

86



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DISMINUCION DEL MIEDO EN LA PRIMERA CITA ODONTOLOGICA EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS DE EDAD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANA DENTISTA PRESENTAN: LOURDÉS PATRICIA GONZALEZ CLEMENTE EDNA GISELA VARAS IGLESIAS

DIRECTORA: MTRA. MARIA GLORIA HIROSE LOPEZ

ASESOR: MTRO. HAROLDO ELORZA PEREZ TEJADA





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A DIOS

POR DARMER LA VIDA, POR AYUDARME A SER FUERTE Y TENER VALOR EN LA ADVERSIDAD.

POR AYUDARME A TENER FE EN MI MISMA, POR AYUDARME A CREER EN MI CAPACIDAD Y ANDAR SIN TEMOR LOS OBSTÁCULOS.

POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO.

A MIS PADRES

RAZÓN DE MI ORGULLO Y DE MI EXISTIR.

POR TODOS ESTOS AÑOS DE LUCHA, SACRIFICIO Y ESFUERZO CONSTANTE NO SÓLO HACIA MIS ESTUDIOS SINO TAMBIÉN HACIA MI VIDA.

GRACIAS POR CREER EN MI Y POR AYUDARME A LOGRAR TODAS MIS METAS.

LOS QUIERO

A REY

POR ESTAR A MI LADO APOYANDO TODOS LOS PROYECTOS DE MI VIDA. POR ACEPTAR MI MANERA DE ACTUAR, POR IMPULSARME A SEGUIR POR EL CAMINO DEL CONOCIMIENTO.

POR DARMER TODA TU TERNURA Y TU CARINO.

TE AMO

**AL DR. HAROLDO Y LA DRA. HIROSE QUIENES
DESINTERESADAMENTE COLABORARON PARA LLEVAR A CABO
LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO.**

A NUESTRA FACULTAD

**POR LA CUAL HEMOS LOGRADO LLEGAR A UNA META, CON
SATISFACCION Y SACRIFICIOS; LLENANDO UNA DE NUESTRAS
INQUIETUDES DURANTE UNA ETAPA DE NUESTRA VIDA.**

A NUESTROS PROFESORES

**A QUIENES SE PREOCUPARON POR UNA MEJOR EDUCACION CON
SUS EXPERIENCIAS PROFESIONALES PARA PODER SER UTILES
ALA SOCIEDAD.**

AL HONORABLE JURADO

**NÓ OBSTANTE EL TEMA QUE EXPONEMOS LO PONEMOS A
CONSIDERACION DE LA IMPORTANCIA QUE ESTE PRESENTA EN
LA VIDA DIARIA.**

A DIOS

GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE CONMIGO, NO TENGO PALABRAS PARA AGRADECERTE TODA LA DICHA Y FELICIDAD QUE ME HAS BRINDADO, LLENA DE SALUD Y AMOR POR TODOS MIS SERES QUERIDOS QUE ME RODEAN. NO ME CANSARE DE AGRADECERTE LO AFORTUNADA QUE SOY AL HABER NACIDO EN ESTA FAMILIA LLENA DE AMOR Y UNION.
"GRACIAS"

CON AMOR Y RESPETO
A MIS PADRES

SE LO IMPORTANTE QUE ES PARA TODOS NOSOTROS EL HABER LLEGADO JUNTOS A ESTA META, Y ES POR ESO QUE QUIERO AGRADECERLES TODO SU APOYO, DEDICACION Y AMOR QUE ME BRINDAN DIA CON ; NO TENGO CON QUE PAGARLES TODO EL AMOR Y SACRIFICIO QUE NOS HAN DADO SOLO PUEDO DECIRLES QUE NO FALLARE EN TODO AQUELLO QUE ME PROPONGA.

" GRACIAS POR SU PACIENCIA E INCULCARM E VALORES QUE ME HAN HECHO UNA PERSONA DE BIEN". LOS AMO

A MIS HERMANOS

ATI BERTHA AGRADECERTE EL CAARIÑO Y APOYO QUE SIEMPRE ME BRINDASTE.

A RIQUIS: A NUESTRO ANGELITO BAJADO DEL CIELO, QUE TENEMOS LA FORTUNA DE TENERTE EN LA FAMILIA; QUIEN ME HA DADO FORTALEZA Y ES UN EJEMPLO A SEGUIRPAR.

GRACIAS A LOS DOS POR SER MIS HERMANOS, LOS QUIERO MUCHO.

A MIS SOBRINOS

QUE HAN VENIDO A ILUMINAR CON SUS SONRISAS Y A RECORDARNOS LO BELLO DE SER NIÑOS

CON AMOR A JORGE PIMENTEL:

GRACIAS POR TU APOYO, CUANDO LO NECESITE, ESPERO BRINDARTE EL MISMO APOYO CUANDO LO NECESITES. RECUERDA QUE HAY QUE CAMINAR JUNTOS.

A MIS TIOS.

GRACIAS POR APOYARME EN LOS MOMENTOS DIFICILES DE MI VIDA, Y APOYARME CUANDO LO NECESITE, CON BUENOS CONSEJOS.

ÍNDICE

	PÁGS.
RESUMEN -----	7
ANTECEDENTES -----	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	17
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO -----	18
HIPÓTESIS -----	19
OBJETIVOS -----	20
ALTERNATIVAS -----	21
MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS -----	23
RESULTADOS -----	25
DISCUSIÓN -----	42
CONCLUSIONES -----	44
BIBLIOGRAFÍA -----	46
ANEXOS -----	48

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y CUADROS

GRÁFICA 1	SEXO DE LOS NIÑOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO -----	25
GRÁFICA 2	EDAD DE LOS NIÑOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO -----	26
GRÁFICA 3	PORCENTAJE DE PADRES QUE HAN ACUDIDO CON ANTERIORIDAD A TRATAMIENTO DENTAL --	27
GRÁFICA 4	PORCENTAJE DE PADRES QUE SIENTEN MIEDO AL SABER QUE ACUDIRÁN A TRATAMIENTO DENTAL-----	28
GRÁFICA 5	PORCENTAJE DE PADRES QUE COMIENTAN EL MIEDO A SUS HIJOS -----	29
GRÁFICA 6	PORCENTAJE DE NIÑOS QUE SIENTEN MIEDO AL SABER QUE IRÁN AL DENTISTA -----	30
GRÁFICA 7	PADRES DE FAMILIA QUE AMENAZAN A SUS HIJOS CON LLEVARLOS AL DENTISTA -----	31
GRÁFICA 8	CAUSAS DEL MIEDO QUE PRESENTAN AL ACUDIR A TRATAMINETO DENTAL -----	32
GRÁFICA 9	CAUSAS POR LAS QUE LOS PADRES ACUDEN AL DENTISTA -----	33
GRÁFICA 10	FACTOR PRINCIPAL POR EL CUAL ACUDEN POR ÚLTIMA VEZ AL DENTISTA -----	34
GRÁFICA 11	NARRACIÓN DE UNA HISTORIA DE ACUERDO AL DIBUJO ESCOGIDO POR EL NIÑO-----	35
GRÁFICA 12	ESCOGER ENTRE UNA SITUACIÓN EL NIÑO CON EL DENTISTA FELIZ Y UNA DEL NIÑO CON EL DENTISTA ENOJADO -----	36
GRÁFICA 13	COMPLETAR ORACIONES DE ACUERDO A SU FORMA DE PENSAR -----	37
GRÁFICA 14	ASOCIACIÓN DEL MIEDO DE LOS PADRES CON EL MIEDO DE LOS HIJOS -----	38
GRÁFICA 15	ASOCIACION DEL MIEDO DE LOS PADRES CON LA AMENAZA HACIA SUS HIJOS -----	39
CUADRO 1	ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA ACTITUD DE LOS PACIENTES (ANTES DE LA PLÁTICA) -----	40
CUADRO 2	ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA ACTITUD DE LOS PACIENTES (DESPUÉS DE LA PLÁTICA) -----	41

RESUMEN

Los niños atraviesan por una serie de etapas físicas y psicológicas con reacciones y patrones de conducta que los distinguen claramente de los adultos. Por lo tanto es fundamental que el cirujano dentista cuente con un conocimiento básico de los aspectos psicológicos del niño, con el objetivo de comprenderlo y obtener de él cooperación, para así lograr resolver su problemática de salud bucodental.

En México no existe un programa claro por parte de los odontólogos así como de los padres de familia para lograr disminuir el miedo en los niños que aún no experimentan una visita al odontólogo. Por este motivo se realizó el presente estudio en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM, en un grupo de 102 niños que acudieron por primera vez a tratamiento dental. El grupo control se formó por 56 niños y el grupo de estudio por 46 niños. Se utilizaron las 3 subpruebas propuestas por Klingberg para determinar si las pláticas informativas previas lograban disminuir el miedo que presentan los niños que acuden por primera vez a tratamiento dental. Asimismo, se aplicó un cuestionario a los padres para detectar si mostraban miedo hacia el tratamiento dental y determinar si este miedo puede influir sobre la conducta de los niños.

Se realizaron las 3 subpruebas tanto al grupo control como al de estudio, y al término de éstas se le dio únicamente al grupo de estudio una plática informativa. Posteriormente se sometió a los dos grupos a su tratamiento dental.

En la segunda cita, se realizaron las tres subpruebas a los dos grupos, demostrando con ello que las pláticas fueron útiles para disminuir considerablemente el miedo de los niños, y que el miedo de los padres sólo influye en los niños cuando ellos amenazan a sus hijos con llevarlos al dentista.

ANTECEDENTES

Los temas de la conducta y su modificación no son nuevos en la Odontología Pediátrica. No obstante, con el desarrollo de la investigación en las ciencias del comportamiento, estos esfuerzos han comenzado a esclarecer su dinámica. Esto ha dado al odontólogo una oportunidad no sólo de comprender y tratar de cambiar la conducta del niño, sino de valorar y modificar su propio comportamiento para provocar la respuesta apropiada del niño en la consulta. (1)

El buen éxito de la práctica odontológica en niños depende no sólo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de la capacidad para lograr y mantener su cooperación.

La mayoría de los niños se esfuerzan por ser cooperadores; en estos casos el profesional debiera apoyar su conducta. Sin embargo, cuando un niño no coopera, dicha conducta debe ser modificada y controlada.

Hay muchos factores que influyen sobre la actitud de un niño hacia el tratamiento dental y su conducta en el consultorio dental. (2)

La principal diferencia entre el tratamiento de niños y de adultos es la relación entre los elementos que intervienen. El tratamiento de adultos generalmente involucra una relación de uno a uno, es decir, una relación odontólogo - paciente. El tratamiento de los niños generalmente involucra una relación uno a dos - odontólogo - paciente niño - padres de familia. (3)

La mayoría de los niños que se enfrentan a una visita odontológica muestran una conducta de acuerdo con su edad y nivel de madurez emocional. Algunos reaccionan y refieren a una conducta no cooperativa e interruptiva. Para ello existen muchas razones. Pueden ser simplemente demasiado pequeños y emocionalmente inmaduros como para comprender la necesidad del tratamiento odontológico. (4)

Piaget identifica tres periodos principales que trazan el desarrollo cognoscitivo del niño desde la etapa refleja hasta la etapa en que resuelve problemas complejos. Estos son el periodo sensorial, el periodo operacional concreto y el periodo operacional formal.

Dentro de las principales conductas que pueden mostrar los niños encontramos.

- a) Miedo. Se define como una emoción de agitación violenta o suelta ante la presencia real de un peligro o dolor.
- b) Ansiedad. Condición emocional desagradable, en la que un deseo o impulso presente, fuerte y continuo, parece no lograr su objetivo.
- c) Temor. Ansiedad relacionada con una situación de peligro específico. (5)

Para otros niños, podría estar faltando la disciplina paterna o contrariamente ser demasiado severa. En cualquier caso la madurez emocional y la capacidad de asumir nuevas situaciones, pueden estar impedidas. Los niños mayores quizá desarrollen temor al tratamiento odontológico por haber escuchado historias sobre experiencias dentales de sus padres y familiares. Ellos podrían estar asustados debido a experiencias previas en el consultorio de un médico, en un hospital o en un consultorio odontológico.

La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva o subjetivamente.

1. Temores 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 odontólogo, y ha sido manipulado deficientemente en un hospital o que ha sufrido dolor, por fuerza desarrollara miedo a tratamientos dentales futuros.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Los temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Uniformes parecidos a los de los odontólogos, el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados con situaciones desagradables anteriores, pueden causar temores multiplicados. Un diente con dolor puede asociar dolor con Odontología. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a presiones todavía mayores. (2,3,5)

2. Temores Subjetivos. Se basan en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, en que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión, si el niño no tiene experiencia al oír de situaciones desagradables, o que produjeron dolor, sugeridas por sus padres u otras personas, pronto desarrollara miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce el miedo permanece en la mente del niño y con la vida introgitación de la infancia, se agranda y vuelve imponente.

Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental, los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente y el padre puede servir como muestra de ello y el niño adoptarlo, sin que ninguno de los dos se de cuenta, son temores que ocurren regularmente y por lo tanto son difíciles de eliminar (2,4,5)

Dentro de los problemas que se asocian con las reacciones que exhiben los niños en su primera visita al odontólogo, está la ansiedad materna. Este es un factor prominente que ha sido relacionado con la conducta no cooperadora de los niños durante la primera visita. Si se ha identificado un alto grado de ansiedad en la madre, el niño en general será abiertamente ansioso o exhibirá algún grado de conducta no cooperadora en el sillón dental.

Otro factor identificado con esta conducta es el conocimiento del niño que tiene un problema dental que requiere tratamiento. Un niño que sabe que tiene una caries o dolor en un diente, puede estar más ansioso que otro que cree que acude para que se le examine y se limpien sus dientes. Tanto una actitud negativa hacia el médico, como una historia previa del dolor asociada con una visita médica, han sido identificadas también como factores relacionados con la conducta no cooperadora en la primera visita odontológica. (2)

Las opiniones sobre la función de los padres, el tipo de tratamiento dental y las actitudes de los odontólogos, se basan en gran medida en datos empíricos y, en menor grado, en registros objetivos de la conducta del pequeño. Las entrevistas tienen limitaciones evidentes, dada la menor capacidad verbal del niño y la incapacidad de los padres para interpretar con precisión los pensamientos de su hijo.

En la psicología infantil el estudio de los juegos y los dibujos de los niños constituyen una importante ayuda diagnóstica y pueden servir como base para determinadas observaciones. La elección de motivos, colores y proporciones puede utilizarse en la realización de evaluaciones sistemáticas. (6)

Las emociones también pueden correlacionarse con las funciones somáticas. De todos es sabido que la ansiedad condiciona un aumento de la frecuencia del pulso y de la respiración, de la presión arterial y de la temperatura dérmica así como la respuesta galvanica cutanea. (6)

Existen diferentes estrategias para tratar de modificar la conducta del niño antes de que entre a su primera cita odontológica. En años recientes se formularon varios métodos de modificación preoperatoria de la conducta con ayuda de medios audiovisuales. Se produjeron películas o videos para brindar un modelo al joven paciente. El objetivo era que el paciente reprodujese la conducta exhibida por el modelo. (3)

Howitt y Stricker en 1965, usando pruebas escritas, comprobaron por primera vez los niveles de ansiedad y madurez intelectual de 88 niños de 4 a 7 años y 8 meses de edad. Los pequeños se identificaron como teniendo puntajes altos y bajos de ansiedad. Ellos fueron enfrentados posteriormente a situaciones de control o de tratamiento, y sus ritmos cardíacos medidos.

Los niños del grupo control se sentaron en el sillón dental en presencia de un odontólogo, pero no recibieron ningún tratamiento.

El grupo de estudio fue sometido a un examen con espejo y explorador y se les pincharon dos veces las encías con el explorador. En la situación de control los niños con cifras de ansiedad inicialmente bajas mostraron ritmos cardíacos más altos que los niños con ansiedad inicial. Contrariamente, en la situación de estudio, los niños con niveles de ansiedad bajos tenían ritmos cardíacos altos. Los investigadores creyeron que la ansiedad en la situación de control se debió a que al niño no se le dio explicación alguna y esta inseguridad causaba los ritmos cardíacos altos en los niños que tenían bajas cifras iniciales de ansiedad en sus pruebas escritas. La situación de estudio, sin embargo, era más explícita, debido a que se usaba un enfoque de "decir- mostrar- hacer", durante el procedimiento del examen. En este estado de estructuración los niños se tornaban menos ansiosos, eran más capaces de enfrentar la situación, y tenían una disminución fisiológica de sus ritmos cardíacos.

Éstos resultados indican la necesidad de establecer un ambiente estructurado con una explicación adecuada, con el fin de apoyar el esfuerzo del niño durante la experiencia odontológica. (7)

En 1968, Johnson y Baldwin evaluaron la conducta de los niños cuya primera visita odontológica fue para una extracción y en un segundo estudio pacientes que acudían a una limpieza dental. Utilizaron la *Ansiedad Manifiesta de Taylor (E:AM)* para determinar la ansiedad de la madre y correlacionarla con la conducta del niño. Además complementaron con un cuestionario antes de que el niño fuera visto por un odontólogo. Las preguntas se relacionaban con las reacciones previas del niño a los procedimientos odontológicos y médicos: cómo creía la madre que su hijo se comportaría en la visita actual y la impresión que le causaría la ansiedad de su hijo y su propia ansiedad. Las respuestas a este cuestionario fueron también correlacionadas con la conducta del niño. Los resultados de los dos estudios fueron similares. Ya sea que el niño asistiera a consulta para extracción, provocadora de estrés, o a algo menos estresante como examen dental y profilaxis, los investigadores encontraron que la conducta estaba directamente relacionada con el nivel de ansiedad de la madre. Los niños cuyas madres tenían altos niveles de ansiedad (medida por la E:AM) exhibían conductas más negativas y no cooperadoras que aquéllos cuyas madres denotaban bajos niveles de ansiedad. Las respuestas a las preguntas con respecto a la predicción de la madre sobre la reacción de sus hijos, concernientes al procedimiento, clasificación del nivel de ansiedad del niño, y clasificación de la propia ansiedad, fueron relacionadas de manera significativa con la conducta del niño.

Hovitt y Stricker en 1965, usando pruebas escritas, comprobaron por primera vez los niveles de ansiedad y madurez intelectual de 88 niños de 4 a 7 años y 8 meses de edad. Los pequeños se identificaron como teniendo puntajes altos y bajos de ansiedad. Ellos fueron enfrentados posteriormente a situaciones de control o de tratamiento, y sus ritmos cardíacos medidos.

Los niños del grupo control se sentaron en el sillón dental en presencia de un odontólogo, pero no recibieron ningún tratamiento.

El grupo de estudio fue sometido a un examen con espejo y explorador y se les pincharon dos veces las encías con el explorador. En la situación de control los niños con cifras de ansiedad inicialmente bajas mostraron ritmos cardíacos más altos que los niños con ansiedad inicial. Contrariamente, en la situación de estudio, los niños con niveles de ansiedad bajos tenían ritmos cardíacos altos. Los investigadores creyeron que la ansiedad en la situación de control se debió a que al niño no se le dio explicación alguna y esta inseguridad causaba los ritmos cardíacos altos en los niños que tenían bajas cifras iniciales de ansiedad en sus pruebas escritas. La situación de estudio, sin embargo, era más explícita, debido a que se usaba un enfoque de "decir- mostrar- hacer", durante el procedimiento del examen. En este estado de estructuración los niños se tornaban menos ansiosos, eran más capaces de enfrentar la situación, y tenían una disminución fisiológica de sus ritmos cardíacos.

Estos resultados indican la necesidad de establecer un ambiente estructurado con una explicación adecuada, con el fin de apoyar el esfuerzo del niño durante la experiencia odontológica. (7)

En 1968, Johnson y Baldwin evaluaron la conducta de los niños cuya primera visita odontológica fue para una extracción y en un segundo estudio pacientes que acudían a una limpieza dental. Utilizaron la Ansiedad Manifiesta de Taylor (EAM) para determinar la ansiedad de la madre y correlacionarla con la conducta del niño. Además complementaron con un cuestionario antes de que el niño fuera visto por un odontólogo. Las preguntas se relacionaban con las reacciones previas del niño a los procedimientos odontológicos y médicos: cómo creía la madre que su hijo se comportaría en la visita actual y la impresión que le causaría la ansiedad de su hijo y su propia ansiedad. Las respuestas a este cuestionario fueron también correlacionadas con la conducta del niño. Los resultados de los dos estudios fueron similares. Ya sea que el niño asistiera a consulta para extracción, provocadora de estrés, o a algo menos estresante como examen dental y profilaxis, los investigadores encontraron que la conducta estaba directamente relacionada con el nivel de ansiedad de la madre. Los niños cuyas madres tenían altos niveles de ansiedad (medida por la EAM) exhibían conductas más negativas y no cooperadoras que aquéllos cuyas madres denotaban bajos niveles de ansiedad. Las respuestas a las preguntas con respecto a la predicción de la madre sobre la reacción de sus hijos, concernientes al procedimiento, clasificación del nivel de ansiedad del niño, y clasificación de la propia ansiedad, fueron relacionadas de manera significativa con la conducta del niño.

Aquellas otras que trataban sobre la interpretación de la madre en cuanto a la respuesta previa de su hijo a los procedimientos odontológicos, no estuvieron vinculadas en forma significativa con la conducta del niño. (8)

Wright realizó un estudio en 1971 donde evaluó los efectos de una carta dirigida a los padres de familia para observar los cambios en el comportamiento del paciente infantil. Se llevó a cabo con 124 niños de 3 a 6 años de edad que nunca habían visitado a un odontólogo, y fueron asignados al azar a dos grupos. Los padres del grupo experimental recibieron una carta en la que se describía la visita odontológica y se les pedía hicieran al niño receptivo a la visita. Los padres del grupo control no recibieron cartas. Todos los niños fueron acompañados por sus madres a la clínica dental.

Las madres permanecieron en el área de recepción, mientras los chicos experimentaban su primera visita odontológica. Fueron evaluados dos factores: la ansiedad de la madre (determinada por un cuestionario confeccionado según la escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor) y la conducta del niño.

Se comprobó que la carta previa disminuía la ansiedad de la madre sobre la primera visita odontológica del niño. Sin embargo, aunque la conducta de los niños en el grupo control tendió a ser más positiva que la del grupo experimental, no hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. (9)

Machen y Johnson, en 1973, pretendieron determinar si las técnicas de modificación de conducta podían alterar la relación entre la conducta odontológica de los niños y la supuesta ansiedad de sus madres (Según Taylor EAM) y por las respuestas de estas al cuestionario preoperatorio usado por Johnson y Baldwin (8). Fueron elegidos para el estudio niños de 3 a 5 años de edad, sin experiencia odontológica previa, siendo asignados al azar a un grupo de desensibilización, de aprendizaje con modelo, o a un grupo control. El grupo de desensibilización recibió una sesión de terapia de 20 minutos, en la que los instrumentos odontológicos con cualidades productoras de ansiedad progresivamente mayores fueron introducidos y descritos sucesivamente. Los niños fueron invitados a manejar los instrumentos y a familiarizarse con la rutina de la visita odontológica. El grupo de aprendizaje con modelos vio un videotape de 14 minutos, de un niño recibiendo tratamiento odontológico. El modelo odontológico exhibía una conducta deseable a través de toda la cinta y fue recompensado por el odontólogo con retroceso verbal. El mismo odontólogo y su asistente realizaron los procedimientos de tratamiento en la cinta durante el proceso experimental. El grupo control no recibió ninguna exposición pretratamiento pero fue utilizado un enfoque "decir-mostrar-hacer" durante la visita.

Los investigadores encontraron que la conducta del grupo con modelo de aprendizaje cambió más. Todos los niños de este grupo demostraron una conducta positiva, haciendo caso omiso de la EAM o de las respuestas de sus madres al cuestionario preoperatorio.

De los conceptos precedentes, se deduce que la ansiedad materna influye notablemente sobre la conducta del niño en el consultorio odontológico. Sin embargo, es posible que por medio de técnicas apropiadas este comportamiento pueda ser modificada por el odontólogo. (3)

En 1952 Sheskin y cols realizaron un estudio basado en los dibujos de proyección, en niños de 6 a 7 años de edad, en el cual utilizaron 6 colores e hicieron dibujos antes, durante y después del tratamiento. (10)

Para el propósito de este estudio se aplicó una escala de ansiedad dental propuesta por Taylor en un estudio piloto anterior. Se utilizaron criterios y catecortas para la evaluación de los dibujos. Cada criterio cuenta con dos categorías, las cuales se registraron con los números 1 y 0, representando 1 = ansiedad y 0 = no-ansiedad.

El nivel de ansiedad de cada dibujo fue la suma de los 6 criterios.

Los resultados que se obtuvieron de los dibujos de los niños proporcionan una expresión directa de sus estados emocionales durante el tratamiento dental. Por lo tanto, los dibujos proporcionan una prueba simple de los elementos existentes en los patrones de conducta de los niños. (10)

Paces en 1983, realizó un estudio sobre el comportamiento del niño y su relación con la primera pregunta en el consultorio dental, así como la ansiedad materna (11). La muestra para este estudio comprendió 100 niños de ambos sexos, con un promedio de 3 a 11 años de edad y se llevó a cabo en el Departamento de Estomatología Pediátrica del Instituto Nacional de Salud Mental, en Mexico, D.F.

En todo, los pacientes se realizó el siguiente procedimiento:

1. Se le saludó al entrar al consultorio
2. Se anotó su primera expresión, la cual se clasificó como positiva o negativa
3. Se realizó un examen bucal completo y una profilaxis
4. Se le dio una clasificación de comportamiento de acuerdo a Frankl
5. Se le dio un cuestionario a la madre del paciente para evaluar su ansiedad y la del niño

Concluye que a mayor ansiedad de la madre, mayor ansiedad del hijo, y a mayor ansiedad de la madre, peor comportamiento del niño. Cuando el niño entra al consultorio y lo primero que hace es hacer preguntas negativas, su comportamiento será negativo. Cuando existen experiencias dentales negativas, el comportamiento del niño en el consultorio, es negativo. (11)

Balderas Delgado, en 1985, realizó una evaluación secuencial de ansiedad dental en niños de 6 a 7 años de edad proyectada a través de sus dibujos, utilizando la escala de Sheskin (10)

Para los fines del estudio de esta autora, fueron seleccionados 20 niños que acudieron por primera vez, sin experiencias dentales previas, a la Clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología, U.N.A.M. En la primera visita los niños se sometieron a examen dental usando espejos dentales, radiografías, y modelos de estudio. El tratamiento se realizó en la segunda, tercera y cuarta sesiones e incluyó un tratamiento específico Combevoe que la ansiedad es el principal factor en la falta de cooperación de los niños durante el tratamiento dental. En el análisis de correlación se deduce que a mayor ansiedad del niño su conducta se vuelve más negativa, por el contrario, a menor ansiedad la conducta fue más positiva. Los dibujos de proyección permiten que los niños exterioricen sus emociones y den respuestas que con palabras no expresarían, los dibujos son una forma de ayudarles a pasar la enorme barrera del miedo. (12)

Primero llevo a cabo en 1987 otro estudio en el cual el objetivo fue analizar el miedo de los niños hacia el tratamiento dental, elaborando un detallado análisis de las interacciones de conducta y carácter entre dentista y pacientes ansiosos. El carácter de 12 niños ansiosos y 12 niños con menor ansiedad fue grabado en un videotape durante dos visitas dentales en las cuales los niños fueron atendidos ya sea por dentistas experimentados o inexpertos. Los resultados indican una relación entre la experiencia del odontólogo en el tratamiento de los niños ansiosos y el comportamiento de dichos niños. En general, los niños atendidos por odontólogos experimentados mostraron más temor. Sin embargo la conducta del odontólogo fue relacionada en ambos por su experiencia y grado de miedo a los pacientes infantiles. Los odontólogos experimentados mostraron mayor grado de comunicación que los inexpertos, pero ambos se comunicaron más con todos los niños altamente ansiosos que con los menos ansiosos. Los dentistas experimentados trabajaron más rápidamente que los inexpertos, pero el tratamiento de los niños altamente ansiosos no fue más prolongado que el tratamiento de los niños menos ansiosos. (13)

Alvin y Murray, en 1991, realizaron un estudio para examinar la conducta de niños durante una cirugía dental y separar las variables asociadas con la ausencia de cooperación según las entrevistas. Sesenta y cinco pacientes entre 6 y 18 años de edad que nunca habían sido asignados a un dentista debido a la pobre cooperación, formaron el grupo de estudio, cuarenta y dos niños de años similares tratados con el mismo dentista pero asignados por otras razones como la falta de cooperación, actuación como grupo control. La valoración de la ansiedad fue hecha por psicólogos quienes usaron varios índices, incluyendo la Escala de Manifestaciones Clínicas de Ansiedad de Niños (CMAS), Escala Conductual de Melamed y Escala de Representación de Venham. Se encontró mayor ansiedad en el grupo que no cooperaba así como en sus padres. (14)

Rosow realizó otro estudio en 1992 para cuantificar la forma de vida intra-familiar con influencia sobre un modelo conceptual de familias influenciadas con comportamiento sano y adecuado. Los datos provienen de Noruega, abarcando 295 familias con ambos padres y dos niños alrededor de seis años de edad. Los análisis fueron hechos con estas familias así con las familias ejemplo. Fueron aplicados análisis de regresión logística. Los resultados demostraron que hubo datos estadísticamente significativos asociando el carácter del niño y la conducta familiar. La asociación más fuerte fue entre los hermanos. Los análisis multivariados de la conducta demostraron que el factor más fuerte fue la imagen creada por la madre con respecto a la limpieza interdental. La madre juega un importante papel en la formación y mantenimiento de la conducta. La importante relación que existe entre el carácter o actitud de los dos hermanos podría ser explicada por medidas relacionadas al control paternal (15)

Fuks y Steinbock, en 1993, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la influencia de los factores sociales y étnicos sobre la preocupación de la salud bucal y la ansiedad dental en un grupo de niños residentes en Jerusalén. Un grupo de 456 niños completó un cuestionario de 21 preguntas. 9 preguntas se referían al factor social, tres eran concernientes a la preocupación sobre la salud bucal y el resto se refería a la ansiedad dental. El factor social se obtuvo de acuerdo al trabajo de los padres y el área de residencia. Los antecedentes étnicos fueron establecidos según el lugar de origen de la madre o la abuela. Las pruebas no revelaron una diferencia entre la clase social, el origen étnico, y la influencia de la ansiedad dental de los niños con relación a la preocupación acerca de la salud bucal (16)

Gallardo Cornejo realizó en 1994 un estudio doble ciego para determinar la eficiencia de una dosis oral de midazolam (7.5mg) en comparación con un placebo, en 12 niños quienes habían rechazado la atención dental después de una sesión psicológica convencional. El midazolam se utilizó para reducir el miedo y la actitud aprehensiva. Los parámetros observados 30 minutos después de la administración oral del midazolam y/o placebo fue: actitud mental, actitud hipnótica, calidad de sedación y calidad de tratamiento dental. Se designó una escala de tres puntos para cada parámetro estudiado y se dieron valores promedio ± 1 comparándolos antes y después del tratamiento dental usando la prueba de rangos de Wilcoxon.

Este estudio demostró que una dosis oral de 7.5 mg de midazolam mejora significativamente todos los parámetros examinados en la evaluación ($p < 0.01$) comparado con el placebo, en los cuales los efectos aparecen treinta minutos después de la administración.

Los investigadores concluyen que el midazolam provee una rápida y adecuada sedación en niños que rechazan el tratamiento dental. La droga es una alternativa a otros sedantes o drogas hipnóticas frecuentemente utilizadas en la premedicación de niños nerviosos (17)

Gimilla Klingberg, en 1994, realizó un estudio en Suecia en 200 niños entre 5 y 7 años y 10 a 12 años de edad, con el objetivo de describir un nuevo método para registrar las reacciones de los niños. Este consta de 3 subpruebas: CDFP-DS (dibujos sobre temas dentales para narrar una historia), CDFP-PP (dibujos con reacciones de felicidad y enojo para establecer una puntuación de acuerdo a la elección del niño) CDFP-SC (cuestionario con oraciones incompletas para ser aplicadas a los niños). Los resultados mostraron que la timidez fue la más frecuente de las reacciones (19.2%) y ocurrió más seguido en niños pequeños (26.7%) (18)

En 1995 Milgrom realizó un estudio donde exploró la teoría de Reschman acerca de la adquisición del miedo a los dentistas, en un grupo de niños de escasos recursos que asisten a una escuela primaria. Los niños y sus madres fueron entrevistados, aplicándoseles cuestionarios acerca de la adquisición del miedo y se les pidió que relataran acerca de la vida familiar. Un modelo de regresión logística fue evaluado para explorar el acondicionamiento directo y las variables de los niveles de temor. Ambos tanto el acondicionamiento directo como la forma de actuar de los padres, dicen origen al nivel del temor (19)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen factores que pueden influir sobre la conducta de los niños ante el Odontólogo, dentro de los cuales se encuentran los temores subjetivos y los objetivos.

La ansiedad materna parece ser un factor primario que influye en la ansiedad del niño en el consultorio dental.

En realidad, las impresiones subjetivas como la ansiedad materna, parecen ser la causa primordial del temor que el niño siente ante su primera visita al dentista.

Los adultos en general, al hablar con los niños, no logran evitar frases y expresiones reminiscentes ante su propia experiencia hacia el tratamiento dental quizá de "mano dura". Los compañeros del niño suelen también exagerar sus propias experiencias dentales, todo lo cual contribuye al temor y la ansiedad antes de una visita odontológica real.

Sin embargo, las técnicas de manejo utilizadas por el odontólogo pueden modificar las reacciones del niño hacia el tratamiento dental.

En México no existe un programa claro por parte de los odontólogos, así como de los padres de familia para disminuir el miedo por medio de pláticas, en niños que aún no experimentan una visita odontológica, por lo que es importante inculcar a los padres por medio de información, actitudes convenientes hacia la Odontología, para que ellos a su vez influyan en la actitud de su hijo hacia nuestra profesión.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En México existe una alta prevalencia de niños que presentan miedo en su primera visita odontológica, debido a una mala información por parte de los padres de familia, adultos en general y compañeros del niño ya que dentro de sus comentarios suelen exagerar sus propias experiencias dentales, lo cual contribuye a patrones de conducta indeseables. Esto refleja una falta de concientización sobre el posible daño psicológico que se provoca, ya que las primeras experiencias dentales del niño se reflejarán con frecuencia en su actitud hacia los tratamientos odontológicos cuando sea adulto.

Son pocos los estudios que se han realizado en México al respecto (11, 12), los cuales mencionan la elevada prevalencia de niños con actitudes negativas hacia su primera consulta dental, los factores que las provocan, la influencia de los adultos, así como propuestas de soluciones viables para hacer más agradable la consulta odontológica.

Este estudio propone investigar una manera de disminuir el miedo en los niños que asisten por primera vez a la consulta dental así como proporcionar información para elaborar sobre la base de los resultados, una propuesta de interacción entre los elementos que conforman el triángulo odontopediátrico.

HIPÓTESIS NULA

1. El miedo que manifiesta el niño ante su primera visita dental no está asociado con el miedo de sus padres
2. El miedo que manifiesta el niño ante su primera visita dental no está asociado con la falta de información proporcionada por el odontólogo

HIPÓTESIS ALTERNA

1. El miedo que manifiesta el niño ante su primera visita dental está asociado con el miedo de sus padres.
2. El miedo manifestado por el niño ante su primera visita dental está asociado con la falta de información proporcionada por el odontólogo

OBJETIVO GENERAL.

Identificar por medio de las subpruebas si las pláticas informativas previas logran disminuir el miedo que presentan los niños que acuden por primera vez a un tratamiento dental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. *Identificar por medio de un cuestionario si los padres muestran miedo hacia el tratamiento dental.*
2. *Determinar si el miedo de los padres tiene alguna influencia sobre la conducta de su hijo.*
3. *Identificar si existe miedo en los niños al asistir a su primera consulta dental.*

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Descriptivo, longitudinal, comparativo, cuasi experimental, observacional, prospectivo

-Poblacion de estudio

Niños, que solicitaron atención bucodental en la Clínica de odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM (De enero a febrero de 1999)

Muestra: 102 niños que cumplieron los siguientes requisitos

(Tanto para el grupo control como para el grupo de estudio)

Criterios de inclusión

- a) Niños de 6 a 9 años de edad que se presentan por primera vez a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología UNAM
- b) Niños que no hayan recibido cualquier tratamiento odontológico con anterioridad
- c) Niños que asistan con alguno de sus padres.

- Criterios de exclusión:

- a) Niños que no acepten participar en el estudio
- b) Niños que hayan recibido cualquier tratamiento odontológico con anterioridad
- c) Niños que viajen con otro acompañante diferente a alguno de los padres
- d) Niños que no cumplan con la edad requerida
- e) Niños que asistan por urgencia

- Criterios de eliminación

Niños que no asistan a sus dos citas odontológicas

De la población de estudio se formaron al azar dos grupos.

Grupo control

50 niños de la totalidad de la población de estudio

Grupo de estudio

40 niños de la totalidad de la población de estudio

- Variables de estudio

a) Variable dependiente: miedo de los niños.

b) Variable independiente: miedo de sus padres

- *Delimitación Operativa de las Variables:*

a) Miedo: el niño no tiene buena disposición y vacila en describir la historia, careciendo de detalles y de imaginación. *Guarda silencio durante las preguntas por un tiempo prolongado.*

b) Influencias negativas: frases y expresiones reminiscentes de la propia experiencia negativ. por lo cual el niño se forma una idea errónea sobre la experiencia dental

MÉTODOS DE RECOLECCION DE DATOS

El primer día se aplicó un cuestionario al papá o mamá para registrar su grado de miedo (anexo 1).

Previo consentimiento de los padres (anexo 2) se realizaron 3 subpruebas a los 102 niños. Las pruebas las realizamos vestidas con bata azul, en un aula de la Facultad de Odontología. Diariamente se realizó la prueba a 10 niños, la cual duró 20 minutos por niño. Se utilizó una mesa donde una de nosotras estuvo sentada frente al niño. Los niños fueron pasando al aula, uno a la vez. Las respuestas se registraron y se grabaron (la grabación se realizó con el objetivo de no perder ningún detalle de la narración del niño, y poder utilizarla en el resultado global). (anexo 6)

Klingberg propone utilizar la prueba de "Pinturas para niños con miedo hacia el tratamiento dental" (evaluación que indica el miedo de los niños al dentista), la cual consiste en tres subpruebas. (18)

Las subpruebas se realizaron de la siguiente manera:

- * CDFP -DS (Por sus siglas en inglés: **The Children's Dental Fear Picture test - The Dental Setting Pictures**. Pruebas para el miedo dental de los niños - pinturas sobre situaciones dentales). Se utilizaron dibujos sobre temas dentales para narrar una historia. Al niño se le mostraron 10 dibujos de animales, sobre una situación dental y posteriormente se le pidió que escogiera uno y narrara una historia sobre el dibujo que más le gustara (anexo 3)

Esta prueba se calificó como:

Miedoso: el niño no tiene buena disposición y vacila en la historia, careciendo de detalles y de imaginación; a veces se muestra asustado.

Sin miedo: el niño se muestra entretenido al narrar su historia, la cual está llena de detalles y de imaginación. No vacila, los animales se describen llenos de diversión, son el centro de atención

Incierto: El niño no puede clasificarse en ninguna de las categorías anteriores. Carece de concentración y el evaluador es incapaz de llevar a cabo el registro

- CDFP -PP (por sus siglas en inglés: **The Children's Dental Fear Picture test - The Pointing Pictures**. Pruebas para el miedo de los niños - puntuación asignada a pinturas). Consistió en cinco dibujos con reacciones de felicidad y enojo para establecer una puntuación de acuerdo a la elección del niño. Los cinco dibujos muestran al niño en cinco diferentes situaciones dentales, cada uno de los dibujos muestra dos reacciones diferentes, una feliz y una desagradable.

1. Justo antes de ir al dentista.
2. Al dentista examinando la boca.
3. El dentista colocando una inyección
4. El dentista cepillando.
5. El niño acostado en el sillón porque tiene mucho sueño/sueña con el dentista (anexo 4).

Se pidió al niño que eligiera un dibujo el cual recibió una puntuación: si el niño escogía un dibujo feliz valdrá 4 puntos, si no, la puntuación será 1.

Esta prueba se calificó como:

Miedoso: Al niño que logró una puntuación menor de 10.

Sin miedo: Puntuación de 20.

Incierto: El comportamiento de estos niños es imposible clasificarlo en las dos categorías anteriores.

* CDFP -SC (Por sus siglas en inglés: *The Children's Dental Fear Picture test - A Sentence Completion task*. Pruebas para el miedo de los niños - frases para completar) Consiste en un cuestionario con quince frases incompletas que fueron leídas al niño consecutivamente.

Se le pidió que completara las frases con la primera palabra o palabras que se le vieran a la mente. (anexo 5)

Esta subprueba se evaluó con una impresión global de las respuestas individuales a cada pregunta.

Miedoso: respuestas negativas.

No miedoso: respuestas agradables.

Incierto: respuestas contradictorias.

Posteriormente tanto a los niños como a los padres del grupo de estudio, se le dio una plática (con diapositivas) por separado sobre la importancia dental, la cual duró 10 minutos.

Tanto los niños del grupo control como de estudio pasaron a su primera visita dental, donde se les realizó la historia clínica, modelos de estudio y radiografías.

Después de la segunda cita donde los niños ya fueron atendidos odontológicamente, se les aplicó la segunda prueba con el mismo método utilizado en la primer prueba. Concluida las pruebas se realizamos el análisis global.

- Métodos de registro y procesamiento.

* Cuestionarios aplicados a padres de familia

* Dibujos de temas dentales para narrar una historia (CDFP- DS).

* Cinco dibujos con reacciones de felicidad y enojo para establecer una puntuación de acuerdo a la elección del niño (CDFP: PP).

* Cuestionario con 15 frases incompletas aplicadas a los 100 niños (CDFP -SC)

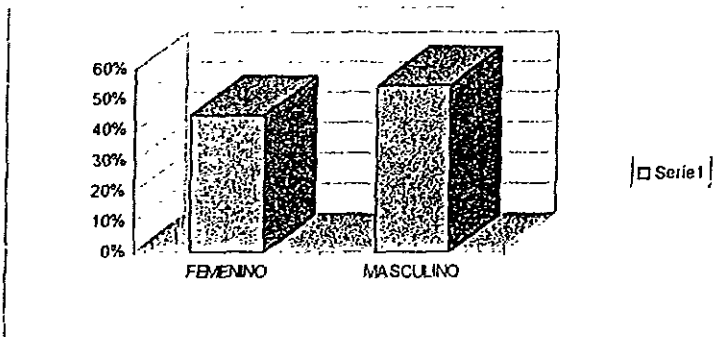
RESULTADOS

La población revisada incluyó 106 niños, de 6 a 9 años de edad que asistieron por primera vez al servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, U.N.A.M., de los cuales 56 niños formaron el grupo control y 50 niños el grupo de estudio. Cuatro niños del grupo de estudio fueron dados de baja debido a que no acudieron a su segunda cita dental

Finalmente 56 niños formaron el grupo control y 46 niños el grupo de estudio.

Los resultados de la proporción de sexo, las respuestas al cuestionario y las pruebas que se aplicaron se describen por medio de las gráficas correspondientes

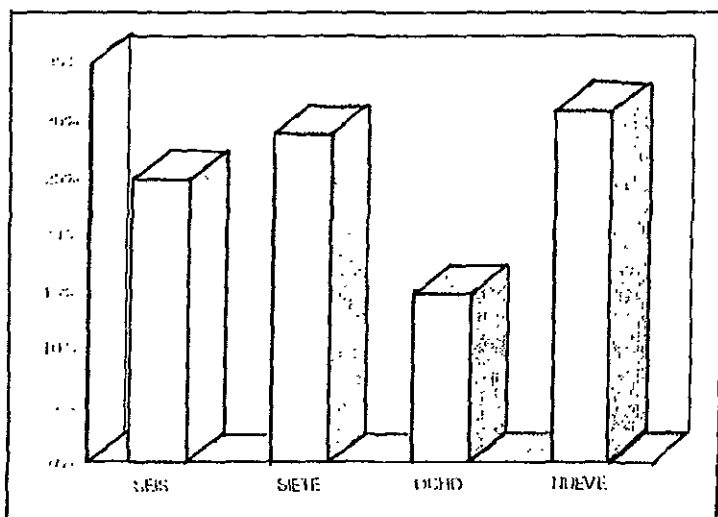
SEXO DE LOS NIÑOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO



GRÁFICA 1

De los 102 niños revisados 45% fueron mujeres y 55% hombres.

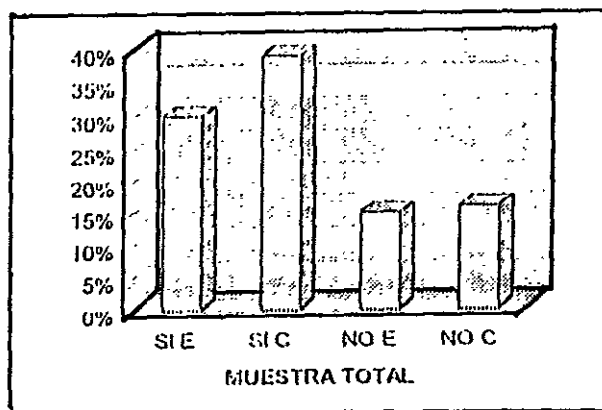
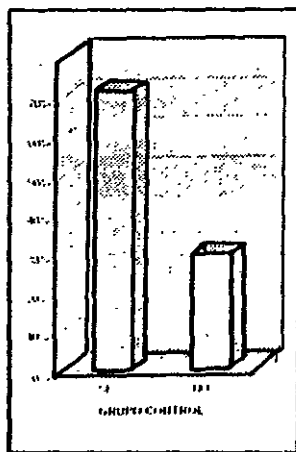
EDAD DE LOS NIÑOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO



GRÁFICA 2

Del 100% de los niños que participaron en el estudio, un 25% tenía seis años de edad, el 29% siete años, el 15% ocho años y el 31% nueve años de edad.

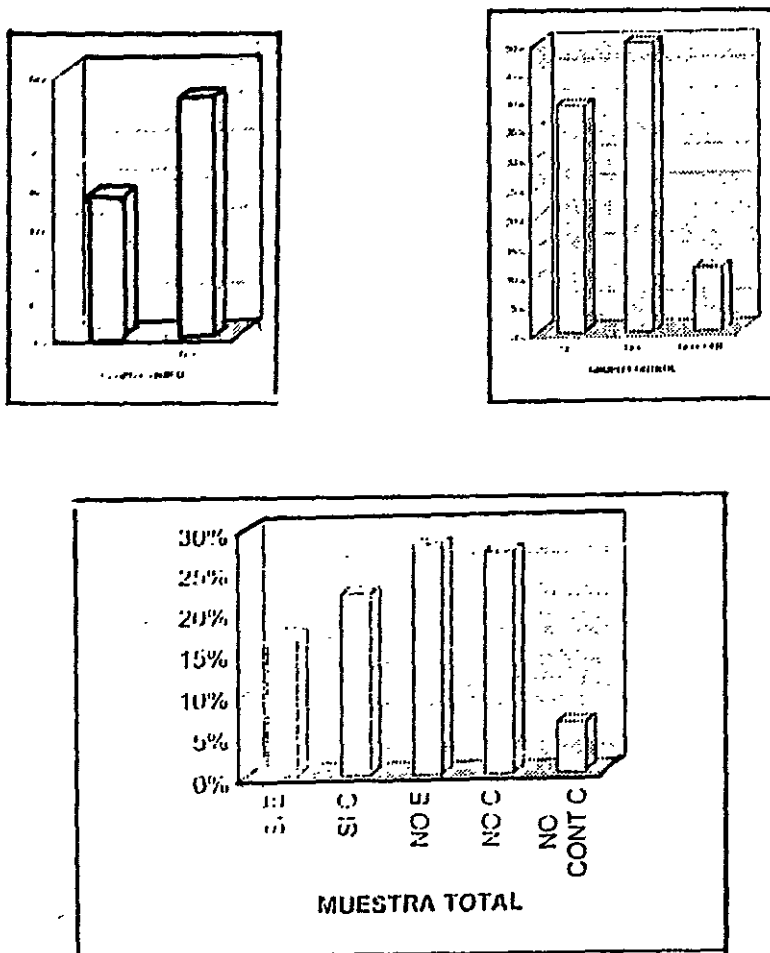
PORCENTAJE DE PADRES QUE HAN ACUDIDO CON ANTERIORIDAD A TRATAMIENTO DENTAL.



GRÁFICA 3

EL 65% DE PADRES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y EL 39% DE PADRES DEL GRUPO CONTROL HAN ACUDIDO CON ANTERIORIDAD A TRATAMIENTO DENTAL.

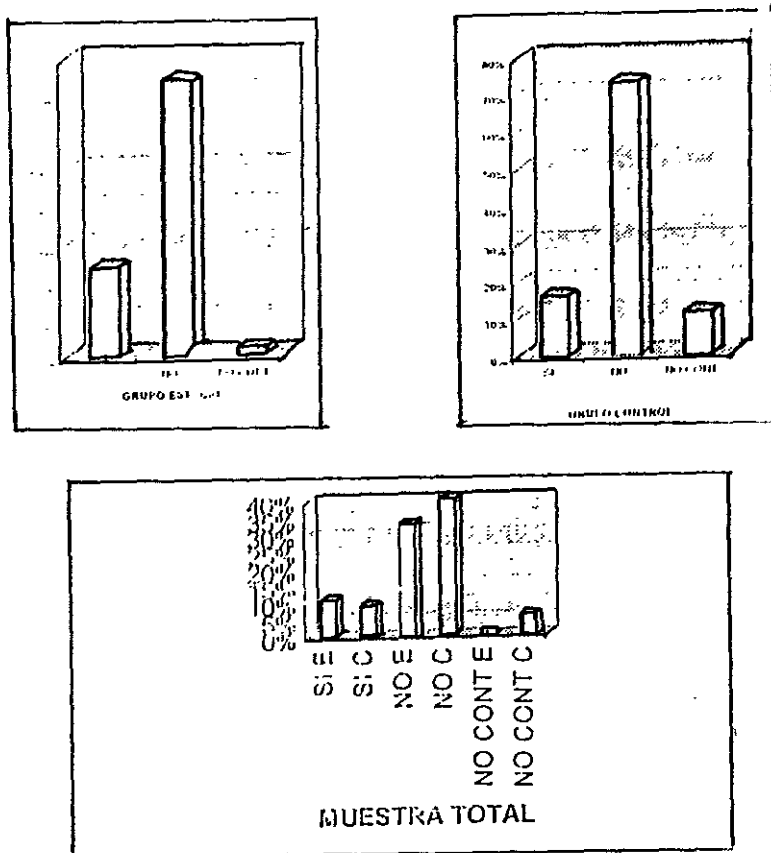
VALORES DE FAMILIA QUE SIENTEN MIEDO AL ACUDIR A TRATAMIENTO DENTAL.



GRAFICA 4

Un 28% de papas del grupo estudio y un 27% del grupo control no sienten miedo al saber que acudirán a su cna dental. Sin embargo un 17% de papas del grupo de estudio y un 22% del grupo control si llegan a sentir miedo, lo que podría repercutir en la conducta dental del niño.

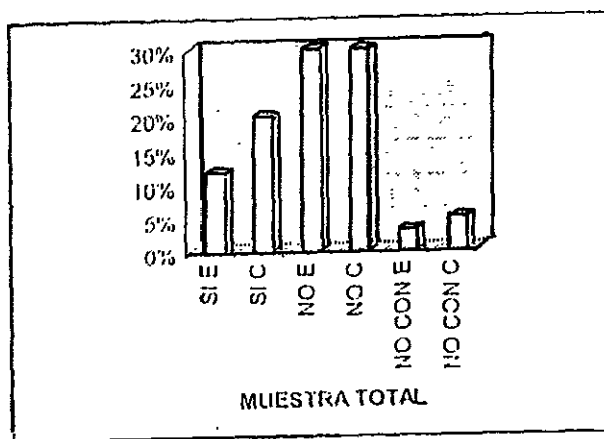
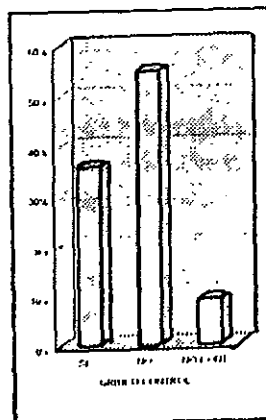
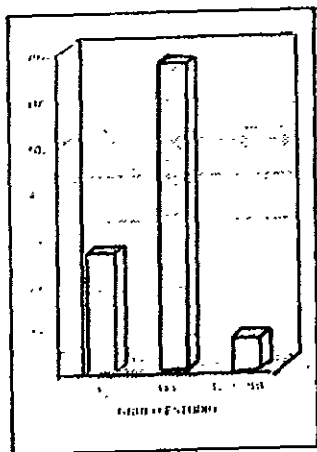
PADRES QUE COMENTAN EL MIEDO A SUS HIJOS



GRÁFICA 5

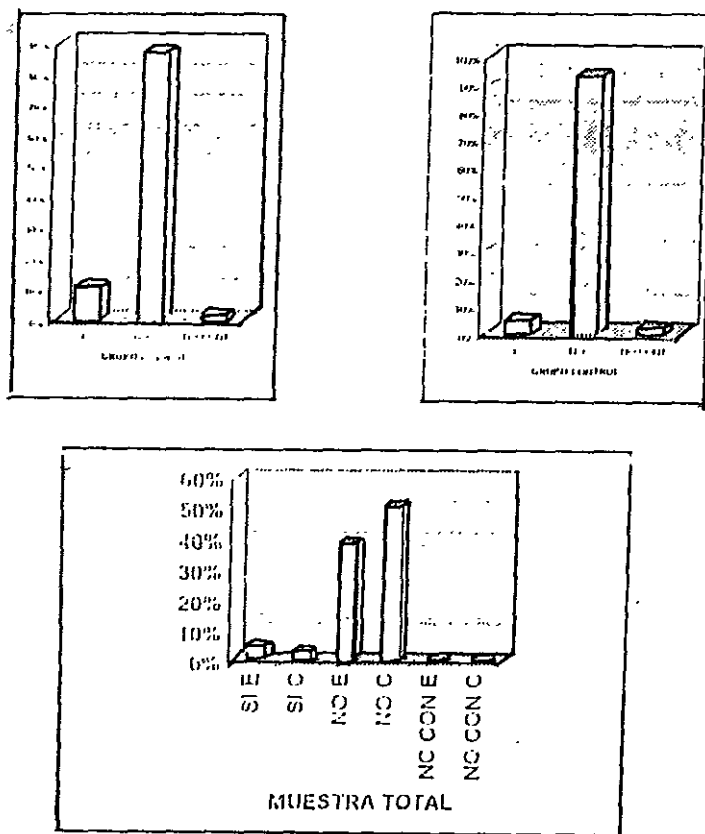
El 15% de los padres del grupo estudio y el 18% de los padres del grupo control comentan el miedo a sus hijos, lo que puede contribuir al temor subjetivo en el niño.

NIÑOS QUE MOSTRARON MIEDO AL SABER QUE IRÍAN AL DENTISTA



GRÁFICA 6

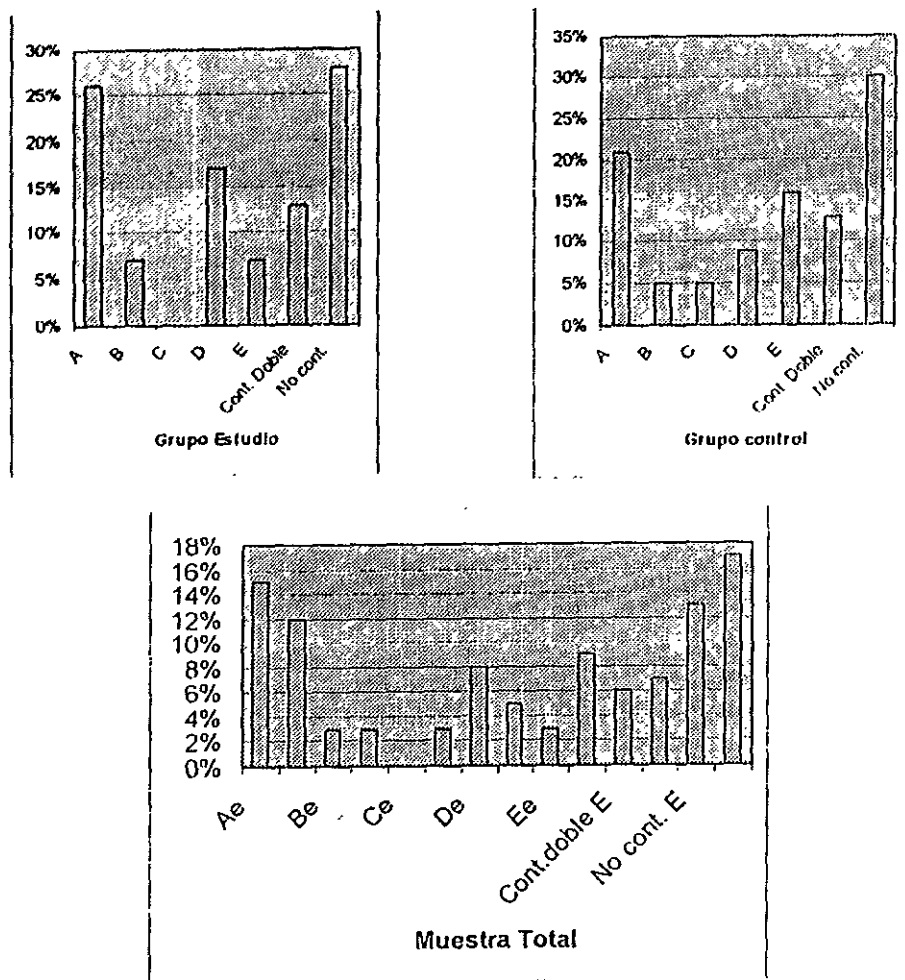
Esta mayor cantidad de niños con miedo hacia el dentista en el grupo control (30%) que en el grupo estudio (12%). Por medio de las placas se espera lograr disminuir el porcentaje de niños miedosos del grupo estudio.



GRÁFICA 7

Un 8% de papas del grupo de estudio y un 1% del grupo control amenazan a sus hijos con llevarlos al dentista lo cual puede llegar a influir en el miedo del niño hacia el tratamiento dental.

CAUSAS DEL MIEDO QUE PRESENTAN LOS PADRES AL ACUDIR A TRATAMIENTO DENTAL.



GRÁFICA 8

A) Ruido a la pieza de mano

C) Tener a la vista el instrumental

E) Pensar que el tratamiento es doloroso

B) Vestimenta del doctor

D) No saber qué le van a hacer

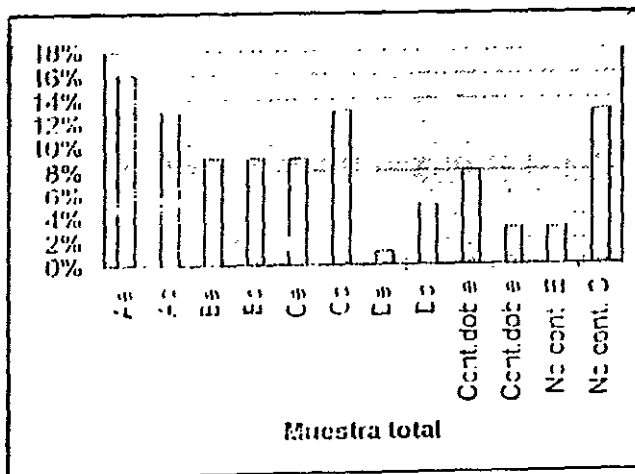
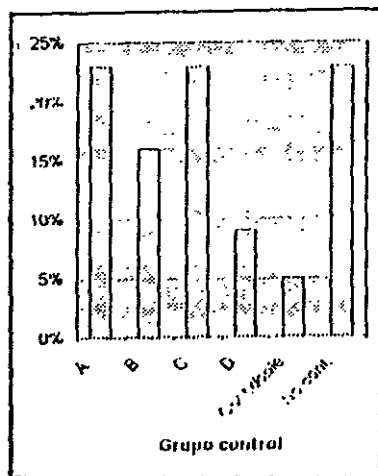
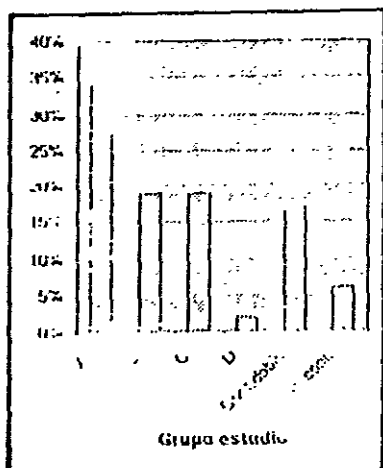
e = grupo de estudio

c = grupo control

Hubo un mayor grupo de personas que no contestaron (30% C y 28% E)

En la muestra total se observó que el mayor miedo que tienen los padres al acudir al dentista es producido por el ruido de la pieza de mano (21% C y 26% E).

GRÁFICA 9 LAS QUE LOS PADRES DE FAMILIA ACUDEN AL DENTISTA.



GRÁFICA 9

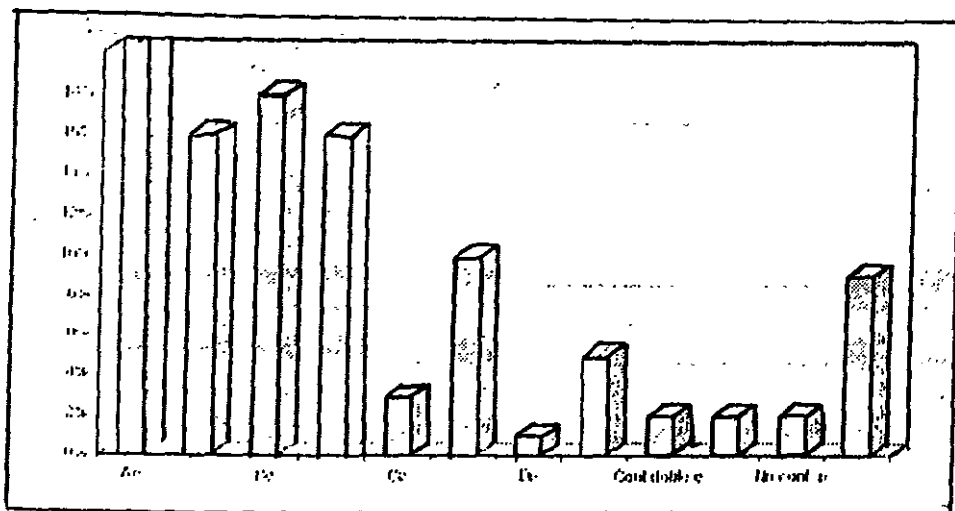
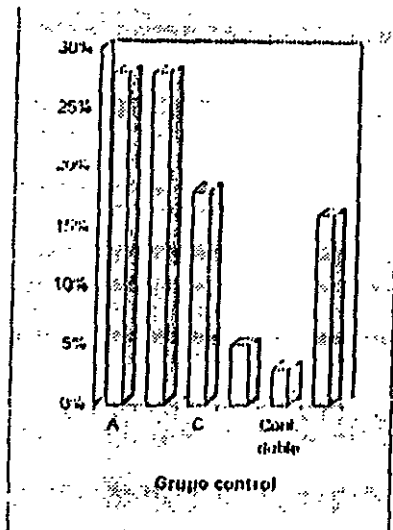
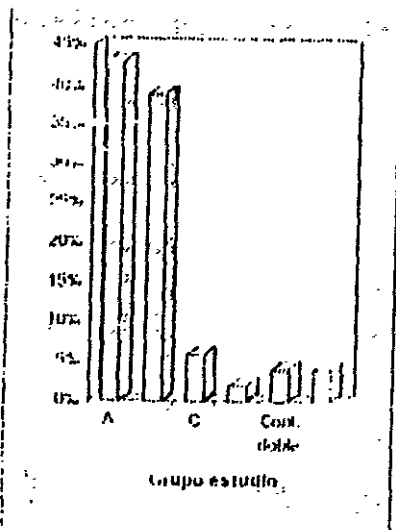
A) Una vez que se presenta el dolor
 B) Cada 6 meses a revisión
 C) Para eliminar un diente
 D) Por el grupo de estudio

A) Cada 6 meses a revisión
 B) Para eliminar un diente
 C) grupo control

El motivo del grupo de estudio y control se encuntra que su principal causa para acudir al consultorio dental es por dolor (17.1% y 17.0%)

En tanto del grupo control también acude a consulta se por aam que tienen caries (12%).

CAUSA PRINCIPAL POR LA QUE ACUDIERON LOS PADRES POR ÚLTIMA VEZ AL DENTISTA.

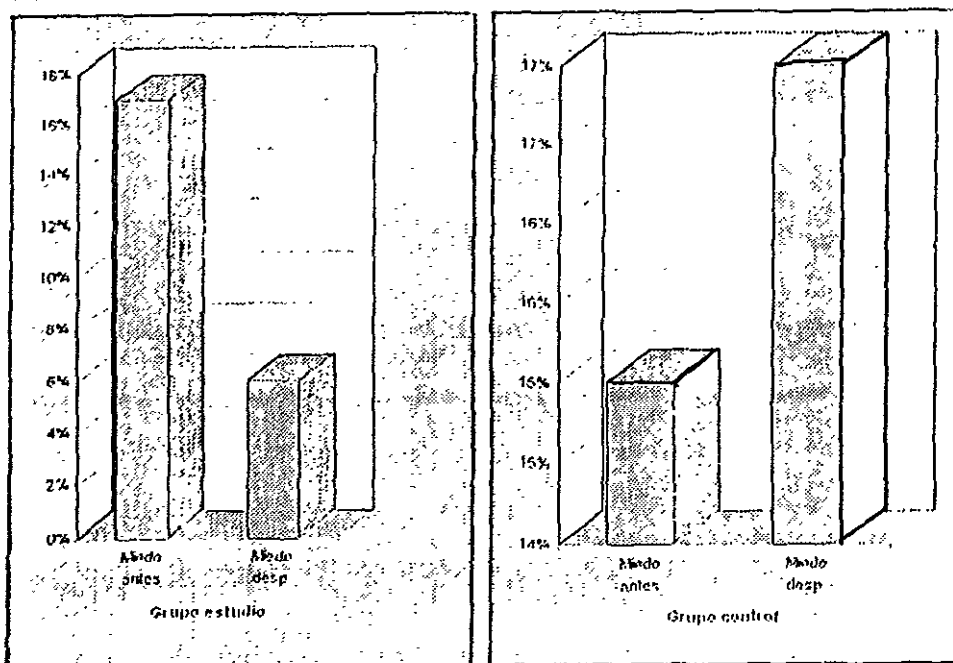


GRÁFICA 10

A) Dolor B) Revisión dental C) Por caries D) Por estética e = grupo de estudio c = grupo control

Se encontró que la mayoría de las personas habían acudido por última vez a su dentista por dolor (12%) y (28% C). El grupo control reportó haber asistido al dentista por última vez a revisión dental (28%).

NARRACIÓN DE UNA HISTORIA DE ACUERDO AL DIBUJO ESCOGIDO POR EL NIÑO



GRÁFICA II

$$\chi^2 = 18.382$$

$$P < 0.001$$

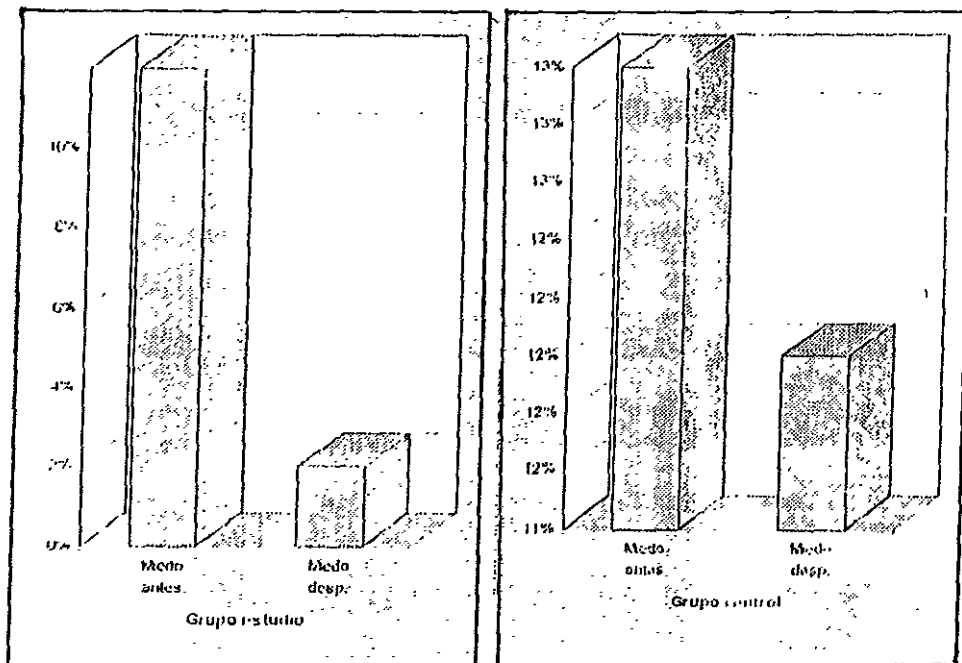
$$\chi^2 = 1.067$$

$$N.S.$$

En esta prueba se le pidió al niño que escogiera un dibujo y narrara una historia de acuerdo a ciertas características; se evaluó el resultado de la primera subprueba, concluyendo que la plática fue efectiva, ya que el miedo en los niños disminuyó considerablemente.

En el grupo de estudio la diferencia del miedo que mostraron los niños antes y después de la plática fue estadísticamente significativa ($P < 0.001$).

ESCOGER ENTRE UNA SITUACION DEL NIÑO CON EL DENTISTA FELIZ Y UNA DEL NIÑO CON EL DENTISTA ENOJADO.



GRAFICA 12

$$\chi^2 = 16.962$$

$$P < 0.001$$

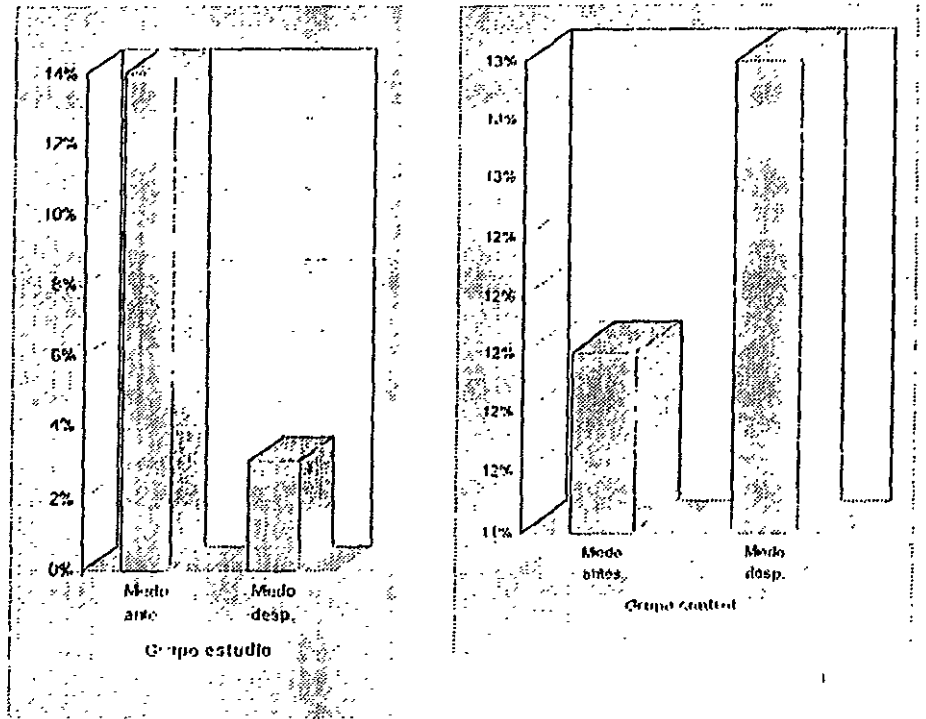
$$\chi^2 = 0.0417$$

$$N.S$$

En esta prueba se le pidió al niño que escogiera entre una persona feliz o una con miedo, cuando esta se encuentra con el dentista. De acuerdo a lo que escogieron se evaluó el resultado de la segunda subprueba, concluyendo que la plática fue efectiva, ya que el miedo en los niños disminuyó considerablemente.

En el grupo de estudio la diferencia del miedo que mostraron los niños antes y después de la plática, fue estadísticamente significativa ($P < 0.001$).

COMPLETAR ORACIONES DE ACUERDO A SU FORMA DE PENSAR



GRÁFICA 13

$\chi^2 = 18.581$

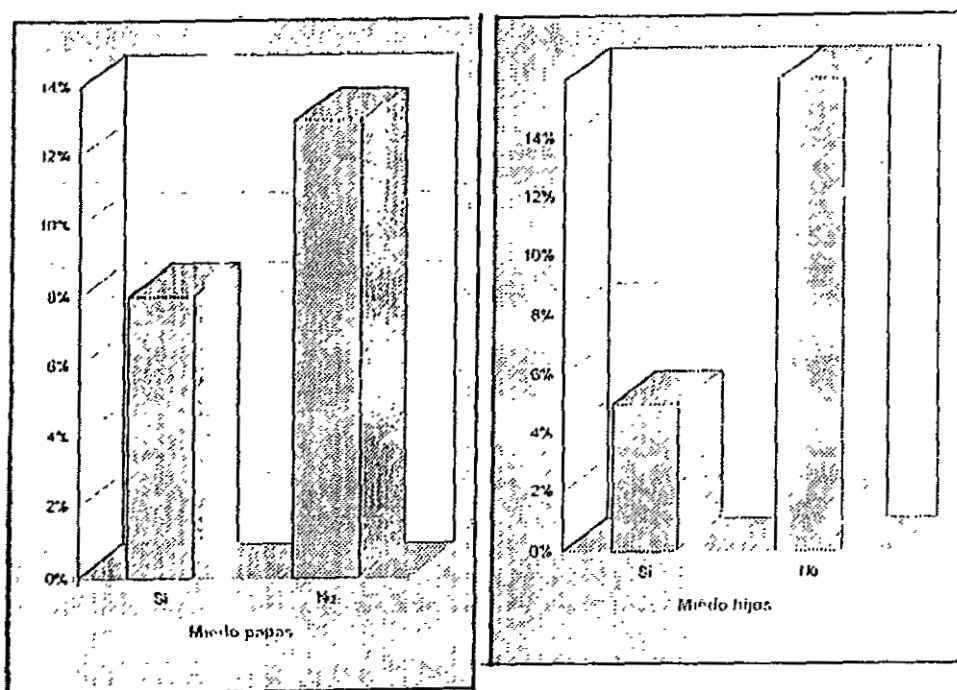
$P < 0.001$

$\chi^2 = 0.017$

N.S.

En esta prueba se le pidió al niño que completara algunas frases y de acuerdo a sus respuestas se evaluó el resultado, concluyendo que la plática fue efectiva, ya que el miedo que presentaban los niños disminuyó considerablemente. En el grupo de estudio se logró que el miedo disminuyera después de las pláticas (11% antes - 3% después), y dentro del grupo control aumento después de que pasaron a su consulta dental (12% antes - 13 después). La diferencia antes y después resultó estadísticamente significativa ($P < 0.001$), en cambio en el grupo control la diferencia es no significativa (N.S.)

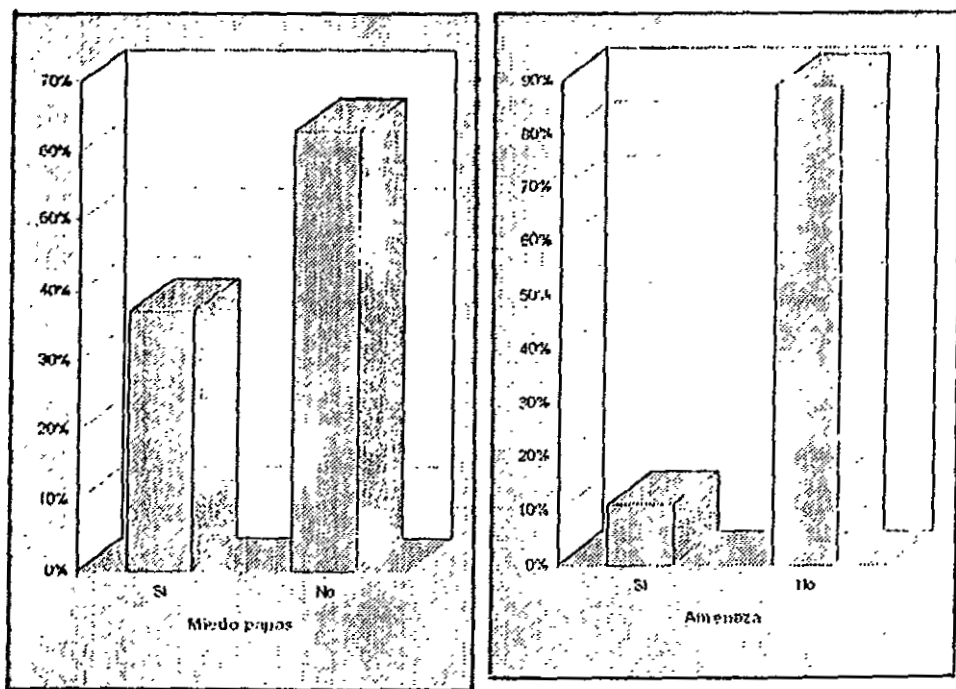
ASOCIACION DEL MIEDO DE LOS PAPÁS CON EL MIEDO DE LOS HIJOS DEL GRUPO DE ESTUDIO



GRÁFICA 14

Se observó que cuando los padres comentaban a sus hijos acerca de sus temores, éstos se veían influenciados por los comentarios negativos. Se aplicó la prueba de Fisher resultando estadísticamente no significativo.

RELACIÓN DEL MIEDO DE LOS PAPÁS CON LA AMENAZA HACIA SUS HIJOS DEL GRUPO DE ESTUDIO.



GRÁFICA 15

Aplicando la prueba de Fisher se determina que la proporción de papás que no tienen miedo y no amenazan a sus hijos es estadísticamente significativa.

$$P < 0.005$$

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA ACTITUD DE LOS PACIENTES (ANTES DE LA PLÁTICA)

GRUPO	PRE	PRUEBA ESTADÍSTICA		P	HO
		X	FISHER		
Estudio	a		N.S.		No se rechaza
Control	a	0.335			No se rechaza
Estudio	b	0.0138			No se rechaza
Control	b	0.7			No se rechaza
Estudio	c	11.611		$P < 0.001$	Si se rechaza
Control	c	0.0429			No se rechaza

CUADRO I

Se encontró relación $O = 0.50$, $P < 0.001$ entre la edad y la actitud de los niños del grupo estudio en la prueba C.

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA ACTITUD DE LOS PACIENTES
(DESPUÉS DE LA PLÁTICA)

GRUPO	PRÉ	PRUEBA ESTADÍS.	P	HO
		x	FISHER	
Estudio	a	0.755		No se rechaza
Control	a	0.286		No se rechaza
Estudio	b		N.S.	No se rechaza
Control	b	0.305		No se rechaza
Estudio	c		N.S.	No se rechaza
Control	c	0.252		No se rechaza

CUADRO 2

No existe relación entre la actitud y la edad de los niños.

DISCUSIÓN

El miedo que llegan a presentar los niños cuando acuden por primera vez al consultorio dental, se debe evitar o por lo menos disminuir, ya que esto se verá reflejado en el futuro del niño como paciente.

Las pruebas que se les realizaron a los niños nos mostraron el gran miedo con el que ellos llegan a lo desconocido, ya que la mayoría de las ocasiones los padres de familia no platican con sus hijos acerca de la importancia del tratamiento dental, y más aún, por lo general comentan los aspectos negativos y no los positivos.

La primer subprueba que consistió en mostrarle un dibujo al niño y que él narrara una historia, fue la que nos dio mayor información sobre la idea que tenía el niño acerca de la visita al dentista.

La segunda subprueba que consistió en que el niño escogiera un dibujo sobre tratamientos dentales, nos dio información específicamente sobre el miedo que manifiesta al tratamiento dental.

La tercer subprueba nos dio una información más amplia del niño no sólo como paciente si no como ser humano ya que las frases fueron completadas por los niños de acuerdo a sus sentimientos y a lo que han vivido.

Los resultados de nuestro estudio coinciden con los de Machen y Johnson (3) ya que en los dos casos se concluyó que sí es posible modificar la conducta del paciente infantil por medio de técnicas apropiadas como pláticas, videotapes, etc.

Al igual que Milgrom (19) nos dimos cuenta que la adquisición del miedo está influenciada por la forma de actuar de los padres, ya que en ocasiones el miedo que ellos muestran se refleja directamente en sus hijos.

El método utilizado en este estudio fue el de Gimilla Klingberg.(18) A diferencia de Klingberg, que sólo mostró la reacción de timidez, aquí fue utilizado para captar lo más posible los pensamientos y sentimientos del niño hacia el tratamiento dental, ya que se pensó que si se utilizaba una sola prueba de proyección como en el estudio de Sheskin (10) que es por medio de un dibujo, el resultado sería muy irreal, ya que a muchos niños no les gusta dibujar y no por eso tienen miedo al dentista.

Por medio de estas subpruebas se logra un resultado global.

CONCLUSIONES

- El miedo es el principal factor que influye en la falta de cooperación de los niños durante el tratamiento dental
- El sexo no es un factor que intervenga en el miedo que muestra el niño.
- La edad influyó sólo en la tercer subprueba que consistió en que el niño completara oraciones, ya que los niños de 6 a 7 años no están acostumbrados a responder preguntas directas o bien no entendían lo que se les preguntaba, ya que en la segunda ocasión que se aplicó esta misma prueba se concluyó que no fue estadísticamente significativa.
- La principal causa por la que los padres de familia acuden al dentista es cuando se presenta el dolor, lo que contribuye al miedo, ya que el tratamiento es diferente y por lo general más doloroso.
- La causa principal por la que los padres sienten miedo hacia el tratamiento dental es el ruido que la pieza de alta velocidad produce.
- Las pláticas informativas sirvieron para que disminuyera considerablemente el miedo en los niños del grupo de estudio, ya que hubo un porcentaje estadísticamente significativo en las tres subpruebas de niños miedosos en un principio, los cuales mostraron disminución del miedo posteriormente.
- Los niños del grupo control presentan cambio de miedosos a sin miedo sólo en la subprueba en la que se escogía una situación de felicidad o enojo durante el tratamiento dental. En las otras subpruebas, por el contrario, se mostró un incremento del miedo.
- No se encontró asociación entre el miedo de los papás y el miedo de los hijos que fuera estadísticamente significativa. Sin embargo sí existe una relación mayor entre padres miedosos que amenazan a sus hijos con llevarlos al dentista y el miedo de los niños.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Barber Thomas K. Odontología Pediátrica. Editorial Manual Moderno Buenos Aires Argentina, 1994. 42-53.
- (2) Ripa W Louis. Manejo de la conducta odontológica en el niño. Editorial Mundi. Buenos Aires (1984). 1-61.
- (3) Macdonald Ralph E. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Quinta Edición. Editorial Panamericana. Barcelona, España. 1990: 44-67
- (4) William R. Psicología aplicada a la Odontología Primera Edición Editorial Panamericana. 1972: 157-179.
- (5) Escobar, Fernando. Odontología Pediátrica. Segunda edición. Editorial Universitaria Santiago de Chile. 1990: 11-35.
- (6) Magnusson Bengt O., Odontopediatría, enfoque sistémico Editorial Salvat. Barcelona; México. (1974): 33-45.
- (7) Howitt and Stricker, G: Child patient to various dental procedures, J Am Dent Assoc. 1965: 70- 74.
- (8) Johnson R, Relationship of maternal anxiety to the behavior of young children undergoing dental extraction. J Dent Res, 801- 805, Sep-Oct 1968.
- (9) Wright GZ, Variables influencing children's cooperative behavior at the first dental visit J Dent Child, 124-128, Mar- Apr. 1971
- (10) Lowenthal U. Sheskin Assessment of children's anxiety throughout dental treatment by their drawing. J. Dent Child, 99-106, March-April 1982.
- (11) Parés G. El comportamiento del niño y su relación con la ansiedad materna México D.F. 1983.
- (12) Balderas . Evaluación secuencial de ansiedad dental en niños de 6 a 7 años proyectada a través de sus dibujos Tesis México D. F. , 1985, Posgrado. UNAM
- (13) Prins-P. Conducta de los dentistas y los pacientes durante el tratamiento dental Community-Dent/Oral/ Epidemiology. Universidad de Amsterdam. 1987: oct: 15 (5); 253-7.
- (14) Alvin, Np; Murray-JJ. Br-Dent-J Una examinación de la ansiedad dental en niños Fairfield General Hospital. Bury. 1991 Oct. 5: 171(7): 201-7
- (15) Rossow I Influencias intrafamiliares sobre la conducta sana. J-Clin-Periodontal. Universidad de Oslo 1992 Noviembre: 19 (10): 774-8
- (16) Fuks - Steinboeck. The influence of social and ethnic factors on dental care habits and Dental anxiety. Int J Peadiatr Dent. 3-7 Mar. 1993.
- (17) Gallardo-F; Cornejo-G Midazolam como premedicación para los niños aprensivos antes del tratamiento dental Universidad de Chile. 1994 Winter 18. 123-7
- (18) Klingberg G Problem Behaviors in Children of parents with severe dental fear Department of Pedodontics, University of Goteborg . Swed-Dent.J. 1993: 16(1-2): 27-32.
- (19) Mifgrom-P; MacL-L Behav-Res-Ther Origen del miedo dental en niños University of Washington. 1993 Mar. 33(3): 319-9
- (20) Geldard. Fundamentals of Psychology. John Wiley and Sons. Inc. 1962.

- (21) Johnson R. Behavior modification techniques and maternal anxiety J Dent Child 27:276 Jul-Aug 1973
- (22) Finn Simon. Odontología Pediátrica Cuarta edición Editorial Interamericana Buenos Aires 1981 15-27
- (23) Florza H. Estadística para ciencias del comportamiento Primera edición Editorial Harla S.A. Mexico 1987.
- (24) Greene. Educación para la salud Editorial Interamericana 1988
- (25) OMS. Educación para la salud Manual sobre la educación sanitaria en atención primaria de salud Ginebra 1989
- (26) Mendez I et al. El protocolo de investigación Segunda edición Editorial Trillas S.A. Mexico 1996

ANEXO 1

Facultad de Odontología, UNAM.

(Este cuestionario es confidencial y con fines exclusivamente estadísticos).

ENCUESTA PARA PADRES

Nombre del niño:

Sexo: (F) (M)

Edad:

1. ¿Es la primera vez que acude el niño al dentista?
SI () NO ()
2. ¿El niño tiene restauraciones o aparatos en su boca?
SI () NO ()
3. Si su respuesta es sí, indique subrayando cuál o cual
A) Amalgamas
B) Resinas
C) Coronas
D) Aparatos ortodónticos
E) Algún otro, especifique _____
4. ¿Usted ha acudido a tratamiento dental con anterioridad?
SI () NO ()
5. Si la respuesta es sí, ¿ha sentido cierto miedo al saber que tiene que acudir a su cita?
SI () NO ()
6. Este miedo, ¿lo comenta delante de sus hijos?
SI () NO ()
7. ¿Ha notado que el niño muestra miedo desde que supo que usted lo llevaría al dentista?
SI () NO ()
8. ¿Cuándo su hijo se porta mal le dice que lo va a llevar al dentista? SI () NO ()

Favor de subrayar el o las respuestas.

9. Este miedo que siente, cree usted que sea ocasionado por:
A) Ruido al motor (taladro)
B) Vestimenta del doctor
C) Tener a la vista el instrumental
D) No saber qué le van hacer
E) Piensa que el tratamiento es doloroso
10. ¿Cuándo acude a su dentista?
A) Cada vez que se presenta dolor
B) Cada 6 meses a revisión
C) Cuando ve que tiene caries
D) Para sacarse el diente
11. La última vez que acudió a su dentista fue por:
A) Dolor
B) Revisión dental
C) Por caries
D) Por estética

ANEXO 2

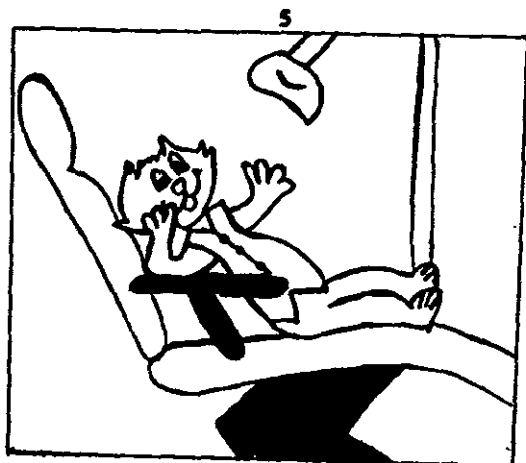
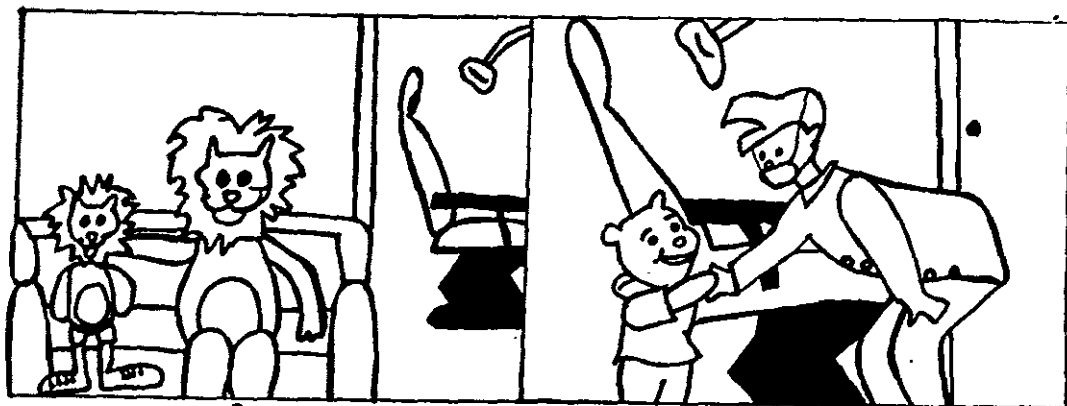
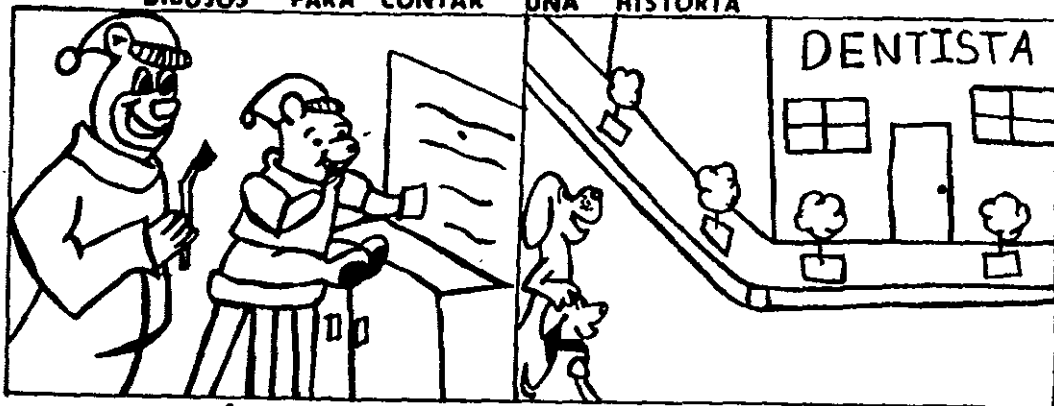
Autorizo a que mi hijo (a) participe en el estudio que se llevará a cabo en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM, con fines exclusivamente estadísticos.

AUTORIZACIÓN

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

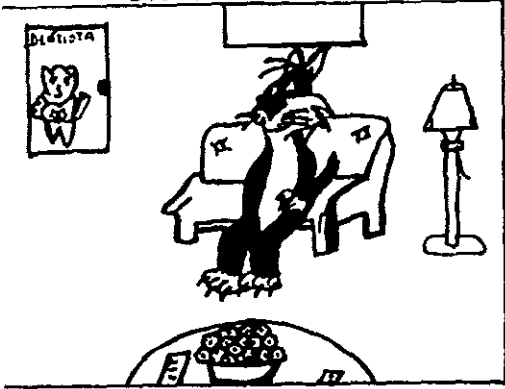
ANEXO 3

DIBUJOS PARA CONTAR UNA HISTORIA

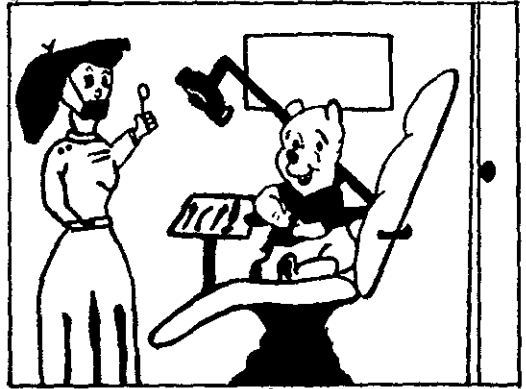


DIBUJOS PARA CONTAR

UNA HISTORIA



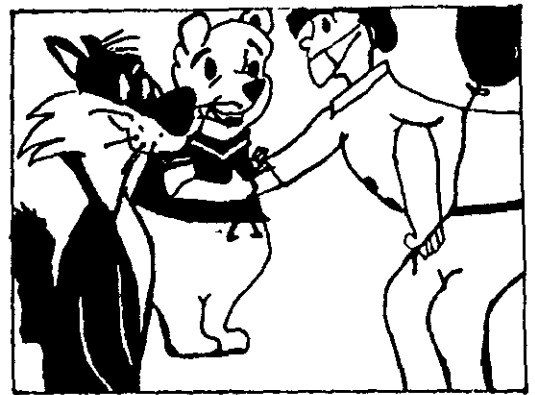
6



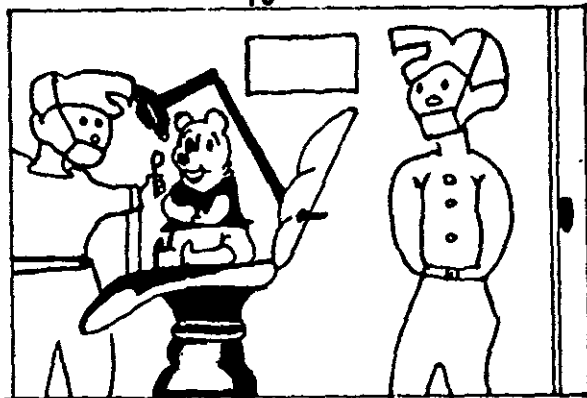
7



8

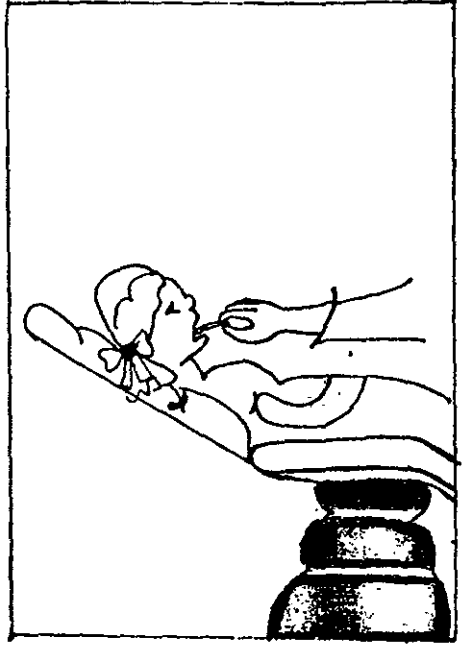
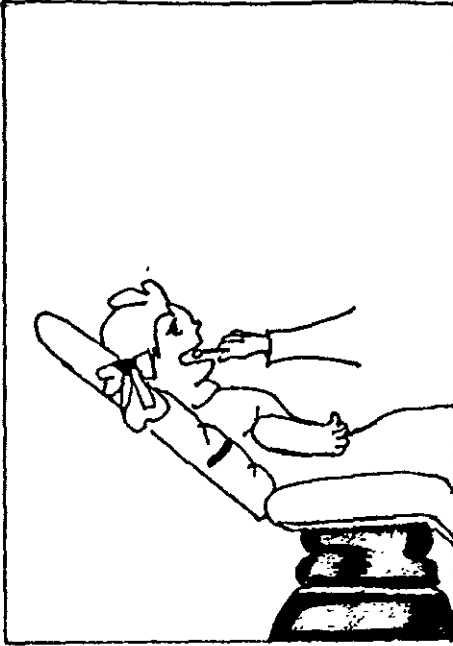


9

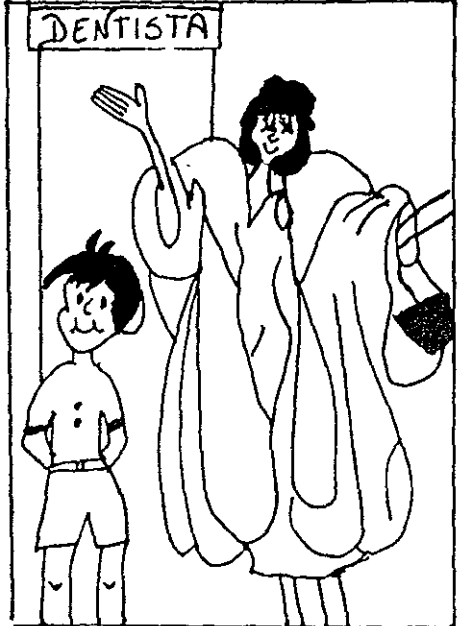
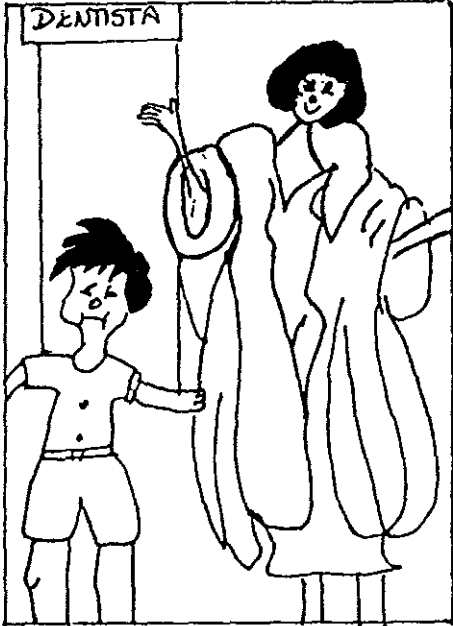


anexo 4

PUNTUACIÓN ASIGNADA A PINTURAS



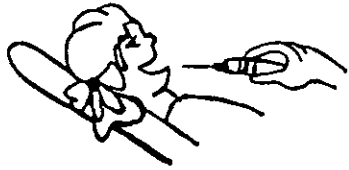
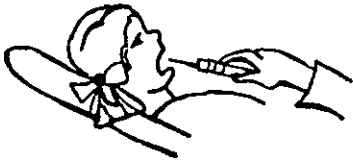
1



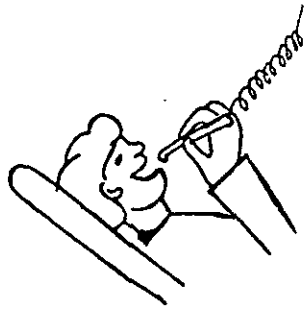
2

ANEXO 4

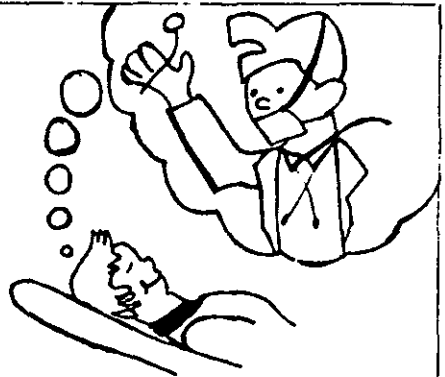
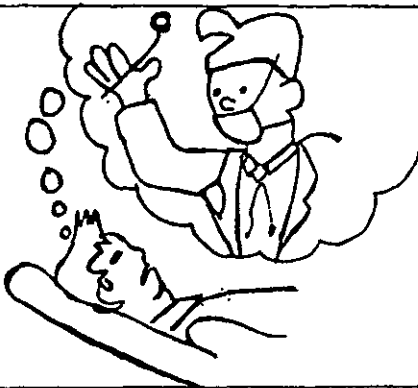
PUNTUACIÓN ASIGNADA A PINTURAS



3



4



5

ANEXO 6

CALIFICACIÓN DE LAS SUBPRUEBAS

a) Narración de una historia sobre un dibujo:

Miedoso

Sin miedo

Incierto

Observaciones:

b) Puntuación de los dibujos:

Miedoso

Sin miedo

Incierto

Observaciones

c) Completar las oraciones:

Miedoso

Sin miedo

Incierto

Observaciones

Resultado Global

Miedoso

Sin miedo

Incierto

Observaciones

