo, complicidad, confidencialidad, consejos y aliento en cada momento, pero sobre todo por su hermosa amistad y el gran sentimiento que nos une. Gracias por permitirme ser parte de su vida y por formar parte de la mía, momentos memorables a su lado que son irremplazables.

A ti, por estar conmigo en las buenas y las malas. Por apoyarme, tenderme tu mano, tu brazo para continuar, por enseñarme el verdadero significado de Aloha wau ia oe nui loa, por compartir una parte de tu vida conmigo, por formar parte de mi fortaleza, mis cimientos, mi esperanza y mi ilusión. Eternamente agradecida estoy de ti por coincidir.

Gracias a cada uno por formar una sonrisa en mi rostro.

“Lo esencial es invisible a los ojos”

(El Principito)

- Antoine de Saint-Exupéry -

ÍNDICE

RESUMEN	8
Abstract.....	9
INTRODUCCIÓN	10
1.1 ANTECEDENTES GENERALES	11
1.1.2 Etapas del desarrollo de Erikson	11
1.1.3 TEORÍA PSICOANÁLITICA DE ERIKSON: DESARROLLO PSICOSOCIAL.	11
1.1.3.1 Etapa: Confianza básica frente a desconfianza (del nacimiento a los 12-18meses).....	11
1.1.3.2 Etapa: Autonomía frente a vergüenza y duda (12-18 meses a 3 años).	12
1.1.3.3 Etapa: Iniciativa frente a culpa (3 a 6 años).	12
1.1.3.4 Etapa. Laboriosidad frente a inferioridad (6 años a la pubertad).	13
1.1.4 PATRONES DE CONDUCTA, PSICOLÓGICO, PERSONALIDAD.	13
1.1.5 TRIANGULO DE WRIGHT.	14
1.1.5.1 Diadas reconocibles madre – hijo.	14
1.1.6 MANEJO DE CONDUCTA.....	15
1.1.6.1 Técnicas de manejo de conducta no aversivas.....	16
1.1.6.2 Técnicas de manejo de conducta aversivas.	17
1.1.6.3 Técnicas de manejo de conducta no convencionales.	18
1.1.7 IMPORTANCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL.	19
1.1.8 ANSIEDAD.	20
2.1 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	21
3.1 JUSTIFICACIÓN	24
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
5.1 OBJETIVOS	26
5.1.2 OBJETIVOS GENERALES.....	26
5.1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS O PARTICULARES.....	26
6.1 MATERIAL Y MÉTODO	27
6.1.2 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	27
6.1.3 UNIVERSO.	27
6.1.4 SUJETOS.....	27

7.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN	28
7.1.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	28
7.1.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	28
7.1.4 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	28
8.1 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN	29
8.1.2 DEPENDIENTE:	29
8.1.3 INDEPENDIENTE:	29
9.1 PROCEDIMIENTO	31
10.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	32
11.1 RESULTADOS	33
12.1 DISCUSIÓN	50
13.1 CONCLUSIÓN	54
13.1.2 ALCANCES DEL ESTUDIO	54
14.1 ANEXOS	55
ANEXO 1	55
14.1.2 BIOÉTICA	55
ANEXO 2	57
14.1.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES	57
ANEXO 3	58
14.1.4 DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES	58
ANEXO 4	59
14.1.5 CUESTIONARIO, CAPTURA DE DATOS	59
ANEXO 5	60
14.1.6 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	60
ANEXO 6	61
14.1.7 ESCALA DE ANSIEDAD	61
BIBLIOGRAFÍA	65

RESUMEN

El manejo de ansiedad con técnicas de modificación de la conducta en pacientes pediátricos durante el tratamiento dental, es un problema al que se enfrentan diariamente los estomatólogos pediatras. Por lo que se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, analítico y observacional en 30 sujetos en la primera cita, de los cuales 20 asistieron a la cita intermedia y 14 a la cita final. Las edades de los infantes participantes oscilaron entre los 7 y los 11 años de edad, en ambos géneros, quienes asistieron por primera vez a la clínica de Estomatología Pediátrica de la Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FEBUAP) durante el periodo 2014, aceptaron participar en el estudio bajo asentimiento y acudieron con regularidad los días que fueron citados a su rehabilitación, cuyos padres firmaron el consentimiento informado; 17 niñas y 13 niños en total; fueron ubicados en su respectiva etapa de desarrollo psicosocial, para obtener la autoevaluación ansiedad estado-rasgo y la observación de la diada madre-hijo se utilizó como instrumento para la medición del nivel de ansiedad el cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños (STAIC). Además se aplicó un cuestionario al estomatólogo pediatra, en donde se observó su conducta y su manejo tanto inicial como final de acuerdo con la escala de Frankl. De manera general se pudieron observar niveles de ansiedad – estado bajos, con mayor porcentaje en las niñas con 47.1% en la primera, 47.1% en la segunda, 29.4% en la tercera medición respectivamente, por otra parte, en la medición de la escala conductual de Frankl se observó que predominó en la medida inicial la escala tipo III y en la final la IV en cada una de las citas. Respecto a las técnicas de manejo de conducta, la más utilizada fue decir – mostrar – hacer con 56.7% en la primera, 33.3% en la segunda y 26.7% en la tercera medición; se presentó con mayor aplicación en la edad de nueve años. Con los datos presentados en este trabajo, se pudo observar que la ansiedad dental infantil disminuye conforme avanza la edad y que en las edades menores se observan los niveles de ansiedad más altos en la consulta estomatológica; es de suma importancia la diada madre – hijo como apoyo en el manejo de la conducta del paciente para la aplicación de los diferentes tratamientos dentales.

Abstract

Anxiety management techniques of behavior modification in pediatric patients during dental treatment is a problem that pediatric dentists face daily. As a prospective, longitudinal and observational study was conducted in 30 subjects on the first appointment, in which 20 attended the interim appointment and 14 to the final appointment. In ages ranging from 7-11 years old, of either gender, who first attended the clinic of Pediatric Dentistry, in Faculty of Dentistry of the Autonomous University of Puebla (FEBUAP) during the period 2014. They were agree to participate in the study under assent and regularly attended the days that they were cited for their rehabilitation, whose parents signed informed consent; 17 girls and 13 boys were the total sample. They were placed in their respective stage of psychosocial development; for the state-trait anxiety, self-assessment and observation of mother-child dyad was used as an instrument for measuring the level of anxiety self-assessment the questionnaire State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC). In addition, a questionnaire was applied to the pediatric dentist, to measure their behavior and management at the beginning and at the end of the treatments according to the scale of Frankl. In general it was observed anxiety levels - low status, the highest percentage occurs in girls with 47.1% in the first, 47.1% in the second and 29.4% in the third measurement, respectively. Moreover behavioral scale of Frankl showed that prevailed in the initial measurement scale type III and IV in the last measurement in each appointment. Regarding behavior management techniques, the most used was to say - show - do with 56.7% in the first, 33.3% in the second and 26.7% in the third measurement; it was presented with more frequent application at the age of nine years old. With the data presented in this study, it was observed that children's dental anxiety decreases with age and that in the younger age levels of higher anxiety in dental treatment are observed; also it is very important the dyad mother - son as a support in managing patient's behavior for the application of different dental treatments.

INTRODUCCIÓN

El manejo de conducta es la disciplina que se enfoca hacia los problemas psicológicos, sociales y de aprendizaje en los niños y adolescentes en cuanto se relacionan a la situación dental.

Es importante comprender el desarrollo del niño antes de poder aplicar con éxito las técnicas de modificación de la conducta. Éstas son técnicas que se emplean para mejorar el autocontrol al amplificar las destrezas y alterar un comportamiento individual hacia un ideal deseado que se reflejará en la independencia del niño.

La ansiedad es una respuesta emocional compleja que surge cuando la persona tiene la percepción de una amenaza interna o externa; generalmente no se logra ubicar la procedencia de esta amenaza, lo cual le hace diferenciarse del miedo, que es una respuesta emocional hacia un peligro concreto y objetivo. La ansiedad debe ser considerada tanto como una expresión emocional normal del ser humano como también un síntoma que se presenta en diferentes trastornos psiquiátricos y médicos. Al estudiar el desarrollo emocional y analizar las etapas de la infancia, niñez, adolescencia, se esperan encontrar manifestaciones de ansiedad como respuesta al despliegue de los conflictos centrales y tareas críticas de ciertos momentos del crecimiento. El miedo y la ansiedad son por consiguiente respuestas comunes y normales en las primeras etapas de la vida, que con facilidad son relatadas y reconocidas por los padres.

Mientras el niño muestra un amplio rango de desarrollo físico, intelectual, emocional, social y una diversidad de actitudes, es importante que el odontólogo tenga una correcta interpretación de las conductas evidenciadas por el paciente pediátrico para asegurar el éxito en el manejo conductual y permitir adecuar las técnicas, por tanto es importante comprender el desarrollo del niño en sus diferentes etapas.

En este trabajo se determinó el manejo de ansiedad con técnicas de modificación de la conducta durante el tratamiento dental.

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

1.1.2 Etapas del desarrollo de Erikson.

Según Erikson, el *desarrollo* es un proceso evolutivo que se funda en una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y sociales experimentada universalmente, e implica un proceso autoterapéutico destinado a curar las heridas provocadas por las crisis naturales y accidentales inherentes al desarrollo.¹

La teoría del desarrollo psicosocial considera ocho etapas a lo largo del ciclo vital; las tres últimas corresponden a la adultez, pero la infancia, la niñez y la adolescencia abarcan las primeras cinco fases:¹

1. Confianza básica frente a desconfianza (del nacimiento a los 12-18 meses).
2. Autonomía frente a vergüenza y duda (12-18 meses a 3 años).
3. Iniciativa frente a culpa (3 a 6 años).
4. Laboriosidad frente a inferioridad (6 años a la pubertad).
5. Identidad frente a confusión de identidad (de la pubertad a la edad adulta temprana).²

1.1.3 TEORÍA PSICOANÁLITICA DE ERIKSON: DESARROLLO PSICOSOCIAL.

Erikson, modificó y amplió la teoría freudiana, que enfatizaba la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad. Fue pionero en la perspectiva del ciclo vital. Mientras Freud sostenía que las experiencias de la niñez temprana moldean la personalidad de manera permanente, Erikson afirmaba que el desarrollo del “yo” dura toda la vida.²

1.1.3.1 Etapa: Confianza básica frente a desconfianza (del nacimiento a los 12-18 meses).

El objeto social es, desde luego, la madre, o quien desempeñe la principal función de prodigador de cuidados para el lactante. La modalidad que el lactante emplea es la de

recibir, y dar a cambio. Si todo marcha bien, el lactante aprende a tener confianza, en caso contrario, puede volverse temeroso, aprensivo y sentirse aterrorizado.^{2,3}

1.1.3.2 Etapa: Autonomía frente a vergüenza y duda (12-18 meses a 3 años).

Las relaciones significativas tienen lugar con las figuras paternas, y las modalidades básicas son retener y dejar en libertad. Si las cosas siguen un curso adecuado, el niño debe alcanzar cierto grado de autocontrol y fuerza de voluntad. Ha aprendido las bases de la conducta social, y tiene cierto grado de independencia y confianza en sí mismo. La seguridad en sí mismo, inevitablemente lo conduce de algún modo a fricciones y negativismo. Si la crisis no se supera con éxito, el niño desarrolla un sentimiento de vergüenza, desconcierto y autorechazo. El niño desarrolla un equilibrio de independencia y autosuficiencia sobre la vergüenza y la duda. En ocasiones se muestran ansiosos porque se dan cuenta de qué tanto se están separando de su cuidador. Resuelven la conciencia de sus limitaciones en la fantasía y el juego y por medio de su identificación con los adultos.^{2,3}

1.1.3.3 Etapa: Iniciativa frente a culpa (3 a 6 años).

El centro de la tercera etapa es la necesidad de controlar sentimientos conflictivos acerca del “yo”. El conflicto surge por el sentido de propósito, el cual permite que el niño planea y realice actividades, y por los crecientes remordimientos de conciencia que el niño puede tener acerca de dichos planes. Este conflicto marca una separación entre dos partes de la personalidad: la parte que sigue siendo un niño lleno de exuberancia y deseo de intentar nuevas cosas y probar nuevos poderes y la parte que se está convirtiendo en adulto. Los niños que aprenden cómo regular esas pulsiones opuestas desarrollan la “virtud” del propósito, el coraje de vislumbrar, la competencia social y seguir metas sin ser indebidamente inhibidos por la culpa o el temor al castigo; de no ser así, desarrolla un sentimiento de inferioridad e insuficiencia social y personal.^{2,3}

1.1.3.4 Etapa. Laboriosidad frente a inferioridad (6 años a la pubertad).

Un determinante importante de la autoestima es la visión que tienen los niños de su capacidad para el trabajo productivo. La “virtud” que se desarrolla con la solución exitosa de esta crisis es la competencia, la visión de que el yo es capaz de dominar habilidades y completar tareas. El niño debe aprender habilidades de la cultura o enfrentar sentimientos de incompetencia.^{1,2}

1.1.4 PATRONES DE CONDUCTA, PSICOLÓGICO, PERSONALIDAD.

Las teorías de la personalidad están fundamentadas en los principios de Freud, quien consideró la personalidad con base en la dinámica; es decir, como la interacción de fuerzas internas. Esas fuerzas interactúan de manera recíproca para impulsar al individuo a avanzar, y también para evitar que vaya demasiado lejos. Freud especificó la dinámica de la personalidad como una teoría de instintos y de factores intrínsecos de motivación. En conjunto, los instintos son la suma total de la energía psíquica.³

En líneas generales, existen tres factores que gobiernan la conducta del niño: su madurez, sus rasgos de personalidad y su ambiente. Los dos primeros factores apenas están sometidos a interferencias y demandas externas en las que intervenga el adulto, mientras que el ambiente es variable y está sometido, hasta cierto punto, a nuestro control.

La madurez es la expresión de cómo el crecimiento y el desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos. La maduración se alcanza en forma gradual. Prácticamente todos los talentos humanos se adquieren mediante un desarrollo progresivo a partir de un gradiente de maduración. A través de la recopilación de observaciones efectuadas sobre niveles de maduración, se pueden describir patrones típicos de conducta para los niños de los distintos grupos de edades.⁴

1.1.5 TRIANGULO DE WRIGHT.

Dentro de la teoría psicosocial, el papel de la madre como cuidadora del bebé es el centro de importancia. Erikson en 1950 postula que la confianza del niño se basaba en su “consistencia”, continuidad y la mismidad de la experiencia.⁵

1.1.5.1 Diadas reconocibles madre – hijo.

La diada madre – hijo competentes	<ol style="list-style-type: none">1) Las madres se comportan de una manera coherente.2) Establecen límites y controles a los comportamientos del niño.3) Se caracterizan por interacciones emocionales positivas con el niño; la contención de los temores del niño y ansiedades.4) Alimenta y fomenta la independencia del niño y las habilidades sociales.
La diada madre – hijo agresiva	<ol style="list-style-type: none">1) Las madres se comportan de una manera inconsistente, poco límites o límites fijados para el comportamiento del niño.2) Son excesivamente atentas o desatentas e incluyente emocional o emocionalmente distantes.3) Los niños exhiben comportamientos negativos, las madres responden de una manera incoherente y/o agresiva.
La diada madre – hijo ansioso	<ol style="list-style-type: none">1) Las madres se comportan de manera autoritaria.2) Son negativas y punitivas.3) Muestran poco afecto o respuesta a las necesidades de desarrollo del niño.4) Ponen límites y controles estrictos en el niño e inhiben la autonomía del niño y habilidades sociales.

La respuesta central de que el niño reaccione y responda al tratamiento dental son: en primer lugar, la capacidad de la madre para interactuar de una manera positiva y emocional y contener los temores de su hijo; en segundo lugar, el nivel de desarrollo psicológico, y en tercer lugar, el grado en que las fantasías del niño están conectadas a la incomodidad del tratamiento dental.

Egozque⁶ y cols., realizaron un estudio sobre la aplicación de la técnica del tratamiento combinado odontológico – psicológico, observaron los factores que generan ansiedad en la relación madre-niño-odontólogo y dan lugar al fracaso por deserción del tratamiento odontológico. Se consideró el tratamiento combinado como una situación total, en la cual se pueden describir diferentes factores que determinan que un paciente abandone el tratamiento o lo prosiga. Incluidos entre ellos el tipo de pareja madre-hijo, la personalidad del odontólogo y la respuesta de la madre y del niño a la labor de los psicoterapeutas. Los resultados mostraron que los preescolares tuvieron una marcada problemática alrededor de la conducta previa a las maniobras odontológicas, por su mayor dependencia materna y también por una reacción inicial de rechazo debido a fantasía de castración.

1.1.6 MANEJO DE CONDUCTA.

Los psicólogos usan el término “modificación de la conducta” para definir el proceso de alterar un comportamiento individual hacia un ideal deseado. Una parte esencial de la modificación de la conducta es definir una serie de pasos en el camino al comportamiento buscado, y entonces avanzar paso a paso al objetivo. Con relación a la odontología, se puede decir que la conducta ideal la muestra una persona que conserva excelente higiene bucal, ejercita un sensible control dietético, y se encuentra relajada y cooperadora durante el tratamiento operatorio.

La modificación de la conducta se basa en una introducción planeada a los procedimientos terapéuticos, para preparar gradualmente al niño a que acepte el tratamiento de un modo relajado y cooperador. El método gradual implícito en la modificación de conductas puede atrasar inicialmente el avance del tratamiento, pero cuando se obtiene toda la cooperación infantil este retraso queda más que compensado, por lo que el tiempo invertido en un principio puede considerarse como una buena inversión.⁷

1.1.6.1 Técnicas de manejo de conducta no aversivas.

- **Comunicación**

Manejo de la comunicación y uso adecuado de los comandos que se utilizan en odontología pediátrica universalmente tanto con el niño cooperador y no cooperador.

- **Decir - Mostrar – Hacer (D-M-H)**

Consiste en explicaciones verbales de los procedimientos con las frases adecuadas al nivel de desarrollo del paciente (decir); demostraciones para el paciente (mostrar); y luego, sin desviarse de la explicación y demostración, terminación del procedimiento (hacer). Esta técnica se utiliza con habilidades de comunicación (verbal y no verbal) y refuerzo positivo. Indicaciones: se puede utilizar con cualquier paciente y contraindicaciones: Ninguna.

- **Modelado**

Es una técnica usada por los psicólogos en el tratamiento de los temores. Es posible utilizar esta técnica en una variedad de situaciones terapéuticas dentales, se usa con mayor frecuencia en la introducción de un niño ansioso al examen bucal en el sillón dental. Para complementar el procedimiento es preciso utilizar refuerzos y D-M-H para el problema de efectuar un tratamiento simple en un niño temeroso.

- **Desensitización**

Es importante conocer la base del temor infantil, cuando se conoce esta información es posible establecer una jerarquización en los procesos del tratamiento. Se utiliza en conjunto con D-M-H.

- **Comunicación no verbal**

Es el refuerzo y la orientación de la conducta a través de contacto, postura, expresión facial y lenguaje corporal. Indicaciones: se puede utilizar con cualquier paciente y contraindicaciones: ninguna.

- **Refuerzo positivo**

Técnica eficaz para premiar las conductas deseadas y, por tanto, fortalecer la repetición de esas conductas. Indicaciones: se puede utilizar con cualquier paciente y contraindicaciones: ninguna.

- **Distracción**

Consiste en desviar la atención del paciente de lo que puede ser percibido como un desagradable procedimiento. Indicaciones: se puede utilizar con cualquier paciente y contraindicaciones: ninguna.

- **Presencia/ ausencia de los padres**

La presencia o ausencia de los padres a veces se puede utilizar para obtener la cooperación para el tratamiento. Indicaciones: se puede utilizar con cualquier paciente y contraindicaciones: padres que no quieren o no pueden ampliar la ayuda efectiva.

1.1.6.2 Técnicas de manejo de conducta aversivas.

- **Control de voz**

Es una alteración controlada del volumen, tono, ritmo de la voz para influir y dirigir la conducta del paciente. Indicaciones: se puede utilizar con cualquier paciente y las contraindicaciones: pacientes con problemas de audición.

- **Mano sobre boca**

El odontólogo cubre la boca del niño con la mano, cuando éste llora de modo histérico. De esta forma se interrumpen las rabietas y otros ataques de ira, aunado al uso del control de voz. Indicaciones: en niños que, pese a su grado de desarrollo que le permite comprender las instrucciones del odontólogo y cooperar con las expectativas de éste, exhibe una “conducta retadora, obstinada o histérica de evasión al tratamiento dental”. Contraindicaciones: niños con capacidades diferentes, inmaduros y medicados, cuya capacidad de comprender al odontólogo se encuentra modificada. Cuando existe el peligro de impedir que el niño respire.^{7, 8, 9, 10, 11}

1.1.6.3 Técnicas de manejo de conducta no convencionales.

- **Musicoterapia**

Es la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un profesional calificado con un paciente o grupo. En odontopediatría, la utilización de musicoterapia en niños y adolescentes durante la práctica dental es considerada como una terapia de sugestión en donde el niño es animado a la fantasía. La música clásica, es una técnica para disminuir la ansiedad de los niños en la consulta.^{12,13,14,15,16,17}

- **Distracción audiovisual**

Método no farmacológico, para la disminución de la incomodidad frecuente asociada a procedimientos dentales en niños y adultos, porque toma control de dos tipos de sensaciones, la auditiva y la visual. Al mismo tiempo aísla parcialmente al paciente del sonido y ambiente médico poco amistoso. Las técnicas de distracción audiovisual han demostrado reducir la ansiedad y el miedo durante los procedimientos dentales.^{15,16,18,19,20, 21}

- **Aromaterapia**

Se define como el arte y la ciencia de la utilización de esencias aromáticas naturales extraídas de plantas para equilibrar, armonizar y promover la salud de cuerpo, mente y espíritu. Los aromas deben despertar sentimientos positivos, como motivación, felicidad, bienestar y relajación. Los aceites esenciales se pueden utilizar de 4 diferentes formas: ingestión oral, aplicación externa, baños, vaporización; los utilizados en la práctica clínica deben ser aquellos cuyas propiedades químicas ayudan a aliviar problemas específicos.^{15,16,22}

- **Hipnosis**

Es un estado de vigilia inducido por una sugestión, en la que se centra la atención de la persona lejos de su entorno y es absorbido por las experiencias internas, tales como los sentimientos, las cogniciones y las imágenes. La hipnosis en odontopediatría es empleada para manejar la ansiedad, fobia dental, control del dolor, así como complemento a la

sedación por inhalación y la modificación de hábitos orales perniciosos (succión digital, bruxismo, náuseas, empuje lingual, onicofagia).^{15,16,23,24}

Anticipar una buena explicación del uso de las técnicas mejora la aceptación de los padres hacia las mismas. Frankl mencionó que las madres de hijos con comportamientos inadecuados y conducta negativa aceptan un tratamiento con medidas físicas restrictivas cuando se les explica previamente su uso.

Nuñez²⁵ y cols., realizaron un estudio para determinar la actitud y aceptación de los padres hacia las técnicas de modificación de conducta más utilizadas en el servicio de odontopediatria del Hospital del Niño DIF, Pachuca, Hidalgo, México. Las técnicas de manejo que se mencionaron a los padres fueron: desensibilización, modelaje, decir-mostrar-hacer (D-M-H), distracción, refuerzo positivo, control de voz, restricción física, mano sobre boca, sedación y anestesia general. De los padres encuestados, 71% desconocía la existencia y/o utilización de estas técnicas de manejo de comportamiento hasta antes de leer la hoja informativa y sólo 29% ya sabía de su utilización. Los padres comentaron las preferencias de las diferentes técnicas de manejo de comportamiento aplicadas inicialmente, de las cuales destacan las técnicas decir-mostrar-hacer, modelaje y refuerzo positivo y las que fueron aceptadas en menor porcentaje fueron manos sobre boca, restricción física y sedación. Se concluyó que la edad del niño es una variable que sí predispone a la aceptación de las técnicas, ya que entre menor edad tiene, mayor es la posibilidad de aceptación de ellas.

1.1.7 IMPORTANCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL.

Las tendencias sociales, las actitudes de los padres, los aspectos éticos y las controversias acerca de los cuestionamientos jurídicos han llevado a que se reevalúen muchas técnicas restrictivas utilizadas tradicionalmente. Al realizar este tipo de técnicas para el manejo del paciente pediátrico; los odontólogos pueden encontrar ciertos problemas que pueden evitarse si se pone al tanto al paciente, padres o tutores (en caso de ser menor de edad) que

este tipo de técnicas se pueden utilizar dentro del tratamiento y por qué, hoy en día el número de demandas ha ido en aumento; por lo que es necesario que el odontólogo se proteja de ellas por diversos medios, por lo que el consentimiento informado resulta importante ante cualquier aplicación de técnicas de manejo conductual, el cual debería de aplicarse de manera general y no sólo en ciertas especialidades para prevenir con ello por el medio más efectivo para que se encuentre legalmente protegido con algún documento que lo ampare de cualquier problema legal.²⁶⁻¹⁵

Cuando los individuos sean menores de edad o incapaces, la anuencia debe ser otorgada por los padres o el representante legal, condiciones que deben ser demostradas con la certificación de nacimiento o del tribunal que hubiere nombrado al representante.^{27,28,29,30}

1.1.8 ANSIEDAD.

La ansiedad es una respuesta emocional compleja que surge cuando la persona tiene la percepción de una amenaza interna o externa; generalmente no se logra ubicar la procedencia de esta amenaza, debe ser considerada tanto como una expresión emocional normal del ser humano como también un síntoma que se presenta en diferentes trastornos psiquiátricos y médicos. La ansiedad dental es definida como una sensación de aprehensión acerca del tratamiento dental que no necesariamente es conectada a estímulos externos específicos, puede ser transmitida por los padres a través de experiencias propias que originan actitudes desfavorables hacia la primera consulta dental con el estomatólogo pediátra.^{10, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42}

2.1 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

La ansiedad infantil, es un tema importante ya que supone un problema frecuente en la consulta dental. La actitud de un niño ante el tratamiento, suele dificultar dicho tratamiento, debido a que disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento negativo. Así, en el estudio realizado por Rodríguez³⁸ y cols., tuvieron como objetivo conocer el grado de ansiedad de pacientes infantiles, así como los factores presentes en el tratamiento dental que pueden ocasionarla. Se estudiaron un total de 152 niños de uno u otro género en edades entre 7 y 18 años a quienes se les realizaron dos encuestas de auto – evaluación para valorar las variables de la ansiedad: Encuesta de medida de miedo en niños, subescala dental, del inventario de miedo para niños (CFSS) de Nakamura y Scherer y la Encuesta de miedo dental de Kleinkecht (DFS). Se utilizó estadística descriptiva para la obtención de medidas de tendencia central y para realizar el análisis de cada uno de los ítems. De la “Encuesta de medida del miedo en niños, subescala dental (DS)” (Inventario de miedo para niños de Nakamura y Scherer (CFSS), se observó que las principales causas de ansiedad infantil fueron las “inyecciones”, “fresas” y “turbinas”. En la “Encuesta de miedo dental de Kleinkecht (DFS)”, la respuesta fisiológica que con mayor frecuencia apareció fue la de “boca salivosa”, nunca presentó “aumento de la transpiración” o “náuseas”. Los estímulos que más fácilmente desencadenan ansiedad fueron ver la aguja de la anestesia y sentirla, seguidos de ver la fresa, el taladro y sentir la fresa y el taladro.

Con respecto al manejo del dolor y la ansiedad Alberts, I.L.³⁹ y cols., en una revisión de 64 bibliografías, estudiaron las cuestiones relacionadas con la gestión de grupos de pacientes los cuales requerían manejo conductual para hacer el tratamiento dental más aceptable, debido a que no buscaban tratamiento dental por miedo y ansiedad. Los resultados obtenidos mostraron que hay una variedad de métodos para controlar el dolor y la ansiedad de los pacientes dentales pediátricos. A largo plazo, esto puede ayudar a romper el ciclo de miedo dental, que muestra una interrelación compleja con mala salud y la desventaja social. Los anestésicos generales se consideran como un último recurso, la sedación consciente juega un papel central en el tratamiento de niños ansiosos.

La atención odontológica destinada al abordaje de los niños, ha sido estudiada durante muchos años por los numerosos factores negativos a los cuales se enfrenta el odontólogo al momento de la consulta; tales como el miedo, la ansiedad, falta de interés y motivación de los padres para que sus hijos reciban tratamiento odontológico.

Marcano⁴⁰ y cols., evaluaron los niveles de ansiedad y miedo dental infantil en 120 pacientes de 6 a 12 años de edad. A las madres se les aplicó el consentimiento informado, se siguió la normativa de la Comisión de Bioética y Bioseguridad de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo. El diseño del estudio fue no observacional y transversal de tipo descriptivo y correlacional. Se utilizaron como instrumentos de recolección de datos: la Escala de Ansiedad de Corah, Escala de evaluación de miedos dentales y Test de dibujos de Venham. El 89.17% de los niños, presentaron ansiedad según el Test de Venham, la Escala de Ansiedad de Corah evidenció ansiedad en un 80.8%, arrojando a los 6 años de edad un nivel de ansiedad alto con un 20%, destacó en la Escala de evaluación de miedos dentales 70.9%, donde se tuvo que a los 6,7 y 8 años destacó un nivel de miedo dental alto entre el 16 – 22% respectivamente. Los niveles de miedo y ansiedad dental infantil disminuyeron conforme avanza la edad, se expresó a los 6 años en mayor porcentaje. La ansiedad dental, el miedo y la evitación de situaciones de atención y tratamiento dental se han considerado frecuentemente como fuente de serios problemas para la salud oral de niños y adultos. Niveles elevados de miedo y evitación pueden limitar la efectividad del tratamiento e impedir que se detecten a tiempo procesos patológicos de gravedad diversa.

Rivera⁴¹ y cols., determinaron los niveles de ansiedad dental de una muestra aleatoria de 170 escolares de 6-11 años (86 niñas y 84 niños que visitaron por primera vez el centro de atención primaria CODOPA, de la región metropolitana de Tegucigalpa, determinaron la prevalencia, distribución en función del sexo, identificación de los estímulos o situaciones que provocan mayores niveles de ansiedad y la relación con diferentes tipos de experiencias dentales y médicas de los niños, informadas por los padres; también se pretendió determinar la correlación entre los distintos instrumentos de evaluación. La evaluación se realizó mediante la Escala de Ansiedad de Corah, el Test de Dibujos de Venham, y la Escala de Evaluación de los Miedos. Los escolares mostraron niveles moderados de ansiedad dental, y solo entre el 14-15% de ellos presentaron niveles

de ansiedad clínicamente significativos. En el grupo de niñas fue algo más elevado que los informados por el grupo de niños, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la distribución del número de niños y niñas que tenían niveles de ansiedad altos y bajos.

El éxito en la práctica odontológica en niños depende no solo de las habilidades técnicas del odontólogo sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación infantil. Sánchez⁴² y cols., compararon la ansiedad ante la odontología que aparece en un grupo de niñas en relación a los niños; se estableció la relación existente entre el comportamiento y la ansiedad que presenta un niño en su tratamiento dental; y se contrastó la ansiedad que se presentó antes y después de un tratamiento bucodental completo, con el consentimiento de los padres, participaron 81 sujetos (44 niños y 37 niñas) de 8 a 12 años, sin experiencias dentales. La evaluación se realizó mediante el test de evaluación de ansiedad STAIC y la escala del comportamiento empleada fue la Escala de Valoración del Perfil del Comportamiento. La estadística descriptiva no mostró diferencias significativas de ansiedad entre niños y niñas antes de comenzar el tratamiento. La ansiedad/estado está fuertemente correlacionada con el comportamiento que presentó un niño durante su tratamiento dental. Los valores de ansiedad antes del tratamiento fueron superiores a la ansiedad mostrada tras la realización del mismo, lo que indica que una experiencia dental no traumática es el principal modo de descender la ansiedad en el niño.

3.1 JUSTIFICACIÓN

El adecuado manejo de la conducta de los pacientes pediátricos, dependiente del tratamiento dental y de su desarrollo psicosocial, es un problema al que se enfrentan diariamente los estomatólogos pediatras, esto produce retraso en los tratamientos dentales, impacto negativo en el paciente pediátrico de la imagen del estomatólogo pediatra, lesiones no deseables paciente – estomatólogo pediatra; por tanto, la ansiedad dental infantil, es un tema importante ya que supone un problema frecuente en la consulta.

Existe escasa información acerca de qué técnicas de manejo de conducta son adecuadas y cuáles son las que dan mejores resultados de acuerdo al tipo de tratamiento a realizar, el estado de desarrollo psicosocial del paciente y el nivel de ansiedad del paciente.

Por lo que el impacto clínico de este trabajo de investigación será que al tener el conocimiento de las técnicas de manejo de conducta se tendrá un mejor aprovechamiento del tiempo en el tratamiento, mejora en la comunicación y entendimiento en la relación madre - paciente – estomatólogo, que servirá para evitar o reducir el impacto negativo y el nivel de ansiedad causada por el estomatólogo y la aplicación de los diversos tratamientos en el paciente pediátrico y mejorar la efectividad del tratamiento antes, durante y después de éste, debido al moldeamiento de la conducta del paciente de forma positiva, y le ayudará al estomatólogo pediatra para aprender y mejorar las técnicas de manejo conductual para su aplicación en la disminución de los niveles de ansiedad.

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todos los estomatólogos pediatras atienden niños que los retan; por tanto, mientras el niño muestra un amplio rango de desarrollo físico, cognoscitivo, psicosocial, una diversidad de actitudes y diferentes niveles de ansiedad, es importante que el estomatólogo tenga una correcta interpretación de las conductas evidenciadas para asegurar el éxito en el manejo conductual del niño y permitir adecuar las técnicas de manejo de conducta para cada paciente de acuerdo al tratamiento dental a realizar. Dentro de la literatura el estomatólogo pediatra no cuenta con la información acerca de qué técnicas de manejo de conducta son adecuadas y cuáles son las que dan mejores resultados de acuerdo al tipo de tratamiento a realizar, al estado de desarrollo psicosocial del paciente al momento de la consulta dental.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la técnica de manejo conductual en los diferentes tratamientos dentales de acuerdo a la etapa de desarrollo psicosocial para la disminución del nivel de ansiedad?

5.1 OBJETIVOS

5.1.2 OBJETIVOS GENERALES.

- Evidenciar la técnica de manejo conductual en los diferentes tratamientos dentales para la disminución del nivel de ansiedad.

5.1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS O PARTICULARES.

- Determinar la etapa de desarrollo psicosocial de acuerdo a la edad en laboriosidad versus inferioridad.
- Identificar en qué diada madre-hijo se encuentra el niño de acuerdo a la edad y género.
- Identificar el nivel de ansiedad – estado/ rasgo del niño de acuerdo a la edad y género.
- Identificar las técnicas de manejo de conducta de acuerdo a la edad y género.
- Determinar el Frankl inicial y final de acuerdo a la edad y género.
- Identificar el nivel de ansiedad – estado de acuerdo a la diada madre – hijo.
- Identificar la técnica de manejo de conducta utilizada en los tratamientos dentales.

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

6.1.2 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Prospectivo, longitudinal, analítico, observacional.

6.1.3 UNIVERSO.

Esta investigación se llevó a cabo en los pacientes que asistieron a la Clínica de Estomatología Pediátrica, FEBUAP en el periodo 2014.

6.1.4 SUJETOS.

Por conveniencia: niños de 7 a 11 años de edad, que acudieron a la clínica de Estomatología Pediátrica de la Maestría en Ciencias Estomatológicas de la FEBUAP en el período 2014.

7.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.1.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Niños de 7 a 11 años de edad.
- De uno u otro género.
- Que entendieron orden verbal.
- Que acudieron por primera vez.
- Que por edad se encontraron en la etapa de desarrollo psicosocial Laboriosidad frente a inferioridad.
- Cuyos padres firmaron el consentimiento informado.
- Aquellos niños que aceptaron participar bajo asentimiento.
- Que acudieron con regularidad los días que fueron citados a su rehabilitación.

7.1.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Con capacidades especiales.
- Hiperactivos.
- Aquellos que estuvieron en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.
- Aquellos que presentaron dolor en la cita de inicio de rehabilitación.
- Aquellos que fueron atendidos por el investigador.
- Aquellos a los que se les realizó tratamiento dental con aislamiento relativo.

7.1.4 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Aquellos que comenzaron con tratamiento médico de tipo psiquiátrico.

8.1 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

8.1.2 DEPENDIENTE: Etapa de desarrollo psicosocial, tratamiento dental, diada madre – hijo, tiempo, técnica de manejo de conducta, Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños (STAIC) y Frankl.

8.1.3 INDEPEDIENTE: Género, Edad.

Variable	Nivel de dependencia	Categoría	Escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Tratamiento estadístico
Género	Independiente	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Diferenciación de un organismo en femenino y masculino	De acuerdo a su sexualidad en femenino o masculino	Porcentaje
Edad	Independiente	Cuantitativa Numérica Discreta	Años	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser humano	Cantidad de años cumplidos al momento del estudio	Media Desviación estándar
Tiempo	Dependiente	Cuantitativa Numérica Discreta	Minutos	Magnitud física con la que se mide la duración o separación de acontecimientos	Duración del tratamiento dental correspondiente al momento del estudio	Media Desviación estándar
Etapa de desarrollo psicosocial	Dependiente	Cualitativa Nominal	Confianza frente a desconfianza Laboriosidad frente a inferioridad	El cambio y la estabilidad en las emociones, la personalidad y las relaciones sociales	Etapa de desarrollo psicosocial en la que se encuentra el paciente de acuerdo a su edad al momento del estudio, según Erikson	Porcentaje
Tratamiento dental	Dependiente	Cualitativa Nominal Policotómica	Tratamientos restaurativos Tratamientos pulpares	Procedimiento dental	Procedimiento dental a realizar al paciente en la consulta correspondiente al momento del estudio	Porcentaje Tablas de contingencia
Diada madre-hijo	Dependiente	Cualitativa Policotómica	Competente Agresivo Ansioso	Relación recíproca e íntima	Relación existente entre madre – hijo al momento del estudio	Porcentaje Tablas de contingencia
Técnica de manejo de conducta	Dependiente	Cualitativa Nominal Policotómica	Aversivas No aversivas No	Introducción planeada a los procedimientos	Técnica conductual usada con el paciente	Porcentajes Tablas de contingencia

			convencionales	terapéuticos	para la realización óptima del tratamiento dental a realizar en la consulta dental al momento del estudio	
Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños (STAIC)	Dependiente	Cualitativa Ordinal	<p>Escala Ansiedad-Estado (20 elementos)</p> <p>Escala Ansiedad-Rasgo (20 elementos)</p>	Escala de ansiedad estado / rasgo	<p>Escala ansiedad-estado, el niño puede expresar “cómo se siente en un momento determinado”;</p> <p>Escala ansiedad-rasgo, el niño puede expresar “cómo se siente en general”</p>	<p>Porcentajes</p> <p>Tablas de contingencia</p>
Escala conductual Frankl	Dependiente	Cualitativa Ordinal	Frankl I, II, III, IV	Escala del comportamiento	Escala del comportamiento que permite de manera rápida y sencilla evaluar la conducta del paciente durante la consulta estomatológica	<p>Porcentaje</p> <p>Tablas de contingencia</p> <p>Wilcoxon</p>

9.1 PROCEDIMIENTO

Se realizó una entrevista por parte del investigador con los padres del niño, y se les dio una explicación de forma verbal y detallada sobre el estudio y la importancia de la participación de su hijo(a) así como las ventajas que dicha participación aportará al estudio; de igual manera se les entregó un consentimiento informado en el cual se les explicó de las técnicas de manejo de conducta usadas en estomatología pediátrica (Anexo 5) y se pidió el asentimiento por parte del niño. Se separaron a los niños en dos grupos (niños y niñas) y se les ubicó en su respectiva etapa de desarrollo psicosocial, se observó la relación madre-hijo; para obtener la autoevaluación ansiedad estado-rasgo para la medición del nivel de ansiedad se usó el cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños (STAIC) (Anexo 6). Además el investigador aplicó un cuestionario al estomatólogo pediatra, se observó la conducta y su manejo en el niño. Se realizó la exploración clínica para determinar los tratamientos a realizar, se llevó un control de la evolución de acuerdo a la técnica de manejo de conducta empleada durante el tratamiento dental (Anexo 4). Fueron registradas tres mediciones del nivel de ansiedad en el niño, se les aplicó la escala de medición del nivel de ansiedad en la primera cita de inicio de rehabilitación, a la mitad y al finalizar el tratamiento cuando éste fue dado de alta (todas las encuestas fueron aplicadas al finalizar la respectiva cita).

10.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó con el paquete estadístico SPSS v. 22; estadística descriptiva para las variables independientes de edad y género, y para las variables dependientes tiempo, diada madre – hijo, técnicas de manejo de conducta, nivel de ansiedad estado – rasgo; se utilizó tablas de contingencia para la escala conductual de Frankl, técnicas de manejo de conducta, tratamiento dental y finalmente Wilcoxon para la escala conductual de Frankl.

11.1 RESULTADOS

Se realizó un estudio en 30 pacientes de 7 a 11 años de edad, que asistieron por primera vez a la clínica de Estomatología Pediátrica de la Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FEBUAP) en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2014. Se realizó el cuestionario STAIC y el tratamiento a realizar, se midió la escala conductual de Frankl tanto la inicial como la final, así como la técnica de manejo de conducta, 30 sujetos en la primera cita, de los cuales 20 asistieron a la cita intermedia y 14 a la cita final.

En el cuadro 1. Se puede observar la distribución de los sujetos de estudio de acuerdo al género y la edad. De manera general, la media de edad fue de 8.47 ± 1.22 años, así como una mayor participación del género femenino.

Cuadro 1. Características de la población de estudio.

Género	Edad	n	%
Femenino	7	4	23.5
	8	3	17.6
	9	5	29.4
	10	4	23.5
	11	1	5.9
Total		17	100
Masculino	7	4	30.8
	8	5	38.5
	9	3	23.1
	10	--	--
	11	1	7.7
Total		13	100
Mínimo Máximo Media DE			
Edad	7	11	8.47 1.224

Fuente: propia n= 30

De acuerdo a la Teoría Psicoanalítica de Erikson sobre el Desarrollo Psicosocial, todos los sujetos se encontraron en la etapa “Laboriosidad versus Inferioridad” situados por la edad en la que se encontraron en el momento del estudio. (Cuadro 2).

Cuadro 2. Etapa de desarrollo psicosocial.

	n	%
Laboriosidad frente a inferioridad	30	100
Total	30	100

Fuente: propia n= 30

La madre como base fundamental en la misma, es la responsable de contener los miedos y ansiedades del niño; hubo un predominio importante de la diada madre – hijo competente en la mitad de los sujetos de estudio; en el género femenino se presentó en mayor porcentaje la diada competente, lo que resulta ideal para utilizar las técnicas de manejo de conducta en estomatología pediátrica (Cuadro 3).

Cuadro 3. Diada madre –hijo general y por género.

	General		Femenino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%
Competente	15	50	9	52.9	6	46.2
Agresiva	6	20	4	23.5	2	15.4
Ansiosa	9	30	4	23.5	5	38.5
Total	30	100	17	100	13	100

Fuente: propia n= 30

La diada competente se presentó en mayor número de sujetos a la edad de ocho y nueve años, ésta es la ideal para la utilización de las técnicas de manejo de conducta; por el contrario, a los siete y ocho años se presentó con igual número de sujetos la diada agresiva y ansiosa respectivamente (Cuadro 4).

Cuadro 4. Diada madre – hijo por edad.

Edad	Diada madre - hijo	n %	
		n	%
7	Competente	3	37.5
	Agresiva	4	50
	Ansiosa	1	12.5
8	Competente	4	50
	Agresiva	--	--
	Ansiosa	4	50
9	Competente	4	50
	Agresiva	1	12.5
	Ansiosa	3	37.5
10	Competente	2	50
	Agresiva	1	25
	Ansiosa	1	25
11	Competente	2	100
	Agresiva	--	--
	Ansiosa	--	--
Total		30	100

Fuente: propia n= 30

En la escala Ansiedad – Estado (A-E), STAIC el niño puede expresar “cómo se siente en un momento determinado” e intenta apreciar estados transitorios de ansiedad. La medida A-E resulta útil como indicador del nivel de ansiedad transitoria experimentada por los niños en la consulta de estomatología pediátrica como una medida de la efectividad de los procedimientos de desensibilización y condicionamiento opuesto en terapias de conducta. En el cuadro 5, se observó de manera general niveles de ansiedad bajos en las tres mediciones realizadas, mayor porcentaje niveles de ansiedad – estado baja durante las tres mediciones en el género femenino, esto muestra la efectividad de las técnicas de manejo de

conducta utilizadas en estomatología pediátrica; sin embargo, el género masculino presentó en la tercera medición niveles de ansiedad – estado alta en mayor porcentaje.

Cuadro 5. Niveles de Ansiedad – Estado, STAIC por género.

		Primera medición		Segunda medición		Tercera medición	
		n	%	n	%	n	%
Válidos		30	100	20	66.7	14	46.7
No válidos		--	--	10	33.3	16	53.3
Femenino	Baja	8	47.1	8	47.1	5	29.4
	Moderada	6	35.3	1	5.9	4	23.5
	Alta	3	17.6	3	17.6	--	--
Masculino	Baja	4	30.8	1	7.7	1	7.7
	Moderada	5	38.5	5	38.5	1	7.7
	Alta	4	30.8	2	15.4	3	23.1
Total		30	100	30	100	30	100

Fuente: propia n=30

Con la escala Ansiedad – Rasgo (A-R), STAIC el niño puede indicar “cómo se siente en general”. La medida A-R, intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre los niños en tendencia a mostrar estados de ansiedad. En el cuadro 6, de manera general en la población de estudio se observó niveles de ansiedad moderada, mayor porcentaje de niveles de ansiedad – rasgo moderada durante las tres mediciones en el género femenino, esto indica cómo se sienten de manera general en su vida diaria y resultó valioso como medida de la efectividad de tratamientos de manejo de conducta diseñados para reducir la ansiedad en niños en la consulta estomatológica.

Cuadro 6. Niveles de Ansiedad – Rasgo, STAIC por género.

		Primera medición		Segunda medición		Tercera medición	
		n	%	n	%	n	%
Válidos		30	100	20	66.7	14	46.7
No válidos		--	--	10	33.3	16	53.3
Femenino	Baja	1	5.9	--	--	1	5.9
	Moderada	10	58.8	8	47.1	5	29.4

	Alta	6	35.3	4	23.5	3	17.6
Masculino	Baja	2	15.4	--	--	1	7.7
	Moderada	9	69.2	4	30.8	2	15.4
	Alta	2	15.4	4	30.8	2	15.4
Total		30	100	30	100	30	100

Fuente: propia n=30

En el cuadro 7, se observó en la medida ansiedad – estado baja mayores porcentajes de manera general en las diferentes edades, sin embargo, en las tres mediciones realizadas se observaron más altos porcentajes a la edad de ocho y nueve años; esto es un indicador de la efectividad de las técnicas de manejo de conducta.

Cuadro 7. Niveles de Ansiedad – Estado, STAIC por edad.

Edad		Primera medición		Segunda medición		Tercera medición	
		n	%	n	%	n	%
7	Baja	3	37.5	1	12.5	--	--
	Moderada	2	25	2	25	--	--
	Alta	3	37.5	1	12.5	1	12.5
8	Baja	3	37.5	3	37.5	2	25
	Moderada	2	25	2	25	2	25
	Alta	3	37.5	2	25	1	12.5
9	Baja	3	37.5	2	25	2	25
	Moderada	4	50	1	12.5	1	12.5
	Alta	1	12.5	1	12.5	--	--
10	Baja	2	50	2	50	1	25
	Moderada	2	50	--	--	2	50
	Alta	--	--	1	25	--	--
11	Baja	1	50	1	50	1	50
	Moderada	1	50	1	50	--	--
	Alta	--	--	--	--	1	50
Total		30	100	20	100	14	100

Fuente: propia n= 30

En el cuadro 8, se observó en la medida ansiedad – rasgo moderada en mayores porcentajes a la edad de ocho años a lo largo de las tres mediciones que se realizaron en el estudio.

Cuadro 8. Niveles de Ansiedad – Rasgo, STAIC por edad.

Edad		Primera medición		Segunda medición		Tercera medición	
		n	%	n	%	n	%
7	Baja	2	25	--	--	1	12.5
	Moderada	1	12.5	1	12.5	--	--
	Alta	5	62.5	3	37.5	--	--
8	Baja	--	--	--	--	--	--
	Moderada	7	87.5	5	62.5	2	25
	Alta	1	12.5	2	25	3	37.5
9	Baja	--	--	--	--	1	12.5
	Moderada	6	75	1	12.5	--	--
	Alta	2	25	3	37.5	2	25
10	Baja	1	25	--	--	--	--
	Moderada	3	75	3	75	3	75
	Alta	--	--	--	--	--	--
11	Baja	--	--	--	--	--	--
	Moderada	2	100	2	100	2	100
	Alta	--	--	--	--	--	--
Total		30		20		14	

Fuente: propia n= 30

Los psicólogos usan el término “modificación de la conducta” para definir el proceso de alterar un comportamiento individual hacia un ideal deseado; se basa en una introducción planeada a los procedimientos terapéuticos, para preparar gradualmente al niño a que acepte el tratamiento de un modo relajado y cooperador. En el cuadro 9, se puede observar de manera general en mayor porcentaje el uso de la técnica de manejo de conducta decir – mostrar – hacer como la más utilizada para la modificación de la conducta.

Cuadro 9. Técnicas de manejo de conducta.

Técnica de manejo de conducta	Cita inicial		Cita intermedia		Cita final	
	n	%	n	%	n	%
Válidos	30	100	20	66.7	14	46.7
No válidos	--	--	10	33.3	16	53.3
Audiovisual, control de voz	1	3.3	1	3.3	1	3.3
Decir-mostrar-hacer, audiovisual	2	6.7	2	6.7	2	6.7
Decir-mostrar-hacer, desensitización	1	3.3	--	--	--	--
Decir-mostrar-hacer	17	56.7	10	33.3	8	26.7
Refuerzo positivo	1	3.3	1	3.3	1	3.3
Decir-mostrar-hacer, control de voz	2	6.7	--	--	--	--
Decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo	5	16.7	5	16.7	2	6.7
Audiovisual, control de voz, decir-mostrar-hacer	1	3.3	1	3.3	--	--
Total	30	100	30	100	30	100

Fuente: propia n= 30

En el cuadro 10, se observó que la técnica de manejo de conducta más utilizada, en los dos géneros fue decir – mostrar - hacer a lo largo de las tres mediciones realizadas en el estudio.

Cuadro 10. Técnicas de manejo de conducta por género.

Técnica de manejo de conducta	Cita inicial		Cita intermedia		Cita final	
	n	%	n	%	n	%
Válidos	30	100	20	66.7	14	46.7
Femenino	No válidos					
	--	--	5	29.4	8	47.1
	Audiovisual, control de voz					
	--	--	--	--	1	5.9
	Decir – mostrar – hacer, audiovisual					
	1	5.9	1	5.9	1	5.9
	Decir – mostrar – hacer, desensitización					
	1	5.9	--	--	--	--
	Decir – mostrar – hacer					
	9	52.9	6	35.3	5	29.4
	Refuerzo positivo					
	1	5.9	1	5.9	1	5.9
	Decir – mostrar – hacer, control de voz					
	2	11.8	--	--	--	--
	Decir – mostrar – hacer, refuerzo positivo					
	2	11.8	3	17.6	1	5.9
	Audiovisual, control de voz, decir – mostrar - hacer					
	1	5.9	1	5.9	--	--
Total	17	100	17	100	17	100

Masculino	No válidos			5	38.5	8	61.5
	Audiovisual, control de voz	1	7.7	1	7.7		
	Decir – mostrar – hacer, audiovisual	1	7.7	1	7.7	1	7.7
	Decir – mostrar – hacer, desensitización	--	--	--	--	--	--
	Decir – mostrar – hacer	8	61.5	4	30.8	3	23.1
	Refuerzo positivo	--	--	--	--	--	--
	Decir – mostrar – hacer, control de voz	--	--	--	--	--	--
	Decir – mostrar – hacer, refuerzo positivo	3	23.1	2	15.4	1	7.7
	Audiovisual, control de voz, decir – mostrar - hacer	--	--	--	--	--	--
	Total	13	100	13	100	13	100

Fuente: propia n= 30

En el cuadro 11, se confirmó que la técnica más utilizada es decir – mostrar – hacer a lo largo de las tres mediciones en las diferentes edades de los sujetos de estudio, sin embargo, se muestra con mayor porcentaje de uso a la edad de nueve años; esta técnica es seguida en uso con decir – mostrar – hacer en conjunto con refuerzo positivo que muestra su mayor porcentaje a los ocho años de edad en las tres mediciones realizadas.

Cuadro 11. Técnicas de manejo de conducta por edad.

Técnicas de manejo de conducta	Edad	Cita inicial		Cita intermedia		Cita final	
		n	%	n	%	n	%
Válidos		30	100	20	66.7	14	46.7
No válidos				10	33.3	16	53.3
Audiovisual, control de voz	7	1	12.5	1	12.5	--	--
	8	--	--	--	--	--	--
	9	--	--	--	--	--	--
	10	--	--	--	--	1	25
	11	--	--	--	--	--	--
Decir – mostrar – hacer, audiovisual	7	1	12.5	1	12.5	1	12.5
	8	1	12.5	1	12.5	1	12.5
	9	--	--	--	--	--	--
	10	--	--	--	--	--	--
	11	--	--	--	--	--	--

Decir – mostrar – hacer, desensitización	7	--	--	--	--	--	--
	8	--	--	--	--	--	--
	9	1	12.5	--	--	--	--
	10	--	--	--	--	--	--
	11	--	--	--	--	--	--
Decir – mostrar -hacer	7	4	50	1	12.5	--	--
	8	4	50	3	37.53	3	37.5
	9	6	75	4	50	3	37.5
	10	1	25	--	--	--	--
	11	2	100	2	100	2	100
Refuerzo positivo	7	--	--	--	--	--	--
	8	--	--	--	--	--	--
	9	--	--	--	--	--	--
	10	1	25	1	25	1	25
	11	--	--	--	--	--	--
Decir – mostrar – hacer, control de voz	7	1	12.5	--	--	--	--
	8	1	12.5	--	--	--	--
	9	--	--	--	--	--	--
	10	--	--	--	--	--	--
	11	--	--	--	--	--	--
Decir – mostrar – hacer, refuerzo positivo	7	1	12.5	1	12.5	--	--
	8	2	25	3	37.5	1	12.5
	9	1	12.5	--	--	--	--
	10	1	25	1	25	1	25
	11	--	--	--	--	--	--
Audiovisual, control de voz, decir – mostrar - hacer	7	--	--	--	--	--	--
	8	--	--	--	--	--	--
	9	--	--	--	--	--	--
	10	1	25	1	25	--	--
	11	--	--	--	--	--	--
Total							

Fuente: propia n= 30

Una parte esencial de la modificación de la conducta es definir una serie de pasos en el camino al comportamiento ideal deseado, y entonces avanzar paso a paso al objetivo. Se han desarrollado diferentes sistemas de clasificación de manejo de conducta, Frankl desarrolló una escala que clasifico en cuatro conductas. En el cuadro 12, se puede observar que de manera general al inicio de cada una de las consultas se presentó un Frankl III y al finalizarlas, se presentó un Frankl IV.

Cuadro 12. Escala conductual Frankl.

Frankl	Primera medición				Segunda medición				Tercera medición			
	Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Válidos	30	100			20	66.7			14	46.7		
No válidos					10	33.3			16	53.3		
I	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
II	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
III	20	66.7	8	26.7	14	46.7	4	13.3	9	30	3	10
IV	10	33.3	22	73.3	6	20	16	53.3	5	16.7	11	36.7
Total	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100

Fuente: propia n= 30

En el cuadro 13, se observó con la prueba de Wilcoxon, que los resultados fueron estadísticamente significativos en las tres diferentes mediciones de la escala Frankl.

Cuadro 13. Prueba de Wilcoxon.

Significancia	Primera medición		Segunda medición		Tercera medición	
	Frankl inicial – Frankl final		Frankl inicial – Frankl final		Frankl inicial – Frankl final	
p=		.000		.002		.014

Fuente: propia n= 30

En el cuadro 14, se observó que se presentó en mayor número un Frankl III al inicio de cada consulta a los ocho años, así mismo, en esta misma edad se observó la mejoría de conducta a un Frankl IV al finalizar cada una de las consultas, esto en comparación de las demás edades de los sujetos de estudio.

Cuadro 14. Escala conductual Frankl por edad.

Edad	Frankl	Primera medición				Segunda medición				Tercera medición			
		Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Válidos		30	100			20	66.7			14	46.7		
No válidos						10	33.3			16	53.3		
7	I	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	II	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	III	5	62.5	3	37.5	3	37.5	1	12.5	--	--	--	--
	IV	3	37.5	5	62.5	1	12.5	3	37.5	1	12.5	1	12.5
8	I	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	II	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	III	7	87.5	2	25	6	75	1	12.5	5	62.5	1	12.5
	IV	1	12.5	6	75	1	12.5	6	75	--	--	4	50
9	I	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	II	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	III	5	62.5	1	12.5	2	25	--	--	1	12.5	--	--
	IV	3	37.5	7	87.5	2	25	4	50	2	25	3	37.5
10	I	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	II	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	III	1	25	--	--	1	25	--	--	1	12.5	--	--
	IV	3	75	4	100	2	50	3	75	2	50	3	75
11	I	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	II	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	III	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100
	IV	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Total		30	100	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100

Fuente: propia n= 30

En el cuadro 15, se observó que en el género femenino se presentó en mayor número un Frankl III al inicio de cada consulta, así mismo, se observó la mejoría de conducta a un Frankl IV al finalizar cada una de las consultas, esto en comparación del género masculino.

Cuadro 15. Escala conductual Frankl por género.

Género	Frankl	Primera medición				Segunda medición				Tercera medición			
		Inicial		Final		Inicial		Final		Inicial		Final	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Válidos		30	100			20	66.7			14	46.7		
Femenino	No válidos					5	29.4	5	29.4	8	47.1	8	47.1
	I	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	II	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	III	12	70.6	6	35.3	8	47.1	3	17.6	5	29.4	2	11.8
	IV	5	29.4	11	64.7	4	23.5	9	52.9	4	23.5	7	41.2
Total		17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100
Masculino	No válidos					5	38.5	5	38.5	8	61.5	8	61.5
	I	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	II	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	III	8	61.5	2	15.4	6	46.2	1	7.7	4	30.8	1	7.7
	IV	5	38.5	11	84.6	2	15.4	7	53.8	1	7.7	4	30.8
Total		13	100	13	100	13	100	13	100	13	100	13	100

Fuente: propia n= 30

En el cuadro 16, se observó que en la diada madre – hijo competente se presentó un mayor nivel de ansiedad estado moderado en la cita inicial, baja y moderado en la cita intermedia y baja en la cita final; estos resultados comprueban el papel fundamental de la madre para contener las emociones del niño.

Cuadro 16. Diada madre – hijo y nivel de ansiedad estado en cita inicial, intermedia, final.

Nivel de ansiedad estado	Diada madre - hijo						Total	
	Competente	%	Agresiva	%	Ansiosa	%	%	
Cita inicial								
Baja	5	33.3	4	66.7	3	33.3	12	40
Moderada	8	53.3	2	33.3	1	11.1	11	36.7
Alta	2	13.3	0	0	5	55.6	7	23.3
Total	15	100	6	100	9	100	30	100
Cita intermedia								
No válidos	5	33.3	3	50	2	22.2	10	33.3
Baja	4	26.7	2	33.3	3	33.3	9	30

Moderada	4	26.7	1	16.7	1	11.1	6	20
Alta	2	13.3	0	0	3	33.3	5	16.7
Total	15	100	6	100	9	100	30	100
Cita final								
No válidos	8	53.3	5	83.3	3	33.3	16	53.3
Baja	3	20	0	0	3	33.3	6	20
Moderada	2	13.3	1	16.7	2	22.2	5	16.7
Alta	2	13.3	0	0	1	11.1	3	10
Total	15	100	6	100	9	100	30	100

Fuente: propia n= 30

En el cuadro 17, se mostró el procedimiento dental a realizar en la consulta correspondiente al momento del estudio, los tratamientos dentales con mayor aplicación fueron los de tipo restaurativo en conjunto con sellador de fosetas y fisuras a lo largo de las tres mediciones, seguido de la aplicación de sellador de fosetas y fisuras.

Cuadro 17. Tratamientos dentales.

Tratamiento	Tratamiento cita inicial		Tratamiento cita intermedia		Tratamiento cita final	
	n	%	n	%	n	%
Válidos	30	100	20	66.7	14	46.7
No válidos			10	33.3	16	53.3
Resina restaurativa	2	6.7	1	3.3	2	6.7
Sellador de fosetas y fisuras	6	20	2	6.7	2	6.7
Resina preventiva, sellador de fosetas y fisuras	2	6.7	3	10	1	3.3
Pulpotomía, resina preventiva	1	3.3	--	--	--	--
Resina restaurativa, sellador de fosetas y fisuras	8	26.7	3	10	1	3.3
Pulpectomía, sellador de fosetas y fisuras	1	3.3	1	3.3	--	--
Pulpectomía, resina restaurativa, sellador de fosetas y fisuras	1	3.3	--	--	--	--
Resina preventiva	2	6.7	3	10	1	3.3
Resina restaurativa, resina preventiva, pulpotomía	1	3.3	--	--	--	--
Resina restaurativa, corona de acero cromo	1	3.3	--	--	--	--

Pulpotomía, corona acero cromo	1	3.3	1	3.3	--	--
Resina restaurativa, resina preventiva	4	13.3	1	3.3	2	6.7
Pulpotomía, corona acero cromo, resina preventiva, sellador de fasetas y fisuras	--	--	1	3.3	--	--
Ionómero, resina preventiva, corona acero cromo	--	--	--	--	1	3.3
Pulpotomía, corona acero cromo, sellador de fasetas y fisuras	--	--	1	3.3	1	3.3
Corona acero cromo	--	--	1	3.3	1	3.3
Sellador de fasetas y fisuras, corona acero cromo	--	--	1	3.3	1	3.3
Pulpectomía	--	--	1	3.3	1	3.3
Total	30	100	30	100	30	100

Fuente: propia n= 30

En estomatología pediátrica, una parte esencial de las técnicas de manejo de conducta es lograr una conducta ideal en la cual el paciente se encuentre relajado y cooperador durante el tratamiento operatorio en la consulta estomatológica. En el cuadro 18, se puede observar que la técnica de manejo de conducta más utilizada en la primera medición fue decir – mostrar – hacer en los diferentes tratamientos dentales, un mayor uso se muestra en el tratamiento de resina restaurativa en conjunto con sellador de fasetas y fisuras, seguido de sellador de fasetas y fisuras; en la cita intermedia se puede observar de igual manera que la técnica de manejo de conducta más utilizada fue decir – mostrar – hacer en los diferentes tratamientos dentales con mayor uso en los tratamientos de resina preventiva en conjunto con sellador de fasetas y fisuras, resina restaurativa en conjunto con sellador de fasetas y fisuras, resina preventiva; en la cita final se observó como en las anteriores el mayor uso de la técnica decir – mostrar – hacer en los diversos tratamientos dentales con mayor uso en selladores de fasetas y fisuras.

Cuadro 18. Técnica de manejo de conducta para el tratamiento dental en cita inicial, intermedia y final.

No válido		Técnica de manejo de conducta							Total
		AV, CV	DMH, AV	DMH, DT	DMH R+	DMH, CV	DMH, R+	AV, CV, DMH	
Tratamiento cita inicial									
	R.R.	-	-	-	2	-	-	-	2
	S.F.F.	1	-	-	4	-	1	-	6
	R.P., S.F.F.	-	-	-	1	-	-	1	2
	Po., R.P.	-	-	-	1	-	-	-	1
	R.R., S.F.F.	-	1	-	5	1	-	-	8
	Po., S.F.F.	-	-	-	-	-	-	1	1
	Pu., R.R., S.F.F.	-	1	-	-	-	-	-	1
	R.P.	-	-	-	1	-	-	1	2
	R.R., R.P., Po.	-	-	-	1	-	-	-	1
	R.R., CAC	-	-	1	-	-	-	-	1
	Po., CAC	-	-	-	-	-	-	1	1
	R.R., R.P.	-	-	-	2	-	1	1	4
	Total	1	2	1	17	1	2	5	30
Tratamiento cita intermedia									
	No válidos	10	-	-	-	-	-	-	10
	R.R.	-	-	-	1	-	-	-	1
	S.F.F.	-	1	-	1	-	-	-	2
	Po., CAC, R.P., S.F.F.	-	-	-	-	-	-	1	1
	R.P., S.F.F.	-	-	-	2	-	-	1	3

R.R., S.F.F.	-	-	-	-	2	1	-	-	-	3
Po., S.F.F.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Po., CAC, S.F.F.	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
S.F.F., CAC	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
R.P.	-	-	-	-	2	-	-	1	-	3
Pu.	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Po., CAC	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
CAC	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
R.P., R.R.	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Total	10	1	2	-	10	1	-	5	1	30
Tratamiento cita final										
No válidos	16	-	-	-	-	-	-	-	-	16
R.R.	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
S.F.F.	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
R.P., S.F.F.	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
R.R., S.F.F.	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
I.V., R.P., S.F.F.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Po., CAC, S.F.F.	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
S.F.F., CAC	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
R.P.	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Pu.	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
CAC	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
R.P., R.R.	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Total	16	1	2	-	8	1	-	2	-	30

Fuente: propia n=30

Técnicas de manejos de conducta:

DMH Decir – mostrar – hacer, **AV** Audiovisual, **CV** Control de voz, **R+** Refuerzo positivo, **DT** Desensitización

Tratamientos dentales

R.R. Resina restaurativa, **R.P.** Resina preventiva, **S.F.F.** Sellador de fosetas y fisuras, **I.V.** Ionomero, **Po.** Pulpotomía, **Pu.** Pulpectomía, **CAC** Corona de acero cromo

En el cuadro 19, se observó de manera general, que el promedio de tiempo en minutos fue de 52 ± 15.35 , 51.75 ± 11.73 , 51.33 ± 12.88 para la cita inicial, intermedia y final, respectivamente.

Cuadro 19. Características generales de la duración de los tratamientos dentales.

	Recuento	Promedio	Desviación estándar	Coefficiente de variación	Mínimo	Máximo	Rango
Tiempo cita inicial	30	52	15.35	29.51%	20	90	70
Tiempo cita intermedia	20	51.75	11.73	22.66%	25	75	50
Tiempo cita final	14	51.33	12.88	25.10%	25	70	45
Total	64	51.76	13.56	26.20%	20	90	70

Fuente: propia n= 30

12.1 DISCUSIÓN

La ansiedad dental infantil, es un tema importante ya que supone un problema frecuente en la consulta. La actitud de un niño ante el tratamiento, suele, con demasiada frecuencia dificultar dicho tratamiento, debido a que disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento negativo.

Es importante recordar la diferencia entre ansiedad y miedo; la primera es un respuesta emocional compleja que surge cuando la persona tiene la percepción de una amenaza interna o externa, generalmente no se logra ubicar la procedencia de esta amenaza, por el contrario, el miedo surge cuando la persona ubica la procedencia de la amenaza interna o externa.

En la mayoría de los estudios realizados los test, cuestionarios y escalas que son utilizados no marcan una diferencia en la valoración de miedo y ansiedad, ^{24,26,27} sólo un estudio ha utilizado un cuestionario específico para la medición de niveles de ansiedad.²⁸ En la presente investigación se recalca la importancia de la diada madre – hijo para interactuar de manera positiva y emocional y contener los temores de su hijo, el nivel de desarrollo psicosocial y el grado en que las fantasías y ansiedad del niño están conectadas a la incomodidad del tratamiento dental influyen para el control de la conducta en estomatología pediátrica, esto sustenta a la madre como centro para el desarrollo psicosocial de la teoría de Erikson.

En la presente investigación se coincide con Marcano³¹ y cols., la ansiedad dental infantil disminuye conforme avanza la edad, sin embargo las escalas que se emplearon no son específicas para ansiedad, arrojó en su estudio que a los 6 años se presenta un nivel de ansiedad alto con un 20%, en la Escala de evaluación de miedos dentales 70.9%, donde se tuvo que a los 6, 7 y 8 años destacó un nivel de miedo dental alto entre el 16 – 22% respectivamente; en este estudio se observó que a la edad de 10 y 11 años no se presentan niveles de ansiedad altos en ninguna de las tres mediciones realizadas, expresándose a los 7 y 8 años en mayor porcentaje con 37.5%, 37.5% y 25% en la primera, segunda y tercera cita respectivamente para ambas edades, esto comprueba que conforme avanza la edad disminuyen los niveles de ansiedad.

Con respecto al papel fundamental que juega la madre en la Teoría psicosocial de Erikson, Egozque⁶ y cols., en su estudio encontraron que en niños con ansiedad patológica frente al tratamiento odontológico, éste es vivido como la amenaza de un tercero que ataca la pareja madre-niño. Esta situación frente al tratamiento puede modificarse por la labor en equipo de psicoterapeuta y odontólogo (tratamiento combinado). La utilización del tratamiento combinado odontológico - psicoterapéutico, permite una investigación fructífera de diferentes aspectos inconscientes de la situación odontológica, cuyos resultados pueden ayudar al odontólogo, al manejo adecuado de ansiedades que los pacientes y sus acompañantes manifiestan durante el tratamiento odontológico, y que pueden llevar al fracaso del mismo. En esta investigación no se llevó a cabo un tratamiento combinado como en la investigación realizada por Egozque y cols., sólo se buscó identificar la diada madre – hijo, se tomó como base que la madre es la responsable de contener los miedos y ansiedades de los niños, los resultados que se encontraron fueron que en la diada – madre hijo competente los niveles de ansiedad – estado baja que presentaban los niños de manera general fueron menores con un 33.3% en la primera, 26.7% en la segunda y 20% en la tercera medición respectivamente a los reportados en la diada madre – hijo ansioso en la cual el nivel de ansiedad – estado alta se presentó con un 55.6% en la primera, 33.3% en la segunda y 11.1% en la tercera medición respectivamente; con esto se muestra que la madre juega un papel fundamental en la contención de la ansiedad, miedos y fantasías de los niños, debido a que la diada madre – hijo competente se caracteriza por interacciones emocionales coherentes y positivas con el niño, la madre busca contener los temores y ansiedades y alimenta y fomenta la independencia y las habilidades sociales del niño. Por lo anterior se considera que es importante realizar estudios combinados estomatológico – psicológico y considerarlo como una situación total, en la cual se pueden describir diferentes factores, incluido entre ellos, la diada madre –hijo, la personalidad del estomatólogo pediatra, el uso correcto de las técnicas de modificación de la conducta y la respuesta de la diada madre – hijo al tratamiento dental y psicológico.

La actitud de un niño ante el tratamiento dental, suele, dificultar dicho tratamiento, debido a que disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento negativo. En este estudio se encontró en el género femenino menores niveles de ansiedad , contrario a los resultados mostrados en el estudio de Rivera³² y cols., que mostró que los niveles de

ansiedad del grupo de niñas fue más elevado que el grupo de niños, aunque no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las cuatro medidas que tomaron con escalas no específicas para ansiedad, como ya se ha mencionado las escalas que se ocupan en los estudios mezclan ansiedad y miedo dentro de sus ítems.

La ansiedad dental, el miedo y la evitación de situaciones de atención y tratamiento dental, son un tema importante ya que supone un problema frecuente en la consulta dental. En el estudio realizado por Rodríguez²⁹ y cols., evaluaron el grado de ansiedad en niños, así como los factores presentes en el tratamiento dental que pueden ocasionarla, se coincide con este estudio que es importante relacionar variables obtenidas en distintas escalas de medición, debido a que se han desarrollado numerosas, sin embargo las escalas utilizadas en el estudio de Rodríguez no son específicas para ansiedad en sus ítems al igual que otras utilizadas en los diversos estudios realizados.

El éxito en la práctica odontológica en niños depende no solo de las habilidades técnicas del odontólogo sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación infantil. Se coincide con el estudio realizado por Sánchez³³ y cols., en el uso del cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños (STAIC); sin embargo en el estudio de Sánchez se utilizó la Escala de Valoración del Perfil del Comportamiento y en este estudio se utilizó la Escala de manejo conductual de Frankl. En el estudio de Sánchez y cols., se encontró que la estadística descriptiva no muestra diferencias significativas de ansiedad/estado entre niños y niñas antes de comenzar el tratamiento, pero sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) tras la realización del tratamiento en el grupo de niñas (24.14) y niños (22.43); en contraposición en este estudio sólo se tomó el nivel de ansiedad después de la realización del tratamiento haciendo una regresión al momento del mismo y los resultados obtenidos fueron más significativos para el género femenino en un nivel de ansiedad - estado baja y para el nivel de ansiedad – rasgo moderada para la primera, segunda y tercera medición respectivamente. Las puntuaciones de la escala de comportamiento que encontraron no alcanza valores medios diferentes en uno u otro grupo de sexo, sin embargo en este estudio con la escala conductual de Frankl se encontró que hubo un cambio en la conducta inicial y final en cada una de las citas de manera general, con respecto al género se presentó un cambio significativo en la conducta inicial (Frankl III) y final (Frankl IV) en cada cita destaco con un valor significativo el

género femenino. La ansiedad/estado está fuertemente correlacionada con el comportamiento que presenta un niño durante su tratamiento. Una experiencia dental no traumática es el principal modo de descender la ansiedad en el niño.

Existen diversas técnicas que moderan el comportamiento, que son aplicables durante el tratamiento dental y éstas son desde aversivas (restricción física y mano sobre boca) hasta otras no aversivas (decir-mostrar-hacer, refuerzo, modulación de voz, distracción, modelaje, desensibilización, etc.). Anticipar una buena explicación del uso de las técnicas mejora la aceptación de los padres hacia las mismas. Frankl menciona que las madres de hijos con comportamientos inadecuados y conducta negativa aceptan un tratamiento con medidas físicas restrictivas cuando se les explica previamente su uso. En este estudio se encontró que las técnicas de manejo de conducta más usadas fueron no aversivas en ningún paciente se hizo el uso de técnicas aversivas, de manera general se mostró mayor aplicación en la técnica decir – mostrar – hacer en el género femenino destacó mayor uso respecto al masculino con y a los nueve años de edad en la primera, segunda, tercera cita respectivamente; esto coincide con la literatura en que la técnica mayormente usada es decir – mostrar – hacer.

13.1 CONCLUSIÓN

Es necesario realizar estudios en poblaciones de menor edad con el uso de una escala enfocada exclusivamente a la ansiedad en niños, debido a que los estudios que se han llevado a cabo han sido con escalas que mezclan las emociones de ansiedad y miedo esto con el fin de poder establecer la eficacia de las técnicas de manejo de conducta utilizadas en estomatología pediátrica y permitir una modificación y/o adecuación de las mismas para edades menores. Con los datos presentados en este trabajo, se puede observar que en las edades menores se observan los niveles de ansiedad más altos en la consulta estomatológica y que es de suma importancia la diada madre – hijo como apoyo en el manejo de conducta del paciente.

13.1.2 ALCANCES DEL ESTUDIO.

Se deben realizar estudios en poblaciones de menor edad con el uso de una escala exclusiva de ansiedad dental en niños para establecer la eficacia de las técnicas de manejo de conducta que son utilizadas en esta población. Realizar trabajo en conjunto con psicólogo terapeuta – estomatólogo pediatra – padres - pacientes para la identificación de los niveles de ansiedad y la disminución de los mismos en la consulta estomatológica; considerarlo como una situación total, en la cual se pueden describir diferentes factores, incluido entre ellos, la diada madre –hijo, la personalidad del estomatólogo pediatra, el uso correcto de las técnicas de modificación de la conducta y la respuesta de la diada madre – hijo al tratamiento dental y psicológico.

14.1 ANEXOS.

ANEXO 1.

14.1.2 BIOÉTICA.

El presente trabajo de investigación, está sustentado por la Ley General de Salud y el tratado de Helsinki, además fue evaluado por el Programa de la Maestría en Estomatología Pediátrica de la Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FEBUAP).

Esta investigación se realizó conforme a los principios éticos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud: CIOMS/OMS (2002); y a parámetros de investigación médica manifestados por la Asociación Médica Mundial (World Medical Association: WMA por sus siglas en inglés), WMA (2009), así como también se apega a la Ley General de Salud. La presente investigación no representa un riesgo, motivo por el cual no es requerido un dictamen por parte de la Secretaria de Eseñanza de la Facultad de Estomatología de la BUAP.

Ley general de Salud. Art. 13. En toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Tratado de Helsinki.

- “La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos”.
- “En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador”.
- “La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente

competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento”.

- “Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos (Risks and Burdens) calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público”.
- “Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos, el paciente podrá dejar de participar en el estudio en el momento que él lo decida”.

ANEXO 2.

14.1.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES.

MANEJO DE CONDUCTA.

El manejo de conducta es la disciplina que se enfoca hacia los problemas psicológicos, sociales y de aprendizaje en los niños y adolescentes en cuanto se relacionan a la situación dental.

DESARROLLO.

Aplicada a las ciencias de la conducta, denota los procesos vinculados temporalmente, los cambios progresivos del funcionamiento adaptativo. El termino *desarrollo* se relaciona con el desarrollo sociopsicológico. En este sentido, el desarrollo alude a una interpretación de los cambios constitucionales y aprendidos que conforman la personalidad en constante desarrollo de un individuo.

ANSIEDAD.

Respuesta emocional compleja que surge cuando la persona tiene la percepción de una amenaza interna o externa; generalmente no se logra ubicar la procedencia de esta amenaza.

ANEXO 3.

14.1.4 DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES.

- **ETAPAS DE DESARROLLO PSICOSOCIAL:** Se ubicará al paciente en la etapa de desarrollo psicosocial de acuerdo a su edad en las diferentes etapas propuestas por Erikson.
- **TRATAMIENTO DENTAL:** Se revisará a los pacientes clínicamente para determinar los tratamientos que cada uno requiere, se registrarán los tratamientos a realizar. En cada cita se llevará un control de los tratamientos a realizar.
- **DIADA MADRE – HIJO:** Se observará y registrará la diada madre – hijo.
- **TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA:** Se registrarán y se determinarán las técnicas de manejo de conducta que dan mejores resultados para el adecuado moldeamiento del niño.
- **ANSIEDAD:** Se aplicarán a los pacientes el cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños (STAIC).

ANEXO 5.

14.1.6 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CONSENTIMIENTO INFORMADO CLÍNICA DE ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DE LA BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA.

La que suscribe alumna de la Maestría en Ciencias Estomatológicas con terminal en Pediatría de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, L.E. Iraís Huerta Aguila, se dirige a usted para solicitar su autorización para que su hijo participe en el proyecto de investigación que lleva por título: **“Manejo de ansiedad con técnicas de modificación de la conducta dependiente del desarrollo psicosocial durante el tratamiento dental”** Si usted aceptase que su hijo fuera valorado sin costo alguno, usted conocerá el estadio de desarrollo psicosocial en el cual se encuentra su hijo, mediante un cuestionario que sirve para conocer el nivel de ansiedad que presenta su hijo.

Este procedimiento no tiene carácter lucrativo, ni representa algún tipo de riesgo para su hijo, se realizarán procedimientos que son considerados de mínimo riesgo para su hijo al momento de la valoración dental.

Sin más por el momento, queda de ustedes

L.E. IRAÍS HUERTA AGUILA

Acepto que mi hijo (a) _____

Acepto además que puedo retirar a mi hijo de la investigación en el momento que lo desee.

Nombre de padre o tutor _____

Fecha _____

ANEXO 6.

14.1.7 ESCALA DE ANSIEDAD.

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ANSIEDAD ESTADO-RASGO EN NIÑOS (STAIC).

El Cuestionario de Autoevaluación STAIC tiene como antecedente el test STAI, realizado por Charles D. Spielberger y colaboradores en 1973, inicialmente se diseñó como una herramienta de investigación en el estudio de la ansiedad en escolares de la enseñanza primaria. Está formado por dos escalas independientes de autoevaluación para medir dos aspectos diferenciados: la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo.

La escala A-Estado (A-E) contiene 20 elementos con lo que el niño puede expresar “cómo se siente en un momento determinado”, y la escala A-Rasgo (A-R) comprende también 20 elementos con los que el sujeto puede indicar “cómo se siente en general”.

La medida A-E intenta apreciar estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos (subjetiva y conscientemente percibidos) de aprehensión, tensión y preocupación que fluctúan y varían en intensidad con el tiempo. La medida A-R, por otra parte, intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre los niños en tendencia a mostrar estados de ansiedad.

El investigador puede utilizar la escala STAIC para determinar los niveles actuales de la intensidad de A-E inducida en situaciones experimentales de tensión, o como un índice del nivel de compulsión. La escala A-E puede también resultar útil como un indicador del nivel de ansiedad transitoria experimentada por los niños como una medida de la efectividad de los procedimientos de desensibilización y condicionamiento opuesto en terapias de conducta.

La escala A-R puede ser útil en diseños experimentales para seleccionar niños que varíen en predisposición a la ansiedad, o como un instrumento de discriminación experimental para detectar tendencias comportamentales neuróticas en niños. Puede resultar igualmente valiosa como medida de la efectividad de tratamientos clínicos diseñados para reducir la ansiedad neurótica en niños.

Puede ser aplicada individual y/o colectiva en niños de 9 a 15 años. Es autoaplicable con una duración de la aplicación entre 15 y 20 minutos.^{43, 44, 45}

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ANSIEDAD ESTADO-RASGO EN NIÑOS

Apellidos y nombre	<input type="text"/>		
Edad	<input type="text"/>	Sexo: <input type="radio"/> Varón <input type="radio"/> Mujer	Fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Centro	<input type="text"/>	Curso	<input type="text"/>
Otros datos	<input type="text"/>		

A-E		Nada	Algo	Mucho
	A continuación encontrarás unas frases que se utilizan a menudo para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y rodea la puntuación (1, 2 ó 3) que diga mejor CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta rodeando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras AHORA.			
1	Me siento calmado	1	2	3
2	Me siento inquieto	1	2	3
3	Me siento nervioso	1	2	3
4	Me encuentro descansado	1	2	3
5	Tengo miedo	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Estoy preocupado	1	2	3
8	Me encuentro satisfecho	1	2	3
9	Me siento feliz	1	2	3
10	Me siento seguro	1	2	3
11	Me encuentro bien	1	2	3
12	Me siento molesto	1	2	3
13	Me siento agradablemente	1	2	3

14	Me encuentro atemorizado	1	2	3
15	Me encuentro confuso	1	2	3
16	Me siento animoso	1	2	3
17	Me siento angustiado	1	2	3
18	Me encuentro alegre	1	2	3
19	Me encuentro contrariado	1	2	3
20	Me siento triste	1	2	3

A-R	A continuación encontrarás unas frases que se utilizan a menudo para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y rodea la puntuación (1, 2 ó 3) que diga mejor CÓMO TE SIENTES EN GENERAL , no sólo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta rodeando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras GENERALMENTE .	Casi nunca	A veces	A menudo
21	Me preocupa cometer errores	1	2	3
22	Siento ganas de llorar	1	2	3
23	Me siento desgraciado	1	2	3
24	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
25	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
26	Me preocupo demasiado	1	2	3
27	Me encuentro molesto	1	2	3
28	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
29	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
30	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
31	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
32	Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
33	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
34	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3

35	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
36	Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
37	Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
38	Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
39	Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
40	Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Maier HJ. Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. 1ª ed. Argentina: Amorrortu editores; 1991. p. 37-110.
- ² Papalia DE., Wendkos OS., Duskin FR. Desarrollo Humano. 9ª ed. México, D.F.: McGraw Hill; 2007. p. 32-388.
- ³ Watson RI., Clay LH. Psicología del niño y el adolescente. 1ª ed. México, D.F.: Limusa; 1991. p. 162-174.
- ⁴ Magnusson BO. Odontopediatria. Enfoque sistemático. 1ª ed. Barcelona, España: Salvat Editores, S.A: 1985. p. 33-46.
- ⁵ Freeman R. A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2007; 17: 407-418.
- ⁶ Egouzcue MI., Saimovici E., Nejamkis J., Navarro JB., Vega S., Touson S., et al. Aporte del tratamiento combinado odontológico – psicológico al estudio del aspecto inconsciente de la atención odontopediátrica. *Rev. Asoc. Odont. Argent. Ene – Dic 1971; 59 (1-12): 22-6.*
- ⁷ Andlaw RJ., Rock WP. Manual de Odontopediatria. 3ª ed. México, D.F.: Interamericana McGraw – Hill; 1994. p. 19-30.
- ⁸ American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *AAPD*. 2011; 36 (6): 179-191.
- ⁹ Pinkham JR., D.D.S, M.S. Odontología Pediátrica. 3ª ed. México, D.F.: McGraw – Hill Interamericana; 2001. p. 385-403.
- ¹⁰ Bathia S., Chadwick B. Behaviour Management of anxious children. *Dental Nursing*, Feb 2010; 6(2): 88-92.
- ¹¹ Abanto JA, Rezende KMPC, Bönecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Rev Estomatol Herediana*. 2010; 20(2):101-106.
- ¹² Marwah N., Prabhakar AR., Raju OS. Music distraction – its efficacy in management of anxious pediatric dental patients. *J Indian Soc Pedod Dent*. 2005: 168 – 170.
- ¹³ Aitken JC., Wilson S., Cury D., Moursi MA. The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients. *Pediatric Dentistry*. 2012; 24 (2): 114 – 118.
- ¹⁴ Gómez SR., Durán AL., Cabra SL., Pinzón VC., Rodríguez BN. Musicoterapia para el control de ansiedad odontológica en niños con Síndrome de Down. *Hacia la promoción de la Salud*. 2012; 17 (2): 13-24.
- ¹⁵ Peretz B., Bercovich R., Blumer S. Using elements of hypnosis prior to or during pediatric dental treatment. *Pediatric Dentistry*. 2013; 35 (1): 33 – 36.
- ¹⁶ Moore R., Abrahamsen R., Brodsgaard I. Hypnosis compared with group therapy and individual desensitization for dental anxiety. *Eur J Oral Sci*. 1996; 104: 612 – 618.
- ¹⁷ Cruz CM., Díaz-Pizán M. La música como método alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. *Rev Estomatol Herediana*. 2005; 15 (1): 46 – 49.

-
- ¹⁸ Ram D., Shapira J., Holan G., Magorra F., Cohen S., Davidovich E. Audiovisual video eyeglass distraction during dental treatment in children. *Quintessence Int.* 2010; 41 (8): 673–679.
- ¹⁹ Magora F., Cohen S., Ram D. Audiovisual iatrosedation with virtual eyeglasses distraction during dental treatment in children. *Quintessence Int.* 2010; 3 (3): 133 – 136.
- ²⁰ Cadavid P., Giaino C., Cárdenas J. Eficacia de la Técnica de modelado con video preoperatorio en pacientes de 4 a 6 años de edad. *Revista CES odontológica.* 1999; 12 (1): 36- 40.
- ²¹ Prabhakar A., Marwah N., Raju O. A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent.* 2007; 25 (4): 177–182.
- ²² Pardo K., Díaz M., Villegas L., Bernabé E. Efecto del extracto etanólico de *Melissa officinalis* (toronjil) en la modificación de la conducta del niño ansioso en la consulta dental. *Rev Estomatol Herediana.* 2009; 19 (2): 91–95.
- ²³ Ayala E. Manejo conductual, dolor, miedo, ansiedad y estrés en la práctica odontopediátrica. *Odonto Pediatría Actual.* 2013; 2 (6): 24–28.
- ²⁴ Quiroz TJ., Melgar HR. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. *Rev. Estomatol Herediana.* 2012; 22 (2): 129–136.
- ²⁵ Núñez B., Pérez M., Trejo M., Zuñiga A., Romo G., Copca J., et cols. Actitud y aceptación de los padres hacia las técnicas de manejo de comportamiento utilizadas en odontopediatría. *Odontologo moderno.* Nov 2010; 8-10.
- ²⁶ Finn, et al. *Odontología pediátrica.* Ed. Interamericana 1998: 120-140.
- ²⁷ Guanabara, K., et al. Aspectos legales y éticos del Consentimiento informado en la atención médica en México. *Patol Clin México.* 2001: 03-10.
- ²⁸ López I. Aspectos legales y éticos del Consentimiento Informado en la atención médica en México. *Rev Méx Patol Clin Mar* 2001, 48 (1): 03 -6.
- ²⁹ Nava AV., Fragoso RR. Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual; explicación del procedimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental. *Revista Odontológica Mexicana.* 2012; 16 (4): 242 – 251.
- ³⁰ Alcantará V., Méndez E., Calva J., López M., Azcona G. Utilización del consentimiento informado por odontopediatras en la ciudad de México. *Revista ADM,* 2004; LXI (1): 35-38.
- ³¹ Venham L., Gaulin-Kremer E. A self-report measure of situational anxiety for young children. *Pediatric Dentistry.* 1979; 1 (2): 91-96.
- ³² Klingberg G., Broberg A. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2007; 17: 391-406.
- ³³ Carballo J. Clasificación de trastornos de ansiedad en el paciente odontológico: una propuesta. *Revista ADM.* 1997; LIV (4): 207-214.

-
- ³⁴ Krahn N., García A., Gómez L, Astié F. Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión. *Fundamentos en Humanidades*. 2011; XII (23): 213-222.
- ³⁵ Caycedo C., Cortés O., Gama R., Rodríguez H., Colorado P., Caycedo M., et al. Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma Psicológica*. 2008; 15 (1): 259-278.
- ³⁶ Hmud R., Walsh MJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *J Minim Interv Dent*. 2009; 2 (1): 237-248.
- ³⁷ Rojas G., Harwardt P., Sassenfeld A., Molina Y., Herrera A., Ríos M., et al. Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental. *Acta Odontológica Venezolana*, 2011; 49(4): 1-9.
- ³⁸ Rodríguez N., Olmo R., Mourelle R., Gallardo N. Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. *Gaceta Dental*. Sept 2008; 195: 150-163.
- ³⁹ Alberts I. Management of pain and anxiety in the paediatric patient. *SAAD Digest*. Jan 2009; 25: 22-28.
- ⁴⁰ Marcano A., Figueredo A., Orozco G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. *Revista de odontopediatría Latinoamericana*. Jul-Dic 2012; 2 (2): 65-71.
- ⁴¹ Rivera I, Fernández A. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2005; 37 (3): 461-475.
- ⁴² Sánchez F., Toledano M., Osorio R. Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento. *Avances en odontoestomatología*. 2004; 20 (4): 199-206.
- ⁴³ Spielberg C.D., Edwards C.D., Lushene R.E., Montuori J., Platzek D. "STAIC, Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños". Dpto. I+D de TEA Ediciones, S.A., Madrid. 1989. 4ª ed. Madrid: TEA ediciones, S.A.; 2009.
- ⁴⁴ Muris P., Merckelbach H., Ollendick T., King N., Bogie N. Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*. 2002; 40: 753-772.
- ⁴⁵ Castrillón D., Borrero P. Validación del inventario de ansiedad estado – rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta Colombiana de Psicología*. 2005; 13: 79-90.