



“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TESIS

TÍTULO

“Miedo en niños de 6 a 12 años de edad durante el tratamiento dental en alumnos de la Institución Educativa José María Arguedas de Parcona. Ica- Perú 2017”

PRESENTADO POR:

- **Benitez Juarez Miguel**
- **Misaico Palomino Rossmery**
- **Penado Noa Cliner**

ASESOR : Lic. Alfredo Alatrística Álvarez.

ICA - PERU

2018

TITULO

“Miedo en niños de 6 a 12 años de edad durante el tratamiento dental de alumnos de la Institución Educativa José María Arguedas de Parcona . Ica- Perú 2017”

DEDICATORIA

Con todo cariño para nuestros padres y hermanos que siempre nos han apoyado para la culminación de nuestra formación profesional.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento a Dios quien nos dio la vida, a nuestros padres porque son lo mejor de nosotros, a nuestros maestros universitarios por su dedicación, esmero y sabiduría quienes han forjado en nosotros ese espíritu de superación.

RESUMEN

El miedo en los niños al tratamiento odontológico es uno de los problemas que afronta el profesional con frecuencia durante la consulta odontológica y que ha generado gran interés. esto es debido a las complicaciones asociado a ello, pues niveles elevados de miedo pueden llevar al paciente a evitar la consulta odontológica, limitar la efectividad del tratamiento dental, requiriendo más tiempo para la atención e impidiendo que se detecten patologías de gravedad diversa. De hecho el tratamiento de pacientes con miedo causa estrés al odontólogo

Nuestra investigación es de tipo clínico observacional, descriptivo de corte transversal.

La población estudiada está constituida por todos los pacientes niños de 6 a 12 años de edad de la institución educativa Institución Educativa José María Arguedas de Parcona .Ica-Perú 2017.

El total de la muestra es de 123, pero por precaución de posibles pérdidas se aumentara la muestra a 125 pacientes con nivel de confianza de 95% y un error de 5%, procedimiento

Este estudio se realizó en la institución educativa Institución Educativa José María Arguedas de Parcona .Estará dirigida a los pacientes entre 6 y 12 años de ambos sexos, el propósito del estudio será explicado a las madres y se obtendrá el consentimiento informado, teniendo como principios éticos, el respeto a la voluntariedad para participar en la investigación, así como la confidencialidad y el anonimato. Entre los principales resultados tenemos

En relación al miedo al dentista tenemos: niños que no tenían miedo 89 que hace un 71.2 %, niños con poco miedo al dentista 32 que hace un 25.6 %, niños con miedo al dentista 2 que hace un 1.6 %, y niños con mucho miedo al dentista tenemos 2 que hace un 1.6 %

En relación del miedo a las inyecciones tenemos: niños sin miedo a las inyecciones 41 que hace un 32.8 %, niños con poco miedo a las inyecciones 32

que hace un 25.6 % , niños con miedo a las inyecciones 14 que hace un 11.2 % , niños con bastante miedo a las inyecciones 14 que hace un 11.2 % y niños con mucho miedo a las inyecciones 24 que hace un 19.2 % y las conclusiones más importantes niños sin miedo al tratamiento dental 49 de sexo masculino que hace un y 40 de sexo femenino total 89 niños, niños con poco miedo 16 de sexo masculino y 16 de sexo femenino total 32, niños con miedo 2 de sexo masculino y niños con mucho miedo 2 de sexo masculino.

En relación al número de visitas dentales y el miedo dental tenemos niños sin ninguna visita dental sin miedo 3 con poco miedo 5 con miedo 2 y con mucho miedo 2 total 12, niños con una visita dental sin miedo 46 con poco miedo 6 total 52 , niños con dos a tres visitas dentales sin miedo 35 con poco miedo 15 total 50 , niños con cuatro a cinco visitas dentales , sin miedo 5 con poco miedo 6 total 11 niños en relación a las experiencias dentales tenemos con experiencia dental sin miedo 86 niños , con poco miedo 29 niños , con miedo 2 niños , y con mucho miedo 2 niños total 119 niños , niños sin experiencia dental sin miedo 3 niños y con poco miedo 3 niños total 6 niños.

SUMMARY

The fear in children of dental treatment is one of the problems faced by the professional frequently during the dental visit and that has generated great interest. This is due to the complications associated with it, because high levels of fear can lead the patient to avoid dental consultation, limit the effectiveness of dental treatment, requiring more time for care and preventing pathologies of varying severity. In fact the treatment of patients with fear causes stress to the dentist

Our investigation is of observational clinical type, descriptive of cross section.

The studied population is constituted by all the patients' children from 6 to 12 years old of the educational institution José María Arguedas Educational Institution of Parcona .Ica-Perú 2017.

The total sample is 123, but as a precaution of possible losses, the sample will be increased to 125 patients with a 95% confidence level and an error of 5%.

This study was carried out in the Educational Institution José María Arguedas de Parcona Educational Institution. It will be addressed to patients between 6 and 12 years of both sexes, the purpose of the study will be explained to the mothers and informed consent will be obtained, having as ethical principles , the respect to the voluntariness to participate in the investigation, as well as the confidentiality and the anonymity. Among the main results we have

In relation to the fear of the dentist we have: children who were not afraid 89 who do 71.2%, children with little fear of the dentist 32 who does 25.6%, children with fear of the dentist 2 who do 1.6%, and children with a lot of fear to the dentist we have 2 that makes 1.6%

In relation to the fear of injections we have: children without fear of injections 41 who do 32.8%, children with little fear of injections 32 who do 25.6%, children afraid of injections 14 who do 11.2%, children quite afraid of injections 14, 11.2% and children with a lot of fear of injections 24, 19.2% and the most important conclusions, children without fear of dental treatment 49 of male sex that makes

one and 40 of total female sex 89 children, children with little fear 16 male and 16 total female 32, children with fear 2 male and children very afraid 2 male.

In relation to the number of dental visits and dental fear we have children without any dental visits without fear 3 with little fear 5 with fear 2 and with much fear 2 total 12, children with a dental visit without fear 46 with little fear 6 total 52, children with two to three dental visits without fear 35 with little fear 15 total 50, children with four to five dental visits, without fear 5 with little fear 6 total 11 children in relation to dental experiences we have dental experience without fear 86 children, with little fear 29 children, with fear 2 children, and with a lot of fear 2 total children 119 children, children without dental experience without fear 3 children and with little fear 3 children total 6 children.

INTRODUCCION

Cuidar de la salud bucal es una actividad necesaria a todos los individuos independientemente de la edad, género o clase social. Muchas personas evitan la atención odontológica, por el temor de ser sometidos a algún tipo de discomfort durante el tratamiento odontológico incluyendo sensación de dolor, miedo a estímulos variados como la anestesia , instrumentos, agujas, y efectos inmediatos de los procedimientos odontológicos como hinchazón de la boca, sangrado, entre otros. El miedo en los niños al tratamiento odontológico es uno de los problemas que afronta el profesional con frecuencia durante la consulta odontológica y que ha generado gran interés. Esto es debido a las complicaciones asociado a ello, pues niveles elevados de miedo pueden llevar al paciente a evitar la consulta odontológica, limitar la efectividad del tratamiento dental, requiriendo más tiempo para la atención e impidiendo que se detecten patologías de gravedad diversa. De hecho el tratamiento de pacientes con miedo causa estrés al odontólogo. Así la protección de la salud bucal de los niños se ve obstaculizada por miedos. El impacto emocional, los miedos y las fantasías generados por la atención odontológica, deben ser analizados, pues la forma por la cual el niño elabora internamente esta experiencia es decisiva en la formación de sus futuras expectativas y reacciones. En un intento por obtener una comprensión de la iniciación y el desarrollo de los miedos al tratamiento odontológico, dos factores: las experiencias dentales de los niños y la ansiedad materna han sido calificados como los más importantes. Los estudios realizados con poblaciones infantiles indican que los niños con mucho miedo habían tenido alguna experiencia dental negativa. La ansiedad materna, la madre interfiere con la relación paciente – profesional pudiendo transmitir emociones poco constructivas para sus hijos, interfiriendo negativamente en la experiencia propia del niño acerca de la situación odontológica El conocimiento de los factores que se relacionan con el desarrollo del miedo al tratamiento odontológico, es importante para el profesional y que en base a estos pueda seleccionar el modo de actuar con el paciente infantil, donde hay un intercambio activo con un ser humano en pleno desarrollo y muchas veces inmaduro para tratamiento. Es por ello que el ejercicio de la Odontopediatría no es

una tarea fácil, exige del profesional, no solo conocimiento de medidas preventivas o habilidades restauradoras, sino también la comprensión específica sobre los aspectos psicológicos del desarrollo infantil. Por lo tanto el objetivo de la presente investigación es Relacionar el miedo y los diversos tratamientos dentales en niños de 6 a 12 años de edad de la Institución Educativa Institución Educativa José María Arguedas de Parcona. Ica –Perú 2017.

¿Existe miedo a los diversos tratamientos dentales en niños de 6 a 12 años de edad de la Institución Educativa Institución Educativa José María Arguedas de Parcona. Ica- Perú 2017?

INDICE

DATOS GENERALES DEL PROYECTO.....	4
CAP. II.- PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	13
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
2.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
2.3.1 MOTIVACIÓN DE CARÁCTER PRÁCTICO.....	14
2.3.2.- MOTIVACIÓN DE CARÁCTER METODOLÓGICO.....	15
2.3.3.- MOTIVACIÓN DE CARÁCTER TEÓRICO.....	15
2.4 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.5 OBJETIVOS.....	15
2.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
2.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
III. BASES TEÓRICAS CIENTÍFICAS.....	16
3.1 CONCEPTO.....	16
3.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	16
3.3 MARCO TEORICO.....	22
IV. METODOLOGÍA.....	45
4.1.- TIPO DE INVESTIGACION.....	45
4.2.-VARIABLES.....	45
4.2.1- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	46
4.3- POBLACIÓN Y MUESTRA.	47
4.3.1.-POBLACIÓN.....	47
4.3.2.- POBLACIÓN DIANA.....	47

4.3.3.-MUESTREO.....	47
4.3.4.- MUESTRA TEÓRICA.....	48
4.3.5.-MUESTRA REAL.....	48
4.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	49
4.5.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	49
4.6.- RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTOS DE DATOS.....	49
4.7.- PROCEDIMIENTO.....	49
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION Y REGISTRO DE DATOS	
METODOS.....	50
V. RESULTADOS	52
VI. DISCUSION.....	67
VII.CONCLUSIONES.....	70
VIII.RECOMENDACIONES.....	71
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72
X.-ANEXOS.....	76

II.- PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuidar de la salud bucal es una actividad necesaria a todos los individuos independientemente de la edad, género o clase social. Muchas personas evitan la atención odontológica, por el temor de ser sometidos a algún tipo de discomfort durante el tratamiento odontológico incluyendo sensación de dolor, miedo a estímulos variados como la anestesia , instrumentos, agujas, y efectos inmediatos de los procedimientos odontológicos como hinchazón de la boca, sangrado, entre otros.

El miedo en los niños al tratamiento odontológico es uno de los problemas que afronta el profesional con frecuencia durante la consulta odontológica y que ha generado gran interés. Esto es debido a las complicaciones asociado a ello, pues niveles elevados de miedo pueden llevar al paciente a evitar la consulta odontológica, limitar la efectividad del tratamiento dental, requiriendo más tiempo para la atención e impidiendo que se detecten patologías de gravedad diversa. De hecho el tratamiento de pacientes con miedo causa estrés al odontólogo. Así la protección de la salud bucal de los niños se ve obstaculizada por miedos. El impacto emocional, los miedos y las fantasías generados por la atención odontológica, deben ser analizados, pues la forma por la cual el niño elabora internamente esta experiencia es decisiva en la formación de sus futuras expectativas y reacciones.

En un intento por obtener una comprensión de la iniciación y el desarrollo de los miedos al tratamiento odontológico, dos factores: las experiencias dentales de los niños y la ansiedad materna han sido calificados como los más importantes. Los estudios realizados con poblaciones infantiles indican que los niños con mucho miedo habían tenido alguna experiencia dental negativa. La ansiedad materna, la madre interfiere con la relación paciente – profesional pudiendo transmitir emociones poco constructivas para sus hijos, interfiriendo negativamente en la experiencia propia del niño acerca de la situación odontológica

El conocimiento de los factores que se relacionan con el desarrollo del miedo al tratamiento odontológico, es importante para el profesional y que en base a estos pueda seleccionar el modo de actuar con el paciente infantil, donde hay un intercambio activo con un ser humano en pleno desarrollo y muchas veces inmaduro para tratamiento. Es por ello que el ejercicio de la Odontopediatría no es una tarea fácil, exige del profesional, no solo conocimiento de medidas preventivas o habilidades restauradoras, sino también la comprensión específica sobre los aspectos psicológicos del desarrollo infantil.

Por lo tanto el objetivo de la presente investigación será relacionar el miedo en niños de 6 a 12 años de edad a los diversos tratamientos dentales de la Institución Educativa Institución Educativa José María Arguedas de Parcona .Ica-Perú 2017.

2.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Existirá miedo a los diversos tratamientos dentales en niños de 6 a 12 años de edad de la Institución Educativa José María Arguedas de Parcona .Ica- Perú 2017?

2.3.- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

2.3.1.- MOTIVACIÓN DE CARÁCTER PRÁCTICO.

El conocimiento de los factores o variables etiológicas que determinan la aparición del miedo, hace posible el desarrollo de estrategias dirigidas a prevenir el comportamiento. *Klatchoian*4 (1993) por su parte, 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.

2.3.2.- MOTIVACIÓN DE CARÁCTER METODOLÓGICO.

Con la evaluación del estado emocional del niño, el profesional esta prevenido de su posible comportamiento, de manera que pueda mejorar las relación paciente – profesional, en el sentido de disminuir el miedo al tratamiento odontológico y prevenir las enfermedades bucales.

2.3.3.- MOTIVACIÓN DE CARÁCTER TEÓRICO.

El miedo dental está estrechamente vinculado a la salud oral y el comportamiento en el consultorio odontológico de los niños, comprometiendo la calidad de atención odontológica.

2.4.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.

Entre las principales limitaciones que presentaría nuestro estudio tenemos:

-Las respuestas a nuestro estudio, en muchos casos, puede ser subjetiva, y pueden retardar u obstaculizar la investigación.

2.5.- OBJETIVOS.

2.5.1.- OBJETIVO GENERAL.

Conocer si hay miedo a los diversos tratamientos dentales en niños de 6 a 12 años de edad de la Institución Educativa José María Arguedas de Parcona .Ica – Perú 2017.

2.5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.- Identificar el nivel de miedo al tratamiento dental en niños de 6 a 12 años según género.

2.- Identificar el nivel de miedo al tratamiento dental en niños de 6 a 12 años según el número de visitas al Odontólogo.

3.- Relacionar el nivel de miedo al tratamiento dental en niños en función a sus experiencias dentales.

III.- BASE TEÓRICA CIENTÍFICA.

3.1 CONCEPTO

¿Qué es el Miedo?

El miedo es una respuesta natural ante el peligro; una sensación desagradable que atraviesa el cuerpo, la mente y el alma. Se puede deber a algo que pasó, que está sucediendo o que podría pasar. Es difícil de controlar y puede provocar todo tipo de reacciones, tales como parálisis o ataques de ansiedad y en campo odontológico repercute en el contexto del paciente, propiciando una conducta de rechazo al tratamiento odontológico.

Para describir mejor la naturaleza de esta sensación, se presentan las siguientes teorías:

3.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Rantavuori, K. (2010). Evaluó los diferentes aspectos del miedo al tratamiento odontológico y sus determinantes en niños, en dos muestras de estudio constituidas por 378 niños de la región de Veneto de Italia entre 3-13 años y 1.474 niños de Finlandia de 3, 6, 9, 12 y 15 años. Un total de 21 a 36% de los niños finlandeses presentaban bastante o mucho miedo al tratamiento dental. El miedo dental entre los niños finlandeses no fue menor entre los niños mayores, sino que fluctuaron entre las diferentes edades. Entre los niños de Italia, las primeras experiencias dentales fueron determinantes en el miedo al dentista. Entre los niños finlandeses, el miedo al dentista por parte de miembros de la familia fue determinante en el miedo en los niños. No encontró diferencias significativas en relación al género. Los resultados indicaron que miedo al tratamiento odontológico no es que esté basada exclusivamente en el condicionamiento directo, sino que consiste más bien de otros factores como las características del niño, la familia y el medio ambiente ⁽¹⁾.

Chen-Yi L. & Col. (2008). El objetivo de su estudio fue investigar la relación entre el miedo dental en niños y sus posibles efectos en la clínica y factores

relacionados con su origen, en niños de 2 a 10 años de edad en Taiwán. Los resultados hallados fueron que el miedo dental medido por CFSS-DS (Escala de Evaluación de Miedos en niños Subescala Dental) y la ansiedad clínica tienen diferentes predictores, solo la edad, menor a 4 años y el cooperativismo durante la primera visita dental fueron importantes predictores de ambos. Los otros predictores del miedo dental en niños fueron el miedo dental materno y dolor insoportable en la primera visita dental. Desde el punto de vista de la Teoría de Rachman, el condicionamiento directo fue más influyente en esta muestra, especialmente las experiencias subjetivas como el dolor fue más importante que las experiencias objetivas en el origen del miedo dental, mientras que el condicionamiento indirecto no parece ser tan influyente ⁽²⁾.

Bakarcie & Col. (2010) El objetivo del estudio fue evaluar la estructura del miedo dental en niños con y sin experiencias de traumatismos dentales, mediante el uso de diferentes medidas psicométricas: CFSS-DS (Escala de Evaluación de Miedos en Niños Subescala Dental), CDAS (Escala de Ansiedad Dental de Corah) y CMFQ (Cuestionario de miedo médicos en niños de Bromome) en 147 pacientes de la Clínica Odontopediatria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Rijeka Croacia. Los niños fueron divididos en tres grupos dependiendo de la experiencia de traumatismos dentales, niños sin traumatismos dentales, niños con traumatismos aislados y con traumatismos dentales repetidos.

A su vez divididos en dos grupos según la edad: 5-8 y 9-12 años. En los resultados los valores medios de la CDAS, CFSS-DS y pruebas CMFQ revelaron que el nivel de miedo disminuye con la experiencia cada vez mayor de traumatismos dentales, los niños del grupo de 5 – 8 años de edad con y sin experiencias de traumatismos dentales revelaron mayor nivel de miedo dental que los otros niños. En cuanto al género, no encontraron diferencia estadística significativa con el miedo. La ansiedad dental de los padres no influyó en el nivel de miedo dental en los niños, más si se encontró que los aspectos médicos pueden contribuir al miedo dental ⁽³⁾.

Albuquerque & Col. (2017) El objetivo del estudio fue estimar la ansiedad materna frente al tratamiento odontológico de sus hijos, utilizando la escala de ansiedad dental propuesta por Corah (DAS). La muestra estuvo constituida por 100 madres, cuyos hijos eran atendidos en la Clínica de Odontopediatría para la Primera Infancia de la Universidad de São Paulo - USP/SP y en el Curso de Especialización en Odontopediatría de la ABENO/SP. Los resultados obtenidos mostraron que 52% de las madres presentaban bajo nivel de ansiedad, 23% ansiedad moderada, 21% sin ansiedad y 4% con ansiedad considerada alta. Se concluyó que, frente al tratamiento odontológico, la mayoría de las madres presentaron un bajo nivel de ansiedad ⁽⁴⁾.

Rivera & Fernández (2017) Realizaron un estudio en escolares de 6 a 11 años de edad, de la Región Metropolitana de Tegucigalpa - Honduras. El objetivo fue determinar los niveles de miedo y ansiedad dental y la relación con diferentes tipos de experiencias dentales de los niños informada por los padres. La evaluación se hizo mediante la Escala de Ansiedad de Corah, el Test de dibujos de Venham y la Escala de Evaluación de Miedos en niños subescala dental. Los resultados mostraron que los escolares presentaban nivel de miedo dental moderado. No se encontraron diferencias significativas respecto al nivel de miedo o ansiedad entre los niños y niñas. Los procedimientos de tratamiento dental invasivo provocaron mayores niveles de miedo dental así como la expectativa de ir al dentista al día siguiente provocaron mayores niveles de ansiedad. Los niños que tenían experiencia dental previa y padres con miedo al tratamiento dental presentaban niveles más elevados de miedo ⁽⁵⁾.

Amin & Col. (2004) El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de miedo dental y explorar la influencia de las experiencias dentales y no dentales en niños de 6 a 12 años de edad pacientes de la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de Tanta. Mediante la utilización de La Escala de Evaluación de miedo en niños Subescala Dental (CFSS-SD) para evaluar el miedo dental en los niños, La Escala de ansiedad de Corah (DAS) para evaluar la ansiedad materna; y un cuestionario de experiencias dentales. Demostrando la influencia

estadísticamente significativa de la edad, la ansiedad materna, y las experiencias dentales en el nivel de miedo dental en los niños. Los niños más temerosos, tenían asistencia irregular y sintomática al consultorio odontológico. Las extracciones seguidas por las inyecciones fueron estímulos asociados con el miedo dental en los niños ⁽⁶⁾.

Milson & Col. (2003). El objetivo de este estudio fue establecer la relación entre el miedo dental, frecuencia de atenciones odontológicas y experiencias dentales previas en niños de 5 años de edad del Noreste de Inglaterra. Cada padre completo un cuestionario para el medir el nivel de miedo del niño y de ellos mismos y otro cuestionario de experiencias dentales. Los resultados fueron que el 10.8% de los padres consideran que su hijo, tiene miedo al tratamiento odontológico. La ansiedad materna, la asistencia irregular al odontólogo y alguna experiencia de extracción dental en el pasado fueron identificadas como factores importantes causales del miedo dental en niños ⁽⁷⁾.

Rantavuori & Col. (2008) El objetivo de este estudio fue explorar la asociación entre las experiencias negativas durante la primera visita al dentista en niños, el miedo dental subsecuente y factores relacionados, en tres clínicas dentales en el Véneto Región de Italia. Para ello, los padres de 378 niños completaron un cuestionario, para evaluar el nivel de miedo de los padres y de los niños así como para obtener información acerca de las experiencias dentales. Los resultados demostraron que el miedo de los padres al tratamiento odontológico así como una primera visita problemática son predictores importantes del miedo dental en niños.

Sin embargo, este efecto fue modificado por el número de visitas posteriores. Los niños con 4 o más visitas después de la primera visita tenían menos tendencia a tener miedo después de una primera visita problemática que los niños con 3 visitas o menos después de la primera visita problemática. Así, el efecto negativo de una primera problemática visita puede desvanecerse en posteriores visitas al dentista ⁽⁸⁾.

Pérez & Col. (2012) Se estudiaron los factores que más influyeron en la aparición del miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. Se encuestaron 50 niños cubanos con sus madres y 27 estomatólogos. Los resultados obtenidos fueron que los con buen estado de salud se comportaron mejor en la consulta que aquellos que se enferman con frecuencia; la separación de los padres como factor emocional influyó en el miedo al tratamiento dental; la mayoría de las madres se mostraron ansiosas en el momento de la consulta y ante la separación de los hijos; existían estomatólogos con pocos años de experiencia en el trabajo con niños y que no habían recibido cursos de superación en Psicología Infantil y Odontopediatría. Se encontró que hubo muchos niños con reacción negativa a la separación de la madre y que a medida que aumentaba la edad, el comportamiento negativo del niño en el consultorio estomatológico disminuye ⁽⁹⁾.

Yamada & Col. (2002). El objetivo de este estudio fue evaluar el miedo dental y la cooperación durante el tratamiento dental usando la Escala de Evaluación de Miedo en niños – Subescala Dental. (CFSS-SD) en pacientes de la Clínica Pediátrica de la Universidad de Niigata se clasificaron en paciente cooperadores (195 niños) y pacientes no cooperadores (61 niños); demostrando que en los paciente no cooperadores era mayor en comparación con el grupo de paciente cooperadores. El Miedo a las "inyecciones" y "la utilización de la pieza de mano por el odontólogo" obtuvo puntuaciones elevadas en ambos grupos.

Los resultados indican que hay muchos pacientes que no colaboran con bajo nivel de miedo y los pacientes de cooperación con nivel de miedo elevado ⁽¹⁰⁾.

Aartman & Col. (1998). Este estudio revisa las mediciones de auto-informe utilizadas con frecuencia para evaluar la ansiedad dental en los niños. La importancia principal está en su fiabilidad y validez. Para este propósito las correlaciones entre las mediciones de revisión y otras mediciones del miedo dental en los niños fueron consideradas, así como su posible ambigüedad con respecto a los procedimientos de calificación y su capacidad para discriminar entre los niños temerosos y no cooperadores. Se concluye que el auto-informe de evaluación,

Escala de Evaluación de Miedo en niños – Subescala Dental. (CFSS-SD) es preferible a ambos Cores Dental Anxiety Scale (DAS) y la prueba de imagen Venham (VPT). Las razones de esto son las siguientes: la CFSS-DS abarca más aspectos de la situación odontológica, que mide el miedo dental con más precisión que las otras escalas, los datos normativos están disponibles en esta escala, y tiene propiedades psicométricas ligeramente superior ⁽¹¹⁾.

Colares & Col. (1998). Realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el comportamiento ansioso materno, a través de informaciones proporcionadas por los dentistas. Después del análisis de los datos, las autoras concluyeron que todos los niños cuyas madres estaban ansiosas (25%), expresaron miedo, tenían entre 2 a 6 años y necesitaban de algún tipo de preparación psicológica ⁽¹²⁾.

Ten Berge & Col. (1998). Realizaron un estudio en Amsterdam Holanda, con el objetivo de reportar la fiabilidad y la estructura factorial de la versión Holandesa de la Escala de Evaluación de Miedos en Niños – Subescala Dental (CFSS-DS). La muestra estuvo constituida por 150 niños entre 4 y 12 años de edad. Los resultados indican que la estructura interna de la versión holandesa resulto ser fiables y estable, el alfa de crombach fue de 0.90. El análisis factorial de la CFSS dio lugar a tres factores: el primero está relacionado con procedimientos dentales específicos definido como “miedo a los procedimientos dentales altamente invasivos”; el segundo relacionado con aspectos más generales del tratamiento dental definido como “miedo a los procedimientos menos invasivos”; y el tercer factor definido como “miedo a los aspectos médicos generales. La CFSS-DS se propone como una medida confiable, unidimensional de miedo al dentista ⁽¹³⁾.

Klingberg & Col. (1998). Realizaron un estudio en Suecia con el objetivo de evaluar la relación entre el miedo dental en niños, sus posibles efectos en la clínica y la importancia de algunos factores etiológicos, en niños de 4 a 6 y 9 a 11 años. Los datos de esta investigación fueron colectados a través de la aplicación cuestionario: La Escala de Evaluación de Miedos en Niños Subescala Dental (CFSS-SD) para evaluar el miedo dental, la Escala de Evaluación de Miedos Generales (CFSS-SF) para evaluar los miedos en general de los niños; la Escala

de Ansiedad de Corah (DAS) para evaluar el nivel de ansiedad de los padres se utilizó y un cuestionario de experiencias dentales. Los resultados mostraron que el miedo dental infantil se asocia y puede conducir a la evitación de la atención odontológica, problemas de manejo de conducta y más superficies de caries dental. Los temores generales, la ansiedad materna y la edad son importantes factores etiológicos para el desarrollo del miedo dental en los niños.

Milgrom & Col. (2005) En su estudio explora la Teoría de Rachman de adquisición del miedo aplicada al miedo dental, en una amplia muestra de niños estadounidenses de bajos ingresos. Los niños y sus madres o tutores, fueron entrevistados. Los resultados demuestran que tanto el condicionamiento directo y el modelado de los padres fueron predictores del miedo dental ⁽¹⁴⁾.

3.3.- MARCO TEORICO

Un niño es un individuo en crecimiento, que vivencia diferente sus experiencias y tiene capacidad de superar desafíos durante su maduración. La infancia se caracteriza principalmente por cambios que ocurren gradualmente, sus capacidades físicas y mentales van evolucionando en complejidad y función. Las emociones como el miedo y la ansiedad hacen parte de las reacciones del organismo, y están presentes durante toda la vida del ser humano y muchas veces ocurren durante el tratamiento odontológico, siendo su superación uno de los mayores desafíos para el niño y para el odontopediatra. De este modo, para el manejo del paciente infantil durante la consulta odontológica se torna esencial su comprensión de acuerdo con la fase de desarrollo a fin de establecer una relación profesional adecuada. ⁽¹⁵⁾

La región oral es una zona muy sensible e incluye muchos receptores de la sensación somática que cualquier otra parte del cuerpo humano. Es utilizada para una variedad de propósitos, tales como comer y hablar. Es particularmente importante para el desarrollo en la primera infancia. Por lo tanto, no es sorprendente, que esta parte del cuerpo humano esté vinculada a la emoción, es receptor a experiencias de miedo ⁽¹⁶⁾.

La importancia del estudio de la parte emocional de los pacientes odontológicos surge como un diferencial clínico en nuestra época, que está marcada por descubrimientos tecnológicos destacables. El paciente actual es más exigente, conoce sus derechos, está más informado, y por eso, hoy más que antes, exige de los cirujanos dentistas, no solo una buena formación teórica y práctica, como la buena ejecución de los procedimientos, sino también conocimientos a nivel psicosocial y de la personalidad, considerando que la boca no es apenas una región con necesidades terapéuticas y sin una persona completa, que tiene sentimiento y reacciones ⁽¹⁷⁾.

Todo odontólogo que se disponga a asumir la responsabilidad de atender niños, debe tener en mente que su tarea no será muy fácil. Esto porque, el ejercicio de la Odontopediatría no puede limitarse únicamente a la ejecución de procedimientos técnicos – preventivos y curativos de la odontología, incluye también el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional; considerando las características de cada niño, la fase de desarrollo en que se encuentre y las circunstancias específicas de cada situación. Posibilitando la ampliación de los beneficios de la atención, pues, además de facilitar la ejecución de la odontología con éxito, permite evitar el establecimiento de posibles traumas psicológicos. ¡Vamos Imagina Volar Alto...Solo Así Tendrás Ánimos Nuevos! Estos traumas determinan casi siempre incompatibilidades entre el niño con el profesional, con el ambiente clínico y, lógicamente, con los procedimientos operatorios restauradores y quirúrgicos ⁽¹⁸⁾.

El objetivo principal de la psicología aplicada a la odontología es interferir en las variables psicosociales que intervienen en los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en odontología, con el objetivo de promover y mantener el estado de salud del individuo, así como prevenir y facilitar el enfrentamiento eficiente a situaciones de tratamiento dental.

Se denominan variables psicosociales a todos aquellos elementos psicológicos que los individuos tienen o adquieren por medio de la imitación o experiencia, tales como sentimientos, creencias, ideas y pensamientos, especialmente cuando se

exponen a eventos o situaciones percibidas como estresantes. Suponiendo, por ejemplo, la situación de un niño sometido por primera vez a un examen bucal en el que el odontólogo le causo sensaciones desagradables debido a la manipulación de instrumentos en la boca, las reacciones de protesta y expectativa del niño de no volver más al consultorio, identifican variables psicosociales.

Observamos que, cuanto más vulnerable se siente el individuo en una determinada situación, mayor es la intensidad con que las variables psicosociales tienden a manifestarse ⁽¹⁹⁾.

Una de las variables psicosociales de mayor preocupación de los individuos que frecuentan consultorios odontológicos es el miedo y los eventos que envuelven el tratamiento. Los niños expuestos a una condición que haya generado miedo, tienden a presentar algún tipo de reacción de defensa, que puede ser representada por las siguientes posibilidades:

- a) Por comportamientos de fuga, que incluyen dejar la situación lo más rápido posible, salir corriendo.
- b) Por comportamientos en que evitan someterse a la condición o a una situación específica de la condición, designados como comportamientos de esquiva, como negarse a sentarse en el sillón o abrir la boca para un examen clínico y el llanto.
- c) Por comportamientos de inmovilización motora, que incluyen permanecer inerte, agarrado al cuello de un familiar, paralizado frente a la situación percibida como amenazadora o negarse a abrir la boca.
- d) Por comportamientos de enfrentamiento de la situación, que incluye pasar por la situación enfrentando, por medio de estrategias comportamentales y/o cognitivas, los elementos identificados como aversivos.

El miedo al tratamiento odontológico, constituye una de las principales variables responsables de la evitación a la atención odontológica. Es interesante destacar que el comportamiento de posponer la visita al odontólogo por motivos de miedo o sensación de dolor, además de perjudicar la salud, establece una situación de

reforzamiento positivo de la propia creencia, tornándola más difícil de ser eliminada. Dejar de ir al odontólogo, puede provocar la evolución a un estado de gravedad de un problema bucal simple, que con el pasar del tiempo exige un tratamiento más especializado, eventuales procedimientos invasivos, muchas veces lleva a destrucción y pérdida de los dientes, además de mayores costos financieros para su ejecución. El miedo también puede afectar la calidad de la atención odontológica recibida por el paciente, requiriendo más tiempo para la atención. De hecho el tratamiento de pacientes con miedo, es uno de los aspectos más estresantes de la práctica profesional del odontólogo.

El miedo es parte del desarrollo infantil ⁽²⁰⁾. Los miedos de los niños forman un complejo patrón que cambian durante todo el desarrollo, tienen función adaptativa y surge en consecuencia de la mayor percepción del niño de los peligros presentes en su medio ambiente. Sentir miedo y conseguir superarlo permite que el niño aprenda a interactuar con el mundo a su alrededor ⁽²¹⁾.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV – TR) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA): Los Trastornos de Ansiedad se clasifican en: Trastornos de pánico y de ansiedad (Trastornos de pánico y trastornos de ansiedad generalizada); Trastornos fóbicos (agorafobia, fobia social y fobias específicas); Trastornos Obsesivo – Compulsivo y Trastornos por estrés post traumático. En base a esta clasificación el miedo está incluido dentro de las Fobias Específicas. Estas fobias limitadas a situaciones altamente específicas, pueden ocurrir así que la situación desencadenante sea inofensiva. El Miedo al tratamiento odontológico, es un miedo específico que es común entre los niños.

Según el diccionario de la Lengua Española (2001), la palabra Miedo que proviene del latín metus, es una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. Recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea ⁽²²⁾.

Las definiciones de miedo y ansiedad se confunden a menudo, empleándose esas palabras de manera intercambiable para el mismo concepto. El término miedo se

define como un “peligro o calamidad repentinos” o como un “presentimiento agitado de algún peligro real o específico”. Estas definiciones subrayan varias connotaciones de la palabra miedo: apuntan a la posible ocurrencia de un acontecimiento desastroso o “no querido”; el acontecimiento no ha tenido lugar todavía (es decir es en el futuro); y el individuo está preocupado (presentimiento agitado) sobre el suceso. El miedo se refiere entonces, a la valoración de que hay un peligro real o potencial en una situación determinada. Es un proceso cognitivo en cuanto opuesto a una reacción emocional. Mientras que la ansiedad se define como un “tenso estado emocional” y a menudo se encuentra marcado por síntomas físicos tales como tensión, temblor, sudor, palpitación y una elevada tasa cardiaca.

El miedo es un estado emocional negativo, aversivo, con una activación elevada que incita a la evitación y el escape de las situaciones amenazantes. Es una señal de advertencia de que se aproxima un daño físico o psíquico. También implica una inseguridad respecto a la propia capacidad para soportar o mantener una situación de amenaza. En general el miedo es una emoción producida por un peligro presente y ligado al estímulo que lo genera ⁽²³⁾.

Para Correa, el miedo es un estado emocional de alerta ante el peligro real o imaginario, caracterizado por un conocimiento intelectual del mismo y de control cortical. Es considerada una emoción indispensable para la supervivencia, pues es una reacción del organismo que busca mantener su integridad física o psíquica. El miedo es, entonces, un factor biológico de defensa y protección, directamente relacionado al instinto de conservación animal ⁽²⁴⁾. Así es necesario y naturalmente esperado que el niño sienta miedo. Entonces depende del adulto que acompaña al niño adiestrar correctamente ese miedo biológico, para que no se torne en patológico. Pues si el adolescente y adulto puede conseguir reconocer el miedo y entender su naturaleza excesiva e irracional, los niños no tienen conciencia de lo que sienten.

Lang y Cuthbert, en su estudio de procesamiento de la información afectiva; señalan que clínicamente, el miedo se utiliza para describir una reacción

patológica a determinados objetos tales como agujas o las arañas. La exposición a varios objetos a los que se tiene miedo crea diferentes reacciones en el cuerpo: fisiológicas, cognitivas y motoras. Reacciones de conducta.

Navarro y Ramírez, plantean la necesidad del establecimiento de un programa de investigación de la Odontología Conductual en Costa Rica, que consiste en la aplicación de los principios teóricos, metodológicos y tecnológicos de la psicología conductual a la Odontología. Según los cuales la perspectiva conductual exige considerar la ansiedad y los miedos dentales como patrones multidimensionales y aprendidos de comportamiento que resultan desadaptativos en relación al tratamiento odontológico. La multidimensionalidad de estos patrones conductuales se compone por elementos en las tres dimensiones básicas de respuesta: ⁽²⁵⁾

- El elemento fisiológico (activación autonómica simpática): Incluye los cambios involuntarios en el cuerpo después de la amenaza percibida, que son tanto internas (cambios invisibles, como hormonales y neurológicos) y externos (cambios visibles, por ejemplo, aumento de la frecuencia cardíaca y cambios en el lenguaje corporal y expresión facial).
- El elemento cognitivo (operante – verbal): Que permite reconocer el peligro tras la percepción de elementos amenazantes o peligrosos.
- El elemento motor (operante – motor): Son las características reacciones musculares como movimientos automáticos de huida y defensa.

Después de varias exposiciones a una amenaza, un olor o sabor relacionados con el estímulo temido puede desencadenarse una reacción de miedo. De este modo, aprendemos inconscientemente, cómo escapar del peligro antes de enfrentarlo. Este comportamiento conduce a la evitación y retirada de los estímulos temidos.

Para Gallegos y García; el miedo es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, que puede ser real o supuesto, presente o futuro y que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza.

Para comprender su esencia, el miedo puede ser visto a través de tres enfoques fundamentales: ⁽²⁶⁾.

- **Biológico:** El miedo es un esquema adaptativo que constituye un mecanismo de supervivencia, surge para permitir al individuo responder ante situaciones adversas con rapidez y eficacia; siendo en este sentido, beneficioso para el ser humano.

- **Neurológico:** El miedo es una forma común de organización del cerebro primario de los seres vivos y el mecanismo que lo desata se encuentra concretamente en el sistema límbico, que es el encargado de regular las emociones y en general de todas las funciones de conservación del individuo. Este sistema revisa de manera constante (incluso durante el sueño) toda la información que se recibe a través de los sentidos y lo hace mediante la estructura llamada amígdala, que controla las emociones básicas, como el miedo o el afecto y se encarga de localizar la fuente del peligro. Cuando la amígdala se activa se desencadena la sensación de miedo o ansiedad y su respuesta puede ser la huida, la pelea o la rendición.

- **Psicológico, social y cultural:** El miedo puede formar parte del carácter de la persona o de la organización social en la que se desarrolla o pertenece. Es una característica inherente a la sociedad humana que está en la base de su sistema educativo y forma parte de la socialización de los individuos. Se puede temer o no temer a objetos, animales o contextos, incidiendo en ello mecanismos de aprendizaje o imitación, por lo que guarda estrecha relación con los distintos elementos de la cultura. Uno de los aspectos más característicos de los miedos es su naturaleza evolutiva. La evidencia clínica y experimental ha demostrado claramente que la fuente y el contenido de los miedos varían en función de las fases del desarrollo. Estos miedos evolutivos pueden considerarse normales, es decir, no excesivos y específicos de cada etapa y por tanto transitorios.

El miedo forma parte de nuestro desarrollo personal, a medida que el niño crece los miedos irán desapareciendo y disminuyendo de forma natural, pero ¿qué ocurre si el miedo persiste y no desaparece?, si el miedo se transforma en una

reacción irracional, perdura en el tiempo y altera la vida diaria del niño produciendo respuestas de evitación constantes, nos encontramos ante una fobia.

La fobia es un miedo intenso e irracional en relación con un objeto específico que generalmente provoca evitación ⁽²⁷⁾, por ejemplo, el miedo exagerado al Odontólogo y al tratamiento odontológico sería un tipo de fobia específica. Los individuos fóbicos sobreestiman las consecuencias de la permanente exposición al estímulo temido, y las respuestas son fuera de proporción con el peligro real. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Las reacciones son similares a las reacciones de miedo, pero difieren en el grado de intensidad. Cuando la evasión es de tal intensidad que causa una angustia significativa o interfiere con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales, familiares o sociales es calificada como fobia. El miedo intenso, persistente e irracional puede provocar en el niño síntomas de baja autoestima, depresión y ansiedad al sentirse incapaz de afrontar con éxito situaciones frente al tratamiento odontológico.

Castillo y Col. (2000) reconoce que los miedos pueden constituir trastornos bastante frecuentes, causando sufrimiento y disfunción al niño y al adolescente. La identificación precoz de los trastornos de ansiedad puede evitar repercusiones negativas en la vida del niños, tales como la evitación a la atención odontológica.
(28)

El miedo al tratamiento odontológico se torna cíclico en el sentido de que cuando la patología dentaria no es regularmente tratada por los servicios preventivos, desencadenaría la utilización de servicios odontológicos curativos o de emergencia inherentemente invasivos y dolorosos. Tales tratamientos exacerban o producen miedo y comportamientos de esquivas a futuros tratamientos.

Gallegos y Correa describen la fisiología del miedo, señalan que ante una situación de miedo el organismo responde: los ojos mandan un estímulo al cerebro en forma de sinapsis eléctricas. En el cerebro, las estructuras responsables por iniciar la reacción a estímulos amedrentadores son las tonsilas cerebrales,

localizadas en la región de los temporales. Ellas envían una señal al hipotálamo, región de control del metabolismo, para que sea intensificada la producción de adrenalina, noradrenalina y acetilcolina. En fracción de segundos, la liberación de esas sustancias causa alteraciones en diversas partes del cuerpo, por medio de la activación del sistema nervioso autónomo simpático. El cuerpo, entonces queda movilizado para la acción, para la fuga.

El miedo produce el reflejo de “luchar o huir” prepara nuestro cuerpo para actuar de forma rápida y eficaz siempre que una situación es percibida como potencialmente amenazadora. El precio que pagamos por no saber utilizar el reflejo de “luchar o huir” son el estrés y las enfermedades psicosomáticas, por causa del exceso de energía localizada en varias regiones del cuerpo durante mucho tiempo. Esa energía, por no encontrar maneras saludables de ser liberada, se transforma en ansiedad.

La distinción entre miedo y ansiedad, no es fácil en una rutina real de trabajo con niños, inclusive para los propios psicólogos. La ansiedad puede distinguirse del miedo en que el primero es un proceso emocional, mientras que el miedo es un proceso cognitivo. El miedo implica la evaluación intelectual de un estímulo amenazante; la ansiedad implica la respuesta emocional a esa evaluación. Cuando una persona dice que tiene miedo de algo se está refiriendo a un conjunto de circunstancias que no están presentes, pero que pueden ocurrir en algún momento en el futuro. En este caso se dice que el miedo esta “latente”. Cuando una persona tiene ansiedad experimenta un estado emocional desagradable y subjetivo, caracterizado por sentimientos desagradables subjetivos como tensión o nerviosismo, y por síntomas fisiológicos como palpitaciones del corazón, temblor, náuseas y mareos. El miedo se activa cuando una persona se expone, física o psicológicamente, a la situación estímulo que se considera amenazante. Cuando se activa el miedo, experimenta ansiedad. El miedo es entonces, la valoración del peligro; la ansiedad el estado emocional desagradable provocado cuando se estimula el miedo.

Además de la ansiedad se pueden provocar al mismo tiempo una variedad de síntomas provenientes del sistema nervioso autónomo y del somático.

Grüspun señala que en el sentido evolutivo del miedo, puede desaparecer el contenido intelectual, pasando rápidamente a la ansiedad. La ansiedad es precedida por el miedo, está en función de este, es una reacción a alguna amenaza que se aprende.

La ansiedad es entendida como una respuesta a situaciones en que la fuente de amenaza no está bien definida, es ambigua o no esta objetivamente presente. Las emociones de ansiedad son, sin embargo más difusas que el miedo específico y se adjuntan a diferentes situaciones y eventos. El niño frecuentemente no sabe con claridad lo que le inquieta; puede sentir resentimientos hacia el profesional, o las situaciones, más no sabe decir exactamente la razón.

Sus reacciones son principalmente internas, sin embargo un niño puede ser más nervioso de otro, agobiarse y morderse los labios, morderse las uñas por causa de su inquietud crónica.

La prevalencia del miedo dental infantil al tratamiento odontológico varía considerablemente de un 3 a 20% dependiendo de las características de la población estudiada: edad, cultura y tiempo de estudio, 20.6% en el estudio de Chen – Yi (2008) en Taiwán; 10.8% en el de Milson (2003) en niños ingleses; 6.5% en el de klingberg en Suecia ⁽²⁹⁾; 19.5 en el de Milgrom (1995) en EE.UU.

PACIENTE NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Walter, define al niño: es un ser en desarrollo físico, psíquico y social que recibe influencias natas y adquiridas, por tanto se desarrolla en tres sentidos básicos: Céfalo-caudal, mesio-distal y del genérico al específico. Estas direcciones contribuirán a la maduración de las funciones básicas iniciales y fundamentales para la supervivencia, adaptación y para la ejecución de las funciones de maduración y del aprendizaje.

Cuando un paciente niño llega para ser atendido por el odontólogo, trae más que una molestia en sus tejidos bucales, una carga emocional, de experiencias propias o de su entorno cercano, ya que es un ser humano que tiene miedo, ansiedad y gran preocupación por las sensaciones dolorosas.

Ellos son más ansiosos y temerosos que los adultos, debido a que están expuestos a experiencias nuevas y desconocida para ellos.

Los fundamentos de la práctica de la odontología para niños se basa en la capacidad de guiarlos a través de sus experiencias odontológicas, a corto plazo, esta capacidad constituye un requisito previo para proporcionarles las atenciones odontológicas más inmediatas. A largo plazo, tendrá efectos ventajosos si se planifica ya en edades tempranas la futura salud dental del adulto. El objetivo profesional del odontólogo consiste en alentar en las personas una preocupación por su dentadura y en mejorar la salud dental de la sociedad. Lógicamente los niños son elementos clave para conseguir esa perspectiva de futuro ⁽³⁰⁾.

Una diferencia fundamental entre el tratamiento de los adultos y el de los niños es el tipo de relación que se establece. Mientras que en los adultos la relación es de persona – persona, entre el odontólogo y el paciente, en los niños es de persona – personas, es decir, del odontólogo con el paciente o de aquel con los padres o encargados del cuidado del niño.

Este concepto unificador se considera como base fundamental para la prevención del miedo durante el tratamiento dental.

PERFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE NIÑO

De acuerdo a diversos autores ⁽³¹⁾, la clasificación de los grupos cronológicos es de la siguiente manera:

*** 0 A 3 AÑOS DE EDAD.**

Llamada etapa de la primera infancia. Piaget la denominó como el periodo del desarrollo sensorio – motor, ya que los niños desarrollan sensaciones de dolor, tacto, cambios en la posición corporal, entre otros. El desarrollo del lenguaje es en un inicio muy lento, hacia el final del segundo año, el vocabulario del niño se desarrolla en gran rapidez. La comprensión es muy limitada. El infante va descubriendo el mundo que lo rodea y sus padres contribuyen a desarrollar su sentido de seguridad. A partir del año comienza a desarrollar autocontrol y confianza en sí mismo. A los 2 años de edad debido a la consolidación de su individualización el niño niega ayuda y relación con otras personas. El negativismo inicialmente se manifiesta en forma de resistencia física y posteriormente en resistencia verbal. ⁽³²⁾

En esta etapa, en los primeros meses de vida el bebe responde a los estímulos amenazantes con signos de malestar, como gritos, llantos, etc.

Con el tiempo estas reacciones irán cambiando, a medida que el niño madura tanto a nivel físico como cognitivo. Hacia los 7 a 12 meses el niño experimenta miedos, como el temor a los extraños; otro miedo frecuente es el temor a la separación de sus padres, que comienza alrededor de los 6 meses de edad. Estos temores son de gran interés para los clínicos que los atienden ya que les permitirá adoptar una estrategia para enfrentar de manera adecuada al niño.

*** 3 A 6 AÑOS DE EDAD**

Llamada etapa pre escolar. Es una etapa de cambios enormes, el niño comienza a adquirir habilidades (escritura, lectura y comprensión), pero aún la capacidad

intelectual está limitada. Piaget la denominó como el periodo preoperacional o preoperatorio.

El proceso de autocontrol y de control de las emociones, como la frustración y el miedo, se desarrolla de manera considerable entre los 3 a 6 años, y es paralelo a un proceso de socialización de igual importancia.

El autocontrol es una diferencia enorme con la etapa de la primera infancia, ya es posible enseñar al pre escolar métodos de autocontrol como la distracción cuando se tornan impacientes o cuando se les inyecta el anestésico local ⁽³³⁾.

Los niños a los 6 años todavía carecen de madurez emocional, aunque tiene emociones complejas. Sus temores son más específicos, la aplicación de la aguja o el ver sangre puede desencadenar reacciones desproporcionadas a la intensidad del estímulo. Su imaginación aun es grande y crea fantasías que ira eliminando con la experiencia, por lo que el profesional debe manejar este aspecto fantasioso del niño en sentido positivo para facilitar el grado de aceptación al tratamiento dental.

*** 6 A 12 AÑOS DE EDAD**

Llamada etapa de la edad escolar. El niño está preparado física y mentalmente para desarrollar el sentido de la productividad. Según Piaget, en el desarrollo cognoscitivo, la denominó etapa de las operaciones concretas. En este periodo la representación mental de sus acciones pasan a formar parte de sus capacidades cognoscitivas del niño, su mente y su habilidad mental han madurado y pueden asimilar información acerca de la realidad, tanto la abstracta como la teórica.

Además al tener un nivel suficiente de comprensión y comunicación oral puede responder por sí mismo a las preguntas que le formule el profesional médico. El llanto, rabietas y otras variantes de enojo van desapareciendo, iniciándose la aceptación de las normas sociales de conducta. En esta etapa, los niños tienen miedo como resultado de experiencias negativas en edades más tempranas y se

cuidan de no fracasar en nuevas experiencias y de suceder, origina en él un temor futuro. Sus miedos se relacionan con su aspecto físico, las relaciones sociales, la escuela.

MODELO DE ADQUISICIÓN DEL MIEDO DE RACHMAN

El modelo de adquisición del miedo propuesto por Rachman, es uno de los modelos más utilizados para explicar el miedo al tratamiento odontológico en los niños. Sugiere que existen tres vías para la adquisición de los miedos:

VIA CONDICIONAMIENTO DIRECTO APRENDIZAJE VICARIOUS

VÍA INFORMACIÓN

Explicación

La experiencia negativa puede provocar miedo a través del condicionamiento clásico, es decir un estímulo incondicionado puede provocar la respuesta condicionada (miedo). Temores pueden ser adquiridos a través de la observación / modelado de los padres. Información del medio ambiente puede causar miedo en algunos individuos.

Un ejemplo de miedo dental

La dolorosa experiencia de tratamiento dental, tales como la utilización de la pieza de mano sin anestesia local. La observación de los padres de actitudes negativas como la ansiedad. La información negativa sobre el tratamiento dental de los medios de comunicación, compañeros o padres.

1. Condicionamiento Directo

La adquisición del miedo es a través de la experiencia directa con un suceso traumático. En la teoría del condicionamiento, es necesaria la asociación entre

una experiencia traumática o experiencia negativa con el estímulo a ser temido ⁽³⁴⁾. En concreto el emparejamiento de un estímulo condicionado (la aguja, por ejemplo) con un estímulo negativo incondicionado (dolor durante el tratamiento dental, por ejemplo), evoca una respuesta de miedo (respuesta no condicionada). Cuando un estímulo no temido ha sido suficientemente vinculado con un estímulo incondicionado, puede estar condicionada a obtener respuestas similares de Miedo (respuesta condicionada), aún sin la presencia del estímulo incondicionado.

Por ejemplo, cuando el Odontólogo utiliza el motor (pieza de mano) para la remoción de una carie, puede producir algún tipo de discomfort físico sobre el niño (tal como la presión mecánica o una sensación de dolor momentánea). Como el funcionamiento de este equipo incluye un ruido característico, el asociar simultáneamente el sonido del motor con la sensación de dolor producida a lo largo del tiempo, produce una respuesta aprendida: el miedo. Entonces cuando el niño oye el sonido del motor aún en la sala de espera del consultorio, el niño tiene asociado una sensación de dolor. Para algunos individuos el simple recuerdo de aquel ruido es suficiente para desencadenar reacciones de discomfort físico, que pueden incluir mal estar, sensación de dolor, disminuyendo la probabilidad de que el individuo asista voluntariamente a un odontólogo.

El miedo vía el condicionamiento clásico, también puede haber sido adquirida por medio de situaciones relativamente simples de analizar; exposiciones frecuentes a atenciones médicas invasivas, problemas durante la primera visita dental, tratamiento odontológico invasivo (extracciones, cirugías, tratamientos pulpares, etc.); debido al hecho de que algunos procedimientos odontológicos ocasionaron dolor, independientemente del comportamiento del paciente, la situación del tratamiento odontológico se torna aversiva, pudiendo producir una de las siguientes consecuencias: reducción de la probabilidad de ocurrencia de comportamientos colaboradores o de la continuidad del tratamiento; aumento de la probabilidad de comportamientos no colaboradores que impiden, atrasan o dificultan la realización de procedimientos del tratamiento; aumento de la

probabilidad de que el paciente no vuelva periódicamente, o visite al odontólogo después de terminado el tratamiento en curso.

Milson, informo de una relación entre el miedo dental en los niños y los procedimientos de tratamiento que han experimentado. En este estudio, las extracciones se asociaron con el aumento del miedo dental, pero no se encontró tal relación para las restauraciones.

Los estudios realizados con poblaciones infantiles indican que los niños informan de más miedo frente a las experiencias dentales que son más invasivas u dolorosas. Entre estas destacan el uso de la pieza de mano e inyecciones, así como los procedimientos dentales que provocan náuseas o sensación de ahogo y sofocación.

Alwin 1991, en su estudio en niños derivados a un especialista, debido a la escasa cooperación, reveló que el 23% de los niños habían tenido una primera experiencia dental desagradable.

2. Condicionamiento Vicarious

Otra vía para el desarrollo de los miedos en la infancia es a través del aprendizaje vicario. Este proceso cognitivo de transmisión social del miedo es conocido como modelado. El miedo aprendido se puede producir mediante la observación de las respuestas de miedo de los demás, incluso aunque no hayan tenido nunca contacto directo con la situación u objeto temido. Una conclusión bien establecida en la literatura es que los niños buscan activamente la información emocional de su cuidador y usan esto para evaluar una situación de incertidumbre, esta búsqueda se conoce como referencia social. La referencia social se cree que es la base para el aprendizaje vicario de miedo, y por lo tanto, potencialmente contribuye al desarrollo del miedo.

Los estudios con seres humanos y animales han apoyado la idea de que el miedo puede ser adquirido a través del modelado. Gerull y rapee, 2002, realizaron un

estudio de laboratorio para comprobar el condicionamiento vicario, en el cual midieron en niños pequeños, la expresión de miedo y evitación hacia los estímulos relevantes de miedo (serpientes y arañas de juguete) antes y después de presenciar expresiones de miedo de sus madres hacia los estímulos, y encontraron que mayores niveles de miedo se habían adquirido indirectamente por los niños pequeños.

El mecanismo de aprendizaje vicario - modelado, también puede servir como un factor de protección contra la adquisición y el mantenimiento del miedo, pues en lugar de mostrar expresiones de miedo, se pueden mostrar reacciones positivas hacia un estímulo. A través de estos hallazgos, se puede observar que el aprendizaje vicario tiene profundas influencias en la adquisición, mantenimiento y el alivio de los temores específicos.

Este mecanismo también se aplica al miedo al tratamiento odontológico, en el que los temores pueden ser adquiridos a través del modelamiento de actitudes negativas frente al tratamiento dental; un ejemplo sería la observación de comportamientos temerosos de los padres durante el tratamiento dental.

Estudios han apoyado una relación positiva entre el miedo al tratamiento odontológico de un niño y los miembros de su familia que puede ser debido a aprendizajes indirectos. La ansiedad de los padres puede ser considerada como un factor de influencia en el miedo del niño ⁽³⁵⁾.

Dentro de esas actitudes negativas frente al tratamiento dental se encuentra la ansiedad materna.

Algunos autores atribuyen el miedo infantil, en la práctica odontológica, a la ansiedad materna y concluyen que esa relación resulta en un comportamiento negativo del niño en el consultorio odontológico. Para Guedes – Pinto 1997, la madre interfiere en la relación profesional - paciente, y madres ansiosas pueden transmitir emociones poco constructivas para sus hijos, interfiriendo negativamente en la experiencia propia del niño, acerca de la situación odontológica ⁽³⁶⁾.

En Brasil, Giron, también estudio la importancia de la relación madre – hijo durante el tratamiento odontológico y levanto la hipótesis de que las actitudes y experiencias de la madre podrían ser decisivas en la ocurrencia y manifestación de miedo del niño delante del dentista.

Concluyendo que los niños que se presentaban más temerosos tenían madres con un mayor grado de ansiedad.

Es importante identificar los aspectos psicológicos de la madre, que normalmente es quien acompaña al niño a la consulta. Dificultades en la relación madre – hijo pueden originar problemas en el desarrollo de la personalidad del niño, estos pueden generar inseguridad, culpa, miedo, ansiedad, rechazo del niño disminuyendo su disponibilidad y receptividad para sentir o tener una comunicación emocionalmente saludable.

Existen varios tipos de interacción de las madres con sus hijos, siendo importante la capacidad de ella en ofrecerle un “clima emocional” por medio de su afectividad. Los niños necesitan de padres competentes, con sensibilidad, responsabilidad y comprensión.

De acuerdo con Guedes – Pinto 1997, para nosotros referirnos a la ansiedad materna, se tiene también que considerar al medio ambiente familiar. Porque, aunque para la mayoría de los niños, la ansiedad materna es determinante, otros miembros de familia también pueden provocar este problema con su tensión, por tener gran cercanía y convivencia con el niño.

El ambiente familiar puede ser una variable de importancia en el establecimiento de la etiología multifactorial del miedo odontológico. Esta variable merece ser considerada, pues además de participar en el origen del miedo odontológico, tiene gran importancia en su profilaxia y terapéutica. El patrón de comportamiento del niño es influenciado por muchos elementos ambientales. Una fuerza de gran significado es la constelación familiar, dentro de la cual la madre es la que ejerce un papel importante.

Freeman 2007, sugiere que la funcionalidad de la familia y la capacidad de los padres para formar interacciones positivas, constantes y afectuosas con sus hijos es esencial para la capacidad del niño de hacer frente a los tratamientos dentales. A través del conocimiento sobre el paciente y su familia, es posible la identificación del origen del miedo, tornándose más fácil un abordaje adecuado.

El comportamiento de los padres y las actitudes con relación a la odontología es un factor clave que afecta el comportamiento del niño en el consultorio. Por causa de eso, una comunicación efectiva con los padres, ofreciendo informaciones sobre el papel de ellos durante el tratamiento, es de gran importancia. Padres que frecuentemente interrumpen la conversación entre el niño y el profesional, sea para hablar al respecto del tratamiento o intentar dar orientaciones y ánimo, pueden causar distracción y confusión, lo que aumenta la posibilidad de que haya un comportamiento inadecuado por parte del niño.

El conocimiento del profesional de la odontología acerca de su paciente, implica la observación del medio en el cual se encuentra, incluyendo a la familia. La observación de la influencia familiar sobre el paciente puede ser de fundamental importancia para la comprensión de ocurrencias que tienden a facilitar o dificultar el tratamiento odontológico.

3. Vía Información

Rachman, 1977, adquirir información sobre los peligros asociados a un determinado estímulo puede ser suficiente en el desencadenamiento de reacciones temerosas hacia ese estímulo. La información negativa puede aumentar las creencias sobre el peligro que representa un estímulo particular. Información inducida por el miedo puede dar lugar a la evitación del estímulo o situación en particular, reduciendo así la posibilidad de corregir las expectativas erróneas. Esas formas de aprendizaje social normalmente se originan como historias o advertencias, contada por los padres, compañeros, o a través de los medios de comunicación. Recibir información puede elevar la peligrosidad

percibida de los estímulos particulares. Por ejemplo, a pesar de no tener una experiencia desagradable o aversiva durante el tratamiento dental, especialmente durante la colocación de la anestesia local, la información sobre los posibles dolores y peligros de la situación podría conducir a la persona a desarrollar un miedo hacia el tratamiento odontológico.

También los dibujos animados en los periódicos y las revistas suelen estar llenos de caracterizaciones de los odontólogos como causantes de tortura. El niño puede ver esto como una advertencia: "Si uno va al dentista, usted puede esperar ser herido".

En conjunto, el condicionamiento indirecto se ha encontrado tener un impacto significativo en el desarrollo del miedo.

El modelo mencionado anteriormente ha sido a menudo utilizado para ayudarnos a comprender la adquisición del miedo al tratamiento odontológico. Además, varios otros factores determinantes se han pensado para estar asociado con miedo al tratamiento odontológico.

Género

Los resultados de las diferencias de género sobre el nivel de miedo dental en niños son controvertidos. Algunos estudios no han encontrado diferencias de género en niños y adolescentes con respecto al miedo dental. Otros estudios como Milgrom en su estudio señalan que las niñas son más temerosas. Las diferencias debidas al género podría deberse a una serie de factores: tendencia por parte de los hombre a informar menos sobre sus miedo; la educación diferencial que reciben los niños y las niñas en un entorno sociocultural determinado, mientras que a las niñas se les refuerza para que expresen sus sentimientos, a los niños se les castiga por admitir sus miedo y se les premia por mostrar valentía.

Psicopatología Y Factores Psicosociales

Los rasgos de la personalidad es otro aspecto que se ha asociado con el miedo al tratamiento odontológico, como los factores temperamentales: temor general, baja autoestima, timidez, emocionalidad negativa, el pesimismo y poca capacidad de atención.

Eventos de la vida cotidiana también han sido encontrados asociados con la cooperación durante el tratamiento dental. Gustafsson y Col. (2007) estudiaron a pacientes niños referidos a causa de problemas de manejo de conducta. En comparación con el grupo de referencia, los sujetos de estudio más a menudo vivían con familias con nivel socioeconómico bajo, tenían padres que no vivían juntos, participaban en menos actividades en el tiempo libre, y deficiente interacción social. Si bien, los conceptos de problemas de manejo de conducta y miedo al dentista no son sinónimos, estas conclusiones deberían ser tenidos en cuenta cuando se trata el miedo al tratamiento odontológico.

Estudios similares con niños y adultos con miedo dental han demostrado que son más propensos que los no temerosos a tener un diagnóstico psiquiátrico, por ejemplo, trastornos de ansiedad, agorafobia, fobia social, fobia simple y depresión.

Edad y Desarrollo

Los niños a medida que crecen, los estímulos que causan miedo dejan de hacerlo, es decir pierden su valor, aunque en algunos casos como por ejemplo, el miedo social parecen que están presentes a lo largo de toda la vida. Por lo tanto los miedos pueden aparecer, desaparecer o mantenerse en función de la edad del niño y del tipo de miedo.

En los estudios de Klingberg y Milgrom, el miedo dental ha sido asociado a la edad, siendo mayor en niños de poca edad que en los mayores. Otros estudios como es de Rantavuori (2008) no encontraron una asociación estadística entre el

miedo y la edad, señalando que el nivel de miedo dental fluctúa a diferentes edades. En cualquier caso la infancia parece ser el momento en el que se inician un alto porcentaje de problemas de miedo.

Las etapas del desarrollo del niño han sido sugeridas para desempeñar un papel más mediador en el origen del miedo dental. Los niños más pequeños en el período pre-operatorio, generalmente entre las edades de 2 y 4, no necesariamente tienen la capacidad de hacer frente a los tratamientos dentales, por lo tanto, podrían ser más propensos a presentar problemas en el manejo de la conducta durante una visita al dentista. En esta etapa pre-operatorio, el niño sólo puede centrarse en la dimensión perceptiva y le resulta difícil comprender las diferencias entre situaciones similares. Por ejemplo, un niño que resultó herido una vez por el pinchazo de una aguja le resultaría difícil entender que la aguja dental es diferente y que el método de aplicación no puede doler. En esta etapa la percepción ilusiones se cree que son predominantes en el razonamiento lógico así como lo señala Piaget. Naturalmente, la etapa de desarrollo varía de forma individual entre los niños. Cuando los niños llegan a la etapa de operaciones concretas según Piaget, 1986, son capaces de razonar con lógica y también cooperar en el sillón dental.

Más tarde en la infancia, los niños pasan a la etapa de las operaciones formales. En esta etapa del desarrollo cognitivo, los niños son capaces de desarrollar habilidades cognitivas y diferentes estilos de afrontamiento, por lo tanto, que puede afectar a la percepción de un tratamiento dental y el desarrollo del miedo. En este momento, los niños pueden ser capaces de comprender las diferencias entre las fases de tratamiento, y las capacidades cognitivas pueden hacerlos sensibles, como por ejemplo, para preocuparse por la competencia del dentista.

Repercusiones del miedo al tratamiento odontológico en los niños en la práctica odontológica. El reconocimiento por el profesional de las emociones presentadas por el niño en el consultorio odontológico es necesario para definir estrategias de intervención. El profesional difícilmente obtendrá la cooperación del niño si los aspectos emocionales no fueron debidamente evaluados y considerados. Cada

paciente que presenta miedo, cuando está expuesto a una situación temerosa, aumenta la duración del tratamiento odontológico en un 20%. El miedo y la ansiedad en los niños son los principales componentes del comportamiento no cooperativo de paciente infantiles en el consultorio odontológico, como consecuencia de esas reacciones, el paciente evita la atención odontológica, descuidando así su salud bucal, resultando en un círculo viciosos. Es importante para los odontólogos, en la práctica clínica, ser capaces de percibir el miedo odontológico de sus pacientes, con el objetivo de identificar aquellos que necesitan cuidados especiales con relación a su estado emocional.

IV.- METODOLOGÍA.

4.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Nuestra investigación es de tipo clínico observacional, descriptivo de corte transversal

4.5-VARIABLES

- Miedo en el niño
- Experiencias dentales del niño
- Edad
- Sexo

4.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Indicadores	naturaleza	índice	escala
Miedo en el niño	Sensación de angustia provocada por la presencia de un peligro real o imaginario.	- Aumento de la sudoración en la palma de las manos. - Aumento en los latidos del corazón y palpitaciones . - Variación en la coloración de la piel	cualitativo	-Positivo -negativo	Nominal
Experiencias dentales del niño	Diferentes situaciones que han producido rechazo que llevan a no querer ir solo por miedo, aún cuando se necesite ir al dentista.	-Prevención de caries dental -Prevención de periodontopatías	cualitativo	-Bueno -regular -malo	Ordinal
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Genero del escolar	cualitativo	-Masculino -femenino	Nominal
Edad	Condición cronológica de vida.	Edad en años	cuantitativo	-6 años -7 años -8años -9 años -10 años -11 años. -12 años	Ordinal

4.6.- POBLACIÓN Y MUESTRA.

4.7.-POBLACIÓN

La población a estudiar estará constituida por 180 pacientes niños de 6 a 12 años de edad de la Institución Educativa Institución Educativa José María Arguedas de Parcona .Ica-Perú 2017.

1er GRADO 30 alumnos

2do GRADO 30 alumnos

3er GRADO 25 alumnos

4to GRADO 25 alumnos

5to GRADO 20 alumnos

6to GRADO 25 alumnos sección A

25 alumnos sección B

Total: 180 alumnos

4.8.- POBLACIÓN DIANA

Estará constituida por todos los pacientes niños de 6 a 12 años de edad de la Institución Educativa José María Arguedas de Parcona .Ica-Perú 2017. Que cumplan con los criterios de inclusión de nuestro estudio

4.9.-MUESTREO

Sera un muestreo probabilístico, es decir todos los alumnos comprendidos en estas edades tienen la posibilidad de ser elegidos como parte de nuestro estudio

4.10.- MUESTRA TEÓRICA

Estará compuesta por la selección de Todos los pacientes entre 6 a 12 años de edad de la Institución Educativa José María Arguedas de Parcona Ica-Perú 2017.

11.-MUESTRA REAL

Considerando el diseño de la investigación, se aplicara la siguiente fórmula para una población infinita:

$$n = \frac{z^2_{\alpha} * p * q}{d^2}$$

Dónde:

n = Tamaño mínimo de muestra $Z_{2\alpha} = 1.962$, valor Z (distribución normal estándar) correspondiente a un nivel de confianza del 95 %.

p = Proporción esperada de la característica que se pretende estudiar

q = 1- p

d = Precisión deseada, error permisible en la investigación 5%

$$n = \frac{1.962 * 0.2 * (1 - 0.2)}{0.05^2} = \frac{3.8416 * 0.2 * 0.8}{0.0025} = \frac{0.614656 * 2}{0.0025} = \frac{245.8}{2} = 123$$

N=123

El total de la muestra será de 123, pero por precaución de posibles pérdidas se aumentara la muestra a 125 pacientes con nivel de confianza de 95% y un error de 5%

4.12 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes de ambos géneros entre 6 a 12 años de edad de la Institución Educativa José María Arguedas de Parcona .Ica-Perú 2017.
- Consentimiento de parte de los padres.

4.13 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente con alguna discapacidad mental o física
- Padres que no hayan podido dar repuesta completa al cuestionario.

4.14.- RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTOS DE DATOS

Se tomaran en cuenta los siguientes instrumentos para la recolección de datos:

- Escala de Evaluación de Miedo en Niños Subescala Dental CFSS–SD
- Cuestionario de Experiencias Dentales de los Niños

Dichos resultados serán depurados, ordenados y posteriormente codificados para, finalmente, procesarlos utilizando el programa estadístico SPSS 20.

4.14.1.- PROCEDIMIENTO

Este estudio se realizara en la Institución Educativa José María Arguedas de Parcona .Estará dirigida a los pacientes entre 6 y 12 años de ambos sexos, el propósito del estudio será explicado a las madres y se obtendrá el consentimiento informado, teniendo como principios éticos, el respeto a la voluntariedad para participar en la investigación, así como la confidencialidad y el anonimato.

Se tomaran en cuenta los siguientes instrumentos para la recolección de datos:

- Escala de Evaluación de Miedo en Niños Subescala Dental CFSS–SD
- Cuestionario de Experiencias Dentales de los Niños

En una versión adaptada de un cuestionario de evaluación de miedos infantiles en general (FSS-FC) desarrollado por Cuthbert y Melamed en 1982 que es utilizada hasta hoy en día para investigaciones sobre el miedo odontológico infantil en varios países. El CFSS – SD es un cuestionario considerado de fácil aplicación e interpretación. De este modo autores como, Ten Berge y Col. (2002) y Folygon y Col. (2004) sugieren la utilización clínica de este instrumento.

La escala está constituida de 15 ítems relacionados a los diversos aspectos del tratamiento odontológico, como la turbina o inyecciones y situaciones médicas. Los niños responde en una escala tipo lickert de 5 puntos (de 1, no tener miedo, a 5 mucho miedo). La suma total de los scores alcanzan un mínimo de 15 y un máximo de 75 puntos. Siendo atribuida los siguientes puntajes igual a 15 (Sin miedo), puntuaciones de 16 a 37 (Bajo miedo) y puntuaciones de 38 a más (Alto miedo). Esta escala ya fue evaluada en varios países, siendo las investigaciones reciente de Aartman y Col. (1998) , Ten Berge y Col. (1998) y Ten Berge y Col. (2002) confirmando la fiabilidad, validez y alfa de Cronbach de 0.90 de este instrumento de evaluación del miedo al tratamiento odontológico del paciente infantil. Muchos autores aplicaron este instrumento a los padres de los niños para que respondan por ellos, siendo también valido. Este instrumento también puede ser aplicado directamente en niños, cuando tienen 6 años a más. El análisis factorial de la CFSS – SD, por Ten Berge y Col. dio lugar a tres factores. Cuestionario sobre Experiencias Dentales. Instrumento para recabar información acerca de las experiencias dentales de los niños, que fue diseñado por Rivera Zelaya y Fernández Parra para su estudio sobre Ansiedad y Miedos Dentales en Escolares Hondureños.

Primero se procederá a la evaluación del miedo en los niños a través de la Escala de Evaluación de Miedo en Niños Subescala Dental CFSS – SD. Los niños de 6 a 12 años ellos mismos completaran el cuestionario. La evaluación será aplicada

verbalmente a través de la lectura en voz alta de cada situación específica en el cuestionario por el investigador ofreciendo la oportunidad para que el niño se definiese de acuerdo con la escala.

Todos los cuestionarios, se verificarán que estuvieran completos. Las fichas serán recogidas por una persona ajena al estudio, al momento que ingresen al consultorio para ser atendidos.

ANÁLISIS E INTERPRETACION DESCRIPTIVA

La información se obtendrá en una hoja electrónica y se analizará en el paquete Microsoft Office SPSS 20. Se obtendrán frecuencias y porcentajes promedios. Los porcentajes y promedios se compararán numéricamente entre los niños por grupo de edad.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION Y REGISTRO DE DATOS

METODOS

Planteamos los siguientes métodos

-Método descriptivo

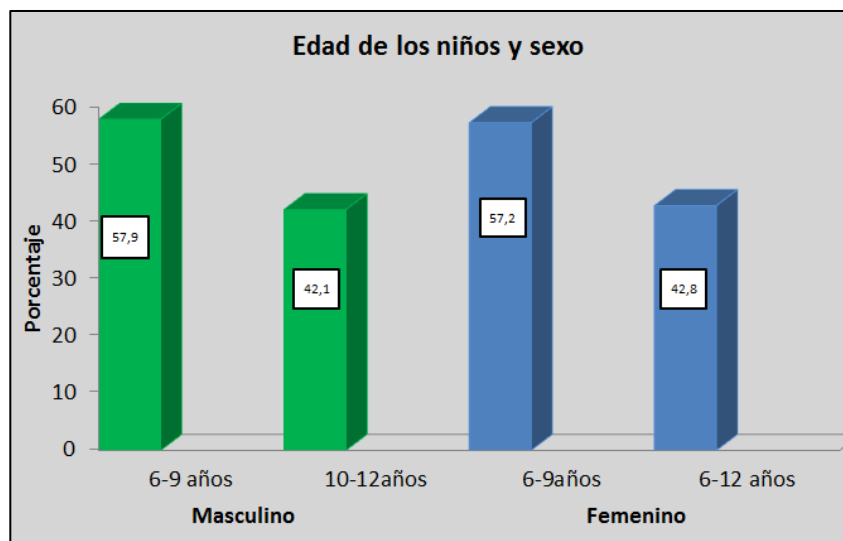
-Método de observación directa e indirecta de los investigadores, entrevistas e interrogantes a los pacientes para la recolección de datos para la historia clínica con ayuda del examen auxiliar y métodos de estudio.

V. RESULTADOS

Cuestionario de Experiencias Dentales de los Niños

Edad de los niños y sexo				
	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Válidos 6-9 años	40	57,9	32	57,2
10-12 años	29	42,1	24	42,8
Total	69	100,0	56	100,0

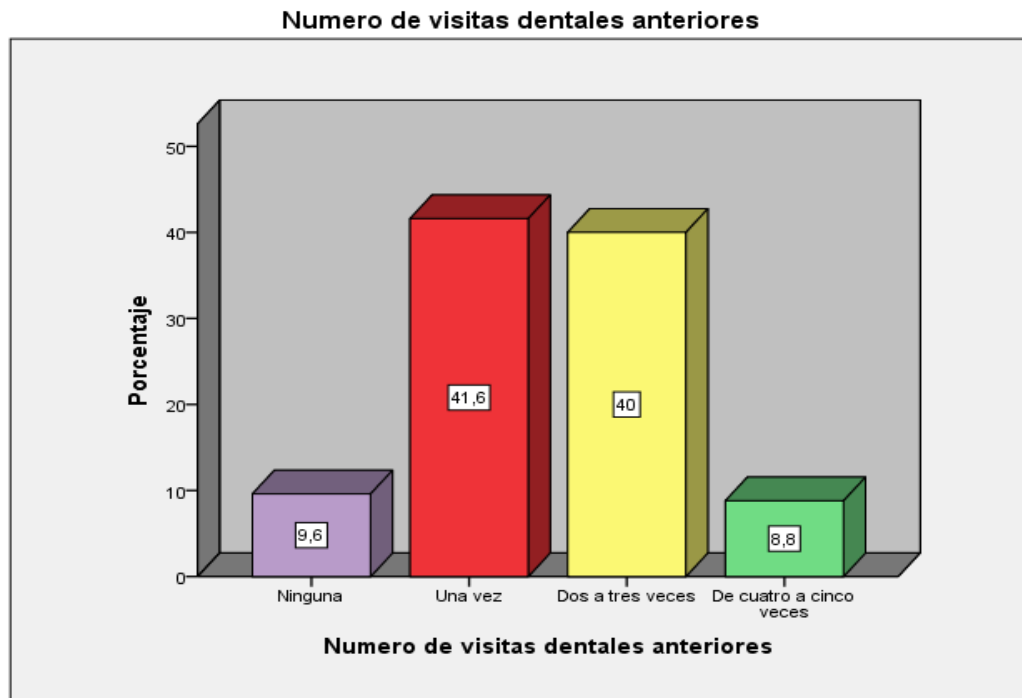
En relación a la edad de los niños que participaron en nuestro estudio tenemos que niños de sexo masculino de 6 a 9 años hubieron 40 haciendo un 57,9 %, y niños de 10 a 12 años 29, haciendo un 42,1 % de la población masculina. Y niñas del sexo femenino de 6 a 9 años 32, haciendo un 57,2 % y 24 niñas de 10 a 12 años, haciendo un 42, 8 % de la población femenina.



Número de visitas dentales anteriores

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	12	9,6
Una vez	52	41,6
Válidos Dos a tres veces	50	40,0
De cuatro a cinco veces	11	8,8
Total	125	100,0

En relación al número de visitas dentales anteriores tenemos: no tuvieron visitas dentales 12 niños que hace un 9.6 % , visitaron una vez al dentista 52 niños que hace un 41.6 % , visitaron de dos a tres veces al dentista 50 niños que hace un 40.0 % , y niños que visitaron entre cuatro y cinco veces al dentista tenemos 11 que hace un 8.8 %

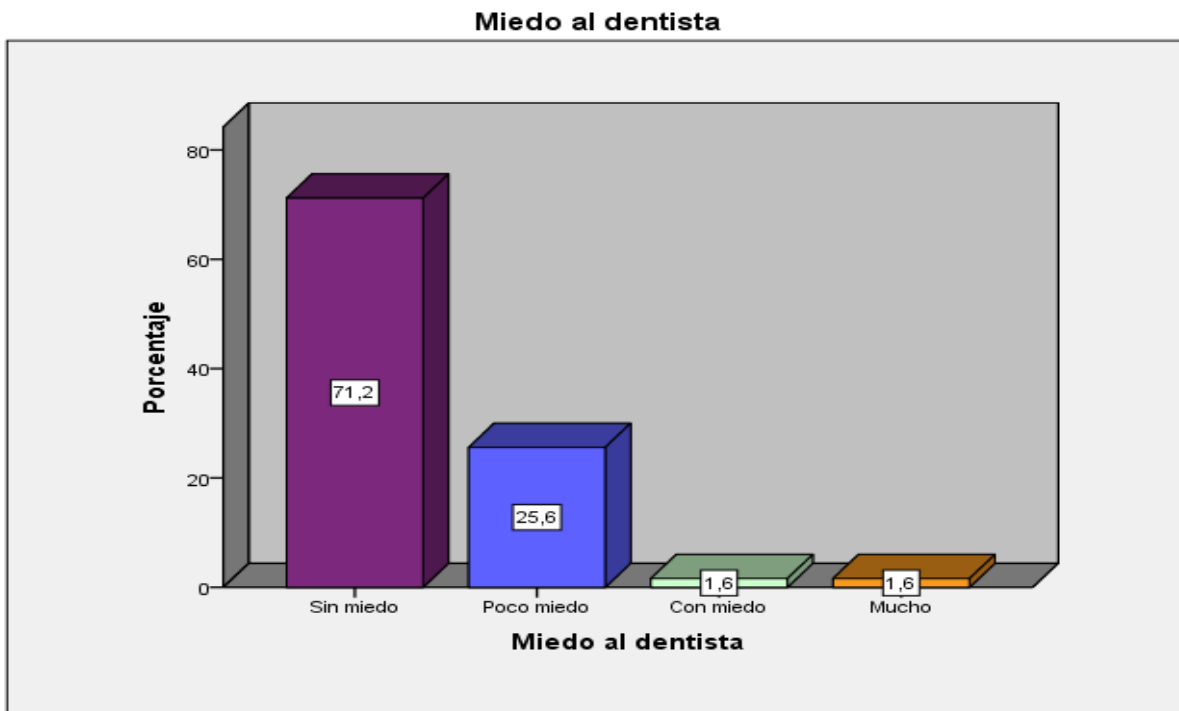


Escala de Evaluación de Miedo en Niños Subescala Dental CFSS–SD

Miedo al dentista

	Frecuencia	Porcentaje
Sin miedo	89	71,2
Poco miedo	32	25,6
Con miedo	2	1,6
Mucho	2	1,6
Total	125	100,0

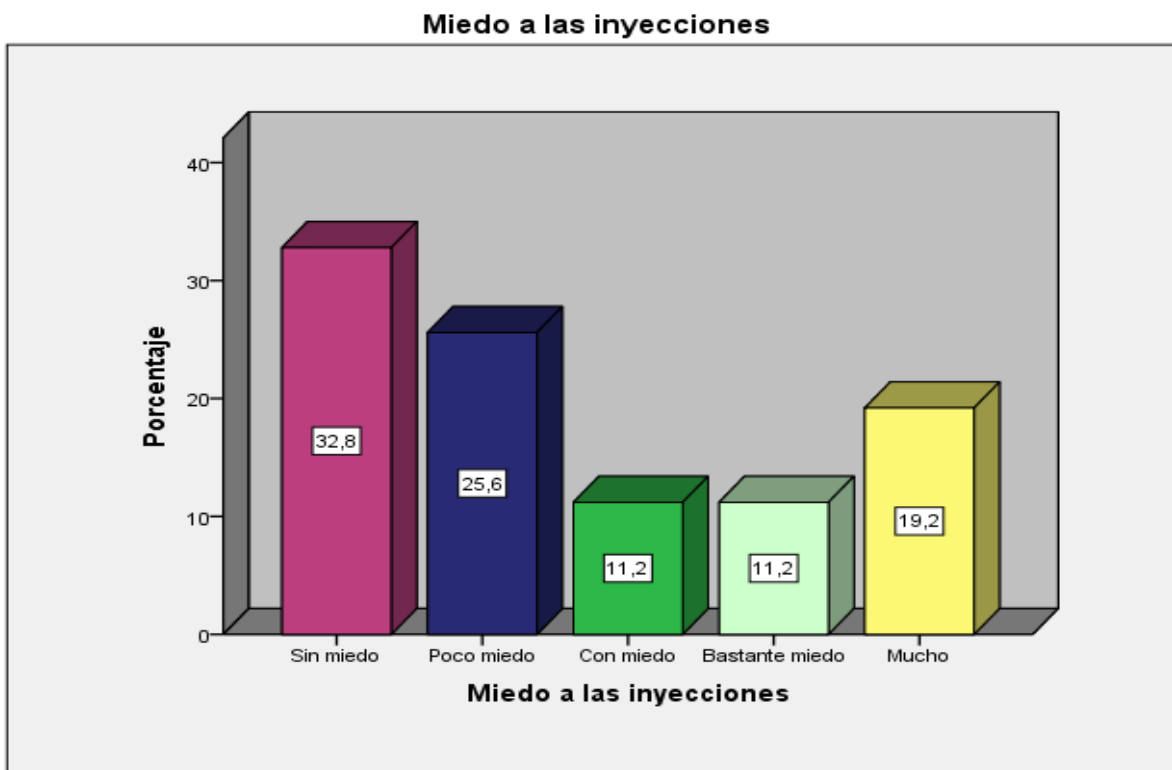
En relación al miedo al dentista tenemos: niños que no tenían miedo 89 que hace un 71.2 %, niños con poco miedo al dentista 32 que hace un 25.6 %, niños con miedo al dentista 2 que hace un 1.6 %, y niños con mucho miedo al dentista tenemos 2 que hace un 1.6 %



Miedo a las inyecciones

	Frecuencia	Porcentaje
Sin miedo	41	32,8
Poco miedo	32	25,6
Con miedo	14	11,2
Bastante miedo	14	11,2
Mucho	24	19,2
Total	125	100,0

En relación del miedo a las inyecciones tenemos: niños sin miedo a las inyecciones 41 que hace un 32.8 %, niños con poco miedo a las inyecciones 32 que hace un 25.6 %, niños con miedo a las inyecciones 14 que hace un 11.2 %, niños con bastante miedo a las inyecciones 14 que hace un 11.2 % y niños con mucho miedo a las inyecciones 24 que hace un 19.2 %

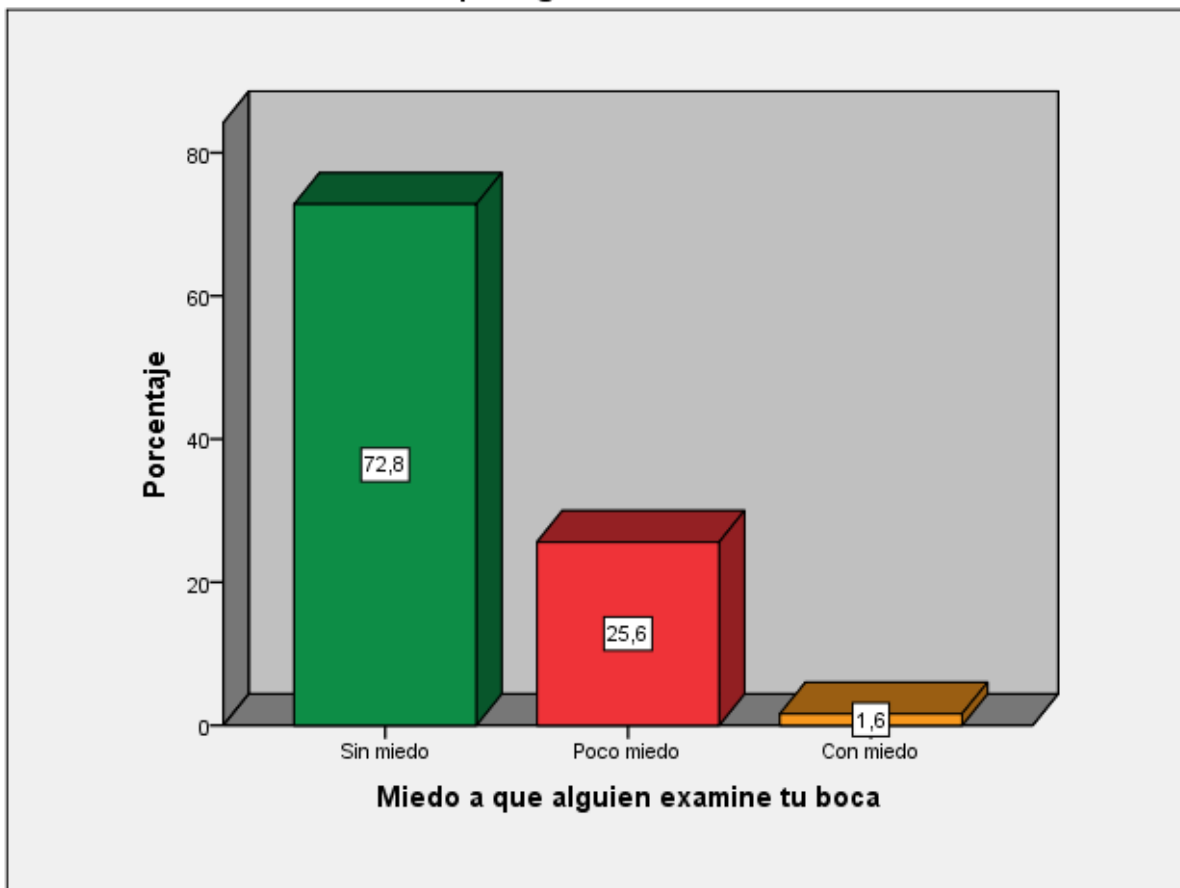


Miedo a que alguien examine tu boca

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sin miedo	91
	Poco miedo	32
	Con miedo	2
	Total	125

En relación al miedo a que examinen tu boca planteada a los niños tenemos: niños sin miedo a que examinen su boca 91 que hace un 72.8 %, niños que tienen poco miedo a que examinen su boca 32 que hace un 25.6 %, niños con miedo a que examinen su boca 2 que hace un 1.6 %.

Miedo a que alguien examine tu boca



Miedo a tener que abrir la boca

	Frecuencia	Porcentaje
Sin miedo	100	80,0
Poco miedo	18	14,4
Válidos Con miedo	5	4,0
Mucho	2	1,6
Total	125	100,0

En relación al miedo de los niños al abrir la boca tenemos: niños sin miedo a abrir la boca 100 que hace un 80.0 %, niños con poco miedo a abrir la boca 18 que hace un 14.4 %, niños con miedo a abrir la boca 5 que hace un 4.0 %, niños con mucho miedo a abrir la boca 2 que hace un 1.6 %.

Miedo a tener que abrir la boca

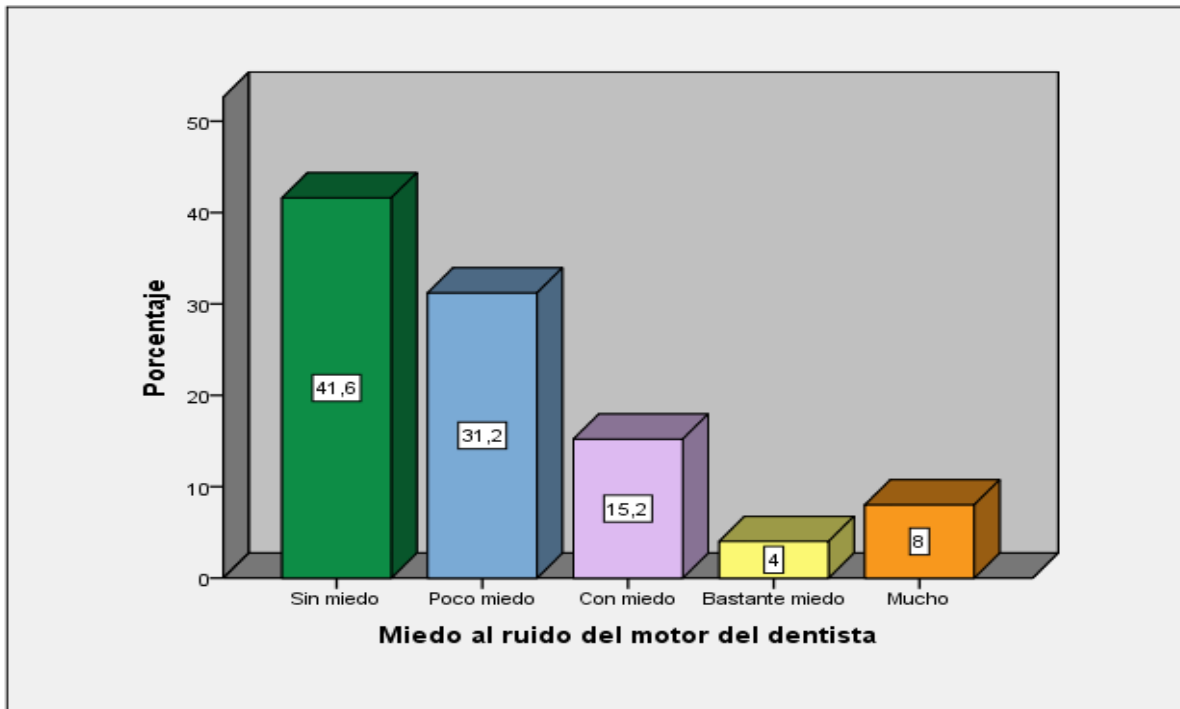


Miedo al ruido del motor del dentista

	Frecuencia	Porcentaje
Sin miedo	52	41,6
Poco miedo	39	31,2
Con miedo	19	15,2
Bastante miedo	5	4,0
Mucho	10	8,0
Total	125	100,0

En relación al miedo del ruido del motor del dentista tenemos: niños sin miedo al ruido del motor del dentista 52 que hace un 41.6 % , niños con poco miedo al ruido del motor del dentista 39 que hace un 31.2 % , niños con miedo al ruido del motor del dentista 19 que hace un 15.2 % , niños con bastante miedo al ruido del motor del dentista 5 que hace un 4.0 % , niños con mucho miedo al ruido del motor del dentista 10 que hace un 8.0 % .

Miedo al ruido del motor del dentista

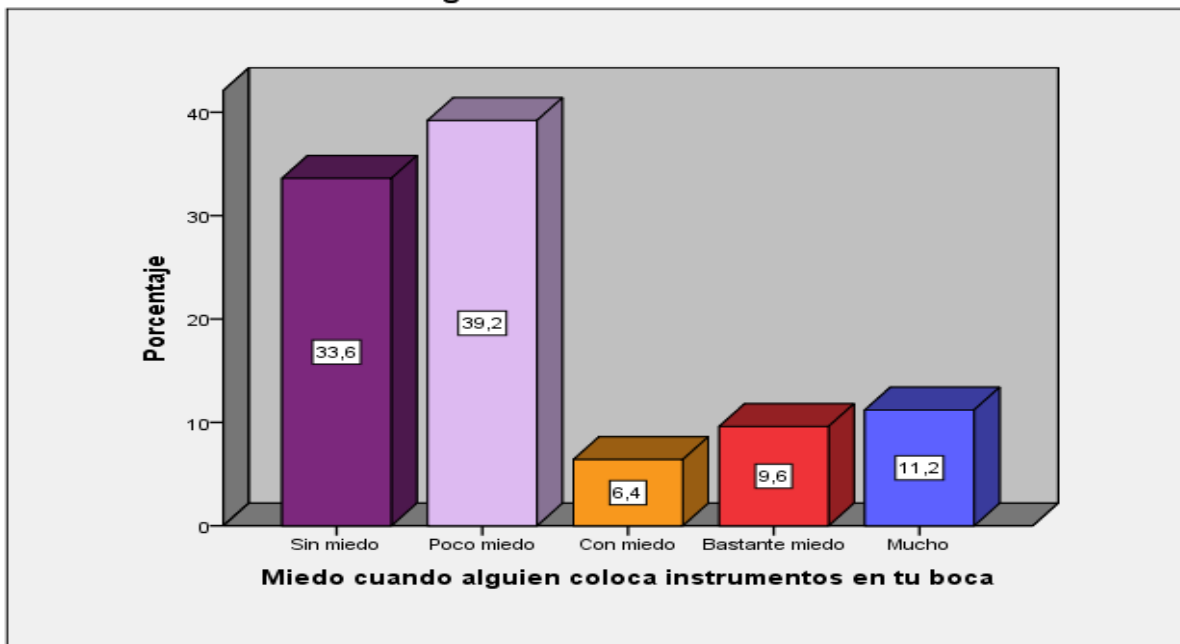


Miedo cuando alguien coloca instrumentos en tu boca

	Frecuencia	Porcentaje
Sin miedo	42	33,6
Poco miedo	49	39,2
Con miedo	8	6,4
Bastante miedo	12	9,6
Mucho	14	11,2
Total	125	100,0

En relación al miedo cuando alguien coloca instrumentos en tu boca tenemos: niños sin miedo cuando alguien coloca instrumentos en su boca 42 que hace un 33.6 % , niños con poco miedo cuando alguien coloca instrumentos en su boca 49 que hace un 39.2 % , niños con miedo cuando alguien coloca instrumentos en su boca 8 que hace un 6.4 % , niños con bastante miedo cuando alguien coloca instrumentos en su boca 12 que hace un 9.6 % , niños con mucho miedo cuando alguien coloca instrumentos en su boca 14 que hace un 11.2 %.

Miedo cuando alguien coloca instrumentos en tu boca

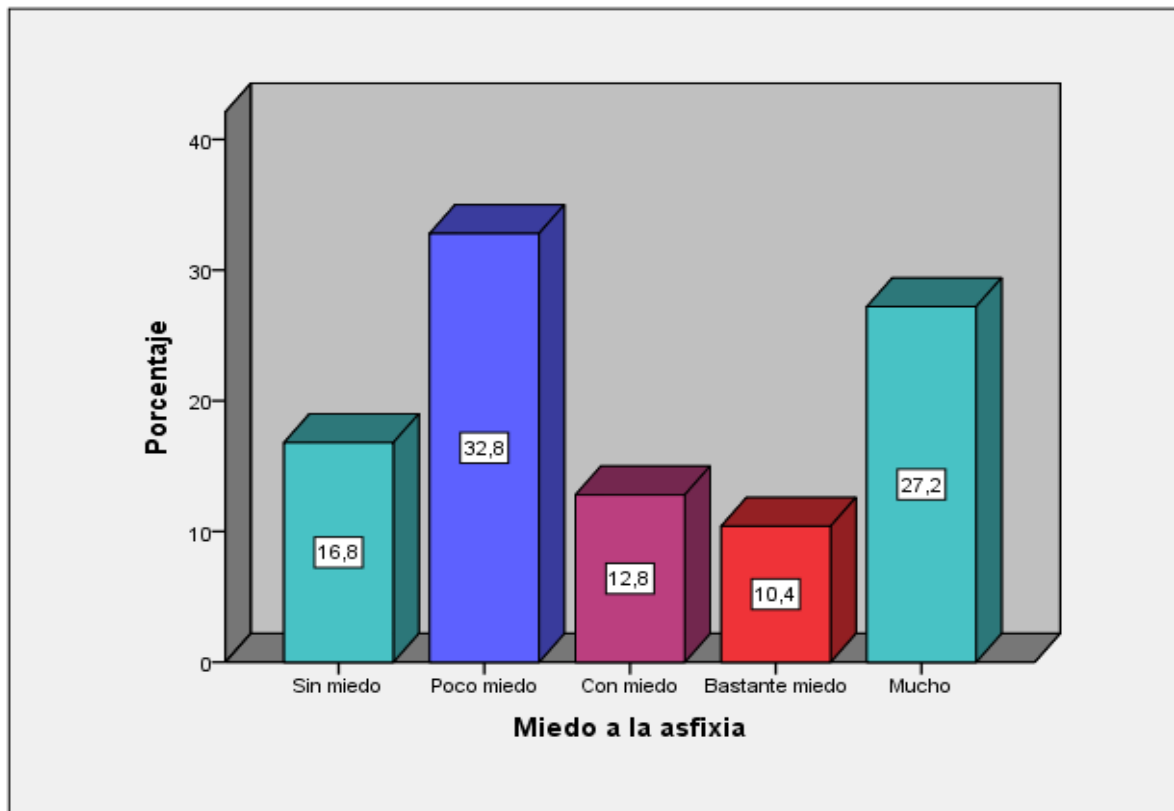


Miedo a la asfixia

	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	Sin miedo	21	16,8
	Poco miedo	41	32,8
	Con miedo	16	12,8
	Bastante miedo	13	10,4
	Mucho	34	27,2
	Total	125	100,0

En relación al miedo a la asfixia tenemos: niños sin miedo a la asfixia 21 que hace un 16.8 %, niños con poco miedo a la asfixia 41 que hace un 32.8 %, niños con miedo a la asfixia 16 que hace un 12.8 %, niños con bastante miedo a la asfixia 13 que hace un 10.4 %, niños con mucho miedo a la asfixia 34 que hace un 27.2 %.

Miedo a la asfixia



Miedo a personas con uniforme blanco

	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	Sin miedo	91	72,8
	Poco miedo	31	24,8
	Con miedo	3	2,4
	Total	125	100,0

En relación al miedo a personas con uniforme blanco tenemos: niños sin miedo a personas con uniforme blanco 91 que hace un 72.8 %, niños con poco miedo a personas con uniforme blanco 31 que hace un 24.8 %, niños con miedo a personas con uniforme blanco 3 que hace un 2.4 %.

Miedo a personas con uniforme blanco

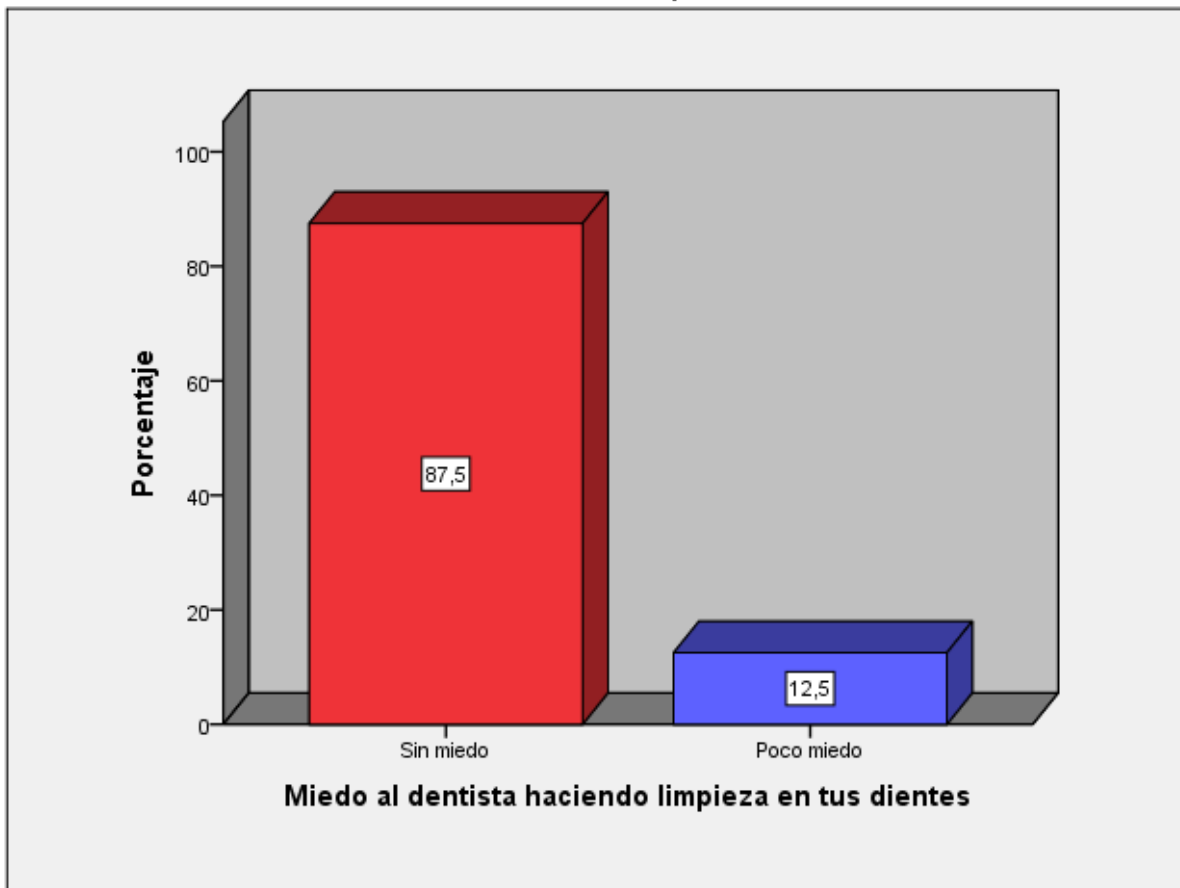


Miedo al dentista haciendo limpieza en tus dientes

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Sin miedo	105	84,0
Válidos Poco miedo	20	16,0
Total	125	100,0
Total	125	100,0

En relación al miedo al dentista haciendo limpieza a tus dientes tenemos: niños sin miedo al dentista haciendo limpieza a sus dientes 105 que hace un 84.0 %, niños con poco miedo al dentista haciendo limpieza a sus dientes 20 que hace un 16.0 %.

Miedo al dentista haciendo limpieza en tus dientes



Evaluación del miedo dental

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
De 0 a 15 Sin miedo	3	2,4
De 16 a 37 Bajo miedo	108	86,4
De 38 a más Alto miedo	14	11,2
Total	125	100,0

En conclusión realizando una evaluación final de la escala de evaluación de miedo en niños tenemos: niños sin miedo dental 3 que hace un 2.4 %, niños con bajo miedo dental 108.0 que hace un 86.4 %, niños con alto miedo dental 14 que hace un 11.2 %.

Evaluacion del miedo dental

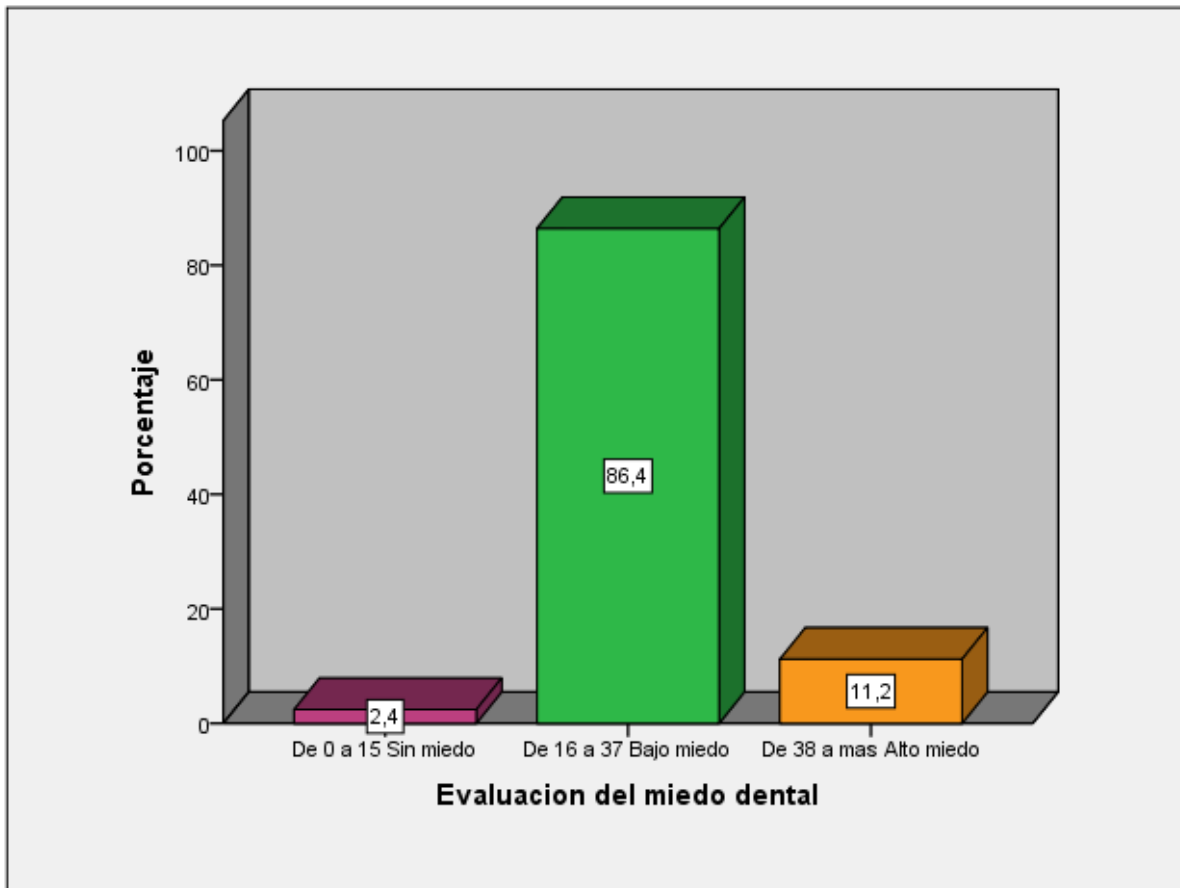


Tabla de contingencia Sexo de los niños * Miedo dental

			Miedo dental				Total
			Sin miedo	Poco miedo	Con miedo	Mucho	
Sexo de los niños	M	Recuento	49	16	2	2	69
		% dentro de Miedo dental	55,1%	50,0%	100,0%	100,0%	55,2%
	F	Recuento	40	16	0	0	56
		% dentro de Miedo dental	44,9%	50,0%	0,0%	0,0%	44,8%
Total		Recuento	89	32	2	2	125
		% dentro de Miedo dental	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Niños sin miedo dental 49 de sexo masculino que hace un y 40 de sexo femenino total 89 niños , , niños con poco miedo 16 de sexo masculino y 16 de sexo femenino total 32 , niños con miedo 2 de sexo masculino y niños con mucho miedo 2 de sexo masculino.

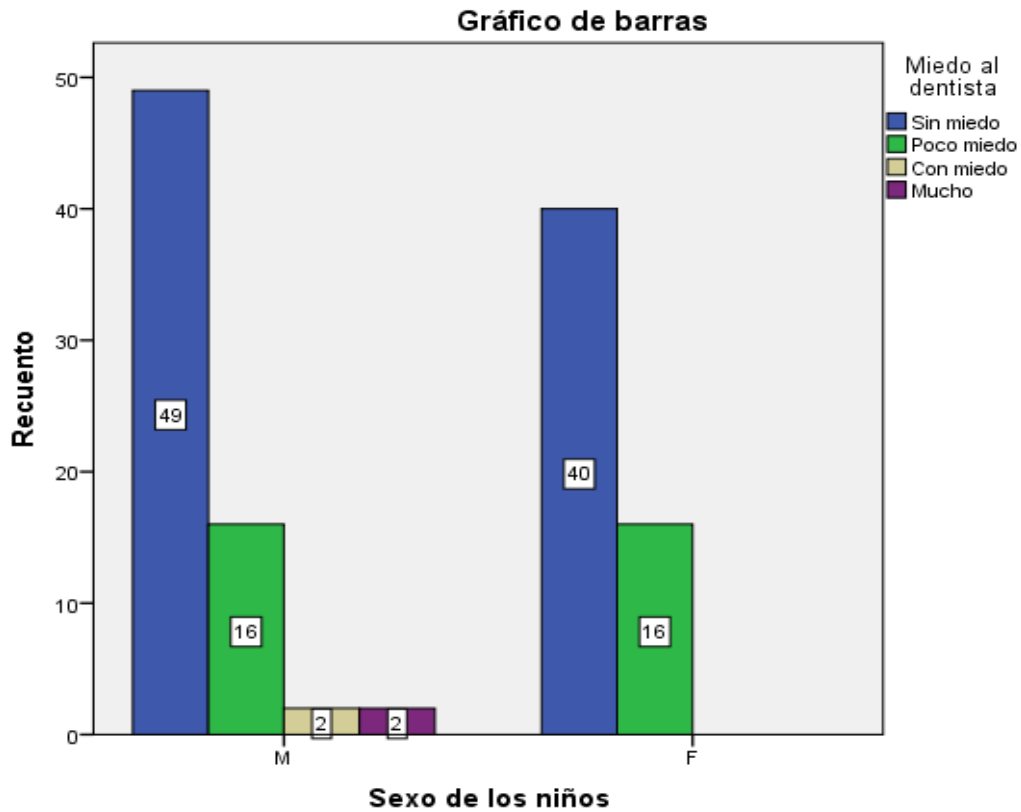


Tabla de contingencia Número de visitas dentales anteriores * Miedo dental

			Miedo dental				Total
			Sin miedo	Poco miedo	Con miedo	Mucho	
Número de visitas dentales anteriores	Ninguna	Recuento	3	5	2	2	12
		% dentro de Miedo dental	3,4%	15,6%	100,0%	100,0%	9,6%
	Una vez	Recuento	46	6	0	0	52
		% dentro de Miedo dental	51,7%	18,8%	0,0%	0,0%	41,6%
	Dos a tres veces	Recuento	35	15	0	0	50
		% dentro de Miedo dental	39,3%	46,9%	0,0%	0,0%	40,0%
	De cuatro a cinco veces	Recuento	5	6	0	0	11
		% dentro de Miedo dental	5,6%	18,8%	0,0%	0,0%	8,8%
	Total	Recuento	89	32	2	2	125
		% dentro de Miedo dental	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En relación al número de visitas dentales y el miedo dental tenemos niños sin ninguna visita dental sin miedo 3 con poco miedo 5 con miedo 2 y con mucho miedo 2 total 12, niños con una visita dental sin miedo 46 con poco miedo 6 total 52, niños con dos a tres visitas dentales sin miedo 35 con poco miedo 15 total 50, niños con cuatro a cinco visitas dentales, sin miedo 5 con poco miedo 6 total 11 niños

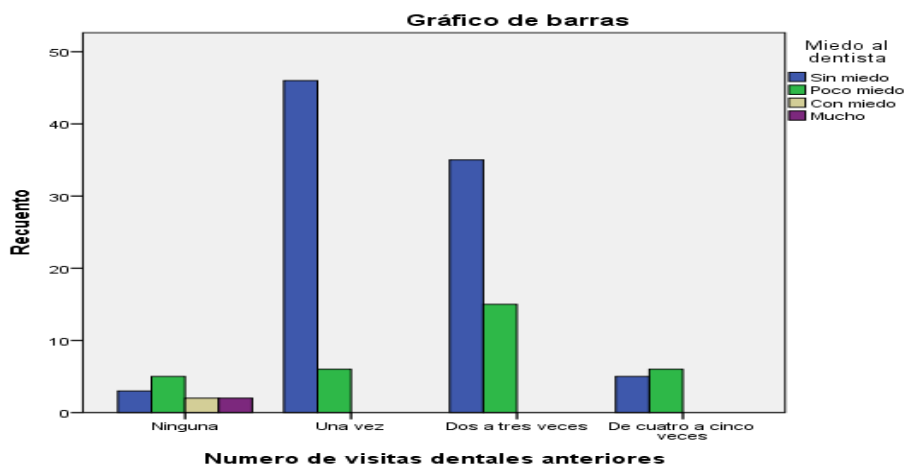
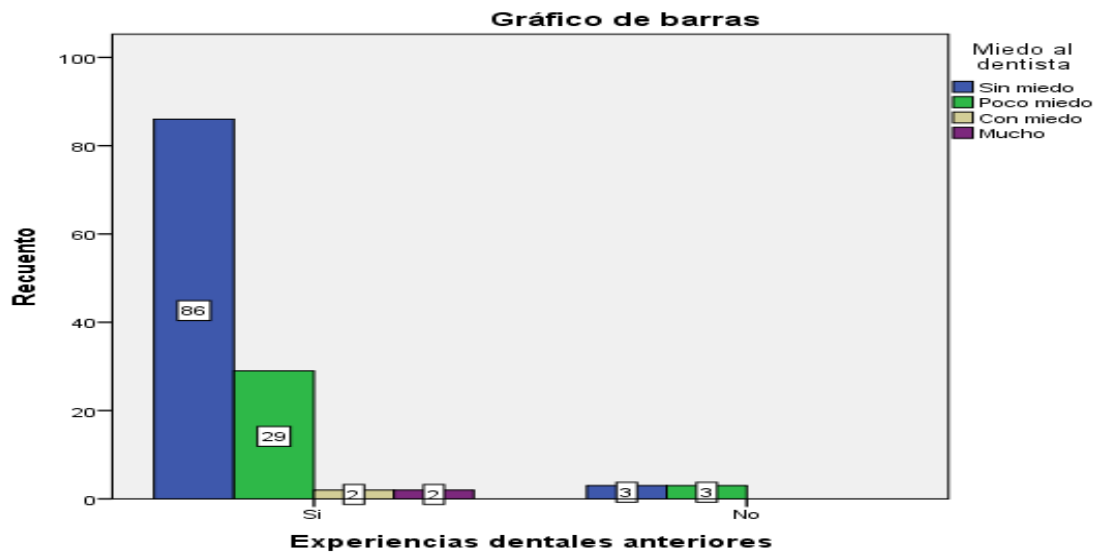


Tabla de contingencia Experiencias dentales anteriores * Miedo dental

			Miedo al dentista				Total
			Sin miedo	Poco miedo	Con miedo	Mucho	
Experiencias dentales anteriores	Si	Recuento	86	29	2	2	119
		% dentro de Miedo dental	96,6%	90,6%	100,0%	100,0%	95,2%
	No	Recuento	3	3	0	0	6
		% dentro de Miedo dental	3,4%	9,4%	0,0%	0,0%	4,8%
Total		Recuento	89	32	2	2	125
		% dentro de Miedo dental	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En relación a las experiencias dentales tenemos con experiencia dental sin miedo 86 niños , con poco miedo 29 niños , con miedo 2 niños , y con mucho miedo 2 niños total 119 niños , niños sin experiencia dental sin miedo 3 niños y con poco miedo 3 niños total 6 niños



VI. DISCUSION

La región oral es una zona muy sensible e incluye muchos receptores de la sensación somática que cualquier otra parte del cuerpo humano. Es utilizada para una variedad de propósitos, tales como comer y hablar. Es particularmente importante para el desarrollo en la primera infancia. Por lo tanto, no es sorprendente, que esta parte del cuerpo humano esté vinculada a la emoción, es receptor a experiencias de miedo.

La importancia del estudio de la parte emocional de los pacientes odontológicos surge como un diferencial clínico en nuestra época, que está marcada por descubrimientos tecnológicos destacables. El paciente actual es más exigente, conoce sus derechos, está más informado, y por eso, hoy más que antes, exige de los cirujanos dentistas, no solo una buena formación teórica y práctica, como la buena ejecución de los procedimientos, sino también conocimientos a nivel psicosocial y de la personalidad, considerando que la boca no es apenas una región con necesidades terapéuticas y sin una persona completa, que tiene sentimiento y reacciones

En relación al miedo al dentista tenemos: niños que no tenían miedo 89 que hace un 71.2 %, niños con poco miedo al dentista 32 que hace un 25.6 %, niños con miedo al dentista 2 que hace un 1.6 %, y niños con mucho miedo al dentista tenemos 2 que hace un 1.6 %

En relación del miedo a las inyecciones tenemos: niños sin miedo a las inyecciones 41 que hace un 32.8 %, niños con poco miedo a las inyecciones 32 que hace un 25.6 %, niños con miedo a las inyecciones 14 que hace un 11.2 %, niños con bastante miedo a las inyecciones 14 que hace un 11.2 % y niños con mucho miedo a las inyecciones 24 que hace un 19.2 %

En relación al miedo al motor del dentista tenemos: niños sin miedo al motor del dentista 53 que hace un 42.4 %, niños con poco miedo al motor del dentista 51 que hace un 40.8 %, niños con miedo al motor del dentista 11 que hace un 8.8 %,

niños con bastante miedo al motor del dentista 6 que hace un 4.8 %, niños con mucho miedo al motor del dentista 4 que hace un 3.2 %.

En relación al miedo del ruido del motor del dentista tenemos: niños sin miedo al ruido del motor del dentista 52 que hace un 41.6 % , niños con poco miedo al ruido del motor del dentista 39 que hace un 31.2 % , niños con miedo al ruido del motor del dentista 19 que hace un 15.2 % , niños con bastante miedo al ruido del motor del dentista 5 que hace un 4.0 % , niños con mucho miedo al ruido del motor del dentista 10 que hace un 8.0 %.

En relación al miedo a personas con uniforme blanco tenemos: niños sin miedo a personas con uniforme blanco 91 que hace un 72.8 % , niños con poco miedo a personas con uniforme blanco 31 que hace un 24.8 % , niños con miedo a personas con uniforme blanco 3 que hace un 2.4 %.

En relación al miedo al dentista haciendo limpieza a tus dientes tenemos: niños sin miedo al dentista haciendo limpieza a sus dientes 105 que hace un 84.0 % , niños con poco miedo al dentista haciendo limpieza a sus dientes 20 que hace un 16.0 %.

En conclusión realizando una evaluación final de la escala de evaluación de miedo en niños tenemos: niños sin miedo dental 3 que hace un 2.4 % , niños con bajo miedo dental 108.0 que hace un 86.4 % , niños con alto miedo dental 14 que hace un 11.2 %.

Estos resultados concuerdan con los hallazgos de **Rivera & Fernández (2005)** realizaron un estudio en escolares de 6 a 11 años de edad, de la Región Metropolitana de Tegucigalpa - Honduras. El objetivo fue determinar los niveles de miedo y ansiedad dental y la relación con diferentes tipos de experiencias dentales de los niños informada por los padres. La evaluación se hizo mediante la Escala de Ansiedad de Corah, el Test de dibujos de Venham y la Escala de Evaluación de Miedos en niños subescala dental. Los resultados mostraron que los escolares presentaban nivel de miedo dental moderado.

También nuestros resultados tienen relación con los investigaciones de **Rantavuori, K. (2008)**. Evaluó los diferentes aspectos del miedo al tratamiento odontológico y sus determinantes en niños, en dos muestras de estudio

constituidas por 378 niños de la región de Veneto de Italia entre 3-13 años y 1.474 niños de Finlandia de 3, 6, 9, 12 y 15 años. Un total de 21 a 36% de los niños finlandeses presentaban bastante o mucho miedo al tratamiento dental. Y con **Bakarcie & Col. (2007)** El objetivo del estudio fue evaluar la estructura del miedo dental en niños con y sin experiencias de traumatismos dentales, .mediante el uso de diferentes medidas psicométricas: CFSS-DS (Escala de Evaluación de Miedos en Niños Subescala Dental), los niños del grupo de 5 – 8 años de edad con y sin experiencias de traumatismos dentales revelaron mayor nivel de miedo dental que los otros niños.

VII.CONCLUSIONES

1.- En relación al nivel de miedo dental en niños de 6 a 12 años según género, se encontró:

Niños sin miedo dental 65 de sexo masculino que hace un total del 52 % y 56 de sexo femenino que hace un total de 44.8 %. Y niños con miedo dental 4 del sexo masculino que hace un total del 3.2 % de la población

2.-En relación al número de visitas al odontólogo y el miedo dental tenemos; niños sin ninguna visita dental 8 sin miedo haciendo un 6.4 %, y 4 niños con miedo haciendo un total de 3.2 %. Y niños que han visitado al dentista 113 sin miedo, haciendo un total del 90.4 %.

3.-En relación a las experiencias dentales tenemos con experiencia dental sin miedo 115 niños haciendo un total del 92% y 4 niños con miedo haciendo un total del 3.2 %. Y niños sin experiencias dentales anteriores 6 haciendo un total del 4.8 %.

VIII.RECOMENDACIONES

1.-Se recomienda la aplicación de métodos de distracción al niño, como la comunicación o interacción durante procedimientos que generar temor en el niño, como es la aplicación de anestesia infiltrativa.

2.- Se recomienda la aplicación de técnicas demostrativas de forma didáctica sobre ciertos procedimientos dentales para que el niño tenga una idea clara del tratamiento que recibirá y así generar confianza al niño.

3.- Se recomienda brindar un ambiente agradable en el consultorio. Como la utilización de sus personajes favoritos o el uso de una indumentaria colorida que desvíe la atención del niño.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Rantavuori, K. (2010) Aspectos y factores determinantes de miedo dental infantil. Acta Univ. Oul. D 991
2. Chen-Yi, L .; Yong-Yuan, C. & Shun-Te, H. (2008) Los predictores clínicamente relacionados de miedo dental en los niños taiwaneses. Revista Internacional de Odontología Pediátrica, 18, 415-422
3. Estrategias para disminuir el miedo en niños menores de 5 años en la atención odontológica. Subcentro de salud amazonas. El oro (2010). Coll. Antropol. 31, 3, 675-681
4. Meza-Orihuela J, Cárdenas Flores C. Influencia de la ansiedad de los padres y niños antes de la primera visita odontológica. Rev Cient Odontol (Lima). 2017;
- 5.- Munayco Pantoja - 2017 14 feb. 2015 - Determinar la relación que existe entre la **ansiedad, miedo dental** y ... dentales, la escala de ansiedad de Corah, la escala de miedo en niños
6. Espinoza Lara ansiedad dental en niños de 6 años beneficiarios del programa de salud oral integral en la región metropolitana. Trabajo de investigación requisito para optar al título de cirujano-dentista adscrito a proyecto fonis sa11i2025 Santiago – chile 2013
7. Milson, K.M .; Tickle, M .; Humphris, G. M. Y Blinkhorn, A.S. (2003) La relación entre la ansiedad y la experiencia tratamiento dental en 5 - niños de edad - año. British Dental Journal, 194, 503-506.
8. Rantavuori, K .; Zerman, N., Ferro R. & Lahti, S. (2008) Relación entre la primera visita al dentista de los niños y su ansiedad dental en la Región del Véneto, en Italia. Acta Odontológica Scandinava, 60, 297-300.
9. Perez, N .; González, C .; Guedes, A. C. y Nahas, M. S. (2012) factores Que pueden Generar miedo al Tratamiento estomatológico en Niños De 2 a 4 años de Edad. Revista Cubana Estomatologica,
10. Yamada, M.K.M .; Tanabe, Y .; Sano, T. & Noda, T. (2002) La cooperación durante el tratamiento dental: Encuesta de Miedo de los Niños

11. Aartman, I. H. A .; Everdingen, T .; Van Hoogstraten, J. & Schuurs, A. H. B. (1998). Las medidas de autoinforme de ansiedad dental y el miedo en los niños: una evaluación crítica. *Diario de Odontología para Niños*, 65, 252-258.
12. Colares, V.S.A.A .; Scavuzzi, I.A. Y Rosenblatt, O.A. (1998) O comportamento materno ansioso no odontopediátrico consultorio. *Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA*, 17, 63-66.
13. Ten Berge, M .; Hoogstraten, J .; Veerkamp, J.S.J. Y Prins, P.J.M. (1998) La Subescala de Miedo Dental Encuesta Horario Infantil: Un estudio analítico de factores en los Países Bajos. *Comunidad Odontología Oral y Epidemiology*, 26, 340-343.
14. Milgrom, P .; Mancl, L .; Rey, B. & Weinstein, P. (2005) Los orígenes del miedo dental infantil. *Terapia Conductual de Investigación*, 33, 313-319.
15. Solís Soto J M Calderón Gutiérrez A K (2016) Las nuevas tecnologías Rotatorio x Instrumento convencional: Evaluación de las variables que pueden interferir ningún estado emocional del niño. Tesis doctoral de Ciencia Dental, Concentración en el área de Odontología Pediátrica. Araraquara. Facultad de Odontología de la Universidad Estadual Paulista
16. Rojas, G. & Misrachi, C. (2014) La Interacción Paciente - dentista, à partir del SIGNIFICADO psicológico de la Boca. *Avances en Odontoestomatología*, 20, 185-191.
17. Odontomecun Cómo tranquilizar a pacientes con miedo al dentista 24 AGOSTO, 2017 por DVD DENTAL
18. Toledo, O.A. (1996) *Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica*. Sao Paulo: Premier.
19. Costa, AL (2002) *Psicología Aplicada a Odontopediatria: Uma introdução*. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2, 2

20. Villavicencio E. Ledesma Herrera k. ansiedad y miedo ante el tratamiento odontológico en niños article (pdf available) · april 2017 with 735 reads doi: 10.26871/oactiva.v2i1.177
- 21 Tiol Carrillo. A. Alma Martínez Escorcia. A. Manejo de conducta en odontología pediátrica marzo 2018.
22. Diccionario de la Lengua Española (2015) Segunda edición vigésima Publicado por la Real Academia Española.
23. Seminario, U.A. Emociones Básicas Disponible en: <http://www.ua.es/dpto/dspee/estudios/otros/LAS%20EMOCIONES.pdf>.
24. Corrêa, M.S.N.P. Sucesso no atendimento odontopediátrico: Aspectos Psicológicos. Sao Paulo: Santos.
25. Navarro, C. & Ramírez, R. (1996) Un Estudio Epidemiológico Acerca de la prevalencia de ansiedad y miedos dentales Entre la Población Adulta de la gran área metropolitana de Costa Rica. *Psicología Conductual*, 4, 79-95
26. Gallegos, C.R. y García, S. E. Miedo ante los Estomatológicos Tratamiento. (Investigación en Internet), *Dental Mundial*, Disponible en: <http://gbsystems.com/papers/general/miedos.htm>
21. González, S. (2005) Miedos infantiles y Estilo de Educación: Diferencias y similitudes Entre España y Costa Rica. Tesis de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud. Granada. Universidad de Granada.
27. Rabaldo Bottan E .Ansiedad al tratamiento estomatológico y factores socio-demográficos: revista facultad de odontología Universidad del Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brasil 2013
28. Castillo, A.R.G.L .; Recondo, R .; Asbahr, F.R. Y Manero, G. (2000) Transtornos de ansiedad. *Revista Brasileira de psiquiatria*, 22, 20

29. Klingberg, G .; Berggren, U .; Carlsson, S. G. y Noren, J. G. (1995) el miedo dental infantil: factores relacionados con la causa y los efectos clínicos. Revista Europea de Ciencias Orales, 103, 405-412
30. McDonald, R.E y Avery, D. R. (1995) Odontología pediátrica y del adolescente. Madrid: Mosby-Doyma.
- 31 Manual de odontología pediátrica - 3rd Edition - Elsevier
13 abr. 2010 - Purchase Manual de odontología pediátrica - 3rd Edition. Print Book & E-Book. ISBN 9788480866446, 9788480867948.
32. Fonseca García A. y Sanchis Forésb C. análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. Revisión bibliográfica fechas de recepción y aceptación: 22 de marzo de 2013, 15 de abril de 2013 therapeía 5 [julio 2013], 81-95, issn: 1889-6111
33. Pinkham, JR (2011) Odontología Pediátrica. México: Mc Graw-Hill.
34. Chun - Hong, E. (2008) La fiabilidad de los métodos retrospectivos para explorar el inicio de miedo altura. Tesis para el grado de Maestría en Ciencias en Psicología. Palmerston North Nueva Zelanda. La Universidad de Massey.
35. Josgrilberg, E. B. Y Cordeiro, R.C.L. (2005) Aspectos Psicológicos hacen Paciente infantil no atendimento de Urgencia. Odontología Clínico - Científica, 4, 13-18.
36. Guedes - Pinto, AC (1997) Odontopediatría. Sao Paulo: Santos. 23. Hofman, SG (2008), los procesos cognitivos durante la adquisición del miedo y la extinción de los animales y los seres humanos: implicaciones para la terapia de exposición de los trastornos de ansiedad. Revisión Psicología Clínica, 28, 199-210

X.-ANEXOS.

ANEXO 1 :

Escala de Evaluación de Miedos en Niños – Subescala Dental (Children Fear Survey Schedule – Dental Subscale CFSS)

Item	Sin miedo	Poco miedo	Con miedo	Bastante miedo	Mucho miedo
1. Dentistas	1	2	3	4	5
3. Inyecciones	1	2	3	4	5
4. Que alguien examine tu boca	1	2	3	4	5
5. Tener que abrir la boca	1	2	3	4	5
10. Escuchar el ruido del motor del dentista.	1	2	3	4	5
11. Tener alguien colocando instrumentos en tu boca.	1	2	3	4	5
12. Asfixia	1	2	3	4	5
14. Personas con uniforme blanco	1	2	3	4	5
15. El dentista haciendo limpieza en tus dientes.	1	2	3	4	5

Cuthberg, M. I. & Melamed, B. G. (1982). A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *Journal of Dentistry for Children*, 49, 432-436.

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS DENTALES

• LA EDAD DE SU HIJO (A) SE ENCUENTRA ENTRE: 6 – 9 años 10 – 12 años

• SEXO: M F

• NUMERO DE VISITAS DENTALES ANTERIORES DE SU HIJO (A):

Ninguno Una vez 2 – 3 veces 4 – 5 veces 6 a 9 veces
10 a más veces

EXPERIENCIA DENTALES DE SU HIJO (A) (*)

SI NO NO RECUERDA

* Experiencia dental previa

ANEXOS 3













