

AUTORA: Mg. Esp. María José Levalle
DIRECTORA: Prof. Dra. Marta Rimoldi

DOCTORADO EN ODONTOLOGIA | 2023

Valoración de la ansiedad y la conducta del niño frente a la situación odontopediátrica y su relación con la ansiedad de la figura parental acompañante.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

TESIS DE DOCTORADO

Valoración de la ansiedad y la conducta del niño frente a la situación odontopediátrica y su relación con la ansiedad de la figura parental acompañante.

Doctoranda: Mg. Esp. María José Levalle

Directora: Prof. Dra. Marta Lidia Rimoldi



2023

Dedicado:

A mi estrella más brillante,
mi abuela.

Agradecimiento:

A las Autoridades de la Facultad que nos incentivan a formarnos de manera continua, nos brindan la posibilidad de crecer en la docencia, extensión y en la investigación engrandeciendo la profesión.

A la Prof. Dra. Marta Rimoldi por su consejo siempre oportuno, su confianza en mí y sobre todo por acompañarme en cada paso académico sin dudarlo.

A las personas que hicieron posible y acompañaron mi pasantía y trabajo de campo entre ellas la Dra. Lidia Pinola, la Dra. María Laura Passarelli, Telma Mitta, Mariana Dominguez y Virginia Lazo.

A mis compañeros (los que formamos la "familia de la facultad") con los que compartí horas de cursos, en épocas difíciles de Covid, donde prender la compu no era solo sinónimo de aprender sino de reencontrarnos.

A Victoria Fassano por su ayuda incondicional con los números y estadísticas que me enloquecen.

A Leonardo Rica por el diseño de la portada, por su paciencia y colaboración siempre.

Y fundamentalmente a mi familia, en especial a Sebastián por impulsarme a seguir siempre para adelante, y a mis hijos Facundo y Santiago por las horas que les robe para hacer esta carrera.

A todos simplemente GRACIAS

María José



**¿Qué es la investigación, sino una cita a ciegas con el
conocimiento?
(William Harvey)**

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	11
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	16
2.1 LA ODONTOPEDIATRÍA: HISTORIA Y EVOLUCIÓN	16
2.2 EL PSQUISMO INFANTIL	18
2.2.1 SIGNIFICADO PSICOSOCIAL DE LA BOCA	24
2.3 EL DESARROLLO EMOCIONAL Y LAS EMOCIONES	25
2.3.1 LAS EMOCIONES	26
2.3.1.1 Funciones de las emociones	27
2.3.1.2 Teorías de la emoción	28
2.3.1.3 Enfoque de los tres sistemas de la emoción	34
2.4 EL MIEDO	35
2.4.1. EL MIEDO EN EL NIÑO	36
2.4.2 MIEDO AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	37
2.5 ANSIEDAD	38
2.5.1 ANSIEDAD ODONTOLÓGICA O ANSIEDAD DENTAL	41
2.5.1.1 Ansiedad dental en el niño	42
2.5.1.2 Factores que inciden en la génesis de la ansiedad dental del niño	43
2.5.1.3 Factores desencadenantes del proceso de ansiedad	53
2.5.1.4 Diferencias entre ansiedad y miedo dental	54
2.6 LA SITUACIÓN ODONTOLÓGICA EN ODONTOPEDIATRÍA	55
2.6.1 LA PRIMERA VISITA AL ODONTÓLOGO	55
2.6.2 LA TRIADA ODONTOPEDIÁTRICA	56

2.6.2.1 El niño	56
	Pág.
2.6.2.2 Los padres	58
2.6.2.3 El profesional	61
2.6.3 MECANISMO DE TRASFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA	62
2.7 LA CONDUCTA O COMPORTAMIENTO	64
2.7.1 LA CONDUCTA EN ODONTOPEDIATRÍA	65
2.7.2 MANEJO DE LA CONDUCTA EN ODONTOPEDIATRÍA	69
2.8 INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA ANSIEDAD DENTAL	74
2.8.1 INSTRUMENTOS PARA VALORAR LA ANSIEDAD DENTAL EN SU DIMENSIÓN COGNITIVA	77
2.8.1.1 Escala de fis	77
2.8.1.2 Escala de Venham (VPT)	78
2.8.1.3 Escala de ansiedad dental modificada para (MCDAS)	79
2.8.1.4 Escala de la ansiedad dental Corah (C-DAS)	80
2.8.1.5 escala de ansiedad dental modificada MDAS	81
2.8.2 INSTRUMENTOS PARA VALORAR LA ANSIEDAD DENTAL EN SU DIMENSIÓN CONDUCTUAL	82
2.8.2.1 Escala de Frankl	82
2.8.2.2 Escala de Houpt	83
CAPÍTULO 3: OBJETIVOS	85
CAPÍTULO 4: HIPOTESIS DE TRABAJO	86
CAPÍTULO 5: DISEÑO METODOLÓGICO	87
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	87
5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	87
5.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	87
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	87
5.5 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS	88
5.6 VARIABLES DE ESTUDIO	88
5.7 ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO	89

CAPÍTULO 6: RESULTADOS	91
CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN	114
	Pág.
CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES	121
CAPÍTULO 9: BIBLIOGRAFIA	123
CAPÍTULO 10: ANEXOS	143

INDICE DE TRABLAS Y FIGURAS

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: ESCALA DE ANSIEDAD FIS	92
TABLA 2: ESCALA DE COMPORTAMIENTO FRANKL	93
TABLA 3: SCORE TRASMICIÓN DE EXPERIECIAS ODONTOLÓGICAS VS ANSIEDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO	95
TABLA 4: ESCALA DE ANSIEDAD CORAH.....	96
TABLA 5: DATOS GENERALES DE LAS VARIABLES	99
TABLA 6: RELACIÓN ESCALA DE FIS EDAD DEL NIÑO	100
TABLA 7: RELACIÓN ESCALA DE FIS GENERO DEL NIÑO	101
TABLA 8: RELACIÓN ESCALA DE FIS COMPLEJIDAD DE LA PRACTICA	102
TABLA 9: RELACIÓN ESCALA DE FRANKL EDAD DEL NIÑO	103
TABLA 10: RELACIÓN ESCALA DE FRNAKL GENERO DEL NIÑO	104
TABLA 11: RELACIÓN ESCALA DE FRANKL COMPLEJIDAD DE LA PRACTICA	105
TABLA 12: CONDUCTA PREDOMINANTE EN PRÁCTICAS DE BAJA COMPLEJIDAD	106
TABLA 13: CONDUCTA PREDOMINANTE EN PRÁCTICAS DE MEDIA COMPLEJIDAD	107
TABLA 14: CONDUCTA PREDOMINANTE EN PRÁCTICAS DE ALTA COMPLEJIDAD	108
TABLA 15: CORRELACIÓN ENTRE LA ESCALA DE FIS Y FRANKL	109
TABLA 16: RELACIÓN ENTRE ESACALA DE CORAH Y LA COMPLEJIDAD DE LA PRÁCTICA	110
TABLA 17: RELACION ENTRE LA ESCALA DE CORAH Y LA EXPERIENCIA ODONTOLOGICA DE LA FIGURA PARENTAL ...	111
TABLA 18: RELACIÓN ENTRE FIS Y CORAH	112

INDICE DE FIGURAS:

	Pág.
Figura 1: GENERO DEL NIÑO	91
Figura 2: EDAD DEL NIÑO	91
Figura 3: ESCALA DE FIS	92
Figura 4: ESCALA DE COMPORTAMIENTO DE FRANKL	93
Figura 5: GENERO DE LA FIGURA PARENTAL	94
Figura 6: VINCULO DEL NIÑO CON LA FIGURA PARENTAL	94
Figura 7: EDAD DE LA FIGURA PARENTAL	94
Figura 8: EXPERIENCIA ODONTOLOGICA DE LA FIGURA PARENTAL	94
Figura 9: COMPORTAMIENTO DEL NIÑO SEGÚN LA TRASMICIÓN DE LA EXPERIENCIA ODONTOLOGICA DE LA FIGURA PARENTAL	95
Figura 10: ANSIEDAD DEL NIÑO SEGÚN LA TRASMICIÓN DE LA EXPERIENCIA ODONTOLOGICA DE LA FIGURA PARENTAL	95
Figura 11: ESCALA DE CORAH	96
Figura 12: TRATAMIENTOS DE BAJA COMPLEJIDAS	97
Figura 13: TRATAMIENTOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD	97
Figura 14: TRATAMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD	98
Figura 15: RELACIÓN ESCALA DE FIS EDAD DEL NIÑO	100
Figura 16: RELACIÓN ESCALA DE FIS GENERO DEL NIÑO	101
Figura 17: RELACIÓN ESCALA DE FIS COMPLEJIDAD DE LA PRACTICA	102
Figura 18: RELACIÓN ESCALA DE FRANKL EDAD DEL NIÑO	103
Figura 19: RELACIÓN ESCALA DE FRNAKL GENERO DEL NIÑO	104
Figura 20: RELACIÓN ESCALA DE FRANKL COMPLEJIDAD DE LA PRACTICA	105

Figura 21: CONDUCTA PREDOMINANTE EN PRÁCTICAS DE BAJA COMPLEJIDAD	106
Figura 22: CONDUCTA PREDOMINANTE EN PRÁCTICAS DE MEDIA COMPLEJIDAD	107
	Pág.
Figura 23: CONDUCTA PREDOMINANTE EN PRÁCTICAS DE ALTA COMPLEJIDAD	108
Figura 24: CORRELACIÓN ENTRE LA ESCALA DE FIS Y FRANKL	109
Figura 25: RELACIÓN ENTRE LA ESCALA DE CORAH Y LA COMPLEJIDAD DE LA PRACTICA	110
Figura 26: ANSIEDAD DEL PADRE SEGÚN SU EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA.....	111
Figura 27: ANSIEDAD DEL NIÑO EN RELACIÓN A LA ANSIEDAD DE LA FIGURA PARENTAL	113
Figura 28: CONDUCTA DEL NIÑO EN RELACIÓN A LA ANSIEDAD DE LA FIGURA PARENTAL	113

RESUMEN

La ansiedad es una reacción biopsicológica frente a la vida. Tanto la ansiedad como la angustia son experiencias humanas que están presentes en el hombre desde que nace hasta que muere. Cuando la ansiedad se manifiesta frente a la consulta odontológica se denomina ansiedad dental. La literatura afirma que la prevalencia de ansiedad dental en niños varía entre el 3% y el 43% a nivel mundial. La consulta odontológica puede ser percibida como una experiencia agónica que puede influir en el comportamiento de los seres humanos, especialmente en los niños; esto podría deberse a factores como la ansiedad. Cuando la ansiedad frente al tratamiento odontológico genera un comportamiento negativo en el niño, constituye un obstáculo para su atención, pudiendo comprometer de manera severa su salud. El objetivo de este trabajo fue determinar la relación existente entre la ansiedad dental y la conducta del niño, con la ansiedad de la figura parental durante la situación odontopediátrica, así como determinar el tipo de conducta predominante en el niño frente a las diferentes prácticas odontológicas realizadas. La metodología empleada fue la de un estudio analítico descriptivo, no experimental, observacional y transversal sobre 300 niños y figuras parentales. Los resultados indicaron que los niños presentaron en su mayoría ansiedad leve, al igual que las figuras parentales que mostraron baja ansiedad. La conducta predominante fue la positiva, existiendo relación entre el nivel de ansiedad del niño y el de la figura parental acompañante. Así mismo se encontró que existe una asociación entre la ansiedad del niño y la conducta observada, la cual se modifica de conductas negativas a positivas a medida que el niño crece. Si la práctica es de mayor complejidad se observa una conducta menos positiva y mayor ansiedad, no existiendo relación entre la complejidad de la práctica y la ansiedad expresada por la figura acompañante. Por último, el relato de experiencias positivas por parte de la figuras acompañante determinan conductas más favorables y menos niveles de ansiedad en los niños. El conocimiento de esta situación es fundamental para el odontopediatra, que

deberá desplegar las herramientas necesarias para disminuir el nivel de ansiedad de los miembros de la diada y utilizando las técnicas de manejo de la conducta más apropiadas a cada situación clínica, dependiendo de las características singulares de los sujetos de atención, observando sus actitudes, las respuestas emocionales de ellos y trabajando así en el paradigma crítico de salud que entiende a la persona como un ser biopsicosocial.

1.INTRODUCCIÓN

Las emociones son estados afectivos que experimenta el ser humano, es decir reacciones subjetivas al ambiente que vienen acompañadas de cambios orgánicos, fisiológicos y endocrinos, de origen innato. Las principales emociones son la alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y disgusto. La ansiedad es una emoción secundaria relacionada al miedo, es por lo tanto una reacción biopsicológica frente a la vida. Tanto la ansiedad como la angustia son experiencias humanas que están presentes en el hombre desde que nace hasta que muere, ocupando un lugar de privilegio, para bien o para mal, en todo el devenir de su existencia. Para Reyes Carmona “La ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir situaciones que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o perder” ⁽¹⁾.

La teoría de los tres sistemas propuesta por Lang en 1968 se ha convertido en una de las corrientes más populares respecto a la conceptualización, evaluación y tratamiento de la ansiedad ⁽²⁾. Según esta teoría la ansiedad es un constructo multidimensional compuesto por tres componentes que interactúan entre sí (comportamientos, pensamientos y síntomas fisiológicos), es así que la ansiedad es concebida como un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión y activación fisiológica, que se da como respuesta a estímulos internos (pensamientos) y externos (ambientales).

Cuando la ansiedad se manifiesta frente a la consulta odontológica se denomina ansiedad dental. La literatura afirma que la prevalencia de ansiedad dental en la infancia varía entre el 3% y el 43% en los pacientes de diferentes poblaciones ⁽³⁾. “En Sudamérica, los estudios dan cuenta de tasas del 34,7% en preescolares, y del 16% en niños en edad escolar, mostrando a su vez que

los padres de dichos niños también presentan una alta incidencia de ansiedad dental que ronda el 41,1%”⁽⁴⁾.

La ansiedad dental se vivencia dentro de la llamada situación odontológica. Bordoni la define como:

“El conjunto de las realidades cósmicas, sociales e históricas en cuyo seno ha de ejecutar un hombre los actos de su existencia personal. Siempre que se habla de situación, el hecho está inmerso en el tiempo: en una determinada era, un período, una fase, una hora y la situación odontológica no escapa a estas características”⁽⁵⁾.

“Toda situación odontológica es singular, única e irrepetible, pero además es dinámica, y depende de la relación existente entre el paciente y el odontólogo”⁽⁶⁾. En el caso de la situación odontopediátrica, el niño no concurre solo a la consulta sino que lo hace acompañado de una figura parental. El concepto de parental deriva del vocablo latino *parentalis*. Se trata de un adjetivo que refiere a aquello vinculado a los parientes o a los padres. Al hablar de parientes hacemos referencia a dos personas que mantienen una relación de parentesco entre sí como puede ser un vínculo por matrimonio, adopción, consanguinidad, etc.). Los padres, en tanto, son quienes han engendrado o bien ejercen un rol asociado a la paternidad (de cuidado y afecto). Entre el niño, su figura parental y el odontólogo se configura la llamada triada odontológica; dichos sujetos generara un vínculo interpersonal en el cual surge un *feedback* de experiencias vividas, historias y emociones, incluida la ansiedad.

El emergente emocional de una situación en un momento y contexto determinado se exterioriza a través de una conducta. La conducta humana es conceptualizada como un cambio en el organismo que se traduce de alguna forma en un comportamiento observable. Frankl y Wright describieron por primera vez las distintas formas de comportamiento del paciente pediátrico en el consultorio odontológico, clasificándolos en cuatro tipos de acuerdo al grado de respuesta conductual⁽⁷⁾:

- **Tipo I (- -). Definitivamente negativo.** El niño rechaza el tratamiento, grita fuerte, es temeroso, muestra negatividad extrema.
- **Tipo II (-). Negativo.** El niño difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, presenta actitudes negativas y se muestra renuente.
- **Tipo III (+). Positivo.** El niño acepta el tratamiento cautelosamente, muestra voluntad para seguir órdenes.
- **Tipo IV (++) Definitivamente positivo.** El niño presenta buena relación con el odontólogo, se muestra interesado en el tratamiento.

Cuando la ansiedad frente al tratamiento odontológico genera un comportamiento negativo en el niño, este puede constituir un obstáculo para su atención pudiendo comprometer de manera severa su salud. Un paciente ansioso puede amplificar síntomas como la sensación de dolor, generar una prolongación en el tiempo de atención, e incluso impedir la realización de la misma. Esto da como resultado estrés e insatisfacción tanto en el paciente como en el profesional ⁽⁸⁾.

El objetivo de este trabajo fue determinar el nivel de ansiedad desarrollado por el binomio niño - figura parental durante la situación odontopediátrica así como determinar el tipo de conducta predominante en el niño frente a las diferentes prácticas odontológicas realizadas considerando la edad y género.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 LA ODONTOPEDIATRÍA: HISTORIA Y EVOLUCIÓN

*La historia es una filosofía en ejemplos.
Dionisio de Halicarnaso*

“La Odontopediatría es conocida como la especialidad que tiene por objetivo el diagnóstico, la prevención, el tratamiento y el control de los problemas de salud bucal del bebé, el niño y el adolescente; así como la educación sobre salud bucal y la integración de estos procedimientos con otras ramas del área de salud.”⁽⁹⁾

Existen múltiples maneras de nombrar a la Odontopediatría, entre ellas: Paidodoncia, Estomatología pediátrica, Odontología infantil, Odontología pediátrica, todos términos con un denominador común que es el sujeto de atención. Pero ¿Cuándo y cuál es el origen de nuestra rama del saber? Analizar la historia obedece a un interés general del conocimiento, cumple con la función de ayudarnos a comprender el presente. Para Cunha la trayectoria de la profesión odontológica mantiene un paralelismo con el cauce de un río: nació en la Mesopotamia asiática, avanzó hacia el antiguo Egipto, alcanzó el Mediterráneo, cruzó hacia Grecia, y llegó a Roma desde donde se dirigió a la Península Ibérica, luego desembarcó en Francia, Alemania e Inglaterra y atravesó el Océano Atlántico, dispersándose a lo largo de Estados Unidos y el resto de América⁽¹⁰⁾.

Si ponemos el foco de atención en la salud del niño, en la edad antigua el hombre no mostró gran interés por ella. Bajo esta perspectiva durante años los textos tanto de medicina como de odontología no hicieron alusión a la salud

general o bucodental de los niños. Recién en el año 1743 el autor francés Robert Bunon registró por primera vez la preocupación sobre el tema en su libro “Ensayos sobre las enfermedades de los dientes”. Bunon fijó grandes líneas de estudio sobre la prevención y la odontología conservadora. Sus demostraciones y teorías sobre la odontología infantil llevaron a que sea considerado el padre de la odontopediatría moderna ⁽¹¹⁾.

Las primeras asistencias odontológicas de manera regulada en la infancia datan de finales del siglo XVIII, precisamente en el año 1780, cuando John Greenwood, utilizó un modelo de asistencia dental que consistía en cobrar una pequeña tarifa a los niños que eran citados para seguir un tratamiento periódico. Unos años más tarde en 1885 la *British Dental Association* recomienda la odontología escolar obligatoria. En Francia, en 1902, se pone en funcionamiento bajo la dirección de Ernesto Jessen la primera clínica municipal exclusivamente para niños, anexa a la Policlínica Universitaria ⁽¹²⁾.

En América, más precisamente en Nueva York, Estados Unidos, en 1901, se establece la primera clínica de asistencia odontopediátrica que estaría en manos de los miembros de la *Rochester Dental Society*. Unos años más tarde en 1905, George Eastman el hombre más rico e influyente de la ciudad aportó los fondos suficientes para crear una gran clínica de asistencia dental infantil que se convirtió en un centro avanzado de formación de jóvenes licenciados especializados en odontopediatría. En 1913 se crea la primera sociedad científica dedicada a la odontología para niños, fue en Detroit, donde catorce odontólogos formaron el *Pedodontic Study Club* con el objetivo de perfeccionar los conocimientos en el tratamiento dental del niño. En 1924 Hogeboon publica en Estados Unidos el primer libro sobre “Odontología para Niños titulado “*Practical Pedodontia oro Juvenile Operativa Dentistry y Public Health Dentistry,*” En 1927 se funda la Asociación Norteamericana de Odontología Infantil (*American Society of Children’s Dentistry*). En el año 1928 se edita por primera vez *El Journal of Dentistry for Children*, revista científica especializada en odontopediatría ⁽¹³⁾. Ya para el año 1941 la odontopediatría se incluye en el programa de estudios de la carrera de odontología en los Estados Unidos. A la luz de la historia “La odontopediatría se afianzó con la condición de que el niño necesitaba un trato especial” ⁽¹²⁾.

En Argentina en 1951, el Dr. Porter, director de la Revista de Odontología de la Asociación Odontológica Argentina, invita a Enrique Pichon-Riviere y a Arminda Aberastury a presentar una exposición en la inauguración de la especialidad de odontopediatría, el tema disertado fue “Aportaciones del psicoanálisis de niños con trastornos odontológicos”. A partir de allí “La Asociación Psicoanalítica Argentina contribuyó al desarrollo de un corriente psico-odontopediátrica muy enriquecedora” ⁽¹²⁾. El primer antecedente del trabajo en equipo vino de la mano de María Inés Egozcue en la Cátedra de Odontopediatría de la Universidad de Buenos Aires. En el año 1962 gracias a sus aportes y los de la Dra. Aberastury se dejó de utilizar el servicio de anestesia general para la atención rutinaria del paciente niño. Los aportes de la psicología en relación a la comprensión de la conducta de los niños basados en el significado emocional de la zona oral, permitieron una atención menos traumática del paciente pediátrico y el desarrollo de planes de tratamiento en mejores condiciones de salud mental. Bajo esta nueva concepción el ejercicio de la Odontopediatría no puede limitarse únicamente a la ejecución de procedimientos preventivos y curativos sino que debe incluir un correcto desempeño en las áreas psicológicas y de educación, considerando las características de cada niño, la fase de desarrollo en que se encuentre y las circunstancias específicas de cada situación odontológica ⁽⁶⁾.

“El odontopediatra sabe ya, a través de los conocimientos psicodinámicos, las fantasías y ansiedades que puede implicar el solo hecho de abrir la boca y someterla a exploración” ⁽¹²⁾.

2.2 EL PSIQUISMO INFANTIL

*“El niño es un cuerpo que crece y un alma que se desarrolla”
María Montessori*

Durante el crecimiento y desarrollo, el niño atraviesa diversas etapas que lo ayudan a consolidar las bases de su personalidad a partir de la genética heredada por sus padres y de las experiencias vividas. En los primeros años de vida el niño conoce el mundo a través de lo que los adultos que lo rodean le

enseñen de él, absorbiendo conocimientos de manera subjetiva. La infancia es jugar, querer jugar a cada rato, para elaborar las situaciones que se van viviendo; jugar como expresión de fantasías internas, armar teorías y sostener creencias infantiles para tratar de entender los hechos.

El niño presenta ciertas características por naturaleza

Cree que todo gira en torno a él, que su mamá y papá estarán presentes siempre, usa el llanto como lenguaje y el grito como autoafirmación, siente el cuerpo en constante cambio y temen a dichos cambios, juega y a través de juego elaboran situaciones y aprenden, vive en un mundo de fantasías, tiene muy desarrollada la imaginación y a corta edad le da vida a los objetos inanimados ⁽⁶⁾.

Los psicólogos no consideran patológicas ninguna de estas situaciones, debido a que este accionar es propio de los infantes y con el tiempo los niños van adoptando un criterio más real de lo que sucede a su alrededor, dominando sus reacciones y siendo tolerantes. Debido a su actuar inconsciente tienden a desarrollar un impulso primario conocido como instinto, desencadenando experiencias y conocimiento propio; pero no todo puede ser impulso, entonces cuando el niño experimenta las primeras prohibiciones nace la angustia.

Como se dijo, a medida que el niño crece va desarrollando su propia personalidad. El concepto de desarrollo de la personalidad puede describirse como el proceso vital por el que transcurre todo individuo donde se establecen bases y directrices de carácter y comportamiento determinadas, a partir de las cuales se conforman los rasgos, valores y formas de funcionamiento organizado y estable en el tiempo de dicha persona ⁽¹⁴⁾. Psicólogos como Sigmund Freud, Jean Piaget o Lev Vygotsky han intentado explicar los diferentes aspectos del desarrollo humano a través de sus teorías, y aunque no todas son plenamente aceptadas hoy en día, la influencia de sus perspectivas han sido de gran ayuda para comprender cómo crecen, piensan y se comportan los niños. Veamos las principales ideas que se desprenden de cada una de las teorías:

1. **Teoría Psicosexual:** el autor de esta teoría fue Sigmund Freud. Él considera que la conducta y la personalidad son controladas por fuerzas inconscientes basadas en la sexualidad. La teoría psicoanalítica del desarrollo infantil tiende a centrarse en cosas tales como el inconsciente, las pulsiones y la formación del ego. Pese a que sus propuestas no gozan de gran popularidad en la actualidad, pocos dudan de la importancia que los acontecimientos y experiencias de la infancia tienen en el futuro desarrollo del niño. Según Freud, el desarrollo del niño es descrito como una serie de etapas psicosexuales: oral, anal, fálica, de latencia y genital.

2. **Teoría del Conductismo:** “El conductismo es el intento más ambicioso de la psicología de construir un sistema científico estrictamente lógico y objetivo y el proyecto más ilusionado de mejorar con su aplicación eficaz y comprobable la conducta humana.” ⁽¹⁵⁾. Las teorías conductistas fueron importantes porque pusieron énfasis en cómo la interacción de un individuo con su entorno influye en su comportamiento. Tres fueron los principales exponentes de dichas teorías: Ivan Pavlov y John B. Watson como precursores del Condicionamiento Clásico, y B.F. Skinner como padre del Condicionamiento Operante. A pesar de que dichas teorías son importantes en el ámbito del aprendizaje, se ocupan sólo de conductas observables. Por tanto, el desarrollo es considerado una consecuencia de recompensas (o refuerzos) y castigos, y no tienen en cuenta los pensamientos internos o sentimientos tal y como son concebidos por los psicólogos cognitivos, sino que los consideran meras atribuciones a conductas más difíciles de observar que los movimientos.

3. **Teoría del constructivismo:** “El psicólogo Jean Piaget, considerado padre del constructivismo, propone un paradigma que focaliza en el desarrollo humano, sólo entendible como síntesis producida por la confluencia de la maduración orgánica y la historia individual. Comienza con un ser individual que progresivamente se convierte en social (...) En

esta teoría, el desarrollo está regido por la consolidación de estructuras mentales representativas del conocimiento, reguladas por los fundamentos biológicos del desarrollo, así como por el impacto de los factores de maduración. Estas estructuras, las cuales organizó en categorías o estadios denominados sensorio motor, preoperacional, operacional concreto y operacional abstracto, dependen de un ambiente social apropiado e indispensable para que las potencialidades del sistema nervioso se desarrollen (Piaget, 1958). Postuló que cada acto inteligente está caracterizado por el equilibrio entre dos tendencias polares, asimilación y acomodación. En la asimilación, el sujeto incorpora eventos, objetos, o situaciones dentro de las formas de pensamiento existentes, lo cual constituye estructuras mentales organizadas. En la acomodación, las estructuras mentales existentes se reorganizan para incorporar aspectos nuevos del mundo exterior y durante este acto de inteligencia el sujeto se adapta a los requerimientos de la vida real”⁽¹⁶⁾.

Piaget observó que los niños juegan un papel activo en la obtención de conocimiento del mundo, es decir, que los consideró "pequeños científicos" sujetos que construyen activamente su conocimiento y comprensión del mundo, eso sí, mediante normas mentales que difieren cualitativamente de las que usan las personas adultas. Piaget, propone que el desarrollo emocional y psicológico del niño se basa en el perfeccionamiento de sus habilidades cognitivas a través de la adaptación e iniciativa propia. Las ideas de Piaget ya no son vigentes tal y como las formuló, pero esta es una de las teorías del desarrollo más importantes, y de hecho se considera que sentó las bases de lo que hoy se conoce como Psicología del Desarrollo.

4. Teoría Sociocultural de Vygotsky: La perspectiva evolutiva de Vygotsky señala que un comportamiento sólo puede ser entendido si se estudian sus fases, su cambio, es decir; su historia⁽¹⁷⁾. Del mismo modo que Piaget, Vygotsky es un psicólogo constructivista que pensaba que los niños aprenden de forma activa y a través de experiencias prácticas. Ahora bien, a diferencia de Piaget que explica que el conocimiento se construye de manera individual, Vygotsky concluye que el aprendizaje se

construye mediante las interacciones sociales, con el apoyo de alguien más experto. Así pues, según esta teoría del desarrollo psicológico el contexto social forma parte del proceso de desarrollo cognitivo, y no se lo puede considerar algo externo que tan solo "influye".

5. Teoría Psicosocial: Erik Erikson, autor neofreudiano, desarrolló en la segunda mitad del siglo XX una de las teorías más populares e influyentes del desarrollo, la teoría del desarrollo psicosocial identificando una serie de ocho etapas por las que un individuo sano pasa a lo largo de su historia vital. El autor propuso que las personas experimentan en cada etapa un conflicto que sirve como punto de inflexión en el desarrollo y como un estímulo para la evolución. Dichas etapas son: confianza básica vs. desconfianza básica, autonomía vs. vergüenza y duda, iniciativa vs. Culpa, laboriosidad vs. Inferioridad, identidad vs. Difusión de identidad, intimidad vs. Aislamiento, generatividad vs. Estancamiento, y por último integridad yoica vs. Desesperación.

“Erikson sitúa al individuo más allá del binomio madre- hijo, o del triángulo padre, madre e hijo; y lo coloca en una sociedad cargada de tradiciones e ideales en un momento histórico determinado (...) De acuerdo con Dicarpio (1989), para Erikson si las ocho etapas de la vida son vividas exitosamente, agregan algo al ego. Estos logros son llamados 'fuerzas del ego'. Conforme el niño crece hay cambios en sus potencialidades y capacidades, pero también un aumento de su vulnerabilidad a sufrir daño. Al aprender a hacer más, el niño aumenta su susceptibilidad a las frustraciones y los conflictos, y aunque la realización acertada de un logro en particular prepara al pequeño a vivir de una manera más eficaz, puede fácilmente reincidir o regresar”⁽¹⁸⁾.

6. Teoría del Aprendizaje Social: Albert Bandura se dio cuenta de que las teorías conductistas no explicaban el aprendizaje de los individuos en su totalidad, puesto que subestiman la dimensión social del comportamiento humano y la dimensión interna del sujeto, reduciéndola a una asociación que se produce debido a repetidos ensayos. Por tanto, entendió que el aprendizaje y el desarrollo de los niños no pueden

entenderse sin ambos componentes. Además de resaltar la importancia de las expectativas y los refuerzos intrínsecos, como un sentimiento de orgullo, satisfacción y logro, en la motivación de los seres humanos, en su teoría destaca que los niños aprenden nuevas conductas a partir de la observación de otras personas. Mediante la observación de las acciones de los demás, incluidos los padres y los compañeros, los niños desarrollan nuevas habilidades y adquieren nueva información.

“Bandura propone un paradigma donde el desarrollo humano, sólo es entendible por la acción del aprendizaje dentro de contextos sociales a través de modelos en situaciones reales y simbólicas es decir a través de modelos de imitación (...) Argumenta que las personas, además de ser conocedoras y ejecutoras, son autorreactivas y con capacidad de autodirección, ya que la regulación de la motivación y de la acción actúan, en parte, a través de criterios internos y de repuestas evaluativas de las propias ejecuciones(...). De tal manera que los futuros anticipados pueden generar un efecto causal sobre el comportamiento humano” ⁽¹⁶⁾.

7. Teoría Humanística: Abraham Maslow, junto a Carl Rogers son los máximos exponentes de lo que se conoce como la tercera fuerza de la psicología, el humanismo. Esta corriente surgió en contraposición con el Psicoanálisis y el Conductismo. El humanismo ve a la persona desde una visión holística y positiva, donde el centro de atención es la experiencia subjetiva del sujeto. De acuerdo a este modelo, a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está “razonablemente” satisfecha, se disparará una nueva necesidad. Las cinco categorías de necesidades son: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y de auto-realización.

Ninguna teoría del desarrollo es suficientemente amplia para explicar todos los aspectos involucrados en la constitución del ser humano. Algunas le dan más importancia a los factores internos del individuo y otras consideran que el ambiente y la sociedad son determinantes en el desarrollo del ser humano. En síntesis cada niño desarrollará su personalidad a partir de aspectos genéticos,

de hechos del medio social, y de la manera en que es capaz de afrontar diversas situaciones que se le susciten. Así podremos encontrarnos con niños vigorosos, niños estables, niños que se afectan con facilidad, niños expresivos y de fácil relación, niños reservados y retraídos.

Si describimos en líneas generales las características de conducta y personalidad esperadas a determinada edad podemos decir que:

- A los tres años de edad: la percepción del tiempo y la paciencia, son limitadas. El niño es desconfiado.
- A los cuatro años de edad: posee gran curiosidad e imaginación. Ha adquirido cierto grado de autoconfianza e independencia.
- A los cinco años: es adaptable y sensible a los elogios.
- A los seis años: el niño es aprensivo, genera discusiones en forma lógica y puede ser difícil de persuadir.
- A los siete y ocho años: los niños son sensibles y razonables. Comprenden el significado de las normas. Son responsables.
- A los nueve años- pre - pubertad: son armoniosos y activos.
- En la adolescencia: se destaca el conflictivo, son sensible. Es una etapa colmada de ansiedad y pueden presentarse estados depresivos.

El conocimiento y la interpretación por parte del odontopediatra de las características de la personalidad y la conducta le permitirán desplegar herramientas de motivación para programar y desarrollar la atención odontológica.

2.2.1 SIGNIFICADO PSICOSOCIAL DE LA BOCA.

Freud asignó a la boca una función primordial en el desarrollo psicosexual de la persona. La boca es una parte integrante no sólo de un cuerpo físico, sino de un cuerpo representado a nivel psíquico y constituye una imagen corporal. “Debido a las experiencias primarias que la boca permite en el desarrollo

humano, es que en ella están representados sentimientos íntimamente ligados a la identidad del sí mismo” ⁽¹⁹⁾. Pero qué significa esto? En la fase oral el pecho de la madre es percibido como indiferenciado de sí, pues el lactante percibe que él y su entorno son una misma cosa, sin embargo, en un momento posterior el niño constatará que el pecho materno está separado de él, generando así la primera frustración y la primera percepción de un mundo diferenciado de él ⁽⁵⁾, por ello la boca tiene un rol fundamental en la constitución del yo y el funcionamiento oral sirve de modelo corporal sobre el cual se apoyan las vivencias psíquicas que acompañan al proceso de identificación.

La boca es el asiento psicológico de las primeras necesidades fisiológicas y gratificaciones emocionales, con ella se conoce al mundo que nos rodea, provee las primeras sensaciones de seguridad, placer, satisfacción y éxito. La boca marca claramente el límite entre el adentro y el afuera, individualiza y hace reconocible lo propio de lo ajeno. En la boca estamos representados íntegramente, por ello es comprensible la dificultad de exponer esta zona tan íntima del cuerpo a otra persona como el odontólogo, que además va a realizar intervenciones que tanto objetivamente como subjetivamente implican alguna forma de agresión. El temor por lo tanto no es tan sólo al daño físico, sino a la amenaza a la integridad psicológica, es decir a la percepción del sí mismo ⁽¹⁹⁾.

2.3 EL DESARROLLO EMOCIONAL Y LAS EMOCIONES.

El desarrollo emocional o afectivo hace referencia a un proceso por el cual el niño construye su identidad (su yo), su autoestima, su seguridad y la confianza en sí mismo y en el mundo que lo rodea, a través de las interacciones que establece con sus pares significativos, ubicándose a sí mismo como una persona única y distinta. A través de este proceso el niño puede distinguir las emociones, identificarlas, manejarlas, expresarlas y controlarlas. Es un proceso complejo que involucra tanto aspectos conscientes como inconscientes ⁽²⁰⁾. Las etapas del desarrollo emocional no siempre son

fáciles de identificar, ya que no se sabe cuándo llega a su fin y si el ciclo se hace por completo. Lo que sí se sabe es que durante edades tempranas se sientan las bases de la percepción emocional, y se condicionan hasta cierto grado el resto de aptitudes y habilidades que se tendrán en la etapa adulta en el plano emocional.

2.3.1 LAS EMOCIONES

Las emociones son patrones conductuales, cognitivos y fisiológicos que se dan ante un estímulo determinado. Estos patrones difieren en cada especie y nos permiten ajustar nuestra respuesta dependiendo del estímulo, su contexto y nuestra experiencia previa. Para Palermo “la emoción se corresponde con una respuesta multidimensional, con connotaciones adaptativas, que suele ser muy breve, muy intensa y temporalmente asociada con un estímulo desencadenante actual, tanto externo como interno; esto es: hace referencia a una relación concreta del sujeto con su ambiente en el momento presente”⁽²¹⁾. Según Cobos⁽²²⁾ “Una amplia definición de emoción es aquella que se refiere al cambio en los sistemas internos de un individuo de tal modo que es más probable llevar a cabo una conducta particular”. La emoción es una experiencia psicofisiológica compleja que experimentamos como resultado de nuestras interacciones con el entorno. La primera noción sobre las emociones fue desarrollada por Platón, cuya trilogía consistía en dividir la mente o el alma en razón, apetito y espíritu, que se corresponde en la actualidad con emoción, cognición y motivación⁽²³⁾.

Existen numerosos autores que buscaron identificar y clasificar la experiencia emocional humana. En 1972 Paul Ekman (psicólogo, investigador y profesor, pionero en el estudio de las emociones y su expresión facial) identificó 6 emociones fundamentales básicas o primarias que son universales en todas las culturas, ellas son: la alegría, la tristeza, el miedo, el disgusto, la sorpresa y la ira⁽²⁴⁾. Las emociones básicas tienen una reconocible función adaptativa que implica la inclinación hacia una determinada conducta, es decir, existe una función motivacional de las emociones, así el **miedo** nos prepara para la huida, la evitación, el afrontamiento o la protección ante el peligro; la

tristeza, tiende a la reintegración personal, la introspección y la reconciliación; la **ira** nos dota de recursos para la autodefensa o el ataque; la **alegría**, tiende a la acción, la afiliación, al pensamiento flexible y divergente; la **sorpresa**, permite pararse y focalizar la atención en lo imprevisto; y el **asco** o **disgusto** tiende al rechazo o evitación de lo que nos pueda perjudicar ⁽²⁵⁾.

Durante la década del 80 (1980) Rober Plutchik basándose en la teoría psicoevolutiva de las emociones introdujo otro sistema de clasificación de la emoción conocida como la rueda de las emociones. Plutchik parte de 8 emociones básicas (Alegría, confianza, miedo, sorpresa, tristeza, aversión, enojo y anticipación) y considera que cuando estas se combinan entre si dan origen a las llamadas emociones secundarias en las que se requiere un nivel de socialización y pensamiento mayor. Es decir que mientras las emociones primarias son la respuesta instintiva ante las demandas del ambiente, las secundarias son una respuesta, sofisticada y con clara finalidad social, de un entorno con estimulación social, tanto positiva como negativa. Las emociones secundarias se manifiestan en base a lo que se ha ido aprendiendo a lo largo de la vida, nutrida por experiencias y potenciadas por expectativas ante diferentes situaciones ⁽²⁶⁾. La emociones secundarias son **ansiedad** (miedo + anticipación), **agresión** (ira + anticipación), **amor** (alegría + confianza), **decepción** (sorpresa + tristeza), **desesperación** (miedo + tristeza), **envidia** (tristeza + ira), **indignación** (sorpresa + ira), **pesimismo** (tristeza + anticipación), **sentimentalismo** (confianza + tristeza) y **sumisión** (confianza + miedo)

2.3.1.1 Funciones de las emociones

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal. Según Reeve toda emoción tiene tres funciones principales: Funciones adaptativas, funciones sociales y funciones motivacionales ⁽²⁷⁾.

Funciones adaptativas: “una de las funciones más importantes de la emoción es posible que sea la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizand o la energía necesaria para ello” ⁽²⁷⁾.

Funciones sociales: Las emociones podrían considerarse un tipo de comunicación no verbal. A través de ellas nos comunicamos con nosotros mismos y con los demás, expresando lo que nos ocurre y lo que necesitamos. Izard destaca algunas funciones sociales de las emociones como son permitir la comunicación de los estados afectivos, facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, o promover la conducta pro social. Por ejemplo emociones como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira pueden generar repuestas de evitación o de confrontación ⁽²⁷⁾.

Funciones motivacionales: La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada, cuando algo nos emociona, es más probable que lo realicemos con mayor energía y determinación, por lo tanto la emoción dirige la conducta, en el sentido que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características de la emoción ⁽²⁷⁾.

2.3.1.2 Teorías de la emoción

A lo largo de la historia, filósofos y psicólogos han desarrollado teorías y experimentos para intentar explicar cómo funcionan o se producen las emociones. Una teoría de la emoción debe considerar los siguientes elementos y sus interrelaciones: una **estímulo o situación**, que reúna ciertas características o cierto potencial emocional como generador de emociones; **un sujeto** capaz de percibir esta situación, procesarla correctamente y reaccionar adecuadamente ante ella; **el significado** que el sujeto concede a dicha

situación; la **experiencia emocional** que el sujeto siente en esta situación; la **reacción corporal**; y la **expresión** motora observable ⁽²⁸⁾.

Una de las primeras teorías descritas al respecto se incluye dentro del libro "*La expresión de las emociones en el hombre y los animales*" (Darwin, 1872) ⁽²⁹⁾, el naturalista inglés explica su teoría sobre la evolución de la expresión de las emociones. Dicha teoría está basada en dos premisas, la primera sostiene que el modo en el que actualmente las especies expresan sus emociones (gestos faciales y corporales) ha evolucionado a partir de conductas simples indicativas de la respuesta que usualmente da el individuo; la segunda determina que las respuestas emocionales son adaptativas y cumplen una función comunicativa, de modo que sirven para comunicar a otros individuos qué sentimientos y qué conductas vamos a llevar a cabo. Como las emociones son el resultado de la evolución, seguirán evolucionando adaptándose a las circunstancias y perdurarán a lo largo del tiempo. Charles Darwin, afirmaba que las emociones son una respuesta adaptativas que permite a los seres humanos sobrevivir y reproducirse. Por ejemplo, la emoción del miedo obligaba a las personas a luchar o evitar el peligro ⁽³⁰⁾.

A la teoría evolucionista de Darwin le siguen años más tarde nuevas teorías que intentan explicar la manera en que un individuo percibe una emoción. Estas teorías se dividen en tres grandes grupos: las teorías psico fisiológicas (Jeames-Lange y Cannon-Bard), las cognitivas (Schachter-Singer) y las neurológicas (Papez, MacLean) siendo los autores citados sus máximos exponentes. Incluso en la actualidad las emociones son intensamente estudiadas, uno de los referentes actuales es Daniel Goleman, quien en 1996 popularizó la teoría de la inteligencia emocional. Esta dimensión responde a otro modo de entender la inteligencia más allá de los aspectos cognitivos, tales como la memoria y la capacidad para resolver problemas. Hablamos ante todo de nuestra capacidad para dirigirnos con afectividad a los demás y a nosotros mismos, de conectar con nuestras emociones, de gestionarlas, de automotivarnos, etcétera. Pero volviendo a las corrientes clásicas, veamos cómo cada autor explicó la manera en que se produce y vive la emoción.

Teorías Fisiológicas de la emoción:

-Teoría de James-Lange (1884): El planteamiento básico de este modelo es cognitivo y, por lo tanto, central. Lang entiende a la emoción como una disposición a la acción que está determinada por una estructura específica de información almacenada en el cerebro, que cuando se activa ponen marcha manifestaciones cognitivas, fisiológicas y conductuales ⁽²²⁾. Es decir que esta teoría formula la hipótesis de que las emociones son las respuestas cognitivas a la información que la corteza cerebral percibe de los cambios fisiológicos que tiene lugar en el cuerpo, de modo que la experiencia cognitiva de la emoción, o sea los sentimientos y las conductas, sería secundarios a la expresión fisiológica de la misma. Por ejemplo, si caminas por el bosque y ves un puma comienzas a temblar y tu corazón se acelera. Según la teoría de James-Lange, interpretarás tu reacción física y concluirás que no tiembles porque estás asustado, sino que estás asustado porque tiembles y como tu corazón se acelera tienes miedo. En esta teoría el estímulo llega al tálamo, luego activa el hipotálamo por lo que se producen cambios corporales y respuestas emocionales que hacen que se active la corteza y se pueda finalmente etiquetar la emoción que se está sintiendo.

-Teoría de Cannon-Bard: A principio de 1900 la argumentación de esta teoría surge como parte de las críticas dirigidas a la formulación de James – Lange ⁽²⁹⁾. Estos autores consideran que la experiencia emocional puede tener lugar de manera independiente de la expresión emocional, y que las emociones se pueden experimentar aunque no se sientan los cambios fisiológicos asociados a ellas. Por ejemplo, el corazón se puede acelerar porque practicas deporte, no necesariamente porque tienes miedo. Además, sugirieron que sentimos las emociones al mismo tiempo que las reacciones fisiológicas. Concretamente, esta teoría sugiere que la percepción del estímulo llega al tálamo y la información se bifurca, hacia la corteza por un lado provocando el sentimiento por ejemplo de miedo, y al mismo tiempo hacia el hipotálamo posibilitando la reacción fisiológica o respuesta emocional. Es decir que según esta teoría, las emociones tienen como misión fundamental preparar al organismo para las situaciones de emergencia, pero los cambios corporales y las

emociones se producen al mismo tiempo, a diferencia de la teoría de James, en la que los cambios corporales anteceden a la emoción ⁽²⁹⁾.

Teoría Cognitiva de la emoción:

-Teoría Schachter y Singer (1962): Esta teoría sostiene que la emoción es debida a la evaluación cognitiva del acontecimiento y a la de la respuesta corporal, por ello se la llama de los dos factores. El sujeto nota los cambios fisiológicos, advierte lo que ocurre a su alrededor y denomina sus emociones de acuerdo a ambos tipos de observaciones. La intensidad de la emoción está fundamentalmente determinada por los cambios fisiológicos ⁽³¹⁾. Por un lado, igual que la teoría de James-Lange, propone que las personas infieren sus emociones a partir de las respuestas fisiológicas. Ahora bien, se diferencia de ésta por la importancia que le da a la situación y la interpretación cognitiva que los individuos hacen para etiquetar las emociones, dado a que no todas las personas reaccionan de la misma manera ante el mismo estímulo, es decir que pueden etiquetar de manera diferente su emoción, por ejemplo si se nos presenta un puma, una persona podría generar una emoción de miedo que lo prepare para la huida y otra en cambio tener ira que lo lleve a tratar de luchar contra él; al mismo tiempo esta teoría apunta que puede desencadenarse la misma respuesta fisiológica ante distintos contextos o estímulos. Es decir que le da importancia a la valoración subjetiva individual del contexto ¿Por qué me siento así?, ¿Por qué siento lo que siento?, esto determinará la etiqueta del sentimiento.

Teorías Neurológicas de la emoción:

Los primeros teóricos en el estudio de las emociones, como William James, habían negado la existencia de centros especiales para la emoción en el cerebro, sin embargo más tarde, Walter Cannon planteó que el tálamo era la estructura importante para la experiencia de la emoción, por su

parte, Bard propuso el papel relevante del hipotálamo en la expresión emocional. A partir de todos estos trabajos, surgen diversos planteamientos, de los cuales, los más interesantes corresponden a Papez (1937) y MacLean (1949, 1958). De acuerdo con estos dos autores, el sistema límbico y el hipotálamo proporcionan el sustrato biológico de la experiencia emocional y del comportamiento ⁽²⁹⁾.

-Teoría de Papez: En 1937, Papez establece una teoría válida para la emoción, según la cual las estructuras neurales del "cerebro antiguo" están unidas a la corteza ⁽²⁹⁾. Según este autor, una vez que la información sobre el estímulo llega al tálamo se divide en dos vías: La vía del pensamiento, que lleva la información sensorial del estímulo desde el tálamo a la neocorteza; y la vía del sentimiento, que lleva la información del estímulo hasta el hipotálamo (concretamente hasta los cuerpos mamilares) donde se activan los sistemas motores, neurovegetativos y endocrinos. Posteriormente se enviaría la información hasta la corteza, siendo esta última vía bidireccional. En cuanto a la percepción de los estímulos emocionales, Papez estipuló que podía realizarse de dos maneras : por activación de la **vía del pensamiento**, en este caso la activación de esta vía liberaría los recuerdos sobre experiencias previas en las que se presenció el mismo estímulo, la información del estímulo y los recuerdos previos se enviarían a la corteza, donde se integraría la información y se haría consciente la percepción del estímulo emocional, de modo que se percibiría el estímulo en base los recuerdos; o por la **vía del sentimiento**: así se activaría la vía bidireccional del hipotálamo a la corteza, sin tener en cuenta las experiencias previas.

-Teoría de MacLean: En la década siguiente, concretamente en 1949, Paul MacLean amplió la teoría de Papez creando el circuito de MacLean. Para ello se basó en los estudios realizados por Heinrich Klüver y Paul Bucy con monos Rhesus a los que se les había lesionado los lóbulos temporales. MacLean otorgó mucha importancia al papel de hipocampo como integrador de la información sensorial y fisiológica. Además, incluyó en su circuito otras áreas el hipocampo, la amígdala, y el tabique. En conjunto, el lóbulo límbico y el cerebro visceral conforman el sistema límbico. MacLean (1949) propone que el lóbulo límbico y determinadas estructuras subcorticales relacionadas

constituyen un sistema funcional: el sistema límbico. Este sistema ha sido denominado también "cerebro visceral", debido a su importante papel en la regulación de la actividad visceral en una amplia variedad de emociones⁽²⁹⁾. MacLean propuso que las sensaciones producen cambios corporales. Estos cambios regresan al cerebro, donde son integrados con la percepción y se generan las experiencias emocionales.

Así McLean propuso la teoría del cerebro triuno, muy criticada en el ambiente médico y de la neurociencia. Según MacLean, en su libro "*The Triune Brain in Evolution*", nuestro cerebro actual es la sumatoria de un proceso de superposición de capas, las cuales fueron apareciendo consecuentemente con el pasar de los milenios y se acomodaron una sobre la otra, pero sin que las anteriores dejaran de existir. Así, la teoría del cerebro triuno de MacLean afirma que cada una de dichas estructuras posee una lógica de funcionamiento individual propia, y muy distinta a la de las otras capas, teniendo en cuenta que las capas superiores son las más evolucionadas.

La realidad es que ningún estudio consigue separar la emoción y la racionalidad de una forma clara, están íntimamente interrelacionadas en nuestra organización cerebral y en nuestro funcionamiento mental. Por otro lado, la idea de una aparición de estructuras nuevas y complejas en un proceso de acreción sucesiva es contraria a todo lo que sabemos sobre la evolución que, en realidad, funciona reorganizando los circuitos existentes y, en todo caso, dotándolos de mayor complejidad y asumiendo nuevas funciones por lo que esta nueva teoría del cerebro triuno es poco aceptada.

Hasta aquí se han descrito los principales planteos teóricos que son representativos de la orientación biológica en Psicología de la Emoción. Se puede concluir que las respuestas emocionales poseen componentes fisiológicos que llegan a ser indispensables para la correcta manifestación de la conducta emocional. Existen determinadas estructuras cerebrales, así como mecanismos hormonales y humorales, cuya actividad es necesaria para que ocurran las emociones. Así mismo las emociones deben ser distinguidas de los reflejos y de otros mecanismos de respuesta, pues las primeras representan un mecanismo adaptativo de respuesta

filogenéticamente desarrollado y mantenido a través del tiempo y de las especies. En este marco de referencia, las emociones deben ser consideradas como procesos multidimensionales ⁽²⁹⁾.

1.3.1.3 Enfoque de los tres sistemas de la emoción

Aunque muchas teorías se han centrado en las manifestaciones emocionales de un único sistema de respuesta, hoy en día es comúnmente aceptado que las emociones se manifiestan en tres sistemas de respuesta. Fue Lang en 1968 quien propuso la existencia de estos tres sistemas de respuesta emocional. Este enfoque parte de otros trabajos previos de este mismo autor. Inicialmente, Lang se centró en el miedo, al que describió como formado por un grupo de componentes débilmente acoplados ⁽²⁸⁾. Así es que si se produce una reacción emocional, suelen observarse cambios en tres tipos de canales de expresión emocional diferentes: a nivel experiencial, o lo que experimenta el sujeto (sentimientos de alegría, tristeza, enfado, etc.); a nivel corporal o fisiológico (cambios en el ritmo cardíaco o respiratorio, aumento de sudoración, cambios en la tensión muscular, etc.); y a nivel observacional - motor (sonrisa, llanto, expresiones faciales de ira, de miedo, etc.). Se trata de tres formas de expresión diferentes de un mismo fenómeno. Las respuestas de cada uno de los tres sistemas suelen considerarse como indicador de que se está produciendo una reacción emocional. Ahora bien, en algunas ocasiones, los cambios en los tres niveles de respuesta no son concordantes, pudiendo variar en intensidad, en la dirección del cambio (aumento frente a disminución), en el momento que se produce el cambio, en su grado de condicionabilidad para un determinado tipo de condicionamiento, etc. Por todo ello, se considera que estas tres formas de expresión emocional obedecen a tres sistemas de respuesta parcialmente independientes. A estos tres sistemas de respuesta se les denomina: cognitivo, fisiológico y motor (Lang, 1968).

“La teoría de los tres sistemas de respuesta propuesta por Lang (1968) se ha convertido, con el paso de los años, en una de las corrientes más populares respecto a la conceptualización, evaluación y tratamiento de la ansiedad. Esta

teoría mantiene que la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuesta: conductual o motor, fisiológico y cognitivo” (2).

2.4 EL MIEDO

*“El miedo es natural en el prudente, y el vencerlo es lo valiente”
Alonso de Ercilla*

Según se explicó en párrafos anteriores el miedo está catalogado dentro de las seis emociones básicas del ser humano junto a la tristeza, ira, alegría, sorpresa y el disgusto. Etimológicamente “La palabra miedo proviene del latín metus, es una alteración del ánimo que produce angustia ante un peligro o un eventual perjuicio, ya sea producto de la imaginación o propio de la realidad”⁽³²⁾. “Recogiendo los aportes de diferentes autores se puede definir al miedo como un conjunto de sensaciones, normalmente desagradables, que se ponen en marcha ante peligros que se viven como reales, originando respuestas de tipo defensivo o protector. Estas respuestas se manifiestan en un conjunto de reacciones fisiológicas, motoras-comportamentales y manifestaciones cognitivo-subjetivas” ⁽³³⁾, es decir que en la reacción emocional de miedo se aplica la teoría de los tres sistemas enunciada por Lang y pueden describirse los cambios observables en los tres tipos de canales cognitivo, fisiológico y motor de la siguiente manera:

Manifestaciones experienciales cognitivo-subjetivas: Incluyen pensamientos y sentimientos subjetivos internos que varían de un sujeto a otro según las formas diferentes de valorar y percibir el miedo. Entre estas sensaciones subjetivas de peligro y amenaza encontramos bloqueos del pensamiento, pérdida de confianza, sensación de impotencia, etc. ⁽³³⁾.

Reacciones corporales fisiológicas Las reacciones fisiológicas son independientes de la edad y están provocadas por una serie de cambios bioquímicos, principalmente descarga de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y otras sustancias que desencadenan la denominada “tormenta vegetativa”. Estas consiste en un conjunto de síntomas como taquicardia, tensión muscular, temblores, sudoración, palidez, sequedad de garganta y

boca, sensación de náusea en el estómago, urgencia de orinar y defecar, respiración rápida y dificultad para respirar. Dichas manifestaciones pueden vivirse con mayor o menor intensidad y predominar unas u otras, según los individuos y las situaciones ⁽³³⁾.

Reacciones motoras-comportamentales: Los patrones de conducta reactivos ante el miedo presentan a veces un marcado contraste: puede darse una tendencia a petrificarse o enmudecer y en formas extremas puede llegar a la muerte fingida o aparente, o por el contrario puede haber una huida desesperada, gritos y agitación motriz ⁽³³⁾.

Los tres conjuntos de reacciones descriptas (fisiológicas, comportamentales y cognitivas), están interrelacionados y, pueden presentarse juntos o sucesivamente, con intensidad variable dependiendo de la magnitud del miedo. La magnitud depende a su vez de varios factores en interacción: el tipo de estímulo, el sujeto y su sensibilidad fisiológica y psicológica, el contexto, etc. Es decir, pueden presentar importantes variaciones entre unos individuos y otros, y entre unas situaciones y otras.

Si una especie no fuera capaz de experimentar miedo se extinguiría rápidamente al no poder darse cuenta a tiempo de los peligros, ni poder reaccionar ante ellos. El miedo por tanto es un fenómeno adaptativo y protector.

2.4.1. EL MIEDO EN EL NIÑO

Según Pérez ⁽³⁴⁾ “todos los niños en un cierto momento de su desarrollo, tienen miedos exagerados que poco a poco ceden en su intensidad por el efecto de la educación y la socialización, a través de las cuales los padres les enseñan a afrontarlos y controlarlos. La mayoría de ellos son pasajeros, de poca intensidad y propios de una edad determinada. No hay ningún padre o madre que pueda decir mis hijos nunca han tenido miedo. Según algunos autores el miedo constituye un primitivo sistema de alarma que ayuda al niño a evitar situaciones potencialmente peligrosas, en tal sentido, el miedo es considerado la niñera o el ángel de la guarda para los niños, por funcionar

como un agente defensor cuando el niño comienza a experimentar movilidad y a alejarse de la madre ⁽³³⁾. Por lo tanto es normal para el niño tener miedo, pero una vez que dicho miedo ha desempeñado su papel (proteger a las personas del riesgo) es necesario que disminuya; de lo contrario, se vuelve inútil y peligroso, por lo que el problema no es empezar a sentirlo sino dejarlo crecer hasta que se convierte en ansiedad o fobia, lo cual puede llegar a obstruir la capacidad de adaptación de una persona ⁽³⁴⁾.

2.4.2 MIEDO AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Diferentes situaciones de la vida generan miedo. Cuando el miedo se produce ante la situación odontológica se denomina Miedo Dental o miedo al tratamiento odontológico. En los países industrializados dos tercios de la población tiene miedo al odontólogo ⁽¹⁾. En 1954, Shoben y Borland, en su estudio empírico de la etiología de los miedos dentales, expresaron que estos son un sentimiento adquirido, más que innato; e igualmente KleinKnecht en su estudio de los orígenes y características del miedo en odontología apoya una teoría conductual en la que el miedo es descrito como un sentimiento adquirido a partir de experiencias propias o del entorno, de naturaleza traumática ⁽³⁵⁾. Stouthard y Hoogstraten opinan que en el miedo dental existe un componente de peligro físico y de amenaza para la autoestima del sujeto, es decir una posible agresión al yo que se representa en la boca con las implicancias psicológicas que esta estructura corporal vimos que representa⁽³⁶⁾. Para Catalá, citada por Lima Álvarez, es muy importante reflexionar sobre las condiciones en que aparece el miedo dental como una conducta aprendida, ya que al menos dos tercios de los adultos que lo padecen afirman que tuvo su origen en una experiencia traumática durante la infancia o la adolescencia ⁽³⁷⁾.

Por su parte el miedo dental infantil es una reacción emocional normal a uno o más estímulos específicos amenazantes dentro del tratamiento odontológico⁽³²⁾. Klatchoian, plantea que el miedo odontológico como cualquier

otro miedo infantil es probablemente determinado por factores situacionales inespecíficos que tienden a disminuir con el aumento de la edad y de la madurez. Así, tanto el grado de madurez del niño como los trazos básicos de su personalidad y el estado de ansiedad dependiente de esas características, contribuyen a determinar el tipo de comportamiento (cooperativo o no) en el consultorio ⁽³⁸⁾. Lo desconocido asusta pero mediante el contacto y la experiencia con lo desconocido es posible aprender. Esto es el pilar que justifica la motivación y la técnica de decir- mostrar - hacer como técnica de abordaje de la conducta en niño.

2.5 ANSIEDAD

“La ansiedad es la mente yendo más de prisa que la vida”

Anónimo

La ansiedad es considerada por el psicólogo Rober Plutchik como una emoción secundaria producto de la combinación del miedo y la anticipación. Proviene del latín *“anxietas”* que a su vez deriva de *“angiere”* que significa comprimir, estrangular ⁽³⁹⁾. La ansiedad es una sensación displacentera de mayor o menor intensidad, que se experimenta como desazón, intranquilidad, confusión, malestar, agitación, indecisión, inquietud difusa, angustia, profunda sensación de disolución o fragmentación, desconcierto y desintegración y que admite muchos grados de intensidad. También puede ser definida como “aquel sentimiento vital, consciente, que sitúa al organismo en alerta ante la previsión de un peligro próximo que puede amenazar su integridad física o psíquica. Puede ser sustituto psicológico del dolor y se puede anticipar a él, mediante la experiencia, memoria y procesos asociativos” ⁽⁴⁰⁾. Se entiende como una respuesta a circunstancias en las cuales el origen de la amenaza no está bien comprendido o reconocido por la persona, pero es la anticipación de un peligro indefinible ⁽⁴¹⁾. Para Izard, la ansiedad es un síndrome afectivo en el que confluyen emociones diversas como miedo, vergüenza o culpa y al que se añadirán contenidos significativos de origen cultural ⁽³⁶⁾. Cuando se dice alguien está nervioso, casi siempre se está dando un sinónimo a la ansiedad dado que

las personas utilizan la palabra nervios de manera coloquial para definir a la ansiedad ⁽⁴²⁾.

Si analizamos la evolución histórica del concepto encontramos su origen en el período helenístico griego. En 1747 ya es utilizado como un término técnico por un autor desconocido en su obra “Exploración sobre el origen de los apetitos y afectos humanos” Posteriormente, Battie en 1758 y Kierkegaard en 1844 y varios autores más utilizan el término que fue finalmente, incorporado al ámbito de la Psicología en 1926 por Sigmud Freud ⁽⁴³⁾. En esta primera etapa la ansiedad fue estudiada desde dos líneas teóricas divergentes: la psicoanalítica y la conductista.

Perspectiva Psicoanalítica: Sobre los orígenes de la ansiedad, Freud estableció la hipótesis de que la ansiedad surge de una transformación directa de la libido insatisfecha. “Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos, donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad y se le ha considerado como “el fenómeno fundamental y central de la neurosis” (Freud, 1936) ⁽⁴⁴⁾.

Perspectiva Conductistas: Watson como referente del conductismo parte de una concepción ambientalista de la ansiedad. El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas. Desde esta perspectiva la ansiedad es una respuesta conductual a un estímulo o situación, es decir que es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. ⁽⁴⁴⁾

Con el correr de los años surgen nuevas perspectivas

Perspectiva Cognitiva- Conductual: En los años 60 la ansiedad empieza a ser concebida como un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión y activación fisiológica, y que se da como respuesta a estímulos internos (pensamientos) y externos (ambientales) ⁽²⁾. Sostenida por la

teoría de los tres sistemas de respuesta propuesta por Lang esta perspectiva considera a la ansiedad como un constructo multidimensional que determinará una respuesta conductual o motora, fisiológica y cognitiva” (2).

Más recientemente y sin dejar de lado la teoría de los tres sistemas, surge una mirada humanista de la ansiedad que considera los rasgos de personalidad de quien la padece.

Perspectiva de la personalidad (Ansiedad rasgo-Ansiedad Estado). El primer intento de formular una teoría rasgo-estado de ansiedad fue realizada por Cattell y Scheirer en 1961, pero recién tuvo gran repercusión de la mano de Spielberger entre los años setenta y ochenta (45). Según las teorías de rasgos, la ansiedad es la tendencia individual a reacción de forma ansiosa con una cierta independencia de la situación en que se encuentre el sujeto. Dentro de este campo se estableció una distinción entre lo que se concibe como la ansiedad en términos de rasgo y estado. La ansiedad rasgo es la tendencia que tienen los sujetos a percibir las situaciones como amenazantes o estresantes e implica diferencias entre los sujetos en su disposición para responder a estas situaciones con diferentes niveles de ansiedad, de esta forma, algunos sujetos pueden percibir un gran número de situaciones como amenazantes, mientras otros no le conceden mayor importancia. Por otro lado, la ansiedad estado es una condición emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración, la cual es concebida por el individuo en un momento particular y frente a una situación específica (46). Es decir que el estado emocional hace referencia a un proceso de emoción particular limitado en el tiempo, mientras que el rasgo emocional se refiere a la tendencia del individuo a experimentar una emoción particular con determinada frecuencia en su vida cotidiana. Los estados emocionales serían el reflejo subjetivo de la situación vital del sujeto en un momento determinado, mientras que las emociones como rasgos de la personalidad estarían fijados a lo largo de la vida, entendiéndose que estas últimas estarían moduladas por factores intrínsecos (biológicos, histórico biográficos, socioculturales, etc). Considerando el enfoque de la personalidad de la ansiedad, al hablar de ansiedad rasgo hablamos de una “personalidad ansiosa” y cuando hablamos de ansiedad estado hablamos de

una “afectación ansiosa, es decir, no es lo mismo “ser ansioso” que “estar ansioso”.

En 1985 dos psicólogos norteamericanos, Husain y Jack Maser, afirmaron que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando la misma pasa a ocupar un lugar de estudio preferente que perdura hasta la actualidad ⁽⁴⁷⁾, incluso distintos autores se han referido a la ansiedad como uno de los fenómenos psicológicos más impactantes de nuestro tiempo.

2.5.1 ANSIEDAD ODONTOLÓGICA O ANSIEDAD DENTAL

Según un artículo publicado por Hmud ⁽⁴⁸⁾ “el tratamiento odontológico ha sido clasificado en quinto lugar dentro de las situaciones de la vida comúnmente temidas y que generan ansiedad. Dada su alta prevalencia los pacientes con ansiedad dental evitan las visitas al odontólogo”.

La ansiedad odontológica puede ser definida como “una sensación de aprensión sobre el tratamiento odontológico que no está necesariamente conectada a un estímulo externo específico” ⁽³⁾; “denota un estado de temor de que algo terrible va a suceder en relación con el tratamiento dental, y se combina con un sentido de perder el control” ⁽⁴⁹⁾. Para Al-Namankany, De Souza y Ashley ⁽⁵⁰⁾ consiste en una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, la cual es una experiencia individual, subjetiva, que varía entre las personas, y genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una importante barrera para la búsqueda de atención. La ansiedad dental es considerada un potente predictor de riesgo de caries.

“La ansiedad dental crea su propio círculo vicioso, en el que la evasión del tratamiento odontológico logra un deterioro de la dentición y origina sentimientos de culpa e inferioridad en el paciente. Este “conflicto social” resulta en una nueva evasión, que conllevará al detrimento de la salud oral del individuo a partir de la pérdida de órganos dentarios, así como de la inconformidad

estética y funcional, determinando el estilo de vida de la persona y comprometiendo su bienestar biopsicosocial”⁽⁵¹⁾.

Weiner y Sheehan clasifican a la ansiedad dental en endógena y exógena, y explican que la primera tiene que ver con la personalidad del individuo, es innata, inamovible, constitucional, definida como una predisposición del individuo a percibir situaciones como potencialmente amenazadoras (pudiendo asociarse al concepto de ansiedad rasgo) y que hacen que el sujeto sea vulnerable a trastornos de ansiedad general, alteraciones del ánimo, del carácter y proclive a padecer miedos múltiples y diversos, mientras que la ansiedad exógena es resultado de experiencias condicionantes, directas o indirectas, pudiendo asociarse entonces a las ansiedad estado⁽³⁶⁾.

2.5.1.1 Ansiedad dental en el niño:

“La consulta odontológica puede ser percibida como una experiencia agónica y dolorosa que puede influir en el comportamiento de los seres humanos, especialmente en los niños. Esto podría deberse a factores como la ansiedad y el miedo”⁽⁵²⁾. Desde el punto de vista humanístico y conductista la ansiedad odontológica puede considerarse hasta cierto punto una reacción normal en el niño y ha sido reconocida en muchos países como un problema de salud pública el cual puede conducir a la falta de cuidado dental, por lo que representa un problema tanto para los pacientes como para los odontólogos por igual⁽⁵³⁾.

La ansiedad dental infantil ha sido estudiada a nivel mundial. Los datos relevados demuestran que entre el 3% y el 43% de niños la exhiben⁽⁵⁴⁾. En una mirada detallada se observa que en Singapur alrededor de un 13 % de los niños y un 11% de los adolescentes presentan miedo o ansiedad dental; en Suecia la prevalencia de niveles de ansiedad son muy elevados y rondan el 2.6% de los casos, mientras que el 6,7% presenta niveles elevados⁽⁵⁵⁾. En el Reino Unido, Buchanan y Nieven utilizaron la Escala de FIS y reportaron un 7% de ansiedad dental en niños⁽⁵⁶⁾. En Finlandia se estimó que entre un 19,3% y

un 41% de los niños presenta algún nivel de ella; en Holanda, el 6% de los niños presentaban un nivel elevado de ansiedad dental ⁽⁵⁵⁾ y en Taiwán, la prevalencia fue de 20.6%. En Irán se obtuvo un porcentaje similar, siendo de 22%. En España se ha presentado un 4.9% según Espinosa ⁽⁵⁷⁾. En Latinoamérica, los estudios en preescolares muestran una ansiedad dental del 27%, aquí la misma ha sido estudiada con menor frecuencia que en América del Norte o Europa ⁽⁵⁷⁾. En Sudamérica particularmente, los estudios reflejan tasas del 34,7% en preescolares, mostrando a su vez que los padres de dichos niños también presentan una alta incidencia de ansiedad dental (41,1%) ⁽⁵⁸⁾, por ejemplo en Chile, en un estudio realizado en la ciudad de Santiago, capital del país, se observó una prevalencia de ansiedad de un 5.4% en niños de 6 años ⁽⁵⁹⁾.

2.5.1.2 Factores que inciden en la génesis de la ansiedad dental del niño

A lo largo de los años se ha ido investigando los factores por los cuales se produce el miedo y/o ansiedad al tratamiento odontológico. Autores como Corah, Cohen y Kleinknecht han sido pioneros en este campo de investigación desarrollando inclusive métodos y técnicas para determinar dichos factores. Las causas de porqué determinado sujeto pudiera experimentar ansiedad dental son diversas, algunas de ellas son más referidas o estudiadas universalmente, entre ellas se citan una experiencia traumática previa, seguida por otras como la actitud aprendida de su entorno, los relatos de parientes y amigos cercanos respecto a los tratamientos dentales recibidos y otros determinantes. Lo cierto es que la ansiedad dental es un fenómeno complejo y su desarrollo no puede justificarse exclusivamente por una sola variable sino que existe un amplio consenso de que se trata de un fenómeno multifactorial. El estudio de la etiopatogenia y fisiopatología de la ansiedad en el niño confirma que están implicados múltiples factores los que pueden ser divididos en tres grandes grupos: factores relacionados con el niño propiamente dicho,

factores ambientales y factores relacionados con el profesional y la consulta⁽⁵⁷⁾. A continuación veremos los aspectos fundamentales de cada uno de dichos factores.

Factores relacionados con el niño propiamente dicho: incluyen la edad, el género, el orden del nacimiento, el temperamento, la inteligencia, estado general de salud, el conocimiento de su problema odontológico, las experiencias previas durante un tratamiento odontológico y la historia de padecimiento de dolor.

- **Edad:** Numerosos estudios marcan que los niños de menor edad son más propensos a la ansiedad dental debido a que tienen menos herramientas para comprender los sucesos⁽³⁸⁾. Considerando que a medida que el niño crece existe un mayor desarrollo cognitivo (incorpora el aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad), esto se va a reflejar en el desarrollo de conductas más apropiadas, obteniendo, por lo tanto, mayor colaboración y menores sentimientos de miedos y ansiedad. Algunos autores señalan los cuatro años como la edad crucial para enfrentarse a un tratamiento odontológico por poseer la capacidad cognitiva suficiente para hacerlo. Otros autores, señalan que entre los 5 y 6 años se da un período crítico para la aparición del temor y ansiedad odontológica ya que a edades menores no se tiene una percepción clara de miedo real, mientras que hacia los 6 años, los niños se enfrentan a profundos cambios sociales, adquiriendo nuevas responsabilidades en el hogar y escuela, lo que podría desencadenar altos niveles de ansiedad general, entre ellos ansiedad dental. El pensamiento lógico del niño se desarrolla a medida que éste madura por lo tanto, al ir acercándose a la adolescencia son capaces de mostrar habilidades cognitivas, emocionales e interpersonales más avanzadas para hacer frente a los eventos odontológicos potencialmente estresantes, siendo la adolescencia la etapa de más bajos niveles de ansiedad y/o miedo dental⁽⁶⁰⁾.

- **Género:** Si bien algunos estudios no muestran diferencias significativas, la mayoría de las observaciones coinciden en que son más frecuentes las conductas ansiosas en las mujeres que en los varones ⁽⁶¹⁾. “Una explicación de esta relación podría ser que los hombres y las mujeres difieren respecto a los esquemas cognitivos de la ansiedad, es decir, las mujeres sobreestiman la probabilidad de peligro y anticipan una menor capacidad de enfrentarse a aquellas situaciones que consideran peligrosas en comparación con el género masculino, percibiendo los eventos odontológicos negativos de una manera significativamente más aversiva y catastrófica que los niños. También cabría señalar que las normas y expectativas sociales difieren para ambos géneros; es decir, la respuesta al miedo está “más aceptada socialmente” en el género femenino que en el masculino, consecuencia de la cultura y creencias sociales existentes. Contradictoriamente con la incidencia de la ansiedad, el grado de cooperación de las mujeres en el consultorio es mayor y se ha observado un mejor comportamiento en las niñas” ⁽⁶⁰⁾.
- **Orden del nacimiento:** Estudios como el de Abanto y cols. observaron que los niños en edad preescolar con tres o más hermanos tienen niveles más altos de ansiedad dental ⁽⁶²⁾, esto podría deberse a que los niños de familias más numerosas podrían estar directa o indirectamente expuestos a la información sobre los tratamientos odontológicos de sus hermanos o podrían observarlos mostrando comportamientos ansiosos durante la consulta ⁽⁶⁰⁾.
- **Temperamento o personalidad:** “El temperamento o personalidad de una persona puede constituir a la predisposición para el miedo y la ansiedad; así, los pacientes altamente temerosos tienen un miedo sobreestimado del dolor dental ⁽⁶⁰⁾. La inhibición conductual es una variable temperamental que genera timidez, retraimiento, evitación social, inquietud o malestar social, además de miedo ante personas, objetos y/o situaciones desconocidas. Los niños inhibidos conductualmente experimentan una gran ansiedad ante estímulos desconocidos, inciertos o cambiantes, por lo que reaccionan

inicialmente mostrando signos de sufrimiento, moderación del comportamiento y latencias largas para interactuar ⁽⁶³⁾.

- **Inteligencia:** Aguilera comprobó que niños con alto coeficiente intelectual obtuvieron menos porcentaje en su registro de ansiedad dental en su primera visita al odontólogo, que los niños con un menor grado de coeficiente intelectual que presentaron mayor grado de ansiedad en su consulta ⁽⁶⁴⁾. Según muestran investigaciones más recientes llevadas a cabo por Blomqvist en 2013 la inteligencia es relevante como factor de la ansiedad dental, pero de manera más específica la inteligencia verbal. Una visita al odontólogo puede ser una situación estresante para un niño, en tal situación, las capacidades verbales son importantes para controlar el comportamiento y los sentimientos. El coeficiente intelectual verbal ha sido demostrado como fuerte predictor de habilidades básicas. También es importante destacar que las personas con discapacidad psíquica experimentan más miedo a los tratamientos odontológicos por su falta de comprensión ⁽⁶⁵⁾.
- **Estado de salud general:** “Los pacientes que padecen enfermedades crónicas y graves suelen presentar menos ansiedad porque consideran un problema menor su estado de salud bucal; los niños con una experiencia médica anterior positiva tienden a colaborar más con el odontólogo” ⁽³⁵⁾.
- **Conocimiento del problema odontológico:** El conocimiento del motivo de la consulta puede predisponer al niño a tener una conducta negativa y ansiedad ⁽⁶⁶⁾. Las personas con malos hábitos higiénicos suelen ser más ansiosas, al igual que aquellos que tienen un mal estado bucodental ⁽⁶⁷⁾.
- **Experiencias previas durante un tratamiento odontológico:** Un factor que juega un rol importante para el desarrollo de ansiedad son las experiencias previas que el niño haya tenido en la consulta odontológica o con el propio odontólogo. Debido al condicionamiento clásico, la sola presencia de algún estímulo que le recuerde a la persona una experiencia dental dolorosa o molesta, lo puede llevar a experimentar ansiedad dental, de la misma manera las experiencias

negativas en la consulta. Este último punto ha sido demostrado por Locker, Shapiro y Liddell quienes aseveran que existe una importante relación entre la ansiedad dental y experiencias odontológicas negativas, estableciendo que es la naturaleza de la experiencia más que la edad en que se vivenció, el factor predictor de ansiedad dental⁽⁴⁾. Lopez y col observaron que un 91,1% de los pacientes pediátricos estudiados, que no habían acudido a una primera visita al odontólogo o que no habían tenido experiencias previas negativas, no presentaban ansiedad dental. De forma adicional, se menciona un incremento en la ansiedad infantil, cuando los pacientes consultan esporádicamente debido a la presencia de dolor y en consecuencia, el tratamiento involucra la extracción de una pieza dentaria ⁽⁶⁶⁾.

- **Historia de padecimiento de Dolor:** Diversos trabajos mencionan la asociación entre ansiedad dental y la historia de dolor previa y citan que dicha asociación es confirmada por el estudio de Olivera y Colares quienes establecieron la asociación entre ansiedad dental y la historia de dolor dental cuando este es experimentado a la edad de 5 años o menos ⁽⁵⁹⁾.

Factores Ambientales: comprenden la ansiedad dental de los padres, el relato de los pares, el tipo de crianza de los hijos, las situaciones emocionales intrafamiliares especiales, el nivel de educación, el nivel socioeconómico, los factores culturales y étnicos.

- **Ansiedad de los padres:** Innumerables estudios relatan la relación existente entre el nivel de ansiedad de los padres y el de los niños, sobre todos en lo que hace al vínculo madre-hijo. Ciertos trabajo describen que la ansiedad infantil, en la práctica odontológica, es atribuida a la ansiedad materna ⁽⁶⁸⁾. Freeman citado por villar ⁽⁶⁰⁾ “postuló que los niños con madres ansiosas responden con conductas difíciles o adversas en un intento de llamar la atención de sus padres. Por lo tanto, en muchas ocasiones, la forma en que un niño reacciona y se enfrenta al tratamiento dental depende de la capacidad de los

padres para responder adecuadamente al mundo emocional e interno del niño”. La misma autora citando a Villar Crego expone que “las percepciones de vulnerabilidad cognitiva pueden influir en el proceso de “transferencia emocional” del miedo dental entre los miembros de la familia. En este sentido, las percepciones de los niños se asociaron con las de sus padres, augurando significativamente el nivel de ansiedad y miedo dental, lo que afirma que las cogniciones de los padres pueden influir en la ansiedad de sus hijos” ⁽⁶⁰⁾. “Lara, Crego y Romero-Maroto identificando el rol mediador de la ansiedad dental del padre sobre la relación entre la ansiedad de la madre y del niño, concluyendo la influencia de todos los miembros de la familia en este fenómeno” ⁽⁴⁾.

- **El relato de los pares:** Es probable que los niños que tienen malas impresiones o experiencias del odontólogo las transmitan a sus compañeros, especialmente si forman la primera percepción del niño sobre un profesional, esto repercutirá en el nivel de ansiedad del otro niño. La influencia del hermano mayor es también trascendental ya que a través de los comentarios de sus experiencias odontológicas pasadas, ya sean positivas o negativas, puede predisponer al paciente a una actitud o situación ansiosa respecto a la atención ⁽⁴⁴⁾.
- **Tipo de crianza:** En general se dice que el niño que vive en el seno de una familia miedosa, también tendrá esta característica. Así, en familias en que se valoriza en exceso el miedo a accidentes, a los juegos propios de niños, a los ladrones, al mar, los niños son generalmente más asustadizos y miedosos que otros niños en iguales condiciones y por lo tanto sentirán más ansiedad ⁽³⁸⁾. La sobreprotección excesiva, así como los estilos educativos excesivamente punitivos pueden contribuir a la génesis de ansiedad⁽⁴²⁾.
- **Situaciones emocionales intrafamiliares especiales:** Los niños que provienen de familias en las que ocurren constantes discusiones entre los padres, hijos de padres separados sin buena relación, o de padres muy ocupados por problemas de trabajo, o centrados en su vanidad personal, normalmente demuestran inseguridad y una cierta

ansiedad. Los hogares destruidos pueden influir negativamente en el desarrollo de la personalidad y pueden llevar a sentimientos de inferioridad, apatía angustia y depresión ⁽⁶⁰⁾. A veces estos problemas son pasajeros, debidos a un período particular que está afrontando la familia, en esta situación los niños han demostrado avales emocionales, los cuales pueden en mayor o menor grado provocar cambios en el comportamiento. Para Giglio y Pinto citados por Larrea la separación de los padres es un factor trascendental que puede provocar desajustes emocionales en el niño, y a la hora de conducirlo ante un tratamiento odontológico le puede resultar más difícil realizar el tratamiento ⁽⁶⁵⁾. Otras situaciones que pueden generar ansiedad en el niño y afectan su comportamiento en la atención odontológica pueden ser un viaje prolongado de uno de los padres o el nacimiento de un nuevo hermano, entre otros.

- **Nivel de educación:** El grado académico de los padres se ha asociado también con la cooperación de los niños en la consulta odontológica y con el nivel de ansiedad. Al establecer esta relación, se encuentra que las personas con más educación evidencian menos respuestas de ansiedad. En el estudio de Fazli y cols, los hijos de un 83,9% de los padres y un 66,1% de las madres con educación universitaria tuvieron una conducta adecuada y colaboraron durante el tratamiento dental ⁽⁶⁰⁾.
- **Nivel socioeconómico:** Algunos estudios han demostrado que los niveles más altos de ansiedad dental están asociados a niveles de ingreso más bajos ⁽⁵⁹⁾. Las dificultades económicas familiares pueden provocar, a largo plazo, cuadros depresivos o ansiosos en los progenitores que conlleven a una disminución en la protección, el cuidado y la disciplina de los niños, colocándolos en riesgo de una extensa variedad de problemas emocionales y también de comportamiento, sin las habilidades necesarias para afrontar problemas y lidiar con nuevas experiencias ⁽⁶⁰⁾.
- **Factores culturales y étnicos:** Los factores culturales también pueden desempeñar un papel en las actitudes y cooperación. Dado que cada cultura tiene sus propias creencias, valores y prácticas de

salud. Es importante comprender cómo interactuar con pacientes de diferentes culturas, respetando sus características individuales. Respecto a la raza no se han encontrado correlaciones entre la raza de los sujetos y la presencia de ansiedad ⁽⁶⁹⁾.

Factores relacionados con el profesional y la consulta: Entre estos factores se deben considerar la forma en que el niño es tratado por el profesional y el personal auxiliar, el diseño del consultorio, la vestimenta del profesional, el género del odontólogo, el instrumental odontológico, los procedimientos a realizar, el tiempo de espera y frecuencia de la consulta y la presencia de los padres en el consultorio.

- **Forma en que el niño es tratado por el profesional:** La confianza y el respeto son la base de toda relación. El odontólogo tiene la obligación de hacer agradable el primer contacto con sus pacientes. Debe permitirse tiempo para contestar las preguntas que sean necesarias y así de a poco ir creando buena comunicación con este con el objetivo de disminuir la ansiedad del niño. La preparación del odontólogo en el manejo del comportamiento influye de manera decisiva en la respuesta del paciente. Una actitud amable y serena pero a la vez firme y segura transmite tranquilidad al niño y sus padres, generando una mejor comunicación y cooperación, al tiempo que logra disminuir el nivel de ansiedad del niño ⁽⁷⁰⁾.
- **El personal auxiliar:** El trato del niño con el personal del consultorio incluido los auxiliares es fuente de ansiedad, por ello la actitud del equipo odontológico (interés, afecto) es muy importantes. Los niños responden ante un saludo amistoso, una sonrisa amigable y una actitud natural; también se sienten a gusto cuando se le llaman por un sobrenombre y con conversaciones de sus próximas actividades. La conducta con la que se maneje el auxiliar debe ser reflejo de la buena conducta del odontólogo, ambos como equipo deben estar al tanto de todo lo que ocurre y ocurrirá desde el momento en que el paciente entra al consultorio ⁽⁶⁵⁾.

- **Diseño del consultorio:** “No se debe olvidar que la ansiedad está presente desde la sala de espera, por ello un área de recepción y una sala de espera amigable para los niños pueden proporcionar distracción, lo cual contribuye a la disminución de la ansiedad tanto para los niños como para sus padres” ⁽⁶⁰⁾.
- **Vestimenta del profesional:** Existe controversias a la hora de afirmar que la vestimenta profesional puede ser un factor determinante en el desarrollo de ansiedad en el niño. Al respecto en un estudio en Singapur en época de Covid sobre 402 parejas compuestas por padres-hijos para conocer sus preferencias sobre el tipo de vestimenta del odontólogo, demostró poca relación entre el vestuario y la ansiedad dental infantil. El atuendo predilecto, tanto de los padres como de sus hijos, fue el “equipo de protección personal”, seguido por el “atuendo pediátrico”. Un hecho importante es que las medidas de protección como las gafas y las mascarillas o barbijos, fueron bien aceptadas por casi la mitad de los niños y de los padres; contrariando la creencia de que estos elementos protectores podrían intimidar al niño, provocándole ansiedad dental. ⁽⁶⁰⁾
- **Género del profesional:** Algunos trabajos señalan que además del vestuario, el género del odontólogo ejerce cierta influencia en la preferencia del niño. La mayoría de los pacientes odontopediátricos optaba por un odontólogo que fuera de su mismo sexo, indicando sentirse de esta manera más cómodos ⁽⁷¹⁾. Estos resultados son opuestos a los observados por Münevveroglu y cols., donde un 84% de los niños de ambos sexos prefirieron ser tratados por un profesional del género femenino ⁽⁶⁰⁾.
- **Instrumental:** El uso del instrumental es imprescindible durante la consulta odontológica pero es uno de los grandes causales de la ansiedad. Leal y cols ⁽⁷²⁾, encontraron resultados significativos en relación al nivel de ansiedad que éstos causaban a los niños. Los instrumentos y equipos que provocaron mayor ansiedad son: la jeringa carpule de anestesia, el fórceps pediátrico, el explorador, el equipo de rayos X, la perforadora de dique de goma, la turbina, la pinza porta-clamp, el espejo bucal, la pinza de algodón y el sillón

odontológico ⁽⁷²⁾. Así pues, aquellos instrumentos más cruentos y los procedimientos aparentemente invasivos generan mayor expectativa dolorosa y, por tanto, valores de ansiedad más elevados. “El temor a la jeringa hace que la colocación de la anestesia sea uno de los momentos críticos con alta probabilidad de evitar o evadir los tratamientos odontológicos que requieren la colocación de anestesia local tanto en adolescentes como en pacientes de temprana edad ⁽⁶⁰⁾.

- **Los procedimientos:** Es lógico pensar que aquellos procedimientos que requieran más pasos operatorios y más cantidad de instrumental generarán en el niño mayor nivel de ansiedad. Los estudios realizados con poblaciones infantiles indican que los niños informan de más miedo o ansiedad frente a las experiencias dentales que son más invasivas y dolorosas. Según Al Atram and Cols ⁽⁷³⁾, los procedimientos que más ansiedad generan son: la exodoncia (89 %), la endodoncia (69%), el uso de la turbina y micromotor (61%), y la toma de impresiones (39%).
- **Tiempo de espera y frecuencia de la consulta:** “Los pacientes mencionan comúnmente el tiempo de espera para un tratamiento dental como factor provocador de ansiedad, ya que aumenta el tiempo en que se puede pensar sobre qué pasará, qué podría pasar y para considerar las probabilidades de los peores resultados” ⁽⁴⁸⁾.
- **Presencia de los padres en el consultorio:** Hay un debate por demás extenso entre si los padres deben permanecer o no dentro del consultorio durante el tratamiento del niño, pero es irrefutable que algún cambio se muestra ante la presencia o la ausencia de los cuidadores a cargo del menor. La presencia o ausencia de los padres en el consultorio se considera un importante factor psicológico de ansiedad dental relacionada con la ansiedad por separación que experimenta el paciente infantil. “Trabajos, como el de Juárez y cols., son partidarios de la ausencia de los padres en el consultorio, señalando que el 87,5% de los pacientes cuyos padres tuvieron confianza al dejarlos solos en la consulta dental no presentaron ansiedad, al contrario de aquellos niños en que los padres presentaron desconfianza, los cuales tuvieron 4,3 veces más riesgo

de presentar ansiedad. Otros autores como Versloot y cols., y Karibe y cols., plantean que la presencia de los padres durante el tratamiento dental podría reducir o minimizar la ansiedad de los niños que sí la tienen; mientras que Cox y cols consideran que la decisión de que los padres permanezcan dentro del consultorio durante el tratamiento debería valorar ciertas condiciones tales como la edad del niño, su nivel intelectual, la necesidad de ayuda para la restricción física del paciente, el caso de niños con necesidades especiales, así como el tipo de padres (motivados, permisivos, manipuladores, ansiosos...) y su grado de participación/ cooperación en la consulta ⁽⁶⁰⁾.

2.5.1.3 Factores desencadenantes del proceso de ansiedad:

En medicina un desencadenante es una situación específica que pone en marcha un proceso o que causa un resultado particular. Existen tres factores desencadenantes del proceso de ansiedad dental en el niño los cuales se relacionan uno con otro, ello son: la novedad, la inseguridad y la expectativa. Las nuevas experiencias ocasionan en el niño inseguridad y la necesidad de adaptarse a aquella nueva situación, ante la expectativa frente a una nueva experiencia, se produce un aumento del nivel de ansiedad cerrando el círculo de los tres factores ⁽⁶⁸⁾.

Chapman y Kirby-Turner, 1999 han propuesto un modelo de ansiedad dental infantil que incluye cinco factores interrelacionados a partir del miedo: miedo al dolor o su anticipación; falta de confianza o miedo a la traición; miedo a la pérdida del control; miedo a lo desconocido; miedo a la intrusión ⁽⁵⁷⁾.

Revisando la literatura, entre las prácticas que desencadenan mayores niveles de ansiedad se nombran las extracciones dentales, el fresado, la mala opinión del profesional o el enojo del profesional y más recientemente la posibilidad de contagiarse una enfermedad, situación hace tiempo atrás relacionada al HIV y que en la actualidad y luego de atravesar la pandemia SAR-COV2 se relacionaba a la posibilidad de contagiarse dicha enfermedad.

2.5.1.4 Diferencias entre ansiedad y miedo dental:

En la literatura especializada muchas veces ha existido confusión entre lo que es ansiedad, miedo y fobia, utilizando dichos conceptos de manera intercambiable, o incluso determinando una sinonimia entre miedo y ansiedad, cuando en realidad existe diferencia entre ellos. El **miedo o temor** es una reacción emocional inmediata ante un peligro específico real o imaginario que está en el mundo exterior, es decir que se reconoce la causa que lo origina ⁽⁶⁾; por su parte la **ansiedad** es un estado emocional más difuso y donde la persona no puede reconocer la fuente de la amenaza, es una conducta desorganizada o desbordada que emerge del interior del sujeto ⁽⁵¹⁾. La **fobia** por su parte, es el miedo intenso, irracional, desproporcionado y de carácter enfermizo ante objetos o situaciones concretas, a tal punto que puede interferir con la rutina normal de una persona, el funcionamiento ocupacional o académico y las relaciones sociales ⁽⁴⁾. Para Peinado ⁽⁴⁰⁾ muchas veces resulta difícil establecer una diferencia significativa entre ansiedad y miedo dental, siendo este último en el que se percibe mejor la causa del peligro, en tanto para Marquez-Rodriguez⁽⁶⁷⁾ “Si bien ansiedad y miedo dental muchas veces son considerados sinónimos, existen tres elementos diferenciadores entre ellos: El principal elemento reside en la dimensión temporal entre la conducta y el ambiente propio del tratamiento dental. La ansiedad dental sigue un patrón conductual anticipatorio, evocado por una situación preaversiva; es decir, se presenta de manera anticipada al tratamiento; los miedos dentales, por el contrario, revisten un carácter contemporáneo al tratamiento, tienen una relación de inmediatez temporal con el mismo. El segundo elemento de diferenciación es la generalización de la respuesta: la ansiedad dental se da como un patrón de respuesta generalizado, evocado por el contexto general del tratamiento, mientras que los miedos dentales se caracterizan como patrones discriminativos, controlados por estímulos específicos durante la atención. Finalmente, los elementos operantes-motores por parte del paciente en la ansiedad son de evitación del tratamiento, mientras que los que conllevan

los miedos dentales son de escape del tratamiento, que se traducen en comportamiento perturbador, disruptivo u obstaculizante durante la intervención”⁽⁶⁷⁾.

2. 6 LA SITUACIÓN ODONTOLÓGICA EN ODONTOPEDIATRÍA

“Bleger definió como situación, al conjunto de elementos, hechos, relaciones y condiciones que ocurren en un lugar determinado y en un momento dado.(...) La consulta odontológica considerándola a ella una situación, es singular, única e irrepetible y depende de cada paciente y cada profesional. Es una situación dinámica en continua modificación y reestructuración”⁽⁶⁾. En odontopediatría la situación odontológica implica un proceso de planificación y organización previa a la atención, a fin de fomentar el desarrollo de la misma, en donde, es ideal crear un ambiente armónico que genere seguridad y comodidad al paciente.

2.6.1 LA PRIMERA VISITA AL ODONTÓLOGO

Para el profesional de la odontología la primera consulta del paciente debe tener una importancia trascendental ya que ejerce una importante influencia en el establecimiento de una buena relación odontólogo-paciente. Se debe considerar que la primera visita del niño al consultorio odontológico puede generar una situación de gran estrés, por ser una experiencia nueva en un ambiente desconocido⁽⁷⁴⁾. Este primer encuentro, es una variable importante en el posterior desarrollo de las actitudes o creencias de los niños acerca de los odontólogos y de los tratamientos que realizamos. Un resultado positivo en la relación odontólogo-paciente tendrá un efecto satisfactorio en el niño, así como en el cuidado e higiene bucal que el niño desarrollará en la casa, mientras que una experiencia desagradable puede influir negativamente en los tratamientos posteriores, así como en el desarrollo de ansiedad dental.

En la primera visita el profesional podrá observar el comportamiento del niño, la respuesta de este a determinados estímulos, evaluar su actitud y su temperamento; por su parte el niño despliega en esta oportunidad la mayor cantidad de sentimientos respecto al tratamiento odontológico y al odontólogo, por ello es el momento ideal para que el profesional le provea a este un ambiente psicológico de seguridad, que permita develar temores y ansiedades propias de la situación de atención odontológica ⁽¹⁹⁾.

2.6.2 LA TRIADA ODONTOPEDIÁTRICA

El tratamiento de la salud en general y el odontológico en particular de los pacientes adultos involucra una relación interpersonal de uno a uno, es decir, una relación odontólogo-paciente, sin embargo en odontopediatría esto no es así, existe una diferencia respecto a la relación de los sujetos, debido a que el tratamiento del niño involucra una relación interpersonal de uno a dos, es decir odontólogo - paciente niño – familia. En esta relación, las conductas que cada uno evidencie, influyen y son influidas por las conductas de los otros protagonistas. Dicha relación de uno a dos suele ser graficada con la figura de un triángulo, de ahí su nombre de triángulo o triada odontopediátrica, donde el niño se encuentra en el vértice superior del mismo, debido a que es el centro de atención tanto de la familia como del equipo odontológico. A continuación se describirán los aspectos relevantes de cada uno de los sujetos que forman la triada odontopediátrica y hacen a la situación odontológica en sí misma.

2.6.2.1 El niño

Al asumir la presidencia de la Sociedad Americana de Pediatría en el año 1889 el Dr. Abraham Jacoby expuso que la pediatría no trata hombres y mujeres en miniatura, con dosis reducidas, y la misma clase de enfermedades en cuerpos pequeños, sino que los niños tienen necesidades médicas y de desarrollo especiales y que por ende no deben ser tratados siguiendo los lineamientos del paciente adulto. A fin de dar respuesta a estos requerimientos, en el año 1930 un grupo de pediatras se reúne en Detroit y funda la American

Academy of Pediatrics (AAP). Este concepto novedoso hasta ese momento hoy se ha naturalizado tanto en el campo de la medicina como en el de la odontología y ha permitido el desarrollo y la investigación de técnicas específicas para la atención del paciente niño dentro de las diferentes áreas del campo de la salud ⁽⁷⁵⁾.

El niño puede ser definido o conceptualizado desde diferentes puntos de vista: físico, jurídico, psicoactivo y emocional entre otros. En este estudio el niño es considerado como un ser biopsicosocial que se encuentra en constante crecimiento y desarrollo, es un ser vulnerable que necesita protección por parte de sus padres, familiares, amigos y personal de salud; no es un adulto en miniatura, es un ser que se manejan con un criterio de realidad comandado por fantasías, temores y deseos, a partir de los cuales elabora teorías, que pueden ser modificadas por el aporte racional que los adultos le ofrezcan. El niño es un ser en pleno desarrollo físico, fisiológico, psicológico y social, que se encuentra inmerso en un proceso de aprendizaje donde el medio ambiente ejerce una gran influencia. Etimológicamente la palabra niño es de origen latín “*infans*” que significa “*el que no habla*”. Dicha definición dista mucho de la concepción que actualmente se tiene del niño ⁽⁷⁶⁾.

El nacimiento hace que el niño ingrese en una estructura familiar con un universo de significantes ya instalados, que determinará su evolución psíquica⁽⁶⁾. Cada paciente niño constituye una singularidad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características propias de su salud, las condiciones socioculturales de la familia y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada uno en particular. En la situación odontológica, el paciente trae consigo una historia que refleja su propia percepción del entorno, de la salud y también de la cavidad bucal; es “su boca”, aquella que es expresión de sus rasgos personales la que está en juego en la consulta. Durante la atención odontológica invadimos ese espacio íntimo y personal donde el niño está representado íntegramente, por ello es tan importante establecer una buena relación con el paciente y ganar su confianza⁽⁸⁾.

A pesar que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio, pudiendo observarse

manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos temerosos, aprensivos, agresivos, e incluso histéricos ⁽⁷⁷⁾. Los adultos usan el lenguaje como herramienta privilegiada para expresar sus ideas y comunicarse, los niños por su parte lo van adquiriendo paulatinamente por lo que utilizan otras formas de comunicación como el juego, la dramatización, los dibujos, y también las conductas, a través de las cuales esperan ser comprendidos. En el niño mucho se dice sin palabras, a través del lenguaje no verbal, utilizando la gestualidad y las actitudes.

2.6.2.2 Los padres

“La familia es una institución natural, la más importante de las instituciones sociales, es fuente de influencia de donde emana la formación de la persona humana” ⁽⁷⁸⁾. La educación, las opiniones y los sentimientos vertidos por la familia tienen un poder enorme sobre el niño. La familia sigue siendo uno de los factores de socialización más importante para estos, pues adquieren valores, expectativas y patrones de conducta a partir de sus familiares de diversas formas. Dentro de nuestro ámbito, los padres juegan un rol muy importante en la atención odontológica. Son ellos quienes toman la decisión de llevar al niño a la consulta y deciden a qué edad deben hacerlo. Es prerrogativa de los padres aceptar o rechazar el plan de tratamiento y las sugerencias hechas por el odontólogo ⁽³⁾. Por otra parte, el comportamiento de un niño pequeño en la situación odontológica puede estar directamente relacionado con el nivel de ansiedad y miedo manifiesto por los padres, es decir que la conducta de los padres moldea la conducta del niño ⁽⁷⁹⁾. La influencia de los padres, y particularmente de las madres, ha sido investigada por más de un siglo ⁽³⁾.

Es indudable que la familia es el contexto de crianza más importante en los primeros años de vida, donde se adquieren las primeras habilidades y los primeros hábitos que permitirán conquistar la autonomía y las conductas cruciales para la vida. “El estilo de crianza parental puede ser entendido como una constelación de actitudes acerca del niño, que le son comunicadas y que crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los

comportamientos de los padres. Estos comportamientos incluyen tanto las conductas con las que desarrollan sus propios deberes de paternidad (prácticas parentales), como cualquier otro tipo de comportamientos: gestos, cambios en el tono de voz, expresiones espontáneas de afecto, etc”⁽⁸⁰⁾. Los trabajos de Baumrind en 1967 marcaron un hito en el estudio de los estilos parentales, mediante la descripción de tres estilos de crianza fundamentales: “autoritativo o autorizado”, “autoritario” y “permissivo”. Maccoby y Martin en 1983 propusieron una actualización de los estilos descritos por Baumrind, considerando dos dimensiones: el afecto y la comunicación por un lado y el control y la exigencia por el otro⁽⁸⁰⁾. Al combinar ambas variables surgen nuevos **estilos de crianza parental**, que en líneas generales son los utilizados en la actualidad⁽⁸¹⁾. Ellos son:

- **Estilo autoritario.** Son padres que aplican normas estrictas y utilizan el castigo cuando el niño tiene mala conducta, no contribuyen al diálogo, conceden importancia a la obediencia y a las medidas disciplinarias, la comunicación padre e hijo es escasa.

- **Estilo democrático.** Son padres que demuestran afecto, tienen una comunicación significativa con sus hijos, evitan el castigo, son afectuosos, no son indulgentes, sino que dirigen, plantean exigencias e independencia, marcan límites, orientan y escuchan las ideas de sus hijos para llegar a un acuerdo con ellos.

- **Estilo permisivo.** Son padres con un alto nivel de comunicación, ofrecen afecto a sus hijos, aceptan conductas y actitudes no correctas, razonan, dejan hacer, no exigen orden, ni normas, pero no controlan a sus hijos y no utilizan el castigo.

- **Estilo democrático-indulgente:** son los padres sobreprotectores, demuestran cariño, una buena comunicación con ellos, no utilizan el castigo, pero es difícil que orienten o controlen a sus hijos.

- **Estilo indiferente o de rechazo-abandono.** Es el estilo utilizado por padres que rechazan y son negligentes, que no son receptivos ni exigentes y a quienes sus hijos parecen serles indiferentes. No hay apenas normas que cumplir, pero tampoco hay afecto que compartir; siendo lo más destacable la

escasa intensidad de los apegos y la relativa indiferencia respecto de las conductas del niño

En la década de los 90, Darling y Steinberg plantearon un nuevo modelo en el que existían dos niveles de estudio distintos respecto a la influencia de los padres sobre los hijos: un primer nivel donde se situaría el estilo educativo parental (crianza) y un segundo nivel donde se situarían como se manifiesta ese estilo en el niño (conducta). Posteriormente y en relación a esto surge un nuevo enfoque en el modo de entender las interacciones familiares desde una perspectiva bidireccional, denominado **modelo de construcción conjunta o de influencias múltiples**. Este modelo que sigue siendo tendencia en la actualidad defiende que las relaciones entre padres e hijos son bidireccionales presentado un carácter mediador y bidireccional, de manera que las prácticas educativas paternas son causa pero al mismo tiempo consecuencia de los distintos problemas en el desarrollo de los hijos ⁽⁸⁰⁾.

Por otra parte es importante a la hora de considerar la conducta del niño en la situación odontológica considerando la relación con la figura parental la teoría del apego plateada por Bowlby en 2011. Esta teoría define al apego como “la interacción que posee el niño con sus cuidadores, a los cuales les da el valor de figuras, dichas figuras son importantes para el desarrollo de sus emociones, tales como la seguridad, el miedo o la ansiedad, por ende la relación del niño con su cuidador o figura de apego influye de manera significativa en el comportamiento durante la atención odontológica ⁽⁸²⁾.

En resumen las actitudes familiares, el establecimiento de normas y lineamientos particulares, crean en el paciente una manera determinada de comportarse frente a diversas situaciones, en este caso frente a la consulta odontológica. De la misma manera las características parentales determinarán la comunicación entre el padre y el profesional, en este sentido para McDonald⁽⁸³⁾ los padres sobreprotectores, pueden anteponer barreras entre el niño y el odontopediatra, y deben ser motivados hacia la apertura, con el fin de crear discusiones razonables en las que se vean involucrados interaccionando en pro de la salud oral de sus hijos. Los padres manipuladores, se muestran exigentes durante la consulta, y deben ser manejados mediante preguntas que favorezcan la interacción denotando la preocupación y el interés del

odontopediatra por su hijo. Por otro lado, los padres hostiles cuestionan la necesidad del tratamiento constantemente, para lo cual el especialista debe tener paciencia para sacarlo de la desconfianza por medio de planteamientos cálidos que generen una mejor relación. Por último, una proyección de tolerancia e interés para con los padres negligentes, evitando discusiones y planteando necesidades y prioridades en forma precisa, otorgará un mejor resultado en la relación y en el acompañamiento durante la intervención odontológica de sus hijos ⁽⁸³⁾.

Por todo lo expuesto es fundamental para el odontopediatra conocer la naturaleza dinámica de la relación emocional familia – niño, debido a que las pautas de crianza juegan un papel clave en el desarrollo evolutivo del menor, influyendo tanto en los problemas internalizantes (ansiedad, miedos no evolutivos) como externalizantes (conductas de oposición, agresividad, estrategias de afrontamiento, competencias sociales), que pueden afectar el comportamiento del niño en el consultorio ⁽⁸⁰⁾.

2.6.2.3 El profesional

El odontólogo es el profesional de la salud dedicado a mantener en un buen estado la salud bucal de sus pacientes, cuidando evaluar detalladamente el estado de las piezas dentarias, encías, lengua y áreas adyacentes a las mismas, para así poder identificar anomalías en la posición de los dientes o enfermedades que los podrían estar afectando a ellos o las encías. Sin embargo no puede olvidar que no está atendiendo solo una boca, sino un ser que trae consigo emociones, sentimientos, y una historia personal y familiar. En líneas generales “El paciente llega al encuentro con el odontólogo con sentimientos contradictorios. Por un lado lo percibe como un ser dotado de poderes (reales y fantasiosos) que le permitirá aliviar sus dolencias. Sin embargo a la vez lo ve como una figura amenazadora, debido a los procedimientos invasivos y eventualmente dolorosos que realiza en la zona bucal” ⁽¹⁹⁾. En el caso de la odontopediatría considerando todas las características psicoemocionales del niño, el odontopediatra debe ser una figura de seguridad y confianza, sabiendo que existen diversas situaciones y

tratamientos que generan gran ansiedad en los niños. Es fundamental por ello que el profesional reconozca las causas de la ansiedad, y establezca una comunicación fluida tanto con los niños como con los padres, que sea capaz de ganarse la confianza de ambos, a fin de lograr una mejor aceptación del tratamiento y un ambiente de trabajo relajado y cómodo ⁽⁴⁰⁾. El profesional que atiende niños deberá mostrar respeto por su pequeño paciente, ser comprensivo, bondadoso, tener simpatía, ser veraz (el engaño y el ridículo descontrolan al niño), presentar un equilibrio de emociones, comprender que el niño recibirá de él un mensaje que no solo estará determinado por lo que diga verbalmente. La comunicación no verbal se establece inicialmente con una sonrisa alegre, con una mirada dulce y cariñosa, gestos amigables, una postura respetuosa, un timbre de voz suave ⁽⁷⁴⁾. Las principales características con que debe contar el especialista para la atención de los niños en la consulta, son: conocimiento, autoconfianza, apreciación realista de sus propias habilidades y limitaciones, capacidad para trabajar con eficacia, comprensión y respeto por los niños, ser capaz de asesorar y guiar adecuadamente a los padres, y utilizar al máximo los recursos del personal odontológico de apoyo ⁽⁸⁴⁾. La imaginación, la intuición, la empatía, la transferencia y contratransferencia, son mecanismos que permiten comprender y decodificar estados emocionales de otra persona, y siempre son pensadas en términos de vínculos y relaciones como los que ocurren entre las personas que conforman la triada odontopediátrica.

2.6.3 MECANISMO DE TRASFERENCIA Y CONTRATRASFERENCIA

Según Freud cada vez que experimentamos nuevas sensaciones estamos evocando parte de las experiencias pasadas que dejaron una huella en nuestro inconsciente. La **transferencia** es, justamente, el modo en el que las ideas y sentimientos acerca de vínculos con personas con las que nos hemos relacionado antes son proyectados hacia otras personas aunque sea la primera vez que las veamos, por lo tanto la transferencia es el modo en el que la mente

humana revive cierta experiencia relacionada con los vínculos y que han quedado fijadas en nuestro inconsciente. Es el desplazamiento del afecto de una persona a otra. Por su parte la **contratransferencia** es la respuesta emocional (reacciones, actitudes y pensamientos) de la otra persona ante dichos estímulos y que puede ser vivida como un sentimiento de amor, odio, rechazo, ira etc.

“Entre las personas que constituyen la triada o triángulo odontopediátrico se produce un mecanismo de Tránsito-Contratransferencia. El niño trasfiere al profesional sus sentimientos: miedo, angustia, temor, simpatía, esto impacta en el profesional, lo moviliza y es percibido por el niño como una contratransferencia” ⁽⁶⁾. Si el profesional manifiesta temor o cólera esto será percibido por el niño al generarse la contratransferencia, por ello es fundamental que la contratransferencia sea de seguridad y sentimiento positivos hacia el niño.

Szasz y Hollender citados por Rojas Alcayaga ⁽¹⁹⁾ propusieron tres modelos básicos de transferencia en la relación paciente odontólogo que son: Actividad – pasividad, Guía-cooperación y Participación -mutua. En la primera el profesional le hace algo al paciente, el que a su vez sólo cumple con el rol de recibir el tratamiento, en este modelo se reconstituye la dinámica padre-hijo. En el segundo el odontólogo le dice al paciente lo que le va a hacer, señalando éste su acuerdo, nuevamente se establece una relación padre-hijo. En la tercera el profesional le sugiere y negocia con el paciente el tratamiento a realizar, en una clara relación de igual a igual. En esta última modalidad el odontólogo reconoce el potencial del paciente y comprende que éste no es un ignorante respecto a lo que se le debe hacer como tratamiento, sino que siempre sabe algo. En esta interacción la alianza de tratamiento se fortalece, favoreciendo en definitiva una mayor responsabilidad del paciente sobre su propia salud oral ⁽¹⁹⁾.

En el caso de la odontopediatría la transferencia y contratransferencia también involucra a la figura parental, donde esta figura remueve vivencias propias, y si bien debe depositar en el profesional el cuidado de la salud de su hijo y debe confiar en él, además demanda explicaciones de los pasos a seguir

o expresa dudas en relación a sus propias experiencias. El odontólogo por lo tanto debe en la contratransferencia transmitir conocimiento y seguridad para la atención, tiene un papel educador, y cumple esa función a través de la motivación, y comunicación con la madre o acompañante.

Como la situación odontopediátrica se configura entre tres personas también existe una transferencia y contratransferencia entre el niño y las personas que lo acompañan en la consulta. La familia constituye la primera contención del niño, si la misma le trasfiere seguridad es posible que el niño disminuya la ansiedad, por el contrario si la madre o figura parental le trasfiere al niño sentimientos de temor, el niño aumentará el nivel ansiedad.

La transferencia y contratransferencia está graficada como las flechas de ida y vuelta entre los miembros que forman la triada. La transferencia y contratransferencia es una manera de comunicación no verbal en la que se exteriorizan aspectos inconscientes.

2.7 LA CONDUCTA O COMPORTAMIENTO

La conducta humana es conceptualizada como un cambio en el organismo que se traduce de alguna forma en un comportamiento observable. Desde el campo de la psicología, la conducta se define de dos maneras: como la acción que el individuo ha ejecutado; o como la manera que la persona procedió frente a estímulos recibidos respecto a su entorno. También se la define como un fenómeno natural que tiene el individuo ante los seres que lo rodean, esta puede ser consciente e inconsciente todo deriva de la circunstancia que lo afectan ⁽⁸⁵⁾. El interés por comprender por qué los seres humanos actúan de una manera determinada, qué los impulsa y qué los puede detener, se remonta a épocas anteriores a la aparición de la psicología como ciencia. Sin embargo, fundamentalmente a partir de 1879, comienza a desarrollarse todo un sistema categorial. Etimológicamente la palabra conducta proviene del latín “*ductus*” que significando conducida o guiada; es decir, que todas las manifestaciones que se comprenden dentro de sí suponen que son conducidas por algo que bien pudiera ser interno o externo, es decir que la

conducta puede ser guiada tanto por los fenómenos psíquicos como por la influencia que ejerce el medio social sobre el sujeto. Desde una perspectiva idealista se sugiere que la conducta es el resultado de los fenómenos psíquicos que se expresan mediante manifestaciones corporales en el medio externo donde el sujeto se desarrolla ⁽⁸⁶⁾.

Tanto los estados de ánimo como las emociones tienen una función informativa, ya que le indican al organismo como está y cómo se relaciona con el medio con el objetivo de orientar la reacción que se manifiesta a través de una conducta. Pero, mientras los estados de ánimo funcionan como una señal inespecífica que puede ser atribuido a una causa incorrecta, las emociones brindan una señal más específicas en relación a situaciones ambientales particulares, orientando al organismo hacia una acción concreta. Particularmente la ansiedad es una emoción que nos surge de forma automática en situaciones de amenaza o peligro, para prepararnos a luchar o huir, es decir que es un disparador de una determinada conducta ⁽⁸⁷⁾.

2.7.1 LA CONDUCTA EN ODONTOPEDIATRÍA

“La conducta es lo que se exterioriza, es el emergente de la situación en momento dado y dentro del entorno social que configura el consultorio odontológico. Tiene entre sus cualidades liberar o resolver tensiones internas que se alivian mediante expresiones motrices; pataleo, berrinches, chupeteo, no abrir la boca, sonreír, preguntar, no hablar, gritar, etc” ⁽⁶⁾.

El manejo del comportamiento del paciente odonpediátrico se fundamenta principalmente en el conductismo. Esta rama de la Psicología plantea que el comportamiento de una persona es modificable si se alteran las circunstancias ambientales que la rodean. Se basa en el control de sus emociones ⁽⁸⁸⁾. Por muchos años la ansiedad ha sido reconocida como una fuente de problemas en el manejo de la conducta del paciente infantil en la situación odontopediátrica ⁽³⁾. El manejo de la conducta por parte del odontólogo es

fundamental para poder dar una atención de calidad al paciente incluso en niños pequeños y evitar los posibles traumas psicológicos que se puedan presentar posteriormente ⁽⁸⁹⁾. El manejo de la conducta del paciente pediátrico exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y psicológico del niño; para ello no solo debemos entender qué es, sino también cómo se manifiesta la conducta o comportamiento.

Diferentes autores han clasificado las conductas observables en la consulta odontopediátrica:

Medina ⁽⁷⁰⁾ en su trabajo "Adaptación del niño a la consulta odontológica" describió cinco tipos de conducta potencialmente no cooperativas ellas son:

- Histérica o descontrolada: Es frecuente hasta los tres años, aunque se puede observar en otras edades. Cuando se da, es verdaderamente difícil llevar a cabo el tratamiento. Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se podrá pedir al padre que haga pasar al niño al consultorio, y haga un intento inicial por restablecer la conducta. Si tiene éxito, será grato para todos; pero si no lo tiene, el odontólogo deberá establecer los lineamientos del comportamiento correcto.

- Desafiante: En este tipo de conducta el paciente se niega a cooperar con el profesional desobedeciendo las instrucciones. Puede tener que ver con otros aspectos que vayan más allá de su relación con la práctica odontológica sino con la vida misma. Inicialmente se intentará establecer una comunicación. Con frecuencia puede resultar difícil la comunicación con el niño, aunque éste está muy consciente de lo dicho por el odontólogo. Es importante ser firme, confiado y establecer parámetros claros para la conducta y delinear claramente los objetivos del tratamiento. Una vez establecida la comunicación, estos pacientes pueden tornarse muy cooperadores.

- Tímida: El niño se muestra cohibido pero es posible realizar el tratamiento si se saben utilizar las diferentes técnicas existentes para el control de la conducta. Es importante en estos pacientes generar confianza, mostrar cariño,

y ser lo más receptivo posible. Es ideal un abordaje suave, estimulando su confianza en sí mismo, para que éste acepte la atención odontológica.

- Cooperativa tensa: El niño colabora con el profesional pero no puede evitar tener cierto grado de ansiedad. Se requerirá estar alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente, esto puede hacerse estableciendo un código para saber en qué momento detener la atención. Los signos de aprensión manifestados por estos niños en general son, retorcer las manos, transpirar, afirmarse fuerte del sillón.

- Llorosa: El paciente colabora porque entiende la necesidad del tratamiento pero llora irremediablemente para descargar tensiones. Este tipo de reacción generalmente confunde al odontólogo y al personal auxiliar e incluso a los padres si están presentes dentro del ámbito del consultorio por lo que puede también elevar los niveles de ansiedad de los presentes en la situación.

Como por naturaleza si el niño se siente amenazado ante una situación específica o el simple hecho de imaginar sufrimiento puede reaccionar con llanto, es importante comprender que existen diferentes tipos de llanto observados en los niños en la consulta odontopediátrica. Fernando Escobar, citado por Granda Songor⁽⁹⁰⁾ describe cuatro tipos de llantos

Llanto obstinado: se presenta como un llanto desesperado acompañado de bramidos, movimientos y expresiones fuertes, dando golpes contra sus semejantes.

Llanto atemorizado: lleno de lamentos, abundantes lágrimas y suspiros, el niño esconde su rostro y tienden a buscar a su madre, no existe contacto visual con el odontopediatra.

Llanto herido de poco volumen: Se estremecen en el sillón odontológico, se tornan tensos y no presentan movimientos, se presenta un leve sollozo y taquipnea.

Llanto compensador: Este llanto se escucha únicamente cuando se accionan instrumentos odontológicos como la turbina, el niño lo utiliza para enmascarar el sonido generado por el instrumental mecánico y así auto controlarse.

Para entender por qué un niño "se porta mal" en el consultorio, tenemos que mirar mucho más allá de su conducta. Es preciso comprender también sus necesidades, motivaciones y creencias para descifrar el mensaje que nos envía con su comportamiento. Para ello es fundamental generar empatía. La empatía es una destreza fundamental para padres, educadores y también aplicable a nuestro trabajo, que refiere a "Ver con los ojos del otro, escuchar con los oídos del otro y sentir con el corazón del otro" ⁽⁹¹⁾.

Frankl y Wright describieron las distintas formas de comportamiento del paciente pediátrico en el consultorio odontológico, clasificándolos en cuatro tipos de acuerdo al grado de respuesta conductual. Esta clasificación es quizás la que universalmente se utiliza más la hora de evaluar la conducta del niño en la consulta odontológica ⁽⁹²⁾. Los cuatro tipos descriptos son:

- **Tipo I (- -). Definitivamente negativo.** El niño rechaza el tratamiento, grita fuerte, es temeroso, muestra negatividad extrema.
- **Tipo II (-). Negativo.** El niño difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, presenta actitudes negativas y se muestra renuente.
- **Tipo III (+). Positivo.** El niño acepta el tratamiento cautelosamente, muestra voluntad para seguir órdenes.
- **Tipo IV (++) Definitivamente positivo.** El niño presenta buena relación con el odontólogo, se muestra interesado en el tratamiento.

Cabe aclarar que los Niños Con Trastorno de espectro autista así como los trastornos generalizados del desarrollo y ciertas patologías mentales presentan tres rasgos nucleares, ellos son el deterioro en la socialización, el deterioro en la comunicación verbal y no verbal y los patrones restrictivos y repetitivos de conducta ⁽⁹³⁾. Por ejemplo en los niños con trastorno de espectro autista poseen diferentes manifestaciones conductuales, debida probablemente a las diferencias y al grado de afectación de las redes neuronales responsables de las conductas ⁽⁹⁴⁾. Esto haría que las

apreciaciones que surjan de la observación de la conducta de estos niños difieran de las normalizadas dentro de la escala de Frankl.

2.7.2 MANEJO DE LA CONDUCTA EN ODONTOPEDIATRÍA

El ser humano es un ser adaptable a todas las situaciones, y en virtud de que en la vida se genera cambios permanentes, el individuo debe de ir ajustándose constantemente a ellos. Tomando en cuenta lo anterior, si hablamos de adaptación social hacemos referencia al proceso que atraviesa el individuo por el cual modifica su comportamiento, hábitos o costumbres, para ajustarse a las normas y reglas del medio social donde se desenvuelve. Es decir que al adaptarse, un sujeto abandona hábitos o prácticas que formaban parte de su comportamiento, pero que están evaluadas como negativas en el ámbito al que desea integrarse, y eventualmente adquiere otros en consonancia con las expectativas que se tienen de su nuevo rol. La adaptación, en este sentido, es una forma de socialización secundaria, ya que opera tomando como base las habilidades sociales con las que el sujeto ya cuenta. Según Piaget para que se produzca la adaptación se requiere de dos procesos denominados asimilación y acomodación. Ambos funcionan conjuntamente como parte del aprendizaje, de esta manera cierta información se incorpora simplemente a nuestros esquemas existentes a través del mecanismo de asimilación mientras que otra información conduce al desarrollo de nuevos esquemas o transformaciones totales de ideas o conductas existentes a través del proceso de acomodación.

La adaptación a la situación odontológica es un tipo de adaptación social en la que se busca desarrollar conductas positivas en el niño para la atención, es decir lograr y mantener su colaboración en el tratamiento, mediante un proceso de enseñanza – aprendizaje a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva hacia la Odontología. Es fundamental otorgarle al niño el tiempo suficiente para realizar los procesos de asimilación y acomodación que determinaran la correcta

adaptación de la conducta. La aparición de miedo o la ansiedad dental depende en gran parte de la habilidad que posea el profesional para adaptar al niño al tratamiento odontológico ⁽⁹⁵⁾. Para cumplir dicho objetivo el odontopediatra cuenta con una serie de estrategias llamadas técnicas de manejo de la conducta. El manejo de la conducta del paciente pediátrico incluye una serie de técnicas dirigidas a la información, educación y transformación positiva del comportamiento del niño durante la consulta odontológica ⁽⁹⁶⁾. La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), define al manejo de la conducta del paciente como “la interacción continua entre el niño y el odontólogo para así suministrarle la confianza necesaria para la atención” ⁽⁹⁰⁾.

Las técnicas de control del comportamiento son numerosas y pueden dividirse en tres grandes grupos: técnicas convencionales (No restrictivas y Restrictivas), farmacológicas, y no convencionales.

A-Técnicas convencionales

A1-No restrictivas:

- a. Comunicación no verbal: Son formas de comunicación que refuerzan y guían el comportamiento a través de gestos, expresiones faciales amigables, caricias tranquilizantes, contacto visual y físico suave ⁽⁷⁴⁾.
- b. Decir-Mostrar-Hacer: Es una de las técnicas pilares y muy utilizada para familiarizar al niño con el equipo, instrumentos y procedimientos odontológicos. Consiste en explicar y mostrar al niño lo que se va a realizar. Debe hacerse con la actitud adecuada y un vocabulario apropiado para la edad del niño. Debe evitarse el uso de palabras que provoquen miedo, tales como: dolor, aguja, sangre, inyección, etc. En su lugar, se deben usar palabras que no le provoquen miedo y no asocien con eventos desagradables ⁽⁷⁰⁾.
- c. Distracción: Es una técnica utilizada para desviar la atención del niño de los procedimientos desagradables por medio de la diversión. El objetivo es abstraerlos del procedimiento odontológico usando muñecos y videos educativos, contando historias y hablando

con la madre durante el tratamiento sobre la vida diaria del niño (amigos, mascotas, juegos favoritos, etc.)⁽⁸⁹⁾.

- d. Desensibilización o Modelamiento: Ayuda a reducir comportamientos negativos y de ansiedad, mostrando al paciente la atención odontológica en su hermano mayor o en otro niño (con edad similar) que hayan mostrado siempre buen comportamiento. Esto también puede lograrse mediante el uso de juguetes en los cuales se pueda simular una revisión bucodental⁽⁷⁴⁾.
- e. Refuerzo positivo: Es una técnica efectiva que recompensa al paciente por su buen comportamiento y favorece una buena conducta en la siguiente consulta. El refuerzo positivo puede ser clasificado como: social (elogios y demostraciones de afecto) o no social (premios: juguetes de bajo costo y certificados de buen comportamiento)⁽⁷⁰⁾.
- f. Refuerzo negativo: Esta técnica se ha dejado de lado en los últimos años ya que se trata de una comunicación netamente verbal en donde se utiliza frases que van a aumentar el sentimiento de fracaso del niño, al emplear expresiones como; “hoy te portaste mal,” “si duele me avisas,” “me quedé muy triste porque no hiciste lo que te pedí”. Estas acciones son las que comprometen la eficacia del tratamiento y se convierten en experiencias negativas para el infante⁽⁹⁰⁾.
- g. Control de la voz: Es una alteración controlada del volumen y el tono de voz, que influye y mejora la conducta del paciente, a la vez que establece límites si ocurre un comportamiento indeseable del niño⁽⁸⁹⁾.

A2- Restrictivas:

- a. Estabilización protectora activa: Este tipo de estabilización protectora es muy utilizada en bebés que presentan actitudes de resistencia con movimientos de cabeza, brazos y piernas durante el tratamiento, y no requiere de ningún dispositivo específico. La restricción de los movimientos la realizan los responsables del niño, que deben

inmovilizarle las manos y rodillas, y la auxiliar incluso puede sujetar la cabeza si fuera necesario. Entre las maneras de hacer estabilización protectora activa encontramos las técnicas inmovilización manos rodillas, cuerpo a cuerpo, posición de pecho, posición en silla de montar , silla de oficina, rodilla con rodilla ⁽⁷⁴⁾.

- b. Estabilización protectora pasiva: Se realiza con dispositivos e instrumentos que ayudan a restringir movimientos y proporcionan seguridad al niño, permitiendo que el profesional ejecute el tratamiento con calidad y precisión. Entre ellos se encuentran los abre bocas, el pediwrap y papoose board ⁽⁹⁰⁾.
- c. Mano sobre la boca: Si bien es una técnica utilizada y difundida, no es incluida por la AAPD por ser considerada demasiado agresiva, ya que consiste en la obstrucción manual de la boca, o en ocasiones boca y nariz, impidiendo al niño respirar adecuadamente y por lo tanto inhibiendo el llanto por sofocación. Se suele usar poco, pues haría falta un consentimiento informado especificando el uso de esta técnica para evitar los problemas legales. En la técnica sin restricción de las vías aéreas el profesional coloca su mano sobre la boca del niño para cesar la explosión verbal y mal comportamiento. Entonces el niño es avisado en su oído que si colabora la mano será removida” ⁽⁹⁷⁾.

B-Técnicas farmacológicas:

- a. Sedación consciente: Consiste en administrar una combinación de medicamentos que ayudan al niño a relajarse (sedante) al tiempo que se bloquea el dolor (anestésico) durante un procedimiento médico u odontológico. En la sedación consciente el paciente está somnoliento pero responde a órdenes, conservando los reflejos de protección de la vía aérea ⁽⁹⁸⁾.
- b. Anestesia general o sedación profunda: Virtualmente no existe diferencia entre la sedación profunda y la anestesia general superficial. Consiste en un estado reversible de inconsciencia

producido por agentes anestésicos, con la pérdida de la sensación de dolor de todo el cuerpo ⁽⁹⁸⁾.

C-Técnicas no convencionales ⁽⁵⁴⁾

- a. La hipnosis: a través de esta técnica se consigue un trance ligero que le permite al niño superar la ansiedad y estrés dental.
- b. Musicoterapia: se realiza con música y elementos musicales (ritmo, sonido, armonía y melodía) logrando que el paciente obtenga indirectamente efectos relajantes distrayéndolo de estímulos que causen estrés y dolor.
- c. Escape contingente: consiste en darle al paciente el control de la situación mediante una indicación suya, como por ejemplo que al levantar la mano, se interrumpa momentáneamente el tratamiento.
- d. Imaginería guiada: esta técnica se encarga de llevar al niño a un mundo imaginario siguiendo las indicaciones del odontopediatra paso a paso a través de la relajación basándose en la respiración.
- e. La metáfora del sillón dental: En este punto se juega con el paciente llegándole a dar un nombre al sillón de trabajo como la nave espacial y hablarle que se va a la nave espacial a jugar. Desde que el niño se siente se le ira hablando y señalando parte por parte de lo que se utilizara como si eso fuera una nave espacial, de los movimientos, sonido, mostrándole lo que hace y para qué sirve y como se debe usar señalando su boca.
- f. Distracción audiovisual: se utilizan dispositivos de representación auditiva y visual con lo que se busca desligar al niño del ambiente y sonido médico no favorable de manera parcial dando como resultado la pérdida de ansiedad e incomodidad significativamente.
- g. Aromaterapia: es la ciencia y arte que utiliza esencias naturales aromáticas obtenidas de plantas que equilibran espíritu y mente, factor psicológico y ámbito fisiológico de cada individuo. Esta modalidad es natural no invasiva donde se utiliza aceites esenciales cuyos aromas despiertan sentimientos positivos como bienestar, motivación, felicidad y relajación.

2.8 INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA ANSIEDAD DENTAL

La Academia Latinoamericana de Odontología Pediátrica considera que el odontólogo debería incluir una evaluación del potencial de cooperación del niño como parte de su plan de tratamiento (....) Cabe aclarar que si bien las herramientas de evaluación han demostrado alguna eficacia en el entorno odontopediátrico, ninguna de ellas es completamente exacta a la hora de predecir el comportamiento que tendrá el niño ⁽⁹⁹⁾.

Uno de los métodos más utilizados en la clínica diaria para la evaluación del miedo y la ansiedad en el niño es el dibujo de la figura humana. Esta es una técnica proyectiva de estudio de la personalidad y rasgos socioemocionales, a través del uso de materiales pobremente estructurados, que facilitan la asociación libre, el lenguaje simbólico y el conocimiento del mundo interno del niño. El dibujo de la figura humana fue planteado como un indicador no verbal de la inteligencia. El dibujo en sí mismo es la reproducción gráfica interna del individuo, en la que el niño personifica en dibujos lo que sabe del objeto, no lo que ve de él, utilizando signos para representar objetos y/o situaciones ⁽³²⁾. La técnica implica la producción de un dibujo por parte del evaluado, el cual es analizado en base a su contenido o a las características del mismo. Los aspectos a analizar son el tamaño del dibujo, la posición del mismo en la hoja, el uso de colores entre otros y ciertas características que pueden referir el grado de ansiedad. Así es que en los pacientes con ansiedad elevada puede observarse que el dibujo ocupa menos de la mitad de la hoja, está coloreado especialmente con rojo, se omiten las extremidades del paciente, hay desorden en el mobiliario del consultorio, el tamaño del instrumental es excesivo, el profesional presenta manos grandes, el niño aparece llorando. Cuando la ansiedad es baja el dibujo ocupa más de la mitad de la hoja, el niño aparece con los brazos abiertos, el trazo del dibujo es fuerte y único, el tamaño del paciente es normal o grande en relación al profesional.

Hasta la fecha, varios estudios han relacionado la ansiedad, los dibujos y la odontología y/ o medicina en general y si bien el dibujo es una herramienta válida para la evaluación de la ansiedad individual del niño, su utilización en

trabajos de investigación es baja debido a la falta de validación y la complejidad de tabular los datos ⁽¹⁰⁰⁾.

Todo instrumento de medición o de recolección de datos que sea utilizado con fines estadísticos debe reunir una serie de características fundamentales, las cuales son logradas mediante un proceso de evaluación de sus propiedades psicométricas ⁽⁴⁾.

La psicometría es la disciplina que se encarga de medir y cuantificar variables psicológicas de la psiquis humana, mediante un conjunto de métodos, técnicas y teorías. A esta disciplina pertenece el Alfa de Cronbach (α), un coeficiente utilizado para medir la fiabilidad de una escala de medida o test. La fiabilidad es un concepto que tiene varias definiciones, aunque a grandes rasgos se puede definir como la ausencia de errores de medida en un test, o como la precisión de su medición. El coeficiente Alfa de Cronbach oscila entre el 0 y el 1. Cuanto más próximo esté a 1, más consistentes serán los ítems.

Al evaluar el instrumento se determina si el instrumento cumple con los criterios métricos de calidad, es decir, la confiabilidad y validez del test y de los ítems. En el ámbito de la salud, es necesario disponer de instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas, que permitan comparar los resultados obtenidos con otros estudios nacionales e internacionales que hayan utilizado el mismo instrumento ⁽¹⁰¹⁾.

Los instrumentos (Escala, Cuestionarios e Inventarios) que evalúan la presencia de ansiedad dental han tenido un notable desarrollo en los últimos años. En el caso particular de los instrumentos utilizados para evaluar la ansiedad dental infantil, estos deben presentar una serie de características: han de ser cortos, fáciles y de simple comprensión para los niños ⁽⁴⁹⁾.

La evaluación de la ansiedad dental puede hacerse de diferentes maneras considerando que esta se manifiesta según un triple sistema de respuesta (fisiológico, cognitivo y conductual) ⁽⁴⁴⁾.

- **Evaluación de las dimensiones fisiológica:** Dado que el paciente se encuentra en estado de alerta existe una respuesta fisiológica que determina variaciones en determinados parámetros como pueden ser la temperatura

corporal, la frecuencia cardiaca, el pulso, oxigenación etc. Todos estos parámetros pueden ser medidos y registrados a través de instrumentos médicos ⁽¹⁰²⁾.

- **Evaluación de la dimensión cognitiva:**

1) A través de Técnicas Proyectivas: son una forma agradable, sencilla y especial de descubrir las emociones en los niños. Revelan los sentimientos que el niño no se atreve a expresar a través de palabras. Entre ellas se encuentran: el Test de Venham o Venham Picture Test (VPT) , la escala de la Imagen Facial o Facial Image Scale (FIS), el ya mencionado Dibujo de la Figura Humana, y el dibujo libre. De las cuatro el test de Venham y la escala de FIS son los instrumentos más utilizados a nivel mundial dada su posibilidad de validación, y serán desarrolladas en detalle en puntos posteriores ⁽⁴⁴⁾.

2) A través de Cuestionarios Escritos: Consiste en realizar preguntas a los niños o familiares acerca de la ansiedad ante la consulta odontológica o de sus experiencias médicas anteriores. Su finalidad es ofrecer una imagen objetiva desde el punto de vista del encuestado percibiendo fenómenos de variada naturaleza ⁽⁴⁴⁾. Entre ellos encontramos la Escala de Ansiedad dental de Corah (C-DAS), la escala de Corah modificada para niños (MCDAS)

- **Evaluación de la dimensión conductual:** son técnicas cuyo objetivo consiste en observar la conducta del niño durante un evento estresante. En odontología se han empleado diferentes formas ⁽⁵⁸⁾:

1) La observación independiente: Es una técnica que consiste en observar el comportamiento del niño durante la consulta odontológica, un ejemplo de ello es la escala de Frankl.

2) El video de simulación dental: Diseñado por Norman en el año 1983, consiste en mostrar a los niños un video de procedimientos odontológicos y evaluar la ansiedad durante la visualización de este ⁽⁹⁵⁾.

Haciendo una revisión de los trabajos de investigación en el campo, se puede determinar que las escalas más utilizadas y válidas para el uso en niños son: la Escala de Frankl, cuando el objetivo perseguido es la valoración de la

dimensión conductal del niño y la Escala de Imagen Facial (FIS), el Test de Dibujos de Venham (VPT) y la escala de Corah modificada para niños (MCDAS), cuando el objetivo es valorar la dimensión cognitiva de la ansiedad del niño. En el caso de los adultos, las escalas más utilizadas son la Escala de Ansiedad dental de Corah (C-DAS) y la Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS) para evaluar el componente cognitivo de la ansiedad dental ⁽⁶⁵⁾.

2.8.1 INSTRUMENTOS PARA VALORAR LA ANSIEDAD DENTAL EN SU DIMENSIÓN COGNITIVA

De los instrumentos desarrollados para medir la ansiedad detallare los más utilizados en niños como son la Escala de Imagen Facial (FIS), el Test de Dibujos de Venham (VPT) y la escala de Corah modificada para niños (MCDAS), así como las más utilizadas en los adultos que son las Escala de Ansiedad dental de Corah (C-DAS) y la Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS) para evaluar la ansiedad dental

2.8.1.1 ESCALA DE FIS

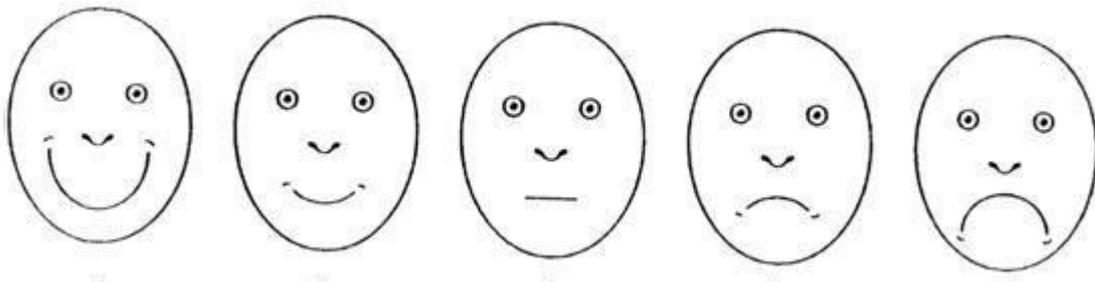
La escala de Fis o Facial Image Scale fue, creada por Buchanan y Niven. Es un instrumento utilizado para evaluar la ansiedad, a partir de los 3 años hasta los 18. Esta consiste en el uso de cinco figuras de la cara que muestran características afectivas, con valores de 1 a 5 ⁽⁵⁹⁾. Para la realización del test se le pide al niño que puntúe cuál de las caras representa más cómo se siente en ese momento.

La interpretación de los valores son:

- 1-ansiedad leve
- 2-leve a moderada
- 3-moderada
- 4-moderada a severa
- 5- ansiedad severa.

Este instrumento muestra una adecuada facilidad de aplicación, siendo utilizado tanto en contextos europeos como latinoamericanos ⁽⁴⁾. Ha sido considerada fiable para la valoración de la ansiedad dental en niños muy pequeños y con ciertas limitaciones ⁽⁴⁹⁾.

Buchanan y Niven validan que el índice de Cronbach para esta escala es de 0.85 ⁽⁵⁶⁾.



Tomado Mautz -Miranda

2.8.1.2 ESCALA DE VENHAM (VPT)

Es una técnica de auto-reporte de la ansiedad creada por el Dr. Larry L. Venham en el año 1979. Consiste en un grupo de imágenes proyectivas que fue diseñado usando una figura masculina de dibujos animados. Como un estímulo psicológico la cabeza fue dibujada grande con líneas anchas para atraer la atención sobre el rostro. El resto del cuerpo se elaboró proporcionalmente más pequeño y con líneas finas. El cabello y los rasgos faciales fueron estilizados para evitar cualquier característica racial fácilmente identificable. La ropa también fue diseñada para reducir al mínimo la identificación de clase socioeconómica. La figura de la historieta fue retratada en los estados variables de excitación emocional vistos en el ámbito clínico, incluyendo la felicidad, el miedo, la tristeza y la ira. Se elaboró un avance de siete etapas, desde neutral hasta los extremos de cada emoción ⁽³²⁾.

La versión final consistió en ocho figuras de niños que toman los extremos de cada emoción. El examen consiste en interpretar una historia presentando cuadros que muestran a un mismo niño en dos estados de ánimo diferentes. El

niño deberá elegir en cada cuadro, como se siente en ese momento entre una figura ansiosa y otra no ansiosa. La selección de una ilustración ansiosa se puntuó como uno y la elección de una ilustración feliz se puntuó como cero. Las puntuaciones generales obtenidas van desde 0 (sin ansiedad) y 8 (muy ansioso). El número de veces que el niño señala una figura ansiosa suma el puntaje total entre 0 y 8. Los niños pueden responder por escrito, oralmente o por gestos.

El test de dibujos de Venham discrimina de forma aceptable entre niños ansiosos y no ansiosos teniendo como ventaja su facilidad de aplicación ⁽¹⁰²⁾. Se considera una medida que tiene mayor éxito, pero está limitada para medir la ansiedad dental en los niños, debido a que solo es válida en niños de entre 6 y 15 años ⁽⁴⁹⁾. La consistencia interna y fiabilidad fueron puestas a prueba durante los estudios del Dr. Venham y ambos aspectos mostraron ser adecuados. Posee un índice α de Cronbach de 0,83 lo que indicó un alto grado de consistencia interna ⁽¹⁰³⁾.

2.8.1.3 ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL MODIFICADA PARA (MCDAS).

La escala de ansiedad dental modificada para niños o The Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDAS), fue desarrollado por Wong y se ha utilizado en niños de 8 a 15 años. La escala incluye una pregunta sobre anestesia local, y otros procedimientos dentales que pueden afectar a los niños. Se utiliza una escala de Likert de cinco puntos para evaluar la ansiedad dental de cada ítems con puntuaciones que van desde “relajado / no preocupado” (1) a “muy preocupado” (5). Las puntuaciones totales del MCDAS oscilan entre 8 (poca o ninguna ansiedad) y 40 (ansiedad dental extrema). El MCDAS parece ser una medida útil de la ansiedad dental; limitado por el nivel de funcionamiento cognitivo requerido para completar la escala de calificación numérica ⁽⁶⁵⁾. Este instrumento ha demostrado ser una medida razonable de la ansiedad dental infantil que exhibe buena consistencia interna y validez

2.8.1.4. ESCALA DE LA ANSIEDAD DENTAL CORAH (C-DAS)

La escala de ansiedad de Corah o Dental Anxiety Scale, (C-DAS) está considerada como una de las “escalas de oro” para valorar la ansiedad dental⁽⁴⁹⁾. Es un cuestionario de autorreporte, creado por Norman Corah, el año 1969. El instrumento se compone de 4 ítems o preguntas de tipo likert, que busca identificar el nivel de ansiedad del paciente en diferentes situaciones dentales, entre ellas, el nivel de ansiedad que el entrevistado sentiría un día antes de una cita odontológica, la ansiedad cuando está esperando la atención en la sala de espera, durante el uso de turbina o micromotor y durante el uso de los instrumentos odontológicos para realizar procedimientos de limpieza por parte del odontólogo.

Las preguntas incluyen:

- Si tuviera que ir mañana para una revisión ¿Cómo se sentiría al respecto?
- Cuando está esperando su turno en el consultorios ¿Cómo se siente?
- Cuando está en la silla del odontólogo esperando mientras él prepara el torno para comenzar a trabar en sus dientes ¿Cómo se siente?
- Imagínese que está en la silla del odontólogo para una limpieza. El odontólogo saca los instrumentos para raspar y pulir sus dientes ¿Cómo se siente?

Dichas preguntas tienen cinco alternativas de respuesta: (5) extremadamente ansioso, (4) muy ansioso o intranquilo, (3) bastante ansioso, (2) ligeramente ansioso o, hasta (1) relajado nada ansioso, obteniéndose rangos de puntaje totales que van de 4 a 20 puntos, que permiten categorizar al paciente desde las dimensiones “relajado” hasta “fobia dental. Los puntajes quedan definidos de la siguiente manera ⁽¹⁰⁴⁾:

Puntaje 0 = Sin ansiedad (puntuación final igual a 4).

Puntaje 1 = Baja ansiedad (puntuación final entre 5 y 9).

Puntaje 2 = Moderada ansiedad (puntuación final entre 10 y 14).

Puntaje 3 = Alta ansiedad (puntuación final entre 15 y 20).

Una de las cualidades de este instrumento es que sus puntajes son altamente fidedignos, ya que como la ansiedad dental es socialmente aceptada, el tener miedo al odontólogo hace que poca gente tenga la necesidad de ser condescendiente cuando se le consulta al respecto ⁽⁴⁾.

La escala de ansiedad de Corah tiene un índice de confiabilidad de alfa de 0,86 y la validez se ha determinado como aceptable ⁽³⁾.

2.8.1.5 ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL MODIFICADA MDAS

Es un autorreporte adaptado por Humpris en 1995 que difiere de la versión original del CDAS por la inclusión de una pregunta sobre la inyección de anestésicos locales. Consta de cinco ítems, cada uno de ellos con cinco posibles respuestas, siempre iguales, en orden creciente de nivel de ansiedad: (5), extremadamente ansioso, (4) muy ansioso o intranquilo, (3) bastante ansioso, (2) ligeramente ansioso o, hasta (1), relajado nada ansioso. Para un total de veinticinco (25) puntos. La puntuación mínima de la escala es de 5 y la máxima de 25. Los puntajes mayores a 13 se consideran clínicamente significativos, siendo las puntuaciones de 19 o más según estableció Humphris las que corresponden a sujetos con ansiedad dental alta o fobia dental.

Las preguntas incluyen:

- Si tuviera que ir mañana para una revisión ¿Cómo se sentiría al respecto?
- Cuando está esperando su turno en el consultorios ¿Cómo se siente?
- Cuando está en la silla del odontólogo esperando mientras él prepara el torno para comenzar a trabar en sus dientes ¿Cómo se siente?
- Imagínese que está en la silla del odontólogo para una limpieza. El odontólogo saca los instrumentos para raspar y pulir sus dientes ¿Cómo se siente?
- Si le van a inyectar con una aguja anestésico local para su tratamiento ¿Cómo se siente?

Puntaje:

- **Menos de 9 puntos.** Ansiedad leve o nula en su visita al dentista.
- **Entre 9-12 puntos.** Ansiedad moderada en su visita al dentista.
- **Entre 13-14 puntos.** Ansiedad elevada en su visita al dentista.
- **A partir de 15 puntos.** Ansiedad severa o Fobia a su visita al dentista.

Caycedo ⁽⁶⁹⁾ lo considera un instrumento de formato corto y fácil aplicación con niveles altos de confiabilidad y validez con un índice alfa de Cronbach de 0,906. Las propiedades psicométricas de esta escala han sido validadas en varios idiomas, en países como China, Turquía, Inglaterra, y otros países, con resultados promisorios ⁽⁶⁹⁾.

2.8.2 INSTRUMENTOS PARA VALORAR LA ANSIEDAD DENTAL EN SU DIMENSIÓN CONDUCTUAL

Las escalas de valoración del comportamiento buscan determinar el componente conductual de la emoción. Para evaluar el comportamiento infantil en la consulta odontológica, se pueden utilizar la escala de valoración de la conducta de Frankl y la Escala de Houpt ⁽⁴⁹⁾.

2.8.2.1 ESCALA DE FRANKL

La escala de Frankl sigue siendo la más usada para valorar el comportamiento infantil, ya que es la más eficaz, práctica y resolutive de uso en odontología infantil ⁽⁴⁹⁾.

Se basa en la observación del niño y la categorización de este dentro de uno de los cuatro grupos a saber:

- **Tipo I (- -).** Definitivamente negativo. Rechaza el tratamiento, grita fuerte, es temeroso, muestra negatividad extrema.

- **Tipo II (-). Negativo.** Dificilmente acepta el tratamiento, no coopera, presenta actitudes negativas y se muestra renuente.
- **Tipo III (+). Positivo.** Acepta el tratamiento cautelosamente, muestra voluntad para seguir órdenes.
- **Tipo IV (++) Definitivamente positivo.** Presenta buena relación con el odontólogo, se muestra interesado en el tratamiento.

El índice de confiabilidad alfa de este instrumento es de 0,89. Tiene buena fiabilidad.

Cabe aclarar que los pacientes con limitación de su capacidad cognitiva, requiere un manejo especial y no es posible aplicar los mismos criterios de evaluación que para el grueso de la población ⁽¹⁰⁴⁾.

2.8.2.2 ESCALA DE HOUP

Esta escala es utilizada para medir la conducta del niño cuando es sometido a la sedación consciente. Cabe recordar que esta consiste en un estado médicamente controlado de disminución de la conciencia que permite la conservación de los reflejos protectores, la capacidad del sujeto para mantener libre el tránsito de aire por las vías respiratorias, de manera independiente y continua, además de que el paciente puede generar respuestas apropiadas a la estimulación de órdenes verbales y/o físicas ⁽¹⁹⁾. La escala considera cuatro aspectos:

- **Valoración del sueño:** Despierto; Somnoliento, desorientado; Dormido fácil de despertar; Dormido, difícil de despertar.
- **Valoración del movimiento:** No movimiento; Movimiento intermitente que no afecta al tratamiento; Movimiento continuo que afecta el tratamiento; Movimiento violento que interrumpe el tratamiento.
- **Valoración de llanto:** No llanto; Llanto intermitente; Llanto continuo o persistente; Llanto histérico.

- **Evaluación total del procedimiento:** Excelente, no interrumpido; Muy bueno, interrumpido limitadamente; Bueno, alguna dificultad, pero todo el tratamiento terminado; Regular, mucha dificultad pero todo el tratamiento terminado; Malo, tratamiento parcial; Interrumpido.

En Argentina son pocas las situaciones en la que se trabaja con sedación consiente o anestesia general, es por ello que su valor local a la hora de trabajos estadísticos es bajo.

3. OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Determinar la relación existente entre la ansiedad dental y la conducta del niño con la ansiedad de la figura parental durante la situación Odontopediátrica.
- Determinar el tipo de conducta predominante en el niño frente a las diferentes prácticas odontológicas realizadas.

Objetivos específicos:

- Relacionar el nivel de ansiedad manifiesto por el niño en la atención odontológica según la escala de FIS con la edad, género y la práctica a realizar.
- Relacionar el tipo de conducta según la escala de Frankl con la edad, género del mismo y la práctica a realizar.
- Relacionar la ansiedad del niño a la conducta observada.
- Determinar el nivel de ansiedad de la figura parental ante la atención odontológica aplicando la escala de Corah.
- Relacionar la experiencia odontológica de la figura parental a la ansiedad del niño.
- Determinar la relación existente entre la ansiedad dental de la figura parental a la ansiedad del niño.

4. HIPOTESIS DE TRABAJO

La hipótesis del trabajo fue:

La atención Odontopediátrica genera diferentes niveles de ansiedad en el niño y su figura parental que se manifiestan en el niño a través de una conducta.

Sub-hipótesis:

Los niveles de ansiedad y conducta negativa (en niños) serán mayores a menor edad de este, a mayor complejidad de la práctica y si sus padres presentan ansiedad.

Las conductas negativas de los niños frente a la situación odontopediátrica se asocian a altos niveles de ansiedad vividos por ellos y por sus figuras parentales.

Los niveles de ansiedad del padre serán mayores dependiendo de la complejidad de la práctica a realizar y de su propia experiencia odontológica.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO: La metodología empleada fue la de un estudio analítico descriptivo, no experimental, observacional y transversal.

5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO: Niños de 4 a 12 años y sus acompañantes (figuras parentales) que fueron atendidos en el servicio de odontopediatría del Hospital Zonal Especializado Dr. Noel H. Sbarra de la ciudad de La Plata.

5.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: El muestreo fue no probabilístico, por cuotas donde las practicas fueron divididas en:

- **Prácticas de baja complejidad** (Fichados iniciales, inactivación de lesiones de caries o técnicas restaurativas atraumáticas, topicación con flúor) 100 casos.
- **Prácticas de mediana complejidad** (Selladores, operatorias,) 100 casos.
- **Prácticas de alta complejidad** (terapias pulpares, exodoncias, cirugías y traumatismos) 100 casos.

Total: 300 situaciones odontopediátricas

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Fueron incluidos:

- Niños atendidos en el servicio de odontopediatría del Hospital Especializado Dr. Noel H. Sbarra de la ciudad de La Plata.
- Los niños que formaron parte tuvieron una edad comprendida entre los 4 y 12 años de edad.
- Los niños estuvieron acompañados por una figura parental que voluntariamente aceptó su inclusión en el estudio y dio su consentimiento.

Fueron excluidos:

- Niños que presentaron algún tipo de discapacidad cognitiva, o incapacidad psíquica que les impidió participar del estudio.
- Niños menores de 4 años y mayores de 12 años.
- Niños cuyos padres no aceptaron voluntariamente participar del estudio.

5.5 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Se utilizó un formulario específico que permitió recolectar datos referidos al niño, la figura parental, y la práctica a realizar. Para el análisis de la ansiedad del niño se aplicó la escala de Fis, en tanto que para evaluar el comportamiento se utilizó la escala de Frankl. A las figuras parentales se le aplicó la escala de Corah y se preguntó sobre su experiencia odontológica, y si se la relató a los menores. En resumen se utilizaron, test y escalas psicométricas y preguntas estructuradas. (Anexo)

5.6 VARIABLES DE ESTUDIO:

	VARIABLE	INSTRUMENTO	TIPO DE DATO	VALOR
N I Ñ O	Edad	Encuesta Historia clínica	cuantitativo numero ordinal	intervalo anual de 4 a 12 años
	Genero	Encuesta Historia clínica	Cualitativo nominal politómico	Femenino Masculino otro
	Conducta	Escala de Frankl	cualitativo Ordinal politómico (Dimension conductal)	1- Definitivamente negativo 2-Levemente negativo 3-Positivo 4-Definitivamente positivo
	Tratamiento a realizar	Encuesta Historia clínica	Cualitativo Ordinal politómico	Baja complejidad Media complejidad Alta complejidad
	Ansiedad	Escala de Fis	cualitativo Ordinal politómico (Dimension cognitiva)	1-Muy feliz (Ansiedad leve) 2-Feliz (Ansiedad leve a moderada) 3-indiferente (Ansiedad Moderada) 4-Triste (Ansiedad moderada a severa) 5- Muy triste (Ansiedad severa)

	VARIABLE	INSTRUMENTO	TIPO DE DATO	VALOR
F I G U R A	Edad	Encuesta Historia clínica	cualitativo numero ordinal	menor de 20 años
				20 a 29 años
P A R E N T A L	Genero	Encuesta Historia clínica	Cualitativo nominal politómico	30 a 39 años
				40 a 49 años
L	Ansiiedad	Escala de Corah	Cualitativo ordinal politomico (Dimension cognitiva)	mas de 50 años
				Femenino
L	Experiencia odontologica previa	Encuesta Historia clínica	cualitativo Ordinal politómico	Masculino
				Otro
L	Relató al niño su experiencia odontologica	Encuesta Historia clínica	Cualitativo nominal dicótomo	0-4 sin ansiiedad
				5-9 ansiiedad baja
L	Relató al niño su experiencia odontologica	Encuesta Historia clínica	Cualitativo nominal dicótomo	10-14 ansiiedad moderada
				15-20 ansiiedad alta
L	Relató al niño su experiencia odontologica	Encuesta Historia clínica	Cualitativo nominal dicótomo	1-Buena
				2-Regular
L	Relató al niño su experiencia odontologica	Encuesta Historia clínica	Cualitativo nominal dicótomo	3-Mala
				1-Si
L	Relató al niño su experiencia odontologica	Encuesta Historia clínica	Cualitativo nominal dicótomo	2-No
				2-No

5.7 ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

La presente investigación adscribe a las Declaraciones Internacionales de Ética de Investigación en Seres Humanos, entre las que se destacan la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA) como así también la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y las Pautas Éticas Internacionales del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

Es por ello que se informó a los sujetos participantes el carácter voluntario del estudio, como también los procesos que se implementaron para garantizar la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información registrada. En este sentido, los registros se codificaron eliminándose todos los datos personales y resguardando el carácter confidencial de la información personal y clínica en el manejo de los datos y resultados.

Por otra parte, se destaca que el niño, es un ser vulnerable que necesita protección por parte de sus padres, familiares, amigos y personal de salud, por ello debe ser tratado con la rigurosidad que su situación lo demanda. En este aspecto, se incluyó al niño/a participante en las explicaciones respecto de las motivaciones y objetivos del estudio, como también se respondieron las consultas e inquietudes que le surgieron cualquier instancia de la investigación.

Los adultos responsables recibieron una explicación verbal directa del contenido del estudio, sus potenciales beneficios y el manejo de la información anteriormente descrito. Asimismo, se entregó una hoja informativa impresa con el correspondiente formulario de

consentimiento informado. Dicho documento fue rubricado por el adulto responsable y la tesista, entregándose una copia del mismo. Además, los resultados obtenidos del procesamiento de la información serán reportados al finalizar la investigación a los sujetos de investigación en el marco de un encuentro que se anunciará oportunamente a través de los medios de difusión existentes en el Servicio de Odontología del Hospital Sbarra.

Cabe señalar que el estudio no posee conflictos de interés y cuenta con el aval de las autoridades del Servicio de Odontología del Hospital Sbarra.

Finalmente, fue sujeto a la revisión ética por parte del Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

6. RESULTADOS

Para el análisis estadístico se utilizó el software R versión 4.0.3. Las variables cualitativas se informan como frecuencias (%) y la variable edad fue informada como mediana (P25 – P75) debido a su distribución no normal. Para analizar la diferencia de edad entre grupos se utilizó el test de Mann-Whitney cuando se compararon de dos grupos y Kruskal-Wallis cuando fueron más de dos. En el caso de más de dos grupos, se realizaron comparaciones de a pares a posteriori con corrección del p-valor por el método de Bonferroni. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas nominales se utilizó el test exacto de Fisher, mientras que para analizar la relación entre variables ordinales se calcularon las correlaciones policóricas.

En todos los casos se consideró significativo un p-valor < 0,05.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA Y ANÁLISIS GLOBAL:

En el estudio se trabajó con un población de N= 300 diadas niño-figura parental. Del total de niños estudiados 144 (48%) fueron de género femenino y 156 (52%) de género masculino (Fig. 1). La mediana de la edad fue de 7 años con un rango de 4 a 12 determinados como criterio de inclusión (Fig. 2).

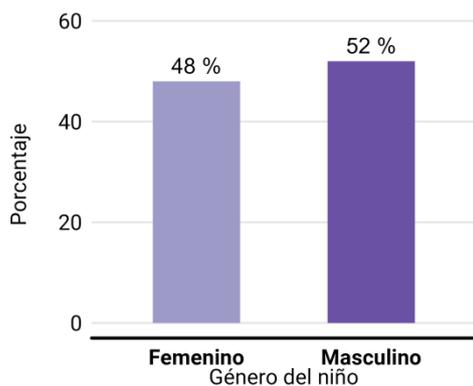


Fig.1

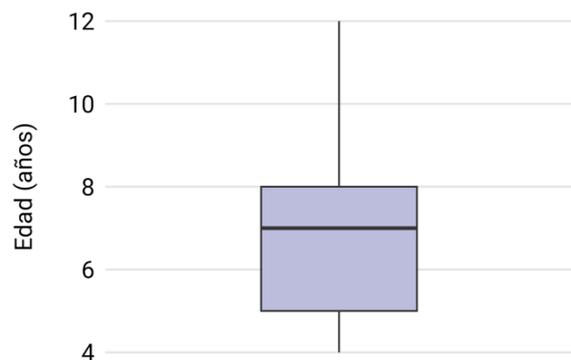


Fig.2

Al analizar la ansiedad de los niños medida a través de la escala de FIS, se observó que el 37,7% de ellos presentó ansiedad leve (FIS 1), el 30,3% ansiedad de leve a moderada (FIS 2), el 16,7% moderada (FIS 3), el 9,7 % moderada a severa (FIS 4) y el 5,7% severa (FIS 5). (Fig. 3) (TABLA 1)

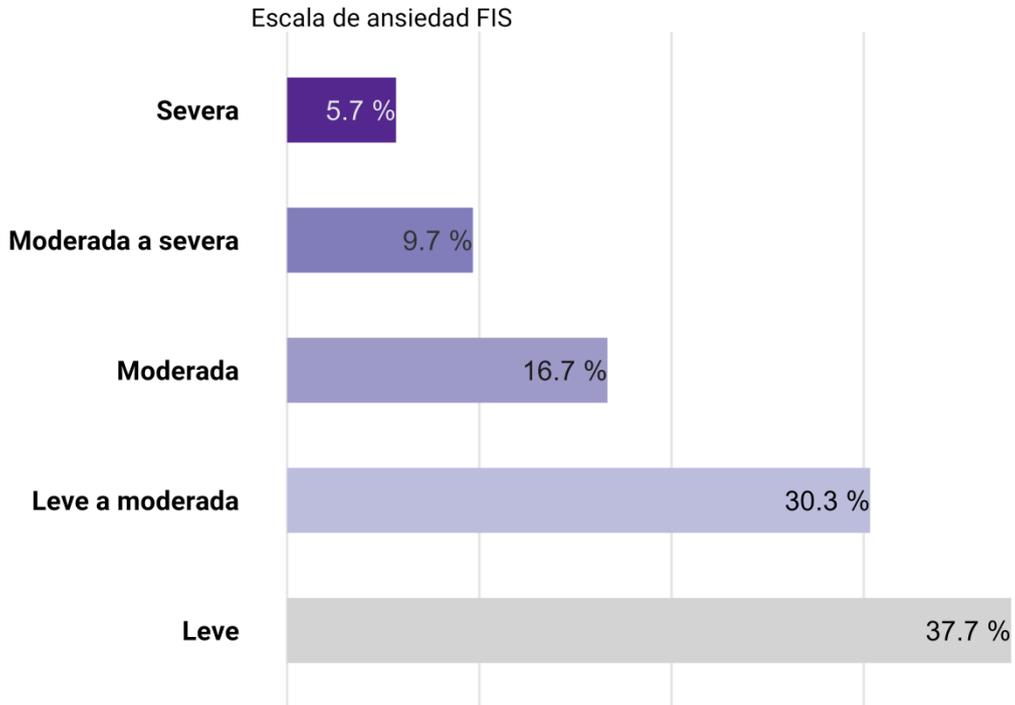


Fig.3

Total (N=300)	
Escala de ansiedad FIS	
Ansiedad Leve	113 (37,7%)
Ansiedad Leve a moderada	91 (30,3%)
Ansiedad moderada	50 (16,7%)
Ansiedad moderada a severa	29 (9,7%)
Ansiedad severa	17 (5,7%)

TABLA 1

El análisis de los datos obtenidos a través de la observación de los niños y la aplicación de la escala de comportamiento de Frankl muestra un predominio de la conducta positiva (38,3%), seguida de la definitivamente positiva (27,3%), luego la conducta levemente negativa (23,3%) y por último la definitivamente negativa (11%) (Fig. 4) (TABLA 2)

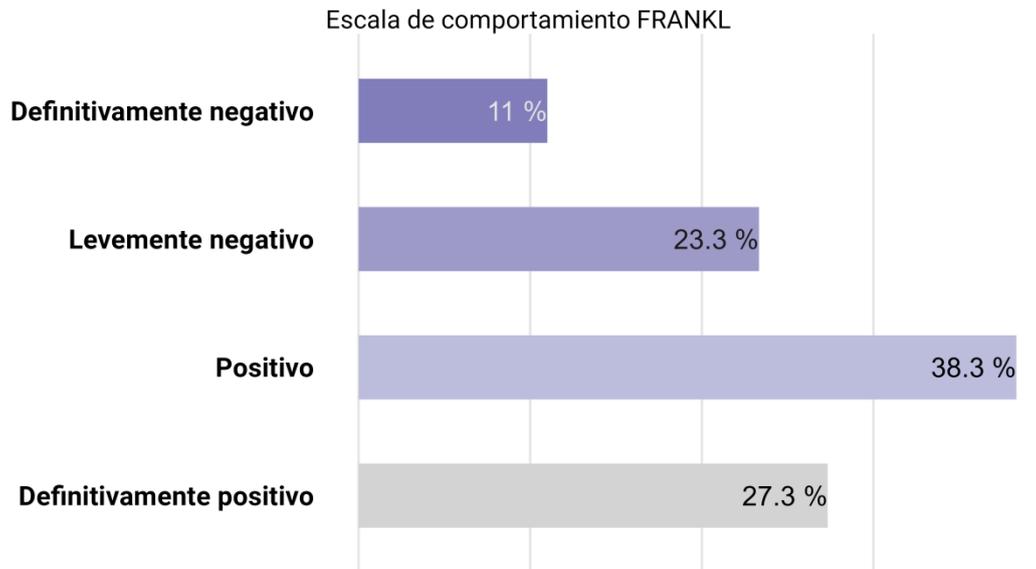


Fig.4: ESCALA DE COMPORTAMIENTO DE FRANKL

Total (N=300)	
Escala de comportamiento FRANKL	
Definitivamente positivo	82 (27,3%)
Positivo	115 (38,3%)
Levemente negativo	70 (23,3%)
Definitivamente negativo	33 (11%)

TABLA 2

En relación a la figura parental acompañante de los 300 incluidos 243 (81%) fueron femeninos, mientras que 57 (19%) fueron masculinos (Fig.5), siendo el 80,7% las mamás, un 18,3 % los papas y el 3% otra figura que incluye a padrastros y abuelos (Fig. 6). Con respecto a las edades de este

grupo, el 47,7% de la muestra tenía edades comprendidas entre los 30 y 39 años, el 27,3% eran figuras parentales menores de 30 años, el 20% tenía edades comprendidas entre los 40 y 49 años y solo el 5% eran mayores de 50 años (Fig.7). Del total de los sujetos el 67% tenía experiencias odontológicas buenas, el 28,7% regulares y el 4,3% malas (Fig. 8).

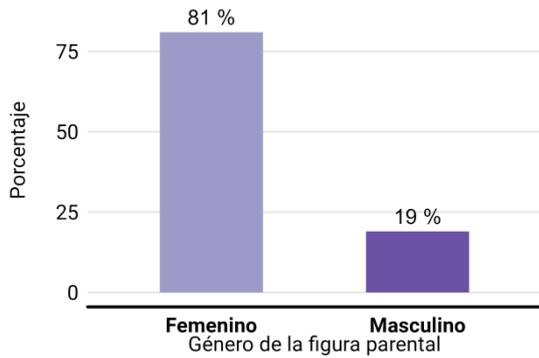


Fig.5

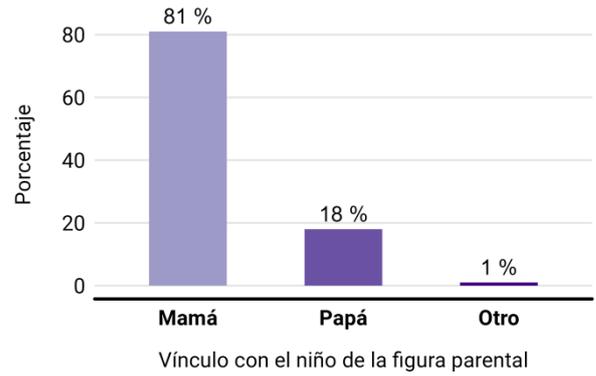


Fig.6

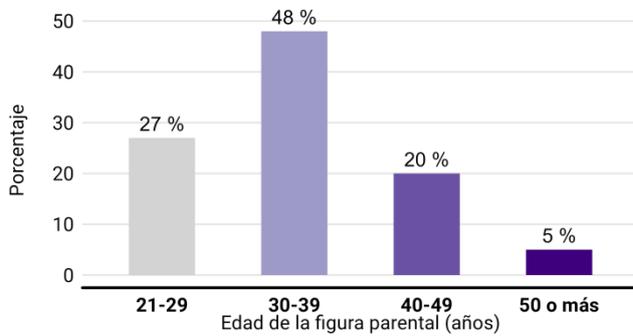


Fig.7

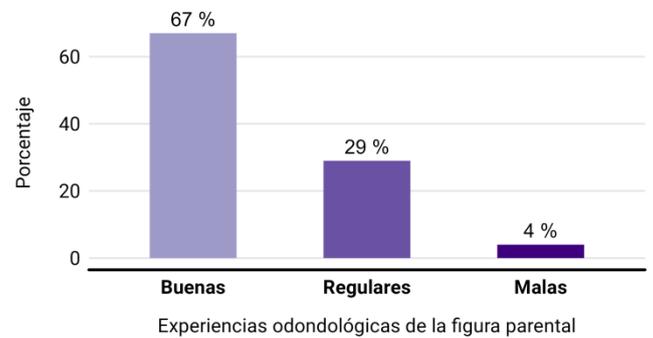


Fig.8

El 66,7% de las figuras parentales les han relatado sus experiencias odontológicas a los niños. Considerando un "Score" (TABLA 3) entre las experiencias odontológicas de la figura parental y el hecho de haber transmitido o no dicha experiencia al niño, y relacionando esto a su vez al nivel de ansiedad y la conducta de este último, se pueden ver que a mejor

experiencias de la figura parental, mejor es el comportamiento (Fig.9) y menor la ansiedad del menor (Fig. 10) cuando esta experiencia es transmitida.

	Experiencias buenas y transmite al niño (N=165)	Experiencias buenas y no transmite al niño (N=36)	Experiencias regulares/ malas y no transmite al niño (N=64)	Experiencias regulares/ malas y transmite al niño (N=35)	correlación*
<i>Escala FIS ansiedad</i>					0,21
Ansiedad Leve	67 (40,6%)	11 (30,6%)	24 (37,5%)	11 (31,4%)	
Ansiedad Leve a moderada	60 (36,4%)	9 (25,0%)	19 (29,7%)	3 (8,6%)	
Ansiedad moderada	21 (12,7%)	7 (19,4%)	14 (21,9%)	8 (22,9%)	
Ansiedad moderada a severa	10 (6,1%)	7 (19,4%)	4 (6,2%)	8 (22,9%)	
Ansiedad severa	7 (4,2%)	2 (5,6%)	3 (4,7%)	5 (14,3%)	
<i>Escala de FRANKL comportamiento</i>					0,33
Definitivamente positivo	59 (35,8%)	10 (27,8%)	9 (14,1%)		
Positivo	66 (40,0%)	12 (33,3%)	4 (11,4%)		
Levemente negativo	27 (16,4%)	10 (27,8%)	10 (28,6%)		
Definitivamente negativo	13 (7,9%)	4 (11,1%)	15 (42,9%)		

TABLA 3

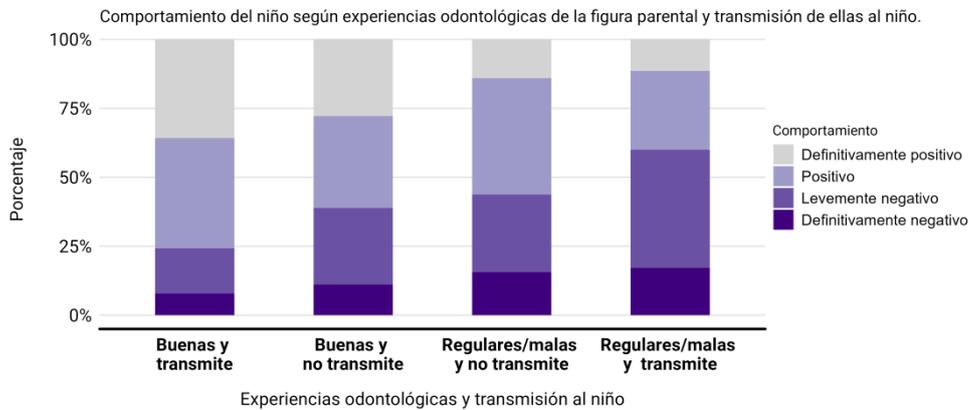


Fig.9

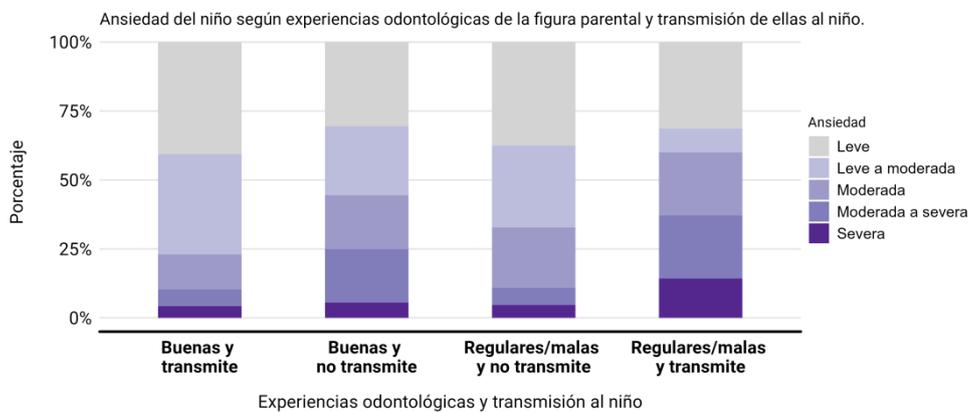


Fig. 10

Al analizar el nivel de ansiedad de la figura parental utilizando la escala de Corah se observó que el 46,3% de las personas acompañantes presentó ansiedad baja, seguidos de un 27,3% que no presentó ansiedad, mientras que el 21% manifestó ansiedad moderada y un 5,3% ansiedad alta. (Fig.11) (TABLA 4)

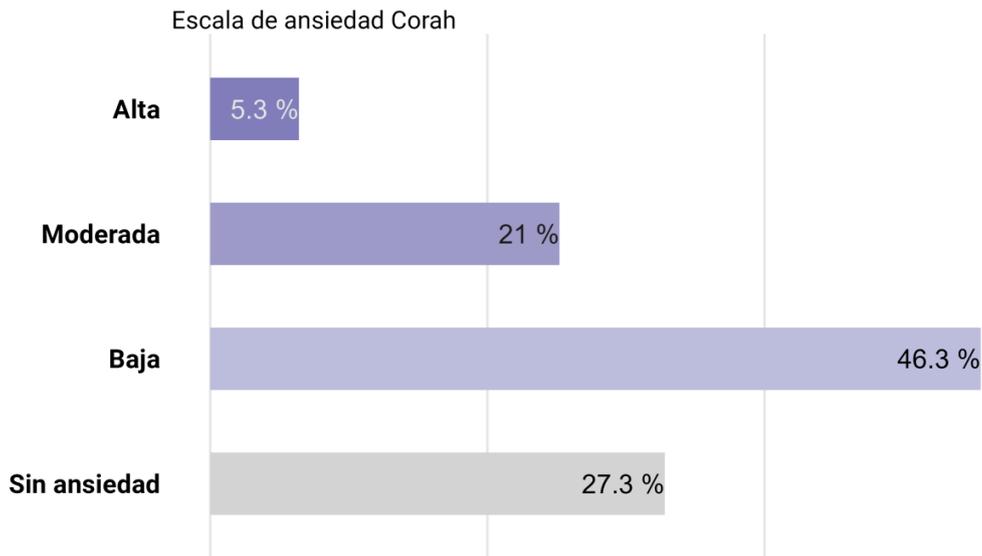


Fig.11

		Total (N=300)
Escala de ansiedad Corah		
	Sin Ansiedad	82 (27,3%)
	Baja Ansiedad	139 (46,3%)
	Moderada Ansiedad	63 (21%)
	Alta Ansiedad	16 (5,3%)

TABLA 4

Los tratamientos odontológicos realizados estuvieron distribuidos de manera no probabilística, por cuotas en tres grupos: prácticas de baja complejidad (21% fichados iniciales, 22% inactivaciones y técnicas restaurativas atraumáticas, y 57% topicación con flúor) (Fig.12); prácticas de

mediana complejidad (24% de selladores y 76 % de operatorias) (Fig.13), y prácticas de alta complejidad (60% endodoncias, un 35% de exodoncias, un 2% de cirugías de tejidos blandos, y un 3% de traumatismos) (Fig. 14).

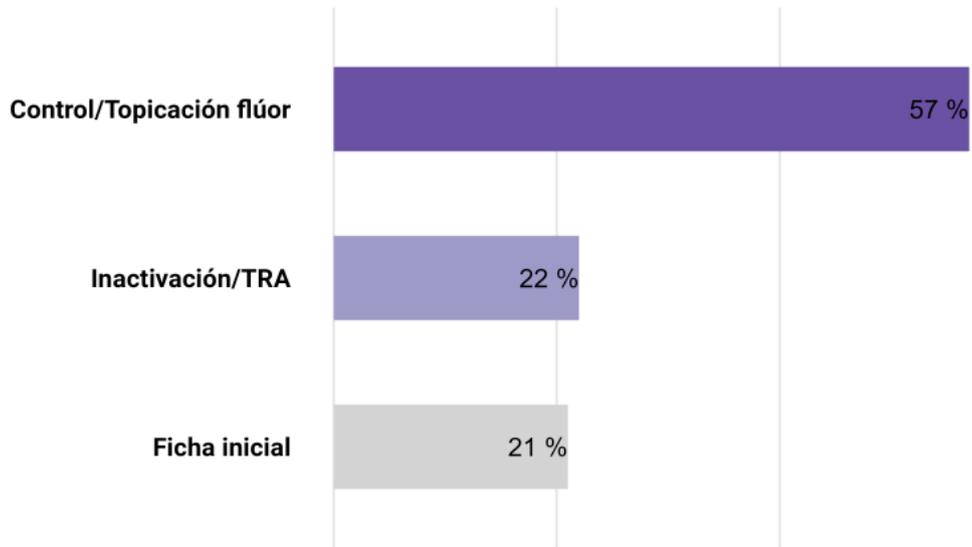


Fig.12

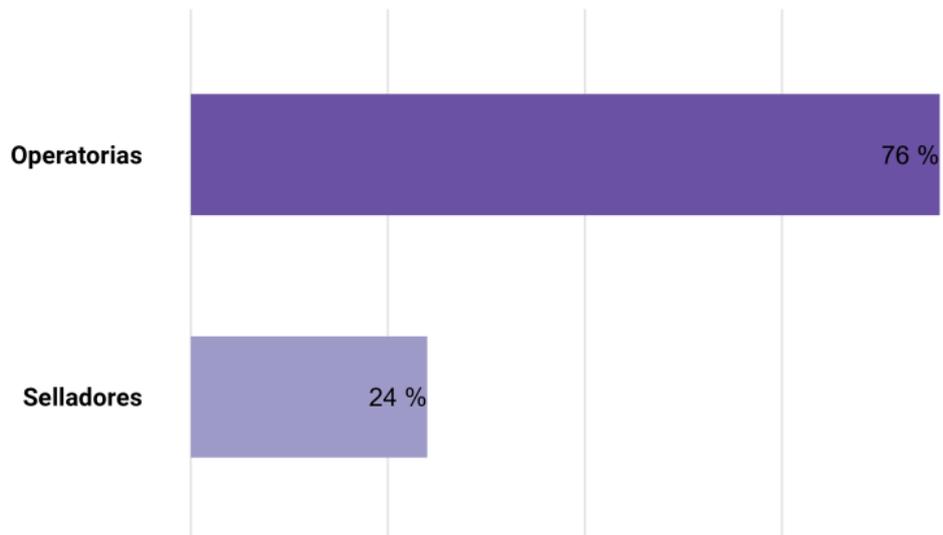


Fig.13

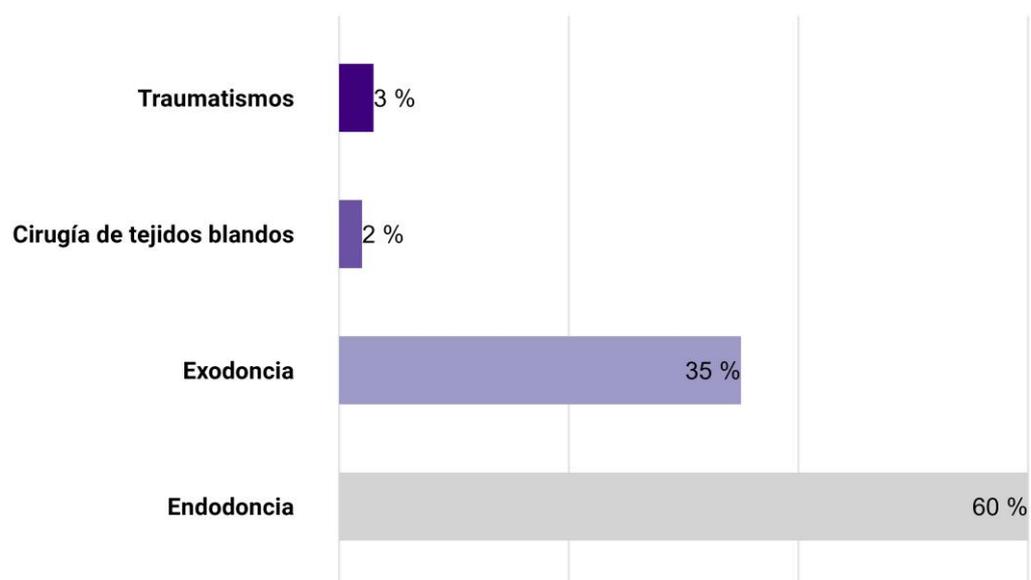


Fig.14

Al relacionar los tres niveles de complejidad de las prácticas con las otras variables observadas (edad del niño, género, edad de la figura parental, género de estos, experiencias odontológicas previas, transmisión de experiencias), se encontró que los tres grupos son comparables en todas las características, excepto en la edad del niño donde los niños de menor edad tuvieron prácticas de baja complejidad (TABLA 5).

	Complejidad de la práctica			p-valor
	baja (N=100)	mediana (N=100)	alta (N=100)	
Edad del niño (años)	6 (5 -7,3)	7 (5 - 8,3)	7 (5 - 8)	0,019
Género del niño				0,625
	Femenino	47 (47%)	45 (45%)	
	Masculino	48 (48%)	53 (53%)	
Edad de la figura parental				0,228
	< 30 años	23 (23%)	25 (25%)	
	30 - 39 años	45 (45%)	53 (53%)	
	40 - 49 años	19 (19%)	24 (24%)	
	50 años o más	2 (2%)	8 (8%)	
Género de la figura parental				0,883
	Femenino	79 (79%)	82 (82%)	
	Masculino	18 (18%)	21 (21%)	
Experiencias odontológicas				0,909
	Buenas	69 (69%)	63 (63%)	
	Regulares	27 (27%)	32 (32%)	
	Malas	4 (4%)	5 (5%)	
Transmisión experiencias a los hijos				0,264
	No	27 (27%)	36 (36%)	
	Sí	63 (63%)	64 (64%)	

TABLA 5

En la Tabla 6 se relacionó el nivel de ansiedad a la edad del niño encontrándose que a edades más tempranas el nivel de ansiedad es mayor (Fig. 15) (TABLA 6)

	Edad (años)*	p valor
Escala FIS ansiedad		0,033
Ansiedad leve	7 (5 - 8)	
Ansiedad leve a moderada	7 (5 - 9)	
Ansiedad moderada	7 (5 - 8)	
Ansiedad moderada a severa	6 (5 - 8)	
Ansiedad severa	6 (4 - 6)	

*Informada en mediana (P25 - P75)

TABLA 6

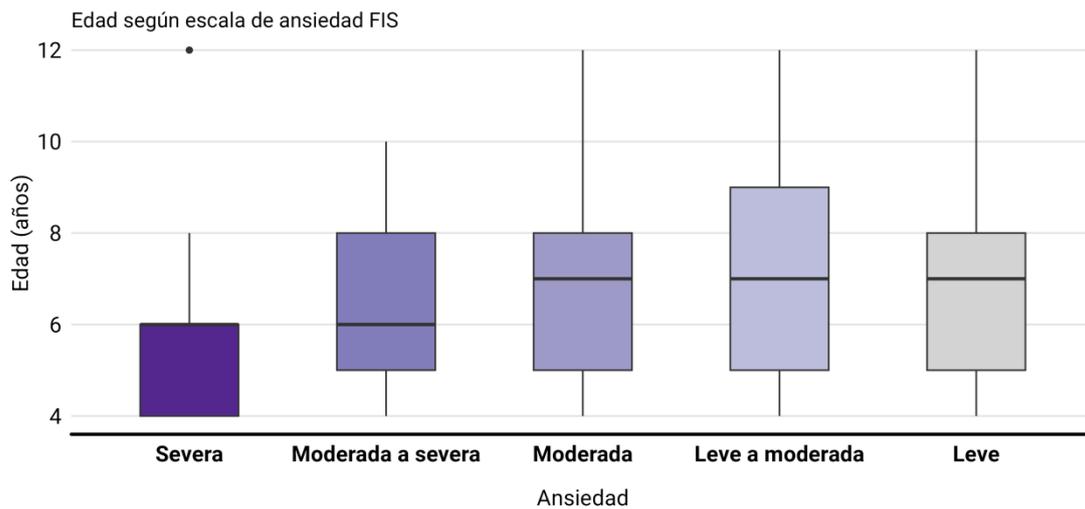


Fig.15

Considerando el género del niño respecto a la escala de FIS (TABLA 7), se halló una asociación significativa entre el género y la ansiedad: las niñas presentaron mayor porcentaje de ansiedad leve que los niños y éstos a su vez presentaron mayor porcentaje de ansiedad leve a moderada, moderada, moderada a severa y severa que las niñas. (Fig.16)

	Femenino (N=144)	Masculino (N=156)	p valor
Escala FIS ansiedad			0,014
Ansiedad Leve	66 (45,8%) ^a	47 (30,1%) ^a	
Ansiedad Leve a moderada	44 (30,6%)	47 (30,1%)	
Ansiedad moderada	16 (11,1%) ^a	34 (21,8%) ^a	
Ansiedad moderada a severa	13 (9,0%)	16 (10,3%)	
Ansiedad severa	5 (3,5%)	12 (7,7%)	

TABLA 7

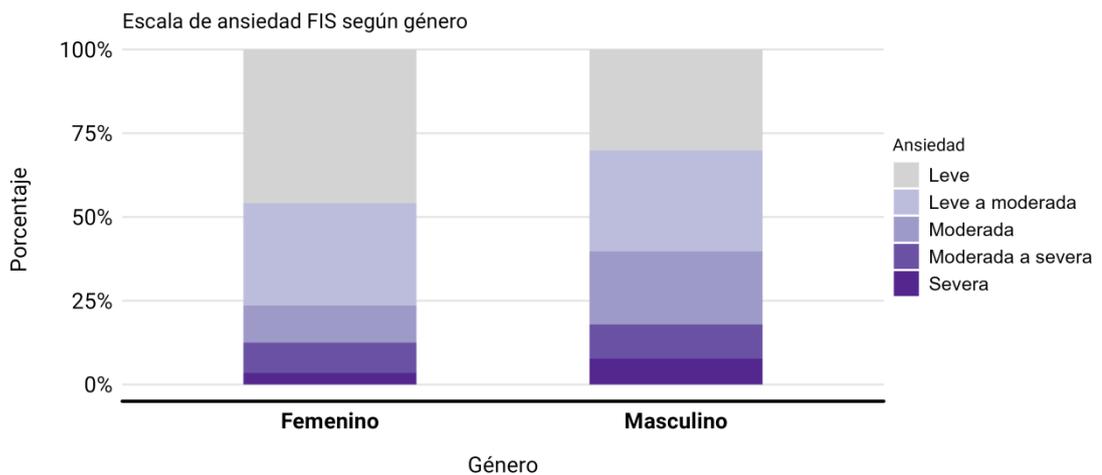


Fig.16

Se encontró una correlación positiva baja entre la ansiedad del niño y la complejidad de la práctica a la que fue sometido (TABLA 8), es decir que a mayor complejidad de esta se observó mayor ansiedad en el niño (Fig. 17).

	Complejidad de la práctica			correlación*
	baja (N=100)	mediana (N=100)	alta (N=100)	
Escala FIS ansiedad				0,33†
Ansiedad Leve	51 (51%)	41 (41%)	21 (21%)	
Ansiedad Leve a moderada	29 (29%)	33 (33%)	29 (29%)	
Ansiedad moderada	6 (6%)	20 (20%)	24 (24%)	
Ansiedad moderada a severa	9 (9%)	3 (3%)	17 (17%)	
Ansiedad severa	5 (5%)	3 (3%)	9 (9%)	
Alta ansiedad	4 (4%)	10 (10%)	2 (2%)	

*correlaciones policóricas entre variables ordinales, †correlación significativa a nivel 0,05

TABLA 8

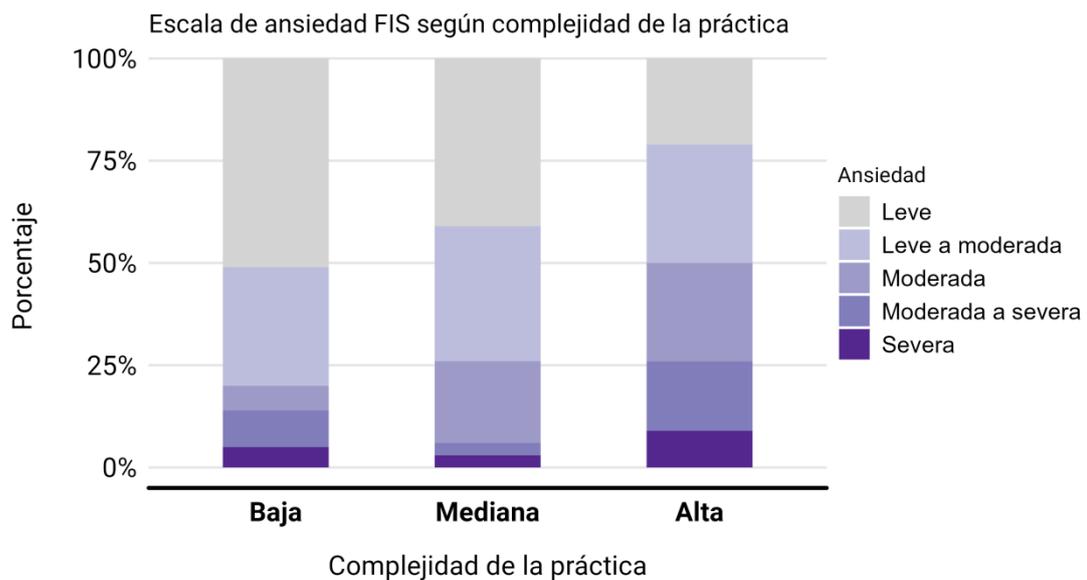


Fig.17

De la valoración de la conducta surge el siguiente análisis:
 Considerando la edad del niño se observó que a edades más tempranas la conducta es definitivamente negativa y se va modificando hacia conductas definitivamente positivas a medida que el niño crece. (TABLA 9), (Fig. 18)

	Edad (años)*	p valor
Escala de FRANKL comportamiento		0,020
Definitivamente positivo	7 (5 - 9)	
Positivo	7 (5 - 8)	
Levemente negativo	7 (5 - 8)	
Definitivamente negativo	6 (4 - 7)	

*Informada en mediana (P25 - P75)

TABLA 9

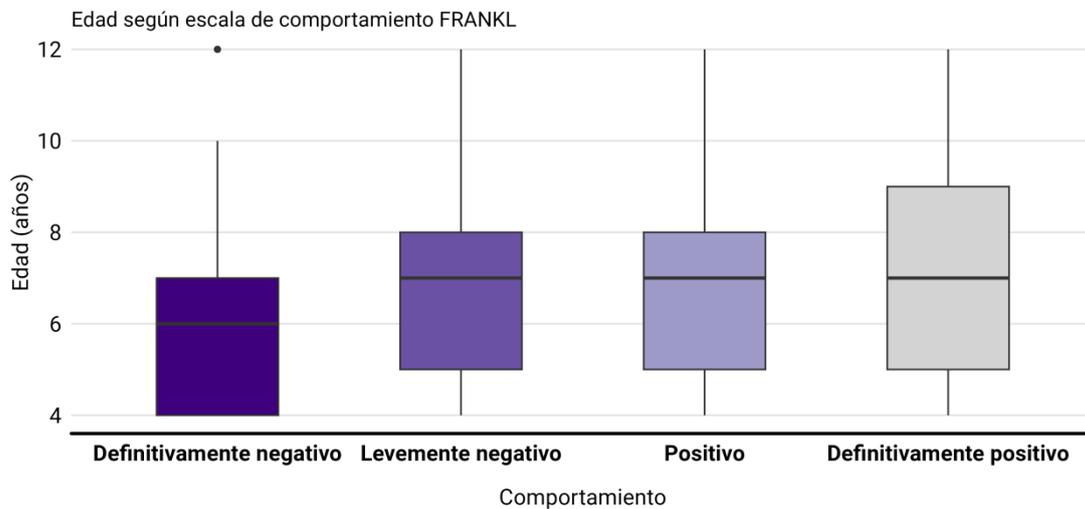


Fig. 18

Con respecto al género y la conducta no se encontró asociación significativa entre las variables. (TABLA 10) (Fig.19)

	Femenino (N=144)	Masculino (N=156)	p valor
Escala de FRANKL comportamiento			0,793
Definitivamente positivo	40 (27,8%)	42 (26,9%)	
Positivo	57 (39,6%)	58 (37,2%)	
Levemente negativo	30 (20,8%)	40 (25,6%)	
Definitivamente negativo	17 (11,8%)	16 (10,3%)	

TABLA 10

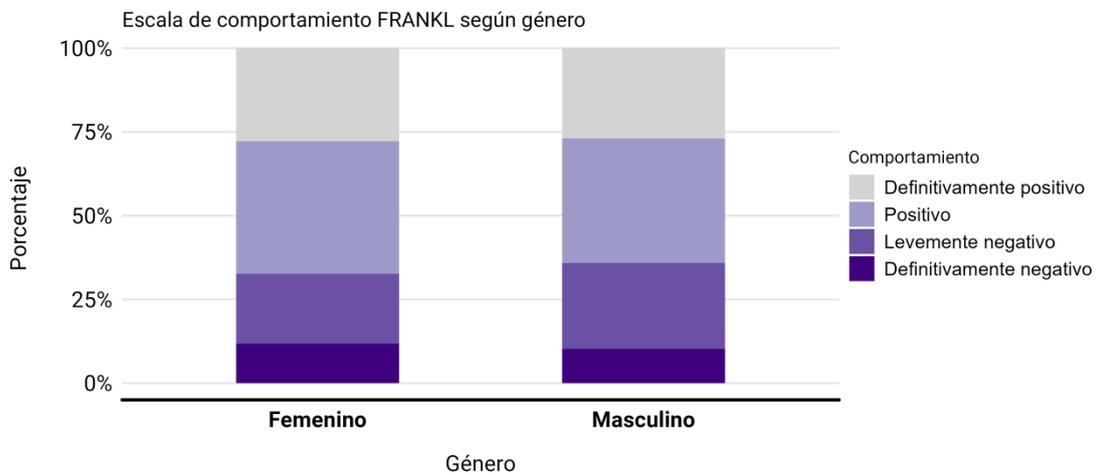


Fig. 19

La relación entre la conducta observada en el niño y la complejidad de la práctica muestra una correlación positiva baja determinando que cuando los niños son sometidos a tratamientos más complejos el comportamiento es más desfavorable. (TABLA 11) (Fig.20)

	Complejidad de la práctica			correlación*
	baja (N=100)	mediana (N=100)	alta (N=100)	
Escala de FRANKL comportamiento				0,26 [†]
Definitivamente positivo	33 (33%)	31 (31%)	18 (18%)	
Positivo	41 (41%)	37 (37%)	37 (37%)	
Levemente negativo	20 (20%)	28 (28%)	22 (22%)	
Definitivamente negativo	6 (6%)	4 (4%)	23 (23%)	
Alta ansiedad	4 (4%)	10 (10%)	2 (2%)	

*correlaciones policóricas entre variables ordinales, †correlación significativa a nivel 0,05

TABLA 11

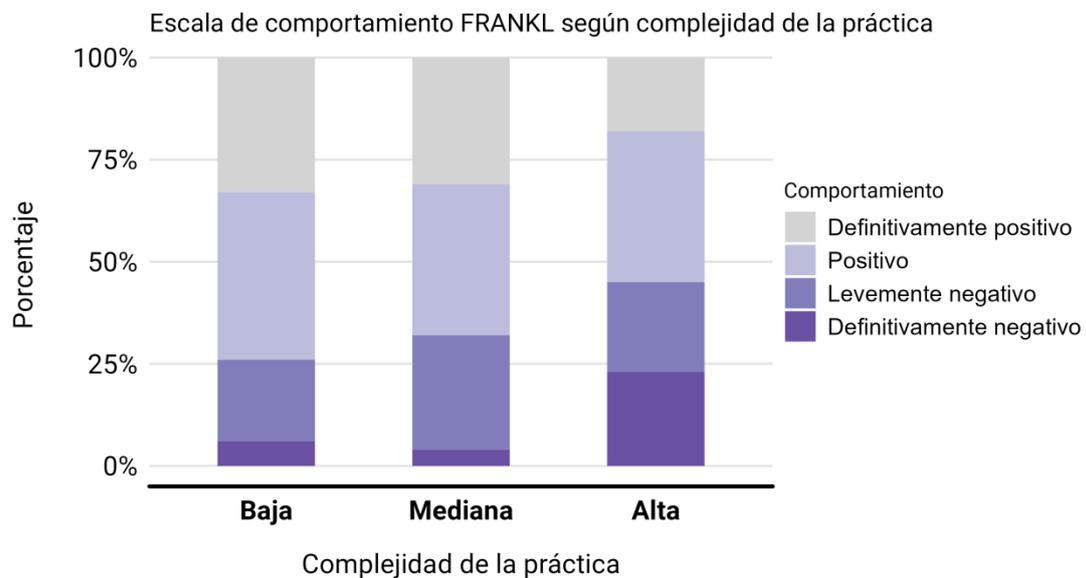


Fig. 20

La conducta predominante en el niño frente a las diferentes prácticas odontológicas realizadas muestra que en las practicas de baja complejidad fue mas frecuente el comportamiento positivo y definitivamente positivo (Fig. 21) (TABLA 12).

	Ficha inicial (N=21)	Inactivación/TRA (N=22)	Control/Topicación flúor (N=57)
Escala de FRANKL comportamiento			
Definitivamente positivo	8 (38,1%)	6 (27,3%)	19 (33,3%)
Positivo	9 (42,9%)	7 (31,8%)	25 (43,9%)
Levemente negativo	3 (14,3%)	5 (22,7%)	12 (21,1%)
Definitivamente negativo	1 (4,8%)	4 (18,2%)	1 (1,8%)

TABLA 12

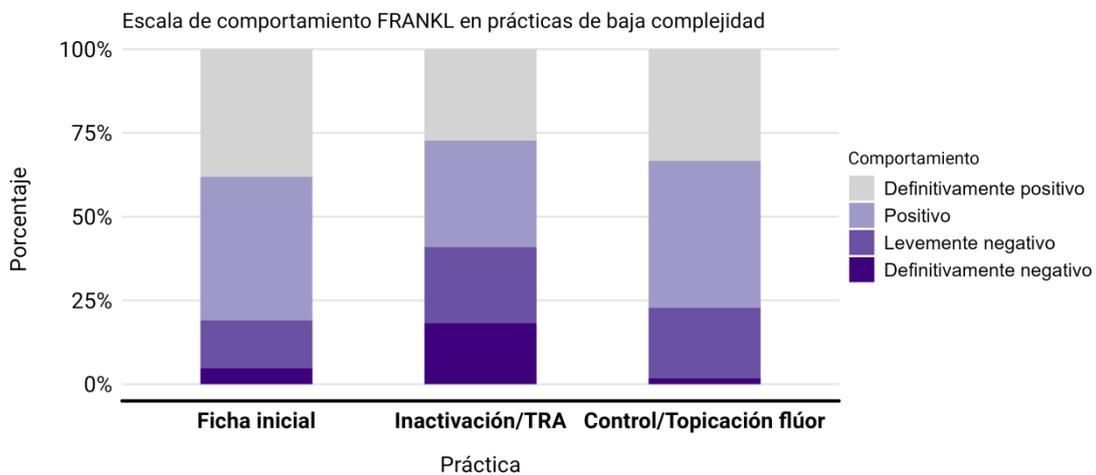


Fig.21

Con respecto a las prácticas de mediana complejidad (TABLA 13), en los selladores predominó el comportamiento definitivamente positivo, seguido del positivo y no hubo comportamiento definitivamente negativo, en tanto que para las operatorias predominó el comportamiento positivo, seguido del levemente negativo, luego el definitivamente positivo quedando por último el comportamiento definitivamente negativo (Fig.22).

	Selladores (N=24)	Operatorias (N=76)
Escala de FRANKL comportamiento		
Definitivamente positivo	12 (50,0%)	19 (25,0%)
Positivo	9 (37,5%)	28 (36,8%)
Levemente negativo	3 (12,5%)	25 (32,9%)
Definitivamente negativo	0 (0,0%)	4 (5,3%)

TABLA 13

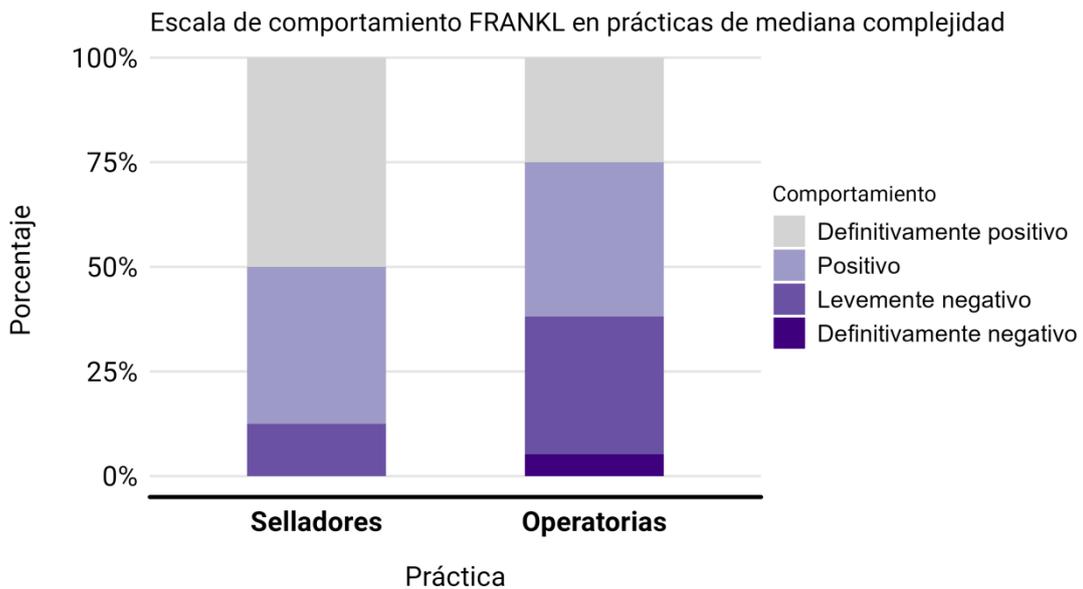


Fig. 22

Si analizamos la conducta que se observó en las prácticas de mayor complejidad (TABLA 14), las cirugías de tejidos blandos y traumatismos mostraron conductas negativas y definitivamente negativas, en las exodoncias predominó la conducta positiva, seguida de la definitivamente positiva, luego definitivamente negativa y por último negativa. Para el caso de las terapias endodónticas, la conducta más observable fue positiva, le siguió la levemente negativa, la definitivamente negativa y por último la definitivamente positiva. Cabe aclarar que se agruparon las de cirugía de tejidos blandos y traumatismos porque son muy bajos el número de cada una de ellas. (Fig. 23)

	Endodoncia (N=60)	Exodoncia (N=35)	Cirugía de tejidos blandos/ Traumatismos (N=5)
Escala de FRANKL comportamiento			
Definitivamente positivo	7 (11,7%)	11 (31,4%)	0 (0%)
Positivo	22 (36,7%)	13 (37,1%)	2 (40%)
Levemente negativo	18 (30%)	4 (11,4%)	0 (0%)
Definitivamente negativo	13 (21,7%)	7 (20%)	3 (60%)

TABLA 14

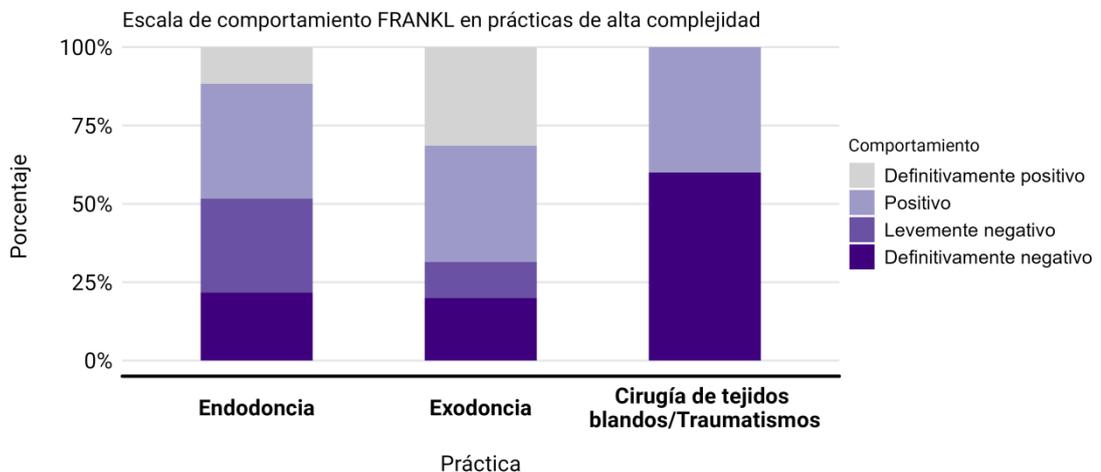


Fig. 23

Cuando lo que se contrasta es la dimensión cognitiva de la ansiedad (FIS) en relación a la dimensión conductual (Frankl) existe una asociación significativa entre ellas con una relación inversa, donde los niños menos ansiosos presentan una conducta más positiva, en tanto que en la ansiedad severa se observa el predominio del comportamiento definitivamente negativo. (TABLA 15) (Fig.24)

Escala de FRANKL comportamiento	Escala FIS ansiedad				
	Ansiedad leve	Ansiedad leve a moderada	Ansiedad moderada	Ansiedad moderada a severa	Ansiedad severa
Definitivamente positivo	55 (48,7%)	22 (24,2%)	3 (6%)	0 (0%)	2 (11,8%)
Positivo				44 (38,9%)	54 (59,3%)
Levemente negativo				10 (8,8%)	11 (12,1%)
Definitivamente negativo				4 (3,5%)	4 (4,4%)

Con una correlación policórica significativa de 0,65.

TABLA 15

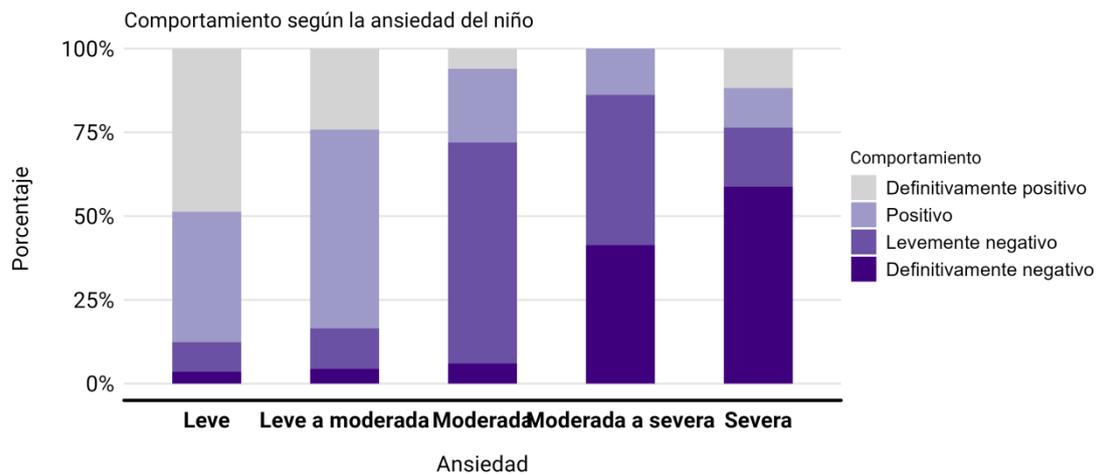


Fig.24

Recordando páginas anteriores cuando analizamos la ansiedad de la figura parental medida por la escala de Corah, los niveles marcaron que el 46,3% de las personas acompañantes presentó ansiedad baja, seguidos de un 27,3% que no presentó ansiedad, mientras que el 21% manifestó ansiedad moderada y un 5,3% ansiedad alta (Fig.11). Cuando la ansiedad del padre se relacionó con la práctica a la que va a ser sometido el niño al que acompaña no se halló correlación significativa entre ambas variables (TABLA16) (Fig.25). Es decir que a mayor complejidad de la práctica no se observó mayor ansiedad en la figura parental.

	Complejidad de la práctica			correlación*
	baja (N=100)	mediana (N=100)	alta (N=100)	
Escala de ansiedad Corah				-0,01
Sin ansiedad	22 (22%)	33 (33%)	27 (27%)	
Baja ansiedad	56 (56%)	39 (39%)	44 (44%)	
Moderada ansiedad	18 (18%)	18 (18%)	27 (27%)	
Alta ansiedad	4 (4%)	10 (10%)	2 (2%)	

*correlaciones policóricas entre variables ordinales, †correlación significativa a nivel 0,05

TABLA 16

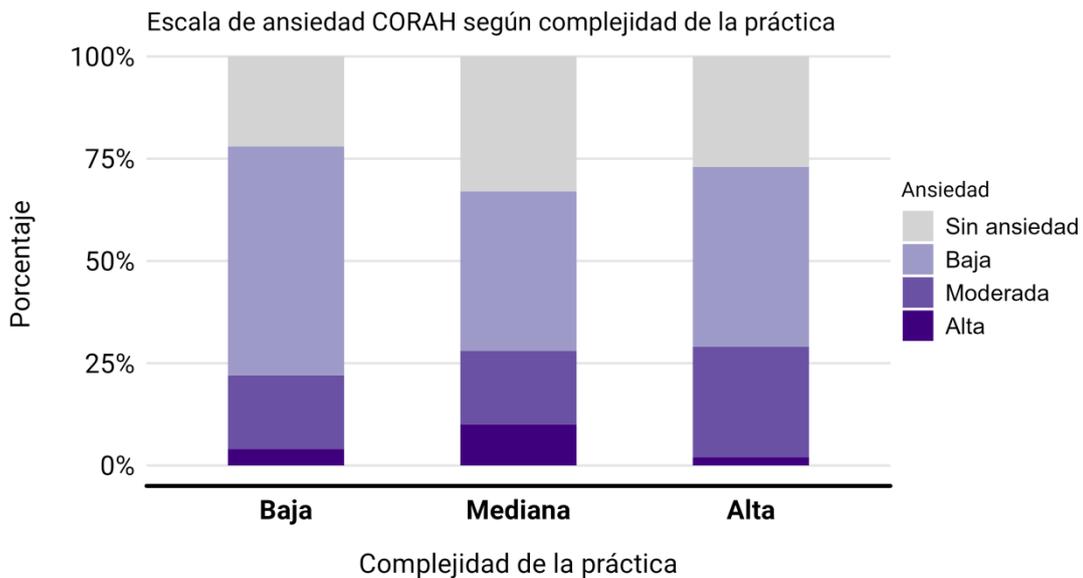


Fig.25

Se observó un aumento del nivel de ansiedad del padre cuando sus propias experiencias odontológicas no habían sido buenas (TABLA 17), (Fig 26)

Escala CORAH ansiedad	Experiencias odontológicas			correlación *
	Buenas (N=201)	Regulares (N=86)	Malas (N=13)	
Sin ansiedad	71 (35,3%)	10 (11,6%)	1 (7,7%)	0,39
Baja ansiedad	91 (45,3%)	43 (50,0%)	5 (38,5%)	
Moderada ansiedad	31 (15,4%)	28 (32,6%)	4 (30,8%)	
Alta ansiedad	8 (4,0%)	5 (5,8%)	3 (23,1%)	

*correlación policórica entre variables ordinales, significativa a nivel 0,05

TABLA 17

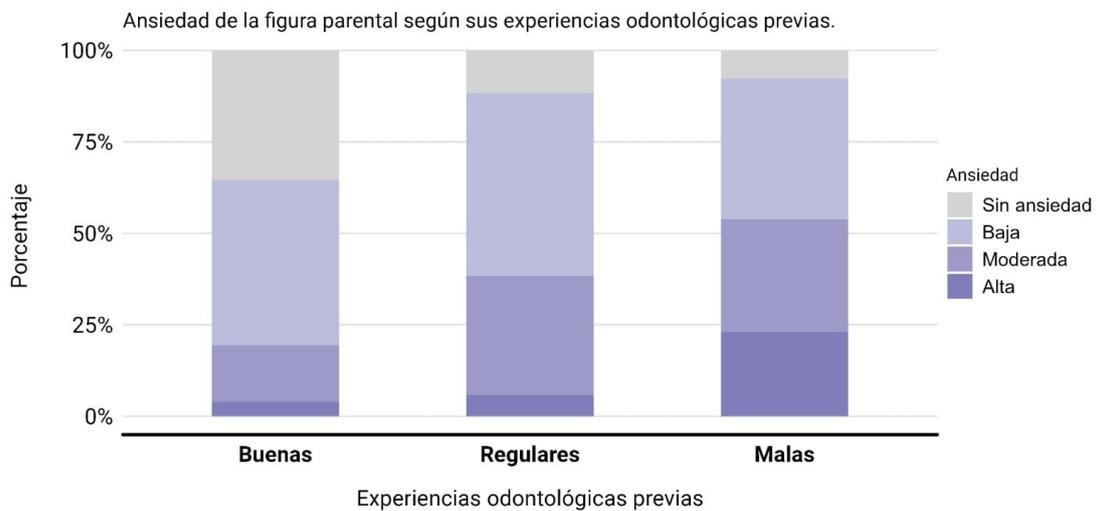


Fig.26

Por último, si se encontró una correlación positiva significativa pero baja entre la ansiedad del adulto y la del niño (Fig.27) y entre la ansiedad del adulto y el comportamiento del niño (fig.28) (TABLA 18). Es decir que a mayor ansiedad de la figura acompañante mayor es la ansiedad del niño y menos colaborativa su conducta.

	Escala de ansiedad Corah				correlación*
	Sin ansiedad	Baja ansiedad	Moderada ansiedad	Alta ansiedad	
Escala FIS ansiedad					0,15
	36	51			
Ansiedad Leve	(43,9%)	(36,7%)	18 (28,6%)	8 (50,0%)	
Ansiedad Leve a moderada	29 (35,4%)	44 (31,7%)	14 (22,2%)	4 (25,0%)	
	13	18			
Ansiedad moderada	(15,9%)	(12,9%)	16 (25,4%)	3 (18,8%)	
Ansiedad moderada a severa	3 (3,7%)	15 (10,8%)	10 (15,9%)	1 (6,2%)	
Ansiedad severa	1 (1,2%)	11 (7,9%)	5 (7,9%)	0 (0,0%)	
Escala de FRANKL comportamiento					0,25
	35	31			
Definitivamente positivo	(42,7%)	(22,3%)	10 (15,9%)	6 (37,5%)	
	32	58			
Positivo	(39,0%)	(41,7%)	23 (36,5%)	2 (12,5%)	
		34			
Levemente negativo	9 (11,0%)	(24,5%)	22 (34,9%)	5 (31,2%)	
		16			
Definitivamente negativo	6 (7,3%)	(11,5%)	8 (12,7%)	3 (18,8%)	

*correlaciones policóricas entre variables ordinales, significativas a nivel 0,05

TABLA 18

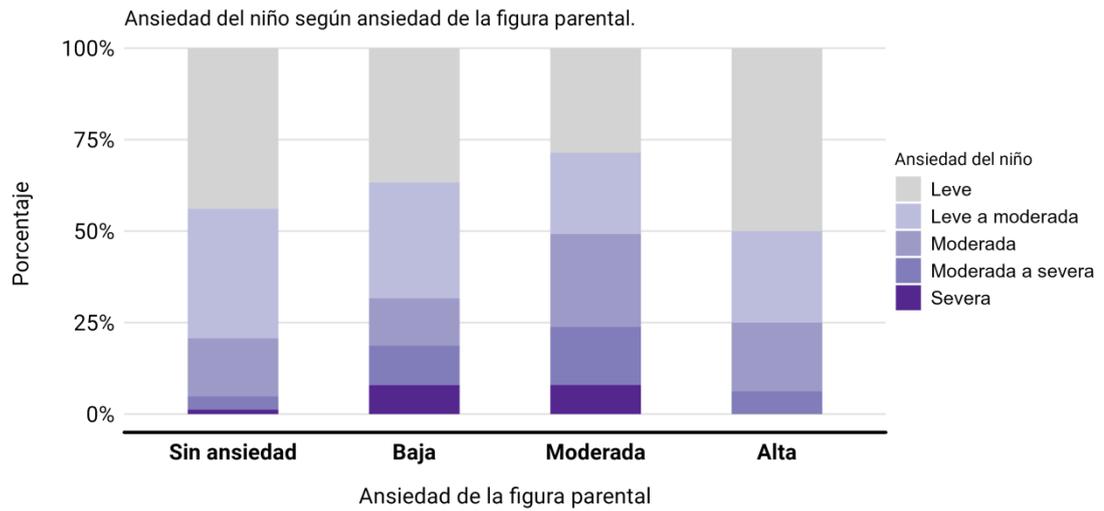


Fig.27

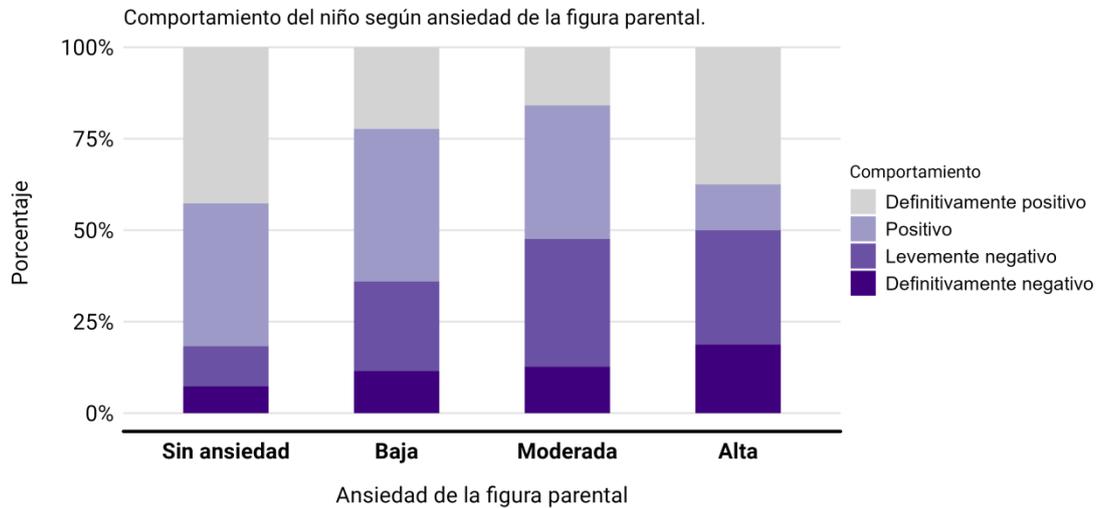


Fig.28

7. DISCUSIÓN

La ansiedad ante la situación odontológica es un problema frecuente de observar especialmente en la población infantil. Al respecto **Buchanan y Niven** ⁽⁵⁶⁾ evaluaron a 100 niños de entre 3 y 18 años a través de la utilización de la escala de imagen facial (FIS) y observaron que un número pequeño, pero significativo de niños se encontraba ansiosos en el contexto dental. En 2017, **Mautz Miranda** ⁽⁵⁹⁾, evaluó a 200 niños utilizando la misma escala, y determinó que el 22,5% de ellos presentaba ansiedad dental; dentro del mismo estudio el 16% eligió las caras tristes (que corresponde a la ansiedad de moderada a severa) y un 6,5% la cara muy triste (que corresponde a la ansiedad severa). **Lazo** ⁽¹⁰⁵⁾ en una población de 50 niños encontró que la mayoría de ellos manifestaba tener una ansiedad moderada (FIS 3). Los resultados del presente estudio muestran que de los 300 niños de 4 a 12 años estudiados el 37,7% presentó ansiedad leve, el 30,3% ansiedad de leve a moderada, el 16,7% moderada, el 9,7% de moderada a severa y el 5,7% severa. En concordancia con estos resultados en el estudio realizado por **Sias** ⁽³²⁾ la mayoría de los niños (representados por un 62%) mostró un grado de ansiedad leve. Por su parte **Munayco** ⁽³⁾ utilizando el test gráfico de Venham. (2018) estudió a 177 niños de ambos sexos de 3 a 6 años observando resultados diferentes dado que en su mayoría fueron pacientes no ansiosos (64,4%).

Al llegar a la consulta odontológica los niños traen consigo una carga emocional que expresan en el momento de su atención. A lo largo de los años distintos autores han investigado la ansiedad frente al tratamiento odontológico y por tratarse esta de un constructo multidimensional dicho estudio ha sido realizado considerando sus tres aspectos, el fisiológico, el cognitivo y el conductual.

Cuando lo que se pretende evaluar son los factores relacionados al niño propiamente dicho y que determinan la incidencia de ansiedad, la edad, el género, las experiencias previas durante un tratamiento odontológico, y el tipo

de tratamiento a que van a ser sometidos los niños son los factores considerados de manera más frecuentemente. Respecto al género **Salas** ⁽³²⁾ no encontró relación entre el género y la presencia de ansiedad. En concordancia **Ramos Martínez** ⁽⁵²⁾ en el análisis global de la ansiedad de acuerdo al género, no obtuvo diferencias estadísticamente significantes entre los promedios de las respuestas de niños (18.34 ± 4.95) y niñas (17.7 ± 4.57) ($p = 0.80$). Del mismo modo cuando **Quispe** ⁽⁵³⁾ evaluó la asociación entre los niveles de ansiedad dental del paciente pediátrico según el género sobre una muestra de 159 niños encontró que el 81.13% no presentaron ansiedad en tanto que el 18.87% sí la presentaron, de éstos últimos, 18 (11.32%) fueron niñas y 12 (7.55%) fueron niños, concluyendo que no existe una asociación estadísticamente significativa entre género y el nivel de ansiedad del niño ($p=0.622$). Estos resultados antes citados difieren del presente estudio en el que considerando el género respecto a la escala de FIS, sí se halló una asociación significativa entre el género y la ansiedad donde las niñas presentaron mayor porcentaje de ansiedad leve que los niños y éstos a su vez presentaron mayor porcentaje de ansiedad leve a moderada, moderada, moderada a severa y severa que las niñas, determinando así que el nivel de ansiedad es mayor en el niño. Opuesto a esto **Perez** ⁽¹⁰⁶⁾ observó que la ansiedad es menor en pacientes de género masculino, con respecto al femenino.

La edad es otro factor que se encuentra íntimamente relacionado con los niveles de ansiedad y miedo en los niños. **Ramos Martínez** ⁽⁵²⁾ encontró diferencias estadísticamente significantes al relacionar la edad del niño a la ansiedad, indicando que los niños mayores tienen menores niveles de miedo y ansiedad al momento de asistir a consulta ($p = 0.03$), lo mismo fue expresando por **Quispe** ⁽⁵³⁾ quien expone que al relacionar la edad con el nivel de ansiedad del niño se encontró una asociación estadísticamente significativa, y observa que los pacientes ansiosos se encontraban en el rango de 6 a 8 años. Para **Perez** ⁽¹⁰⁶⁾ la ansiedad es mayor en niños de menor edad, mientras que en niños de mayor edad se evidencio ausencia de ansiedad. Esto coincide con los resultados encontrados en este estudio donde a edades más tempranas el nivel de ansiedad fue mayor. Resultados similares fueron

publicados por **Marcano** ⁽¹⁰⁷⁾ quien consideró una muestra de 120 escolares, a quienes se les aplicó la Escala de Ansiedad de Corah, la Escala de evaluación de miedos dentales y Test de dibujos de Venham. Los niveles de ansiedad al tratamiento dental evaluados en relación a la edad, señalaron que la misma disminuye conforme aumenta la edad. En cuanto a los porcentajes más altos para cada una de las edades de los niños estudiados, se tuvo que a los 6 años destacó un nivel de ansiedad alto con un 20%, a los 7, 9 y 11 años sobresalió un nivel bajo en un 21,1%, a los 8 años con el 18,8% destacó el nivel moderado, a los 10 años prevaleció el nivel moderado con un 16,7% y finalmente a los 12 años no presentaron ansiedad con un 17,4%. Este autor concluye por lo tanto que el miedo al igual que la ansiedad se expresan en mayor porcentaje a los 6 años de edad, disminuyendo significativamente los valores a medida que el niño crece ⁽¹⁰⁷⁾. Al respecto **Abanto** ⁽⁶²⁾ observó a 100 niños de 3 a 5 años, su objetivo fue estudiar la ansiedad al realizar tratamientos pulpares y operatorias extensas llegando a la conclusión de que los niños mayores (4-5 años) experimentaron niveles más bajos de ansiedad dental en comparación con niños más pequeños (3 años) lo que muestra que a medida que la edad avanzada existe una baja en el nivel de ansiedad dental. En discrepancia con todos los autores antes citados, **Sias** ⁽³²⁾ no encontró diferencias estadísticamente significativas en el análisis de la relación edad-ansiedad.

Al relacionar el tipo de tratamiento odontológico al nivel de ansiedad podemos citar a **Vera** ⁽¹⁰⁸⁾ quien tomó una muestra de 120 niños de ambos géneros, los cuales distribuyó en 2 grupos de 60 niños cada uno. A un grupo le realizó un tratamiento invasivo mientras que al otro grupo un tratamiento no invasivo, encontrándose que cuando los niños son sometidos a tratamientos invasivos experimentan mayor nivel de ansiedad que cuando son sometidos a tratamientos no invasivos ⁽¹⁰⁸⁾. Resultados similares fueron observados en este estudio cuando se evaluó la ansiedad medida por la escala de FIS y la complejidad de la práctica existiendo una correlación positiva baja entre ambas variables, es decir que a mayor complejidad de la práctica se observó, mayor ansiedad en el niño.

Según expresa **Marta García Martínez** ⁽¹⁰⁹⁾ en su tesis Doctoral denominada "Conducta de los niños en la consulta Odontopediátrica y su ambiente familiar", el comportamiento del niño en la consulta odontológica y por consiguiente la respuesta al tratamiento, dependen en general de su estado emocional, y del estrés que proviene en muchos casos del miedo y la ansiedad ante lo desconocido o debido a experiencias negativas previas. Cuando lo que se estudia es la respuesta conductual del niño ante la situación odontológica la mayoría de los estudios utilizan la escala de comportamiento de Frankl para medir dicha conducta. Al respecto **Khanduri** ⁽¹¹⁰⁾ realizó un estudio en 300 niños de 4 a 13 años y observó que el máximo número de encuestados (70,6%) presentó una conducta positiva. Este resultado es coincidente con lo hallado en este trabajo donde la conducta positiva predominó en un 38,3%, seguido de la definitivamente positiva (27,3%), luego la conducta levemente negativa (23,3%) y por último la definitivamente negativa (11%). En contraposición **Cardoso** ⁽¹¹¹⁾ encontró un 54,5% de los niños con conductas desfavorables. En tanto que **Sanchez Navarrete** ⁽¹¹²⁾ evaluó los tipos de comportamientos durante la atención odontopediátrica utilizando la escala de Frankl y observó que los tipos de comportamiento prevalente fueron el positivo seguido del levemente negativo.

Si analizamos la escala de Frankl en relación al género del niño para **Ramos Martinez** ⁽⁵²⁾ la variable género no mostró diferencias significativas en lo que refiere a problemas de conducta. Lo mismo observó **Sanchez Navarrete** ⁽¹¹²⁾ quien afirma que no hubo diferencia entre género masculino y femenino en relación al comportamiento, siendo en ambos el comportamiento más observado el positivo. Ambos resultados coinciden con los del presente estudio en el que no se halló diferencias estadísticamente significativas al relacionar ambas variables. Sin embargo **Tumialan** ⁽¹¹³⁾ observó que la mayoría de los niños de género masculino tuvieron un comportamiento negativo en tanto que las de género femenino tuvieron un comportamiento positivo.

Cuando se observa la modificación del comportamiento en relación a la edad del niño **Ramos Martinez** ⁽⁵²⁾ demostró que todos los sujetos de su

estudio tuvieron un buen comportamiento desde la cita en que fueron aplicados los instrumentos (segunda cita). Mientras que en este trabajo al analizar la conducta en relación a la edad del niño se encontró que a edades más tempranas la conducta es definitivamente negativa y se va modificando hacia conductas definitivamente positivas a medida que el niño crece. Lo mismo fue observado por **Sanchez Navarrete** ⁽¹¹²⁾ quien considera que la edad del paciente está relacionada al tipo de comportamiento mostrando que a medida que aumenta la edad el comportamiento es más positivo en tanto que cuando la edad se reduce también lo hace el comportamiento.

Cuando lo que se cruzan son los aspectos cognitivos y conductuales de la ansiedad los resultados observados son los siguiente: **Munayco** ⁽³⁾ considera que los niños no ansiosos presentaban un comportamiento definitivamente positivo (85,7%). **Perez** ⁽¹⁰⁶⁾ sostiene que los niños que no tuvieron ansiedad dental tuvieron principalmente una conducta positiva, donde aceptan el tratamiento, a veces son cautelosos, muestran voluntad para acatar órdenes, a veces con reserva pero siguen las indicaciones del odontólogo cooperando. En tanto que los niños con mucha ansiedad demostraron conductas definitivamente negativas, rechazan el tratamiento, gritan fuerte, están temerosos o tienen cualquier otra evidencia de negativismo extremo. Estos autores coinciden con lo observado en este estudio en el cual hay una asociación significativa entre la ansiedad y la conducta mostrando una relación inversa (a mayor ansiedad, menor cooperación por empeorar la conducta).

Dentro de los factores ambientales determinantes de la ansiedad en el niño se puede considerar la ansiedad dental de los padres, el relato de los pares, el tipo de crianza de los hijos, las situaciones emocionales intrafamiliares especiales, el nivel de educación, el nivel socioeconómico, los factores culturales y étnicos. De todos ellos el nivel de ansiedad de los padres es el factor más estudiado universalmente. Al respecto **Albuquerque Da cunha** ⁽⁶⁸⁾ aplicó la escala de ansiedad de Corah, y observó que la mayoría de las madres (52%) presentó bajo grado de ansiedad, seguido de 23% con ansiedad moderada, un 21% sin ansiedad y un 4% con ansiedad considerada alta. **Quispe** ⁽⁵³⁾ determino en su estudio que el 21,38% de las madres no

presentaron ansiedad, el 34.59% presentaron ansiedad leve, el 33.33% ansiedad moderada y el 10.69% ansiedad alta. Los resultados obtenidos en este estudio fueron que de las 300 figuras prenatales acompañantes el 46,3% presentó ansiedad baja, seguidos de un 27,3% que no presentó ansiedad, mientras que el 21% manifestó ansiedad moderada y solo un 5,3% ansiedad alta. En su estudio "Nivel de ansiedad de la madre en el tratamiento de pacientes niños" utilizando la escala de Corah **Rojas Deza** ⁽¹¹⁴⁾ analizó una muestra constituida por madres de 100 niños encontrando que en su mayoría las madres respondieron que tenían una baja ansiedad, seguida de un (31%) de las madres que tenían una ansiedad moderada y en menos porcentaje (21%) las madres respondieron que estaban sin ansiedad.

Es posible hacer una correlación entre el nivel de ansiedad manifestado por la persona acompañante y el nivel de ansiedad del niño. En este sentido mediante la prueba de Chi-cuadrado **Quispe** ⁽⁵³⁾ encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad de la madre y el nivel de ansiedad del niño ($p=0.025$). **Gasco Luna** ⁽¹¹⁵⁾ realizó un estudio observacional trasversal de 135 díadas madres-hijos, utilizando la escala de Corah y de FIS obteniendo como resultados que la mayor cantidad de madres han presentado una ansiedad dental moderada con 49,6%; así como, los hijos presentan una ansiedad moderada 32,6%. Se concluyó por lo tanto que existe suficiente evidencia estadística para afirmar que el nivel de ansiedad del niño está relacionado al nivel de ansiedad dental de las madres. Esto es coincidente con los resultados del presente estudio donde se observó una correlación positiva significativa pero baja entre la ansiedad del adulto y la del niño. Para **Añazco Miranda** ⁽¹¹⁶⁾ los resultados de su estudio concluyeron que la ansiedad de los padres está relacionada significativamente con la de los niños en un valor ($P = 0.001$) lo que indica que existe una correlación moderada. En oposición a esto Munayco ⁽³⁾ no encontró relación entre la ansiedad del niño y de los padres ($p=0,326$). Resultados similares fueron descritos por **Guarango Lema** ⁽¹¹⁷⁾ quien expone que no existe diferencia significativa entre el porcentaje de los niveles de ansiedad de los padres y el nivel de ansiedad de los niños es decir que los niveles de ansiedad y miedo dental de los padres no se relacionan con el nivel de colaboración del niño

durante el tratamiento odontológico. Por su parte **Tumilian** ⁽¹¹³⁾ observó que en mayoría los acompañantes que presentaban ansiedad moderada sus hijos demostraron un comportamiento negativo. Cuando los acompañantes presentaban ansiedad baja sus hijos presentaron comportamiento positivo en un 29.4% y comportamiento negativo en un 10.8%.

En relación a la figura acompañante **Barra Andalaft** ⁽¹⁰⁴⁾ al realizar el análisis del nivel de ansiedad según tipo de acompañante, determinó que no hay diferencias estadísticamente significativas ($p= 0.15$) en cuanto a los niveles de ansiedad entre ambos grupos, ya sea madre del niño(a) u otra persona. Al evaluar la experiencia dental de la figura acompañante el mismo autor expresa que la gran mayoría de los acompañantes ha tenido una experiencia dental agradable o muy agradable. Este resultado coincide con lo hallado en el presente estudio donde del total de los sujetos el 67% tenía experiencias odontológicas buenas, el 28,7% regulares y el 4,3% malas. La mayoría de las personas que acompañaron a los niños al tratamiento odontológico en este estudio fueron las madres (81%), similar resultado se encontró en el estudio publicado por **Vela** ⁽¹¹⁸⁾ lo que demuestra el rol fundamental de la madre durante el tratamiento odontológico, ya que son las que en la mayoría de los casos acompañan a sus hijos a la consulta.

Cabe aclarar que la dimensión fisiológica de la ansiedad no fue medida en este estudio. Al respecto **Peinado** ⁽⁴⁰⁾ al evaluar 152 niños de 7 a 18 años encontró que la respuesta fisiológica que con mayor frecuencia aparece es la de “boca salivosa”, respecto a la cual casi un 10% de los encuestados declara que les sucede siempre. El 71 y 76% declara que nunca presenta “aumento de la transpiración” o “náuseas” respectivamente ante el tratamiento dental. El 10% sufre “aumento de la frecuencia cardíaca”, el 14% “aumento de la respiración” y al 12% se le ponen “tensos los músculos” de forma regular en la consulta dental. **Huaman Chacón** ⁽¹⁰²⁾ comparó tres instrumentos para medir el nivel de ansiedad a la anestesia dental en niños de 7 a 11 años. Al comparar los valores de la ansiedad y respuestas fisiológicas se encontró que el coeficiente de correlación es pequeño en la presión arterial, mientras que se encontró una fuerte relación entre ansiedad y variabilidad del pulso basal y la saturación de oxígeno.

8. CONCLUSIONES

Basada en la metodología utilizada y en la interpretación de los datos, se concluye que la mayoría de los niños estudiados presentó ansiedad leve frente al tratamiento odontológico. Dicha ansiedad fue mayor en los niños de menor edad y a mayor complejidad de la práctica, existiendo relación entre la ansiedad del niño y la de la figura parental. En relación al género, los niños presentaron mayor nivel de ansiedad de leve a moderada, moderada, moderada a severa y severa que las niñas.

Con respecto a la conducta, la más observada fue la conducta positiva seguida de la definitivamente positiva. Se demostró que a edades más tempranas la conducta es definitivamente negativa y se va modificando hacia conductas definitivamente positivas a medida que el niño crece, y que además cuando los niños son sometidos a tratamientos más complejos el comportamiento es más desfavorable. No pudo encontrarse relación entre el tipo de conducta observada y el género del niño. Con respecto a la conducta y la ansiedad de la figura parental puede decirse que a medida que aumenta la ansiedad del acompañante la conducta del niño es más desfavorable.

Cerca de la mitad de las figuras parentales acompañantes presentaron baja ansiedad y esta no aumentó en relación al aumento de la complejidad de la práctica a la que fue sometido el niño.

Si se considera la experiencia de la figura parental y el relato de la misma al niño pudo observarse que a mejor experiencia de la figura parental, cuando esta es relatada antes de la consulta, mejor es el comportamiento del niño y menor su ansiedad.

Se encontró que existe una asociación entre la ansiedad del niño y la conducta observada en el mismo, existiendo una relación inversa entre ellas, es decir que los niños menos ansiosos presentaron una conducta más positiva, en tanto que los niños con ansiedad severa tuvieron un predominio del comportamiento definitivamente negativo.

De todo lo antes expuesto se desprende que existe relación entre el grado de ansiedad del niño, la conducta que este manifiesta y la ansiedad de la persona que lo acompaña a la consulta odontológica. El conocimiento de esta situación es fundamental para el odontopediatra que deberá desplegar las herramientas necesarias para disminuir el nivel de ansiedad de los miembros de la diada sabiendo utilizar la técnica de manejo de la conducta más apropiada en cada situación clínica, dependiendo de las características singulares de los sujetos de atención, observando sus actitudes, las respuestas emocionales de ellos y trabajando así en el paradigma crítico de salud que entiende a la persona como un ser biopsicosocial.

9. BIBLIOGRAFÍA

9.1 BIBLIOGRAFIA CITADA

1. Reyes Carmona C, Monterrosas Rojas A. M, Navarrete Martínez A, Acosta Martínez E. P, , Torruco García U. Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. Investigación en Educación Médica [Internet]. 2017;6(21):42-46. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349749654007>
2. Monteagudo MCM, Inglés Saura CJ, Vindel AC, Fernández JMG. Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. Ansiedad estrés [Internet]. 2012 [citado el 8 de diciembre de 2022];18(2):201–19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4036199>
3. Munayco ER, Dds1 P, Mattos-Vela MA, Gilmer P;., Ramos T, Blanco DJ, et al. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico Relationship Between Anxiety, Dental Fear of Parents and Collaboration of Children to Dental Treatment [Internet]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/odovtos/v20n3/2215-3411-odovtos-20-03-81.pdf>
4. Ríos Erazo M., Herrera Ronda A., Rojas Alcayaga G.. Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 Feb [citado 2022 Dic 08] ; 30(1): 39-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000100005&lng=e
5. Bordoni, N., Escobar, A., Mercado, R. C. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires. Médica Panamericana; 2010.p 71-72. En español.

6. Biondi, A. M., Cortese, S. G. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. Buenos Aires: Alfaomega grupo Editor Argentina; 2010.p 15-28
7. Sarmiento Laverde SM, Jiménez Mendoza G. Técnicas de manejo de comportamiento en la consulta odontológica: una revisión sistemática. Universidad Santo Tomás; 2017. Disponible en <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/10242>
8. Ferreira-Gaona DDS, M. I., Díaz-Reissner MSc, C. V., & Pérez-Bejarano DDS, N. M. Revista Ciencias de Salud. 2018; (3), 463-472; Nivel de ansiedad de los pacientes antes de ingresar a la consulta odontológica. [citado el 18 de noviembre]. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6729107>
9. Seaman Penido .Revistaodontopediatria.org. [citado el 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://backup.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria.pdf>
10. Briem Stamm AD, Carriego MT. Odontología. Una Aproximación a su Evolución Histórica. Rev Fac Odontol, Univ Buenos Aires [Internet]. 2018 [citado el 8 de diciembre de 2022];33(75):36–43. Disponible en: <https://revista.odontologia.uba.ar/index.php/rfouba/article/view/13>
11. Huitzil-Muñoz EE, García-Damián SA, Sol-Gamboa MG. Estado actual de la odontopediatria en la República Mexicana. Rev odontopediatria latinoam [Internet]. 2021 [citado el 8 de diciembre de 2022];2(2):10. Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/67>
12. Sánchez AP. El niño y la odontopediatria. Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi [Internet]. 2020 [citado el 8 de diciembre de 2022];(45):77–81. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/393005>
13. Ochoa Perez G, Casanovas Soruco H . Implementación de un curso de especialidad clínica en odontología pediátrica con diseño curricular innovador. [Doctoral dissertation]. Universidad Mayor de San Andres. 2016. Disponible en <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/15329>

14. Camón ER. El desarrollo de la personalidad durante la infancia [Internet]. *Psicologiyamente.com*. 2016 [citado el 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://psicologiyamente.com/desarrollo/desarrollo-personalidad-infancia>
15. Yela, M. La evolución del conductismo. *Psicothema*, 8(Sup), 165-186. Artículo [Internet]. *Redalyc.org*. [citado el 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72780408.pdf>
16. Vielma EV, Salas ML. Aportes de las Teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner: Paralelismo en sus Posiciones en Relación con el Desarrollo. *EDUCERE* [Internet]. 2000 [consultado el 16 de octubre de 2022];(9):30–7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3649106>
17. Carrera B;., Clemen Mazzarella Y, Clemen Y, Departamento M, Biología DE, Química Y. *Redalyc.org*. [citado el 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35601309.pdf>
18. González, g. P. C. El desarrollo del ego. Sus ocho etapas según erik erikson. 2010. *Revista Lasallista de Investigación* [Internet]. *Redalyc.org*. [citado el 28 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
19. Rojas Alcayaga G, Misrachi Launert C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Av Odontostomatol* [Internet]. 2004 Oct [citado 2022 Dic 09]; 20(5): 239-245. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000500004&lng=es.
20. Ibarrola Begoña (2014) . Resumen de conferencia. LA EDUCACION EMOCIONAL EN LA ETAPA 0-3 Disponible en <https://www.fundacionmaresme.cat/wp-content/uploads/2014/07/21a-PON%C3%88NCIA-2.pdf>. Fecha de visita 15 de octubre de 2022
21. Palmero, F., Guerrero Rodríguez, C., Gómez-Íñiguez, C., Carpi Ballester, A., & Goyareb, R. (2011). *Manual de teorías emocionales y motivacionales* Core.ac.uk. [citado el 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/61393455>.
22. Cobos P, García C, Ríus F, Vila J. Modulación emocional de la respuesta de sobresalto. *Psicothema* [Internet]. 2002;14(1):106–11. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2002-00425-014.pdf>

23. García Gómez M. Inteligencia emocional: las emociones son útiles. *Revista de Ciencias de la Comunicación e Información* [Internet]. 2014 [citado el 9 de diciembre de 2022];19(32):23–36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5628365>
24. Diaz JL, Flores EO. La estructura de la emoción humana: Un modelo cromático del sistema afectivo. *Salud Ment (Mex)* [Internet]. 2001 [citado el 9 de diciembre de 2022];24(4):20–35. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22416>
25. Camacho S, Denisse F, Mena A, Valerio JM. Competencias Blandas en el manejo de las Emociones [Internet]. *Edu.do*. [citado el 19 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://rai.uapa.edu.do/bitstream/handle/123456789/1697/Manual-Las%20competencias%20Blandas%20en%20el%20Manejo%20de%20las%20Emociones%2C%20Crisis%20y%20Conflictos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Ángel Montoya, L. F., & Monsalve Burgos, J. F. (2015). Control de emociones en el trabajo, el juego de los sentimientos organizacionales *Edu.co*. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://repository.udem.edu.co/bitstream/handle/11407/2189/TG_EAG_90.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Montañés, M. C. Psicología de la emoción: el proceso emocional. *Universidad de Valen*. (2005). *Www.uv.es*. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.uv.es/~choliz/Proceso%20emocional.pdf>
28. Cano-Vindel, A. (1997). Modelos explicativos de la emoción. *Psicología General. Motivación y Emoción*. [citado el 19 de noviembre de 2022]. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/230577045_Modelos_explicativos_de_la_emocion_Models_of_the_emotion
29. Cantero FP. Aproximación biológica al estudio de la emoción. *An psicol* [Internet]. 1996 [citado el 12 de diciembre de 2022];12(1):61–86. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=815050>

30. Fernández-Berrocal P, de la UMA L de E. Darwin y el misterio de las emociones. 2009 [citado el 11 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/4064>
31. Díaz Ortiz A. TEORIAS DE LAS EMOCIONES [Internet]. Csif.es. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_29/ALVARO_DIAZ_1.pdf
32. Sias Salas SS, Ayala Escandón C de la L, Pichardo Solís VA. El dibujo como medio de evaluación del miedo/ansiedad en niños de 5 a 8 años en atención dental. Estudio descriptivo. Rev odontopediatria latinoam [Internet]. 2021 [citado el 2 de diciembre de 2022];8(2):15. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/155>
33. Pérez Grande, M. D.. El miedo y sus trastornos en la infancia. Prevención e intervención educativa. Revistas eUSAL [Internet]. (2000) Usal.es. [citado el 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://revistas.usal.es/mantenimiento/>
34. Perez VHC. Apego, miedo, estrategias de afrontamiento y relaciones intrafamiliares en niños Attachment, fear, coping strategies, and family relationships in children. 2015 [citado el 29 de noviembre de 2022]; Disponible en: https://www.academia.edu/75750288/Apego_miedo_estrategias_de_afrontamiento_y_relaciones_intrafamiliares_en_ni%C3%B1os_Attachment_fear_coping_strategies_and_family_relationships_in_children
35. Almenara D, María E. Evaluación de los factores asociados al miedo y ansiedad al dentista e intervenciones para su reducción. [Tesis doctoral]. Universidad de Sevilla, 2016 . [citado el 3 de diciembre de 2022] Disponible en <https://idus.us.es/handle/11441/44343>
36. Prieto, P. P. Estudio de la ansiedad y el miedo dental en una muestra de universitarios de diferentes licenciaturas . [Tesis doctoral]. Universidad de Valencia.2011. Unirioja.es. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=93713>
37. Lima Álvarez Magda, Casanova Rivero Yanett. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Rev Hum Med [Internet]. 2006 Abr [citado 2022 Dic 08] ; 6(1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000100007&lng=es.

38. Pérez Navarro Norailys, González Martínez Cristina, Guedes Pinto Antonio Carlos, Salete Nahás P. Correa María. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2002 Dic [citado 2022 Dic 18]; 39(3): 302-327. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000300003&lng=es.

39. Grández Mestanza R. Nivel de ansiedad en niños que acuden a consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2017. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2017.

40. Peinado, Nazareth Rodríguez, et al. "Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico." *Gaceta dental: Industria y profesiones* 195 (2008): 150-164. Google Académico [Internet]. Google.com. [citado el 5 de octubre de 2022]. Disponible en:

https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=90.%09Peinado%2C+N.+R.%2C+Boluda%2C+R.+O.%2C+Mart%C3%ADnez%2C+M.+R.+M.%2C+%26+L.%C3%B3pez%2C+N.+E.+G.+%282008%29.+Estudio+de+la+ansiedad+infantil+ante+el+tratamiento+odontol%C3%B3gico.+Gaceta+dental%3A+Industria+y+profesiones%2C+%28195%29%2C+150-164++&btnG=

41. Ledesma K. ANSIEDAD Y MIEDO ANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS. *Odontol Act Rev Cient* [Internet]. 2018 [citado el 19 de noviembre de 2022];2(1):79–78. Disponible en:

<https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/177>

42. Parrado, Félix Amaro. "Ansiedad (aspectos conceptuales) y Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes." *Módulo II, Universidad Autónoma de Barcelona* (2008). Disponible en

https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=89.%09Parrado%2C+F.+A.+%282008%29.+Ansiedad+%28aspectos+conceptuales%29+y+Trastornos+de+ansiedad+en+ni%C3%B1os+y+adolescentes.+M%C3%B3dulo+II%2C+Universidad+Aut%C3%B3noma+de+Barcelon&btnG=#d=gs_cit

- [holar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Des](https://scholar.google.com/output?dinfo%3AkLdkuHlmiCkJ%3Asc&t=1670549938542&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AkLdkuHlmiCkJ%3Asc)
43. de Ansorena Cao A, Reinoso JC, Cagigal IR. El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estud Psicol* [Internet]. 1983 [citado el 9 de diciembre de 2022];4(16):30–45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65892>
44. Osorio, H., and G. Angie. Niveles de ansiedad y respuesta Fisiológica en el niño de 5 A 10. 2014. [Tesis Doctoral]
45. Del Jesús V, Isabel M. Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: implicaciones clínicas. Granada: Universidad de Granada; 2008.
46. Arcos N, Sophia K. Asociación del nivel de ansiedad - estado de los alumnos de odontología con el tipo de tratamiento dental realizado a los niños de 5 a 12 años en la clínica docente de la UPC. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2016.
47. Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59. Redalyc.org. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
48. Hmud, R., & Walsh, L. J. (2009). Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *J Minim Interv Dent*, 2(1), 237-48. DOI <https://www.miseeq.com/s-2-1-8.pdf>
49. García LF, Forés CS. Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. *Therapeía: estudios y propuestas en ciencias de la salud* [Internet]. 2013 [citado el 13 de diciembre de 2022];(5):81–96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4579644>
50. Al-Namankany A, de Souza M, Ashley P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br Dent J* [Internet]. 2012 [citado el 9 de diciembre de 2022];212(5):219–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22402535/>
51. Arrieta Vergara Katherine, Díaz Cárdenas Shyrley, Verbel Bohórquez Johana, Hawasly Pastrana Nathalie. Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2013 Feb [citado 2022 Dic 09]; 6(1): 17-24.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000100004&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2013000100004>.

52. Ramos Martínez Ketty, Alfaro Zola Lizelia Margarita, Madera Anaya Meisser Vidal, González Martínez Farith. Ansiedad y miedo en niños atendidos en consulta odontológica de la Universidad de Cartagena. Rev. Odont. Mex [revista en la Internet]. 2018 Mar [citado 2022 Dic 09]; 22(1): 8-14. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2018000100008&lng=es.

53. Quispe P, Silvina D. Asociación entre los niveles de ansiedad dental que presentan los pacientes pediátricos en su primera cita según el test de imágenes de Venham y la ansiedad dental de las madres con la escala de ansiedad dental de Corah en el Centro Universitario de Salud de la UPC. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2017.

54. Caro S, Auria A. Métodos para el manejo de control de la conducta de los niños en la atención odontológica. Universidad Señor de Sipán; 2019.

55. Rivera Zelaya Ivette Carolina, Fernández Parra Antonio. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. Rev. Latinoam. Psicol. [Internet]. 2005 Dez [citado 2022 Dez 08]; 37(3): 461-475. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342005000300002&lng=pt

56. Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. Int J Paediatr Dent [Internet]. 2016 [citado el 9 de agosto de 2022];12(1):47–52. Disponible en:

https://www.academia.edu/30348645/Validation_of_a_Facial_Image_Scale_to_assess_child_dental_anxiety

57. Lara E, Andrea P. Ansiedad dental en niños de 6 años beneficiarios del Programa de Salud Oral Integral en la Región Metropolitana. 2013 [citado el 15 de diciembre de 2022]; Disponible en:

<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117582>

58. Ciraiz Azurdia, E. P. Nivel de ansiedad previo y posterior al tratamiento dental mediante el test de dibujos de Venham modificado en pacientes niños que asisten a la clínica dental de la Facultad de Odontología de la

Universidad de San Carlos de Guatemala. (2015). [Tesis doctoral] .Universidad de San Carlos de Guatemala).Edu.gt. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en:

http://www.repositorio.usac.edu.gt/2375/1/T_2643.pdf

59.Mautz-Miranda Claudia, Fernández-Delgadillo Carolina, Saldivia-Ojeda Constanza, Rodríguez-Salinas Carolina, Riquelme-Carrasco Sebastián, Linco-Olave Jared. Prevalencia de Ansiedad Dental en Niños Atendidos en los Servicios de Salud Públicos de Valdivia, Chile. Odontostomatología [Internet]. 2017 Dic [citado 2022 Dic 08] ; 19(30): 59-64. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392017000300059&lng=es. <https://doi.org/10.22592/ode2017n30a7>.

60.Bartolomé Villar B, Torres Moreta L, Méndez Zunino M, Almenara Rodríguez MG. Factores que influyen en la ansiedad dental del paciente infantil. Cient dent (Ed impr) [Internet]. 2019 [citado el 12 de diciembre de 2022];59–66. Disponible en:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-183383>

61.Krahn N, García A. Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión Dental phobia and its relation to anxiety and depression [Internet]. Redalyc.org. [citado el 29 de noviembre de 2022].

Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/184/18424417012.pdf>

62.Abanto J, Vidigal EA, Carvalho TS, Sá SNC de, Bönecker M. Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. Braz Oral Res [Internet]. 2017 [citado el 9 de septiembre de 2022];31(0):e13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28099579/>

63.Ordóñez-Ortega A, Espinosa-Fernández L, García-López L-J, Muela-Martínez J-A. Inhibición Conductual y su Relación con los Trastornos de Ansiedad Infantil. Ter psicol [Internet]. 2013 [citado el 9 de diciembre de 2022];31(3):355–62. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000300010

64.Aguilera, F., Osorio, R., & Toledano, M. (2002). Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. Rev Andal Odontol Estomatol, 12, 21-24.

65. Larrea Llerena MA, Sig-Tu Rodríguez EM. Ansiedad dental en niños y sus madres en la clínica de Odontopediatría de la Universidad de GUAYAQUIL. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2018.
66. López, L. A. J., Ugalde, R. R., & López, A. A. D. (2014). Factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad en niños de cuatro a seis años de edad que acuden por primera vez con el odontopediatra. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 71(1), 9-15. Medigraphic.com. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od141d.pdf>
67. Márquez-Rodríguez Juan Antonio, Navarro-Lizaranzu M^a Cruz, Cruz-Rodríguez Daniel, Gil-Flores Javier. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista?: Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. *RCOE [Internet]*. 2004 Abr [citado 2022 Dic 09]; 9(2): 165-174. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000200003&lng=es.
68. Albuquerque Da Cunha W, Nahás Pires Corrêa M. S, , Abanto Alvarez J. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odonto-pediátrico utilizando la escala de Corah. *Revista Estomatológica Herediana [Internet]*. 2007;17(1):22-24. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539347004>
69. Caycedo C, Cortés OF, Gama R, Rodríguez H, Colorado P, Caycedo M, et al. ANSIEDAD AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO: CARACTERÍSTICAS Y DIFERENCIAS DE GÉNERO [Internet]. Redalyc.org. [citado el 5 de septiembre de 2022]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604011.pdf>
70. Medina Partidas, J. P. (1998). Adaptación del niño a la consulta odontológica. *Acta odontol. venez*, 70-3. Actaodontologica.com. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en:
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/art-4/>
71. Tong HJ, Khong J, Ong C, Ng A, Lin Y, Ng JJ, et al. Children's and parents' attitudes towards dentists' appearance, child dental experience and their relationship with dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent [Internet]*. 2014

[citado el 21 de octubre de 2022];15(6):377–84. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24840104/>

72. Leal AM, Serra KG, Queiroz RC, Araújo MA, Maia Filho EM. Fear and/or anxiety of children and parents associated with the dental environment. *Eur J Paediatr Dent* [Internet]. 2013 [citado el 9 de diciembre de 2022];14(4):269–72. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24313576/>

73. Al Atram, A. A., Singh, S., Bhardwaj, A., & Fadalah, M. K. A. (2016). Evaluation of fear and anxiety associated with instruments and treatment among dental patients. *Int J Contemp Med Res*, 3(9), 2694-6. Nih.gov. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC684272>

74. Salet-Nahás, M., & Tello, G.. Aspectos psicológicos y clínicos de la atención de niños pequeños [Internet]. *Dental Tribune Latin America*. 2013 [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://la.dental-tribune.com/news/aspectos-psicologicos-y-clinicos-de-la-atencion-de-ninos-pequenos/>

75. <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000073> .

76. González Villavicencio, J. L., & Mayorga Orozco, E. G.. El juego simbólico en el desarrollo psicomotriz de los niños de 4-5 años del centro infantil “San Rafael”, de la ciudad de Riobamba provincia de Chimborazo período 2015-2016 (Bachelor's thesis, Riobamba, UNACH 2016). 2016

77. Ramos-Martínez K. REDIB [Internet]. redib.org. [citado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en:

https://redib.org/Record/oai_articulo2612672-habilidades-sociales-y-conducta-en-ni%C3%B1os-durante-la-consulta-odontol%C3%B3gica-en-un-centro-docente-asistencial-cartagena-colombia

78. Martínez EG. Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar. Universidad de Granada; 2010. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=63985>

79. Roberts JF, Curzon MEJ, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2010 [citado el 9 de diciembre de 2022];11(4):166–74. Disponible en: <http://www.pedodonti.hors.dk/doc/Oversigtsartikel.pdf>

80. Nerín NF, Ángel M, Nieto Y María P, Dios Pérez JD, Franco N. Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años [Internet]. Revistapcna.com. [citado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en:

https://www.revistapcna.com/sites/default/files/6-rpcna_vol.2.pdf

81. Vergara Castrillón, C. Creencias y actitudes de los padres hacia la consulta odontopediátrica antes y después de la atención en la Fundación Hospital De La Misericordia en el primer semestre del año 2013 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).

82. Garrido-Rojas Luzmenia. Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. Rev. Latinoam. Psicol. [Internet]. 2006 Dez [citado 2022 Dez 09]; 38(3): 493-507. Disponible en:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300004&lng=pt.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300004&lng=pt)

83. McDonald, R. E., & Avery, D. R. (2000). Odontopediatria. In Odontopediatria (pp. 599-599)..

84. Murillo Zabala, A. M. (2014). *Desarrollo de competencias en el manejo del comportamiento del paciente durante la consulta odontopediátrica en la formación de especialistas en odontopediatria* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).

85. Sarmiento Laverde SM, Jiménez Mendoza G. Técnicas de manejo de comportamiento en la consulta odontológica: una revisión sistemática. Universidad Santo Tomás; 2017.

86. Conducta o comportamiento. Más allá de lo terminológico [Internet]. Psicologiacientifica.com. 2006 [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.psicologiacientifica.com/conducta-comportamiento-mas-alla-de-lo-terminologico/>

87. Cazalla-Luna, N., & Molero, D. (2014). Inteligencia emocional percibida, ansiedad y afectos en estudiantes universitarios. Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 25(3), 56-73. artículo [Internet]. Redalyc.org. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/3382/338233061007.pdf>

88. Antunes, T. B., Guinot, J. F., & Bellet, D. I. (2008). Técnicas de modificación de la conducta en odontopediatria. revisión bibliográfica. Rev

Odontol Pediátr (Madrid), 16(2), 108-120.Odontologiapediatrica.com. [citado el 16 de diciembre de 2022]. Disponible en:

https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/84_teixeira.pdf

89.Rodríguez Vázquez, C., Segura, F., & Delgado, J. (2009). Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil. Revista Odontología Vital, 2(11), 58-68. [Internet]. Issuu. 2014 [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://issuu.com/cquintanad/docs/48382048>

90.Songor G, Elizabeth M. Sensibilidad de las escalas de Frankl y Venham Picture Test, para predecir la conducta del niño, durante la atención odontológica, en la Universidad Católica de Cuenca, 2016. 2016.

91.Oberst Úrsula.La crianza desde la psicología individual de Alfred Adler. DOI https://ddd.uab.cat/pub/afin/afinSPA/afin_a2016m3n81iSPA.pdf

92.Boj Quesada, J. R., Lischeid Gaig, C. D., Jiménez Ruiz, A., & Espasa Suárez de Deza, J. E. (1994). Evaluación de la colaboración en el paciente odontopediátrico. Archivos de Odontostomatología, 1994, vol. 10, num. 2, p. 86-92.

93.De ludicibus LL. Trastornos generalizados del desarrollo [Internet]. Com.ar. [citado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.alcmeon.com.ar/17/02_desarrollo65.pdf

94.Idiazábal Alecha MÁ, Boque Hermida E. Procesamiento cognitivo en los trastornos del espectro autista. Rev Neurol [Internet]. 2007 [citado el 9 de diciembre de 2022];44(S02):S049. Disponible en: <https://medes.com/publication/28138>

95.Morales G, Marcelo B. Relación entre el nivel de ansiedad y respuestas fisiológicas en niños de 5-9 años. Quito : UCE; 2017

96.García Islas Atzimba, Parés Vidrio Gustavo E, Hinojosa Aguirre Alejandro. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. Rev. Odont. Mex [revista en la Internet]. 2007 [citado 2022 Dic 09] ; 11(3): 135-139. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2007000300135&lng=es. <https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2007.11.3.15809>.

97. Palomero Gil, C. (2016). La ansiedad en la experiencia odontopediátrica

98. Salazar, A. Anestesia general y sedación en odontología [Internet].

Actaodontologica.com. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en:

<https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/art-13/>

99. Revistaodontopediatria.org. [citado el 16 de octubre de 2022]. Disponible en:

<http://backup.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria.pdf>

100. Padrós Serrat E, Boj Quesada JR, Estaún i Ferrer S, Ustrell i Torrent JM. El dibujo como método para valorar la ansiedad dental en niños. Odontol Pediatr [Internet]. 1995 [citado el 9 de diciembre de 2022];

Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/123520?mode=full>

101. Carvajal A., Centeno C., Watson R., Martínez M., Sanz Rubiales Á.. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2011 Abr [citado 2022 Dic 09]; 34(1): 63-72.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es.

102. Huamán Chacón, A. Comparación de tres instrumentos para medir el nivel de ansiedad a la anestesia dental en niños de 7 a 11 años tratados en la clínica odontopediátrica dentilandia kids, lima-perú, 2017. (2018).

103. Mafla Ana Cristina, Villalobos Fredy Hernán, Pinchao Ramírez Wilson Marino, Lucero Yela Diego Fernando. Propiedades Psicométricas de la Versión Española de la Abeer Children DentalAnxiety Scale (ACDAS) para la Medición de Ansiedad Dental en Niños. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Dic 09]; 11(2): 182-191. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000200011>.

104. Barra Andalaft CA, Salazar Bello KS. Influencia de la Ansiedad Dental del acompañante en el Comportamiento del niño de 4 a 10 años durante su atención odontológica en Cesfam San Pedro periodo Mayo a

Julio 2014. 2014 [citado el 9 de julio de 2022]; Disponible en:

<http://repositorio.udec.cl/xmlui/handle/11594/1643>

105. Lazo, A. V., Ramos, W. A., & Mercado, J. (2014). Nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad. *Revista estomatológica del altiplano*, 1(1), 22. Unirioja.es. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8360789>

106. Perez, M. (2016). Relación del nivel de ansiedad y el tipo de conducta durante el tratamiento odontopediátrico. *Evidencias en Odontología Clínica*, 2(1), 51-54. Esearchgate.net. [citado el 9 de diciembre de 2022]. Disponible en:

http://esearchgate.net/publication/335478812_RELACION_DEL_NIVEL_DE_ANSIEDAD_Y_EL_TIPO_CONDUCTA_DURANTE_EL_TRATAMIENTO_ODONTOPEDIATRICO

107. Marcano AA, Figueredo AM, Orozco G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. *Rev odontopediatria latinoam* [Internet]. 2021 [citado el 9 de diciembre de 2022];2(2):7. Disponible en:

<https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/65>

108. Vera Ruiz, L. E. (2016). Relación entre el nivel de ansiedad y el tipo de tratamiento odontológico en niños de 6 a 9 años de edad atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil de Salaverry, 2015.

109. García Martínez, M. E. Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada; 2010. Disponible en

<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/4953/18695267.pdf?sequence=1>

110. Khanduri N, Singhal N, Mitra M. The prevalence of dental anxiety and fear among 4-13-year-old Nepalese children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* [Internet]. 2019 [citado el 9 de diciembre de 2022];37(4):345–9.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31710008/>

111. Cardoso CL, Loureiro SR. Estresse e comportamento de colaboração em face do tratamento odontopediátrico. *Psicol Estud*

[Internet]. 2008 [citado el 9 de diciembre de 2022];13(1):133–41. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-485718>

112. Sánchez Navarrete, S. C. Tipos de comportamiento según la escala de frankl presentados en los pacientes atendidos en la clínica de Odontopediatria de la Facultad Piloto de Odontología [dissertation].

Universidad de Guayaquil. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/33807>

113. Tumialán A, Karina J. Influencia de la ansiedad dental del acompañante en el comportamiento de niños durante su atención odontológica. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2020.

114. Deza R, Elisa J. Nivel de ansiedad de la madre en el tratamiento de pacientes niños utilizando la escala de corah. 2017.

115. Gasco Luna LA, Zamora Santander JA. Relación entre la ansiedad dental de la madre y ansiedad del niño atendidos en consultorio privado, Lima-2022. Universidad César Vallejo; 2022.

116. Añazco Miranda AM, Gaspar Bedón BS. Relación entre ansiedad de padres e hijos con su comportamiento durante la atención dental en un Policlínico de Independencia 2021. Universidad César Vallejo; 2021.

117. Guarango Lema, P. M. (2022). Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico en el centro de salud “Yaruquies”. Chambo–Riobamba (Bachelor's thesis). 2022 Quito: UCE.

118. Vela Sánchez, F. L. (2011). Separación padre-hijo: elección de los padres durante la atención dental en la Clínica de Posgrado de Odontopediatria de la UANL (Doctoral dissertation). 2011 Universidad Autónoma de Nuevo León).

9.2 BIBLIOGRAFIA CONSULTADAS

1. Alfaro L, Ramos K, Redondo Meza A, Rangel Iglesias T. Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad. Universidad de Cartagena; 2014.

2. Anahí P, Hernández-Molinar Y. Medigraphic.com. [citado el 14 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2016/ora1655g.pdf>
3. Barberá RP i., Arenas TL i. Relación entre la ansiedad de los progenitores y la conducta del niño frente al acto quirúrgico. *Enfuro* [Internet]. 2007 [citado el 20 de octubre de 2022];(103):6–9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2515101>Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. *Obras completas, Desarrollos en Psicoanálisis*, 235-251.
4. Betancourt C, Paola C. Análisis del comportamiento en niños de 4 -10 años con diferentes técnicas de adaptación, UCSG A-2017. 2017.
5. Brandenburg, Olivia Justen e Haydu, Verônica Bender. Contribuições da análise do comportamento em odontopediatria. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2009, v. 29, n. 3 [Acessado 14 Dezembro 2022], pp. 462-475. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000300004>>. Epub 06 Mar 2012. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000300004>.
6. CAMERON, Angus C.; WIDMER, Richard P. (ed.). *Manual de odontología pediátrica*. Harcourt Brace, 1998.
7. Cázares de León Francisco, Carrillo Cárdenas Dinorah, González García Luis Alberto, Rodríguez Chala Hilda Elia. Miedo al tratamiento odontológico en escolares mexicanos. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Dic 09] ; 56(2) : e1777. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000200004&lng=es. Epub 01-Jun-2019.
8. Chinchay JLS, Rogger MSF, Vélez CD. Inteligencia emocional en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (Lambayeque, Perú). Mayo-junio de 2010. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* [Internet]. 2011 [citado el 9 de diciembre de 2022];4(1):17–21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4060224>
9. Extremera N, Duran A, Rey L. La inteligencia emocional percibida y su influencia sobre la satisfacción vital, la felicidad subjetiva y el engagement en

- trabajadores de centros para personas con discapacidad intelectual.
- Ansiedad estrés [Internet]. 2005 [citado el 6 de julio de 2022];11(1):63–73. Disponible en: <https://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=IBECS&lang=e&nextAction=Ink&exprSearch=042230&indexSearch=ID>
10. Freeman R. A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2007 [citado el 9 de diciembre de 2022];17(6):407–18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17935594/>
11. Jiménez Ortiz JL, Herrera Silva JC, Jiménez Ortiz JD, Islas Valle RM. Miedo y ansiedad dental de pacientes adultos atendidos en una clínica universitaria de México. *Cient dent (Ed impr)* [Internet]. 2017 [citado el 8 de septiembre de 2022];7–14. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-161880>
12. Klinberg G. Dental anxiety and behaviour management problems in paediatric dentistry--a review of background factors and diagnostics. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2008 [citado el 9 de diciembre de 2022];9 Suppl 1:11–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18328243/>
13. López Calero Jonathan Isaac. Temor hacia el odontólogo en niños menores de 5 años. *Rev Eug Esp* [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Dic 12]; 14(2): 51-60. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422020000200051&lng=es. <https://doi.org/10.37135/ee.04.09.07>.
14. Martí SE. Escala de medición del miedo a la atención dental. *Revista de la Facultad de Odontología* [Internet]. 2012 [citado el 8 de julio de 2022];(Vol. 6,1). Disponible en: <https://bdigital.uncu.edu.ar/app/navegador/?idobjeto=6046>
15. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2004 [citado el 18 de noviembre de 2022];32(1):67–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14961842/>
- Medina Partidas, J. P. (1998). Adaptación del niño a la consulta odontológica. *Acta odontol. venez*, 70-3.

16. Merchán, A. S. Anestesia general y sedación en odontología [Internet]. Actaodontologica.com. [citado el 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/art-13/>
17. Ramia EC. Análisis y experiencia clínica del estado de ansiedad dental en los pacientes odontológicos con discapacidad intelectual en comparación a los pacientes odontológicos de la población general. Universitat d'Alacant / Universidad de Alicante; 2017
18. Sánchez Aguilera F, Toledano M, Osario R. Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico: Valoración del comportamiento. Av Odontoestomatol [Internet]. 2004 Ago [citado 2022 Dic 13]; 20(4): 199-206. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000400005&lng=es.
19. Sánchez KY. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños - Segunda edición revisada. 2019 [citado el 9 de septiembre de 2022]; Disponible en: https://www.academia.edu/38119940/Escala_de_Ansiedad_Manifiesta_en_Ni%C3%B1os_Segunda_edici%C3%B3n_revisada
20. Tayeh, P., Agámez, P., & Chaskel, R. Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Rev. Precop SCP [Internet]*. Aepap.org. [citado el 15 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
21. torre, J. M., & Montañés, J. Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y estrés*, 10(1), 112-125 1. Researchgate.net. [citado el 16 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose-Latorre-2/publication/260655424_Ansiedad_inteligencia_emocional_y_conductas_de_salud_en_la_adolescencia/links/54afc1ee0cf2b48e8ed6921a/Ansiedad-inteligencia-emocional-y-conductas-de-salud-en-la-adolescencia.pdf
22. Trujillo Flores, M. M., & Rivas Tovar, L. A. Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. *Innovar*, 15(25), 9-24. 2. Redalyc.org. [citado el 26 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/818/81802502.pdf>

23. Vlad R, Pop AM, Olah P, Monea M. The Evaluation of Dental Anxiety in Primary School Children: A Cross-Sectional Study from Romania. *Children (Basel)*. 2020 Oct 2;7(10):158. doi: 10.3390/children7100158. PMID: 33023083; PMCID: PMC7599995.
24. Wide U, Hakeberg M. Treatment of Dental Anxiety and Phobia-Diagnostic Criteria and Conceptual Model of Behavioural Treatment. *Dent J (Basel)*. 2021 Dec 17;9(12):153. doi: 10.3390/dj9120153. PMID: 34940050; PMCID: PMC8700242.

10. ANEXOS

DIADA N°

NIÑO

EDAD:

GÉNERO

TRATAMIENTO

ESCALA FACIAL DE FIS

¿Cómo te sentís hoy? Elegí una carita



ESCALA DE COMPORTAMIENTO DE FRANKL

1	Definitivamente negativo		Rechazo total del tratamiento, grita, llora, no coopera
2	Levemente negativo		Acepta el tratamiento con dificultad, arisco o lejano y ausente
3	Positivo		Acepta con cautela. Obedece y se encuentra ansioso
4	Definitivamente positivo		Ríe, coopera disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.

FIGURA PARENTAL

EDAD: _____

GÉNERO _____

VINCULO: _____

ESCALA DE ANSIEDAD DE CORAH

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA

1- Si tuviera que ir mañana al odontólogo para una revisión ¿Cómo se sentiría?

Relajado nada ansioso	Ligeramente ansioso	Bastante ansioso	Muy ansioso e intranquilo	Extremadamente ansioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-Cuando usted está esperando su turno en la sala de espera ¿Cómo se siente?

Relajado nada ansioso	Ligeramente ansioso	Bastante ansioso	Muy ansioso e intranquilo	Extremadamente ansioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3-Cuando usted está en el sillón esperando que el odontólogo prepara el torno para atenderlo ¿Cómo se siente?

Relajado nada ansioso	Ligeramente ansioso	Bastante ansioso	Muy ansioso e intranquilo	Extremadamente ansioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-Cuando usted está en el sillón esperando que el odontólogo prepara los elementos para una limpieza ¿Cómo se siente?

Relajado nada ansioso	Ligeramente ansioso	Bastante ansioso	Muy ansioso e intranquilo	Extremadamente ansioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sus experiencias anteriores en el odontólogos fueron

BUENAS	REGULARES	MALAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le ha contado su experiencia odontológica a su hijo

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hoja de información

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Odontología

Título de la investigación: *Valoración de la ansiedad y la conducta del niño frente a la situación odontopediátrica y su relación con la ansiedad de la figura parental acompañante.*

Investigadora Responsable: María José Levalle

Estimado participante:

Le dejamos esta invitación para participar de nuestra investigación que estamos realizando en el Servicio de Odontología del Hospital Sbarra.

El objetivo de nuestra investigación es describir la conducta en el niño frente a las diferentes prácticas odontológicas realizadas en presencia de un adulto responsable.

En nuestra investigación, le realizaremos algunas preguntas a Usted y a su hijo/a sobre la consulta odontológica, como también registraremos algunos datos de ambos. Al firmar su consentimiento, autoriza a la Investigadora Responsable y a sus colaboradores a revisar toda la información clínica de su hijo/a y suya que conste en el Servicio de Odontología del Hospital. Toda la información que nos proporcionen y/o que nosotros registremos en el marco de la investigación será tratada en forma anónima y confidencial cuidándose de no revelar la identidad de los participantes.

La participación en este estudio es voluntaria, no deberá abonar ningún costo, y no implica ningún compromiso para ninguna de las partes. Es por ello que, de ocurrir algún riesgo previsible (como ansiedad por el tipo de preguntas u otro) suspendiremos la investigación y le informaremos de ello.

En cualquier momento de la investigación puede informarnos su decisión de no continuar participando y/o que no se utilicen los datos registrados. Si así fuera, queremos destacar que no habrá ningún tipo de sanción ni inconveniente en continuar con los turnos y/o tratamientos odontológicos previamente acordados con el Servicio de Odontología del Hospital.

A partir de su participación podremos conocer mejor al niño en la consulta odontológica. Por tanto, al finalizar la investigación colocaremos un cartel en Servicio de Odontología del Hospital con la fecha y hora en la que presentaremos sus resultados.

Ante cualquier duda, le ofrecemos el siguiente correo para que nos pueda escribir: od.mariajoselevalle@gmail.com

Finalmente, le informamos que este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

Agradecemos su colaboración y quedamos atentos a sus consultas.

Consentimiento informado / AUTORIZACIÓN

Habiendo leído detenidamente toda la anterior información y realizado a la Investigadora Responsable todas las preguntas que me surgieran con relación al estudio, las cuales me fueron respondidas en forma clara y que he podido comprender, y habiendo participado mi hijo/a de las explicaciones y consultas sobre el estudio, no quedándome dudas sobre el estudio que se me propone, **CONSIENTO EXPRESAMENTE MI INCLUSIÓN, Y LA DE MI HIJO/A**, en el estudio titulado: “Valoración de la ansiedad y el comportamiento del niño frente a la situación odontopediátrica y su relación con la ansiedad de la figura parental acompañante”.

Apellido y nombre del hijo/a:

DNI N°

Apellido y nombre del Responsable Legal:

DNI N°

Firma:

Apellido y nombre del Investigador:

Firma:

Lugar y Fecha:



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA