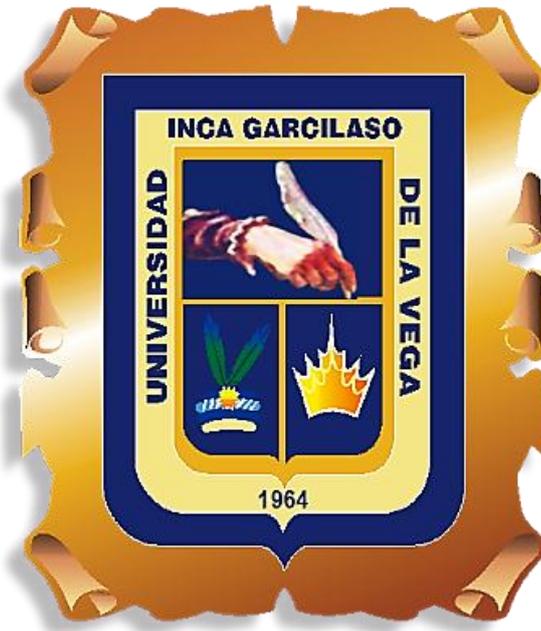


UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**ESCALA DE MIEDO Y LA EXPERIENCIA DENTAL PREVIA EN
NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS DE EDAD**

**TESIS PARA OPTAR POR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR LA:

Bach. Linda Jhoselyn, QUISPE TORRES

Lima - Perú

2018

TÍTULO DE LA TESIS:
ESCALA DE MIEDO Y LA EXPERIENCIA DENTAL PREVIA EN
NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS DE EDAD

JURADO DE SUSTENTACIÓN

Dr . Salazar Sebastian Alejandro Magno

Presidente

Mg. Huamán Torres Farita

Secretario

Mg. Figueroa Cervantes Carlos

Vocal

Agradezco a Dios en primer lugar por darme la fortaleza y salud durante toda mi carrera.

A mis hijas Luana y Milley por ser la base fundamental para poder lograr este gran paso en mi vida.

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional y comprensión.

A mi esposo por apoyarme en todo momento y darme alientos de superación

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme tener salud y bienestar para culminar mi tesis.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo, por la dedicación de su tiempo, sus conocimientos y sobre todo su paciencia para poder llevar a cabo mi investigación.

A mi asesora la Dra. Peggy Sotomayor Woolcott por estar presente en toda la elaboración de mi tesis.

Y a todas las personas que de alguna manera ayudaron en la elaboración de mi tesis.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Título	ii
Jurado de Sustentación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice	vi
Índice de Tablas	ix
Índice de Gráficos	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Miedo	1
1.1.2 Experiencia dental previa	4
1.1.3 Factores predisponentes individuales	13
1.1.4 Factores predisponentes con el entorno del consultorio	16
1.1.5 Consecuencias del miedo dental	16
1.1.6 Prevalencia del miedo dental	18
1.1.7 Miedo dental infantil	19
1.1.8 Comportamiento del niño en la consulta dental	23
1.1.9 Técnicas de manejo conductual en odontopediatría	25
1.1.10 Técnicas comunicativas	26
1.1.11 Técnicas no comunicativas	29
1.1.12 Desarrollo psicológico del niño	32
1.2 Investigaciones	33
1.3 Marco Conceptual	36

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema	38
2.1.1 Descripción de la realidad problemática	38
2.1.2 Definición del problema	40
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	41
2.2.1 Finalidad	41
2.2.2 Objetivo General y Específicos	41
2.2.3 Delimitación del estudio	42
2.2.4 Justificación e importancia del estudio	43
2.3 Variables e Indicadores	44
2.3.1 Variables	44
2.3.2 Indicadores	44

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1 Población y Muestra	46
3.1.1 Población	46
3.1.2 Muestra	46
3.2 Diseño a utilizar en el Estudio	47
3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	47
3.3.1 Técnica de Recolección de Datos	47
3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos	48
3.4 Procesamiento de Datos	49

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de los Resultados	50
4.2 Discusión de los Resultados	62

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	69
5.2 Recomendaciones	70
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	78

Tabla	Pág.
N° 01 Distribución de los participantes en base al sexo	51
N° 02 Distribución de los participantes en base a la edad.	52
N° 03 Distribución de participantes según visitas al odontólogo	53
N° 04 Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018	54
N° 05 Distribución de los niños que presentaron experiencia dental buena y experiencia dental mala	55
N° 06 Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según su sexo en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018	56
N° 07 Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según su edad en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018	58
N° 08 Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según el número de visitas al odontólogo en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO		Pág.
N° 01	Distribución de los participantes en base al sexo	51
N° 02	Distribución de los participantes en base a la edad.	52
N° 03	Distribución de participantes según visitas al odontólogo	53
N° 04	Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018	54
N° 05	Distribución de los niños que presentaron experiencia dental buen y experiencia dental mala	55
N° 06	Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según su sexo en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018	57
N° 07	Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según su edad en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018	59
N° 08	Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según el número de visitas al odontólogo en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018	61

RESUMEN

El objetivo del estudio fue Determinar la relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del Distrito San Martín de Porres, en el año 2018. El Diseño metodológico empleado en el estudio fue descriptivo, tipo transversal, prospectivo, observacional y el enfoque cualitativo. Para cumplir con el objetivo del estudio, se utilizó una muestra conformada por 120 niños que estudian en la I.E.P. Círculo Ingeniería, que fueron seleccionados en forma no aleatoria por conveniencia, que además cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para realizar la Técnica de Recolección de Datos se utilizó un cuestionario de experiencia dental y una escala combinada del miedo. Los Datos obtenidos en la ejecución del estudio fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 20.0 para aplicar la estadística descriptiva e inferencial. Los Resultados mostraron que todos presentaron una experiencia dental buena y una escala de miedo Bajo en un 86.7% (104), seguido de los que presentaron una escala Alta de miedo en un 8.3% (10) y una escala de alto miedo un 5% (6) del total de los estudiantes. Se concluye que no existe relación entre escala de miedo y experiencia dental previa.

Palabras clave

Miedo dental, Experiencia dental previa, Niños, Odontólogo.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between the fear scale and the previous dental experience in children aged 6 to 8 years in the I.E.P. Circle Engineering San Martín de Porres District, in 2018. The methodological design was descriptive, cross-sectional, prospective, observational and qualitative approach. To fulfill the objective of the study, a sample consisting of 120 children who study in the I.E.P. Círculo Ingeniería, which were selected in a non-random manner for convenience, which also met the inclusion and exclusion criteria. The data obtained in the execution of the study were processed in the statistical program SPSS version 20.0 to apply the descriptive and inferential statistics. To perform the Data Collection Technique, a dental experience questionnaire and a combined scale of fear were used. The Results showed that all had a good dental experience and a Scale of fear Low in 86.7% (104), followed by those who presented a Scale High Scale in 8.3% (10) and a Scale of High Fear by 5% (6) of the total number of students. It is concluded that there is no relationship between fear scale and previous dental experience.

Keywords

Dental fear, Previous dental experience, Children, Dentist.

INTRODUCCIÓN

El miedo es una respuesta psicofisiológica de alarma que surge cuando la persona necesita reaccionar ante diferentes situaciones, acontecimientos estresantes o estímulos percibidos como amenazantes y peligrosos o de incertidumbre bien sean reales o imaginarios, internos o externos.

El miedo dental en los niños es un tema de gran importancia. Los niños tienen relativamente habilidades de comunicación limitadas y son menos capaces de expresar sus temores. La incapacidad de los niños para hacer frente a estímulos dentales amenazantes a menudo se manifiesta como problemas de manejo de la conducta.

A menudo los niños experimentan miedo y temor cuando visitan al odontólogo, poniéndolos inquietos e interrumpiendo su sueño una noche anterior. Esto se ve reflejado no solo por malas experiencias recibidas, sino por conflictos expresados en la boca. En la boca están expresadas las emociones más primitivas del placer, dolor, agresión y pérdida, la situación resulta de por sí angustiante si se tiene en cuenta, la posición que adopta el pequeño en el sillón; ya que esto permite que el paciente se sienta indefenso, sumado a que en muchos casos llega con dolor. Se completa así un cuadro que es necesario actuar de acuerdo a como llegue el paciente, brindándole un ambiente de confianza.

La experiencia dental previa; consiste en haber sido atendido anteriormente en la consulta odontológica. Hoy en día atender a niños es una actividad de mucho cuidado ya que los niños son demasiado sensibles, más aún cuando son expuestos a prácticas a las que no tienen costumbre o han tenido alguna mala

experiencia o puedan ser expuestos a algo nuevo que puede causarles cierta apatía negativa. Debido a esto, los odontólogos debemos percibir y aplicar métodos de apoyo para tratar de que el niño sea un paciente colaborador durante la consulta odontológica. Esto es de suma importancia porque aún hay niños de diferentes edades que sienten miedo a la consulta odontológica o la visita al odontólogo, ya que este temor puede llevar el temor hasta la adultez.

Con este estudio se lograra mejorar o mantener el grado de miedo que los niños presenten en la consulta odontológica, ya que así se podría prevenir el temor en la adultez.

El presente estudio tiene como finalidad determinar la relación de la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años en los niños que asisten a la Institución Educativa Particular Circulo Ingeniería en el año 2018.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Miedo dental

Es una respuesta psicofisiológica de alarma que surge cuando la persona necesita reaccionar ante diferentes situaciones, acontecimientos estresantes o estímulos percibidos como amenazantes y peligrosos o de incertidumbre bien sean reales o imaginarios, internos o externos. El miedo es una respuesta normal, necesaria, adaptativa e incluso positiva pues prepara al organismo para movilizarse ante diferentes situaciones que requieran una activación neuronal superior a la requerida por otras muchas situaciones que no impliquen alguna dificultad: Mientras dura el estado de alarma o alerta el organismo pone en marcha toda una serie de mecanismos de defensa tanto fisiológico como psicológicos son la única finalidad de superar y enfrentarse a una posible amenaza y aunque durante este tiempo se incrementan los sentimientos nada agradables de inseguridad y angustia también se

incrementan una mayor percepción del entorno y una mayor agudeza y concentración mental además de una mejor preparación física para facilitar que el enfrentamiento a la amenaza pueda realizarse con el mayor éxito posible e incluso se pueda incrementar el rendimiento siempre que la respuesta ansiogena termine en cuanto concluya el factor ansiogeno desencadenante.

El miedo es una emoción normal y universal adaptativa y necesaria que todos experimentamos cuando nos enfrentamos a diferentes estímulos tanto imaginarios como reales. Los niños a lo largo de su desarrollo experimentarán y sufrirán numerosos miedos: a los animales, a la separación, a los ruidos fuertes, a los extraños, a la oscuridad, a quedarse solos, al colegio, etc.

La gran mayoría será pasajeros y no representaran ningún problema e irán apareciendo y desapareciendo en función del desarrollo psiconeurológico y a la edad. Estos miedos a través del aprendizaje resultaran muy útiles en muchas ocasiones pues les podrán ayudar a enfrentarse de forma adaptativa y adecuada a situaciones difíciles, complicadas, peligrosas o amenazantes que puedan surgir a lo largo de su vida y función fundamental será protegerles de posibles daños generando emociones que formaran parte de su continuo desarrollo y evolución; por ejemplo el niño no debe tener miedo a los toboganes, pero si debe ser prudente al bajarlos y jugar en ellos.

Por lo tanto no solo es normal sino también necesario que los niños experimenten miedos concretos y específicos ante situaciones, pensamientos

y objetos que impliquen peligro o amenaza real evitando así correr potenciales riesgos innecesarios que puedan poner en peligro su vida, su bienestar físico o psicológico, su salud; pero sin que en ningún momento estos sean lo suficientemente importantes como para alterar de forma significativa su vida o emoción o desarrollo cognitivo. El miedo es una respuesta normal, adaptativa, necesaria y positiva cuando logran superar el umbral de tolerancia; no hay percepción de control y se produce una evitación continuada del estímulo aversivo interfiriendo considerablemente en el funcionamiento adaptativo y normal.¹

La mayoría de los niños tienen algún tipo de ansiedad o miedo al acudir a la consulta dental. Su manifestación varía desde una sensación de intranquilidad a una actitud que puede dificultar la intervención del doctor. Las consecuencias más evidentes de esta ansiedad, que incrementa a medida que se acerca el momento del tratamiento, son citas canceladas o perdidas, tratamientos incompletos, y riesgo de sufrir lesiones en la boca.

El miedo o ansiedad dental suele tener sus causas en anteriores experiencias médicas y dentales traumáticas. A veces, sin querer, los padres y abuelos crean prejuicios en los niños, que en la mayoría de las oportunidades se transforman en barreras que los odontopediatras deben salvar con prudencia y creatividad. Las prácticas dentales y las agujas suelen asustar a los niños por ser experiencias nuevas o poco frecuentes. Además, sabemos que muchas de las curaciones o prácticas dentales implican dolor o malestar físico.²

1.1.2 Experiencia dental previa

Consiste en haber sido atendido con anterioridad a la consulta odontológica. Hoy en día atender a niños es una actividad de mucho cuidado ya que los niños son demasiado sensibles, más aún cuando son expuestos a prácticas a las que no tienen costumbre o han tenido alguna mala experiencia o puedan ser expuestos a algo nuevo que puede causarles cierta apatía negativa. Debido a esto, los odontólogos debemos percibir y aplicar métodos de apoyo para tratar de que el niño sea un paciente colaborador durante la consulta odontológica. Esto es de suma importancia porque aún hay niños de diferentes edades que sienten miedo a la consulta odontológica o la visita al odontólogo, ya que este temor puede llevar el temor hasta la adultez. En algunos casos hay gran cantidad de niños que tratan de ser colaboradores, pero es ideal que éstos tengan esa conducta durante todo el tratamiento, no obstante la conducta del niño puede tornar a ser negativa debido a las constantes visitas y tratamientos realizados. Un factor principal es el miedo, como principal causa al hecho que los niños han sido desafiados ante un reto igual o mantengan en sus recuerdos alguna experiencia traumática.³

Para el odontólogo es de vital importancia la primera visita del paciente. Hacer lo mejor posible para que el niño tenga una experiencia satisfactoria y estimulante para lograr que esta no se convierta más tarde en miedo que

pueda dar origen fobias y verdaderos traumas a futuro. La relación odontólogo paciente juega un papel muy importante en el control del miedo, es importante generar seguridad y confianza tanto en el niño como en los padres logrando siempre mantener el respeto a nuestra labor profesional generando una relación armónica que disminuya las complicaciones y los niveles de miedo .⁴

Entre las diferentes conductas previas que generan miedo en la consulta encontramos: La carencia afectiva, rechazo y autoritarismo. Es de gran utilidad que el odontólogo obtenga datos que le permitan conocer más a su paciente por lo que es ideal realizar una encuesta psicoconductual para que la figura de autoridad facilite más información sobre nuestro paciente como por ejemplo; la edad, su comportamiento en el hogar, temores, hospitalizaciones, juegos, destrezas, experiencias odontológicas entre otros. Estos permiten sacar conclusiones y poder aplicar adecuadas técnicas y cada una detrás genera resultados específico; esto nos indicaría que la edad ayuda a predecir la conducta del paciente, el grado de autocontrol que tenga, la forma de pensar, sus temores y su estado emocional.

El aumento de edad del niño le permite a este desarrollarse de mejor manera y tener diferentes destrezas sociales; también aprende a controlarse en gran medida y poder aceptar situaciones no tan placenteras. Sin embargo la edad no corresponde con el desarrollo psicomotor del paciente por lo que el odontólogo debe poder familiarizarse con las características básicas con cada una de las etapas de los niños, pero lo principal son sus miedos acordes a su edad y cuáles no, ya que esta es una reacción natural para poder alejarse de

los peligros y pueda ser subjetivo el cual toma la mayor percepción posible por parte de sus padres.

Poder escuchar experiencias previas u objetivas que tiene mayor enfoque por deberse a una experiencia real vivida anteriormente. Si el odontólogo no se encuentra preparado pueden aparecer sentimientos de tensión e incomodidad pudiendo aumentar el estado de miedo del paciente y hasta provocar temores lo que resulta un círculo vicioso. Para disminuir la posibilidad de este cuadro el profesional debe estar compenetrado con las características comunes del niño de acuerdo a la edad de este y poseer información adicional como: conocer lo que más le agrada, lo que le disgusta, que hace en sus ratos libres etc. De cada paciente en particular.⁵

Hay factores ambientales que producen algunas conductas determinadas durante la consulta como se ha explicado en el desarrollo psicológico hay un riquísimo y permanente juego entre el ambiente y la herencia; este primero es de compleja y variada naturaleza y explica la gran diversidad de la persona resultante. Muchas variables en el ambiente mantiene directa relación con la conducta que el niño manifiesta con el dentista y está representada por la influencia de los padres , sus antecedentes medico dentales y su grupo de referencia escolar .La influencia de los padres se puede observar que el dentista que brinda atención a niños tiene una proporción menor de niños problemas que padres problemas .Las actitudes que tengan los mayores pueden describirse bajo algunas circunstancias que permita anticipar hasta algún punto el comportamiento de los niños .

- **Sobre afecto**

Es una situación con más frecuencia en padres que han tenido en una edad avanzada a sus hijos, o cuando fuese el único hijo, en el adoptado, o en el hijo menor de la familia. Son niños con que poseen una preparación inadecuada para ocupar su debido lugar en la sociedad, en el hogar o en la escuela. En la consulta odontológica demuestra poco valor ya que recurre a su madre, o al adulto que lo trae y se rehúsa dejarlos mediante un abrazo o tomándole de la mano.

- **Sobre protección**

Esto se da con más frecuencia en aquellas madres que quieren monopolizar en todo momento a sus hijos sin poder permitirle que juegue o se junte con otros niños con el único argumento que pueda contagiarlo ensuciarlo o dañarle. Este niño manifiesta un comportamiento autoritario queriendo controlar todas las situaciones y rehusándose a poder jugar con otros niños en igualdad de condiciones, mientras pretende guiar al odontólogo en lo que haga y no aceptando que el odontólogo haga uso de sus instrumentos o tratamientos por parte del profesional lo cual conllevaría a la falta de disciplina.

- **Sobre indulgencia**

Es la consecuencia de la actitud de padres que no son capaces de negar algo a sus hijos; en especial en aquellos que durante su infancia no

tuvieron muchas facilidades y satisfacciones generalmente por dificultades económicas. También se puede observar en adultos que tienen a los niños por algunos periodos y optan por esta vía para poder tener mejor relación con ellos; por ejemplo en el caso de algunos abuelos. el resultado que se obtiene, un niño exigente con el cual es muy difícil congeniar a menos que exceda a sus demandas; las cuales son forzadas con rabietas y llanto exhibiendo igual conducta con el odontólogo.

- **Sobre ansiedad**

Esta actitud se observa en familias donde han ocurrido muertes cuando los padres son inexpertos o cuando han obtenido un hijo con dificultad. Esto hace que ejerza sobre el niño sobreprotección y sobre afecto motivados por el miedo y la ansiedad. Es por eso que el niño se hace dependiente de sus padres para tomar decisiones y emprender actividades. Responde con cobardía y timidez ante nuevas situaciones durante la consulta odontológica.

- **Sobre autoridad**

En este caso los padres actúan de esta manera para poder modelar a sus hijos con un determinado tipo de conducta a este afecto se impone una disciplina que tiende a ser inflexible, severa y en algunos casos cruel, esto produce que el niño tenga un negativismo, pasividad e inseguridad lo cual se ve reflejado durante la consulta odontológica.

- **Falta de afecto**

La indiferencia de algunos padres con sus hijos se manifiesta cuando disponen de poco tiempo para atenderle por incompatibilidad entre el padre y la madre. Cuando la concepción ni ha sido deseada o el sexo del niño no fue el deseado. El niño que ha vivido en esta situación suele ser retraído, tímido, indeciso; se puede asustar con facilidad en un intento de llamar la atención puede desarrollar algunos hábitos como rehusar la comida, succión digital, onicofagia, etc.

- **Rechazo**

Casi por las mismas causas anteriores, más aquellas que sean representadas por celos de los padres, inmadurez o algún problema en su situación económica. Esos padres actúan alejados del niño, manteniendo con él una actitud negativa de crítica, de castigo, de disciplina inconstante y exagerada. El resultado podría ser un niño imperioso y desobediente que podría pretender una capacidad de mando inexistente propenso a pataletas, podría empezar a robar o ser mentiroso. El profesional que sea capaz de reconocer esta circunstancia puede llegar al niño con preocupación y comprensión y hacer sentir al niño muy estimado, en el fondo el niños necesita afecto como cualquiera solo que no le entrega con facilidad porque el ambiente le ha enseñado a protegerse. El miedo dental ha sido identificado como una de situación comúnmente más temida puesto que tiene una alta prevalencia y es por eso que los pacientes evitan visitar al odontólogo.

La región oral es una zona muy sensible e incluye muchos receptores de la sensación somática que cualquier otra parte del cuerpo humano. Es utilizada para una variedad de propósitos, tales como hablar y comer. Es de suma importancia para el desarrollo en la primera infancia. Por lo tanto, no es sorprendente, que esta parte del cuerpo humano está vinculada a la emoción, es receptor a experiencias de miedo.⁶

Todo odontólogo que se disponga a asumir la responsabilidad de atender niños, debe tener en cuenta que su tarea no será muy fácil. Esto porque, el ejercicio de la Odontopediatría no puede limitarse únicamente a la ejecución de procedimientos técnicos – preventivos y curativos de la odontología, incluye también el desempeño de un papel importante en los sectores educacional y psicológico; considerando las características de cada niño, la fase de desarrollo en que se encuentre y las circunstancias específicas de cada situación. Posibilitando la ampliación de los beneficios de la atención, pues, además de facilitar la ejecución de la odontología con éxito, permite evitar el establecimiento de posibles traumas psicológicos. Estos traumas determinan casi siempre incompatibilidades entre el niño con el profesional, con el ambiente clínico y lógicamente, con los procedimientos quirúrgicos y operatorios restauradores.⁷

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

facilitar el enfrentamiento eficiente a situaciones de tratamiento dental. Se denominan variables psicosociales a todos aquellos elementos psicológicos que los individuos tienen o adquieren por medio de la imitación o experiencia, tales como ideas; sentimientos, creencias, pensamientos, especialmente cuando se exponen a eventos o situaciones percibidas como estresantes.

Suponiendo, por ejemplo, la situación de un niño sometido por primera vez a un examen bucal en el que el odontólogo le causo sensaciones desagradables debido a la manipulación de instrumentos en la boca, las reacciones de protesta y expectativa del niño de no volver más al consultorio, identifican variables psicosociales. Observamos que, cuanto más vulnerable se siente el individuo en una determinada situación, mayor es la intensidad con que las variables psicosociales tienden a manifestarse. Una de las variables psicosociales de mayor preocupación de los individuos que frecuentan consultorios odontológicos es el miedo y los eventos que envuelven el tratamiento. Los niños expuestos a una condición que haya generado miedo, tienden a presentar algún tipo de reacción de defensa, que puede ser representada por las siguientes posibilidades:

- a) Por comportamientos de fuga, que incluyen dejar la situación lo más rápido posible, salir corriendo.
- b) Por comportamientos en que evitan someterse a la condición o a una situación específica de la condición, designados como comportamientos

de esquivar, como negarse a sentarse en el sillón o abrir la boca para un examen clínico y el llanto.

- c) Por comportamientos de inmovilización motora, que incluyen permanecer inerte, agarrado al cuello de un familiar, paralizado frente a la situación percibida como amenazadora o negarse a abrir la boca.
- d) Por comportamientos de enfrentamiento de la situación, que incluye pasar por la situación enfrentando, por medio de estrategias comportamentales y/o cognitivas, los elementos identificados como aversivos.⁸

El miedo al tratamiento odontológico, constituye una de las principales variables responsables de la evitación a la atención odontológica. Es interesante destacar que el comportamiento de posponer la visita al odontólogo por motivos de miedo o sensación de dolor, además de perjudicar la salud, establece una situación de reforzamiento positivo de la propia creencia, tornándola más difícil de ser eliminada. Dejar de ir al odontólogo, puede provocar la evolución a un estado de gravedad de un problema bucal simple, que con el pasar del tiempo exige un tratamiento más especializado, eventuales procedimientos invasivos, muchas veces lleva a destrucción y pérdida de los dientes, además de mayores costos financieros para su ejecución⁸. El miedo también puede afectar la calidad de la atención odontológica recibida por el paciente, requiriendo más tiempo para la atención. De hecho el tratamiento de pacientes con miedo,

es uno de los aspectos más estresantes de la práctica profesional del odontólogo.⁹

El miedo es parte del desarrollo infantil.¹⁰ Los miedos de los niños forman un complejo patrón que cambian durante todo el desarrollo, tienen función adaptativa y surge en consecuencia de la mayor percepción del niño de los peligros presentes en su medio ambiente. Sentir miedo y conseguir superarlo permite que el niño aprenda a interactuar con el mundo a su alrededor.¹¹

El miedo es un estado emocional negativo, aversivo, con una activación elevada que incita a la evitación y el escape de las situaciones amenazantes. Es una señal de advertencia de que se aproxima un daño físico o psíquico. También implica una inseguridad respecto a la propia capacidad para soportar o mantener una situación de amenaza. En general el miedo es una emoción producida por un peligro presente y ligado al estímulo que lo genera.¹²

1.1.3 Factores predisponentes individuales

- **Edad**

Por una parte la ansiedad y el miedo dental parecen tener mayoritariamente su origen en la niñez con su pico de mayor incidencia en

la madurez temprana y declinando con la edad; pero no por ello es descartable que aparezca durante la edad adulta siendo los sujetos más jóvenes los más susceptibles.¹³

- **Sexo**

Existe la impresión de que el sexo femenino muestra mayores niveles de miedo y ansiedad dental y susceptibilidad al dolor en los tratamientos dentales, con respecto al sexo masculino; si bien también hay que decir que en la literatura hay otros estudios en los que las mujeres no demuestran mayores niveles de ansiedad y miedo dental o al menos las diferencias entre ambos sexos no han sido estadísticamente significativas. También en las mujeres parece encontrarse una correlación significativa entre ansiedad rasgo y ansiedad dental y mayor prevalencia de fobia dental concomitante con otras psicopatologías, así como tendencia a experimentar pensamientos negativos o amenazadores en relación con el tratamiento odontológico.¹⁴

- **Nivel socioeconómico y cultural**

La relación entre ansiedad y miedo dental y un nivel socioeconómico bajo y un nivel cultural también inferior, no ha sido determinado con claridad. Ciertos autores encuentran relación entre niveles altos de ansiedad y miedo dental y nivel socio económico y cultural menor.¹⁵

- **Estados de salud del niño**

Los niños con una experiencia odontológica anterior positiva tienden a colaborar más con el Odontopediatra. En este sentido, lo importante no es el número, sino la calidad emocional de las anteriores consultas.

- **Situaciones emocionales especiales**

Los desajustes familiares son aspectos importantes que debemos tener en cuenta a la hora de recoger datos del niño. Las familias que presentan disfuncionalidad determinan problemas mayores o menores en ellos, que dependen de una serie de factores, e intervienen en el comportamiento del niño en el consultorio. Los hogares disfuncionales pueden influir negativamente en el desarrollo de la personalidad. Pueden llevar a sentimientos de inferioridad, apatía y depresión. Sin embargo, los hogares destruidos a veces son menos perniciosos para la formación del carácter que los hogares con conflictos crónicos y completo desajuste. Un hogar de elevado valor para la construcción del carácter y de la personalidad, es un lugar cálido y amistoso, donde siempre se busca la felicidad y donde la sociabilidad tiene su importancia. Así, niños que provienen de familias en que ocurren constantes discusiones entre los padres, hijos de padres separados o de padres muy ocupados por problemas de trabajo o de vanidad personal, normalmente demuestran inseguridad, una cierta ansiedad en dependencia de la falta de estructuración familiar. A veces estos problemas son pasajeros por decaídas momentáneas en el comportamiento familiar, en esta situación los niños han demostrado avales emocionales, los cuales pueden en mayor o menor grado provocar

cambios en el comportamiento. Discusiones entre los padres, viaje prolongado de uno de ellos, nacimiento de un nuevo hermano, entre otros, son elementos que afectan el comportamiento del niño.¹⁶

1.1.4 Factores predisponentes relacionados con el entorno en el consultorio odontológico

Algunos componentes inherentes al tratamiento odontológico causan más ansiedad dental que otros, como la visión de la aguja y su sensación y la visión de la turbina, su sensación y el ruido que ésta produce como los principales. Este hallazgo parece constante incluso independientemente del instrumento empleado en los estudios de ansiedad y miedo dental. También dentro del contexto dental, ciertos tratamientos dentales causan más ansiedad que otros, por ejemplo las extracciones y las endodoncias y en general causan más ansiedad aquellos tratamientos de naturaleza más invasiva.¹⁶

1.1.5 Consecuencias del miedo dental

Los estudios acerca del miedo dental están de acuerdo en que las consecuencias son devastadoras y que son una barrera de salud de grandes dimensiones. La evitación, la anticipación ansiosa o el malestar en la situación temida interfiere significativamente con la rutina cotidiana, funcionamiento ocupacional, actividades y relaciones sociales; el miedo dental interfiere con el funcionamiento y la calidad de vida fuera del ámbito dental Schuurs encontró que los pacientes temerosos dental tenía una baja autoestima y son sensibles a su aspecto dental.¹⁷

La evitación del tratamiento dental, las cancelaciones de las visitas y el distanciamiento entre las mismas no solo se han considerado consecuencias de la ansiedad y el miedo dental sino que han sido nombradas como factores capaces de predecir que el sujeto tendrá ansiedad y miedo dental. Se trata pues de un círculo vicioso, en el que interactúa miedo dental y la evitación, lo que lleva a evitar las citas odontológicas y, en consecuencia en cuidado dental, lo que lleva al deterioro de la salud oral que combinado con la imposibilidad por parte del paciente al recibir el tratamiento el tratamiento dental. Lo que acaba produciendo sentimientos de vergüenza e inferioridad con respecto a otra gente, disminuyendo la autoestima.¹⁸

El miedo dental conduce a la evitación de citas odontológicas, esto conduce a la aparición de mayor sintomatología y patología bucodental. Cuando el paciente acude al dentista, los niveles de miedo son muy altos, ya que el paciente espera que el tratamiento vaya a ser más doloroso y complicado y en verdad los tratamientos serán más complicados, más extensos y más caros. Todo ello conduce finalmente a una elevación del nivel de miedo dental, a la aparición de sentimientos de culpabilidad, vergüenza e inferioridad y a una exacerbación de la ansiedad dental; en definitiva se establece un patrón de deterioro real y auto perpetuación.¹⁹

Otra consecuencia de la ansiedad y el miedo dental es la disminución del umbral del dolor, siendo probable que estímulos no dolorosos sean

interpretados como tales, por lo que cualquier estímulo en general será magnificado y percibido como molesto.²⁰

También son consecuencias psicosociales de la ansiedad y miedo dental reacciones varias como pensamientos obsesivos y afectación de las relaciones interpersonales, y que serán aún mayores en sujetos con miedos generalizados y finalmente también afectan al odontólogo que referirá un mayor estrés al requerir éstos pacientes más atención y destreza en el manejo conductual y un mayor tiempo de trabajo.²¹

1.1.6 Prevalencia del miedo dental

El miedo a la consulta odontológica, ha sido clasificado en quinto lugar dentro de las situaciones más comúnmente temidas. Dado su alto nivel de aparición, es de esperarse que los pacientes eviten las visitas dentales; sólo una minoría de éstos afirmaron no tenerla en relación al ambiente dental. La prevalencia de la ansiedad y el miedo dental ha sido estudiada a nivel mundial por numerosos autores en diversos grupos de la población y con diferentes escalas diseñadas a tales efectos, pudiendo variar desde un 4% a un 20% en Los Estados Unidos y de un 3% a un 19,5% en países europeos .

Varios estudios transversales han documentado que la incidencia de la ansiedad dental disminuye con la edad, lo que fue confirmado en una investigación longitudinal realizada por Hagglin, quién monitoreó individuos desde 1969 hasta 1996, encontró que con la edad aminoran de forma similar

otras fobias generales y específicas. Es poca la literatura que señaló una fuerte relación entre angustia en el acto clínico odontológico y la edad.

A pesar del interés en esta problemática evidenciado en otros países, en Colombia no existen estudios acerca de la ansiedad al tratamiento odontológico, lo que ha resultado en un desconocimiento acerca de la incidencia de esta problemática en la población y de sus características. La falta de estudios de este tipo en Colombia presenta como consecuencia adicional una carencia en la utilización de estrategias de intervención distintas a las derivadas de la experiencia particular de cada odontólogo, las cuales en su mayoría no se encuentran validadas empíricamente, o están centradas en el manejo farmacológico.²²

1.1.7 Miedo dental infantil

Miedo dental en los niños es un tema de gran preocupación tanto a los dentistas y los padres de sus pacientes. 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.²³

Los niños experimentan miedo y temor cuando visitan al odontólogo, impidiéndoles incluso dormir la noche anterior. Este sufrimiento se ve traducido no sólo por experiencias de maltrato recibido, sino por conflictos expresados en la boca. Por eso es tan importante conocer la historia

biopatológica, ya que el síntoma no es casual ni arbitrario. En la boca están expresadas las emociones más primitivas del placer, dolor, agresión y pérdida, la situación resulta de por sí angustiante si se tiene en cuenta, la posición que adopta el pequeño en el sillón que lo deja en un estado de indefensión, sumado a que en muchos casos llega con dolor. Se completa así un cuadro en el que es necesario actuar acorde a lo que aqueja al paciente, brindándole un ambiente de confianza.²⁴

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). Los "miedos al odontólogo", en infantes se pudieron explicar por motivos subjetivos, o bien por experiencias previas que le dan un fundamento objetivo al temor.

En muchos casos, la aprehensión que siente el paciente, ante la consulta odontológica, no se relaciona con esta propiamente dicha, sino con el recuerdo de una situación anterior. Por lo regular, es muy raro encontrar niños que les guste ir al odontólogo o niños que no sientan miedo de ir. La mayoría de los pequeños presentan un miedo real cuando por determinadas circunstancias tienen que visitar al dentista, situación que no es nada grata. A veces, se conserva la memoria de una vivencia más o menos desagradable y en otros casos se trata sólo de una evocación subconsciente, que al enfrentarse con el sillón del consultorio odontológico, genera igualmente miedo o inseguridad.²⁵

Catalá describió que el miedo dental infantil puede contemplarse desde una doble perspectiva: exógena y endógena. Por un lado, como reacción fóbica aprendida y condicionada por una experiencia previa o aprendizaje social, a veces, sin ni siquiera haber pasado nunca por la consulta del odontólogo y por otro debido a la respuesta adicional a otros miedos en estados tendentes a padecer desórdenes psicológicos.²⁶

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 al paciente que está dentro del consultorio quejarse
3. La vista de los instrumentos con que lo van a tratar, especialmente la aguja
4. La extracción de un diente
5. El ruido del compresor
6. El hecho de ver sangre
7. Abrir la boca para ser inyectado
8. Ver que inyectan a otro paciente
9. Sentarse en el sillón dental
10. El olor de los medicamentos

11. Ver al odontólogo con la bata blanca

En este sentido, McGuigan explicó 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 pavor de los pequeños.²⁷

- **Miedos subjetivos**

Son el resultado de situaciones imaginarias que se van creando en la mente, a partir de escuchar las malas experiencias que han tenido otras personas con el odontólogo y/o desde la infancia los padres lo inculquen amenazando con llevar al niño al odontólogo y todo ese tipo de circunstancias similares. Se caracterizan como temores infundados ya que carecen de todo fundamento lógico.²⁸

- **Miedos objetivos**

Este tipo de miedos se desarrollan a partir de haber experimentado personalmente situaciones desfavorables con uno o varios odontólogos. Desgraciadamente aún existen dentistas que están pobremente

capacitados y poco calificados para ejercer apropiadamente la profesión, factor que va repercutiendo progresivamente en que el infante quiera asistir con menor frecuencia a la consulta odontológica.²⁹

Por consiguiente, es muy importante reflexionar sobre las condiciones en que aparece el miedo dental, ya que al menos dos de cada tres adultos que lo padecen afirman que tuvo su origen en la infancia y adolescencia como consecuencia de una experiencia traumática. Casi la gran mayoría de los niños, han sufrido estas desagradables experiencias, desde luego imperdonables e injustificables la mayor parte de las veces, pero lo peor que se puede hacer es adquirir la postura de alejarse del odontólogo, ya que eso solamente acarreará más problemas. Lo más congruente en este tipo de circunstancias es buscar un profesional altamente calificado y si es posible que venga recomendado de una fuente confiable.³⁰

1.1.8 Comportamiento del niño en la consulta dental

Algunos autores como Brauer, McTigue, Wright y Pauly han clasificado las formas de comportamiento de los niños en la consulta odontológica, describiendo de la siguiente forma:

- **Cooperador**

Son aquellos niños que entra en el consultorio con una sonrisa, salta a la silla y nunca da molestias al odontólogo. Este paciente puede pertenecer a cualquier clase social, pero generalmente viene de un hogar donde hay disciplina; la clínica no es referida como una cámara de tortura, sino como

un lugar para recibir alivio y prevención del dolor. El paciente cooperador reacciona de modo conveniente a los momentos críticos de la cita dental tales como: separación de los padres, colocación en el sillón. De hecho pueden ser los pacientes más fáciles de tratar entre todos los existentes. No demandan paciencia excepcional del dentista, porque no la requieren.³¹

- **Tímido**

La timidez es a menudo expresada por los niños pequeños, particularmente en la cita inicial. Los temperamentos tímidos generalmente están asociados con niveles altos de ansiedad, en estos casos se observa que el paciente es muy callado y está físicamente muy cerca de la madre y no sostiene la mirada. Esta ansiedad puede hacer que el niño no esté atento a las instrucciones que da el odontólogo.

- **Miedoso**

Este tipo de niño es el resultado de la influencia de comentarios negativos sobre experiencias dentales, tanto en su casa, como con los amigos y en el colegio; o por amenazas de los padres de llevarlos donde el odontólogo a que le saquen los dientes o les pongan inyecciones si no se porta bien. El niño está dispuesto a cooperar, acepta el tratamiento, pero pueden llorar en ciertos momentos de máxima ansiedad, como durante la inyección. La única solución para disipar el temor de este tipo de niño es tratar de ganarse su confianza, y que una vez esto sucede, la mayoría de estos niños, llegan a dispensar una magnífica colaboración.³¹

- **Temeroso**

Por lo general se tratan de pacientes con experiencias negativas previas, que lloran desde el momento de ingresar a la sala de espera y manifiestan abiertamente que tienen miedo, en muchas ocasiones se resisten a entrar y la madre debe cárgalos o trasladarlos físicamente. Este tipo de niño es el resultado de dos situaciones familiares: sobre indulgencia o rechazo por parte de los padres. El niño puede quejarse, pelear, patear o hacer mil cosas para tratar de persuadir a su progenitor de que lo regrese a casa. Es muy característico que su madre o padre empiecen a hacerle toda clase de promesas si permite que el doctor lo atienda, y por supuesto sin resultado, ya que el niño está acostumbrado a que se le complazcan todos sus deseos. Wright (1983) consideró que todas estas manifestaciones infantiles son sugestivas de un estado de miedo o ansiedad aguda.³²

1.1.9 Técnicas de manejo conductual en odontopediatría

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo, rama de la psicología que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las condiciones ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones. Comportamiento, es la manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos. El manejo de las emociones en el niño en la consulta odontológica, consiste en una evaluación y adaptación constante del paciente, mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación, nos referimos a adaptación, que

significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante un proceso de enseñanza - aprendizaje a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva a la Odontología. Aquellos niños que tuvieron experiencias previas negativas el Odontopediatra deben saber racionalizar y modificar las circunstancias que motivaron los trastornos. Como las Experiencias que son una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación, de la vivencia de un evento o proveniente de las cosas que suceden en la vida.³³

La Academia Americana de Odontología Pediátrica ha señalado métodos de manejo para usar con los niños, como: control de voz, decir-mostrar-hacer, comunicación no verbal, refuerzo positivo, la distracción, presencia/ ausencia de los padres, la técnica de mano sobre boca, la restricción física, sedación y anestesia general.

1.1.10 Técnicas comunicativas

- **Decir-mostrar-hacer**

Consiste en permitir que el niño conozca con tiempo y antelación los procedimientos que han de aplicarse. Esto se hace de una manera secuencial: primero se le explica, en un lenguaje adecuado para su desarrollo, el procedimiento que se va a aplicar (decir), luego se hace una demostración (mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (hacer). El objetivo de esta técnica es disminuir la ansiedad del paciente, explicándole al niño una situación que le es desconocida.

- **Control de voz**

Se trata de una modificación del tono y el volumen de la voz, así como de la velocidad con que se habla. No debe confundirse, sin embargo, con gritar al paciente o enfadarse con él. Puede significar un aumento o una disminución del tono de voz, lo que en muchos casos supone el hablarle al oído, en tono muy bajo. El objetivo de esta técnica es establecer comunicación y ejercer autoridad con el paciente.³⁴

- **Comunicación no verbal**

Consiste en la utilización de actitudes tales como cambio en la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento. El objetivo es establecer comunicación con el paciente y controlar la forma como percibe sus emociones. Es especialmente útil en pacientes de temprana edad, que aún no han desarrollado la comunicación verbal.³⁵

- **Refuerzo positivo**

Esta técnica busca reforzar una conducta. Se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado. Es importante hacer el refuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces, con el objeto de condicionar positivamente la conducta. Los premios o regalos al final de la cita son útiles como reforzadores sociales y para establecer una buena empatía con el paciente.³⁶

- **Refuerzo negativo**

Pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la eliminación de una causa de mal comportamiento como retirar a los padres de la sala de trabajo condicionando su regreso a una mejoría del comportamiento; debe hacerse inmediatamente y de manera repetida. Generalmente se utiliza en combinación con el control de la voz, para expresar desaprobación. El refuerzo negativo no debe confundirse con castigos, que están contraindicados y generan una actitud negativa hacia el tratamiento. Las promesas realizadas para condicionar el comportamiento deben ser factibles, inmediatas y siempre deben cumplirse.

- **Modelado**

La técnica consiste en permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que se espera de él. Esto se logra empleando modelos, que son sometidos a circunstancias similares a las que ha de experimentar el paciente. Puede hacerse en vivo o por medio de videos; El objetivo es disminuir la ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo.³⁷

- **Distracción contingente**

Consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento, al tiempo que se condiciona su conducta mediante el manejo de contingencias. Puede hacerse con la ayuda de medios audiovisuales o auditivos, y más recientemente, con la realidad virtual. Estos medios se usan condicionados a un comportamiento adecuado. Es importante utilizarlos en conjunción con Decir mostrar- hacer, antes de iniciar el tratamiento, con el objeto de que el paciente entienda el funcionamiento de

la técnica. Muy específicas, donde haya un alto grado de desarrollo emocional, un pleno entendimiento y una buena cooperación por parte de los padres; busca modificar un comportamiento disruptivo, mediante el condicionamiento y el autocontrol del paciente, de modo que el tratamiento dependa de su propia voluntad de cooperar.³⁸

- **Escape contingente**

Se busca que el paciente tenga el control de la situación, de modo que con una indicación suya, por ejemplo al levantar la mano, se interrumpa temporalmente el tratamiento. Debe además usarse con un condicionamiento, por ejemplo, que el Odontólogo detenga el tratamiento siempre y cuando el comportamiento sea apropiado. El objetivo es busca modificar un comportamiento disruptivo, mediante el condicionamiento y el autocontrol del paciente.³⁹

- **Tiempo y fuera**

Es una variación del refuerzo negativo, para pacientes de mayor edad. Consiste en suspender temporalmente el tratamiento, dentro de la misma cita, o darla por terminada y pedirles al paciente y a sus padres que regresen cuando esté preparado para cooperar, esta técnica solo debe utilizarse en estas situaciones.

1.1.11 Técnicas no comunicativas

- **Inmovilización física**

En ciertas ocasiones es necesario recurrir a la inmovilización parcial o total del paciente, con el fin de proteger su propia integridad física. Se busca restringir firmemente las articulaciones, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo. Puede hacerse directamente por el odontólogo, el personal auxiliar o los mismos padres, o puede usarse un dispositivo de restricción (Papoose Board, Pedi-Wrap). También se puede inmovilizar la boca, mediante el uso de bloques de mordida o distintos tipos de abrebocas. Se recomienda obtener el consentimiento escrito y verbal de los padres, antes de utilizar la técnica. El objetivo proteger la integridad física del paciente, con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y con unos parámetros clínicos ideales de calidad. También se busca proteger la integridad física del odontólogo y del personal auxiliar.⁴⁰

- **Mano sobre la boca**

Esta es una técnica muy controvertida, que está entrando en desuso. Consiste en colocar la mano, suave pero firmemente, sobre la boca del niño, con el fin de aislar el sonido y establecer la comunicación. Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz. El retiro de la mano se condiciona a la colaboración del niño. No debe utilizarse colocando la mano simultáneamente sobre boca y nariz impidiendo la respiración, como se reportó en la literatura durante algún tiempo. Antes de aplicarla, se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres. El objetivo es establecer comunicación con el paciente y ejercer autoridad sobre él.⁴¹

- **Técnicas farmacológicas y anestesia general**

Existen muchos casos en los que no es posible alcanzar los objetivos del tratamiento mediante manejos no farmacológicos. En estos casos es necesario considerar opciones diferentes, como la sedación o la anestesia general. En la Odontología Pediátrica, el conocimiento del paciente y el estudio de su comportamiento que son las bases del manejo del paciente deben fundamentarse científicamente. La práctica clínica exige que el odontólogo esté preparado y tenga un conocimiento sólido sobre la forma de manejar a sus pacientes, de modo que pueda brindarles un tratamiento odontológico con la calidad, seguridad, comunicación, cooperación y motivación adecuadas para alcanzar una salud oral óptima.⁴²

En Colombia la SCARE (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación) indican que la sedación consciente o ansiolisis puede hacerla el odontopediatra bajo supervisión del operador responsable, y, sobre todo, una persona distinta de la que hace el procedimiento. Esta persona debe tener las competencias mínimas para:

- Vigilar los siguientes signos vitales del paciente: la frecuencia cardiaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno.
- Debe tener certificación en soporte vital básico. Dicha certificación debe renovarse de manera periódica según los estándares vigentes.
- Debe contar con la formación básica en sedación, obtenida en cursos a los que avale la sociedad científica de odontología de manera conjunta con la SCARE, y haber sido definida como idónea para este menaste.

- La anterior certificación debe incluir entrenamiento en manejo de crisis/complicaciones.
- Esta certificación debe tener una vigencia de solamente 4 años, y debe renovarse con la misma periodicidad. ⁴²

El Comité Ad-Hoc de Sedación de la SCARE considera que la sedación profunda y la anestesia general debe restringirse a los anesthesiólogos, pues para poder hacerla ofreciendo niveles de seguridad adecuados hay que cumplir unos requisitos, los cuales no son viables en la enorme mayoría de escenarios en el país. Desde la promulgación de la Ley 6ª de 1991 esto se ha relacionado fuertemente con una dramática reducción de los procesos médico-legales tocantes a anestesia. Lo cual sugiere que cuando la anestesia es administrada por un médico especialista en anestesiología hay un impacto profundo sobre la seguridad de los pacientes.⁴³

1.1.12 Desarrollo psicológico del niño

Los niños atraviesan una serie de etapas físicas y mentales en su desarrollo con reacciones y patrones de conducta que los distinguen claramente de los adultos. Los recuerdos de la edad están influidos por la racionalización; Las primeras experiencias dentales del niño se reflejan en su actitud hacia la Odontología cuando es adulto.⁴⁴

- **La teoría cognitiva**

Valora principalmente la interrelación que existe entre las influencias externas y el desarrollo interno. Todo problema de conducta es síntoma de inadaptación debido a Grados variables de incapacidad (física y psíquica). Incapacidad del medio para facilitar la adaptación Combinación de ambos factores. Gesell y col. (1881-1961) Basándose en: desarrollo motor, lenguaje, percepción y procesos sensoriales; tanto como en la personalidad y la inserción social, describieron los perfiles de conducta típicos de diversos grupos de edades.

1.2 Investigaciones

Cerrón M. (2010) Perú. Realizo un estudio que tuvo como objetivo relacionar el miedo en niños en función a sus experiencias dentales y la ansiedad de sus madres. El estudio fue no experimental de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo en 258 pacientes entre 4 a 12 años de edad, en el Servicio de Odontopediatría del Instituto de Salud Oral de la FAP en la ciudad de Lima , Se utilizaron tres instrumentos de recolección de datos: La Escala de Evaluación de Miedos en Niños - Subescala Dental CFSS-SD, para medir el nivel de miedo al tratamiento odontológico en niños, la Escala de Ansiedad de Corah para medir el nivel de ansiedad de la madre y un cuestionario de experiencias dentales de los niños. Se realizaron estadísticas descriptivas. Los resultados mostraron que un porcentaje de 84.5% de los niños presentaron bajo miedo y que el 13.2% de los niños presentaron niveles elevados de miedo al tratamiento odontológico. Los niños entre 4 a 6 años de edad tenían niveles de miedo significativamente más elevados que los otros grupos de edad. Los niños que tenían experiencia dental negativa mostraron niveles más elevados de miedo, así

como los niños con niveles más elevados de miedo tenían madres más ansiosas que lo niños con bajo miedo al tratamiento odontológico. Los resultados demuestran la influencia de las experiencias dentales negativas de los niños y el nivel de la ansiedad materna en el nivel del miedo al tratamiento odontológico en los niños. La conclusión es que un gran porcentaje de niños (84.5%) presentaron bajo miedo al tratamiento odontológico y la prevalencia de los problemas de miedo al tratamiento odontológico en niños fue de 13.2%.⁴⁵

Alfaro L. y Cols (2014) Colombia. Realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar los cambios que produce una estrategia de intervención educativa basada en la implementación de un protocolo para disminuir miedo y ansiedad dental en niños entre cinco y nueve años de edad. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Los instrumentos fueron dos escalas una para evaluar miedo dental (CFSS-DS) y otra para evaluar ansiedad dental (MDAS). La muestra fue 157 niños de las clínicas integrales del Niño de pregrado, Clínica de Manejo y Clínicas de Odontopediatría del postgrado de Odontopediatría y Ortopedia Maxilar de la Facultad de Odontología de la universidad de Cartagena, Se encuestaron en total 284 niños entre 3 y 8 años de edad con una edad promedio de 5,87 años (DE: 1,6) pacientes de las clínicas integrales del niño y clínica de manejo del postgrado de Odontopediatría de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, de los cuales 153 (53,87%) pertenecían al sexo masculino. De los participantes a los cuales se les aplicó la Escala Combinada de Miedo (ECM); 83 eran niños (53,87%) con un promedio de edad de 7,15 años (D.E:7,8).La mayoría de los pacientes encuestados pertenecían al estrato socioeconómico 1 (72,61%). Por otro lado, en los niños de 3 a 5 años se aplicó la

escala de Corah modificada donde se encuestaron 127 padres de los cuales sus hijos, 70 pertenecían al sexo masculino (52,12%), que provenían principalmente del estrato socioeconómico 2 (46.46%). La edad promedio fue de 4,29 años (DE: 0.84). El análisis de los resultados de la ECM, reflejó que las preguntas con mayor promedio fueron: ¿Cómo te sientes al colocar una inyección?, ¿Cómo te sientes al escuchar la pieza de alta? y, ¿Sientes miedo al aislamiento dental? . La conclusión fue que los resultados arrojados en la presente investigación son de gran importancia ya que conociendo los niveles de ansiedad y miedo en los niños ante una consulta odontológica ; el profesional odontólogo va a tener una idea o una prospectiva de qué medidas son necesarias a tomar en cuanto al manejo del paciente pediátrico y así estar en la capacidad de implementar estrategias para llevar a cabo una consulta exitosa y satisfactoria sin empeorar los niveles de ansiedad y miedo en los niños atendidos si no por el contrario ir en busca de la mejora de estos llegando por consiguiente a una consulta exitosa y productiva para a ambas partes .⁴⁶

Munayco E. (2017) Perú. Realizo un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la ansiedad, miedo dental y colaboración en los acompañantes y niños de 3 a 6 años frente al tratamiento odontológico. El método fue descriptivo, transversal y prospectivo. El instrumento fue una ficha de recolección de datos para cada paciente, donde se incluyó cuatro escalas de evaluación: el cuestionario de miedos dentales, la escala de ansiedad de Corah, la escala de miedo en niños y el test grafico de Venham, los cuales fueron previamente validados. La muestra fue de 177 niños de ambos sexos de 3 a 6 años de edad que se atendían en el Instituto Nacional de Salud del niño y sus

acompañantes (padres) en la ciudad de Lima. El resultado con respecto al miedo, los acompañantes presentaron escaso o nulo miedo (55,93%) y los niños, bajo miedo (87,57%) en mayor porcentaje. Con respecto a la ansiedad, los acompañantes presentaron baja ansiedad (57,06%); los niños, en su mayoría, fueron no ansiosos (64,4%) y el comportamiento de los niños fue positivo (71,19%). En conclusión, la ansiedad provocada por el tratamiento odontológico en los niños y los acompañantes no está relacionado, más si el miedo. Tampoco existe relación entre la ansiedad y el miedo que pueda experimentar el acompañante con respecto a la colaboración del niño. Sin embargo, la colaboración del niño si está relacionada con el miedo y la ansiedad que este pueda experimentar en el tratamiento odontológico.⁴⁷

1.3 Marco conceptual

- **Miedo dental**

El miedo es una respuesta normal, adaptativa, necesaria y positiva cuando logran superar el umbral de tolerancia; no hay percepción de control y se produce una evitación continuada. La mayoría de los niños tienen algún tipo de ansiedad o miedo al acudir a la consulta dental. El miedo dental suele tener sus causas en anteriores experiencias médicas y dentales traumáticas. A veces, sin querer, los padres y abuelos crean prejuicios en los niños, que en la mayoría de las oportunidades se transforman en barreras que los odontopediatras deben salvar con prudencia y creatividad. Las prácticas dentales y las agujas suelen asustar a los niños por ser experiencias nuevas o poco frecuentes. Además, sabemos que muchas de las curaciones o prácticas dentales implican dolor o malestar físico.²

- **Experiencia dental**

Es una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación, de la participación y de la vivencia de un evento proveniente de las cosas que suceden en la vida, es un conocimiento que se elabora colectivamente.³

- **Edad**

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo.⁴⁸

- **Sexo**

Sexo es la condición orgánica que distingue a las hembras (mujeres) de los machos (hombres). El sexo biológico es la anatomía sexual junto con los cromosomas de cada persona. Biológicamente o se nace hombre o se nace mujer.⁴⁹

- **Niños**

Se entiende por niño o niña aquella persona que aún no ha alcanzado un grado de madurez suficiente para tener autonomía.⁵⁰

- **Paciente**

El paciente es alguien que sufre dolor o malestar (muchas enfermedades causan molestias diversas, y un gran número de pacientes también sufren dolor). En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud .⁵¹

- **Odontólogo**

El odontólogo o dentista es un profesional capacitado para llevar a cabo un conjunto de actividades de prevención, atención, diagnóstico y tratamiento de las patológicas y alteraciones bucodentales.⁵²

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

El miedo es una emoción que demuestra una sensación que genera desagrado provocada por percibir alguna amenaza verdadera, inexacta o presumible o incluso anterior al presente. Una de las complicaciones que confrontan los odontólogos es el manejo de la conducta de los niños. El miedo dental consiste en el pánico de una circunstancia de intimidación específica. Niveles altos de miedo limitan la eficiencia del tratamiento odontológico y

restringen a que se descubra en el momento procesos patológicos de severidad diversa.

La conducta, destreza y capacidad del odontólogo es una causa afiliada a la conducta de los niños. Los estudios han revelado que la primera consulta odontológica es una constante demasiado importante para la disminución de miedo y la conducta buena o mala en los niños frente a un tratamiento odontológico.

A nivel mundial el miedo está relacionado a sus experiencias dentales, las cuales no fueron las más agradables e incluso traumáticas, en muchos casos por la atención brindada inadecuada, en el comportamiento del paciente, en la presión de los padres e incluso a los comentarios de terceros o propagandas televisivas mostrando una mala impresión del odontólogo. Según la OMS, la odontofobia o miedo irracional a la figura del dentista, afecta al 15% de la población.

En América es muy frecuente que los niños lleguen a la consulta odontológica con miedo, debido a sus malas experiencias previas aunque año tras año esto mejora debido a las capacitaciones de los profesionales sigue siendo un serio problema en el consultorio.

En el Perú no es muy frecuente las visitas al odontólogo, ya que se realizan sobre todo cuando hay dolor dental. Pero hoy en día existen muchas clínicas

odontopediátricas especializadas en la atención odontológica para bebés, niños temerosos, ansiosos y con habilidades diferentes.

En la I.E.P. Círculo ingeniería no se ha realizado ninguna investigación para determinar si los alumnos poseen miedo a la consulta dental.

Si no se realizara este proyecto de investigación es muy probable que los niños sigan asistiendo a las consultas con un nivel muy alto de miedo dental y probablemente los tratamientos no serían concluidos o fracasaría.

Mediante esta investigación , se pretende lograr que la información obtenida no ayude a conocer la escala de miedo de cada niño y saber si tiene relación con su experiencia dental previa y poder tomar las medidas necesarias para tratar de disminuirlo o si el caso fuera mantener un nivel de miedo bajo .

2.1.2 Definición del problema

2.1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación de la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martín de Porres en el año 2018?

2.1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la determinación de experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martín de Porres en el año 2018?

2. ¿Cuál es la determinación entre la escala de miedo y la experiencia dental previo según su sexo en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martin de Porres en el año 2018?
3. ¿Cuál es la determinación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según su edad en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martin de Porres en el año 2018?
4. ¿Cuál es la relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según al número de visitas al odontólogo en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martin de Porres en el año 2018?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

El presente estudio tiene como finalidad determinar la relación de la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años que asisten a la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martin de Porres en el año 2018.

Esto es de suma importancia porque aún hay niños de diferentes edades que sienten miedo a la consulta odontológica o la visita al odontólogo, ya que este temor puede llevar el temor a la adultez .Con este estudio se lograra mejorar o mantener el grado de miedo que los niños presenten en la consulta odontológica, ya que así se podría prevenir el temor en la adultez, se podrían

plantear charlas sobre prevención oral a los alumnos y padres de familia para su mayor conocimiento.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martín de Porres en el año 2018.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

1. Determinar la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martín de Porres en el año 2018.
2. Determinar la escala de miedo y la experiencia dental previa según su sexo en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martín de Porres en el año 2018.
3. Determinar la escala de miedo y la experiencia dental previa según su edad en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martín de Porres en el año 2018.
4. Determinar la escala de miedo y la experiencia dental previa según el número de visitas al odontólogo en niños de 6 a 8

años en la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martin de Porres en el año 2018.

2.2.3 Delimitación del estudio

Delimitación Temporal

La presente investigación se realizó en el semestre académico 2018 – I, correspondiente a los meses de enero a marzo en la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martin de Porres.

Delimitación Espacial

La presente investigación se ejecutó en la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martin de Porres país Perú.

Delimitación Social

La presente investigación se realizó en niños de 6 a 8 años.

Delimitación Conceptual

El estudio permitirá medir la escala combinada de miedo que consiste de 10 preguntas, las cuales el niño tendrá que escoger 1 alternativa que está representada por caritas; relajado, tengo un poco de miedo, tengo miedo, tengo mucho miedo según el manifieste, y para la experiencia dental se tomara un cuestionario sobre experiencias dentales, que consta de 2 partes; la primera son los datos de filiación y la segunda de 7 preguntas las cuales

serán respondidas por los padres y consta de 2 alternativas que se representa por cuadros; si o no.

2.2.4 Justificación e importancia del estudio

El presente estudio se justifica porque es necesario tener datos actualizados sobre la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños ya que generalmente las situaciones que dan mayor miedo en la población infantil es la consulta odontológica. A pesar de los nuevos métodos para disminuir el miedo que genera la odontología que se asocia al sonido de la turbina y a los dolores que puede generar. Otro problema es que la odontología ha sido asimilada a etapas traumáticas, como los procedimientos en postas u hospitales que se realizan ante la mirada de los demás y esto genera miedo e inseguridad.

El siguiente estudio realizado es de gran importancia debido a que en la consulta profesional los odontopediatras enfrentan variedades de actitudes a consecuencia del miedo que el paciente infantil demuestra al asistir a un tratamiento odontológico, ya que con anterioridad pudo obtener o no malas experiencias en su visita al odontólogo; por lo que los odontólogos sienten la necesidad de conocer los niveles de miedo para así poder tratar cada caso en particular y al conocer los resultados podremos disminuir los niveles de miedo con el cual acuden los niños al centro de salud para poder tener mejor éxito en los procedimientos dentales que se les realice.

2.3 Variables e Indicadores

2.3.1 Variables

Variable dependiente

Escala de miedo

Variable independiente

Experiencia dental previa

2.3.2 Indicadores

Para la variable dependiente Se usara la escala combinada de miedo, consiste en que el niño escogerá entre cuatro puntos que va desde 1 punto (sin miedo), 2 puntos (poco miedo), 3 puntos (tengo miedo), hasta 4 puntos (muy miedoso). El puntaje total puede variar de 10 hasta 40 puntos, tomando 24 puntos como el nivel a partir del cual se interpretaría la aparición del miedo. La escala de imagen facial: comprende una fila de cuatro caras que van desde sin miedo y muy miedoso. La escala da como resultado un valor de uno para el más positivo y cuatro a la cara con el efecto más negativo.

Para mi segunda variable utilizare como instrumento un cuestionario sobre experiencias dentales para recabar información acerca de las experiencias dentales de los niños, que fue diseñado por Rivera Zelaya y Fernández Parra para su estudio sobre Ansiedad y Miedos Dentales en Escolares Hondureños. Consta de dos partes la primera que es de datos de filiación y la segunda de 7 preguntas que serán respondidas por los padres y darán como respuesta; si o no .

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

La población estuvo conformada por 150 niños de 6 a 8 años que acudieron a la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martín de Porres en el año 2018.

3.1.2 Muestra

La muestra que se utilizó fue de tipo no aleatoria por conveniencia consta de 120 niños de 6 a 8 años, la I.E.P. Circulo Ingeniería del distrito de San Martín de Porres en el año 2018, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Que los pacientes tengan entre 6 y 8 años.
- Que sea paciente del Centro de Salud Manuel Bonilla.
- Que acudan con sus padres o apoderado a la consulta odontológica.
- Que sea un paciente continuador o con que haiga sido atendido alguna vez por el odontólogo.

Criterios de Exclusión

- Que los pacientes no tengan entre 6 y 8 años.
- Que no sea paciente del Centro de Salud Manuel Bonilla.
- Que no acudan con sus padres o apoderado a la consulta odontológica.
- Que no sea un paciente continuador o con que haiga sido atendido alguna vez por el odontólogo.

3.2 Diseño a utilizar

El siguiente estudio es de diseño descriptivo, tipo transversal, prospectivo, observacional y de enfoque cualitativo.

3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

Primero se presentó el proyecto en la oficina de grados y títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el que se solicitara la carta para presentar al Centro de Salud.

Se esperó 3 días hábiles para que nos entreguen la carta de presentación. Se dará la carta de presentación a la directora de la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito de San Martín de Porres. Se envió el consentimiento informado a cada niño en su cuaderno de control donde se explicara la naturaleza del estudio para que el padre de familia lo firme.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

Para la presente investigación se utilizaran 2 instrumentos. El instrumento número 1 es una escala combinada del miedo validado por Lizelia Margarita Alfaro Zolá que fue utilizada en su tesis titulada niveles de ansiedad y miedo en niños de 3 a 8 años atendidos en las clínicas de odontopediatría de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena. Escala combinada de miedo, consiste en que el niño escogerá entre cuatro puntos que va desde 1 punto (sin miedo), 2 puntos (poco miedo), 3 puntos (tengo miedo), hasta 4 puntos (muy miedoso). El puntaje total puede variar de 10 hasta 40 puntos, tomando 24 puntos como el nivel a partir del cual se interpretaría la aparición del miedo. La escala de imagen facial: comprende una fila de cuatro caras que van desde sin miedo y muy miedoso. La escala da como resultado un

valor de uno para el más positivo y cuatro a la cara con el efecto más negativo.

VALORES	
Sin miedo	10
Bajo miedo	11 - 23
Alto miedo	24 - 40

El instrumento número 2 es un cuestionario que fue diseñado por Rivera Zelaya y Fernández Parra para su estudio sobre Ansiedad y Miedos Dentales en Escolares Hondureños. Consta de 2 partes, la primera de los datos personales del niño y la segunda parte con 7 preguntas netamente sobre experiencias dentales de la familia y el niño, las cuales serán respondidas marcando el cuadro correcto, presentando 2 respuestas; si o no.

Cada respuesta afirmativa : 1 pto
Respuesta negativa : 0 pto
0 a 4 puntos : Experiencia Dental Buena
5 a 7 puntos : Experiencia Dental Mala

3.4 Procesamiento de Datos

Las encuestas se realizaron por la bachiller Quispe Torres Linda Jhoselyn de la facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, una vez realizada a toda la muestra se procedió a tabular las encuestas y a calcular los niveles de miedo en relación a sus experiencias dentales de los niños escolares de la I.E.P. Círculo Ingeniería. Luego se procedió a la tabulación de los datos

organizando tablas de relación entre edad, sexo y las diferentes variables de ambos instrumentos en Excel donde se organizaron tablas matriz Se procedió a realizar los diversos análisis estadísticos para verificar la significancia de la investigación y la realización de las variables a investigar como experiencia dental y miedo de acuerdo al sexo, la edad y las veces que visitaron al odontólogo.

Toda la información será procesada en el programa estadístico SPSS versión 20.0 y el programa Excel 2010.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

Tabla N° 01
Distribución de los participantes en base al sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	52	43.3%
Masculino	68	56.7%

En la tabla N° 01 se observa que el sexo Femenino representa el 43.3% (52) y el sexo Masculino el 56.7% (68) del total.

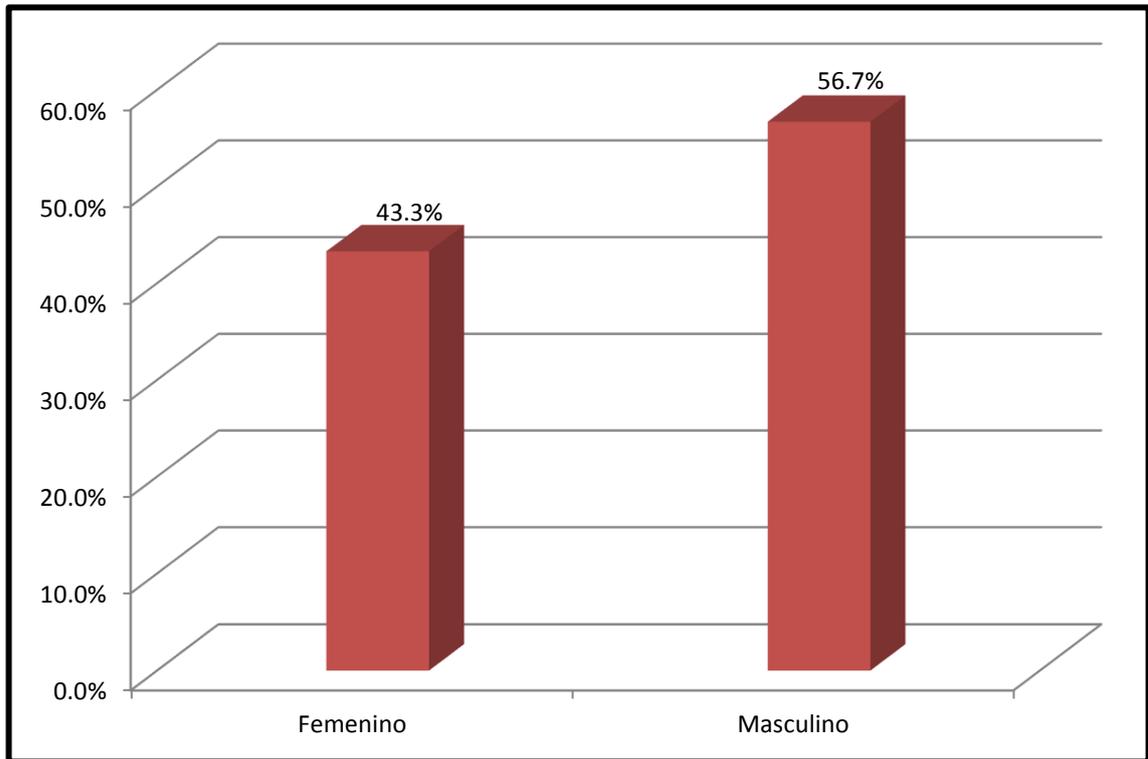


Gráfico N° 01
Distribución de los participantes en base al sexo

Tabla N° 02
Distribución de los participantes en base a la edad

	Frecuencia	Porcentaje
6 años	35	29.2%
7 años	53	44.2%
8 años	32	26.7%

En la Tabla N° 02 se aprecia que los niños de 6 años representan el 29.2% (35), los de 7 años 44.2% (53) y los de 8 años el 26.7% (32) del total de participantes.

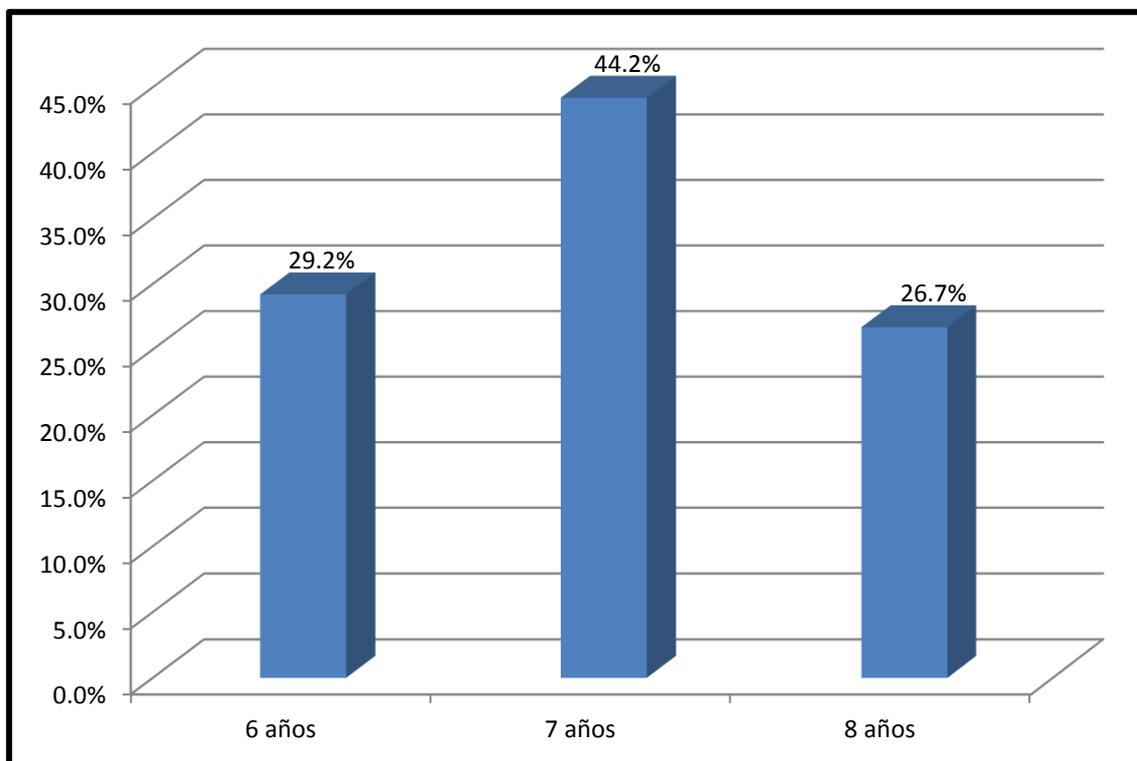


Gráfico N° 02
Distribución de los participantes en base a la edad

Tabla N° 03
Distribución de participantes según visitas al odontólogo

	Frecuencia	Porcentaje
Una vez	66	55%
2 a 3 veces	43	35.8%
4 a 5 veces	11	9.2%

En la Tabla N° 03 se aprecia que los que realizaron una visita al odontólogo representa el 55% (66), 2 a 3 visitas representan el 35.8% (43) y finalmente los que llevaron a cabo 4 a 5 visitas al odontólogo el 9.2% (11) del total.

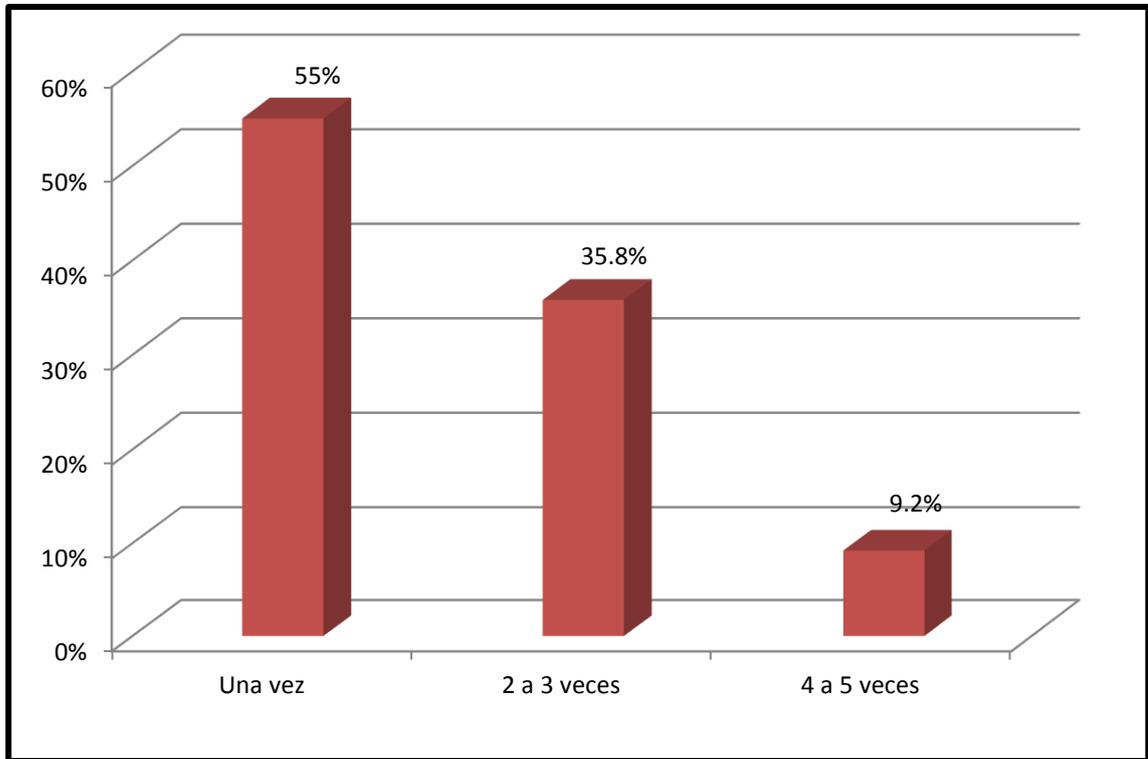


Gráfico N° 03
Distribución de participantes según visitas al odontólogo

Tabla N° 04

Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018

		Sin miedo	Bajo miedo	Alto miedo
Experiencia dental buena	Recuento	6	104	10
	% del total	5%	86.7%	8.3%

En la Tabla N° 04, se aprecia que en mayoría presentaron una experiencia dental buena y una escala de miedo Bajo en un 86.7% (104), una escala sin miedo en un 5% (6) seguido de los que presentaron una escala Alta de miedo en un 8.3% (10) del total de niños.

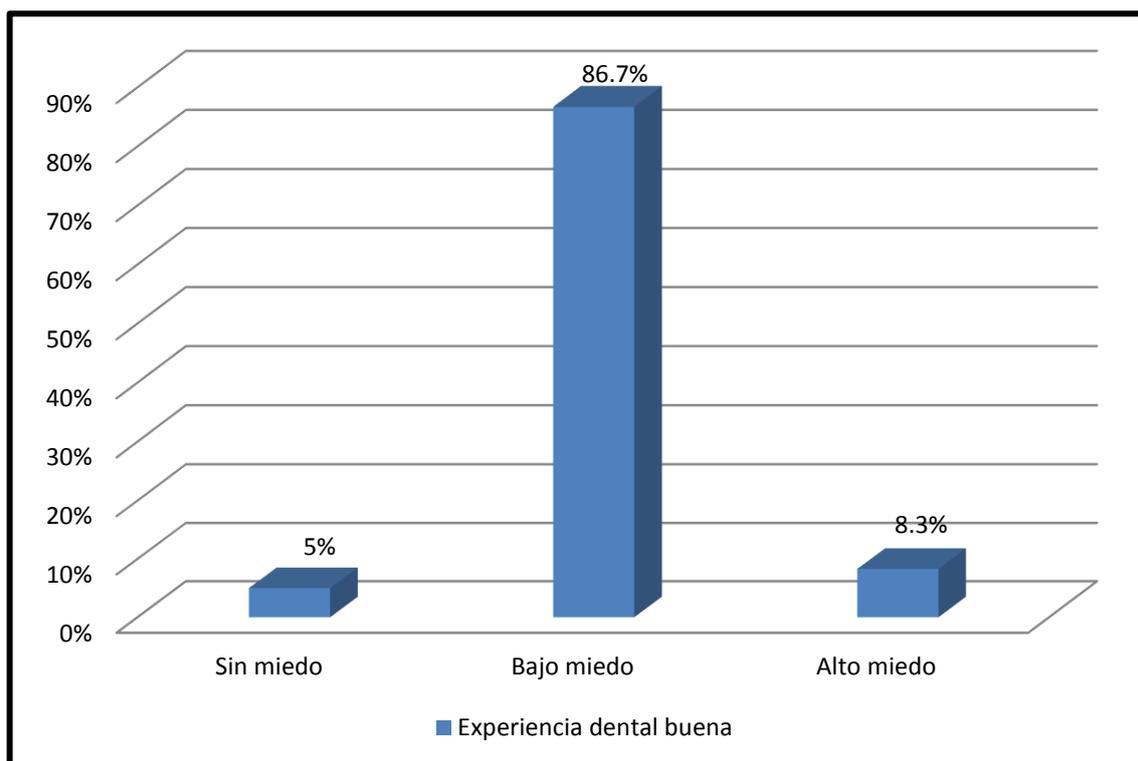


Gráfico N° 04

Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018

Tabla N° 05
Distribución de los niños que presentaron experiencia dental buen y experiencia dental mala

	Frecuencia	Porcentaje
Experiencia dental buena	120	100%
Experiencia dental mala	0	0%

En la tabla N° 05 se aprecia que los niños que tuvieron experiencia dental buena representan el 100% (120) y los niños que tuvieron experiencia dental mala representan el 0% (0) del total.

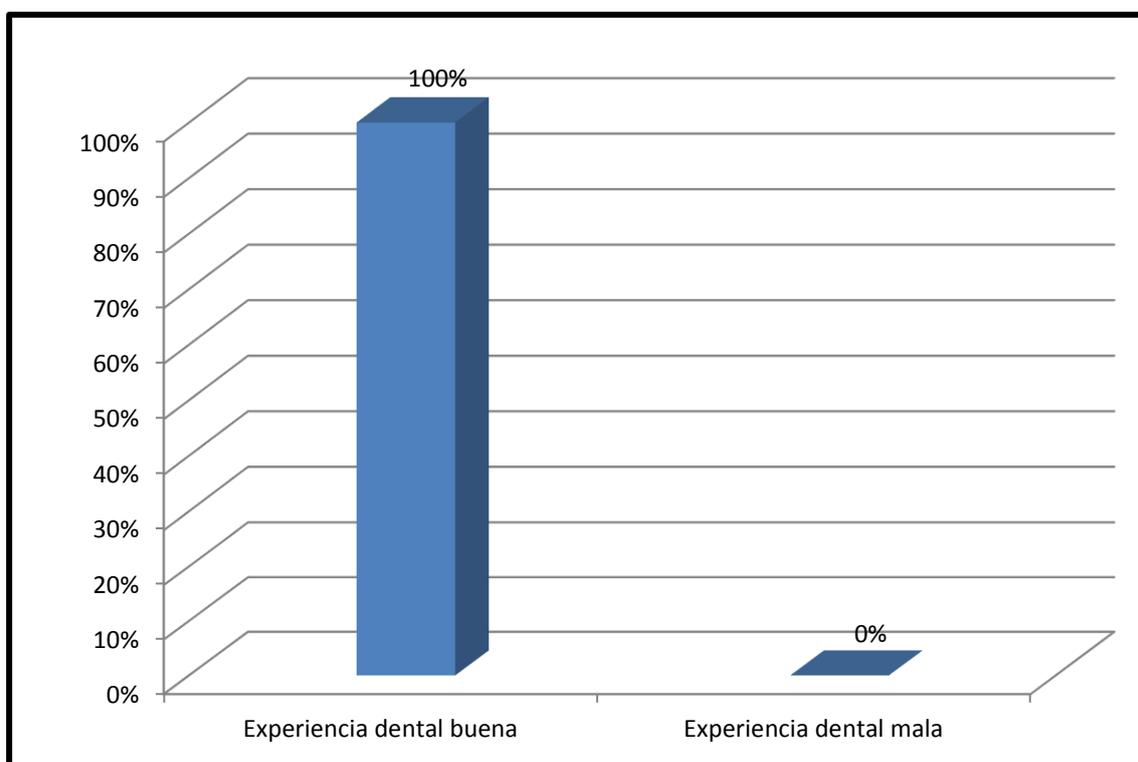


Gráfico N° 05
Distribución de los niños que presentaron experiencia dental buena y experiencia dental mala

Tabla N° 06

Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según su sexo en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018

			Sin miedo	Bajo miedo	Alto miedo
Femenino	Experiencia dental buena	Recuento	5	42	5
		% del total	9.6%	80.8%	9.6%
Masculino	Experiencia dental buena	Recuento	1	62	5
		% del total	1.5%	91.2%	7.4%

En la tabla N° 06 se observa que en el sexo Femenino en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 80.8% (42), seguido de una escala de miedo Alto y Sin miedo en un 9.6% (5); en lo concerniente al sexo Masculino presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 91.2% (62), seguido de los que presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Alto en un 7.4% (5) del total.

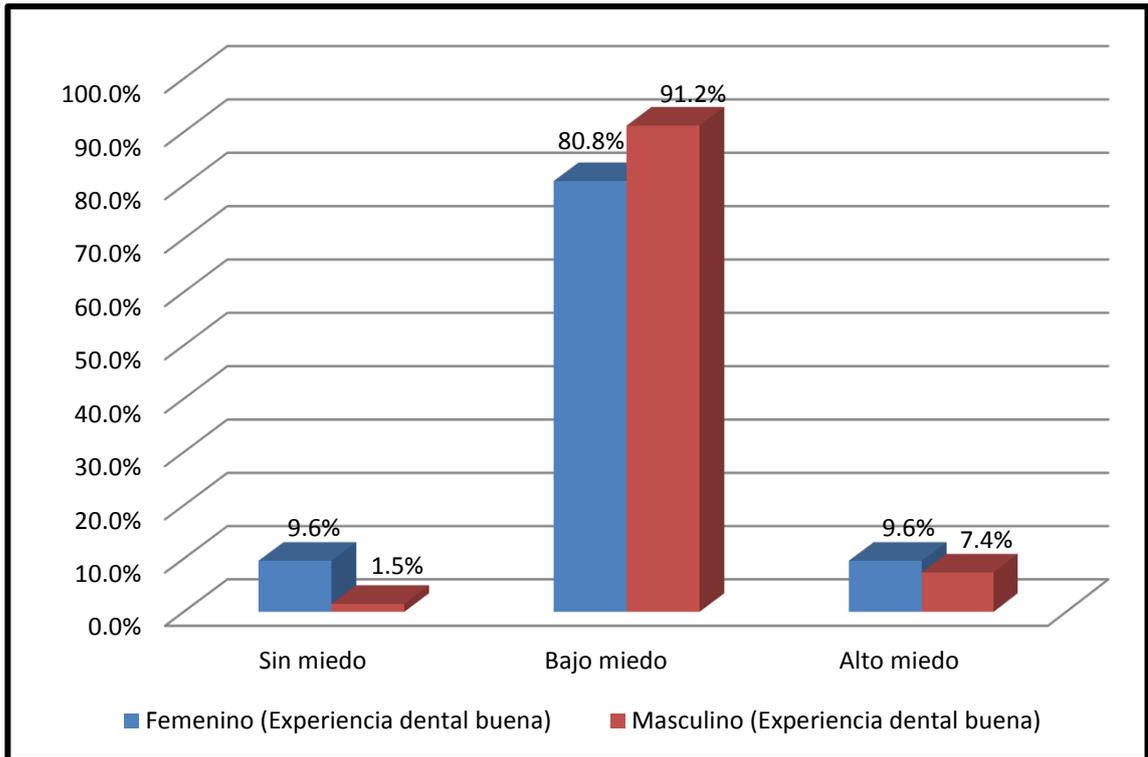


Gráfico N° 06

Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según su sexo en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018

Tabla N° 07

Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según su edad en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018

			Sin miedo	Bajo miedo	Alto miedo
6 años	Experiencia dental buena	Recuento	2	28	5
		% del total	5.7%	80%	14.3%
7 años	Experiencia dental buena	Recuento	4	48	1
		% del total	7.5%	90.6%	1.9%
8 años	Experiencia dental buena	Recuento	0	28	4
		% del total	0%	87.5%	12.5%

En la Tabla N° 07 se observa que los niños de 6 años en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 80% (28), seguido de los que presentaron una escala de miedo Alto en un 14.3% (5); los niños de 7 años en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 90.6% (28), seguido de los que presentaron una escala de Sin miedo en un 7.5% (4); finalmente los niños de 8 años en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 87.5% (28), seguido de los que presentaron una escala de miedo Alto en un 12.5% (4) del total.

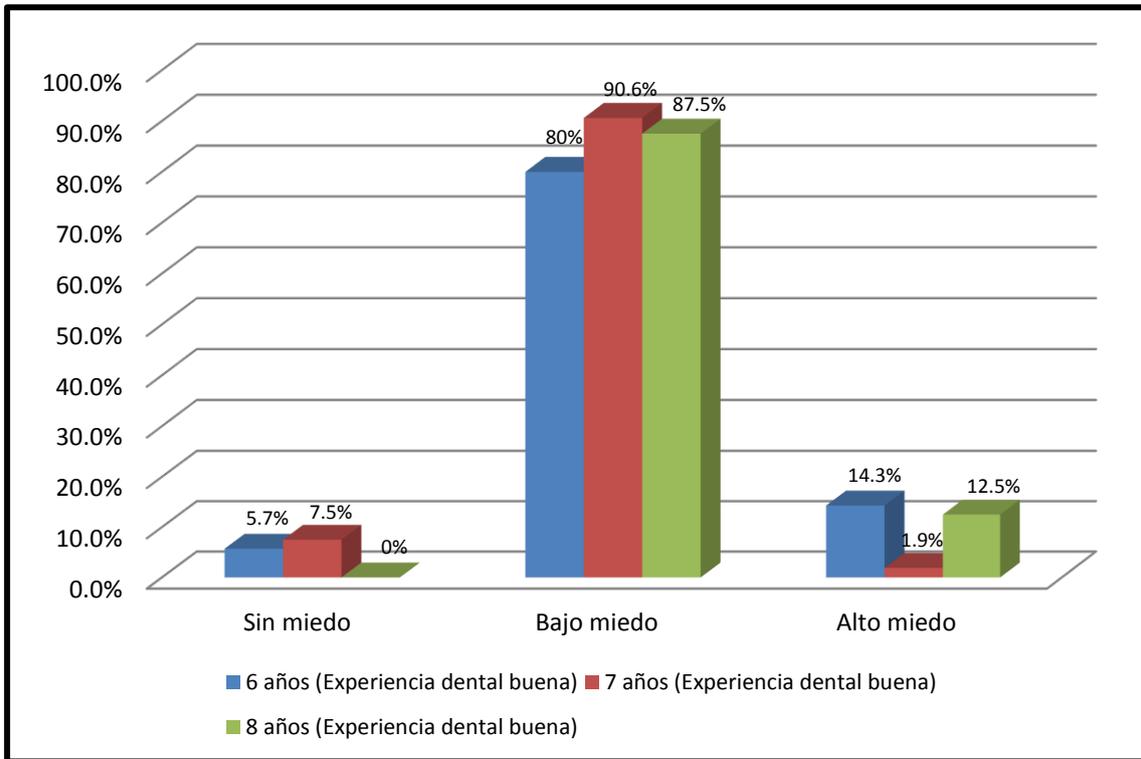


Gráfico N° 07

Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según su edad en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018

Tabla N° 08
Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según el número de visitas al odontólogo en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018

			Sin miedo	Bajo miedo	Alto miedo
Una vez	Experiencia dental buena	Recuento	6	51	9
		% del total	9.1%	77.3%	13.6%
2 a 3 veces	Experiencia dental buena	Recuento	0	43	0
		% del total	0%	100%	0%
4 a 5 veces	Experiencia dental buena	Recuento	0	10	1
		% del total	0%	90.9%	9.1%

En la Tabla N° 08 se aprecia que los niños que visitaron al odontólogo Una vez en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 77.3% (51), seguido de los que presentaron una escala de miedo Alto en un 13.6% (9); los que visitaron al odontólogo 2 a 3 veces en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 100% (43), y los niños que visitaron al odontólogo 4 a 5 veces en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 90.9% (10), seguido de los que presentaron una escala de miedo Alto en un 9.1% (1) de participantes.

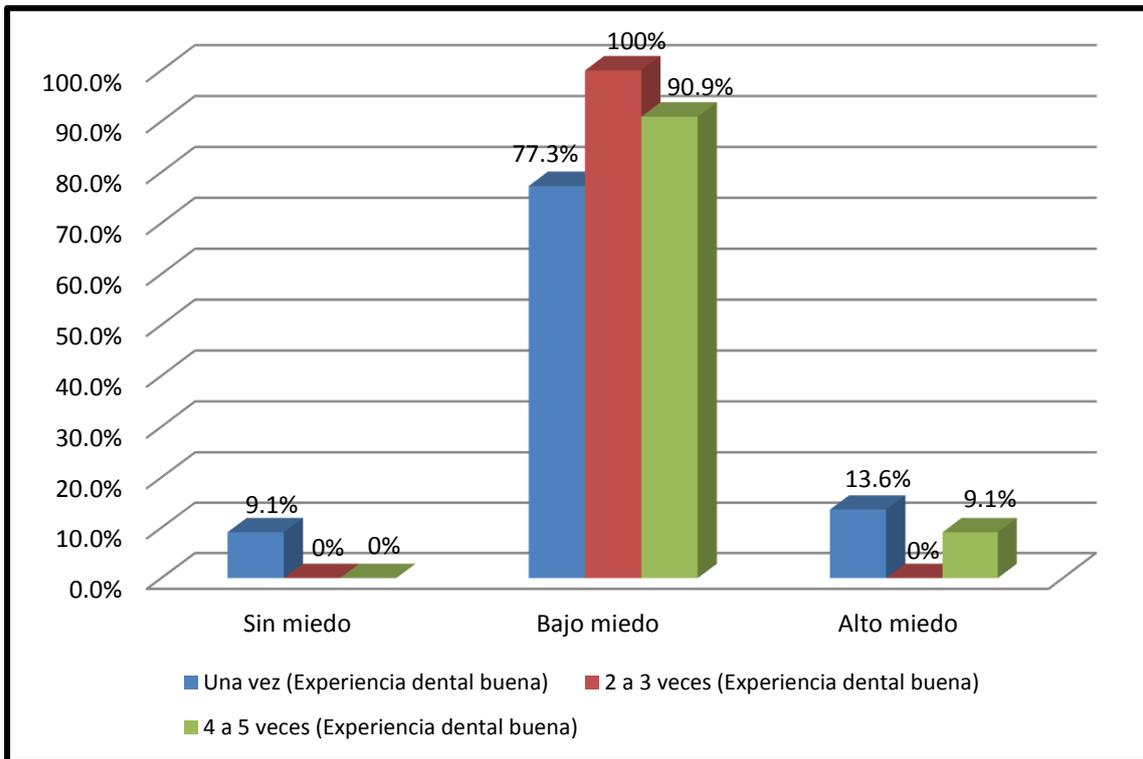


Gráfico N° 08

Relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa según el número de visitas al odontólogo en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018

4.2 Discusión de los Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años de la Institución Educativa Particular Círculo Ingeniería. Obteniendo como resultados que todos presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 86.7% (104), seguido de los que presentaron una escala Alta de miedo en un 8.3% (10), y un 5% (6) del total de los niños se encontró Sin miedo dental. No se utilizó prueba estadística, debido a que todos respondieron tener experiencia dental Buena; solo se utilizó frecuencias relativas y valores absolutos. Esto nos demuestra que en su totalidad de niños posee una escala de miedo Bajo y una experiencia dental Buena; al parecer esto se debió a que la mayoría de niños acudió a un centro odontológico particular y con especialistas en odontopediatría y los tratamientos que se les realizó no fue muy invasivo. Dichos resultados nos sirven para proponer charlas a los estudiantes y padres de familia, con temas en el área de preventiva ya que así podrán acudir a la consulta odontológica no necesariamente por tratamientos invasivos y esto implicaría que su estadía en el consultorio odontológico fuese de más agrado y el niño no tenga temor a una siguiente consulta con el propósito de disminuir el 8.3% de alto miedo.

Respecto a determinar la escala de miedo y la experiencia dental previa según su sexo en niños de la Institución Educativa Particular Círculo Ingeniería, se observa que en el sexo Femenino en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 80.8% (42), seguido de una escala de miedo Alto 9.6% (5) y Sin miedo en un 9.6% (5); en lo concerniente al sexo Masculino

presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 91.2% (62), seguido de los que presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Alto en un 7.4%(5) y sin miedo 1.5% (1) del total. Estos resultados nos sirven para indicar que ambos sexos obtuvieron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo. Por lo cual se tendrá que tomar medidas preventivas, como charlas a los estudiantes y padres de familia, con temas en el área de preventiva ya que así podrán acudir a la consulta odontológica no necesariamente por tratamientos invasivos y esto implicaría que su estadía en el consultorio odontológico fuese de más agrado y el niño no tenga temor a una siguiente consulta y así disminuir aún más el 7.4 % (5) niños que poseen una escala de miedo Alto.

Respecto a determinar la escala de miedo y la experiencia dental previa según su edad en niños de la Institución educativa Particular Circulo Ingeniería, se observa que los niños de 6 años en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 80%, seguido de los que presentaron una escala de miedo Alto en un 14.3%; los niños de 7 años en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 90.6%, seguido de los que presentaron una escala de Sin miedo en un 7.5%; finalmente los niños de 8 años en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 87.5%, seguido de los que presentaron una escala de miedo Alto en un 12.5% del total. Por lo cual se tendrá que tomar medidas preventivas, como charlas a los estudiantes y padres de familia, con temas en el área de preventiva ya que así podrán acudir a la consulta odontológica no necesariamente por tratamientos invasivos y esto implicaría que su estadía en el consultorio

odontológico fuese de más agrado y el niño no tenga temor a una siguiente consulta y así disminuir el Alto miedo que hay en niños de 6 y 8 años.

Respecto a determinar la escala de miedo y la experiencia dental previa según el número de visitas al odontólogo en niños de la Institución Educativa Particular Circulo Ingeniería, se aprecia que los niños que visitaron al odontólogo Una vez en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 77.3% (51), seguido de los que presentaron una escala de miedo Alto en un 13.6% (9); los que visitaron al odontólogo 2 a 3 veces en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 100% (43), y los niños que visitaron al odontólogo 4 a 5 veces en mayoría presentaron una experiencia dental Buena y una escala de miedo Bajo en un 90.9% (10), seguido de los que presentaron una escala de miedo Alto en un 9.1% (1) de participantes. Por lo cual se tendrá que tomar medidas preventivas, como charlas a los estudiantes y padres de familia, con temas en el área de preventiva ya que así podrán acudir a la consulta odontológica no necesariamente por tratamientos invasivos y esto implicaría que su estadía en el consultorio odontológico fuese de más agrado y el niño no tenga temor a una siguiente consulta y así disminuir el Alto miedo en niños que asisten por primera vez al odontólogo.

Cerrón M. (2010) Perú. Realizo un estudio que tuvo como objetivo relacionar el miedo en niños en función a sus experiencias dentales y la ansiedad de sus madres. El estudio fue no experimental de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo en 258 pacientes entre 4 a 12 años de edad, en el

Servicio de Odontopediatría del Instituto de Salud Oral de la FAP en la ciudad de Lima , Se utilizaron tres instrumentos de recolección de datos: La Escala de Evaluación de Miedos en Niños - Subescala Dental CFSS-SD, para medir el nivel de miedo al tratamiento odontológico en niños, la Escala de Ansiedad de Corah para medir el nivel de ansiedad de la madre y un cuestionario de experiencias dentales de los niños. Se realizaron estadísticas descriptivas. Los resultados mostraron que un porcentaje de 84.5% de los niños presentaron bajo miedo y que el 13.2% de los niños presentaron niveles elevados de miedo al tratamiento odontológico. Los niños entre 4 a 6 años de edad tenían niveles de miedo significativamente más elevados que los otros grupos de edad. Los niños que tenían experiencia dental negativa mostraron niveles más elevados de miedo, así como los niños con niveles más elevados de miedo tenían madres más ansiosas que lo niños con bajo miedo al tratamiento odontológico. Los resultados demuestran la influencia de las experiencias dentales negativas de los niños y el nivel de la ansiedad materna en el nivel del miedo al tratamiento odontológico en los niños. La conclusión es que un gran porcentaje de niños (84.5%) presentaron bajo miedo al tratamiento odontológico y la prevalencia de los problemas de miedo al tratamiento odontológico en niños fue de 13.2%. En la presente investigación se concluye que presentaron una experiencia dental Buena Y escala de miedo Bajo, debido a que se aprecia que todos presentaron una experiencia dental buena y una escala de miedo Bajo en un 86.7% (104), seguido de los que presentaron una escala Alta de miedo en un 8.3% (10) y un 5 % (6) se presenta Sin miedo, del total de niños.

Alfaro L. y Cols. (2014) Colombia. Realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar los cambios que produce una estrategia de intervención educativa basada en la implementación de un protocolo para disminuir miedo y ansiedad dental en niños entre cinco y nueve años de edad. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Los instrumentos fueron dos escalas una para evaluar miedo dental (CFSS-DS) y otra para evaluar ansiedad dental (MDAS). La muestra fue 157 niños de las clínicas integrales del Niño de pregrado, Clínica de Manejo y Clínicas de Odontopediatría del postgrado de Odontopediatría y Ortopedia Maxilar de la Facultad de Odontología de la universidad de Cartagena, Se encuestaron en total 284 niños entre 3 y 8 años de edad con una edad promedio de 5,87 años (DE: 1,6) pacientes de las clínicas integrales del niño y clínica de manejo del postgrado de Odontopediatría de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, de los cuales 153 (53,87%) pertenecían al sexo masculino. De los participantes a los cuales se les aplicó la Escala Combinada de Miedo (ECM); 83 eran niños (53,87%) con un promedio de edad de 7,15 años (D.E:7,8). La mayoría de los pacientes encuestados pertenecían al estrato socioeconómico 1 (72,61%). Por otro lado, en los niños de 3 a 5 años se aplicó la escala de Corah modificada donde se encuestaron 127 padres de los cuales sus hijos, 70 pertenecían al sexo masculino (52,12%), que provenían principalmente del estrato socioeconómico 2 (46.46%). La edad promedio fue de 4,29 años (DE: 0.84). El análisis de los resultados de la ECM, reflejó que las preguntas con mayor promedio fueron: ¿Cómo te sientes al colocar una inyección?, ¿Cómo te sientes al escuchar la pieza de alta? y, ¿Sientes miedo al aislamiento dental?. La conclusión fue que los resultados arrojados en la presente investigación son de gran importancia ya que conociendo los niveles de ansiedad y miedo en los niños

ante una consulta odontológica; el profesional odontólogo va a tener una idea o una prospectiva de qué medidas son necesarias a tomar en cuanto al manejo del paciente pediátrico y así estar en la capacidad de implementar estrategias para llevar a cabo una consulta exitosa y satisfactoria sin empeorar los niveles de ansiedad y miedo en los niños atendidos si no por el contrario ir en busca de la mejora de estos llegando por consiguiente a una consulta exitosa y productiva para a ambas partes. En la presente investigación se concluye que presentaron una experiencia dental Buena Y escala de miedo Bajo, debido a que se aprecia que todos presentaron una experiencia dental buena y una escala de miedo Bajo en un 86.7% (104), seguido de los que presentaron una escala Alta de miedo en un 8.3% (10) y un 5 % (6) se presenta Sin miedo, del total de niños.

Munayco E. (2017) Perú. Realizo un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la ansiedad, miedo dental y colaboración en los acompañantes y niños de 3 a 6 años frente al tratamiento odontológico. El método fue descriptivo, transversal y prospectivo. El instrumento fue una ficha de recolección de datos para cada paciente, donde se incluyó cuatro escalas de evaluación: el cuestionario de miedos dentales, la escala de ansiedad de Corah, la escala de miedo en niños y el test grafico de Venham, los cuales fueron previamente validados. La muestra fue de 177 niños de ambos sexos de 3 a 6 años de edad que se atendían en el Instituto Nacional de Salud del niño y sus acompañantes (padres) en la ciudad de Lima. El resultado con respecto al miedo, los acompañantes presentaron escaso o nulo miedo (55,93%) y los niños, bajo miedo (87,57%) en mayor porcentaje. Con respecto a la ansiedad, los acompañantes presentaron baja ansiedad (57,06%); los niños, en su mayoría,

fueron no ansiosos (64,4%) y el comportamiento de los niños fue positivo (71,19%). En conclusión, la ansiedad provocada por el tratamiento odontológico en los niños y los acompañantes no está relacionado, más si el miedo. Tampoco existe relación entre la ansiedad y el miedo que pueda experimentar el acompañante con respecto a la colaboración del niño. Sin embargo, la colaboración del niño si está relacionada con el miedo y la ansiedad que este pueda experimentar en el tratamiento odontológico. En la presente investigación se concluye que presentaron una experiencia dental Buena Y escala de miedo Bajo, debido a que se aprecia que todos presentaron una experiencia dental buena y una escala de miedo Bajo en un 86.7% (104), seguido de los que presentaron una escala Alta de miedo en un 8.3% (10) y un 5 % (6) se presenta Sin miedo, del total de niños.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusión General

Al determinar la relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de la Institución Educativa Particular Circulo Ingeniería del Distrito de San Martín de Porres – Lima Perú en el año 2018, se concluye que presentan una experiencia dental Buena y escala de miedo Bajo.

5.1.2 Conclusiones Específicas

- 1.** Con referencia a determinar la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018, se concluye que la totalidad de niños tuvieron experiencia dental Buena.
- 2.** Con respecto a determinar escala de miedo y la experiencia dental previa según su sexo en niños de la Institución Educativa Particular Circulo Ingeniería del Distrito de San Martín de Porres – Lima Perú en el año 2018, se concluye que ambos sexos presentaron experiencia dental Buena y escala de miedo Bajo.

3. Con referencia a determinar escala de miedo y la experiencia dental previa según su edad en niños de la Institución Educativa Particular Circulo Ingeniería del Distrito de San Martín de Porres – Lima Perú en el año 2018, se concluye que los niños con 7 años de edad presentaron experiencia dental Buena y escala de miedo Bajo, en mayor porcentaje.

4. Con respecto a determinar escala de miedo y la experiencia dental previa según el número de visitas al odontólogo en niños de la Institución Educativa Particular Circulo Ingeniería del Distrito de San Martín de Porres – Lima Perú en el año 2018, se concluye que la experiencia dental es Buena y hay una escala de miedo Bajo en niños que acudieron a sus visitas al odontólogo de 2 a 3 veces en mayoría.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendación General

Referente a determinar la relación entre la escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de la Institución Educativa Particular Circulo Ingeniería del Distrito de San Martín de Porres – Lima Perú en el año 2018, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para realizar charlas educativas a los niños sobre miedo dental, malas experiencias y tratamientos odontológicos, se lograra que mejore el porcentaje de Bajo miedo y continúe la experiencia Buena.

5.2.2 Recomendaciones Específicas

1. Con respecto a determinar la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años en la I.E.P. Círculo Ingeniería del distrito San Martín de Porres en el año 2018, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para realizar charlas educativas a los niños y padres, sobre experiencias dentales y tratamientos odontológicos lográndose que los niños continúen con la experiencia dental Buena.
2. Con respecto a determinar la escala de miedo y la experiencia dental previa según su sexo en niños de la Institución Educativa Particular Círculo Ingeniería del Distrito de San Martín de Porres – Lima Perú en el año 2018, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para realizar programas preventivos en los niños de ambos sexos lográndose que mejore el porcentaje de Bajo miedo y continúe la experiencia Buena en sexos; femenino y masculino.
3. Con respecto a determinar la escala de miedo y la experiencia dental previa según su edad en niños de la Institución Educativa Particular Círculo Ingeniería del Distrito de San Martín de Porres – Lima Perú en el año 2018, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para realizar charlas educativas sobre todo en las edades de 6 y 8 años y así poder disminuir la escala de miedo Alto que existe en dichas edades.

4. Con respecto a determinar la escala de miedo y la experiencia dental previa según el número de visitas al odontólogo en niños de la Institución Educativa Particular Circulo Ingeniería del Distrito de San Martín de Porres – Lima Perú en el año 2018, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para realizar campañas odontológicas y así prevenir tratamientos muy invasivos a largo plazo, los cuales ayudarían a que los niños no presenten miedo en la siguiente visita al odontólogo y lograr que mejore el porcentaje de Bajo miedo y continúe la experiencia Buena en niños que acudieron a sus visitas al odontólogo; de 2 a 3 veces y mejore el porcentaje de los niños que acudieron por primera vez y de 4 a 5 veces .

BIBLIOGRAFÍA

1. Bastida De Miguel, A. Miedos, ansiedad y fobias: diferencias, normalidad o patología. Revista latinoamericana de psicología 2009; vol. 16, p 18-25.
2. Bastida De Miguel, A. Miedos, ansiedad y fobias: diferencias, normalidad o patología. En: revista latinoamericana de psicología 2009; vol. 16, p 18-25.
3. .Cornejo H, efectos producidos por procedimientos en niños escolares de 6 a 14 años lima Perú. Revista científica peruana 2009; vol 18(4),p 47-56
4. Islas Pares, G. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. Revista latinoamericana de psicología 2004; Vol. 5 p.147-15
5. Rojas, N. estrategias de manejo de conducta en consultorio dental. Acta odontológica venezolana: 1998; vol 36, p.36-47 11
6. Rojas Alcaayaga, G. y Misrachi Launert, C. La interacción paciente – dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Avances en Odontoestomatología; 2004: p 185 – 191.
7. Toledo Orlando, A. Odontopediatria: fundamentos para la práctica clínica. Sao Paulo: Premier; 1996: p 336.
8. Costa Junior, A. Psicología aplicada a odontopediatría: Una introducción. Estudios e investigaciones en psicología; 2002: p 67-77.
9. Rivera Zelaya, I. y Fernández Parra A. (2005) Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. Revista Latinoamericana de Psicología, vol 37; 2005: p 461 – 475.
10. Singh Anayansi, K., Moraes Bento, A. y Bovi Ambrosano,G. Miedo, ansiedad y control relacionados con el tratamiento odontológico. Búsqueda Odontologica Brasileira vol 14: 2000; p 131-136.

11. Pertinhes, R.T. Representação social do Cirurgião Dentista e o comportamento infantil face ao tratamento odontopediátrico. Dissertação para obtenção do título de mestre em Psicologia. Campo Grande. Universidade Católica Don Bosco UCDB; 2004 : p 120-121 .
12. Seminario, U.A. Emociones básicas Disponible en: <http://www.ua.es/dpto/dspee/estudios/otros/LAS%20EMOCIONES.pdf>.
13. Locker D, Thomson W, Poulton R. Psychological disorder, conditioning experiences and the onset of dental anxiety in early adulthood. En: Journal of Dental Research: 2001. Vol. 80. N°6; p 1588-1592.
14. Rodríguez, G. Patrones de comportamiento en el consultorio dental. En: Revista Euro Odontoestomatol; 1991. Vol. 3. N°2; p 131-134.
15. Rodríguez, G. Patrones de comportamiento en el consultorio dental. En: Revista Euro Odontoestomatol; 1991. Vol. 3. N°2: p 131-134.
16. Gustafsson Annika, et al. Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics En: International Journal of Paediatric Dentistry; 2010, vol. 20 : p 242– 253 .
17. Locker David. Psychosocial consequences of dental fear anxiety. En: Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2003, vol 31, p. 144-151
18. Armfield J, Stewart J, Spencer J. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. En: BMC Oral Health ; 2007; vol 7: p 1-15
19. Arjen J. et al. Anxiety Sensitivity as a Predictor of Anxiety and Pain Related to Third Molar Removal. En: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeon. ; 2010. Vol 10 : p 1-7
20. Davey G. Dental phobias and anxieties: evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. En: Behaviour Research and Therapy. 1989. Vol 27. N°1. Pag 51–58 50 AGUILERA F. op. Cit. P 22
21. Heaton L, Carlson CH, Smith T. Predicting anxiety during dental treatment using patients self-reports. Less is more. En: Journal of the American Dental Association 2007; 138: 188-195.
22. Hagglin, C. Variations in dental anxiety among middleaged and elderly women in Sweden: A longitudinal study between 1968 and 1996. En: Journal of Dental Research; 1999. Vol 78: p 1661-1665.

23. Mungara Jayanthi, Injeti Madhulika, Joseph Elizabeth. Child's dental fear: Cause related factors and the influence of audiovisual modeling. En: Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2013 .Vol 31, n°4, p 215-220
24. Marcano A. y Lolimar D. Machado M. 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. En: odous científica; 2007. Vol. 8. N° 1 : p 8-14
25. KUHN Brett, KEITH D. Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. En Pediatric Dentistry; 1994. Vol 16. N°1 : p 13-17
26. Perry JN, Hooper VD, Masiogale J.Reduction of preoperative anxiety in pediatric surgery patients using age-appropriate teaching interventions. En J Perianesth Nurs; 2012. Vol 27. N°2: p 69-81.
27. Soto, R. y Reyes, D. Manejo de las emociones del niño en la consulta Odontológica. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría; 2005. Vol, 4. : p 1-3.
28. Sánchez L. Géneros del Miedo Dental. Revista Española de Odontología ; 1994 vol 32 : p 10-18
29. Milgrom Peter, Mancl Lloyd, KING Barbara. Origins of childhood dental fear. En: Journal Behaviour Research and Therapy; 1995. vol. 33. N°. 3: p 313-319.
30. Milgrom Peter, Mancl Lloyd, KING Barbara. Origins of childhood dental fear. En: Journal Behaviour Research and Therapy; 1995. vol. 33. N°. 3 : p 316
31. Wright, Geral. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. En American academy of pediatric dentistry; 1990. Vol 35. N° 6: p 13-14
32. Aguilera, F., Osorio, R. y Toledano, M. Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. Revista Andaluza de Odontología y Estomatología ; 2002. vol 12 : p 21-24.
33. Josefa P, Medina P. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta odontológica venezolana ; 1998. vol 36.N°2 : p 33-339 .
34. Edwin W, Melamed. Dentis voice control: effects on childrens disruptive and affective behavior. En Journal of Health Psychology ; 1990. Vol 9. N°5 : p 546-553.

35. J.F. Roberts, et al. Review: Behaviour Management Techniques in Paediatric Dentistry. En European Archives of Paediatric Dentistry; 2010. vol 11. N°4: p 166-174.
36. Allen, K. Reinforced practice of children's cooperative behaviour during restorative dental treatment. En: Journal of dentistry for children; 1988. Vol 55. N°4: p 273-277.
37. Adelson, R. y Goldfried, M. Modelling and the fearful child patient. En: Journal of dentistry for children; 1970. vol 37. N° 6: p 476-489.
38. Mark Larry, Gaulin. Effectiveness of a distraction technique in managing young dental patients. En: The American Academy of Pedodontics; 1980. Vol. 3. N°1: p 7-11.
39. Mark Larry, Gaulin. Effectiveness of a distraction technique in managing young dental patients. En: The American Academy of Pedodontics; 1980. Vol. 3. N°1: p 9.
40. Carr, K. Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. En: Pediatric Dental Journal; 1999. Vol 21. N°6: p 347-53.
41. Wilson S. Pharmacological management of the pediatric dental patient. En: Pediatric Dental Journal; 2004. Vol 26. N°2: p 131-6.
42. Ibarra, P. y Galindo, M. Recomendaciones para la sedación y la analgesia por médicos no anesthesiólogos y odontólogos de pacientes mayores de 12 años. En Rev Colomb Anestesiología; 2012; 40(1): p 67-74.
43. Galindo Arias M. Morbimortalidad por anestesia en Colombia. Revista Colombiana de Anestesiología ; 2003; vol 31: p 53-61.
44. López F. Desarrollo social y de la personalidad. En: Alianza psicología; 1991. Vol 13: p 122- 128.
45. Alfaro L. y Cols. Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad, Cartagena - Colombia: Universidad de Cartagena; 2014.
46. Cerrón M. Miedo en niños de 4 a 12 años de edad en relación a sus experiencias dentales y la ansiedad materna en el Instituto de Salud Oral de la Fuerza Aérea del Perú; 2010.

47. Munayco, E. Relación entre ansiedad, miedo dental de los acompañantes y la colaboración de los niños de 3 a 6 años frente al tratamiento odontológico. Lima – Perú; 2017.

ANEXOS

ANEXO N° 01
UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

CUESTIONARIO SOBRE EXPERIENCIAS DENTALES

El instrumento a utilizar esta validado. Este cuestionario dirigido a los padres de familia o tutor del niño, fue utilizado para obtener el título de segunda especialidad de odontopediatría por la cirujano dentista ketty Ramos en Cartagena en el año 2013.

Este cuestionario está dirigida a los padres de familia y consiste en hacerle un a la respuesta que considere la correcta.

A. Datos personales

- La Edad de su Hijo(a) se encuentra entre: 6 años 7 años 8 años
- Sexo: F M
- Número de Visitas Dentales Anteriores de su Hijo (A):

Ninguno <input type="checkbox"/>	Una vez <input type="checkbox"/>	2 – 3 veces <input type="checkbox"/>
4 – 5 veces <input type="checkbox"/>	6 a 9 veces <input type="checkbox"/>	10 a más veces <input type="checkbox"/>

B. CUESTIONARIO SEGÚN LA EXPERIENCIA DENTAL

1. Ha tenido su hijo experiencia dental positiva
2. Ha sido hospitalizado alguna vez su hijo
3. Su hijo tiene miedo a las inyecciones
4. Tienen miedo los padres al tratamiento dental
5. Los familiares tienen miedo al tratamiento dental
6. Han escuchado experiencias dentales traumáticas
7. Observaron experiencias dentales traumáticas

SI	NO

Cada respuesta afirmativa : 1 pto
Respuesta negativa : 0 pto
0 a 4 puntos : Experiencia Dental Buena
5 a 7 puntos : Experiencia Dental Mala

ANEXO N° 02
UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCALA COMBINADA DEL MIEDO

El instrumento a utilizar esta validado. Este cuestionario fue utilizado para obtener el título de segunda especialidad de odontopediatría por la cirujano dentista ketty Ramos en Cartagena en el año 2013.

1. ¿Cómo te sientes al ir al dentista?



2. ¿Cómo te sientes al ir doctor?



3. ¿Cómo te sientes cuando te van a colocar una inyección?



4. ¿Cómo te sientes cuando te revisa el doctor?



5. ¿Cómo te sientes al escuchar la máquina del dentista?



6. ¿Cómo te sientes cuando el dentista te cura el diente o hace una limpieza?



7. ¿Sientes miedo de ahogarte durante el tratamiento odontológico?



8. ¿Cómo te sientes cuando vas a la clínica donde está el dentista que atiende solo niños?



Escoge la imagen con la que más te identifiques.

-  = sin miedo
-  = tengo un poco de miedo
-  = tengo miedo
-  = tengo mucho miedo

9. ¿Cómo te sientes cuando ves médicos de blanco?



10. ¿Cómo te sientes cuando te ponen en los dientes un ganchito y el cuadrado de color?



Donde cada uno tiene un valor

 = 1 punto.

 = 2 puntos.

 = 3 puntos.

 = 4 puntos.

VALORES	
Sin miedo	10
Bajo miedo	11 - 23
Alto miedo	24 - 40

ANEXO N° 03
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a, ita):

Soy la BACH. _____, _____ de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega , responsable del trabajo de investigación titulado: “ESCALA DE MIEDO Y LA EXPERIENCIA DENTAL PREVIA EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS EN LA I.E.P. CÍRCULO INGENIERÍA“.

La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo determinar la relación entre escala de miedo y la experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años de la I.E.P. Círculo Ingeniería. Para poder participar del estudio, se evaluara al niño (a) a través de 2 cuestionarios, el cual demandará un tiempo promedio de 10 minutos y no interferirá con las clases programadas del niño durante el horario escolar.

La información que se use al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad .Por participar del estudio el niño(a) no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación .Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse a los siguientes teléfonos _____.

Yo , _____dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado “ESCALA DE MIEDO Y LA EXPERIENCIA DENTAL PREVIA EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS EN LA I.E.P. CÍRCULO INGENIERÍA “EN EL AÑO 2018. Realizado por la BACHILLER _____.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para que mi niño (a) participe en el presente estudio.

Nombre y apellido del Padre o Madre

Fecha:

ANEXO Nº 04
CARTA DE PRESENTACIÓN



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas
Facultad de Estomatología
Decanato

Pueblo Libre, 13 de Marzo del 2018

CARTA N°221-DFE-2018

Lic.
Ursula Barreda More
Directora
I.E.P. Círculo Ingeniería
Presente.-

De mi mayor consideración,

Tengo a bien dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez presentar al Bachiller **QUISPE TORRES LINDA JHOSELYN** quien ha realizado estudios en la Facultad de Estomatología hasta el ciclo académico 2016-3 concluyendo así sus estudios.

Agradezco la atención que brinde a la presente, siendo propicia la ocasión para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,



Luis Gerardo Ganoza
Decano (a)
Facultad de Estomatología

CCV 00
Dpto. 30673



Al servicio de la Cultura

ANEXO Nº 05
FOTOS RECOLECCIÓN DE DATOS

