

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DENTAL PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN
ODONTOPEDIATRÍA

Por

TERESA LIBERTAD RODELA MARTÍNEZ

Como requisito parcial para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría,

Septiembre, 2022



**Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de
Odontopediatría
Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de
Odontopediatría,**



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DENTAL PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD
EN ODONTOPEDIATRÍA

TERESA LIBERTAD RODELA MARTÍNEZ

Comité de Tesis

Presidente

SONIA MARTHA LÓPEZ VILLARREAL

Secretario

JAIME ADRIÁN MENDOZA TIJERINA

Vocal

HILDA HORTENCIA HERMELINDA TORRE MARTÍNEZ



Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría,



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DENTAL PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN ODONTOPEDIATRÍA

TESISTA
TERESA LIBERTAD RODELA MARTÍNEZ

Comité de Tesis

DIRECTOR DE TESIS
JAIME ADRIÁN MENDOZA TIJERINA

CODIRECTOR DE TESIS
HILDA HORTENCIA HERMELINDA TORRE MARTÍNEZ

ASESOR METODOLÓGICO
MARGARITA MARÍA REYNA MALDONADO

AGRADECIMIENTOS

A Dios, ya que sin él no estuviera aquí y no tuviera a mis padres y hermano que lo son todo.

Héctor y Tere, papás, quiero decirles que los amo y agradezco todo el esfuerzo, atención y cariño que me han dado desde mi nacimiento hasta ahora que lograron gracias a su educación hacia mí, convertirme en una profesionista. Gracias por escucharme que desde antes de los 6 años sabía que mi sueño era ser Odontopediatra y al contrario de negarme me apoyaron siempre con la universidad que yo quería, por siempre pagarme todo sin negarlo y por estar siempre a la mejor disposición para que tuviera la mejor comodidad de poder lograrlo siendo foránea. No me equivoqué mi sueño era este. Gracias por permitirme estudiar este posgrado.

A mi hermano Andrés que por ser el menor es una motivación para mí de ser el ejemplo de la familia y de formarme estable para siempre tener una tercera mano de apoyo cuando lo necesite. El lo sabe, yo siempre estaré para él.

A mi novio Siradhep que es una persona tan inteligente y que no siendo dentista siempre me ha ayudado a ver la realidad de otra manera, siempre con ética y profesionalismo. Fue mi paciente desde que estudiaba pregrado y desde ahí nunca ha dejado de apoyarme. Decían que el posgrado iba a ser complicado para las personas que tuvieran una relación, pues él siempre me lo hizo tan fácil, con su comprensión y lo mejor, sus porras y motivación.

Mis 4 personas más especiales que Dios me ha permitido conservar.

Los amo.

TABLA DE CONTENIDO

Sección	Página
AGRADECIMIENTOS	iv
LISTA DE TABLAS	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
1. INTRODUCCIÓN	1
2. HIPÓTESIS	2
3.OBJETIVOS.....	3
3.1 Objetivo general	
3.2 Objetivos particulares	
4. ANTECEDENTES	4
4.1 Prevalencia.....	4
4.2 Ansiedad	6
4.3 Síntomas de la ansiedad.....	8
4.3.1 Físicos	8
4.3.2 Fisiológicos y conductuales.....	8
4.4 Niveles de ansiedad.....	9
4.4.1 Ansiedad leve.....	9
4.4.2 Ansiedad moderada.....	9
4.4.3 Ansiedad severa.....	10
4.5 Escalas para medir la ansiedad.....	10
4.6 Ansiedad dental.....	11
4.7 Síntomas de la ansiedad dental.....	12
4.7.1 Respuestas psicofisiológicas.....	12
4.7.2 Respuestas conductuales y emocionales.....	13
4.8 Técnicas de modificación de conducta en el paciente pediátrico.....	13
4.8.1 Técnicas de comunicación.....	13
4.8.1.1 Imágenes positivas antes de la visita dental.....	13
4.8.1.2 Observación directa.....	14
4.8.1.3 Decir-mostrar-hacer.....	14
4.8.1.4 Preguntar-contestar-preguntar.....	14
4.8.1.5 Control de voz.....	15
4.8.1.6 Comunicación no verbal.....	15
4.8.1.7 Refuerzo positivo y elogio descriptivo.....	15
4.8.1.8 Distracción.....	16
4.8.1.9 Reestructuración de la memoria.....	16
4.8.1.10 Presencia/ausencia de los padres.....	17
4.8.1.11 Inhalación de óxido nitroso/oxígeno.....	18
4.8.2 Técnicas no comunicativas.....	18

4.8.2.1 Estabilizació protectora.....	18
4.8.1.2 Sedación.....	19
4.8.1.3 Anestesia general.....	19
4.9 Técnicas de modificación de ansiedad dental.....	19
4.10 Escalas de medición de ansiedad dental.....	20
4.10.1 Escala de calificación de Venham (VPT).....	20
4.10.2 Escala de Ansiedad dental de Corah (CDAS).....	20
4.10.3 Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS).....	21
4.10.4 Escala de Imagen Facial (FIS).....	21
4.10.5 Escala de Evaluación del Miedo Dental en Niños (CFSS-DS).....	21
4.11 Medidas objetivas de medición de ansiedad dental.....	22
4.12 Como elegir una escala de medición de ansiedad dental.....	22
4.13 Diferencia entre ansiedad y miedo dental.....	23
4.13.1 Miedo dental infantil.....	23
4.13.2 Ansiedad.....	24
4.14 Desarrollo psicológico del niño.....	26
5. MÉTODOS.....	29
6. RESULTADOS	30
7. DISCUSIÓN.....	45
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
9. LITERATURA CITADA	59
APÉNDICES	66
RESUMEN BIOGRÁFICO	67

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Cantidad de Odontopediatras entrevistados.....	30
2. Años de experiencia de los Odontopediatras.....	31
3. A quien saluda primero, ¿A los padres o al paciente?.....	32
4. ¿Cómo recibe a su paciente?.....	33
5. ¿Establece rutinas de atención?.....	34
6. ¿Decide hacer citas de desensibilización?.....	35
7. ¿Cuántas citas de desensibilización decide realizar?.....	36
8. En caso de que el paciente sufra una crisis de ansiedad;.....	37
¿Decide terminar o continuar con el tratamiento?	
9. ¿Es frecuente que ocurra una crisis de ansiedad durante	
10. el tratamiento?	38
11. ¿Cuántas veces en 1 mes?.....	39
12. ¿Revisa signos y síntomas fisiológicos durante el tratamiento?.....	40
13. ¿Considera que la conducta del niño está relacionada con	
la personalidad de los padres?.....	41
14. ¿Cuál es la técnica de conducta que más utiliza?.....	42
15. Una vez terminado el tratamiento en un paciente ansios	
y no cooperador¿decide darle premio?.....	43
16. ¿Cómo considera que debe ser el rol de la asistente dental?.....	44

NOMENCLATURA

OMS	Organización Mundial de la Salud
AAPD	Academia Americana de Odontología Pediátrica

TESISTA: TERESA LIBERTAD RODELA MARTÍNEZ
DIRECTOR DE TESIS: JAIME ADRIÁN MENDOZA TIJERINA
CODIRECTOR DE TESIS: HILDA HORTENCIA H TORRE MARTÍNEZ
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DENTAL PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN
ODONTOPEDIATRÍA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Es común observar en un odontólogo la preocupación por restaurar la salud oral del paciente, mejorar su salud y educarlo, sin embargo se pasa desapercibido y en algunas ocasiones se ignora el estado emocional de cada uno de ellos al llegar a consulta. Existen factores en el paciente que empeoran el éxito del tratamiento dental, principalmente la ansiedad dental, llevando a la necesidad de conseguirlo con técnicas restrictivas, sedación o anestesia general, lo que conlleva a disfrazar el estado psicológico actual del paciente y elevar el presupuesto. **OBJETIVO:** Diseñar un Protocolo de atención dental para pacientes de 4 a 6 años con el propósito de disminuir la ansiedad dental en Odontopediatría. **METODOLOGÍA:** Estudio semicualitativo en el cual se seleccionaron 20 Odontopediatras de la República Mexicana a los cuales se les aplicó vía oral un cuestionario a cerca de su experiencia y manejo de la ansiedad en consulta. En conjunto se realizó una revisión sistematizada de artículos que evalúen y traten la ansiedad dental en pacientes de 4 a 6 años. **RESULTADOS:** Las habilidades de cada Odontopediatra para lograr una consulta exitosa con la disminución o eliminación de la ansiedad dental son diferentes y varían de acuerdo a su educación y experiencia. Sin embargo el proceso de adaptación y disminución de la ansiedad resulta de establecer una relación de confianza, educación y comunicación con el niño y padres, realizar los procedimientos del más simple al más complicado utilizando técnicas de modificación de la conducta principalmente; “decir-mostrar-hacer”, “desensibilización” y “refuerzo positivo”. **CONCLUSIONES:** Todos los Odontopediatras buscan un mismo objetivo; eliminar o reducir la ansiedad dental. De acuerdo con esta investigación, la mayoría de los especialistas coinciden en técnicas para abordar la situación, lo que en conjunto con una revisión bibliográfica nos permite resumir las sugerencias en un Protocolo de atención dental para pacientes de 4 a 6 años con la intención de disminuir la ansiedad dental en ellos.

TESISTA: TERESA LIBERTAD RODELA MARTÍNEZ
DIRECTOR DE TESIS: JAIME ADRIÁN MENDOZA TIJERINA
CODIRECTOR DE TESIS: HILDA HORTENCIA H TORRE MARTÍNEZ
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DENTAL PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN
ODONTOPEDIATRÍA

ABSTRACT

INTRODUCTION: It is common to observe in a dentist the concern to restore the oral health of the patient, improve their health and educate them, without leaving it unnoticed and sometimes the emotional state of each of them is ignored when they come to consultation. There are factors in the patient that worsen the success of dental treatment, leading to the need to achieve it with restrictive techniques, sedation or general anesthesia, which entails disguising the current psychological state of the patient and raising the budget. **AIM:** Design dental care protocol for patients from 4 to 6 years old with the purpose of reducing dental anxiety. **METHODOLOGY:** A semi-qualitative study. Twenty pediatric dentists were selected to whom a questionnaire was administered orally about their experience and management of anxiety in consultation. Altogether, a systematic review of articles evaluating and treating dental anxiety in patients aged 4 to 6 years was carried out. **RESULTS:** The abilities of each Pediatric Dentist to achieve a successful appointment with the reduction or elimination of dental anxiety are different and vary according to their education and experience. However, the process of adaptation and reduction of anxiety results from establishing a relationship of trust, education and communication with the child and parents, carrying out procedures from the simplest to the most complicated, mainly using behavior modification techniques; “tell-show-do”, “desensitization” and “positive reinforcement”. **CONCLUSIONS:** All pediatric dentists seek the same goal; eliminate or reduce dental anxiety. According to this research, most specialists agree on techniques to address the situation, which together with a bibliographical review allows us to summarize the suggestions in a Dental Care Protocol for patients aged 4 to 6 years with the intention of reducing dental anxiety in them.

1. Introducción

Es importante conocer al niño que va a ser tratado en el sillón dental y así obtener un tratamiento dental exitoso en pocas citas y sin necesidad de realizar los tratamientos bajo técnicas más costosas.

Es común observar en un odontólogo la preocupación por restaurar la salud oral del paciente, mejorar su salud y educarlo, sin embargo se pasa desapercibido y en algunas ocasiones se ignora el estado emocional de cada uno de ellos al llegar a consulta, lo que debería ser importante. En la actualidad los niños con ansiedad dental ocupan el 11.2% en México.

No existen protocolos de atención que nos ayuden a personas sin experiencia a tratar a un niño con ansiedad y es común observar que se realicen tratamientos de manera forzada y con la necesidad de utilizar técnicas costosas tales como sedación o anestesia general, sin pensar en que en realidad se produce un daño e incluso aumento de la ansiedad que podría ser disminuida si se supiera como tratarse.

Es por eso que el objetivo de este estudio fue plantear la importancia que tiene el identificar el nivel de ansiedad de un niño antes de pasar a consulta dental y la elaboración de un protocolo de atención para la disminución de la ansiedad durante la consulta.

Se seleccionaron 20 Odontopediatras con mínimo 3 años de experiencia, posteriormente se les aplicó un cuestionario conformado por 20 preguntas las cuales se transcribieron tal cual lo mencionó el especialista, de acuerdo a sus respuestas y en conjunto con artículos científicos de manejo de conducta, se elaboró un Protocolo de atención dental para disminuir la ansiedad en Odontopediatría.

2. Hipótesis

La experiencia de Odontopediatras y la suma de artículos de información darán como resultado un protocolo de atención dental con el fin de disminuir la ansiedad en odontopediatría.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Diseñar protocolo de atención dental para pacientes de 4 a 6 años con el propósito de disminuir la ansiedad dental en Odontopediatría

3.2. Objetivos específicos

1. Analizar la ansiedad dental desde el punto de vista del Odontopediatra
2. Identificar las técnicas de manejo de conducta más utilizadas para disminuir la ansiedad dental por Odontopediatras

4. Antecedentes

4.1 Prevalencia

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel socioeconómico, se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados.

La caries dental es una de las enfermedades más comunes en la población infantil de México, diversos estudios muestran que aproximadamente 7 de cada 10 preescolares padecen caries dental (SIVEPAB, 2015)

En términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia (OMS, 2012)

El desarrollo de la primera infancia es la fase más importante en la vida y determina la calidad de la salud, el bienestar, el aprendizaje y el comportamiento de las personas. La presencia de caries en las etapas tempranas de la vida no sólo son indicativos de futuros problemas dentales, también afectan negativamente el crecimiento y el desarrollo cognitivo al interferir con la alimentación, el sueño y la concentración en la escuela (SIVEPAB, 2015)

La Secretaría de Salud indica que en Nuevo León, siete de cada 10 menores padecen caries (Secretaría de salud, 2018)

La Academia Americana de Odontología Pediátrica y la Asociación Dental Americana recomiendan que el primer examen bucal se realice dentro de los 6 meses posteriores a la erupción del primer diente primario, esta visita no deberá exceder los 12 meses de edad.

A partir de entonces niñas y niños deberán acudir a una revisión de acuerdo con el calendario recomendado por el odontólogo, basado en las necesidades individuales y la susceptibilidad a la enfermedad (AAPD, 2015)

La caries dental es la principal causa por la que los padres llevan al niño con un dentista. Hasta la fecha no se ha podido conseguir que se lleve a los niños a revisiones bucales constantes, lo que evitaría la aparición de caries dental, es más común observar a los padres llevar a sus hijos al dentista cuando ya presentan algún problema dental grave o molestia, lo que conlleva a que sientan ansiedad o miedo al dentista por imaginar que el tratamiento será doloroso (AAPD, 2015)

La ansiedad asociada con la idea de visitar al dentista para recibir atención preventiva y sobre procedimientos dentales se conoce como ansiedad dental. Agras la citó como la quinta causa más común de ansiedad general (Agras, Sylvester, & Oliveau, 1969)

Es difícil describir con precisión la prevalencia de la ansiedad dental en niños.

Sin embargo, observar estudios en adultos puede proporcionar cierta información, ya que la evidencia sugiere que la mayoría de los adultos con ansiedad dental desarrollaron su miedo en la infancia o la adolescencia (Locker et al, 1999)

Los países del continente asiático como la India, China, e Irán reportan prevalencia de 46 % hasta 77,4 % de ansiedad (Mohamadirizi, Fahami, & Bahadoran; Saatchi & Mohammadi, 2015)

En el caso del continente americano, específicamente los países latinoamericanos y del Caribe mostraron valores de 77,1 %⁵ y 11,2 % en México (Arrieta et al., 2013)

El género femenino es más propenso a experimentar la ansiedad al tratamiento dental que el masculino, según expresa la literatura.

Condiciones fisiológicas como la fobia social, el pánico, la depresión, la tensión, el neurotismo y el miedo son más comunes en las mujeres, y la ansiedad dental puede asociarse con dichas emociones.

Norman Corah (1934-2001), psicólogo estadounidense es el pionero en el estudio, valoración y tratamiento de la ansiedad que los pacientes experimentan antes de someterse a tratamientos odontológicos (Jamali et al., 2015)

4.2 Ansiedad

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (Mathis, Smith, & Schoof, 2008)

Un Filósofo del siglo XX, Vass dijo “La ansiedad no es necesariamente mala, porque también puede llevar a la persona al conocimiento de su propio ser”.

Ey en el 2008 se refiere a la ansiedad como un “modo de organización catastrófica, frente a un peligro a veces presente e inminente, pero a veces ausente e incluso imaginario” (Ey, 2008)

La ansiedad es una sensación común a todos, que se experimenta casi a diario.

En niveles moderados, la ansiedad puede ser útil, porque aumenta nuestra atención al peligro o nos indica que necesitamos actuar de alguna manera.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes, cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Ansiedad y angustia de acuerdo a la Real Academia tienen un mismo significado: Ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo" y angustia procede del latín "angustia", "angor", que incluye significados como "Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo" (Diccionario de la Real Academia).

La ansiedad es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico y aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

Es definida como una reacción emocional que se manifiesta ante situaciones que impliquen peligro frente a la supervivencia del organismo. Es considerada una sensación vaga de temor, la cual carece de contenido racional. No posee una fuente identificable específica, sin embargo provoca discomfort, frente a la percepción de ataque de su integridad. La respuesta se da a través de una función adaptativa o de defensa propia (Morgan et al., 1980)

Kaplan y Sadock's definen la ansiedad como un estado emocional desagradable en el que hay sensación subjetiva de un peligro, malestar, tensión o aprensión, acompañado de una descarga neurovegetativa y cuya causa no está claramente reconocida para la persona (Kaplan & Sadock's, 1994).

Otro de los puntos clave a la hora de definir la ansiedad tiene que ver con el hecho de si esta es un fenómeno circunstancial (es decir, agudo, transitorio) o permanente (de carácter crónico) Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970 dan cuenta de esta distinción, señalando que la ansiedad-estado supone un estado emocional transitorio, mientras que la ansiedad-rasgo se explica a partir de lo que sería una "tendencia ansiosa", propia de un rasgo de personalidad (Sarudiansky, 2013)

La ansiedad asociada con la idea de visitar al dentista para recibir atención preventiva y sobre procedimientos dentales, se conoce como ansiedad dental. Se ha citado como la quinta causa más común de ansiedad (Appukuttan, 2016)

Este fenómeno debe entenderse como un concepto multidimensional, el que consta de tres componentes de respuesta que, si bien son distintos, estos interactúan entre sí, como son el componente cognitivo, fisiológico y motor.

Los aspectos cognitivos implicarían una interferencia con la concentración, hipervigilancia atencional e incapacidad para recordar ciertos eventos. Los aspectos fisiológicos tienen que ver con un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, lo que lleva en ocasiones a una falta de respiración, transpiración y palpitations. Finalmente, el componente motor implica comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos que pueden ir desde la evitación hasta el escape de la consulta dental (Ríos Erazo, Herrera Ronda, & Rojas Alcayaga, 2014)

4.3 Síntomas de la ansiedad (Mathis et al., 2008)

4.3.1 Físicos

- Vegetativos: Sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- Neuromusculares: Temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Cardiovasculares: Palpitations, taquicardias, dolor precordial.
- Respiratorios: Disnea.
- Digestivos: Náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- Genitourinarios: Micción frecuente.

4.3.2 Fisiológicos y conductuales

- Preocupación, aprensión.
- Sensación de agobio.
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.

- Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.
- Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones.
- Inhibición o bloqueo psicomotor.
- Obsesiones o compulsiones.

En ciertos contextos “tener ansiedad” o ser “ansioso/a”, lejos de poseer una connotación positiva, se relaciona más con patología y enfermedad, que incluso, el miedo. (Sarudiansky, 2013)

4.4 Niveles de la ansiedad (José, Flores, & Flores, 2016)

4.4.1 Ansiedad leve

En este nivel la ansiedad es temporal, se observa miedo, intranquilidad e irritación. La persona está alerta, escucha, mira y domina la situación; funcionan más las capacidades de entendimiento y observación debido a que existe más atención ofrecida a la situación causante de ansiedad. La ansiedad es transitoria, se observa temor, irritabilidad, intranquilidad e incomodidad.

Prevalece la calma, Existe ligera dificultad para la realización del examen, diagnóstico o tratamiento odontológico.

4.4.2 Ansiedad moderada

El campo perceptual de la persona se ha restringido un poco, mira, escucha y domina la situación menos que el caso antepuesto. En este nivel se puede observar respuestas fisiológicas y psicológicas con menor intensidad, como xerostomía, palpitaciones, temblores, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria. Es decir, la ansiedad leve y moderada puede tener un valor muy preciso de ajuste, porque influye sobre la persona orientado a una adaptación de diferente tipo, ya que estos niveles le ayudan a aprender, crecer, desarrollar y concluir acciones.

Caracterizada por el desconcierto, las actitudes aprensivas y la agitación psicomotriz que dificultan el examen, diagnóstico y tratamiento que obliga a un cambio de rutina del odontólogo.

4.4.3 *Ansiedad Severa*

Caracterizada por miedo y temor intenso, a veces acompañada de pánico. La atención se concentra en diversos detalles, pudiendo tener problemas para establecer una secuencia lógica entre un grupo de ideas. Se puede distorsionar lo observado, el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre un grupo de ideas. En este nivel se presentan signos y síntomas que impiden realizar el examen; xerostomía, manos frías, fatiga, mareos temblores anormales, fobias, insomnio, inquietud motora, sudoración profusa y sensación de desvanecimiento. Conlleva a cambiar día de cita por negatividad del paciente.

4.5 Escalas para medir la ansiedad (Mathis et al., 2008)

Estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica.

- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)
- Hospital, Ansiedad y Depresión (HAD)
- Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS-Hamilton Anxiety Rating Scale) (Chamorro)
- Clinical Anxiety Scale (CAS) y Physician Questionnaire (PQ)
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

4.6 Ansiedad dental

Márquez y Cols, definen la ansiedad en el campo de la odontología como un complejo patrón de conducta que se asocia a una activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos (cognitivos y somáticos) y externos (ambientales), que pueden aparecer

antes y durante el proceso odontológico en los pacientes sin que lo identifiquemos (Márquez et al., 2004)

Otra definición nos dice que es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, es una experiencia individual, subjetiva, que varía entre las personas, y genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una importante barrera para la búsqueda de atención dental (Al-Namankany, De Souza, & Ashley, 2012)

Klingberg y Broberg definen la ansiedad dental como un estado de aprensión de que algo terrible pasará en relación al tratamiento dental, lo que va acompañado de un sentido de pérdida de control. Y definen que la fobia dental es la ansiedad dental en el nivel más severo y se caracteriza por una marcada y persistente preocupación en relación a situaciones/objetos claramente discernibles o a situaciones dentales en general (Klingberg & Broberg, 2007)

Esta ha sido considerada frecuentemente fuente de serios problemas para la salud bucal de niños y adultos. Aparece cuando el individuo se siente amenazado en una determinada situación externa y ocurre en respuesta a varios estresores que pueden ser psicológicos y ambientales, lo cual se presenta en el ambiente médico.

Rowe y Moore señalan que un paciente con fobia dental llega a sufrir en promedio 17.3 días de dolor antes de consultar al odontólogo y consideran que la ansiedad dental es considerada un potente predictor de riesgo de caries (Rowe & Moore, 1998)

La ansiedad en la consulta odontológica proviene de: (Krahn, García, & Gómez; Astié, 2011)

- Una experiencia previa negativa y dolorosa que ha suscitado una respuesta condicionada de miedo.
- Anécdotas de parientes y amigos cercanos de sus experiencias dentales desagradables.

- Representaciones poco favorecedoras de la odontología en los medios de comunicación. Una sensación de pérdida de control en el escenario del consultorio dental.
- Vergüenza por el descuido dental y miedo al ridículo.
- Una sensación de despersonalización en el proceso de atención dental, intensificada por el empleo generalizado de barreras e instrumentarias de protección (mascarilla, guantes de látex y otros protectores).
- Posibilidad de contagiarse de una infección por medio del instrumental odontológico.
- También el riesgo de ser herido en alguna parte de la boca durante el procedimiento.

4.7 Síntomas de la ansiedad dental (Appukuttan, 2016)

4.7.1 Respuestas psicofisiológicas

- Tensión muscular
- Manos inestables
- Inquietud
- Aclarar la garganta
- Sudoración en las palmas de las manos, la frente, el labio superior (la palma de la mano puede evaluarse durante el apretón de manos).
- Pulsaciones en arterias carótida y temporal.
- Profundidad y velocidad de respiración.
- Postura rígida.
- Agarrar las cosas con fuerza
- Fuerte respuesta de sobresalto
- Micción frecuente

4.7.2 Respuestas conductuales y emocionales

- Hiperactividad
- Caminar o hablar más rápido
- Ir apurado
- Irritaciones con retrasos
- Pánico
- Ruborizaciones
- Lengua trabada
- Evitación a personas
- Hábitos nerviosos
- Mala memoria
- Confusión, trabado con las palabras
- Sentado en el borde de la silla, inclinado hacia adelante
- Hojear revistas rápidamente
- Falta de atención
- Andar con ritmo
- Preocupación excesiva
- Estallido de emociones

4.8 Técnicas de modificación de conducta en el paciente pediátrico

Recomendaciones básicas para tratar a un paciente pediátrico en la consulta dental según la AAPD (AAPD, 2015)

4.8.1 Técnicas de comunicación

4.8.1.1 *Imágenes positivas antes de la visita dental.*

A los pacientes se les muestran fotografías positivas o imágenes de odontología y tratamiento dental mientras se encuentre en la sala de espera.

Los objetivos son proporcionar información visual a los niños y padres sobre qué esperar durante la visita dental y proporcionar a los niños la capacidad para que puedan preguntar cualquier duda respecto a las imágenes al dentista, antes de que pase al sillón.

4.8.1.2 Observación directa

A los pacientes se les muestra un video o se les permite observar directamente a un paciente joven cooperativo durante un tratamiento dental.

Los objetivos son familiarizar al paciente con el tratamiento dental durante la observación de pasos específicos involucrados en un procedimiento dental, y dar al paciente y al padre la oportunidad de hacer preguntas y brindar información sobre el procedimiento dental en un entorno seguro.

4.8.1.3 Decir-mostrar-hacer

La técnica consiste en explicaciones verbales de procedimientos en frases adecuadas al desarrollo nivel de comprensión del paciente (decir); demostraciones para el paciente de los aspectos visuales, auditivos, olfativos y táctiles de la procedimiento en un entorno cuidadosamente definido, no amenazante (Mostrar); Y luego, sin desviarse de la explicación y demostración, finalizar el procedimiento (hacer).

Se usa con habilidades de comunicación (verbal y no verbal) y refuerzo positivo.

Los objetivos son enseñar al paciente aspectos importantes de la visita dental y familiarizar al paciente con el entorno dental y dar forma de respuesta del paciente a los procedimientos a través de sensibilización y expectativas bien descritas.

4.8.1.4 Preguntar-Contestar-preguntar

Consiste en indagar sobre la visita del paciente y sus sentimientos hacia o sobre cualquier procedimiento planificado (preguntar); explicar los procedimientos a través de demostraciones y lenguaje no amenazador apropiado para el nivel cognitivo del paciente

(contestar); y nuevamente preguntar si la paciente entiende y cómo se siente con respecto al tratamiento(preguntar).

Si el paciente sigue teniendo inquietudes, el dentista puede atenderlas, evaluar la situación, y modificar los procedimientos o técnicas de conducta si es necesario.

Los objetivos son evaluar la ansiedad que puede conducir a un comportamiento no conforme durante el tratamiento, enseñar al paciente sobre los procedimientos y cómo se van a realizar y confirmar que el paciente se sienta cómodo con el tratamiento antes de continuar.

4.8.1.5 Control de voz

Se utiliza una alteración deliberada del volumen, el tono o el ritmo de la voz para influir y dirigir el comportamiento del paciente.

Los objetivos son obtener la atención y el cumplimiento del paciente, evitar comportamientos negativos o de evitación y establecer roles apropiados de adulto-niño.

4.8.1.6 Comunicación no verbal

Es el refuerzo y la guía del comportamiento a través del contacto, la postura, la expresión facial y el lenguaje corporal apropiados.

Los objetivos son mejorar la eficacia de otras técnicas de gestión comunicativa, y ganar o mantener la atención y el cumplimiento del paciente.

4.8.1.7 Refuerzo positivo y elogio descriptivo.

El refuerzo positivo premia los comportamientos deseados, fortaleciendo así la probabilidad de recurrencia de esos comportamientos. Incluyen una modulación de voz positiva, expresión facial, elogio verbal y demostraciones físicas apropiadas por parte de todos los miembros del equipo dental.

Los elogios descriptivos enfatizan los comportamientos cooperativos específicos (por ejemplo, "Gracias por quedarte quieto", "Estás haciendo un gran trabajo manteniendo tus manos en tu espalda" etc.

El objetivo es reforzar el comportamiento deseado.

4.1.1.8 Distracción

La distracción es la técnica de desviar la atención del paciente de lo que puede percibirse como un procedimiento no placentero. Darle al paciente un breve descanso durante un procedimiento estresante puede ser un uso efectivo de la distracción antes de considerar técnicas más avanzadas.

Los objetivos son disminuir la percepción de desagrado y evitar conductas negativas o de evitación.

4.1.1.9 Reestructuración de la memoria

Es un enfoque conductual en el que las memorias asociadas con un evento negativo o difícil (por ejemplo, la primera visita al dentista, la anestesia local, el procedimiento de restauración, la extracción) se reestructuran en memorias positivas utilizando la información sugerida después de que se haya producido el evento.

La reestructuración involucra cuatro componentes:

1. Un recordatorio visual podría ser una fotografía de la sonrisa del niño en la visita inicial (es decir, antes de la experiencia difícil).
2. El refuerzo positivo a través de la verbalización podría ser preguntar si el niño le había dicho a su padre qué buen trabajo había hecho en la última cita. Se le pide al niño que le diga al dentista lo que le dijo a los padres.

3. Los ejemplos concretos para codificar los detalles sensoriales incluyen elogiar al niño por su comportamiento positivo específico, como mantener sus manos en su regazo o abrir la boca cuando se le pregunta. Luego se le pide al niño que demuestre estos comportamientos, lo que conduce a un sentido de logro.

Los objetivos son reestructurar experiencias dentales pasadas o negativas, y mejorar el comportamiento del paciente en visitas dentales posteriores.

4.1.1.10 Presencia/ausencia de los padres

La presencia o ausencia del padre a veces puede usarse para obtener cooperación para el tratamiento.

La participación de los padres, especialmente en el cuidado de la salud de sus hijos, ha cambiado dramáticamente en los últimos años.

El deseo de los padres de estar presentes durante el tratamiento de sus hijos no significa que desconfíen intelectualmente del dentista; puede significar que son incómodos si no pueden verificar visualmente la seguridad de sus hijos.

Es importante comprender los cambios en las necesidades emocionales de los padres debido al crecimiento de un sentido latente pero natural para proteger a sus hijos.

Los practicantes deben acostumbrarse a esta participación adicional de los padres y dar la bienvenida a las preguntas y preocupaciones de sus hijos. Los practicantes deben considerar los deseos de los padres y estar abiertos a un cambio de paradigma en su propio pensamiento.

Los objetivos para los padres son participar en exámenes y/o tratamientos, ofrecer a los niños muy pequeños apoyo físico y psicológico y observar la realidad del tratamiento de su hijo. Mientras que para los practicantes sería captar la atención del paciente y mejorar el cumplimiento, evitar comportamientos negativos, establecer roles apropiados de dentista-niño mejorar la comunicación efectiva entre el dentista, niño y padre, minimiza la ansiedad y conseguir una experiencia dental positiva.

4.1.1.11 Inhalación de óxido nitroso/oxígeno

La inhalación de óxido nitroso/oxígeno es una técnica segura y eficaz para reducir la ansiedad y mejorar la comunicación efectiva.

Su inicio de acción es rápido, los efectos son fácilmente titulados y reversibles, y la recuperación es rápida y completa.

Además, la inhalación de óxido nitroso/oxígeno mide un grado variable de analgesia, amnesia y reducción del reflejo nauseoso. La necesidad de diagnosticar y tratar, así como la seguridad del paciente y del profesional, debe considerarse antes del uso de óxido nitroso / analgesia de oxígeno/ansiólisis.

Los objetivos son reducir o eliminar la ansiedad, reducir el movimiento adverso y la reacción al tratamiento dental, mejorar la comunicación y la cooperación del paciente; elevar el umbral de reacción del dolor, aumentar la tolerancia para citas más largas. Ayuda en el tratamiento de los discapacitados físicos y mentales o pacientes médicamente comprometidos, reducir las arcadas y potenciar el efecto de los sedantes.

Indicaciones:

- Paciente temeroso, ansioso u obstinados.
- Ciertos pacientes con necesidades especiales de salud.
- Un paciente cuyo reflejo nauseoso interfiere con el cuidado dental.
- Un paciente para el que no puede administrarse anestesia local profunda.
- Un niño cooperativo sometido a un prolongado tratamiento dental.

4.8.2 Técnicas no comunicativas

4.8.2.1 Estabilización protectora.

Restricción de la libertad de movimiento del paciente, con o sin el permiso del paciente, para disminuir el riesgo de lesión y al mismo tiempo permitir la finalización segura del tratamiento.

Su uso tiene el potencial de producir graves consecuencias, como daños físicos o psicológicos, pérdida de dignidad y violación de los derechos del paciente.

4.8.2.2 Sedación

Se puede usar de manera segura y efectiva con pacientes que no pueden cooperar debido a la falta de madurez psicológica o emocional y/o discapacidad mental, física o médica.

4.8.2.3 Anestesia general

La anestesia general es un estado controlado de inconsciencia acompañado por una pérdida de reflejos protectores, que incluye la capacidad de mantener una vía aérea de manera independiente y responder con determinación a la estimulación física o al comando verbal.

4.9 Técnicas de modificación de ansiedad dental

Álvarez y Casanova plantean una serie de estrategias que debe seguir el odontólogo para el control de la ansiedad y el miedo en la consulta, se resumen a continuación:

1. Uso de terapia de comportamiento para disminuir los niveles de ansiedad y miedo.
2. Comunicación clara y cordial con el paciente antes de comenzar el tratamiento, todo esto potenciado con un ambiente amable y seguro, en el que el paciente sienta que no está en riesgo.
3. Exposición gradual a los elementos que causan el miedo o ansiedad, esto puede lograrse mediante la explicación de cada uno de los instrumentos odontológicos, su forma de funcionamiento y las situaciones en las que se utilizan.
4. Comenzar el tratamiento con procedimientos menos complejos y prolongados, e ir incrementando el grado de dificultad de este en consultas subsecuentes.

5. En el caso de los niños, el manejo de la ansiedad materna, la comunicación adecuada, son muy importantes, ya que la ansiedad de la madre suele influir negativamente en el comportamiento del menor durante la consulta.
6. En casos de ansiedad severa, pudiera probar con el uso de homeopatía o fármacos ansiolíticos para el control de los síntomas previos a la consulta.

4.10 Escalas de medición de ansiedad dental

4.10.1 Escala de calificación de Venham (VPT)

Consiste en una escala para medir la ansiedad y una escala para medir la cooperación; en ambos casos, las calificaciones se realizan en una escala de 0 a 5 puntos. 0 indica que no hay ansiedad (relajado, sonriente, dispuesto y capaz de conversar) y cooperación total (cooperación total, mejores condiciones de trabajo posibles, sin llanto o protesta física) y 5 indica ansiedad extrema (Niño fuera de contacto con la realidad de la amenaza. Grito general en voz alta ...) o falta de cumplimiento (“Protesta general, no cumplimiento o cooperación. Se requiere restricción física”) (Venham & Murray, 1979)

4.10.2 Escala de Ansiedad dental de Corah (CDAS)

La escala consta de cuatro preguntas que buscan identificar el nivel de ansiedad del paciente en varias situaciones dentales; cuando visitará al dentista próximamente, cuando está en la sala de espera, cuando toma los instrumentos para trabajar en sus dientes y cuando el dentista prende la pieza de mano. Cada pregunta tiene cinco alternativas de respuesta, que se califican de 1 (Relajado) a 5 (extremadamente ansioso/Fobia dental), por lo que el rango de puntajes posibles es 4 a 20 puntos. El resultado mayor de 15 indica un alto nivel de ansiedad o posiblemente fóbico (Corah, 1969)

4.10.3 Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS)

La Escala de Ansiedad Dental de Corah (CDAS) no incluye ninguna referencia a las inyecciones de anestesia local lo que es un gran foco de ansiedad para muchos y las respuestas de opción múltiple para tres de las cuatro preguntas no están claramente en orden de gravedad de la ansiedad. Las respuestas difieren entre las preguntas, por lo que son difíciles de comparar. Incluyen descripciones de reacciones fisiológicas y ansiedad, lo que confunde dos componentes de la experiencia que están poco relacionados.

Dadas estas circunstancias, se decide realizar una modificación en la escala, por lo que se crea la MDAS un cuestionario breve y bien validado que consta de 5 preguntas (agregando una pregunta referente a la inyección de la anestesia) y 5 respuestas que van desde la “no ansiedad” hasta “extremadamente ansioso”. Las respuestas se puntúan de 1 a 5. El puntaje para la escala varía de un mínimo de 5 a un máximo de 25. Cuanto más alto sea el puntaje, mayor será la ansiedad dental, teniendo un corte de 19 para definirse como “extremadamente ansioso” (Ríos Erazo et al., 2014)

4.10.4 Escala de Imagen Facial (FIS)

Escala de medición creada por Buchanan y Niven. Puede ser aplicada a niños de entre 3 a 18 años. Se compone de una hilera de cinco caras que van desde mucha felicidad a mucha infelicidad, y se le pide al niño que puntúe cuál de las caras representa más como se siente en ese momento. Muestra una adecuada facilidad de aplicación (Buchanan & Niven, 2003)

4.10.5 Escala de Evaluación del Miedo Dental en Niños (CFSS-DS)

Cuestionario que busca identificar el nivel de ansiedad dental, creado por Cuthbert. Relacionando diversos aspectos del tratamiento, tanto procedimientos invasivos como situaciones generales. Se utiliza para niños de entre 4 a 12 años, quienes deben responder quince ítems, las que son de tipo likert y varía de 1 a 5 (1 no presentan miedo y 5 manifiestan mucho miedo). Las puntuaciones obtenidas se encuentran en rangos de 15 y 75

puntos, y al obtener puntajes iguales o mayores a 45 puntos, se presentan altos niveles de ansiedad.

Es el instrumento de medición utilizado con mayor frecuencia para la determinación de miedo y ansiedad dental (Picabia, Rodríguez, & Moreno, 2009)

4.11 Medidas objetivas de medición de ansiedad dental (Appukuttan, 2016)

- Evaluación de la presión arterial
- Frecuencia del pulso
- Oximetría del pulso
- Temperatura de los dedos
- Respuesta galvánica de la piel

4.12 Como elegir una escala de medición de ansiedad dental

La elección de una medida particular dependerá del propósito del estudio y del aspecto particular de ansiedad dental que se evaluará, se determinará según el tipo de información que el investigador, profesional de la salud o epidemiólogo desee obtener de la evaluación.

Las medidas más largas con más preguntas brindan una gama más amplia de puntajes y son más sensibles al cambio en el tiempo o a la variación entre grupos.

Si el propósito de la evaluación es informar la planificación del tratamiento clínico, puede ser importante examinar los factores que contribuyen al mantenimiento de su ansiedad.

Esas escalas que les piden a los encuestados que califiquen situaciones dentales particulares podrían ser útiles para planificar intervenciones dirigidas a aliviar la ansiedad y el miedo dental.

Se recomienda el uso de más de un cuestionario y/u otros instrumentos de medición (Asl et al., 2017)

4.13 Diferencia entre ansiedad y miedo dental

En la situación dental, el miedo y la ansiedad son prácticamente indistinguibles. En la literatura se expresa de diversos modos, pero predomina el término de ansiedad dental.

4.13.1 Miedo dental infantil

Emoción o una respuesta psicológica, comportamental o fisiológica, respecto de un estímulo potencialmente peligroso. 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. El miedo invade y afecta a la persona tanto en su vida social como a nivel familiar, laboral y/o en el estudio. . (Barbería, Martín & Tobal, 1997)

Los niños tienen relativamente habilidades de comunicación limitadas y son menos capaces de expresar sus temores y ansiedades. La incapacidad de los niños para hacer frente a estímulos amenazante dentales a menudo se manifiesta como problemas de manejo de la conducta. (Mungara, Injeti & Joseph, 2013)

Los niños experimentan miedo y temor cuando visitan al odontólogo, impidiéndoles incluso dormir la noche anterior.

El miedo dental en niños puede manifestarse en formas diferentes: Brusca y episódica, en crisis (trastorno de pánico), persistente o continua, grave (trastorno de ansiedad generalizada) y tras un estrés identificable (trastorno por estrés postraumático). (Marcano, Lolimar & Machado, 2007)

Kleinhauz y Eli reportaron que para reducir el temor preoperatorio, el paciente podía ser ayudado con un método de inducción y autocontrol que le permitiría estar consciente y mantener el control durante el procedimiento clínico, logrando con éxito el tratamiento.

Para Beks, las situaciones más comunes que producen mayor miedo en los pacientes infantiles durante la consulta, por lo general son:

1. El ruido de la turbina
2. Oír a otro paciente quejarse
3. Los instrumentos con el que los van a tratar, especialmente aguja
4. Extracción de un diente
5. El ruido
6. La sangre
7. Abrir la boca
8. Ver que inyectan a otro paciente
9. Sentarse en el sillón dental
10. El olor de los materiales
11. Ver al Odontólogo con bata blanca

En este sentido, McGuigan indica que los momentos en que los pacientes se enfrentan a una cirugía, exámenes invasivos, técnicas dolorosas y aún el proceso de anestesia, los carga de un inmenso temor, estas constituyen oportunidades excelentes para ocuparse de la dimensión emocional del niño a través del diálogo para aliviar los miedos y abordar las molestias; utilizando desde una pequeña estrategia de relajación previa, hasta el simple hecho de responder a sus preguntas, pueden ser herramientas de gran utilidad para disminuir el alto grado de miedo de los pequeños (Soto & Reyes, 2005)

4.13.2 Ansiedad

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 (Andrade, 1992).

Existen 4 elementos que diferencian la ansiedad y el miedo dental: (Márquez et al, 2004)

1. Duración temporal:

Entre la conducta y el ambiente propio de la odontología.

La ansiedad sigue un patrón conductual anticipatorio, recordado por una situación pre aversiva; es decir, se presenta de manera anticipada al tratamiento.

El miedo dental, por el contrario, recubre un carácter simultáneo con la consulta, tiene relación de inmediatez con el evento clínico.

2. Diferenciación:

Es la generalización de la respuesta, la ansiedad se da como un patrón global, provocado por un recordatorio de todo el tratamiento, no por algo específico, mientras que el miedo al odontólogo; se caracterizan como patrones selectivos, controlados por estímulos específicos durante la consulta.

3. Elementos operantes-motores:

Por parte del paciente en la ansiedad son de evitación de ir al dentista, mientras que los que conllevan el miedo dental son de escape del tratamiento, que se traducen en un comportamiento perturbador durante la intervención.

4. Proporcionalidad: esto es, el miedo sería más bien una reacción proporcionada al peligro real u objetivo, mientras que la ansiedad reflejaría una reacción desproporcionadamente intensa. Si el estímulo no representa un peligro real proporcional a la reacción, podemos hablar de ansiedad (desproporcionadamente intensa), mientras que en el miedo el peligro es real y proporcional a la reacción de miedo.

Freud, diferenciaba la angustia —angst— del miedo —furcht— y del terror —schreck—, señalando que lo que distingue a la angustia/ansiedad del miedo se basa en la anticipación del peligro, por lo que no es necesaria la presencia real del objeto amenazante, mientras que el terror se caracteriza por la intensidad de la reacción. Jaspers (1998) también hacía esta

distinción, sosteniendo que el miedo se encuentra orientado hacia algo o alguien, mientras que la ansiedad no presenta un objeto determinado (Sarudiansky, 2013)

4.14 Desarrollo psicológico del niño

Los niños atraviesan etapas físicas y mentales en su desarrollo con reacciones y patrones de conducta distintos a los adultos. Las primeras experiencias dentales del niño se reflejan en su actitud hacia la odontología cuando es adulto creando adultos temerosos, ansiosos y transmisibles de sus sentimientos a sus hijos, por lo cual se vuelve un círculo vicioso de padres a niños y así sucesivamente (Manuel & Gil, 2015; Carlson & Grossbart, 1988; Magnusson, 1974)

- Edad preescolar
 - Dependencia de la madre
 - Dificultad para establecer relaciones interpersonales
 - Necesita tiempo para habituarse a nuevas situaciones
 - Cambios rápidos de humor
 - Se cansa fácilmente.

El odontólogo debe de tener cuidado de no romper los lazos emocionales debe ser positivo, cariñoso y comprensivo.

- 3 años
 - Se produce la crisis de personalidad
 - El niño adquiere su propia entidad o diferenciación del yo, Se diferencia de todo lo que rodea (objetos u otras personas), ya posee autoconciencia, producto de esto tiene manifestaciones negativas e independientes. Quiere vestirse y hacerlo todo solo
 - Es susceptible al elogio y le gusta hacer amigos
 - Es capaz de realizar órdenes verbales
 - Los estímulos que le provocan miedo son principalmente los visuales

- Comienza a gozar de los juegos cooperativos en grupo; se torna más independiente.
 - Curiosidad sobre el mundo que le rodea
 - Mayor contacto verbal
 - Deseo de imitación.
- 4 años
- Es capaz de oír con interés las explicaciones y responder las orientaciones verbales
 - Disminuye el miedo a los extraños debido a las interacciones sociales
 - Es la edad de ¿Por qué? Y ¿Cómo?
 - Formula infinidad de preguntas
 - Edad que se llega a la cumbre de los temores. Pega, pateo y rompe cosas en acceso de ira. El temor al daño físico se hace general y en particular teme menos a los extraños y el ruido.
 - Gran actividad física y mental
 - Inquisitivo, gran hablador
 - Desea expresar grandes experiencias
 - Confianza en sí mismo

El Odontólogo debe elogiar su comportamiento positivo. No dejar instrumental a su alcance, ya que desea tocar todas las cosas. Decir-Mostrar-Hacer. Responder con lenguaje sencillo y directo.

- 5 años
- Confiable, estable y bien equilibrado. La madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella, obedecerla y darle gusto
 - El temor más sobresaliente es el de perder a la mamá
 - En sentido general se lleva bien con los adultos

- Alcanza la madurez de su control motor. Puede narrar incluso un cuento largo.
- Prefiere el juego con compañeros y siente un orgullo social por éxitos y prendas personales.
- Estabilidad emocional
- Pensamiento realista en secuencia
- Deseo de ser aceptado: Sensible a las alabanzas y recriminaciones.

- 6 años

Fundamentalmente en esta etapa existe un descuido total con respecto a dar cuidados dentales, no asiste al consultorio dental aun siendo educado dentalmente durante la niñez.

- Periodo de cambio físico y psicológico. Al incorporarse a la vida escolar el niño experimenta una reestructuración psicológica esencial. Tiene obligaciones y debe subordinarse a reglas de conducta.
- El maestro es una figura importante para el escolar, siendo el estudio una de las actividades fundamentales de la etapa.
- Siente la necesidad de cumplir con los estándares sociales establecidos y a la vez desea que se otorgue el derecho de considerar sus opiniones y se le tenga en cuenta.
- Busca su yo; es responsable, útil y parece desarrollarse sobre un nuevo nivel general que no alcanza la madurez. Ej: Se corta uñas pero se olvida de limpiarlas, se preocupa por el cabello pero no se lava la cara.
- Poco interés entre limpieza y orden
- Alternancia entre y rechazo
- Auto información

5. Métodos

El presente estudio es descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo, y transversal, semicualitativo.

Dentro de los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se seleccionaron 20

Odontopediatras en base a la fórmula $n = \frac{z^2 pq^2}{e^2}$ con mínimo 3 años de experiencia

graduados de diferentes Universidades dentro de la República Mexicana. A los cuales se les aplicó vía oral el cuestionario a cerca de su experiencia y manejo de la ansiedad dental en consulta. Los resultados fueron escritos en una computadora, tal cual las palabras que los especialistas mencionaron.

En conjunto se realizó una revisión sistematizada de artículos que evaluaban y trataban la ansiedad dental en pacientes de 4 a 6 años.

Al terminar los cuestionarios y la investigación, se realizó una base de datos en excel para identificar aquellas técnicas de manejo utilizadas que coincidían entre ellos. En base a las técnicas más utilizadas y la investigación, se realizó el Protocolo de atención dental para disminuir la ansiedad dental en pacientes de 4 a 6 años en orden que va desde el saludo, la intervención en diferentes tratamientos y el despido del paciente, siendo fácil de leer y con técnicas sencillas de aplicar.

6. Resultados

Tabla 1. Cantidad de Odontopediatras entrevistados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	5.0	5.0	5.0
	2	1	5.0	5.0	10.0
	3	1	5.0	5.0	15.0
	4	1	5.0	5.0	20.0
	5	1	5.0	5.0	25.0
	6	1	5.0	5.0	30.0
	7	1	5.0	5.0	35.0
	8	1	5.0	5.0	40.0
	9	1	5.0	5.0	45.0
	10	1	5.0	5.0	50.0
	11	1	5.0	5.0	55.0
	12	1	5.0	5.0	60.0
	13	1	5.0	5.0	65.0
	14	1	5.0	5.0	70.0
	15	1	5.0	5.0	75.0
	16	1	5.0	5.0	80.0
	17	1	5.0	5.0	85.0
	18	1	5.0	5.0	90.0
	19	1	5.0	5.0	95.0
	20	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La tabla 1 muestra la cantidad de Odontopediatras entrevistados. En el presente estudio se logró entrevistar a 20 Odontopediatras de diferentes edades y años de experiencia así como la escuela de procedencia.

Tabla 2. Años de experiencia de los Odontopediatras

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3	4	20.0	20.0	20.0
	4	1	5.0	5.0	25.0
	5	2	10.0	10.0	35.0
	7	2	10.0	10.0	45.0
	8	1	5.0	5.0	50.0
	9	2	10.0	10.0	60.0
	10	1	5.0	5.0	65.0
	12	1	5.0	5.0	70.0
	13	1	5.0	5.0	75.0
	23	1	5.0	5.0	80.0
	27	2	10.0	10.0	90.0
	35	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

En la tabla 2 se muestran los años de experiencia de cada Odontopediatra entrevistado. Se encontró que la mayoría de los Odontopediatras entrevistados tienen 3 a 10 años de experiencia y el 40% más de 20 años.

Tabla 3. A quien saluda primero, ¿A los padres o al paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Niño	17	85.0	85.0	85.0
	Padres	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La tabla 3 muestra la respuesta de los Odontopediatras de saludar primero a los padres o al paciente. El 85% de los Odontopediatras al recibir a un paciente, saludan primero al niño y solamente el 3% se enfoca primero en los padres.

Tabla 4. ¿Cómo recibe a su paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Me agacho Beso y abrazo	1	5.0	5.0	5.0
	Me agacho Solo abrazo	3	15.0	15.0	20.0
	Solo mano	4	20.0	20.0	40.0
	Me agacho y saludo con manos	12	60.0	60.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La tabla 4 muestra la respuesta de los odontopediatras al modo de recibir al paciente. Se encontró con que 60% de los Odontopediatras al presentarse y recibir al paciente se agachan a su altura y los saludan de mano emotivamente.

Tabla 5. ¿Establece rutinas de atención?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	17	85.0	85.0	85.0
	no	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La tabla 5 muestra la respuesta de los odontopediatras al trabajar con rutinas de atención. 85% de los Odontopediatras realizan el mismo orden de procedimientos en sus pacientes o sea tienen una rutina de atención, desde el orden de saludar al paciente, la anamnesis, tratamiento operatorio y el despido. El 3% indica que cada niño es diferente por lo que realmente no tiene un orden de como atenderlos.

Tabla 6. ¿Decide hacer citas de desensibilización?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	16	80.0	80.0	80.0
	no	4	20.0	20.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La tabla 6 muestra la respuesta de los odontopediatras si deciden realizar citas de desensibilización. Se observa que el 80% de los Odontopediatras deciden realizar citas de desensibilización y el otro 20% no las realiza.

Tabla 7. ¿Cuántas citas de desensibilización decide realizar?

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	3	15	75.0	75.0	75.0
	4	6	1	5.0	5.0	80.0
	mas de 6		4	20.0	20.0	100.0
	Total		20	100.0	100.0	

La tabla 7 muestra la respuesta de los odontopediatras a la cantidad de citas de desensibilización que deciden realizar. El 75% de los Odontopediatras que deciden realizar citas de desensibilización realizan de 1 a 3 citas y el 5% de 4 a 6.

Tabla 8. En caso de que el paciente sufra una crisis de ansiedad; ¿Decide terminar o continuar con el tratamiento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Tratamiento inconcluso	9	45.0	45.0	45.0
	Tratamiento terminado	11	55.0	55.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La tabla 8 muestra la respuesta de los odontopediatras al decidir o no continuar con el tratamiento dental después de una crisis de ansiedad sufrida por el paciente pediátrico. En donde el 55% de los Odontopediatras deciden aún terminar el tratamiento dental, siendo la mayoría especialistas jóvenes de < de 10 años de experiencia y el 45% restante termina con el tratamiento si no es urgente y da una siguiente cita.

Tabla 9. ¿Es frecuente que ocurra una crisis de ansiedad durante el tratamiento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	10	50.0	50.0	50.0
	no	10	50.0	50.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La tabla 9 muestra la respuesta de los odontopediatras a la frecuencia de observar una crisis de ansiedad en sus pacientes pediátricos. El 50% de los Odontopediatras indica que encontrarse con pacientes que presenten una crisis de ansiedad durante el tratamiento es algo común y el otro 50% indica que no.

Tabla 10. ¿Cuántas veces en 1 mes?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 3	17	85.0	85.0	85.0
	4 6	1	5.0	5.0	90.0
	mas de 6	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La tabla 10 muestra la frecuencia durante 1 mes de observar una crisis de ansiedad en los pacientes. En donde el 85% menciona que solamente ocurre de 1-3 veces por mes en dado caso, por lo que observar como tal una crisis de ansiedad no es algo muy frecuente.

Tabla 11. ¿Revisa signos y síntomas fisiológicos durante el tratamiento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	19	95.0	95.0	95.0
	no	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La tabla 11 muestra la respuesta de los odontopediatras de si se revisan signos y síntomas fisiológicos durante el tratamiento. El 95% de los Odontopediatras entrevistados están atentos a los signos fisiológicos de respiración, latidos del corazón, movimiento de las manos, movimiento de los ojos, ganas de orinar o vomitar y sudoración excesiva durante el tratamiento.

Tabla 12. ¿Considera que la conducta del niño está relacionada con la personalidad de los padres?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	19	95.0	95.0	95.0
	no	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La tabla 12 muestra la respuesta de los odontopediatras al considerar si la conducta del niño está relacionada con la personalidad de los padres. En donde el 95% de los Odontopediatras indicaron que si lo está y solamente el 5% menciona que no.

Tabla 13. ¿Cuál es la técnica de conducta que más utiliza?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Decir-mostrar-hacer	14	70.0	70.0	70.0
Refuerzo positivo	2	10.0	10.0	80.0
Control de voz	3	15.0	15.0	95.0
Amoroso	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

La tabla 13 muestra la respuesta de los odontopediatras a la técnica de conducta que más utilizan. El 70% de los Odontopediatras utiliza Decir-mostrar-hacer para reducir la ansiedad en los pacientes y la segunda técnica más utilizada con un 15% es el control de voz.

Tabla 14. Una vez terminado el tratamiento en un paciente ansioso y no cooperador, ¿decide darle premio?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Doy premio	18	90.0	90.0	90.0
	No premio	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La tabla 14 muestra la respuesta de los odontopediatras a si una vez terminado el tratamiento de un paciente no cooperador, deciden o no dar un premio. En los resultados observamos que a pesar de la mala conducta del paciente ansioso el 90% de los Odontopediatras deciden dar premio.

Tabla 15. ¿Cómo considera que debe ser el rol de la asistente dental?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Asistente habla para manejo (Activa)	5	25.0	25.0	25.0
	Asistente no habla (Pasiva)	15	75.0	75.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La tabla 15 muestra la respuesta de los odontopediatras al rol que debe tomar una asistente dental. El 75% de los Odontopediatras prefieren trabajar con una asistente pasiva, que esté atenta pero que no hable hasta que no se le pida y el 25% prefieren una asistente activa que hable con el niño y lo distraiga mientras se está realizando el tratamiento.

7. Discusión

El inicio de la consulta dental y el recibimiento del paciente es fundamental para lograr una buena atención. El estudio de Freundofer menciona que para lograr esto se debe saludar y dirigir primero a los padres para tranquilizarlos y generar confianza en ellos ya que son la base para generar la confianza en el paciente (Freundofer, 1999) Los resultados de este estudio no coinciden con tal indicación ya que el 85% de los Odontopediatras al recibir a un paciente, saludan primero al niño y solamente el 3% se enfoca primero en los padres. Sin embargo, en otros estudios mencionan que el primer objetivo para el manejo exitoso de la conducta del niño debe ser establecer comunicación con el, ya que esto permitirá no solamente a que el odontólogo conozca mejor a su paciente sino que también pueda lograr una relajación y cooperación en el. Por lo que concluyen que el dirigirse primero al niño es un plus de confianza hacia el odontólogo (Fields et al., 1984; Blanco y Cearra, 1998)

El siguiente objetivo para una consulta exitosa es que el paciente observe que el Odontólogo no busca hacerle daño, si no apoyarlo amigablemente (Klingberg y Broberg, 2007) Dentro de este estudio el 60% de los Odontopediatras al presentarse y recibir al paciente se agacha a su altura y saludan de mano emotivamente ya que comentan concordando con el estudio de Klingberg y Broberg minimiza el problema de que el niño pueda verlo amenazante.

Cada niño en consulta constituye una peculiaridad y su comportamiento será muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes en ellos. Por esta razón, en la atención del niño no existirán dos casos similares, las reacciones de los niños tendrán que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos (Medina, 1988) Dentro del estudio la mayoría de los Odontopediatras realizan el mismo orden de atención en sus pacientes o sea manejan una rutina, desde el modo de saludar al paciente, la anamnesis y el despido. Solamente el 3% indica que es imposible hacer siempre lo mismo ya que el orden no siempre es favorable para todos, tal como lo mencionan en el estudio de Medina.

Cuando se encuentran pacientes ansiosos en la consulta dental existen diferentes técnicas que pueden ser utilizadas para modificar y mejorar la conducta del paciente durante la consulta, una de ellas es realizar citas de desensibilización a los pacientes pediátricos (AAPD, 2015) teniendo 2 objetivos principales; ayudar al niño a superar la ansiedad y exponerlo gradualmente a más experiencias complicadas para ir las superando (Ten, 2008) Diferentes estudios mencionan que el familiarizarse con las personas y el espacio donde se llevará a cabo el tratamiento también es útil en la reducción de la ansiedad en los niños (Armfield y Heaton, 2013; Appukuttan, 2016) En el presente estudio el 80% de los Odontopediatras entrevistados por lo tanto la mayoría, deciden realizar citas de desensibilización cuando se encuentran con un paciente ansioso. Esto coincide con el estudio de Diercke y cols en donde fueron entrevistados 800 especialistas y de ellos el 94% decide aplicar la técnica de desensibilización a sus pacientes ansiosos (Diercke et al., 2013) En otros estudios diferentes se comprueba que con esta técnica se disminuye el nivel de ansiedad de manera muy efectiva (Folayan et al., 2003; Lahmann et al., 2008)

Tomando en cuenta el segundo objetivo de la técnica, el paciente se enfrentará a los estímulos temidos por una duración repetida y prolongada hasta que experimente una reducción en su nivel de ansiedad (Farhat et al., 2009) por lo tanto no existen citas límite para realizarlas ya que el tiempo varía del tratamiento que necesite cada niño y el progreso de ir aceptando las experiencias en un estado relajado (Armfield y Heaton, 2013) Sin embargo el 75% de los Odontopediatras entrevistados en este estudio hacen como máximo 3 citas y la ansiedad no se disminuye entonces deciden utilizar otras técnicas de conducta no comunicativas como sedación o anestesia general.

Cuando se comienza con el tratamiento dental en el paciente existirán diferentes situaciones que causen más ansiedad en ellos, un ejemplo es la anestesia dental. En estas ocasiones el niño puede entrar en un estado de crisis de ansiedad, comenzar a llorar, a agitarse y ser negado a seguir tratándolo. Sin embargo esto puede ser o no común en la consulta. De acuerdo a los entrevistados el 50% de los Odontopediatras indica que encontrarse con pacientes que presenten una crisis de ansiedad durante el tratamiento es algo común y el otro 50% indica que no. Dentro de la frecuencia el 85% menciona que solamente ocurre de

1-3 veces por mes en dado caso. Los estudios en la literatura nos indican que la ansiedad dental es un problema común en todo el mundo, aproximadamente el 11% (6-20%) de los niños y adolescentes sufren de ansiedad al dentista, sin embargo menos del 20% de ellos la sufren a niveles extremos (Klingberg y Broberg, 2007; Appukuttan, 2016) En el estudio de Diercke se entrevistó a Odontopediatras indicando la mayoría (73%) problemas poco frecuentes de crisis de ansiedad durante el tratamiento dental (Diercke et al., 2012)

Cuando el Odontopediatra se encuentra con un niño en crisis de ansiedad y se niega a ser tratado, se encuentra con el dilema de detener el tratamiento y posponer la cita o terminarlo. El 55% de los Odontopediatras entrevistados deciden terminar el tratamiento dental, siendo la mayoría especialistas jóvenes de menos de 10 años de experiencia. El 45% restante termina con el tratamiento si no es urgente y da una siguiente cita. De acuerdo a algunos estudios el primer paso después de tener una crisis de ansiedad dental es hacer un “tiempo fuera” y emplear la técnica de relajación. Esto pudiéndose lograr mediante una respiración profunda (Jacobson, 1938; Loew et al., 2011) Otra de las opciones es la distracción. Darle al paciente un breve descanso durante un procedimiento estresante puede ser un uso eficaz de la distracción antes de considerar técnicas más avanzadas de orientación conductual (AAPD, 2004)

La evidencia que recomienda dejar inconcluso o terminar con el tratamiento es limitada en la literatura, sin embargo mencionan que es a criterio del tratamiento que se está realizando, el grado de dificultad y el tiempo que resta para el término de este (Bare y Dundes, 2004; Armfield, 2010; Appukuttan, 2016) Sin embargo dentro de un estudio se encontró que el 17% de los entrevistados consideraban complicado un tratamiento dentro de una crisis de ansiedad más no interminable y ningún odontopediatra describió el tratamiento muy complicado como para dejarlo inconcluso (Diercke et al., 2012)

El individuo ansioso puede mostrar combinaciones de ritmo cardíaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareo, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimientos (Howitt y Stricker, 1965) Los estudios realizados por Myers y cols sobre la ansiedad relacionada con los tratamientos dentales confirman que se producen cambios fisiológicos en el cuerpo como resultado de la ansiedad y el estrés durante el

tratamiento dental (Messer, 1977; Myers et al., 1972) Por esto en el estudio de Manapalli y cols indican que el control de los signos fisiológicos en la consulta es de vital importancia, por lo que no deben ser omitidos ya que niveles altos de ansiedad afectan el pulso, respiración y frecuencia cardiaca los cuales deberán ser controlados y estabilizados. Esto coincide con los resultados del presente estudio donde encontramos que la mayoría de los Odontopediatras entrevistados o sea el 95% están atentos a los signos fisiológicos de respiración, latidos del corazón, movimiento de las manos, movimiento de los ojos, ganas de orinar o vomitar y sudoración excesiva durante el tratamiento.

Como se había mencionado antes, el comportamiento de los niños, el grado de ansiedad y la capacidad para superarlo varía de acuerdo a muchos factores, dentro de ellos educación y relación brindada por los padres. En el presente estudio el 95% de los Odontopediatras indicaron que la conducta del niño está verdaderamente relacionada con la personalidad de sus padres. Tal lo corroboran otros estudios en donde concluyen que el desarrollo infantil está influenciado por el entorno familiar y el estilo de crianza afectando directamente la formación de su personalidad y crecimiento (Aminabadi et al., 2012; Howenstein et al., 2015; Aminabad et al., 2015) En el estudio de Dae-Woo y cols se encontró que los niños con padres autoritarios mostraron un comportamiento más positivo en comparación con los niños con padres permisivos (Dae-Woo et al., 2018) Esto es comprobado por los mismos Odontopediatras que en la actualidad se encuentran con niños menos cooperadores y mencionan que incluso lloran más que los niños en décadas anteriores. Por lo tanto para responder a estos cambios, deciden utilizar técnicas medicamentosas o estabilización protectora y separación de los padres en lugar de los métodos tradicionales, cuando se encontraba con un paciente más cooperador (An SY et al., 2015; Aminabadi y Farahani 2008)

Las técnicas de modificación de la conducta tradicionales mencionadas por la AAPD en sus guías de atención al paciente pediátrico son clave para lograr una cooperación del mismo y disminuir su nivel de ansiedad. En el presente estudio se tomaron en cuenta estas técnicas y se encontró que el 70% de los Odontopediatras entrevistados decide utilizar Decir-

mostrar-hacer como técnica principal, seguida del control de voz en un 20% y por último el refuerzo positivo, para reducir la ansiedad en los pacientes.

Diferentes estudios concuerdan con nuestros resultados, tal como en el estudio de Diercke y cols en donde de 800 especialistas entrevistados el 94% prefiere utilizar esta técnica (Diercke et al., 2012) así como en el estudio de Folayan y Idehen y otros en donde encontraron que la técnica más utilizada por los diferentes profesionales es decir-mostrar-hacer como primer lugar, el refuerzo positivo en segundo lugar y el control de voz en tercero (Folayan y Idehen, 2004; Muhamma et al., 2011; Saadia y Valencia, 2015; Villar et al., 2020) Diversas investigaciones también mostraron que es la técnica preferida no solo del dentista, si no también de los niños (Buchanan y Niven, 2003; Kantaputra et al., 2013) Teniendo en cuenta los estudios y de acuerdo a la presente encuesta decir-mostrar-hacer es la técnica de elección para tratar con un paciente ansioso, ya que existe evidencia que indica que reduce la ansiedad en los niños de forma significativa (Feigal, 2001; Law y Blain., 2003; Townsend, 2013)

El refuerzo positivo es otra de las técnicas mencionadas en la literatura. Diferentes investigaciones concuerdan en que dar un premio como refuerzo positivo después de la atención odontológica da un resultado positivo para la disminución de la ansiedad en los niños. Esto independientemente si el tratamiento se logró de forma exitosa con una conducta cooperadora o no (Buchanan y Niven, 2003; Roberts et al., 2010; AAPD, 2015)

A pesar de una falta de cooperación del paciente ansioso el 90% de los Odontopediatras entrevistados deciden dar premio al paciente lo que coincide con el resultado de los estudios antes mencionados. En el estudio de Rank y cols observaron que las niñas mostraron menos ansiedad que los niños durante la segunda visita (Rank, 2019) Abanto y cols indican que el premio siempre deberá ser combinado con elogios motivando al paciente a que en la siguiente cita cambie la actitud no cooperadora. Sin embargo, si el paciente recibe la misma recompensa demasiadas veces, el poder como reforzador podría fracasar (Abanto et al., 2010)

El equipo dental de un especialista tiene un papel activo que desempeñar en la consulta odontopediátrica, dentro de este punto nos encontramos con el rol que debe tomar el

asistente dental durante el manejo de la ansiedad y cooperación del paciente, sobretodo en el momento de estar realizando los tratamientos dentales. En el presente estudio se encontró que el 75% de los Odontopediatras prefieren trabajar con un asistente pasivo que esté atento pero que no hable hasta que no se le pida y el 25% prefieren un asistente activo que platicue con el niño y lo distraiga mientras se está realizando el tratamiento.

Esto último coincide con diversos estudios en donde mencionan que; el asistente dental puede desempeñar un papel valioso siempre y cuando el dentista le brinde educación previa a través de una comunicación adecuada para ayudar al dentista a lidiar con los problemas de conducta, distrayendo, platicando o animando al niño durante el tratamiento (Weinstein et al., 1983; Weinstein, 2008; Roberts et al., 2010)

8. Conclusiones y recomendaciones

La ansiedad dental en los niños de acuerdo a la investigación y experiencia de los especialistas es muy común observarla en consulta, la cual puede ser adquirida por situaciones desfavorables anteriores o por familiares cercanos. Un paciente ansioso se identifica como un niño temeroso, pegado a mamá, llorando y renuente.

Los principales objetivos del Odontopediatra son brindar una buena atención dental de manera segura y eficiente para los niños, creando un ambiente que facilite la cooperación del paciente, disminuir o eliminar su ansiedad y fomentar una actitud dental positiva para el futuro.

Las habilidades de cada Odontopediatra para lograrlo son diferentes y varían de acuerdo a su educación y experiencia. Sin embargo gracias a esta investigación y a los Odontopediatras entrevistados podemos resumir el proceso de adaptación y disminución de la ansiedad en el paciente pediátrico en el Protocolo de atención dental el cual es resumido en los siguientes puntos; establecer una relación de confianza, educación y comunicación con el niño y con los padres, explicar y realizar los procedimientos del más simple al más complicado, utilizando técnicas de modificación de la conducta dentro de las cuales las más importantes son “decir-mostrar-hacer”, “desensibilización” y “refuerzo positivo”.

Se recomienda en una futura investigación aplicar el Protocolo de atención dental para disminuir la ansiedad dental en niños de 4 a 6 años para comprobar su eficacia.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DENTAL PARA NIÑO CON ANSIEDAD Y FOBIA DENTAL

Fase 1 (Familiarización)

1. Mantenerte relajado

Normalmente cuando se encuentra con un niño ansioso a la consulta en cualquiera de sus niveles resulta muy estresante para el operador, es importante la relajación para dar un mejor aspecto, seguridad y confianza al paciente. No dar señales de miedo, fastidio, aburrimiento o miradas entre el equipo.

2. No hacer esperar al niño

Es importante comenzar desde aquí a ganarnos la confianza de los padres demostrando que somos responsables en el horario de atención, pasando al niño en su horario citado.

Evitamos tiempo para que el paciente “absorba” experiencias negativas de otros o contagio de miedo y ansiedad mientras se encuentra en la sala de espera.

3. Saludar primero al niño

Un niño fóbico en muchas ocasiones está tranquilo, aquí llega el momento de la observación al niño; generalmente presenta una mirada desviada, solo volteando a ver a su mamá o entre sus piernas, quiere que lo cargue todo el tiempo, dice que no o hasta llora y patalea. Con este comportamiento resulta casi imposible el que quiera pasar por si solo al sillón dental.

Se recomienda utilizar un tono de voz firme, despacio, claro y a la vez dulce. Saludar al paciente con una sonrisa, interaccionando con él a través de elogios y establecer una charla con él relacionada con sus gustos personales, ejemplo: programa de televisión favorito, hobbies, juegos, musica. Es importante captar por un momento su atención para que escuche quién eres tu y que es lo que se intenta hacer en la cita. Los expertos recomiendan inclinarse o agacharse hasta su altura para evitar vernos como una amenaza hacia el, saludarlo dando la mano y preguntar su nombre.

4. Presentarte con mamá o papá

La primera impresión que tienen los padres hacia el profesional es de suma importancia para reducir la ansiedad que generalmente también presentan. La confianza puede adquirirse desde el momento del saludo; deben observarte confiado, seguro, íntegro, responsable, amable, educado, y con profesionalismo siempre con una buena presentación e higiene.

5. Platicar con los padres para educar y ganar confianza

La conducta de los padres moldea la conducta del niño. Los padres ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño, afectando su comportamiento. Estudios demuestran que los niños temerosos provienen de familias que expresan actitudes negativas por experiencias dentales desfavorables, por lo que primero es bueno pensar en ganarnos la confianza de los padres para que comiencen a transmitir actitudes positivas y no negativas.

En este punto platicaremos con ellos a cerca del tratamiento y sobretodo pediremos que su familia (padres y hermanos) eviten comentarios negativos a cerca de la odontología y sus tratamientos, al contrario nos ayuden a motivar la conducta cooperadora del niño con buenos comentarios y elogios.

La educación de los padres sobre los tratamientos dentales y la importancia para mejorar la salud oral propicia una mayor cooperación lo que, a su vez, mejora el comportamiento de sus hijos durante el tratamiento.

Durante este punto es importante y se recomienda tener un espacio libre de objetos dentales en donde el niño pueda relajarse y comenzar a jugar mientras se platica con los padres acerca de su interés, motivo de consulta y llenado de anamnesis.

6. Adquirir la confianza del niño

Cuando se observa a un niño fóbico, es importante que se le pueda demostrar que la primera cita es una cita tranquila y de duración corta, dentro de su primera visita dental se deberá hacer lo que se promete ya que es la mejor ventaja de que el niño crea en nosotros, nunca hacer más de lo que se dice que se hará, las citas pediátricas deberán durar 30 minutos máximo.

El objetivo es que experimenten la situación lo menos molesta posible y se vayan con el mejor recuerdo posible.

7. Pasar al niño a la unidad dental junto con mamá o papá (Primera visita)

Generalmente la ansiedad del niño resulta ser transmitida por los padres. Los padres ansiosos prefieren quedarse con su hijo durante el tratamiento dental, su razón es que consideran que el niño se siente más seguro, más cómodo y con menos miedo.

El pasar a mamá o a papá hará que el niño se tranquilice y compruebe que no pasará nada malo, la mamá también se sentirá más tranquila por lo que será más fácil obtener su ayuda para ganarse la confianza del niño.

Al obtener la confianza de los padres, será mucho más sencillo que el niño se relacione en un ambiente de confianza y los padres transmitirán sus emociones de manera positiva.

También es importante saber, que uno de los factores predisponentes a sentir ansiedad, es el miedo; miedo a lo desconocido, miedo a la separación de los padres y miedo al dolor, por lo que aquí evitaremos el miedo a la separación. La idea es que poco a poco el niño vaya necesitando menos a sus padres para entrar al sillón dental.

8. Familiarizar al paciente con el ambiente odontológico

Se hará mostrando al niño el lugar de trabajo, poniendo énfasis en los colores, en los demás niños que se encuentran consultando y en los sillones dentales que se observa. Se harán comentarios enfáticos a cerca de la decoración que tenga el consultorio para llamar su atención y darle a entender que es un lugar asombroso, antes de intentar sentar al niño al sillón ya deberá haberse tranquilizado con la familiarización al consultorio.

9. Citas de desensibilización

Si no se consigue familiarizar al paciente con el consultorio dental y todavía se observa mucho miedo y ansiedad, se sugiere realizar citas de desensibilización en donde se irá avanzando poco a poco con el niño y enseñándole situaciones que causen de menor a mayor ansiedad para que pueda ir superando las situaciones. La investigación indica que no existen citas límite antes de comenzar con los tratamientos, sin embargo la mayoría de los especialistas prefieren solamente hacer 3 citas como máximo.

10. Sentar al niño en la unidad

Se deberá conseguir que el niño por si solo se siente en la unidad. Al niño con fobia dental o ansiedad severa, no se le pregunta que es lo que quiere hacer o si quiere hacerlo, se le deberán dar órdenes hablando con tranquilidad para conseguir que haga lo que quieres; “Ven aquí quiero que te sientes, siéntate por favor”. Con imaginación se podrá conseguir hacerlo de forma divertida, por ejemplo; mostrando que la unidad es como un juego mecánico que sube y baja y se acuesta con magia y que en algún momento necesitaremos acostarlo y prender la luz para poder ver bien los dientes de su boca. Algunos expertos recomiendan que, si el niño es muy pequeño y continua renuente a sentarse por si solo, podrá sentarse sobre las piernas de su madre o padre para conseguir ese paso durante la primera visita.

11. Mostrar al niño los primeros instrumentos (espejo, jeringa triple y eyector) al mismo tiempo que se realiza la exploración y diagnóstico.

Decir-mostrar-hacer es la técnica de oro en el manejo de conducta y es la más utilizada por los expertos. La idea es que el paciente reconozca los instrumentos más utilizados que son los más fáciles divertidos e indoloros y los necesarios para el diagnóstico de la primera visita. Otra de las técnicas más empleadas y recomendadas para la primera visita es la de desensibilización en donde antes de realizar la exploración al niño, se hará al muñeco o juguete con el espejo, aire y eyector y luego en la boca del niño a modo juego. Este paso es el más importante para que el niño se vaya relajando. Los instrumentos es uno de los puntos a los que los niños más le temen por lo que se deberá con imaginación conseguir que se haga lo más divertido y relajante posible para el.

12. Recomendaciones para casa y plan de tratamiento

Es importante que tanto los padres como el niño se percaten de que existe un problema dental y sepan su gravedad (en caso de tenerlo). El lenguaje para la explicación del problema entre niño y padres será diferente. El objetivo es concientizarlos de que nos necesitan, que los vamos a ayudar, curar y proteger y todo será mejor si lo hacemos de una forma relajada.

Necesitamos el apoyo de los padres en casa para la desensibilización del niño con historias dulces referentes al dentista, videos, cepillado de dientes de forma divertida y motivadora, comentarios positivos a cerca de sus dientes los cuales necesitan ser cuidados y hacerlos fuertes.

Se deberá prevenir a los padres, hermanos y familiares que por ningún motivo realicen comentarios malos hacia el dentista o amenazas como “si te portas mal el dentista te va a inyectar” evitar palabras como jeringa, inyección, dolor, piquete. Si se llevaba un buen avance con la confianza y cooperación del niño, en la próxima visita habremos retrocedido por comentarios negativos de casa.

No se recomienda que si al finalizar la consulta el niño salga llorando, el padre actúe de forma consoladora pues pueden reforzar la idea de que el operador le hizo algo “malo” simplemente es elogiar al paciente de forma positiva.

Fase 2 (Intervención)

1. Personal de asistencia deben ser positivos y afectuosos de forma pasiva

El personal debe tener un comportamiento cálido, ser amigable y amoroso, todos deberán en la misma sintonía desde la secretaria hasta el asistente dental. El asistente debe saber que al momento del tratamiento se recomienda que no interfiera en el manejo de conducta del paciente. Solo podrá hablar el Doctor(a) que brinda la atención o podrá hablar cuando el Doctor lo solicite.

Algunos expertos mencionan que funciona el hecho de que si es un tratamiento que requiere mucha concentración, el asistente podrá intervenir contando historias al niño, cantando o platicando con el para relajarlo y distraerlo y la cita sea terminada en menos tiempo.

2. Plan de citas (Varía entre cada paciente, al ver su cooperación)

El miedo al dolor es la principal fuente de ansiedad. Es importante que la visita del niño sea indolora y se recomienda que al menos la siguiente también lo sea, antes de comenzar con tratamientos dolorosos, estas visitas sin dolor ayudan a los niños a desarrollar confianza en su dentista.

Existen citas de desensibilización las cuales recomiendan realizarlas la mayoría de los expertos en casos de fobia dental teniendo máximo 2 visitas. En dado caso que no se consiga el objetivo de relajar al paciente, recomiendan pensar en realizar los tratamientos de forma farmacológica ya sea en sedación o anestesia general dependiendo el requerimiento de cada paciente.

3. Toma de radiografías

Existen casos en donde es necesario tomar la serie completa de radiografías, se recomienda en un paciente ansioso que no se realicen en la primera visita, ya que sobretodo las radiografías interproximales o de aleta de mordida suelen ser en algunos casos muy molestas al intentar realizarlas y por lo tanto hará un retroceso en la consulta de primera vez en la confianza del niño. Cuando es necesario realizarlas se recomienda que sea en la segunda visita explicando al paciente cada paso antes de colocarlas en la boca, puede también emplearse el método de desensibilización simulando la toma de radiografías en el muñeco.

4. Presencia o ausencia de los padres

El criterio de la ausencia o presencia de los padres depende de cada Doctor, la mayoría de los especialistas solo trabajan con la presencia de los padres en la primera visita, sin embargo, es importante que haya un fácil acceso en cuanto a que los padres puedan entrar en el momento que lo deseen. Algunos artículos concluyen que incluso es contraproducente la presencia de los padres ya que empeora su actitud y si el padre sigue estando ansioso también lo estará el niño y otros artículos mencionan que si se deberá trabajar con la presencia de alguno de ellos, deberá acompañarlo el que sea menos permisivo.

5. Profiláctico dental

Existen algunos casos en donde puede realizarse el profiláctico en la primera consulta, pero si hablamos de un paciente con fobia dental esto no será posible ni recomendado. El profiláctico puede agendarse para la segunda cita junto con las radiografías dentales utilizando la técnica de decir-mostrar y hacer y desensibilización con muñecos. Resulta divertido mostrar al niño el cepillo en modo de magia ocultando el pedal y haciendo que funciona por medio de voz (prende, apágate) y colocando el cepillo en la uña mostrando que es un instrumento “divertido” que hace cosquillas mientras limpiamos los dientes. Se deberá ser cuidadoso en este tratamiento y que es el más sencillo y con el que podemos ganarnos totalmente la confianza del niño, si le parece divertido.

Fase 3 (Tratamientos)

1. Plan de tratamiento

Los expertos realizan rutinas de atención (aplica únicamente en casos en donde no hay urgencias dentales). Se indica comenzar con los tratamientos más sencillos, rápidos y menos dolorosos a los más complicados y dolorosos, primero se deberán realizar selladores y resinas que puedan hacerse bajo aislamiento relativo y sin anestesia dental. Posteriormente las resinas o selladores que requieran aislamiento absoluto en donde pueda solo colocarse anestesia intrapapilar y en lo posible realizar máximo dos procedimientos por citas. En el momento en que es necesario colocar anestesia se recomienda comenzar con el cuadrante 7 u 8 puesto que para anestesiar se requiere de una sola punción, la visión es directa y por ende el tratamiento más rápido. Al final se dejarán las extracciones y las zonas más doloras de anestesiar como es la parte anterior en superior o inferior. Todo esto con el objetivo de que en la mayoría de las citas tengamos una buena conducta relajada del paciente.

2. Mención de cada paso

Antes de que se realice cualquier paso del tratamiento, deberá explicarse al niño lo que sentirá, usará y pasará. Siempre con mucha imaginación, voz clara y dulce. Algunos especialistas mencionan que incluso los objetos punzo cortantes, así como la jeringa carpule con tapa son enseñados a los niños y eso les ha ayudado a ganar la confianza de el pues no ocultan nada. Sin embargo, otros especialistas omiten la parte de los instrumentos que pueden verse dolorosos para el niño.

Otro punto importante es que no se deberá mentir diciendo que se hará una cosa y al final se haga. Ningún especialista recomienda la frase “no te haré nada” puesto que siempre se le hará algo y eso es lo que hay que explicar. El tiempo en que se tarde en realizar el tratamiento deberá ser rápido y explicarle al paciente que ya se terminará cuando realmente vaya a suceder.

3. Revisar signos y síntomas fisiológicos

Es sumamente importante que en todo momento se esté observando al niño, ya que su comportamiento corporal dirá mucho si se está avanzando o retrocediendo. Deberán observarse la respiración, movimiento de las manos, posición de los pies, movimiento del cuerpo, pupilas en los ojos, parpadeos, si quieren ir al baño o tienen deseos de vomitar. El control de los signos fisiológicos en la consulta es de vital importancia, por lo que no deben ser omitidos ya que niveles altos de ansiedad afectan el pulso, respiración y frecuencia cardíaca los cuales deberán ser controlados y estabilizados.

4. Anestesia

Es importante colocar anestesia tópica sobre una mucosa seca para que su efecto sea adecuado. Mejorará la sensación de la punción y dará a conocer la reacción del paciente haciendo una pequeña presión en la zona de anestesia. Los pacientes muy ansiosos sienten mayor dolor al momento de la infiltración del anestésico, es por eso que deberás platicar con el, mantener siempre una conversación y utilizar el método de distracción con cuentos, pláticas o caricaturas para hacer la infiltración lo más amena posible. Este paso es lo más importante para ir eliminando la ansiedad durante los tratamientos. Deberá estar bien anestesiado y se deberá percatar que nada durante el tratamiento le vaya a molestar, asegúrate de hacer la técnica correctamente.

Sabemos que la anestesia da una sensación de hinchazón, es por eso que siempre se tendrá que enseñar con un espejo que lo que está sintiendo no está afectando su cara, aquí es el momento de la imaginación para explicarle al niño lo que está sintiendo de una forma imaginativa y divertida.

5. Aislamiento absoluto

Cuando se realicen tratamientos que requieran aislamiento absoluto se recomienda que no se pase por alto hacerlo. El aislamiento absoluto permitirá tener una mejor visibilidad, mayor rapidéz para terminar el tratamiento, una mejor apertura del paciente, menos agua que moleste al paciente y al operador, lengua o salivación que perjudique el tratamiento y sobre todo nos asegura una mejor calidad del tratamiento y por ende menor riesgo de fracaso y repetición, lo que ayuda mucho para no volver a tratar de ese problema. Deberá explicarse al paciente lo que sentirá al momento de colocarlo.

6. Crisis de ansiedad

No es muy común pero si probable que durante el tratamiento el niño sufra una crisis de ansiedad presentándolo como llanto incontrolado, pataleo, vómito u

orinándose. En dado caso que suceda se recomienda; Parar el tratamiento, sentar al niño, hacer ejercicios de respiración, respirando profundamente tres o cuatro veces se logra una relajación. El hablar tiernamente pero claramente funciona mejor que el control de voz grave. Si el tratamiento lo permite, puede quedar inconcluso y posponerlo a una siguiente cita, sin embargo se recomienda lograr terminarlo acortando el tiempo de trabajo, por ejemplo; si se iban a realizar dos pulpotomías y coronas, terminar solamente una.

7. Finalización de tratamiento

Antes, durante y después de realizar el tratamiento siempre se deberán dar elogios al paciente aun cuando haya seguido teniendo miedo y ansiedad (lo que es válido en las primeras citas). Se explicará tanto al niño como a los papás lo que sentirá, la molestia que pudiera tener y el tiempo aproximado en el que se pasará la anestesia (en dado caso que haya sido necesaria).

El utilizar palabras como “lo hiciste muy bien”, “lo lograste” ayudará a que lo haga mejor en la siguiente cita.

8. Refuerzo positivo (premio)

La utilización de premios al terminar la consulta, es un método bastante efectivo y que todos los especialistas recomiendan. Es fundamental que aunque no lo haya hecho muy bien se de un premio, los artículos y expertos entrevistados siempre dan un premio mencionando que en la siguiente cita lo puede hacer mejor y se llevará un premio mejor también.

9. Despedida

El objetivo como Odontopediatras es que el paciente se vaya con el mejor recuerdo posible. Al terminar siempre se deberán dar elogios y porras en conjunto con su premio. Mencionar que debemos verlo otro día y que debe venir siempre tranquilo que obtendrá un siguiente premio en su siguiente visita.

9. Literatura citada

1. Abanto JA, Rezende KMPC, Bönecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. (2010). Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Rev Estomatol Herediana*. 20(2):101-106.
2. Afshar H, Baradaran Y, Mahmoudi J, Paryab M & Zadhoosh S. (2011). The Effect of Parental Presence on the 5 year-Old Children's Anxiety and Cooperative Behavior in the First and Second Dental. 21(2):193-200.
3. Agras S, Sylvester D, & Oliveau D. (1969). The epidemiology of common fears and phobia. *Comprehensive Psychiatry*.10(2), 151–156.
4. Al-Namankany A, De Souza M, & Ashley P. (2012). Evidence-based dentistry: Analysis of dental anxiety scales for children. *British Dental Journal*. 212(5).
5. Alshoraim M, Farsi N, Felemban O, Alamoudi N, Alandejani A. (2018). Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study. *BMC Oral Health*.18(1):33.
6. American Academy of Pediatric Dentistry. (2015). Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *American Academy of Pediatric Dentistry*. 37(6), 170–183.
7. American Academy of Pediatric Dentistry (2004). Special issue: Proceedings of the conference on behavior management for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent*.26(2):110–183.
8. Aminabadi N, Farahani R. (2008). Correlation of parenting style and pediatric behavior guidance strategies in the dental setting: preliminary findings. *Acta Odontol Scand*. 66(2):99-104.
9. Aminabadi N, Deljavan A, Jamali Z, Azar F, Oskouei S. (2015). The Influence of Parenting Style and Child Temperament on Child-Parent-Dentist Interactions. *Pediatr Dent*. 37(4):342-7.
10. Aminabadi N, Najafpour E, Erfanparast L, Jamali Z, Pournaghi F, Tamjid S. (2016). Oral health status, dental anxiety, and behavior-management problems in children with oppositional defiant disorder. *Eur J Oral Sci*. 2016;124(1):45–51.
11. Aminabadi N, Oskouei S, Farahani R. (2009). Dental treatment duration as an indicator of the behavior of 3-to 9-year-old pediatric patients in clinical dental settings. *J Contemp Dent Pract*. 10(5):E025–32.
12. Aminabadi N, Pourkazemi M, Babapour J, Oskouei SG. (2012). The impact of maternal emotional intelligence and parenting style on child anxiety and behavior in the dental setting. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 17(6):e1089-e1095.

13. Aminabadi N, Shokravi M, Jamali Z, Shirazi S. (2017). Barriers and Drawbacks of the Assessment of Dental Fear, Dental Anxiety and Dental Phobia in Children: A Critical Literature Review. *J Clin Pediatr Dent.* 41(6):399–423
14. An SY, Choi BJ, Kwak JY, Kang JW, Lee JH. (2005). A survey of sedation practices in the Korean pediatric dental office. *J Korean Acad Pediatr Dent.* 32(3):444-53.
15. Appukuttan D. (2016). Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent.* 10;8:35-50.
16. Armfield J, Heaton J. (2013). Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J.* 58(4):390-407;
17. Armfield J. (2010). How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health Prev Dent.* 8(2):107–115.
18. Arrieta K, Díaz S, Verbel J, Hawasly N. (2013). Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. *Rev Clin Med Fam.* 6(1):17-24.
19. Asl A, Shokravi M, Jamali Z, & Shirazi S. (2017). Barriers and Drawbacks of the Assessment of Dental Fear, Dental Anxiety and Dental Phobia in Children: A Critical Literature Review. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* 41(6), 399.
20. Bare LC, Dundes L. (2004). Estrategias para combatir la ansiedad dental. *J Dent Educ.* 68(11): 1172-1177.
21. Barreto K, Dos Prazeres L, Lima D, Soares F, Redivivo R, da Franca C, Colares V. (2017). Factors associated with dental anxiety in Brazilian children during the first transitional period of the mixed dentition. *Eur Arch Paediatr Dent.* 18(1):39-43.
22. Baumrind D. (1971). Current patterns of parental authority. *Dev Psychol.* 4(1p2):1.
23. Blanco Gómez de Segura A, Cearra González P. (1998). La ansiedad y el estrés en la consulta odontológica. *Avances en Odontoestomatología.* 14-3: 213-17.
24. Buchanan H, & Niven N. (2003). Self-report treatment techniques used by dentists to treat dentally anxious children: A preliminary investigation. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 13(1), 9–12.
25. Carlson L, & Grossbart S. (1988). Parental Style and Consumer Socialization of Children. *Journal of Consumer Research.* (7),77–94.
26. Cázares F, Montoya B, Quiroga M. (2015). Ansiedad dental en pacientes adultos durante el tratamiento dental. *Revista Mexicana de Estomatología.*

27. Chala, H. R. (2016). Prevalencia y aspectos sociodemográficos de la ansiedad al tratamiento estomatológico Prevalence and sociodemographi aspects of dental anxiety to the dental treatment. *53(4)*, 268–276.
28. Corah, N. L. (1969). Development of a Dental Anxiety Scale. *Journal of Dental*.
29. Dae-Woo L, Jae-Gon K, Yeon-Mi Y. (2018). The Influence of Parenting Style on Child Behavior and Dental Anxiety. *Pediatr Dent*. 40(5)327-333.
30. Darling N, Steinberg L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychol Bull*. 113(3):487.
31. Delgadillo, Mi. F. (2017). Prevalencia de ansiedad dental en niños atendidos en los servicios de salud publicos de Valdivia, Chile. *Scielo*. (19)8.
32. Diercke K, Ollinger I, Bermejo JL, Stucke K, Lux CJ, Brunner M. (2012) Dental fear in children and adolescents: a comparison of forms of anxiety management practised by general and paediatric dentists. *Int J Paediatr Dent*. 22(1):60-7.
33. E. Barbería Leache, M D. Martín Día E Miguel Tobal, C. F. F. (1997). Prevalencia , consecuencias Y antecedentes de miedo , ansiedad y fobia dental. *Anales de Odontoestomatología*, 5, 5'194,203.
34. Farhat-McHayleh N, Harfouche A, Souaid P. (2009). Techniques for managing behaviour in pediatric dentistry: comparative study of live modelling and tell-show-do based on children's heart rates during treatment. *J Can Dent Assoc*. 75(4):283
35. Fields H, Machen J, Murphy M. (1984) Acceptability of various behavior management techniques relative to types of dental treatment. *Pediatrics Dent*. 6:199-203.
36. Folayan M, Ufomata D, Adekoya-Sofowora CA, Otuyemi OD, Idehen E. (2003). The effect of psychological management on dental anxiety in children. *J Clin Pediatr Dent*. 27: 365–370. 17
37. Folayan M, Idehen E. (2004). Factors influencing the use of behavioral management techniques during child management by dentists. *J Clin Pediatr Dent*. 28(2):155-162.
38. Feigal RJ. (2001). Guiding and managing the child dental pa- tient: A fresh look at old pedagogy. *J Dent Educ*. 65(12):1369-77.
39. Fonseca, L., & Sanchis, C. (2009). Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. *Terapeia: Estudios y Propuestas En Ciencias de La Salud*. (5)81–96.
40. Freundofer A. (1999). Tratamiento del niño no colaborador. *Labor Dental*. 4-4: 313-16.

41. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. (2015). Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatr Dent.* 37(1):59-64.
42. Jamali, Z., Najafpour, E., Ebrahim Adhami, Z., Sighari Deljavan, A., Aminabadi, N. A., & Shirazi, S. (2018). Does the length of dental treatment influence children's behaviour during and after treatment? A systematic review and critical appraisal. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental.*
43. José A, Flores A & Flores M. (2016). Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria. *Odontología Vital.* (24)21–28.
44. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. (1994). *Synopsis of Psychiatry.* 7a. Ed. USA.
45. Kantaputra PN, Chiewcharnvalijkit K, Wairatpanich K, Malikaew P, Aramrattana A. (2007). Children's attitudes toward behavior management techniques used by dentists. *J Dent Child (Chic)* 2007; 74: 4–9.
46. Klingberg G, & Broberg A.(2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: A review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 17(6), 391–406.
47. Krikken JB, Vanwijk AJ, Tencate JM, Veerkamp JS. (2013). Child dental anxiety, parental rearing style and dental history reported by parents. *Eur J Paediatr Dent.* 14(4): 258-62.
48. Krikken JB, Veerkamp JS. (2008). Child rearing styles, dental anxiety and disruptive behaviour: an exploratory study. *Eur Arch Paediatr Dent.* 9(suppl 1):23-8.
49. Lahmann C, Schoen R, Henningsen P et al. (2008). Brief relaxation versus music distraction in the treatment of dental anxiety: a randomized controlled clinical trial. *J Am Dent Assoc.* 139: 317–324.
50. Lara A, Crego A, & Romero M. (2012). Emotional contagion of dental fear to children: The fathers' mediating role in parental transfer of fear. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 22(5), 324–330.
51. Law CS, Blain S. (2003). Approaching the pediatric dental patient: A review of nonpharmacologic behavior management strategies. *J Calif Dent Assoc.* 31(9):703-13.
52. Locker D, Shapiro D, Liddell A. (1996). Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol.* 13(2):86-92.
53. Loew, Tritt, Siegfried, Bohmann, Martus, Hahn. (2001) Efficacy of “functional relaxation” in comparison to terbutaline and a “placebo relaxation” method in patients with acute asthma: a randomized, prospective, placebo-controlled, crossover experimental investigation. *Psychother Psychosom.* 70(3):151–157

54. Manepalli S, Nuvvula S, Kamatham R, Nirmala S. (2014). Comparative efficacy of a self-report scale and physiological measures in dental anxiety of children. *J Investig Clin Dent.* 5(4):301-6.
55. Manuel A, & Gil C. (2015). Manejo psicológico del niño en la atención estomatológica Facultad de Estomatología de La Habana Dpto . Estomatología General Integral Revisión Bibliográfica “ Manejo psicológico del niño en la atención estomatológica.
56. Marcano, Lolimar, Machado. (2007). Técnicas para el manejo de las manifestaciones del miedo a la consulta odontológica en los pacientes que acuden a la facultad de odontología de la universidad de Carabobo. *Odous científica.* (8);1;8-14
57. Márquez J, Navarro M, Cruz D, & Gil J. (2004). ¿Por qué se le tiene miedo al dentista? *Rcoe.* 9(2), 165–174.
58. Mathis W, Smith E & Schoof H. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en atención primaria.* Agencia Laín Entralgo. *Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.* (27),13-17.
59. Medina J. (1988). Adaptación del niño a la consulta odontológica. *Acta Odont Ven.* (2)67-59.
60. Messer JG. (1977). Stress in dental patients undergoing routine procedures, *IDent Res,*56[4]:362.367.
61. Mohamadirizi S, Fahami F & Bahadoran P. (2014). The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university based general dental clinic. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery.*
62. Morgan P, Wright L, Ingersoll B, Seime R. (1989). Children’s perceptions of the dental experience. *ASDC J Dent Child J.* 47(4):243-5.
63. Muhammad S, Shyama M, Al-Mutawa SA. (2011). Parental attitude toward behavioral management techniques in dental practice with schoolchildren in Kuwait. *Med Princ Pract* 20: 350–355. DOI: 10.1159/000323758
64. Mungara, Injeti, Joseph. (2013). Child’s dental fear: Cause related factors and the influence of audiovisual modeling. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* (31);4;215-220
65. Myers DR, Kramer WS, Sullivan RE. (1972). A study of the heart action of the child dental patient, *J Dent Child,*39:99-106.
66. Natalia K, García A, & Gómez L, Astié F. (2011). Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión. *Universidad Nacional de San Luis Argentina, XII(23),* 213–222.
67. OMS. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales.* (39),50-57.

68. Rank R, Vilela J, Rank M, Ogawa W, Imperato J. (2019). Effect of awards after dental care in children's motivation. *Eur Arch Paediatr Dent.* 20(2):85-93.
69. Ríos Erazo M, Herrera A, & Rojas G. (2004). Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. *Avances En Odontoestomatología.* 30(1), 39–46.
70. Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. (2010). Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent.* 11(4):166-74.
71. Rowe M & Moore T. (1998). Self-report measures of dental fear: Gender differences. *American Journal of Health Behavior.* 22(4), 243-247.
72. Saadia M, Valencia R. (2015). Communicating with the new generations. The challenge for pediatric dentists. *J Clin Pediatr Dent.* 39(4): 297-302.
73. Saatchi M & Mohammadi G. (2015). The prevalence of dental anxiety and fear in patients referred to Isfahan Dental School, Iran. *Dent Res J.* 12(3):248-53.
74. Sarudiansky M. (2013). Ansiedad , angustia y neurosis . Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana.* (21),19–28.
75. SIVEPAB. (2015) .
76. Soto, Reyes. (2005). Manejo de las emociones del niño en la consulta Odontologica. *Rev Lat Ortodon Odonto.* (4)1-3.
77. Ten M. (2008). Dental fear in children: clinical consequences. Suggested behaviour management strategies in treating children with dental fear. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2008 Feb;9 Suppl 1:41-6.
78. Toledano, M. Osorio, F. (2009). Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad de la consulta dental. *Rev And.* (12)21-24.
79. Townsend JA. (2013). Behavior guidance in the pediatric patient. In: Casamassimo PS, Fields HW Jr, McTigue DJ, Nowak AJ, eds. *Pediatric Dentistry - Infancy through Adolescence.* 5th ed. St Louis, Mo. Elsevier-Saunders Co. 352-70.
80. Venham L & Murray P. (1979). Child-rearing Variables Affecting the Preschool Child's Response to Dental Stress. *J Dent Res.* 11(58), 2042–2045.
81. Villar B, Rodríguez C, Cañizares V, Torres L. (2020). Techniques in the management of the odontopediatric patient's conduct. *Cient.Dent.* 17;1;27-34
82. Weinstein P. (2008). Child-centred child management in a changing world. *Eur Arch Paediatr Dent.* 9(Suppl 1) Suppl 1:6-10

83. Weinstein P, Getz T, Ratener P, Domoto P. (1983). Behaviour of dental assistants managing young children in the operatory. *Pediatr Dent.* 5:115-120.
84. Wu L & Gao X. (2018). Children's dental fear and anxiety: Exploring family related factors. *BMC Oral Health.* 18(1),1–10.

APÉNDICES

Cuestionario a Odontopediatras



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA
INVESTIGACIÓN: PROTOCOLO DE ATENCIÓN DENTAL PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN ODONTOPEDIATRÍA



AÑOS DE EXPERIENCIA:

Al iniciar su atención con el paciente pediátrico de primera vez...

1. ¿A quien saluda primero a los papás o al paciente?
2. ¿Cómo recibe a su paciente?
3. ¿Cual es su método visual para interpretar la conducta del paciente en ese momento? (Ansioso)
4. Una vez identificada la conducta ansiosa del paciente, ¿cual es el procedimiento que sigue, como lo aborda?
5. ¿Establece rutinas de atención? Si la respuesta es si, ¿Qué rutinas?
6. ¿Qué hace en la primera visita con un paciente relajado y un paciente ansioso?
7. ¿Qué haces en las visitas subsecuentes con un paciente relajado y un paciente ansioso?
8. Ya en el acto operatorio, ¿Cuál es el primer procedimiento por realizar?
9. Decide hacer citas de desensibilización? Si la respuesta es si, ¿cuantas y en cuanto tiempo de espacio cada una?
10. En caso en que su paciente sufra una crisis de ansiedad ¿como lo maneja, me lo podría decir en 5 pasos?
11. ¿Es frecuente que le ocurra esto?
12. ¿Cuantas veces en 1 mes aproximadamente?
13. ¿Revisa signos y síntomas fisiológicos visualmente? (Aumento en frecuencia respiratoria, sudoración, reacción ocular etc....)
14. ¿Cree que la conducta ansiosa del niño está en relación con la personalidad de los padres?
15. ¿Alguna de las técnicas de modificación de la conducta es su favorita?
16. Una vez terminado el tratamiento, ¿como despide a su paciente?
17. ¿Cómo cree que debería ser el rol de la asistente?
18. ¿Cual es a tu consideración el factor familiar que considera que más influye en la conducta de su paciente?
19. ¿Cual es el factor en su atención que considera que más influye en la conducta de su paciente?
20. ¿Qué indicaciones les da a los padres del paciente ansioso al finalizar la primera consulta?

RESUMEN BIOGRÁFICO

CD. Teresa Libertad Rodela Martínez
Candidato para el grado de
Maestra en Ciencias Odontológicas en el área de Odontopediatría

Tesis:
Protocolo de atención dental Para disminuir la ansiedad en Odontopediatría

Campo de estudio: Ciencias de la salud

Datos personales: Nacida en Reynosa Tamps. El 14 de Agosto de 1991, hija de Héctor Rodela Rojas y María Teresa Martínez Vázquez

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Cirujano Dentista en 2018

Experiencia profesional: Consulta privada desde el 2018