



UNIVERSIDAD VILLA RICA

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**“EL ESTRÉS Y LA CRISIS ASMÁTICA EN LA
PRIMERA CITA DENTAL”**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

CLAUDIA IVETTE VILIS ZAYAS

Asesor de Tesis

Revisor de Tesis

COP. MARIA DEL PILAR LEDESMA VELAZQUEZ

CDOR. JUAN HERNAN CLASING GARAVILLA

Boca del Río, Ver

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de mi vida.

A mi familia que han sido los pilares más fuertes para mí en donde puedo sostenerme y tomar fuerzas para poder seguir adelante.

A mis papas Doctor. José Miguel Vilis García y Enfermera Irma Zayas y Hernández, por todo el apoyo brindado, por darme la oportunidad de estudiar esta carrera, por motivarme y darme la mano cuando decaía, gracias a su esfuerzo comprensión y cariño.

A mis hermanos Lizette, Gabriela y Miguel por ser mis cómplices en todo momento.

A mis sobrinos Adriana y Ángel que con sus risas me alegran el día, por ellos hoy termino una meta más.

A mis tías Graciela, Edith y Lourdes, gracias por cuidar de mi desde pequeña, por ser mi segunda madre, al cariño, y amor que recibo de ustedes.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	1
--------------------	---

CAPITULO I

METODOLOGIA

1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Justificación.....	4
1.3. Objetivos	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos	5
1.4. Hipótesis	6
De trabajo:	6
Nula:	6
Alternativa:.....	6
1.5. Variables	7
Variable Independiente.....	7
Variable Dependiente	7
1.6. Definición de Variables	7
Definición conceptual.....	7
Variable independiente.....	7
Variable dependiente	8
Definición operacional	9
1.7 Tipo de estudio.....	9
1.8. Importancia del estudio	10
1.9. Limitaciones del estudio	10

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. EL ESTRÉS Y LA CRISIS ASMÁTICA	11
Antecedentes	11
Etapas Del Estrés.....	16
Causas Fisiológicas	17
FASES DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN AL ESTRÉS	19
EL ESTRÉS EN LOS NIÑOS	22
Mecanismo De Defensas En Los Niños (as)	25
El Asma.....	30
Crisis Asmática	35
Cuadro 1. Factores de riesgo de muertes por asma.....	36
Cuadro II. Clasificación de la severidad del asma.	37
Tratamiento	41
El Asma En Los Niños.....	45
El Asma Aumenta Las Posibilidades De Sufrir Caries En Niños.....	52
2.2 LA PRIMERA CITA DENTAL	55
Miedo del niño en la consulta dental.....	65
EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ESTRÉS ANTE EL ODONTÓLOGO	67
a) Miedos objetivos	69
b) Miedos subjetivos	69
EL PACIENTE ASMÁTICO EN LA PRIMERA CONSULTA AL DENTISTA	85

CAPITULO III
CONCLUSIONES

3.1 CONCLUSIONES91
BIBLIOGRAFÍA96

ÍNDICE DE TABLAS

Figura 1 Atención dental59
Figura 2 Ambiente del consultorio.....62
Figura 3 Miedo del niño en el consultorio dental.....62
Figura 4 Inhalador65

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación de tipo documental, se llevó a cabo con el propósito de conocer los factores que intervienen y deben resolverse en la atención de pacientes (menores de edad) con crisis asmática y estrés en su cita dental, y que deben de considerarse en su atención. Por ello es muy importante considerar primeramente los elementos básicos que dan origen al estrés, así como el asma para que a partir de ello retornar las consideraciones que se presentan en estos pacientes cuando acuden a su odontólogo, quien a partir de los elementos o cuadro clínico que presente puedan darle la atención médica adecuada.

Para lograr lo anterior fue necesario sin embargo considerar los diversos elementos que dan origen al estudio y también la razón del mismo, considerando además los diversos aspectos metodológicos que se presentan con esta investigación, la cual de antemano se considera su valor a partir los diversos aspectos que dan a origen a las mencionadas enfermedades y las consecuencias que tiene en quienes padecen estas enfermedades.

De antemano la realización de la misma buscar dar respuesta, al debido cuidado que como profesional de la salud y en particular en la atención dental tienen que tomarse en cuenta tanto para uno mismo, como para quienes presentan dichas enfermedades, que de por si son complicadas y riesgosos para quienes la sufren.

CAPÍTULO I

METODOLOGÍA

1.1. Planteamiento del problema

El estrés es “la respuesta natural y necesaria para la supervivencia del propio ser humano, a pesar de lo cual hoy en día se confunde una patología, dicha confusión se debe a que este mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias frecuente en cierto modo de vida, desencadenando problema grave de salud”¹.

¹ Kertesz Roberto, Kerman Bernardo (2002). El manejo del estrés. Buenos Aires., Argentina: IPPEM. Pág., 124

Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano, por ejemplo de ello puede ser los olvidos, alteraciones en el ánimo, nerviosismo y falta de concentración.

El estrés en los niños suele darse por lo general por factores escolares, sin dejar a un lado los del medio ambiente familiar y de salud, como pudiera ser el caso de asma, enfermedad conocida por los episodios de empeoramiento progresivo de la dificultad respiratoria que afecta del 5 % al 10% de la población infantil, misma que puede clasificarse en grados leve, moderado y grave.

Si aunado a lo anterior, se tiene que toda visita al dentista suele rehuirse todas las personas sean adultos o menor de edad, situación sin duda alguna influye en la decisión de una consulta médica con el odontólogo, de aquí que surge la siguiente pregunta de investigación que da dirección u orienta el presente estudio:

¿Cuáles serán los factores que desencadena el estrés en los niños que padecen asma y que acuden a su visita dental?

1.2. Justificación

El motivo principal de la elección de este tema de investigación, es por la importancia de la atención que requiere un paciente pediátrico con asma, el cual sin duda alguna en casos normales no deja de ser un problema para su atención, por el comportamiento que en todo momento suele presentar un niño en una visita con el profesional de la salud dental.

Lo anterior sin duda alguna da la razón o justifica el presente estudio a partir de los siguientes aspectos que vendrá a contribuir en su desarrollo:

Profesional: Como futuro Odontólogo se hace necesario saber qué hacer, cuando se encuentra uno con un paciente asmático, sobre todo cuando es un niño y se encuentra estresado por su visita a una clínica dental. Dado que hay que tener presente que como profesionista de la salud bucal que tiene la responsabilidad de resolver los problemas que el paciente presente, y claro que se encuentra su alcance de realizarlo.

Académico: el conocimiento sobre el estrés en los niños y los problemas que se encuentran presente cuando enfrenta el asma serán de gran importancia como profesional de la odontología, y si a esto se agrega el hecho de los saberes que se lograron obtener, cuando se estuvo atendiendo a niños con estas características.

Personal: la profesión del especialista del cuidado de la salud bucal es complicada debido a las diferentes situaciones que suele tener el paciente, pero que sin duda alguna debe resolver de una manera amable para ganar la confianza del mismo y obtener resultados satisfactorios en el tratamiento que se requiere para ello.

1.3. Objetivos

Objetivo general

Dar a conocer los factores o condiciones que desencadena el estrés y la crisis asmática en la primera cita dental en niños.

Objetivos específicos

- Exponer los diversos aspectos que dan origen al presente estudio;
- Presentar los referentes teóricos que giran en torno al estrés y el asma en niños que asisten al dentista;
- Describir los factores o condiciones que se presentan en los niños que acuden con el dentista que presentan estrés con problema de salud como el asma, y
- Determinar que se lleva a cabo en la primera cita dental.

1.4. Hipótesis

De trabajo:

El conocimiento de los factores o condiciones que se presenta en niños con estrés y problemas de asma nos ayudará en la atención cuando acuden al dentista.

Nula:

El conocimiento de los factores o condiciones que se presenta en niños con estrés y problemas de asma no nos ayudará en la atención cuando acuden al dentista.

Alternativa:

El conocimiento de la atención dental nos beneficiara en niños con problemas de estrés y de salud por asma.

1.5. Variables

Variable Independiente

- El estrés y la crisis asmática

Variable Dependiente

- La primera cita dental en niños.

1.6. Definición de Variables

Definición conceptual

Variable independiente

- El estrés y la crisis asmática

El estrés en los niños tiene diferentes causas que sin duda alguna influye la salud del mismo, que pueden provocar daños fuertes en su comportamiento interno como externo.²

² Gancedo García MC., bolívar Galiano V. Tratado de Pediatría Extrahospitalaria. México: Ergon, Pág., 56.

El asma es una enfermedad que no tiene edad para presentarse, pero en los niños suele producir diversos efectos según la atención médica que reciben como enfermo por parte de quienes estén al cuidado de ellos ³

Variable dependiente

- La primera cita dental en niños.

La asistencia para un tratamiento de salud dental por primera vez influida para desarrollo de actitudes o creencias de los niños acerca de los odontólogos y los tratamientos realizados por los mismos.

Un resultado positivo en la relación odontólogo-paciente puede tener un efecto positivo sobre la satisfacción del paciente, así como en el cuidado oral que realizará en casa.

Una experiencia desagradable en la primera visita puede influir negativamente en los tratamientos posteriores y desarrollar ansiedad.³ Por lo tanto, las experiencias negativas en la infancia desempeñan un papel clave en el desarrollo de ansiedad o fobias en los adultos.

³ Ruiz San Francisco A, Lorente Toledano F. Asma bronquial. Del Pozo Machuca J., redondo Romero R., Nogareda Cuixart, Silvia. (2010). Fisiología del Estrés. España: Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. Pág., 112.

Definición operacional

Variable Independiente

- El estrés y la crisis asmática. Dichas enfermedades suelen estar presente en cualquier persona, no importa la edad, ni el sexo, la intensidad de cada una de ella es variable, depende de factores externos e internos de los paciente que padezcan de este tipos de enfermedades.

Variable Dependiente

- La primera cita dental en niños. El cuidado de la atención que se le dé a los niños en ella, impactada para el cuidado de su salud dental de manera general.

1.7 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo ya que se dará a conocer los factores o condiciones que desencadena el estrés y la crisis asmática en la primera cita dental en niños.

1.8. Importancia del estudio

La elaboración del mismo, permitirá conocer los factores que se encontraron presentes en pacientes pediátricos con estrés y que padecen de asma, lo que hará posible conocer las condiciones al que se enfrenta el profesional de la salud bucal.

1.9. Limitaciones del estudio

No hubo limitaciones ya que se tuvo acceso a los diferentes medio bibliográficos.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. EL ESTRÉS Y LA CRISIS ASMÁTICA

Antecedentes

El concepto de estrés, según Roberto Kertesz ⁴ es expresado de distintas maneras, es tan antiguo como el hombre mismo, que en su lucha por la supervivencia pudo notar distintos tipos de exigencias: largas carreras, exposición al frío o calor excesivos, hambre, terror, heridas, conflictos con sus semejantes; le provocaban la misma movilización de energías y sensación de esfuerzo.

⁴ Kertesz Roberto, Kerman Bernardo (2002). Op., Cit. Pág., 127

La secuencia era una alarma, con respuesta inmediata a la exigencia, ya sea escapando o enfrentándola.

Pero cuando ni el escape ni la eliminación del factor impactante eran posibles, se daba una situación de acostumbramiento o adaptación del organismo, hasta lograr un equilibrio. Si el problema continuaba a más largo plazo, o era muy intenso, el individuo corría peligro de agotarse, llegando incluso a la muerte en casos extremos.

El hombre prehistórico no tenía que preocuparse por el posible tedio de la tercera edad, sin tener que llegar a un desenlace fatal por agotamiento, era muy factible que muriese muy joven durante la misma alarma, ante una eventual herida extensa, quemadura o traumatismo.

Estas demandas le permitían fortalecer su cuerpo, agudizar sus sentidos y astucia, experimentar la satisfacción de lograr el sustento cazando, triunfar sobre sus enemigos, obtener albergue y constituir su familia. A falta de lenguaje escrito, mediante su arte primitivo dejó constancia de sus experiencias más significativas. Así la percepción de estrés existió, si bien en forma intuitiva, por muchos miles de años.

Ahora bien etimológicamente hablando se tiene que según Hinkle ⁵ citado por León Barua⁶. El término estrés deriva del griego “stringere” que significa “provocar tensión”, el origen del concepto de estrés en biología fue intuitivamente tomado de la definición física de estrés, entendiéndose a éste como la fuerza que al ser aplicada sobre un objeto, es capaz de ocasionar la deformación del mismo. Según Bensabat ⁷ citado por León Barua⁸.

El primer antecedente científico fue suministrado por Claude Bernard, fisiólogo francés, quien en 1865 describió la capacidad de los seres vivos para mantener constante su medio interno en interacción con el exterior: “La estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para una vida libre e independiente”⁹. Así cuando esta facultad auto-reguladora se ve atacada se produce la enfermedad e incluso la muerte.

Posteriormente, alrededor de 1935, el fisiólogo alemán Walter Cannon ¹⁰elucidó los mecanismos involucrados en el mantenimiento de los parámetros fisiológicos dentro de límites adecuados, acuñando el término de “homeostasis” (del griego “homoios” que significa “similar” y “status” que significa “posición”) para describir el estado estable mantenido por estos mecanismos. Postuló además la participación de la estimulación adrenal, con sus consiguientes efectos sistémicos, en la respuesta del individuo ante un agente agresor.

⁵ Hinkle (2013). The concept of stress in the biological and social sciences. Medicine and man. Pág.56.

⁶ León Barua, Raúl (2009). Cuaderno de Doctorado en Medicina. Escuela de Postgrado “Víctor Alzadora Castro”. Perú. Pág., 78.

⁷ Bensabat S (2007). Stress, grandes especialistas responden (versión española de stress of grands specialistes respondent) España: Mensajero. Pág., 45.

⁸ León Barua, Raúl (2009). Op., Cit. Pág., 81.

⁹ Kertesz Roberto, Kerman Bernardo (2002). Op., Cit. Pág., 129

¹⁰ Idem.

En 1926, Selye, estudiante de 2º año en la Universidad de Praga, observó síntomas y signos comunes en individuos que sufrían un amplio rango de dolencias físicas como: pérdida del apetito, disminución de la fuerza muscular aumento de la presión arterial, falta de iniciativa. Ante la aparición de este tipo de síntomas, independientemente de la naturaleza del trastorno, denominó a esta condición “el síndrome de solo estar enfermo”. Posteriormente llevó a cabo experimentos con ratas, que en 1936 le permitieron publicar el primer trabajo sobre estrés “Un síndrome producido por diversos agentes nocivos” en la revista inglesa Nature¹¹.

La palabra “Stress” comenzó a ser usada en el inglés moderno a partir del vocablo “Distress” originaria del francés e inglés antiguo, significando “Pena”, “Aflicción” o “Miseria”. Luego, al ir perdiéndose la primera sílaba en la práctica, quedo sólo el remanente “stress”¹².

En su autobiografía “El stress de mi vida” Selye cuenta que tomó prestado el término de la física. Se refiere al inter juego entre una fuerza y la resistencia que se produce. Posteriormente se aumentó el adjetivo para enfatizar el sentido en que se usaba la palabra, quedando “Estrés biológico”¹³.

En 1950, ya aparece su obra “Stress” editada en Montreal, seguida por “El stress de la vida” (1956) Selye fue ampliando sus descubrimientos, desde el laboratorio con animales, hasta lo humano biológico, y luego llegando a alturas psicológicas, sociales y filosóficas, profundizadas por sus discípulos.

¹¹ Idem

¹² Ibidem. Pág., 132

¹³ Idem.

En 1940, Harold Wolf y Steward Wolf, de la Universidad de Cornell publicaron sus famosas observaciones sobre los cambios del estómago humano ante una gran variedad de estímulos emocionales. Disponían de un sujeto cuyo estómago, por una afección especial podía ser observado directamente por un medio transparente¹⁴.

La investigación en torno al estrés estuvo luego copada por estudios sobre el efecto de las situaciones de estrés extremo, que exigen a cada ser humano esfuerzos de adaptación fuera de lo común, como por ejemplo la estancia en campos de concentración o las condiciones asociadas a situaciones de guerra. La investigación de Holmes y Rahe acerca de los eventos vitales demostró que frecuencia e intensidad de los cambios de vida y, por tanto, el trabajo de adaptación exigido, se acrecentaban antes de declararse la enfermedad¹⁵.

Por su parte Oscar Eduardo Slipak en ALCMEON, 1992, citado por Carlos Bromley Coloma¹⁶, es uno de los conceptos que más ha revolucionado la medicina del siglo XX, en la cual manifiesta que se puede definir el estrés desde tres puntos de vista:

- Estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión;

- Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental, y

¹⁴ Idem.

¹⁵ Ibidem. Pág., 134.

¹⁶ Bromley Coloma, Carlos (2000). Los trastornos de ansiedad a inicios del nuevo siglo, trastornos relacionados al estrés. En Archivos Peruanos de psiquiatría y salud mental. Ene – Jun. Pág., 67

- Estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo.

Etapas Del Estrés

Selye ¹⁷ citado por León Barua, Raúl ¹⁸ identificó tres etapas en la respuesta al estrés (constituyentes del Síndrome General de Adaptación).

Primera etapa o reacción de alarma: (análoga a la respuesta homeostática propuesta por Cannon) en la que el organismo reconoce el estresor y se prepara a dar una respuesta a éste (por ejemplo una respuesta de agresión o fuga) a través de mecanismos neuroendocrinos (como liberación de adrenalina, noradrenalina y esteroides) y con la presentación de los consecuentes efectos sistémicos (taquicardia, hipertensión, hiperglicemia, midriasis, hipertermia, hipercolesterolemia, etc.).

Segunda etapa, Etapa de resistencia: una vez desaparecido el agente estresor, el organismo repara cualquier daño que se haya producido durante la fase de alarma, es decir, habrá la involución de todos los efectos sistémicos que se desencadenaron en la fase anterior. Este proceso se llama adaptación, esta adaptación al estímulo se hace a costa de una menor resistencia a estímulos de otro tipo.

¹⁷ Selye H (2010). La tensión en la vida. Buenos Aires: Argentina: Cia. Gral. Fabril. Pág., 201.

¹⁸ León Barua, Raúl (2009). Op., Cit. Pág., 84.

Tercera etapa, Etapa de agotamiento: se presenta si existe persistencia del agente estresor. En esta situación el organismo permanecerá alerta y no podrá reparar los cambios generados, ocasionándose así una pérdida del estado de adaptación previo, causando la reparación de las reacciones de alarma, pudiendo ser estas tan intensas que pueden derivar en la muerte del individuo.

No siendo necesario que se produzcan estas tres fases para hablar de un síndrome general de adaptación. Solo un estrés muy grave desemboca en el agotamiento y en la muerte. La mayor parte de los esfuerzos físicos o mentales de adaptación, como las infecciones y otros agentes posibles de estrés, provocan modificaciones que corresponden sólo a la primera y segunda fase.

Causas Fisiológicas

Aunado a lo anterior según Nogareda Cuixart, Silvia¹⁹, la respuesta fisiológica es la reacción que se produce en el organismo ante los estímulos estresores. Ante una situación de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipofisopararrenal y del sistema nervioso vegetativo.

El eje hipofisopararrenal (HSP) está compuesto por el hipotálamo, que es una estructura nerviosa situada en la base del cerebro que actúa de enlace entre el sistema endocrino y el sistema nervioso.

¹⁹ Nogareda Cuixart, Silvia. (2010). Fisiología del Estrés. Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. España. Pág., 32.

La hipófisis, una glándula situada asimismo en la base del cerebro, y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre el polo superior de cada uno de los riñones y que están compuestas por la corteza y la médula.

El sistema nervioso vegetativo (SNV) es el conjunto de estructuras nerviosas que se encarga de regular el funcionamiento de los órganos internos y controla algunas de sus funciones de manera involuntaria e inconsciente.

Ambos sistemas producen la liberación de hormonas, sustancias elaboradas en las glándulas que, transportadas a través de la sangre, excitan, inhiben o regulan la actividad de los órganos ²⁰ (7). La respuesta fisiológica es la reacción que se produce en el organismo ante los estímulos estresores. Ante una situación de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipofisiosuprarrenal y del sistema nervioso vegetativo.

El eje hipofisiosuprarrenal (HSP) está compuesto por el hipotálamo, que es una estructura nerviosa situada en la base del cerebro que actúa de enlace entre el sistema endocrino y el sistema nervioso, la hipófisis, una glándula situada asimismo en la base del cerebro, y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre el polo superior de cada uno de los riñones y que están compuestas por la corteza y la médula.

El sistema nervioso vegetativo (SNV) es el conjunto de estructuras nerviosas que se encarga de regular el funcionamiento de los órganos internos y controla algunas de sus funciones de manera involuntaria e inconsciente.

²⁰ Idem.

Ambos sistemas producen la liberación de hormonas, sustancias elaboradas en las glándulas que, transportadas a través de la sangre, excitan, inhiben o regulan la actividad de los órganos.

Ante una situación de amenaza para su equilibrio, el organismo emite una respuesta con el fin de intentar adaptarse. Selye define este fenómeno como el conjunto de reacciones fisiológicas desencadenadas por cualquier exigencia ejercida sobre el organismo, por la incidencia de cualquier agente nocivo llamado estresor. Se puede definir, como la respuesta física y específica del organismo ante cualquier demanda o agresión, ante agresores que pueden ser tanto físicos como psicológicos.

FASES DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN AL ESTRÉS

En dicho proceso por parte del organismo se distinguen las fases de alarma, de adaptación y de agotamiento ²¹, las cuales dado su importancia es pertinente abordar cada una de ella:

Fase de alarma. Ante la aparición de un peligro o estresor se produce una reacción de alarma durante la que baja la resistencia por debajo de lo normal. Es muy importante resaltar que todos los procesos que se producen son reacciones encaminadas a preparar al organismo para la acción de afrontar una tarea o esfuerzo.

²¹ Idem

Esta primera fase supone la activación del eje hipofisopararrenal; existe una reacción instantánea y automática que se compone de una serie de síntomas siempre iguales, aunque de mayor a menor intensidad y que se refleja de la siguiente manera:

- Se produce una movilización de las defensas del organismo;

- Aumenta la frecuencia cardiaca;

- Se contrae el bazo, liberándose gran cantidad de glóbulos rojos, y

- Se produce una redistribución de la sangre, que abandona los puntos menos importantes, como es la piel (aparición de palidez) y las vísceras intestinales, para acudir a músculos, cerebro y corazón, que son las zonas de acción.

- Aumenta la capacidad respiratoria;

- Se produce una dilatación de las pupilas;

- Aumenta la coagulación de la sangre, y

- Aumenta el número de linfocitos (células de defensa).

Fase de resistencia o adaptación. En ella el organismo intenta superar, adaptarse o afrontar la presencia de los factores que percibe como una amenaza o del agente nocivo y se producen las siguientes reacciones:

- Los niveles de corticoesteroides se normalizan, y
- Tiene lugar una desaparición de la sintomatología

Fase de Agotamiento. Ocurre cuando la agresión se repite con frecuencia o es de larga duración, y cuando los recursos de la persona para conseguir un nivel de adaptación no son suficientes; se entra en la fase de agotamiento que conlleva lo siguiente:

- Se produce una alteración tisular, y
- Aparece la patología llamada psicósomática.

Cabe precisar que la respuesta del organismo es diferente según se esté en una fase de tensión, en la que hay una activación general del organismo y en que las alteraciones que se producen son fácilmente remisibles, si se suprime o mejora la causa o en una fase de tensión crónica o estrés prolongado, en la que los síntomas se convierten en permanentes y se desencadena la enfermedad.

EL ESTRÉS EN LOS NIÑOS

Los niños y adultos pueden mostrar diferentes modos de reaccionar frente al estrés; además el estrés juega un papel importante en las causas y el mantenimiento de problemas emocionales, lo que es especialmente también cierto en los niños de acuerdo a Chandler y Shermis²².

Tanto los padres, profesionales de la salud y profesores, así como las personas que están presentes en las relaciones del niño, deben acercarse a la comprensión del estrés en los niños, para tener un mejor panorama de la salud mental del niño en la familia, relaciones sociales y el funcionamiento escolar. En cuanto al estrés en los niños, hay cuatro aspectos muy importantes que nos orientarán tanto en la observación de los niños como en las formas de tratar de ayudarlos según el propio Chandler y Shermis ²³ (10):

- Los estresores que afectan al niño (¿qué eventos o estímulos están estresando al niño?)

- La percepción del niño sobre los estresores (¿el niño cree que no podrá hacer frente a los estresores?, ¿qué piensa sobre la posibilidad de controlar lo que le sucede?).

- El impacto del estrés sobre las áreas de funcionamiento del niño: desempeño escolar, relaciones sociales y familiares, salud física.

²² Chandler L. A & Shermis M D. Behavioral responses to stress: profile patterns children. Journal of Clinical Psychology. 2006. Pág., 55.

²³ Ibidem., Pág., 57

- El comportamiento que adopta el niño para ajustarse al estrés. (¿El niño estresado reacciona con comportamientos aleatorios?, ¿Qué tipo de patrón de conducta al estrés está adoptando el niño?).

Estos elementos deben ser considerados puntos clave para la investigación, la intervención terapéutica y la prevención. La observación del niño, sea por un especialista, profesor o padre de familia, debe estar orientada por estos cuatro puntos de referencia.

Para definir lo que es el estrés en los niños, se pueden tomar como referencia tres enfoques conforme Chandler y Shermis²⁴:

- El estrés como estímulo: la monotonía, el aislamiento, el trabajo continuado bajo presión de tiempo, el calor, el cambio abrupto de ambiente, etc., son condiciones estresantes cuyos efectos generalmente provocan al niño reacciones de adaptación; estas reacciones pueden, sin embargo, no ser adaptativas.

De acuerdo a Cramer y Block²⁵, desde este punto de vista, se toma al estrés como estresor, es decir, como las características del ambiente que exigen conductas de adaptación. Se pueden identificar tanto “estresores externos (ejemplos anteriores), como estresores internos (impulsos, deseos, etc.)”²⁶.

²⁴ Idem.

²⁵ Cramer Block, J (2008). Preschool antecedents of defense mechanism use in young adults: a longitudinal study. *Journal of personality and Social Psychology*. Pág., 310.

²⁶ Idem

- El estrés como respuesta: el niño exhibe conductas como respuesta que intentan adaptarlo al estresor. Los niños pueden mostrar, diferentes estilos de respuesta ante el estrés, reacciones que significan el uso de determinados mecanismos de defensa, inclusive desde la edad preescolar. Considerando el aspecto fisiológico, Selye denominó Síndrome de Adaptación General a las reacciones fisiológicas generalizadas en la experiencia de estrés.

- El estrés como amenaza percibida: desde otro punto, se asume que el estrés proviene de la percepción y evaluación que la persona hace de la situación, identificándola como evento amenazante para la propia seguridad. El sujeto evalúa y compara sus propias capacidades para hacer frente al estrés y la intensidad del estresor, experimentando reacciones consecuentes de esa evaluación. La disparidad entre los retos que experimenta la persona y la creencia que tiene sobre su capacidad para afrontarlos, determina la experiencia del estrés según Alsop y McCaffrey²⁷.

Un número de estresores en los niños relativamente importante proviene del contexto escolar, sin embargo es pertinente precisar que una fuente potencial de estresores, en el contexto educativo es la transición del nivel primario al secundario. En la temprana adolescencia, este proceso está asociado con “numerosos estresores, descubriéndose que las características del cambio o del nuevo ambiente pueden tener un impacto negativo y ser fuentes de estrés”²⁸.

²⁷ Alsop P, Mc. Caffreyt (2003). How to COPE children stress. A practical guide for teachers. Essex: Logman. Pag., 105

²⁸ Chung H (2005). Patterns of individual adjustment changes during middle school transition: A two year longitudinal study. Disertation doctoral no publicado. Universidad de Rutgers. Pág., 178

Chung H ²⁹, encontró confirmando los resultados de otras investigaciones, que en la vida del adolescente temprano, la transición escolar es una experiencia estresante que afectará, de manera observable, en el rendimiento académico; esto podrá ser más notable en los adolescentes varones que en las mujeres.

Mecanismo De Defensas En Los Niños (as)

Utilizando la definición de una reconocida investigadora como es Cramer P³⁰, se tiene que los mecanismos de defensa en los niños son tres: negación, proyección e identificación.

- La negación, defensa típica de los niños en edad preescolar ante las situaciones estresantes, aparta la atención fuera de los estímulos nocivos o peligrosos, negando su existencia. Durante las relaciones del niño con un ambiente estresante, las conductas que demuestren afirmaciones de negación de lo que está sucediendo, percepción inesperada de optimismo, bondad o gentileza en una situación donde claramente no la hay, negar sentimientos, *no ver* el estímulo amenazante, etc., pueden ser alusivas a la utilización de la negación.

Este recurso se puede resumir en no existe eso. Lo que ocurre es una pobre diferenciación entre los estímulos internos y los externos (típico en edades tempranas). Tanto las relaciones sociales como el creciente desarrollo cognitivo contribuyen a reducir el uso de esta defensa; sin embargo, a nivel de la fantasía, aún puede seguir utilizándose, sin distorsionar la realidad (por ejemplo, cuando los adultos se detienen a *soñar despiertos*).

²⁹ Idem.

³⁰ Cramer P (2007). The development of defense mechanisms. Journal of Personality. Pàg, 145.

Los adultos que utilizan tal mecanismo de defensa como recurso principal para afrontar el estrés, estarían utilizando una defensa primitiva y, por lo tanto, inmadura.

- La proyección es utilizada, por lo común, por los niños en edad escolar y es más madura que la negación. El niño, en esta etapa, reconoce mejor lo que ocurre fuera de él (la realidad) y dentro de él (sus fantasías); similarmente, está aprendiendo normas sociales que las interioriza y controlan ciertos pensamientos y sentimientos que en estas edades son considerados inaceptables. La proyección funciona atribuyendo las características propias que son desagradables o inaceptables. No soy yo, son ellos es una afirmación que podría resumir el uso de la proyección.

- Los niños (y adultos) que utilizan la proyección en situaciones de ansiedad, nos muestran una seria distorsión de la realidad. La proyección es utilizada a través de la niñez y adolescencia. Atribuir la propia agresividad o sentimientos hostiles a otros, la suspicacia, afirmar conocer y saber las necesidades e intenciones de otros, percepción de ser amenazado sin bases objetivas, etc., son indicios del uso de la proyección.

- La identificación. No son ellos, soy yo, es una afirmación que podría ser identificado en esta defensa. Ocurre cuando se toma como propio ciertas cualidades o características de otras personas o personajes, cuyos efectos mejorarán la propia seguridad y autoestima. Durante la adolescencia, esta defensa cumple un papel importante. La imitación de actividades y características de personajes, la autoestima conseguida a través de la afiliación con otras personas, etc., son expresiones de la identificación.

Las situaciones bipolares (éxito-fracaso) tienden a ser percibidas como amenazantes a la propia autoestima. En tales situaciones, “los niños (así como los adultos) utilizan generalmente la negación para protegerse de la sensación de fracaso, mientras que los niños ante el éxito tienden a utilizar más defensas de identificación”³¹.

La diferencia de género influye en cómo los niños y las niñas utilizarán los mecanismos defensivos. Por ejemplo, “los varones tienden a orientar más sus reacciones defensivas hacia el exterior (hacia el mundo externo); los niños son entonces, más *acting out*, descargando hacia fuera de sí mismos sus emociones o culpando a los demás por su propio fracaso. Las niñas, contrariamente, tienden a orientar sus respuestas hacia el interior (mundo interno)”³².

Es más esperable, por lo tanto, ver que los niños expresen sus quejas, agresión y reacciones a la frustración hacia las personas, los objetos y la situación externa en general. Las niñas, son percibidas con comportamientos que reflejen volcar hacia sí mismas las frustraciones, agresividad o emociones displacenteras; y es más probable también que el fracaso sea atribuido a sí mismas.

Los niños (as) pueden mostrar ciertos patrones en sus reacciones frente a los estresores. Estas reacciones son “intentos adaptativos para ajustarse a las demandas del ambiente estresante. Imaginémos por un momento una línea recta; en un extremo están las conductas adaptativas y efectivas y en el otro extremo los comportamientos desadaptativos frente a los estresores”³³.

³¹ Cramer P. & Gaul R (2009). The effects of success and failure on children's use of defense mechanisms. *Journal of Personality*. Pag, 145.

³² *Ibidem*. Pag. 149

³³ Chandler L. A. (2005). *The stress Response scales: A Manual* University of Pittsburgh. Pag, 123.

Si se construye un eje, se puede hallar cuatro cuadrantes que corresponden a los modos en que las reacciones al estrés de los niños pueden tomar forma. Según Chandler³⁴, los cuatro patrones de respuesta al estrés pueden ser descritos de la siguiente manera

- Respuesta Dependiente: falta de auto confianza, dificultad para aceptar las críticas, pobre asertividad, poca participación en actividades;

- Respuesta Reprimida: mucha sensibilidad, fácilmente se molestan o se les hieren sus sentimientos, temerosos ante nuevas situaciones, poca confianza en sí mismos, preocupados innecesariamente.

- Respuesta Pasivo-Agresiva: frecuentemente son niños de bajo rendimiento académico, tienden a postergar sus deberes; poco cooperativos, despistados; sus notas tienden a bajar.

- Respuesta Impulsiva: exigente, desafiante, de temperamento explosivo; iniciarán incomodidad o molestia en sus interacciones con otros niños; Por otro lado puede ser muy activos, descuidados en su trabajo escolar.

Desde este punto de vista, la conducta del niño bajo estrés puede ir desde el extremo pasivo al extremo activo; y por otro lado, del extremo introvertido al extremo extrovertido. Mientras más extremas sean las conductas (hacia los polos Activo - Pasivo o Introversión - Extroversión), más desadaptativos será el ajuste el niño a su ambiente.

³⁴ Idem.

Según Moos y Billings ³⁵ describieron unos patrones de respuestas para enfrentar las situaciones estresantes:

- Aceptación Resignada: aceptar la situación tal como ocurre. Hay un sentimiento de sometimiento al destino o que nada puede hacerse.

- Descarga Emocional: las respuestas de este tipo involucran una carencia de control en las emociones, dejando que se exterioricen de manera intensa.

- Desarrollo de Recompensas Alternativas: para compensar la frustración o la pérdida experimentada, la persona puede recurrir a buscar metas sustitutas, creando fuentes alternativas para buscar satisfacción. Implica una conducta autónoma.

- Evitación cognitiva: se escapa en las fantasías, en el "soñar despierto" y en negar la situación estresante.

Las implicancias de las conceptualizaciones vistas en el presente documento deben alertar a los padres y profesores para actuar con sensibilidad ante las necesidades adaptativas de los niños; adicionado a ello, tomar en cuenta también que gran parte de los estresores y recursos adaptativos provienen de la relación que mantenemos con los niños en el hogar y en el colegio.

³⁵ Moos RH & Billings AG (2002). Conceptualizing and measuring doping responses and processes. En L. Golderger & Brenitz (eds), Handbook of stress. Pag., 150

Ciertos patrones de reacción al estrés pueden ser predecibles, sea que estén vinculados a etapas del desarrollo o a conocidas clasificaciones clínicas de la conducta infantil; los padres y profesores pueden entonces estar mejor orientados al conocer el rango de posibles reacciones de sus hijos(as) ante potenciales estresores previamente identificados ya en su oportunidad en la teorías que giran en torno al estrés.

El Asma

El asma es “un síndrome que incluye diversos fenotipos que comparten manifestaciones clínicas similares pero de etiologías probablemente diferentes”³⁶. Actualmente se considera al asma como un proceso inflamatorio crónico de las vías respiratorias.

Tres aspectos son característicos de esta enfermedad:

Obstrucción bronquial reversible, el término reversible indica que responde bien a la medicación broncodilatadora. Inflamación y remodelado bronquial, las alteraciones histológicas consisten básicamente en: Infiltración de la mucosa por eosinófilos, linfocitos T y mastocitos, por una descamación de células epiteliales y un engrosamiento de la membrana basal, Hiperreactividad bronquial, la descamación y la lesión del epitelio permiten la exposición directa a irritantes de terminaciones nerviosas subepiteliales, que conduce a una bronco - constricción, hipersecreción de moco, tos, edema e infiltración de células inflamatorias³⁷.

³⁶ Cramer P (2007). Op., Cit. Pág., 151

³⁷ Alsop P, Mc. Caffreyt (2003). Op., Cit. Pág., 108.

El asma causa períodos repetidos de sibilancias (que son como silbidos al respirar), opresión en el pecho, dificultad para respirar y tos. Con frecuencia la tos se presenta por la noche o en las primeras horas de la mañana. La mayoría de personas afectadas por asma que cumplen el tratamiento adecuado, pueden llevar una vida normal, pero si abandonan el tratamiento, el asma puede causar daños permanentes en las vías respiratorias. En muy raras ocasiones un ataque de asma grave puede ser fatal.

Suele empezar en la infancia en el 80% de los casos, pero puede debutar por primera vez a cualquier edad. Al tener asma, las vías respiratorias se irritan e inflaman. Como resultado de acuerdo a Ruiz San Francisco³⁸:

- Se estrechan.

- Producen más mocos.

De acuerdo al propio Ruiz San Francisco³⁹, se tiene que lo anterior hace más difícil el flujo del aire en los pulmones. Los síntomas del asma pueden ser leves, moderados o graves y entre ellos se incluyen:

³⁸ Ruiz San Francisco A, Lorente Toledano F (2010). Asma bronquial. Del Pozo Machuca J., redondo Romero R., Gancedo García MC., Bolívar Galiano V. Tratado de Pediatría Extra hospitalaria. Pág., 180

³⁹ Idem

- Tos.

- Jadeos.

- Dificultad para respirar.

- Sensación de opresión en el pecho.

Estos síntomas tienden a ser variables y pueden detenerse y volver a comenzar. A menudo pueden empeorar por la noche. La causa del asma no está siempre clara. Sin embargo, hay a menudo factores que pueden desencadenar la sintomatología. Entre las reacciones más habituales se incluyen según A. Carvajal L. García⁴⁰:

- Infección respiratoria- como un catarro o gripe.

- Irritaciones provocadas por polvo, cigarrillos y diversos humos o vapores.

⁴⁰ Carvajal L, García A (2009). Manejo de crisis asmática. Boletín Pediátrico. Centro de salud de Las Vegas. Asturias. Pág., 36.

- Orodutos químicos (y otras sustancias) encontradas en los puestos de trabajo- es el llamado asma profesional.

- Alergias al polen, medicinas, animales, ácaros del polvo de la casa o ciertos productos de alimentación, especialmente conservantes y colorantes.

- El ejercicio, sobre todo en ambientes fríos o secos.

- Emociones. Las risas o gritos muy fuertes pueden provocar síntomas, al acentuar el estrés.

- Medicinas- ciertas medicinas pueden provocar asma.

Para diagnosticar el asma “el medico suele preguntar sobre los síntomas que se presentan y explorará las condiciones en que esta suele presentarse”⁴¹. Probablemente también podrá preguntar sobre su historia médica y hacer preguntas acerca de algunos factores que pudieran haber originado los síntomas. Para confirmar la presencia del asma se pueden realizar mediante una o varias de las siguientes pruebas para confirmar el diagnóstico según García Carballo⁴²:

⁴¹ García Caraballo (2007). Asma. Bogotá., Colombia: Médica Internacional Panamericana. Pág., 169

⁴² Idem

- La medida de flujo espiratorio máximo, esta prueba mide la velocidad a la que el aire es expulsado de sus pulmones.

- Espirometría, esta prueba también mide la velocidad del flujo del aire así como cuanto aire fluye; esta prueba proporciona información detallada del flujo máximo y permite a mostrar el funcionamiento de sus pulmones.

- Radiografía de tórax, su objetivo primordial es descartar cualquier otra enfermedad pulmonar.

- Las pruebas cutáneas de alergia, con las que se averiguará sí se es alérgico a ciertas sustancias.

En niños menores de cinco años, el diagnóstico puede ser hecho solamente viendo si ellos responden a tratamientos de asma⁴³.

Es importante precisar que no existe tratamiento curativo del asma. Sin embargo, los tratamientos disponibles son útiles para ayudar a controlar los síntomas. Su plan terapéutico es individualizado, combinando medicamentos y controlando su asma de la mejor manera con medidas de prevención e higiene.

⁴³ Carvajal L, García A (2009).Op., Cit. Pág., 38.

Crisis Asmática

Se debe realizar una historia clínica y exploración física inmediata cuando el paciente llega al área de urgencias para reconocer en forma oportuna crisis asmáticas que pueden ser tratadas con terapéutica convencional o en caso de pacientes con dificultad respiratoria a través de cianosis, cuando se presenta la imposibilidad para hablar, bloqueos, respiraciones rápidas, tórax silencioso, fatiga respiratoria, agitación extrema, alteración del nivel de conciencia que sugieran intubación y el inicio de ventilación mecánica en forma inmediata.

También se tiene que realizar un interrogatorio detallado enfocado en los aspectos relacionados con el asma, como la forma de inicio y duración de los síntomas, la presencia de síntomas nocturnos recurrentes, resistencia a la broncodilación por β 2-agonistas, que sugieren que hay progresión de la inflamación en respuesta a desencadenantes alérgicos, infecciones o irritantes.

En ocasiones la ingestión de alimentos con aditivos como sulfitos, la ingestión de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, β -bloqueadores pueden también ser factores importantes como causa de un broncoespasmo severo.

Una historia de eventos pasados de ataques severos (Cuadro 1), que requirieron intervención médica en forma intensiva, el uso reciente de esteroides sistémicos, o enfermedades intercurrentes son factores de riesgo para la mortalidad por asma, por lo que se requiere un manejo más agresivo en forma temprana.

Cuadro 1. Factores de riesgo de muertes por asma.

- Historias pasadas de exacerbaciones agudas
- Antecedente de intubación por asma
- Antecedente de admisión a UCI por asma
- Dos o más hospitalizaciones por asma en un año
- Tres o más visitas al Dpto. de Urgencias por asma en el año pasado
- Hospitalización o visita a urgencias en el mes pasado
- Uso de más de dos frascos de inhaladores β 2-agonistas por mes
- Uso actual o reciente de esteroides sistémicos
- Enfermedades. Intercurrentes como: cardiovasculares, enfermedades pulmonares obstructivas
- Enfermedades. psiquiátricas o serios problemas psicosociales
- Bajo nivel socioeconómico y residencia urbana
- Uso de drogas ilícitas
- Sensibilidad a alternaria

Se debe realizar un examen físico detallado enfocado en la evaluación del estado respiratorio para que el médico pueda categorizar la severidad del asma (Cuadro II).

Cuadro II. Clasificación de la severidad del asma.

Parámetro	Leve	Moderado	Severo	Paro
respiratorio				
Pausa al respirar	Al caminar	Al hablar	En reposo	
Posición	Acostado	Sentado	Erguido	
Habla en	Oraciones	Frases	Palabras	
Conciencia	Normal	Ansioso	Muy agitado	
Somnoliento				
Frecuencia respiratoria	Normal a \uparrow 30%	\uparrow 30-50%	\uparrow 50%	
Retracciones	—	Constantes	Marcadas	
Respiración paradójica				
Sibilancias	Fin espiración	Espiración	Inspiración y espiración.	
Ausencia				
Ventilación	En las bases	Media	Apical	Mínima
Pulso paradójico	10 mmHg	10-20 mmHg	> 20 mmHg	
Ausencia				
FC	\uparrow	$\uparrow\uparrow$ $\uparrow\uparrow\uparrow$	\downarrow	
Peak Flow	> 80%	50-80%	< 50%	
SaO ₂	> 95%	91-95%	< 90%	
PaO ₂ (21%)	90 mmHg	60-90 mmHg	< 60 mmHg	
PaCO ₂	< 35 mmHg	35-40 mmHg	> 45 mmHg	

La apariencia general del paciente puede proveer un reconocimiento instantáneo de un compromiso respiratorio importante. Los pacientes con crisis asmática severa por lo general mantienen una posición en trípode (sentados hacia delante apoyándose con sus extremidades superiores sobre la cama).

Hablan con frases cortas, están agitados o impacientes, con respiraciones rápidas, e involucro de músculos accesorios, que debe alertar al examinador que el paciente está con una obstrucción de la vía aérea severa.

Los signos vitales como taquicardia, taquipnea y pulso paradójico son otra característica muy importante en los pacientes con crisis asmática, como respuestas compensatorias a la obstrucción de la vía aérea e hipoxia.

La ausencia de estos hallazgos en pacientes disneicos puede sugerir un paro respiratorio inminente. La auscultación puede revelar sibilancias pero su ausencia no descarta la crisis asmática y por otro lado pueden indicar la presencia de un tórax silencioso que nos sugiere una falla respiratoria inminente.

También el examen físico nos sirve para descubrir complicaciones potenciales en pacientes con crisis asmáticas como neumonías, neumotórax o neumomediastino. Se debe realizar una exploración física detallada después de cada intervención terapéutica para evaluar la respuesta al tratamiento.

Es recomendable realizar mediciones objetivas de la ventilación e intercambio de gases, las cuales son utilizadas para incrementar el examen físico inicial y sirven como base para monitorear la respuesta al tratamiento.

Estudios que cuantifican la obstrucción de la vía aérea como la espirometría (FEV1) y la medición del flujo espiratorio pico (PEFR), son especialmente importantes en aquéllos con enfermedad severa y persistente. Varios pacientes se adaptan a la obstrucción crónica de la vía aérea, y se observan con menor severidad clínica durante las exacerbaciones por lo que la espirometría y la flujometría podrían ayudar a cuantificar el grado de obstrucción de la vía aérea en estos pacientes.

Debido a que no hay valores absolutos de FEV1 o PEFR que predigan la severidad de la hipoxemia se han desarrollado otras medidas cuantitativas como la oximetría de pulso que puede ser usada para esta determinación en pacientes con crisis asmática aguda.

El análisis de gases sanguíneos está indicado en pacientes con un FEV1 por debajo de 1 l, o un PEFR por debajo de 200 l x min (aproximadamente entre 30 a 40% del valor predicho) debido a que estos pacientes de vez en cuando exhiben una PCO2 anormal con hipercapnia e hipoxemia.

Se deben tomar estudios de laboratorio iniciales para identificar condiciones o patologías concomitantes que compliquen el tratamiento de la crisis asmática, se debe considerar una biometría hemática en aquellos pacientes que se sospeche una neumonía. Un modesto incremento de los leucocitos puede ser explicado por la crisis asmática que induce una respuesta adrenal de estrés o por el uso reciente de corticosteroides. También los pacientes que han estado tomando teofilina se deben medir niveles de este fármaco.

Por otro lado se deben analizar los niveles séricos de electrolitos, en pacientes que toman diuréticos o que están recibiendo β_2 -agonistas ya que se ha observado una depleción de potasio, magnesio y calcio en estos pacientes.

La radiografía de tórax no se recomienda de rutina pero debe ser obtenida si el médico sospecha complicaciones como neumotórax, neumomediastino, atelectasias, o insuficiencia cardiaca congestiva.

Un electrocardiograma basal y monitorización cardiaca continua debe ser apropiado para pacientes que experimentan una crisis asmática severa y principalmente para aquellos pacientes de más de 50 años, o con enfermedad pulmonar o cardiaca conocida.

Tratamiento

A continuación conforme a V. Plaza Moral⁴⁴, se presenta los diversos tratamientos que puede darse al enfermo de asma.

1. Inhaladores. Estos contienen polvo o gas que propulsa la dosis correcta del medicamento anti-asmático cuando se le inhala. El medicamento es inhalado dentro de las vías respiratorias. Se tiene que usar su inhalador correctamente para que funcione de manera perfecta, por tanto es necesario pedir consejo al médico que se encuentra a cargo de la enfermedad. Hay dos tipos básicos de inhaladores en medicina usados para tratar el asma:

- Aliviadores o de rescate, para tratar los síntomas de forma aguda.

- Preventivos, para ayudar a prevenir sus síntomas.

Es recomendable usar calmantes cuando los síntomas de asma ocurren. Estos pueden ser cortos o de acción lenta. Los calmantes cortos que actúan (conocidos como broncodilatadores) contienen medicinas como salbutamol (ejemplo Ventolín) y terbutalina (ejemplo Bricanil) que trabajan para ensanchar las vías respiratorias y rápidamente alivian los síntomas.

⁴⁴ Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez F, Casan P, Cobos N, López A, Llauger Rosselló M, Quintano J (2005). Guía española para el manejo del asma. Arch Bronconeumol. Pág., 78

Si le dan un preventivo, debe usarse cada día, incluso si no se tiene síntomas. Los preventivos por lo general contienen una medicina de esteroide, como beclometasone (ejemplo Qvar) o fluticasone (ejemplo Flixotide) que trabajan para reducir la inflamación de las vías respiratorias. Esto puede subir hasta 14 días, para medicinas de prevención, para funcionar, pero una vez que ellos hacen efecto, no necesitará usar su inhalador de calmante en absoluto.

Un calmante de acción lenta puede ser añadido al tratamiento si los síntomas no son controlados con esteroide regular (el preventivo) y el empleo ocasional de un calmante corto que actúa. Los calmantes de acción lenta contienen medicinas como salmeterol (ejemplo Severent) o formoterol (ejemplo Oxis). A menudo estas medicaciones son combinadas con inhaladores de esteroides como symbicort (Ejemplo Seretide).

2. Espaciadores. Si se usa un inhalador de gas propulsado, también se pueden usar un espaciador. Los espaciadores son los dispositivos que pueden ayudarle a usar el inhalador correctamente y son particularmente útiles en niños-niños pequeños de tres años, se puede aprender a usar un inhalador con un espaciador, mientras que para bebés y niños muy pequeños una mascarilla puede ser más adecuada y práctica. Un espaciador es un tubo largo que se sujeta en el inhalador. Se aspira de una boquilla que va hasta el final del tubo.

Es fácil de usar porque permite activar el inhalador y luego inhalar en dos fases separadas.

La utilización de un espaciador también reduce el riesgo de tener dolor de garganta por usar un inhalador de esteroide. Cuando es usado correctamente pueden ser tan eficaces como nebulizadores en el tratamiento de un ataque de asma agudo.

3. Nebulizadores. Estos se hacen con una niebla del agua y la medicina para el asma que se aspira. Estos pueden ayudar a entregar más de la medicina exactamente a donde sea necesario. Esto es en particular importante, si se tiene un ataque de asma severo y requiere un tratamiento de asma urgente en el hospital o en casa.

Sin embargo, si se usa un separador con las medicinas para el asma, puede ser tan eficaz como un nebulizador, en el tratamiento de la mayor parte de ataques de asma. Es recomendable solicitar los debidos consejos al médico de cabecera sobre si un nebulizador puede ser o no conveniente.

4. Otras medicinas. Si se tiene síntomas de asma severa, el médico de cabecera puede recetarle un tipo de pastillas de esteroides como prednisolona y en muchos casos el mismo médico debe valorar remitirlo al neumólogo. Existen otros tratamientos disponibles para el asma, como pastillas e inhaladores si los tratamientos estándares no son convenientes para el enfermo. Estos incluyen montelukast (Singular) o zafirlukast (Accolate).

Cuando se presenta un ataque de asma debería seguir los siguientes pasos:

- Tomar el tratamiento broncodilatador inmediatamente, preferentemente con un espaciador.

- Sentarse (no es recomendable acostarse) y tratar de relajarse.

- Espere de cinco a diez minutos- si no hay ninguna mejoría, repita una inspiración de tratamiento broncodilatador, cada minuto durante cinco minutos hasta que los síntomas desaparezcan.

- Si los síntomas no desaparecen, debería llamar al médico de cabecera o a una ambulancia, pero es recomendable tomar el broncodilatador, preferentemente con un espaciador, cada pocos minutos, hasta que llegue la ayuda solicitada.

- Si se llega al hospital, es recomendable llevar el tratamiento de asma.

Es pertinente precisar que las medicinas son solo parte del tratamiento para el asma. El enfermo o familiar si es pequeño tendrá que ocuparse de las cosas que le causan mal. Es aconsejable llevar un diario para registrar algo que provoque el asma, esto puede ayudarle a descubrir un modelo que le permitirá prevenir su presentación. La utilización de un caudalímetro máximo para supervisar su función pulmonar también puede ayudar.

Si se tiene repentinamente situaciones de baja en una cierta situación (por ejemplo al final de un día de trabajo, después del ejercicio o después del contacto con un animal) esto puede indicar la irritación. Dejar de fumar es bueno para la salud y además mejora los síntomas de asma. Con la buena dirección y el tratamiento apropiado, la mayoría de la gente con asma lleva vidas totalmente normales.

El Asma En Los Niños

Como ya se mencionó en su oportunidad la etiología del asma es “multifactorial, implica predisposición genética y factores ambientales desencadenantes”⁴⁵. La sensibilización a diferentes alérgenos inhalados es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de asma en el niño. La relación entre atopia y asma, llega a ser de un 98% en niños entre 10 y 15 años de edad. Se considera por tanto la “alergia como un factor predictivo / etiológico, ya que es la que va acondicionar tanto su inicio como la evolución y persistencia en la edad adulta”⁴⁶.

⁴⁵ Ruiz San Francisco A, Lorente Toledano F (2010). Op., Pág., 183

⁴⁶ Carvajal L, García A (2009). Op., Cit. Pág., 41.

El asma bronquial es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia. Aunque los síntomas de asma son similares en cualquier edad, existen en la infancia rasgos que la distinguen de la forma del adulto. Las diferencias son “más relevantes en el lactante y el preescolar y afectan al diagnóstico, valoración de la gravedad, grado de control, evolución y respuesta al tratamiento”⁴⁷.

Se estima que aproximadamente el 30% de los niños presentan algún episodio de sibilancias en los seis primeros años de vida. En nuestro país, “la prevalencia de síntomas asmáticos en niños se ha mantenido constante durante los últimos años en los niños de 13 - 14 años (9%), mientras que ha sufrido un aumento significativo en el grupo de 6 - 7 años (7% en 1994 al 10% en 2002)”⁴⁸. Es manifiesto que esta prevalencia está aumentando sobre todo en zonas más desarrolladas y que los cuadros son cada vez más severos.

Pese a que el asma es un problema de salud pública importante que afecta a niños y adolescentes, existen pocas publicaciones sobre el estado de salud bucal de los niños asmáticos.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica⁴⁹, señala que los niños con enfermedades crónicas que toman medicación, pueden tener un mayor riesgo de enfermedades bucodentales.

⁴⁷ Ibidem. Pág., 43

⁴⁸ Vásquez GR, Huertas López J, Pedroza A, Acosta Bastidas M (2004). *Alergia, asma e inmunología pediátrica*. Tratamiento de la crisis asmática en niños. México. Pág., 109.

⁴⁹ Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez F, Casan P, Cobos N, López A, Llauger Rosselló M, Quintano J (2005). Guía española para el manejo del asma. Arch Bronconeumol. Pág., 78

El objetivo principal del tratamiento del asma en los niños “es lograr y mantener el control de la enfermedad lo antes posible. Para conseguirlos se sigue una estrategia global e individualizada a largo plazo basada en el tratamiento farmacológico óptimo y ajustado con medidas de supervisión, control ambiental y educación”⁵⁰.

El tratamiento farmacológico se basa fundamentalmente en 2 grupos de fármacos: “los broncodilatadores, capaces de relajar el músculo liso, (*los más usados son los -2 agonistas*) y los antiinflamatorios, (*corticoides inhalados como piedra angular en el tratamiento de fondo del asma*)”⁵¹.

Estos fármacos están diseñados para “tener un efecto local (tópico) y reducir al máximo los efectos sistémicos”⁵². Se administran por vía inhalatoria, porque se ha visto que consigue mejores niveles de fármaco a nivel pulmonar, aunque sólo llegue “un 20% del total, el 80% del fármaco restante se deposita a nivel orofaríngeo y en vías respiratorias superiores”⁵³. Existen varios dispositivos, nebulizadores, cartuchos presurizados de dosis controlada (MDI), inhaladores de polvo seco (DPI). La elección del dispositivo, dependerá de la edad del niño.

⁵⁰ Ruiz San Francisco A, Lorente Toledano F. Asma bronquial. Del Pozo Machuca J., redondo Romero R., Gancedo García MC., Bolívar Galiano V (20011). Tratado de Pediatría Extra hospitalaria. Pág., 134.

⁵¹ Third International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma. Pediatric Pulmonol 2008. Pag., 87

⁵² Global Initiative for Asthma (GINA). Guide for global strategy for asthma management and prevention Revised 2015. Disponible en URL: <http://www.ginasthma.com/>. Consultado el 20 de febrero del 2015

⁵³ Global Initiative for Asthma (GINA). Guide for global strategy for asthma management and Prevention Revised 2015. Disponible en URL: <http://www.ginasthma.com/>. Consultado el 20 de febrero del 2015

Es importante precisar que la presencia del asma en un niño durante toda su vida es variable.

Posiblemente muchos bebés y niños pequeños presenten sibilancia cuando contraigan alguna enfermedad viral como un resfrío o gripe. Sin embargo, la mayoría de estos niños no contraerán asma en etapas posteriores de sus vidas. Algunos niños con sibilancia y asma persistente mejoran durante la adolescencia.

Aproximadamente la mitad de los niños que padecen asma durante los primeros años de vida parecen superar la enfermedad cuando crecen, si bien los síntomas del asma pueden reaparecer en etapas posteriores.

Cabe señalar que el ejercicio, como correr largas distancias, puede desencadenar un brote en muchos niños con asma. Sin embargo, con la atención debida, un niño con asma puede participar completamente en la mayoría de los deportes. El ejercicio aeróbico de hecho mejora la función de las vías respiratorias al fortalecer los músculos respiratorios. A continuación, se enumeran algunos consejos para realizar ejercicio si se padece asma de acuerdo a E. Dueñas E, S Ucrós⁵⁴:

- Enseñar al niño a respirar por la nariz y no por la boca, para calentar y humedecer el aire antes de que ingrese en las vías respiratorias;

⁵⁴ Dueñas E, Ucrós S (2003). Guías de pediatría práctica basada en la evidencia. Crisis asmática. Bogotá: Médica Panamericana. Pág., 99.

- Durante el clima frío, asegurarse de que el niño use una bufanda sobre la boca y la nariz para calentar el aire inhalado;

- Administrar el medicamento para el asma antes del ejercicio,

- Asegurar de que el niño o lleve siempre su inhalador con medicamento de alivio rápido.

Aunado a lo anterior es posible que algunos niños con asma deban tomar sus medicamentos durante el horario escolar. Es importante que se trabajen con el personal de la escuela para alcanzar los objetivos de tratamiento del asma. Para una atención óptima del asma del niño en la escuela, la Academia Estadounidense de Alergia, Asma e Inmunología ⁵⁵ (American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology) recomienda lo siguiente:

- Reunirse con los maestros y demás personal escolar correspondiente para informarlos sobre la afección del niño, sus necesidades especiales y el plan de atención del asma;

- Notificar al personal escolar sobre los medicamentos para el asma del niño y cómo asistirlo durante un brote de asma;

⁵⁵ Hendeles L, Sherman J (2003). Are inhaled corticosteroids effective for acute exacerbations of asthma in children? *Journal of Pediatrics* 2003; 142(Suppl.). Pag. 26.

- Solicitar al personal escolar que trate al niño de la manera más natural posible cuando el asma esté bajo control;

- Antes de empezar la clase de educación física o un deporte de equipos, asegurarse de que el maestro o entrenador sepa que el ejercicio puede desencadenar los síntomas del asma;

- Hablar con los maestros y administradores de la escuela sobre la calidad del aire en interiores, los alérgenos y los elementos irritantes en la escuela; y

- Asegurarse el bienestar emocional del niño o explicándole que el asma no necesariamente debe hacerlo más lento o diferente de los demás niños.

Se recomienda ser sincero con el paciente infantil acerca del asma que presenta, dado que a medida que el niño crece, que la independencia es un objetivo importante. Los niños con asma no desean ser diferentes, pero igualmente necesitan orientación y supervisión. Por ello es recomendable tener en cuenta lo siguiente según M Reyes, G Aristizabal. F. Leal ⁵⁶ :

⁵⁶ Reyes M, Aristizabal G, Leal F (2006). Neumología pediátrica. Infección, alergia y enfermedad respiratoria del niño. Quinta edición. Bogotá: Médica Internacional Panamericana. Pág., 63.

- Niños que empiezan a caminar. Este grupo depende completamente de los padres. Estos niños comprenden muy poco sobre el asma. El factor más importante con este grupo es intentar lograr que tomar los medicamentos sea divertido, a la vez que se resalta la importancia de tomarlos. Permita que los niños colaboren de cualquier manera posible.

- Edad escolar. Estos niños poseen una mayor capacidad para comprender el asma. Debe enseñarles acerca de sus medicamentos y cómo evitar los desencadenantes. Deben comenzar a controlar sus propios síntomas.

- Adolescentes. A menudo, los adolescentes se resisten a tomar medicamentos para tratamientos crónicos, rechazan las restricciones y no desean ser diferentes. Involucre a los adolescentes en cada aspecto del control del asma. Deben colaborar con la fijación de los objetivos y con la decisión de qué medicamentos funcionan mejor.

Se puede usar un "contrato" para el asma. Debe permitir el cuidado personal y a la vez la supervisión general de los padres.

El tener asma no significa divertirse menos que los demás adolescentes. Es importante que su hijo adolescente informe a sus amigos sobre los desencadenantes.

El Asma Aumenta Las Posibilidades De Sufrir Caries En Niños

El asma hace que los niños respiren por la boca. Por lo tanto la boca se reseca. Si el pequeño consume alimentos azucarados, no tendrá como defender sus dientes del azúcar que crea la caries. Esta ha sido una de las conclusiones de una tesis presentada por la Academia Sahlgrenska ⁵⁷, que evaluó a niños y jóvenes con edades comprendidas entre 3 y 24 años de edad. La gingivitis también está más presente en niños con asma.

Los “niños y adolescentes con asma tienen algo más de caries y sufren con más frecuencia de gingivitis (inflamación gingival) que las personas de la misma edad sin asma” ⁵⁸. Un estudio presentado en la Academia Sahlgrenska, se analizó a niños, adolescentes y adultos jóvenes en los grupos de edad de 3, 6, 12-16 y 18-24, con y sin asma. El primer estudio reveló que los niños de 3 años de edad que sufren de asma tienen más caries que los de 3 años de edad sin asma.

Los niños con asma tienen una mayor tendencia a respirar por la boca. Se les seca la boca y se les da bebidas azucaradas con más frecuencia. Esto contribuye a su desarrollo más alto de caries, explica Malin Stensson, higienista dental e investigador del Departamento de Cardiología, Instituto de Odontología de la Academia Sahlgrenska ⁵⁹.

⁵⁷ Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica. Asma Guía infantil para su diagnóstico y tratamiento. México. 2003. Pág., 78

⁵⁸ Shulman JD, Taylor SE, Nunn ME (2001). The association between asthma and dental caries in Children and adolescents: a population- based case –control study. Caries Res. Pag., 35.

⁵⁹ Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica. Op., Cit. Pág., 81

Estos niños fueron seguidos en estudio desde sus 3 años de edad hasta la edad de 6 años. Se hizo evidente que los 3 años de edad con asma posteriormente desarrollada más caries que los niños sin asma.

Los científicos también han comparado la salud bucal de los adolescentes entre 12-16 años que tenían asma moderada o grave a largo plazo con la de los adolescentes de la misma edad sin asma. Sólo 1 de cada 20 en el grupo de asma no tiene caries, mientras que 13 de los 20 fueron pre-caries en el grupo control. Uno de los factores que pueden haber influido en el desarrollo de la caries es el nivel algo más bajo de la secreción de saliva, que fue probablemente causado por la medicación adoptadas por las personas con asma.

Los adolescentes con asma también “sufren con más frecuencia de la gingivitis que los que no padecen la enfermedad”⁶⁰.

El resultado obtenido en el mencionado estudio también examinó la salud bucal de los adultos jóvenes de 18-24 años, con y sin asma. Los resultados de este grupo de edad eran casi idénticos a aquellos en el grupo de 12-16 años de edad, aunque las diferencias entre las personas con asma y los que no, no eran tan grandes.

Malin Stensson⁶¹, señala que el número de participantes en los estudios fue relativamente pequeño, y los resultados pueden ser difíciles de generalizar.

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Ibidem. Pag., 81

Lo que es interesante, sin embargo, es que los jóvenes con asma tienen más caries que los que no tienen asma, incluso para estos participantes que proceden de zonas con salud oral relativamente buena. "El estudio es especialmente fiable, porque los grupos son homogéneos con respecto a la edad y área de residencia. Además, los participantes con asma habían sido correctamente diagnosticados por un especialista. Uno de los estudios es longitudinal, y esto da fuerza adicional a los resultados"⁶².

Se hace hincapié en lo importante que es que los jóvenes con asma reciban cuidado dental temprano, y que se establezca un programa preventivo de salud bucal entre el sistema de atención de la salud y el sistema de atención dental.

El personal médico y dental y los padres de niños con asma deben ser conscientes de la conexión entre el asma y la higiene oral.

⁶² Idem.

2.2 LA PRIMERA CITA DENTAL

De manera general se puede comentar los siguientes aspectos sobre la visita del paciente al dentista. Dicha actividad ha sido asimilada a episodios traumáticos, tales como la realización de procedimientos en plaza pública ante la mirada de los demás. Todo enmarcado en un “ambiente de circo, empirismo y, adicionalmente, una total falta de asepsia, que terminaba en complicaciones rutilantes para el paciente” ⁶³.

Con estos antecedentes ya “grabados” en la genética del individuo, sumado a las amenazas de algunos padres hacia el tratamiento odontológico “si te portas mal te llevo al odontólogo”, y siendo totalmente realistas, el hecho de que los procedimientos odontológicos en su mayoría son incómodos y dolorosos, no queda otra opción que aliviar esta carga para el paciente y hacer de su paso por el consultorio, una situación más agradable y más llevadera de lo que ha sido hasta el momento.

La investigación ha explorado el efecto de diferentes técnicas con efectos positivos o negativos, dependiendo con la forma como sean utilizados, sobre todo teniendo en cuenta que la ansiedad generada por el tratamiento odontológico entre niños y adultos puede conducir a que se cree una barrera que se termine en evitar el tratamiento, incumplir con las citas, no colaborar o asistir únicamente en momentos de urgencia.

⁶³ (2004). Música, relajación y sedación. Tribuna Odontológica (Programa de actualización basado en la evidencia). México. Pág., 56

Cuando se entra a evaluar un paciente en su grado de ansiedad frente a la odontología es muy importante tener en cuenta cuales han sido sus experiencias previas. Abrahamsson y Cols⁶⁴, mostraron que las fobias hacia la odontología son frecuentes en pacientes que no han asistido por un largo periodo a la consulta y con una carga emocional elevada.

En su estudio encontraron que los pacientes referían experiencias negativas en odontología tanto en el grupo de alto como de bajo miedo al tratamiento, con gran influencia de los aspectos psicológicos del individuo.

Se observó que aquellos con bajo miedo reportaban un alto periodo de evasión mientras que los de alto miedo mostraban mayor angustia psicológica.

Brown y Cols⁶⁵, habían encontrado que lo que más influía para el rechazo al tratamiento odontológico era el nivel de ansiedad general que mostrara el paciente y que no existía un proceso de sensibilización al tratamiento con las visitas que se realizaban. Dejaban al descubierto la importancia de realizar una adecuada historia del paciente en el momento de iniciar el tratamiento y del apoyo profesional que se requeriría de ser necesario.

En 1989 Vinard y Ravier-Rosemblaum⁶⁶ estudiaron las reacciones de los pacientes a estímulos sonoros en el consultorio, encontrando que por medio de registros electrofisiológicos se podían detectar manifestaciones neurovegetativas.

⁶⁴ Abrahamsson KH, Berggren U, Carlsson SG (2000). Psychosocial aspects of Dental and General fears in dental phobic patient. Acta Odontol. Scand. Feb. Pag., 17.

⁶⁵ Chandler L. A & Shermis M D (2006). Op., Cit. Pág., 59.

⁶⁶ Vinard H, Ravier Rosemblaum C (2009). The psychosomatic effect of the sonic environment in The dental office. Revisit Odontoestomatol. Mar – Apr. Pag., 15

De esta forma se demostró que la pieza de alta o turbina y el teléfono son los elementos más estresantes en el consultorio dental, ante los cuales hay una intensa actividad electro térmico y cambios respiratorios (un descenso en la magnitud y un incremento en la frecuencia inspiratoria), características de la ansiedad, estrés y estados emocionales.

Estas manifestaciones están asociadas con música disonante, ritmos irregulares y sonidos agresivos. Encontraron que, por el contrario, música lenta, con melodía regular y armónica tal como el Aria de Bach induce un ambiente subjetivo de relajación con la consecuente relajación fisiológica.

Mok y Wong ⁶⁷ en el 2003, bajo la hipótesis de que la cirugía con anestesia local es más estresante porque los pacientes son conscientes de los que les rodea, estudió el efecto de la música como un método para reducir la ansiedad de los pacientes durante la cirugía menor con anestesia local.

Con esta finalidad midió el impacto de la música sobre los signos vitales y el reporte de la ansiedad antes y después de la cirugía. Los resultados mostraron que quienes escuchaban la música de su elección durante la cirugía experimentaban niveles inferiores de ansiedad, así como tasas menores de frecuencia cardíaca y presión arterial que aquellos que no la escuchaban.

Staum y Brotons ⁶⁸, en el 2000 evaluaron que diferentes niveles de volumen afectaban la relajación psicológica y fisiológica (frecuencia cardíaca), para lo cual

⁶⁷ Mok E, Wong KY (2003). Effects of music on patient anxiety. AORN J. Feb. Oag., 36

⁶⁸ Robb SL (2000). Music assisted progressive muscle relaxation, progressive muscle relaxation, Music listening and silence: a comparison of relaxation techniques. J. Music ther. 2000 Spring. Pag., 30

el volumen de la música cambiaba cada tres minutos aleatoriamente entre niveles altos, medios y bajos.

Los sujetos escucharon música suave. Los hombres se inclinaron con la música fuerte al igual que los no especialistas en música, mientras que las mujeres y los especialistas en música prefirieron la música suave. No hubo relajación entre volumen y frecuencia cardiaca, pero si se observó que un mayor grado de relajación con la duración del experimento.

Robb SL ⁶⁹ en el 2000 (22), comparo los resultados entre la aplicación de la replicación muscular progresiva asistida por música, la relajación muscular progresiva, escuchar música y los efectos del silencio y la sugestión s obre la ansiedad y la relajación. Todos los sujetos usaron la misma técnica de relajación. Las técnicas mostraron ser igualmente efectivas para cambiar la ansiedad y producir relajación, pero la técnica adicionada con música reveló mayor cambio.

En el caso de los niños, la primera visita al odontólogo es una variable importante en el posterior desarrollo de actitudes o creencias de los niños acerca de los odontólogos y los tratamientos realizados por los mismos. Un resultado positivo en la relación odontólogo-paciente puede tener un efecto positivo sobre la satisfacción del paciente, así como en el cuidado oral que realizará en casa.

⁶⁹ Idem.



Figura 1

Atención dental

Una experiencia desagradable en la primera visita puede influir negativamente en los tratamientos posteriores y desarrollar ansiedad. Por lo tanto, las experiencias negativas en la infancia desempeñan un papel clave en el desarrollo de ansiedad o fobias en los adultos. Dicha ansiedad ante los procedimientos odontológicos produce un estado de temor de que algo terrible va a suceder en relación con el tratamiento. Tanto el temor (miedo) como la ansiedad pueden afectar la conducta del niño a lo largo de la consulta y, por lo tanto, influir en el resultado de su tratamiento.

El principal objetivo de la atención odontopediátrica es permitir que el niño tenga una actitud positiva hacia sus experiencias odontológicas, para que se puedan aplicar todas las técnicas preventivas y restaurativas en forma eficiente, sin causar ningún tipo de estrés momentáneo o trauma psicológico posterior al

tratamiento. Es importante también que los padres sean informados de las posibles reacciones de sus hijos ante diversas situaciones que se presentan a lo largo del tratamiento y cómo serán controladas, con el objetivo final de ganar su confianza y aceptación”⁷⁰.

Existen diferentes factores que determinan la conducta del niño en la consulta, como son:

1 Actitud de la familia. Los miedos subjetivos pueden ser adquiridos por imitación, los niños que provienen de hogares y ambientes familiares estructurados y organizados presentan menos problemas, se debe enseñar al niño que la consulta dental no es un lugar que deba ser temido. La odontología nunca debe ser usada por los padres como una amenaza hacia el niño.

2 Experiencias previas. Los niños que han tenido experiencias negativas previas, la manera en que se presenta la información sobre el tratamiento que van a recibir puede sensibilizarlos negativamente e incrementar la ansiedad.

3 Separación de los padres y miedo a lo desconocido. Afectan en especial al grupo de niños entre los 3 y 6 años, desaparecen paulatinamente a partir de los 6 años.

⁷⁰ Nogareda Cuixart, Silvia. (2010). Op., Cit. Pág., 34.

4 Presencia de los padres durante el tratamiento dental. Para los niños más pequeños de 2-3 años, la presencia de la madre o el padre representa una gran ayuda; indudablemente es un factor que produce seguridad, especialmente durante las primeras visitas. Sin embargo conforme el niño crece, la presencia de los padres resulta menos importante incluso puede influir negativamente y deteriorar el contacto entre el profesional y el niño.

5 Coeficiente intelectual. Al parecer los niños con menor coeficiente intelectual sienten más miedo hacia el profesional, lo mismo ocurre con los niños superdotados con un coeficiente intelectual muy alto.

6 Edad. Existe una relación entre edad, ansiedad y conducta en el ámbito dental. Niños más pequeños muestran mayores niveles de ansiedad y mayores niveles de conductas no apropiadas que niños de edades más avanzadas. Los pacientes de 3 y 4 años muestran una variedad más amplia de conductas que los mayores y las conductas inapropiadas, así como la ansiedad, disminuyen con la edad. Los niños pierden sucesivamente el miedo y se vuelven más cooperadores a medida que el tratamiento progresa.

7 Sexo. Las diferencias con respecto al sexo pueden aumentar con la edad debido a diversos procesos de socialización. Sólo a partir de los 7 años, las niñas muestran más miedo que los niños.

8 Duración de la visita. Las visitas no deben ser demasiado largas y es fundamental hacer pausas. Visitas de corta duración parecen más apropiadas para niños preescolares.

9 Hora de la visita. Las visitas por la mañana son preferibles a las visitas por la tarde en niños de más corta edad, ya que por la mañana no están tan cansados como por la tarde y pueden ofrecer mayor rendimiento.

Otro aspecto que también va a influir en la colaboración es la conciencia por parte del niño de su problema dental; por otra parte, el ambiente del consultorio, la empatía y el uniforme del personal pueden condicionar la colaboración del niño que acude por primera vez.



Figura 2

Ambiente del consultorio

Es pertinente hacer mención que se ha creado una escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente dental y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental, la cual a continuación se presentan según M.E. Díaz Pisan ⁷¹:

Grado 3. Aceptación positiva: voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en él, ojos brillantes, tranquilos o vivos y móviles.

Grado 2. Aceptación indiferente: conversaciones o preguntas dubitativas o demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indecisos, falta de atención.

Grado 1. Aceptación con desgana: falta de conversación, de respuesta y de interés, posición poco relajada en el sillón dental.

Grado 0. No aceptación: protestas verbales o físicas manifiestas o llanto.

Como profesional de la salud dental, y en especial cuando se atiende a niños es necesario considerar los siguientes perfiles de ellos los cuales a continuación se presenta conforme a M.E. Díaz Pisan ⁷²:

⁷¹ Díaz Pisan M. E, Cruz Chú CM (2004). Cómo lograr la óptima colaboración del niño en el consultorio dental. Bol Odontol Argent Niños. Pág., 129

⁷² Idem.

1 Niño con alteración emocional. La ansiedad es un fiadle de alteración emocional, cuando la ansiedad que acompaña a una cita dental se complica con la de un problema psicoemocional, a menudo se presenta una explosión conductual. Los niños afectados desde el punto de vista emocional son, en términos generales, pacientes dentales muy difíciles.

2 Enfermos crónicos y otras situaciones traumáticas. Un niño que padece alguna enfermedad crónica puede presentar problemas de conducta cuando los padres actúan con él dejando de premiar o castigar sus acciones de manera coherente. Los niños necesitan límites, reglas y respuestas lógicas a sus actitudes, a pesar de otras circunstancias que influyan en sus vidas.

Los niños abandonados y maltratados poseen un porcentaje más alto de padecimiento emocional y fácilmente presentan problemas de colaboración en citas dentales. Cuando se sospecha maltrato y abandono legal de informar a las autoridades respectivas.

3 Padecimiento infantil tímido o introvertido. La introversión y la timidez constituyen un problema para los niños, en particular los muy pequeños, los niños tímidos sufren un periodo complicado de ajuste ante las expectativas de una cita dental. Como con todos los niños, el primer objetivo del odontólogo es establecer empatía, confianza y comunicación.

4 Niño atemorizado. Un niño con miedo representa un reto enorme para el odontólogo, así como para maestros, médicos, padres y cualquiera que lo trate. Estos miedos incluyen temor a las agujas, miedo a la lesión corporal y temor a las agujas, miedo a la lesión corporal y temor en general a lo desconocido. La información, la experiencia y el sentido común permiten al profesional establecer de modo fiable las razones que motivan al niño.



Figura 3

Miedo del niño en la consulta dental

Algunas de las observaciones que un padre y el dentista pueden utilizar para reconocer al niño muy temeroso ante la cita odontológica son:

- Paciente incapaz de eliminar sus temores ante la cita dental, aun cuando lo preparen el odontólogo o sus padres, ya sea por su edad cronológica.

- El niño reacciona de manera exagerada a los temores por otras alteraciones emocionales en su vida.

- El niño incorpora miedo de sus compañeros, hermanos o padres, lo cual recibe el nombre de temores adquiridos.

- El paciente sufrió una experiencia mala y dolorosa en el consultorio del médico o de otro odontólogo o en el hospital.

- El niño presenta alguna enfermedad emocional.

5 Niño con aversión a la autoridad. Se trata de niños difíciles que no pueden seguir bien las instrucciones de los adultos. Son pacientes consentidos, incorregibles, sobreprotegidos y rebeldes. Los objetivos mal dirigidos para los niños involucrados incluyen: Atención indebida, lucha por el poder, revancha y venganza e insuficiencia.

EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ESTRÉS ANTE EL ODONTÓLOGO

Por lo general todo paciente tiene la idea tradicional del dentista como atormentador tiene su origen en el hecho de que los dientes y su tratamiento pueden producir dolor intenso. El tratamiento dental es “percibido en la actualidad como una experiencia agónica”⁷³. El comportamiento de los individuos afecta positiva o negativamente a su salud dental del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales afectan el comportamiento de aquellos que lo padecen⁷⁴.

Entre las conductas de riesgo para la salud buco-dental (niños), se encuentran los “hábitos orales perjudiciales, las conductas relacionadas con la dieta alimenticia, el miedo, la ansiedad, los comportamientos disruptivos o entorpecedores (cerrar la boca, mover la cabeza, dar manotazos, gritar, quejarse o llorar) y la evitación de las situaciones de tratamiento dental (retraso en la petición de consulta, anulación de citas)”⁷⁵.

Las situaciones de miedo y ansiedad que ocasionan el estrés no se restringen sólo a la consulta odontológica pero se sabe que allí surge fácilmente.

⁷³ Barberia Leache E, Martín Díaz D, Tobal M, Fernández Frías C (2007). Prevalencia, consecuencias y antecedentes de miedo, ansiedad y fobia dental. Bol Asoc Odontol Argent P Niños. Pág., 71

⁷⁴ Shaw NJ, Edmunds AT (2006). Inhaled beclomethasone and oral candidiasis. Archives of Disease in Childhood. Pag., 21

⁷⁵ Idem.

¿Por qué?

¿Por qué se tiene miedo si voluntariamente se proponer ir al odontólogo, tratarse y sobre todo sostener la seria proposición de "no volver a tener caries"?

¿Qué sucede que no se logra sostener esa propuesta?

Por lo general los pacientes reflexionan y siente que de haber realizado la consulta "antes" o a tiempo, no hubiera padecido tantos dolores ni tampoco hubiera tenido que perder algún diente. Se hacen una seria propuesta después de salir del consultorio ya casi con la boca arreglada. Pero al tiempo algo pasa. ¿Qué?, sienten que "el odontólogo se va a enojar y que no va a creer si le se cuenta que se había decidido mantener regularmente las consultas como se había convenido pero que no se sabe que pasó y sobre todo, no sabe qué pasó con la propia propuesta cuando abre la boca y la sensación de angustia los invade otra vez"⁷⁶.

En la situación dental, "el miedo y la ansiedad (parte del estrés) son prácticamente indistinguibles"⁷⁷. En la literatura se expresa de diversos modos, pero predomina el término de ansiedad dental. A continuación se expone la diferencia de cada uno Edmunds AT, Shaw NJ ⁷⁸.

⁷⁶ Shaw NJ,Edmunds AT (2006). Op., Cit. Pag., 23

⁷⁷ Idem.

⁷⁸ Ibidem. Pág., 25

1. Miedo:(Lat. Metu) m. Perturbación angustiosa del ánimo por un peligro real o imaginario. “Recelo o aprensión que uno tiene que le suceda una cosa contraria a lo que deseaba. Reacción a un peligro real o amenazante”⁷⁹. El miedo dental puede contemplarse desde una doble perspectiva.

Por un lado, “como reacción fóbica aprendida y condicionada por una experiencia previa o aprendizaje social (a veces sin haber llegado a pasar por ninguna consulta); por la otra, como respuesta adicional a otros miedos en estados propensos a padecer desórdenes psicológicos”⁸⁰. El miedo “invade y afecta a la persona tanto en su vida social como a nivel familiar, laboral y/o en el estudio”⁸¹, y puede ser:

a) Miedos objetivos. Son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno, son reacciones a estímulos que se sienten ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable.

Un niño que anteriormente ha tenido contacto con un dentista, y ha sido manejado tan deficientemente que se le ha infligido dolor innecesario, por fuerza desarrollara miedo a tratamientos dentales futuros.

b) Miedos subjetivos. Están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya

⁷⁹ Bensabar S (2007). Op., Cit. Pág., 47

⁸⁰ Baggini CE, Gilgun LC. En diálogo con el odontólogo y el psicólogo. Segunda parte. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/pacientes>.

⁸¹ El miedo dental. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.infomed>.

experimentado personalmente. Aunque las influencias de los padres son las más profundas en materia de sugestión, los niños pueden adquirir miedos sugeridos de amigos o compañeros de juego, de materiales como libros, periódicos, dibujos animados, radio, televisión y teatro.

2. Ansiedad: (lat. anxietate). “Estado de inquietud del ánimo. Angustia que acompaña a muchas enfermedades. Reacción emocional, respuesta o patrón de respuesta, rasgo de personalidad, estado, síntoma, síndrome y experiencia interna, reacción a un peligro irreal o imaginario”⁸².

En la ansiedad se presenta un sentimiento inmotivado de temor e incertidumbre, aprehensión y tensión frente a una amenaza no identificada que compromete el funcionamiento del individuo e implica una reducción de la libertad personal Andrade⁸³. La ansiedad normal, no excesiva y de carácter adaptativo, sirve para movilizar “las operaciones defensivas del organismo, es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento”⁸⁴.

Aunado a lo anterior se tiene que se presenta los siguientes trastornos⁸⁵, como consecuencia de ello:

a) Trastornos de ansiedad social: Una fuerte sensación de tensión o nerviosismo en situaciones sociales.

⁸² Solo hombres. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en:
<http://www.prodigyweb.net.mx>

⁸³ Baggini CE, Gilgun LC. ¿Se considera un paciente fóbico? Primera parte. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.clinicaeuroden.com/miedo-dentista>.

⁸⁴ Idem.

⁸⁵ Idem.

b) Trastorno de pánico: Una sensación súbita de miedo y pavor intenso que sucede sin ninguna causa.

c) Trastorno de ansiedad generalizada: Sensación diaria de mucha preocupación y ansiedad, todos los días que dura al menos seis meses.

d) Trastorno obsesivo compulsivo: Pensamientos frecuentes, a menudo perturbadores, que pueden provocar conductas llamadas compulsiones que aparentemente no se pueden detener ni controlar.

e) Trastorno por estrés postraumático: Recuerdos vividos y atemorizantes, así como pesadillas de un evento traumático.

Así, también cabe señalar que los síntomas característicos de los trastornos de ansiedad difieren de los sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud en que se manifiestan externamente como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas, reacciones que escapan del control voluntario de la persona, tienen un carácter intenso y recurrente, generan incomodidad y malestar e interfieren significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles.

A continuación se presentan el panorama de respuestas de ansiedad agrupadas en los tres sistemas de respuesta humana: “síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento”⁸⁶:

1. Preocupación:

- Inseguridad.

- Miedo o temor.

- Aprensión.

- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).

- Anticipación de peligro o amenaza.

- Dificultad de concentración.

⁸⁶ Ansiedad. En: Biblioteca de consulta Encarta. Consultado 20 de febrero del 2015 enero 2005. Disponible en Microsoft Encarta. 22^a ed. Versión: 14.0.0.0603. Redmond: Websters International Publisher.

- Dificultad para la toma de decisiones.

- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

2. Motores u observables

- Hiperactividad.

- Paralización motora.

- Movimientos torpes y desorganizados.

- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.

- Conductas de evitación fisiológica o corporal.

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.

- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.

- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.

- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.

- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.

- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

En el caso de la ontología, la ansiedad dental describe aprehensión más profunda que interfiere con el tratamiento rutinario y que requiere una atención especial ⁸⁷.

⁸⁷ Shaw NJ, Edmunds AT (2006). Op., Cit. Pag., 29.

3. Fobia: (del gr. phobeomai, temer). “Aversión apasionada, temor morboso (44). Mórbita asociación de miedo con ansiedad, un miedo persistente e irracional que resulta en un imperioso deseo de evitar el objeto de terror, actividad o Situación”⁸⁸.

La Fobia consiste en un temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. Por ejemplo: miedo a volar, a la altura (Acrofobia), vértigo, precipicios, animales (Zoofobia) o insectos (Entomofobia), ascensores, espacios cerrados (claustrofobia), oscuridad, administración de inyecciones, visión de sangre o heridas, ingerir determinadas comidas o medicamentos, ir al dentista, etc.

La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de miedo, que puede tomar la forma de una Crisis de Pánico. La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional pero no puede controlarlo.

Las situaciones que provocan fobia se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar. Estas fobias interfieren “marcadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas), familiares o sociales”⁸⁹.

⁸⁸ Ansiedad. En: Biblioteca de consulta Encarta. Consultado 20 de febrero del 2015 enero 2005. Disponible en Microsoft Encarta. 22ª ed. Versión: 14.0.0.0603. Redmond: Websters International Publisher.

⁸⁹ Trastornos de ansiedad. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://psicofarmacologia.bizland.com/TA>.

El paciente evita un objeto o situación reconocida por el individuo como irracionalmente atemorizadora, que despierta en él una reacción ansiosa desproporcionada en su presencia o cuando anticipa su encuentro. Lejos de él (o ella), el sujeto no presenta ansiedad. Las fobias simples también pueden involucrar aspectos como pérdida de control, pánico y desfallecimiento en presencia del objeto o situación atemorizadora. En pocas ocasiones la persona intenta enfrentarlo, pero a costa de una marcada ansiedad. “Si la fobia no conduce a un marcado malestar o no interfiere significativamente con su funcionalidad, el diagnóstico no deberá hacerse”⁹⁰.

La fobia dental se considera un miedo extremo e intensificado al dentista y al tratamiento odontológico. Esta fobia puede dar lugar a “estados de pánico reales con ataques de sudoración y temblores que lleva a los pacientes a evitar su cuidado dental incluyendo prácticas orales de dejadez”⁹¹.

Estudios realizados al respecto estiman que “entre el 10 y el 15 por ciento de la población experimenta ansiedad cuando tiene que acudir al dentista, lo que puede inducirle a cancelar o posponer su cita con el especialista y tiene efectos negativos sobre su salud buco dental”⁹².

⁹⁰ Idem.

⁹¹ Fobia. En: Biblioteca de consulta encarta Independet JPEG. Microsoft Encarta: Websters Internacional Publisher; 2015.

⁹² Idem.

Montserrat Catalá Pizarro, odontopediatra y profesora de Odontología de la Universidad de Valencia, ha analizado las causas más frecuentes por las que entre un 5 y un 20 por ciento de la población tiene miedo a la hora de ir al dentista. (47, 48) En Alemania aprox. 5 millones de personas sufren de la llamada "fobia al tratamiento odontológico"⁹³.

Cabe señalar que algunos autores no han encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo. Otros indican alto grado de ansiedad en mujeres comparadas con los hombres. Entre las causas de estas diferencias se podrían considerar el alto porcentaje de mujeres que responde a las encuestas.

También podría ser fruto de la aceptación social general de normas que permiten a las mujeres expresar con más libertad sus ansiedades, basados en diferentes roles sociales y expectativas. Probablemente la ansiedad dental en hombres es expresada a través de otras vías menos directas.

Un apoyo indirecto para esta premisa podría encontrarse en el hecho de que entre los pacientes que sufren de severos miedos dentales, la salud oral está significativamente más deteriorada en hombres que en mujeres. "Las mujeres están más abiertas a admitir su ansiedad dental y a iniciar el tratamiento"⁹⁴.

⁹³ Idem.

⁹⁴ Shaw NJ, Edmunds AT (2006). Op., Cit. Pag., 33

De acuerdo con una encuesta en línea realizado en 1999 por la American Academy of Periodontology ⁹⁵, el 47 por ciento de los periodoncistas estuvieron de acuerdo en que los hombres tienen más miedo al tratamiento periodontal que las mujeres, mientras que solamente el once por ciento dijo que las mujeres tenían más miedo ante la misma situación. Los índices de consultas al dentista son más bajos entre los hombres que entre las mujeres.

La Asociación Dental Americana y una encuesta telefónica realizada por Gallup, uno de cada cuatro hombres reportó que ellos no habían visitado un dentista durante el año anterior. Además, un estudio en el Journal of Periodontology, en junio de 1999, encontró que la mitad de hombres de 40 años no habían sido sometidos a tratamientos periodontales o terapias de mantenimiento periodontal⁹⁶.

Los periodoncistas informaron que los hombres adultos de mediana edad son más miedosos a los procedimientos periodontales. “Mientras que el cuarenta y siete por ciento de los encuestados indicaron que los hombres tienen más miedos, el once por ciento dijo eran las pacientes mujeres quienes se mostraban más ansiosas”⁹⁷. Por otro lado se plantea que “predomina el sexo femenino, lo cual sugiere que ellas pueden tener mayores facilidades para expresar sus emociones”⁹⁸.

⁹⁵ Laguna Murcia P. El origen del miedo dental está vinculado a vivencias Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/entorno/ent060201combis>.

⁹⁶ Laguna Murcia P. El origen del miedo dental está vinculado a vivencias Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/entorno/ent060201combis>.

⁹⁷ Idem.

⁹⁸ Idem.

Aquí es pertinente precisar que “los niños refieren más sensación de miedo que los adultos”⁹⁹. Díaz Pisan ¹⁰⁰ considera que el temor y la ansiedad frente al tratamiento odontológico son problemas frecuentes en niños y adolescentes.

En algunos estudios se plantea que más de “la mitad de los profesionales indican que los adultos entre los 40 y 50 años muestran más temor que los de otros grupos de edad y a medida que aumenta la edad los pacientes se vuelven más temerosos ya que pueden haber vivenciado mayor número de tratamientos odontológicos”¹⁰¹.

Cabe comentar que las barreras para asistir a un consultorio dependen de las experiencias pasadas y antecedentes psico-sociales del paciente, que combinados reducen su capacidad para visitar el odontólogo. En el paciente adulto las barreras incluyen ansiedad, costo financiero y percepción de la necesidad de tratamiento; en los más jóvenes está afectada por la actitud y ansiedad de los padres. “En los adolescentes y niños su cumplimiento depende del desarrollo psicológico”¹⁰².

La causa de la ansiedad se postula como “multifactorial, siendo el motivo más universalmente referido una experiencia traumática previa, seguido por otros como la actitud aprendida de su entorno, los relatos de parientes y amigos cercanos respecto a tratamientos dentales recibidos diez años antes y otros determinantes” ¹⁰³.

⁹⁹ Shaw NJ, Edmunds AT (2006). Op., Cit. Pag., 35

¹⁰⁰ El miedo dental. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.infomed>

¹⁰¹ El miedo dental. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: http://www.red-dental.com/o_hp.

¹⁰² Singh KA, Moraes ABA de, Bovi Ambrosano GM (2000). Medo, ansiedade e controle relacionados a tratamento odontológico. *Pesq Odont Bras.* Pág., 146

¹⁰³ Calatrava LA. ¿Qué es éxito clínico en odontología restauradora? Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.elcov/index.htm>

Para Montserrat Catalá Pizarro¹⁰⁴, profesora titular de Odontología de la Universidad de Valencia, ha explicado que “el miedo depende en gran parte de la preparación y adiestramiento del profesional para condicionar en el sujeto una actitud positiva hacia el tratamiento dental, pero también puede estar condicionado por influencias familiares y sociales”. Lo cierto es que la percepción individual del dolor tiene un importante papel en la ansiedad y el miedo dental.

Para Catalá es muy importante reflexionar sobre las condiciones en que aparece el miedo dental como una conducta aprendida, ya que al menos dos tercios de los adultos que lo padecen afirman que tuvo su origen en una experiencia traumática durante la infancia o la adolescencia.

También se da el caso, empero, de personas que admiten “haberse sentido relajadas en la consulta durante las primeras visitas, y han desarrollado el miedo a lo largo del tratamiento”¹⁰⁵.

Incluso un leve retraso en la sala de espera puede parecer una eternidad, los miedos, dudas y el pánico pueden reaparecer. Si a esta altura “el paciente fóbico no se retiró, su capacidad para manejar la situación ha caído enormemente, haciendo la atención más dificultosa para el odontólogo. Los retrasos son comunes, irritan a los pacientes normales y devastan al fóbico”¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Aguilera F, Osorio R, Toledano M. Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: http://www.infomed.es/cmálaga/rev_12_1/art3.

¹⁰⁵ Gentle Dental Office Group. Odontofobia – no hay por qué avergonzarse. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://gentledentaloffice.com/es/zahnarztphobie>.

¹⁰⁶ Clínica Euroden dental. Miedo al dentista. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.clinicaeuroden.com/miedo-dentista>.

Según Correa, los niños hasta los 3 ó 4 años experimentan más miedo debido a factores tales como inmadurez en función del estado de desarrollo cognoscitivo, ansiedad de separación de la madre, ansiedad delante de extraños, etc., que hacen parte del repertorio de miedos específicos o peculiares de los primeros años del niño. Klatchoian ¹⁰⁷ 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.

Existen factores que pueden agravar las causas del miedo en el niño en su primera cita, entre los cuales se tiene:

- Estados de salud del niño: los niños con una experiencia médica anterior positiva tienden a colaborar más con el estomatólogo. En este sentido, lo importante no es el número, sino la calidad emocional de las anteriores consultas médicas.

- Situaciones emocionales especiales: los desajustes familiares son aspectos importantes que se debe tener en cuenta a la hora de recoger datos del niño. Las familias que presentan desajustes crónicos continuos determinan problemas mayores o menores en ellos, que dependen de una serie de factores, e

¹⁰⁷ Trastornos de ansiedad. Op., Cit.

intervienen en el comportamiento del niño en el consultorio. Los hogares destruidos pueden influir negativamente en el desarrollo de la personalidad. Pueden llevar a sentimientos de inferioridad, apatía y depresión.

Sin embargo, los hogares destruidos a veces son menos perniciosos para la formación del carácter que los hogares con conflictos crónicos y completo desajuste. Así, niños que provienen de familias en que ocurren constantes discusiones entre los padres, hijos de padres separados o de padres muy ocupados por problemas de trabajo o de vanidad personal, normalmente demuestran inseguridad, una cierta ansiedad en dependencia de la falta de estructuración familiar.

A veces estos problemas son pasajeros por decaída momentáneos en el comportamiento familiar, en esta situación los niños han demostrado avales emocionales, los cuales pueden en mayor o menor grado provocar cambios en el comportamiento. Discusiones entre los padres, viaje prolongado de uno de ellos, nacimiento de un nuevo hermano, entre otros, son elementos que afectan el comportamiento del niño.

- Forma en que el niño es tratado en casa y forma de comportamiento familiar: el niño que vive en el seno de una familia miedosa, también tenderá a exagerar esta característica.

- Forma en que el niño es tratado por el estomatólogo general u odontopediatra: la mayoría de los niños muestran un cierto grado de ansiedad y tensión al inicio del tratamiento. Este grado es mayor cuanto peores hayan sido las condiciones pretratamiento, es decir, para aquellos niños que ya pasaron por experiencias desagradables, los que recibieron informaciones distorsionadas con respecto al tratamiento, los de menos edad, aquellos que pasaron por tratamientos médicos prolongados o sufridos.

A estos niños se debes proporcionarles las condiciones más favorables para que ocurra la disminución de la ansiedad y la tensión, aunque para esto se tenga que provocar cierto retraso o disminución en el ritmo de trabajo clínico. Generalmente “esta ansiedad y tensión disminuyen sensiblemente con palabras tranquilizadoras de cariño, un toque físico, gestos delicados durante el tratamiento odontológico”¹⁰⁸.

- La conducta verbal del odontólogo

Por otra parte cabe destacar que los rasgos de los pacientes con miedo al dentista pueden ser:

- Se avergüenzan enormemente.

- Un estado de salud general extremadamente malo durante la fase de miedo.

- Muy poca confianza en los dentistas.

- Extensos y complejos daños en la dentadura demasiado exigentes para un dentista normal.

¹⁰⁸ Solecki A. Desde la mirada de un fóbico. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.simply4u.co.uk>

- Llantos
- Gritos
- Berrinches
- Pacientes tímidos
- Hipersensibles al dolor.
- Utilizan técnicas dilatorias.
- Mantienen conductas desorganizadas.

- Angustia. Se manifiestan en el ámbito de nuestro cuerpo por señales muy molestas como: enrojecimiento – sudoración – dolor en el pecho – falta de aire boca seca problemas gastrointestinales.

- Es común sentirse inmovilizado en el sillón del dentista.

- Los pensamientos de estar limitado conducen solo a pensamientos de escape.

- Retrasar o eludir las citas con el odontólogo

EL PACIENTE ASMÁTICO EN LA PRIMERA CONSULTA AL DENTISTA

Muchas personas experimentan, a pesar de las más modernas técnicas y avances odontológicos, una sensación de ansiedad y temor cuando deben sentarse en el sillón del odontólogo. Ésta es la causa de la existencia de patología dental muy avanzada, que podría haberse detectado precozmente y haber sido tratada sin dificultad de no mediar la falta de asistencia a control. En el caso del paciente asmático, la boca, que cumple una función respiratoria activa, constituye una preocupación que no debe minimizarse.

Por otra parte, el grado de ansiedad o incluso las molestias o el temor por procedimientos invasivos puede desencadenar una crisis asmática en el consultorio del odontólogo. Estos acontecimientos no sólo tienen lugar en niños sino en adultos, muchas veces víctimas de experiencias no gratas durante su infancia este motivo, es importante no abandonar el tratamiento de mantenimiento en los días previos a la consulta ni tampoco olvidar el aerosol al asistir a la cita de una consulta médica dental.

Algo similar sucede con la vitalidad de las encías. En aquellas personas que no tiene la precaución del cepillado y la higiene dental diaria, puede producirse una inflamación de estos tejidos que sirven de sostén al hueso y provocar la denominada gingivitis (inflamación de las encías), también conocida como piorrea. La inflamación de estas estructuras pone en riesgo la permanencia de los dientes, que se aflojan y pueden caerse y ocasionar problemas de sangrado y molestias en la cavidad oral.

El uso de medicación antiasmática inhalatoria ocasionalmente puede provocar irritación de la garganta, o enrojecimiento de la zona de las fauces, que predispone a la zona al ataque de otros organismos infecciosos que pueden ocasionar anginas u otras manifestaciones bucales. Ésta es una de las razones por las que los especialistas indican hacerse buches o gárgaras inmediatamente después de la aplicación del medicamento inhalado, para evitar que los residuos del medicamento, queden depositados en la lengua o fauces, fuera del área en la que deben actuar (los bronquios).

Aunado a lo anterior hay que tener presente que existen una serie de circunstancias que hacen que el paciente asmático presente una cierta tendencia a sufrir afecciones bucodentales. En efecto, según comentan los especialistas de una entidad científico-educativa de los EE.UU., (la Academy of General Dentistry) no es infrecuente que pacientes asmáticos tratados presenten cavidades dentales (conocidas como caries) un poco mayores que las observadas en pacientes no asmáticos. A este hecho se sumaría la presencia de mal aliento y e problemas gingivales, es decir, de las encías.

El respirar por la boca, aunado al uso de medicación antiasmática como los corticoides, puede ocasionar una reducción en la elaboración de la saliva, que constituye una verdadera forma de lavado interno de la boca

La saliva, que diluye irritantes y presenta incluso una cierta acción antiséptica y anti-infecciosa (por sus componentes inmunológicos) ayudaría a prevenir las caries o evitar que éstas alcancen un tamaño que ponga en riesgo la vitalidad de la pieza dental en la que se desarrolla. Por este motivo, al tener menor secreción salivar (boca más seca) las bacterias que atacan los dientes y forman la placa dental, proliferan más fácilmente y generan caries más profundas.

En la actualidad, los dentistas ven más pacientes asmáticos que toman medicamentos, lo cual puede producir más caries, mal aliento y problemas en las encías. Además, muchos de esos pacientes olvidan llevar sus inhaladores a las consultas con el dentista, lo cual causa más ataques de asma en el consultorio, según informa la Academia de Odontología General (AGD).

En el caso de los niños asmáticos se tiene que estos son propensos a respirar por la boca, lo cual combinado con los medicamentos para el asma, como corticosteroides, causa un menor flujo de saliva.



Figura 4.

Inhalador

Esta condición se conoce como "boca seca", y puede aumentar el mal aliento y las caries. La saliva tiene un efecto limpiador en la boca, y cuando se produce menos cantidad de la misma, los pacientes asmáticos corren más riesgo de tener caries y mal aliento. Cuando una persona no se cepilla ni usa hilo dental a conciencia, sus encías pueden inflamarse, lo cual en muchos casos deviene en una enfermedad de las encías.

Además, los inhaladores para el asma pueden irritar la parte posterior del paladar, lo cual provoca una lesión rojiza. Si se ignora la lesión, el área puede infectarse. Según un estudio publicado por la Academia de Odontología General, esta infección puede extenderse y afectar no solo la garganta, sino también el resto de la boca.

Los pacientes pediátricos que tienen antecedentes de asma y estrés cuando deben consultar con el dentista, deben informarle a su dentista sobre su enfermedad. De esta manera, el dentista podrá tomar las medidas necesarias para evitar que el paciente sufra un ataque de asma durante un procedimiento dental. Los estudios sobre el tema han demostrado que el factor determinante para vencer el estrés por ir al dentista es una buena comunicación entre el dentista y el paciente. Para ello son aconsejables las siguientes recomendaciones.

- Enfocarse a respirar regular y pausadamente durante los procedimientos dentales. Cuando se está nervioso, el enfermo de asma tiende a contener la respiración, con lo cual disminuyen los niveles de oxígeno y se incrementa aún más la sensación de pánico.

- Consumir alimentos con alto contenido proteico que, a diferencia de los dulces, tienen un efecto relajante.

- Tratar de programar la consulta para un día u horario en el que no se disponga de tiempo o presionado, lo ideal es un sábado o las primeras horas de la mañana.

- Siempre llevar el inhalador al consultorio dental, por si se llega a sufrir un ataque de asma.

Aunado a lo anterior se tiene, que existen varias medidas que se puede tomar para controlar el asma y favorecer la salud de su boca:

- Hacer saber al dentista que se padece de asma.

- Explicarle al médico dentista que el problema de asma está bajo control.

- Infórmele al dentista sobre todos los medicamentos que se está tomando para el asma (y sobre cualquier otro medicamento que se estuviere tomando).

- Después de usar el inhalador, enjuague su boca con agua o un enjuague bucal con flúor.

Cabe señalar además que al tratar a pacientes asmáticos en el consultorio dental se ha de tener en cuenta algunos puntos:

A. Se valorará el grado de la enfermedad asmática, para ello se hará preguntas referida a las hospitalizaciones, urgencias y el modo que el asma afecta a las actividades y vida del paciente, a lo anterior se preguntará cual es el tratamiento actual para valorar cuál es el grado de resistencia que ofrecerá al tratamiento a aplicar. Nos aseguraremos que el paciente está siguiendo la toma de medicamentos actualmente, y también en algunos casos preguntaremos al médico de cabecera.

B. Identificar las causas que provocan los ataques de asma, y si estas causas se encuentran en el ambiente de la consulta dental (medicamentos, estrés u otros elementos) y tomar las medidas pertinentes para su control.

C. En cuanto a la profilaxis en la consulta dental habrá pacientes que se ven beneficiados al usar sus broncodilatadores antes de la consulta dental, esto influye en el efecto protector tanto al evitar un ataque y también hace un efecto psicológico de seguridad al entrar a consulta.

D. Tener en consideración precauciones indicadas para la supresión suprarrenal en aquellos pacientes que están siendo tratados con medicamentos corticoesteroides.

CAPÍTULO III

CONCLUSIONES

3.1 CONCLUSIONES

1. El estrés, es tan antiguo como el hombre mismo, que en su lucha por la supervivencia le provocaban la misma movilización de energías y sensación de esfuerzo.

2. Etimológicamente hablando el término estrés deriva del griego “stringere” que significa provocar tensión, el origen del concepto fue intuitivamente tomado de la definición física de estrés, entendiéndose a éste como la fuerza que al ser aplicada sobre un objeto, es capaz de ocasionar la deformación del mismo.

3. Se identifica tres etapas en la respuesta al estrés, la primera reconoce el estresor y se prepara a dar una respuesta a éste; la segunda etapa es de resistencia en donde una vez desaparecido el agente estresor, el organismo repara cualquier daño que se haya producido durante la fase de alarma, finalmente la tercera etapa es la agotamiento misma que se presenta si existe persistencia del agente estresor.

4., El organismo ante una situación de estrés tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipofisopararrenal y del sistema nervioso vegetativo, los cuales producen la liberación de hormonas, sustancias elaboradas en las glándulas que, transportadas a través de la sangre, excitan, inhiben o regulan la actividad de los órganos.

5. Con respecto al estrés en los niños, se identifican cuatro aspectos que suelen presentar: Los estresores que afectan al niño; la percepción del niño sobre los estresores; el impacto del estrés sobre las áreas de funcionamiento del niño y el comportamiento que adopta el niño para ajustarse al estrés.

6. El estrés en los niños, tiene enfoques, el primero es considerado como estímulo, el segundo como respuesta, y el tercero como amenaza percibida.

7. Existe en el niño (a) cuatro patrones de respuesta al estrés: la respuesta dependiente. Bajo tales condiciones la conducta del niño bajo estrés puede ir desde el extremo pasivo al extremo activo; y por otro lado, del extremo introvertido al extremo extrovertido.

8. Con respecto al asma se tiene que es un síndrome que incluye diversos fenotipos que comparten manifestaciones clínicas similares pero de etiologías probablemente diferentes, a la fecha se le considera como: un proceso inflamatorio crónico de las vías respiratorias.

9. Los tres aspectos característicos de esta enfermedad son: la obstrucción bronquial reversible, la inflamación y remodelado bronquial, y las alteraciones histológicas. Aunado a esto se tiene que los síntomas del asma pueden ser leves, moderados o graves y entre ellos se incluyen: Tos, jadeos, dificultad para respirar y sensación de opresión en el pecho.

10. Existen determinados factores que pueden desencadenar dicha enfermedad las más comunes son: Infección respiratoria, irritaciones provocadas por polvo, cigarrillos y diversos humos o vapores, o productos químicos (y otras sustancias) encontradas en los puestos de trabajo, alergias al polen, medicinas, animales, ácaros del polvo de la casa o ciertos productos de alimentación, especialmente conservantes y colorantes, el ejercicio, en ambientes fríos o secos, las emociones y ciertas medicinas.

11. La presencia del asma se pueden realizar mediante una o varias de las siguientes pruebas: La medida de flujo espiratorio máximo, la espirometría, la radiografía de tórax, las pruebas cutáneas de alergia. En niños menores de cinco años, el diagnóstico puede ser hecho solamente viendo si ellos responden a tratamientos de asma,

12. Para la atención de una crisis asmática se recomienda realizar una historia clínica y exploración física inmediata cuando el paciente llega al área de urgencias. Ello permitirá que el paciente pueda ser tratado según el grado de complejidad que presente.

13. Los signos vitales como taquicardia, taquipnea y pulso paradójico son otra característica muy importante en los pacientes con crisis asmática, como respuestas compensatorias a la obstrucción de la vía aérea e hipoxia.

14. El asma bronquial es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, sus síntomas son similares en cualquier edad, pero son distintas al del adulto. Las diferencias son más relevantes en el lactante y el preescolar y afectan al diagnóstico, valoración de la gravedad, grado de control, evolución y respuesta al tratamiento

15. El asma hace que los niños respiren por la boca, de aquí que la boca se reseca. Si el pequeño consume alimentos azucarados, no tendrá como defender sus dientes del azúcar que crea la caries. La gingivitis también está más presente en niños con asma. Uno de los factores que influye para que ello se dé es el nivel algo más bajo de la secreción de saliva.

16. Es importante por lo anteriormente expuesto que los niños o jóvenes con asma reciban cuidado dental temprano, y que se establezca un programa preventivo de salud bucal entre el sistema de atención de la salud y el sistema de atención dental. El personal médico y dental y los padres de niños con asma deben ser conscientes de la conexión entre el asma y la higiene oral.

17. La visita del paciente al dentista ha sido asimilada a episodios traumáticos, los cuales ya presente en la genética del individuo hace más complejo la visita al dentista, lo cual sumado a las amenazas de algunos padres hacia el tratamiento odontológico conlleva a la completa negación de un tratamiento odontológico.

18. Al evaluar a un paciente es necesario considerar su grado de ansiedad frente a la odontología y tener en cuenta cuales han sido sus experiencias previas y a partir de ello diseñar las estrategias a realizar para su atención. En el caso de los niños, la primera visita al odontólogo es una variable importante en el posterior desarrollo de actitudes o creencias de los niños acerca de los odontólogos y los tratamientos realizados por los mismos. Un resultado positivo en la relación odontólogo-paciente puede tener un efecto positivo sobre la satisfacción del paciente, así como en el cuidado oral que realizará en casa.

BIBLIOGRAFÍA

Abrahamsson KH, Berggren U, Carlsson SG (2000). Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patient. Acta Odontol. Scand. Feb.

Alsop P, Mc. Caffreyt (2003). How to COPE children stress. A practical guide for teachers. Essex: Logman.

Barberia Leache E, Martín Díaz D, Tobal M, Fernández Frías C (2007). Prevalencia, consecuencias y antecedentes de miedo, ansiedad y fobia dental. Bol Asoc Odontol Argent P Niños.

Bensabar S (2007). Stress, grandes especialistas responden (version española de stress of grands specialistes respondent) España: Mensajero.

Bromley Coloma, Carlos (2000). Los trastornos de ansiedad a inicios del nuevo siglo, trastornos relacionados al estrés. En Archivos Peruanos de psiquiatría y salud mental. Ene – Jun.

Brown David F, F.A (2006). Clive Wright and Nancy E. Mc. Murray. Psychological and behavioural factors associated with dental anxiety in children. Ann Journal of Behavioural Medicine. Abril.

Carvajal L, García A (2009). Manejo de crisis asmática. Boletín Pediátrico. Centro de salud de Las Vegas. Asturia.

Chandler L. A & Shermis M D (2006). Behavioral responses to stress: profile patterns children. Journal of Clinical Psychology. 2006.

Chandler L. A. (2005). The stress Response scales: A Manual University of Pittsburgh.

Chung H (2005). Patterns of individual adjustment changes during middle school transition: A two year longitudinal study. Dissertation doctoral no publicado. Universidad de Rutgers.

Cortijo J, Morcillo (2004). Fármacos broncodilatadores y antiinflamatorios en el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Velazquez, Lorenzo P. et al. Farmacología básica y clínica. Buenos Aires, Madrid; Medica Panamericana.

Cramer Block, J (2008). Preschool antecedents of defense mechanism use in young adults: a longitudinal study. Journal of personality and Social Psychology.

Cramer P (2007). The development of defense mechanisms. Journal of Personality.

Cramer P. & Gaul R (2009). The effects of success and failure on children's use of defense mechanisms. *Journal of Personality*.

Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica. Asma Guía infantil para su diagnóstico y tratamiento. México. 2003.

Díaz Pisan ME, Cruz Chú CM (2004). Cómo lograr la óptima colaboración del niño en el consultorio dental. *Bol Odontol Argent Niños*.

Dueñas E, Ucrós S (2003). Guías de pediatría práctica basada en la evidencia. Crisis asmática. Editorial Médica Panamericana. Bogotá.

Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E (2009). Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *En Quintessence Int. Apr.*

Hendeles L, Sherman J (2003). Are inhaled corticosteroids effective for acute exacerbations of asthma in children? *Journal of Pediatrics* 2003;142(Suppl.).

Hinkle (2013). The concept of stress in the biological and social sciences. *Medicine and man*.

García Caraballo (2007). Asma. Bogotá., Colombia: Médica Internacional Panamericana.

Kertesz Roberto, Kerman Bernardo (2002). El manejo del estrés. Buenos Aires., Argentina: IPPEM.

Komiyama EY, Ribeiro PM, Junqueira JC, Koga- Ito CY, Jorge AO (2004). Prevalence of yeast in the oral cavity of children treated with inhaled corticosteroids. Braz oral Res.

Leon Barua, Raul (2009). Cuaderno de Doctorado en Medicina. Escuela de Postgrado "Victor Alzadora Castro".

Moos RH & Billings AG (2002). Conceptualizing and measuring doping responses and processes. En L. Golderger & Brenitz (eds), Handbook of stress.

Mok E, Wong KY (2003). Effects of music on patient anxiety. AORN J. Feb.

Nogareda Cuixart, Silvia. (2010). Fisiología del Estrés. Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. España.

Paganini M, Dezan CC, Bichaco TR, De Andrade FB, Neto AC, Fernandes KB(2011). Dental caries status and salivary properties of asthmatic children and adolescents. *Int J Paediatr Dent*. 2011.

Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez F, Casan P, Cobos N, López A, Llauger Rosselló M, Quintano J (2005). Guía española para el manejo del asma. *Arch Bronconeumol*.

Peñaranda P (2000). *Psicología odontológica, interdisciplinaridad entre la psicología y la odontología*. Venezuela: Universidad Central de Venezuela.

Reyes M, Aristizábal G, Leal F (2006). *Neumología pediátrica. Infección, alergia y enfermedad respiratoria del niño*. Quinta edición. Bogotá: Médica Internacional Panamericana

Ruiz San Francisco A, Lorente Toledano F (2010). *Asma bronquial*. Del Pozo Machuca J., redondo Romero R., Gancedo Garcia MC., Bolivar Galiano V. *Tratado de Pediatría Extrahospitalaria*.

Robb SL (2000). Music assisted progressive muscle relaxation, progressive muscle relaxation, music listening, and silence: a comparison of relaxation techniques. *J. Music ther*. 2000 Spring.

Shaw NJ, Edmunds AT (2006). Inhaled beclomethasone and oral candidiasis. *Archives of Disease in Childhood*.

Selye H (2010). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Argentina: Cia. Gral. Fabril.

Singh KA, Moraes ABA de, Bovi Ambrosano GM (2000). Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesq Odont Bras*.

Shulman JD, Taylor SE, Nunn ME (2001). The association between asthma and dental caries in children and adolescents: a population-based case – control study. *Caries Res*.

Third International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma. *Pediatric Pulmonol* 2008.

Vásquez GR, Huertas López J, Pedroza A, Acosta Bastidas M (2004). *Alergia, asma e inmunología pediátrica. Tratamiento de la crisis asmática en niños*. México

Vinard H, Ravier Rosembaum C (2009). The psychosomatic effect of the sonic environment in the dental office. *Revista Odontoestomatol*. Mar – Apr.

(2004). Música, relajación y sedación. Tribuna Odontológica (Programa de actualización basado en la evidencia). México.

INTERNET

Aguilera F, Osorio R, Toledano M. Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: http://www.infomed.es/cmálaga/rev_12_1/art3.

Ansiedad. En: Biblioteca de consulta Encarta. Consultado 20 de febrero del 2015 enero 2005. Disponible en Microsoft Encarta. 22^a ed. Versión: 14.0.0.0603. Redmond: Websters International Publishers.

Baggini CE, Gilgun LC. En diálogo con el odontólogo y el psicólogo. Segunda parte. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/pacientes>.

Baggini CE, Gilgun LC. ¿Se considera un paciente fóbico? Primera parte. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.clinicaeuroden.com/miedo-dentista>.

Baggini CE, Gilgun LC. ¿Se considera un paciente fóbico? Primera parte. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.comeva.com.co>.

Calatrava LA. ¿Qué es éxito clínico en odontología restauradora?. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.elcov/index.htm>.

Clínica Euroden dental. Miedo al dentista. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.clinicaeuroden.com/miedo-dentista>.

El miedo dental. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.infomed>

Fobia. En: Biblioteca de consulta encarta Independet JPEG. Microsoft Encarta: Websters Internacional Publishers; 2015.

Fobia específica. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.eutimia.com/trmentales/fobiaesp.htm#FS>

Fobias. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.eutimia.com>.

Gentle Dental Office Group. Odontofobia – no hay por qué avergonzarse. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://gentledentaloffice.com/es/zahnarztphobie>.

Global Initiative for Asthma (GINA). Guide for global strategy for asthma management and prevention Revised 2006. Disponible en URL: <http://www.ginasthma.com>.

Laguna Murcia P. El origen del miedo dental está vinculado a vivencias Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/entorno/ent060201combis>.

Merino Soto, Cesar. Visión Introdutoria al Estrés Infantil. Consultado el 15 de febrero del 2015. Disponible en <http://www.psicopedagogia.com>.

Pérez Navarro N, González Martínez C, Guedes Pinto AC, Correa MSNP. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. Rev Cubana Estomatol . Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est03302.

Solo hombres. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.prodigyweb.net.mx>

Trastornos de ansiedad. Consultado 20 de febrero del 2015. Disponible en:
<http://psicofarmacologia.bizland.com/TA>.

Solecki A. Desde la mirada de un fóbico. Consultado 20 de febrero del
2015. Disponible en: <http://www.simply4u.co.uk>