



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Sensibilidad de las escalas de Frankl y Venham Picture Test, para predecir la conducta del niño, durante la atención odontológica, en la Universidad Católica de Cuenca, 2016.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA: Granda Songor, Mayra Elizabeth

DIRECTORA: Pariona Minaya, María del Carmen, Od. Esp.

CUENCA
2016

DECLARACIÓN:

Yo, Granda Songor, Mayra Elizabeth, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normativa institucional vigente.

.....

Autora: Granda Songor, Mayra Elizabeth

C.I.: 1104944770

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **“SENSIBILIDAD DE LAS ESCALAS DE FRANKL Y VENHAM PICTURE TEST, PARA PREDECIR LA CONDUCTA DEL NIÑO, DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA, EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, 2016”**, realizado por **GRANDA SONGOR, MAYRA ELIZABETH**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Octubre 2016

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó
Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN-CARRERA ODONTOLOGÍA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “SENSIBILIDAD DE LAS ESCALAS DE FRANKL Y VEHANM PICTURE TEST, PARA DETERMINAR LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA, EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, 2016”, realizado por GRANDA SONGOR, MAYRA ELIZABETH, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado, siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Octubre 2016

.....

Tutora: Pariona Minaya María del Carmen

DEDICATORIA

Para mi familia, que han sido un apoyo incondicional y me han sabido guiar en momentos difíciles, a mis abuelitos que son mi fuente de amor y bondad, a todas las personas que conocí a lo largo del pregrado y a mis amigos colegas de aventuras y diversión, se lo dedico a todos ustedes.

EPÍGRAFE

Decís: nos molesta la charla de los niños. Tenéis razón.

Decís: tenemos que descender hacia sus ideas. Descender, inclinarnos, empequeñecernos. Estáis equivocados. No es eso lo que nos cansa, sino el que tengamos que elevarnos hacia sus sentimientos.

Elevarnos, estirarnos, ponernos de puntillas para no agraviarlos.

Janusz Korczak

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por apoyarme y ayudarme a realizar mi sueño por sus consejos y entereza, a mis pacientes y su paciencia dentro de la clínica, a mis profesores y a mi tutora que con su imperturbabilidad me ha sabido guiar para culminar este camino. A todos ustedes muchas gracias.

LISTA DE ABREVIATURAS

VPT: Venham Picture Test

UCACUE: Universidad Católica de Cuenca

AAPD: Academia Americana de Odontología Pediátrica

VP: Verdadero positivo

VN: Verdadero negativo

FN: Falso negativo

FP: Falso positivo

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	13
ABSTRACT	14
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	15
INTRODUCCIÓN	16
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	17
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. OBJETIVOS	19
4. MARCO TEÓRICO	20
4.1. DESARROLLO PSICOLÓGICO INFANTIL	20
4.1.a PSIQUISMO INTANTIL.....	20
• DESARROLLO COGNITIVO SEGÚN JEAN PIAGET.....	20
4.1.b SALUD Y ENFERMEDAD PSÍQUICA EN NIÑOS.....	22
4.1.1 FORMAS EMOCIONALES COMUNES EN LA INFANCIA	23
4.1.1.a MIEDO.....	23
4.1.1.b PREOCUPACIÓN Y ANSIEDAD.....	25
4.1.1.c RABIA O IRA.....	25
4.1.1. d CARIÑO.....	25
4.1.1.e HIPEREMOTIVIDAD.....	26
4.1.2 ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA	26
4.1.2.a EQUIPO DE TRABAJO ODONTOLÓGICO.....	27
• ODONTOPEDIATRA.....	27
• NIÑO.....	30
• PADRES.....	36
4.1.3 TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN DEL COMPORTAMIENTO UTILIZADAS POR EL ODONTOPEDIATRA	39
4.1.3.a TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS.....	39
• COMUNICACIÓN NO VERBAL.....	39
• EL TOQUE.....	40
• DECIR-MOSTRAR-HACER.....	40
• DESENSIBILIZACIÓN.....	41
• MODELADO.....	41

• DISTRACCIÓN	42
• REFUERZO POSITIVO.....	42
• REFUERZO NEGATIVO	42
• CONTROL DE VOZ	43
• INMOVILIZACIÓN FÍSICA	43
• SILLA BEBÉ-CONFORT	46
4.1.4 INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA ANSIEDAD INFANTIL EN ODONTOLOGÍA	47
4.1.4.a ESCALA DE FRANKL	47
4.1.4.b VENHAM PICTURE TEST	49
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
5. HIPÓTESIS	58
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	59
1. MARCO METODOLÓGICO	60
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	60
2.1. Criterios de selección.....	60
2.1.a Criterios de inclusión.....	60
2.1.b Criterios de exclusión.....	60
3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	61
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	62
5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	62
6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	65
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	65
CAPÍTULO III RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONSLUSIONES	66
1. RESULTADOS	67
2. DISCUSIÓN.....	72
3. CONCLUSIONES	74
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	75
ANEXOS	80
ANEXO 1: Consentimiento Informado	81
ANEXO 2: Asentimiento Informado.	83
ANEXO 3: Venham Picture Test, modificado por Rank, para niños.....	85
ANEXO 4: Venham Picture Test, modificado por Rank, para niñas.....	86

ANEXO 5: Escala de Frankl 87
ANEXO 6: Fotografías.....88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Frankl en relación a la edad.	67
Tabla 2: VPT en relación a la edad.....	68
Tabla 3: Frankl en relación al género	69
Tabla 4: VPT en relación al género.	70
Tabla 5: VPT sensibilidad y especificidad.. ..	71

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la sensibilidad de la escala de Venham Picture Test, en relación a la escala de Frankl para la predicción de la conducta del niño, durante la atención odontológica, en la Universidad Católica de Cuenca, 2016. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se utilizó dos fichas de registro de comportamiento la escala de Frank y Venham respectivamente de esta última se empleó la modificación hecha por Rank et al en el 2005 la cual permite registrar por separado los datos de ambos sexos. Los códigos registrados se codificaron en 1 (pacientes colaboradores) y 0 (no colaboradores) para hacer el análisis de los datos mediante la elaboración de tablas dinámicas en el programa Microsoft Excel y se aplicó la fórmula para sensibilidad y especificidad. **RESULTADO:** Se utilizó la escala de Frankl para evaluar VPT un total de 131 pacientes de los cuales 61 pacientes masculinos y 70 femeninos, encontrando una sensibilidad del 92% para determinar los pacientes no colaboradores y una especificidad del 100% para evaluar a los pacientes colaboradores. Al evaluar pacientes con edades comprendidas entre los 3 a 12 años mediante la escalas Frankl se encontró 29 (22.2%) pacientes no colaboradores y 102 colaboradores (77.8%); mientras que al utilizar VPT para valorar a pacientes con edades comprendidas entre los 3 a los 12 años, se obtuvo como resultado 37 (28.3%) pacientes no colaboradores y 94 (71.7%) colaboradores, en relación al género en la escala de Frankl pacientes no colaboradores 29 (22.2%): femenino 16 y masculino 13 y colaboradores 102 (77.8%): femenino 54 y masculino 48. Mientras que para VPT en cuanto al género se encontró pacientes no colaboradores 37: femenino 18 y masculino 19 (28.3%) y colaboradores 94: femenino 52 y masculino 42 (71.7%); demostrando de esta forma la sensibilidad y especificidad que presentan estas escalas para determinar el grado de colaboración de los pacientes pediátricos.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad, miedo, conducta, llanto.

ABSTRACT

AIM: To determine the sensitivity of the scales of Venham Picture Test, in relation to the scales of Frankl for the prediction of the child's behavior, during dental care at the Catholic University of Cuenca, 2016. **MATERIALS AND METHODS:** Two tabs were used of Frank's behavior rating scale and Venham respectively latter, was employed the modification made by Rank et al in 2005 which allowed to separately record the data for both sexes. The registered codes were codified in 1 (cooperative patients) and 0 (uncooperative patients) to make the data analysis through the elaboration of pivot tables in Microsoft Excel program and applied the formula for sensitivity and specificity. **RESULTS:** Frankl's scale was used to assess VPT of a total of 131 patients, of whom 61 patients are male and 70 female, finding a sensitivity of 92% to determine uncooperative patients and a 100% specificity to evaluate cooperative patients. When evaluating patients aged 3 to 12 years in Frankl scale it was found 29 (22.2%) uncooperative patients and 102 (77.8%) cooperative; meanwhile using VPT to assess patients aged 3 to 12 years, it was obtain was result 37 (28.3%) uncooperative and 94 (71.7%) cooperative patients, in relation to gender in Frankl's scale uncooperative patients 29 (22.2%): female 16 and male 13 and cooperative 102 (77.8%): female 54 and male 48. While for VPT in terms of gender, it was found uncooperative patients 37: female 18 and male 19 (28.3%) and cooperative 94: female 52 and male 42 (71.7%); thus demonstrating the sensitivity and specificity that these scales present in order to determine the degree of collaboration of pediatric patients.

KEY WORDS: Anxiety, fear, conduct, crying

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La ansiedad en los pacientes pediátricos influye significativamente en su comportamiento y reacción, cuyo auge se presenta cuando acuden a la consulta dental, tornándola a la misma una cita cansada tanto para el infante, como para el tutor y el profesional.^{1,2,3}

Dicha conducta obedece al instinto humano innegable de supervivencia, por lo que actúan identificando al operador como un peligro inminente, que atenta contra su seguridad, desembocando en sentimientos encontrados de desasosiego, temor y miedo.^{1,4}

Dentro del área de odontopediatría se pueden utilizar diferentes tipos de instrumentos, para medir la ansiedad infantil, las mismas que constan de rangos y valores que van a permitir la calificación de dicho actuar.^{1,5,6}

Es importante destacar la utilización de dichos instrumentos ya que existe evidencia considerable que menciona que el comportamiento hostil en infantes se mantiene en la adolescencia y si no es tratada adecuadamente continuará hacia la vida adulta, dando como resultado un comportamiento inadecuado por parte del paciente.^{5,7,8}

Existen diferentes métodos para valorar el miedo odontológico, de los pacientes entre ellos destacan: análisis psicométricos, fisiológicos o técnicas proyectivas.^{1,5,7,8}

Sin embargo otros instrumentos están conformados por escalas de registro, de comportamiento las mismas que son de gran ayuda especialmente para los profesionales en odontología, en la presente investigación se utilizó dos tipos de métodos proyectivos como son: la escala de Frankl y Venham Picture Test (VPT).^{1,5,7}

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El comportamiento del paciente pediátrico es de suma importancia en la práctica clínica ya que de ello depende el éxito de la consulta o por lo contrario se va a crear un trauma infantil y dificultad en la consulta; siendo importante educar el núcleo familiar y evitar que exista una relación entre la consulta dental y el sufrimiento. Al ayudar a disminuir los sentimientos frustrantes de los niños se va a crear un ambiente armonioso y de fácil comprensión.

La pregunta de investigación principal fue: ¿Cuál es la sensibilidad de la escala de Venham Picture Test, en relación a la escala de Frankl, para predecir la conducta del niño, durante la atención odontológica en la Universidad Católica de Cuenca, 2016?

2. JUSTIFICACIÓN

Relevancia Humana

La presente investigación estuvo enfocada en la población infantil con edad comprendida desde los 3 hasta los 12 años que acudió a la clínica de Odontología, de la Universidad Católica de Cuenca, a fin de ser atendidos por molestias que generaban malestar en el normal desempeño de sus funciones y actividades diarias.

Relevancia Científica

Mediante este estudio se identificó la sensibilidad de las escalas de Frankl y VPT para predecir el comportamiento del niño antes de ser atendido por el operador, y se determinó el grado de colaboración que presentaban los pacientes pediátricos.

Relevancia Social

Cabe destacar que los pacientes pediátricos fueron los más beneficiados, ya que al conocer el grado de colaboración que presentan, se pudo utilizar diferentes técnicas de adaptación no farmacológicas que ayudaran a que la consulta se desarrolle con normalidad evitando así que la misma se relacione con sufrimiento y dolor.

Originalidad

A nivel de Azuay-Ecuador, no se han registrado investigaciones semejantes al presente estudio, por lo que emergió la necesidad de determinar la sensibilidad de estas dos técnicas proyectivas para predecir el comportamiento del niño. Siendo de relevancia que dichos instrumentos sean utilizados dentro de la práctica diaria, a fin de mejorar el nivel de atención que se brinda a los pacientes pediátricos.

Viabilidad

La presente investigación fue viable ya que la Universidad Católica de Cuenca, cuenta con clínicas odontológicas tanto general como integral en las cuales se maneja el área de Odontopediatría, por lo que la recolección de datos no fue complicada además los tutores firmaron el consentimiento informado; sumado a ello se contó con la guía de los asesores y los recursos financieros, para la ejecución de la investigación.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Evaluar la sensibilidad de la escala de Venham Picture Test, en relación a la escala de Frankl para la predicción de la conducta del niño, durante la atención odontológica, en la Universidad Católica de Cuenca, 2016

3.2. Objetivos Específicos:

- Evaluar la conducta de los niños atendidos en la clínica odontológica de la UCACUE en el periodo 2016, utilizando la escala de Venham Picture Test.
- Evaluar la conducta de los niños atendidos en la clínica odontológica de la UCACUE en el periodo 2016, utilizando la escala de Frankl.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. DESARROLLO PSICOLÓGICO INFANTIL

La infancia es “*jugar, querer jugar a cada rato, para elaborar las situaciones que va viviendo; jugar como expresión de fantasías internas, armar teorías y sostener creencias infantiles para tratar de entender los hechos*”.⁹

Para mejorar la relación con el paciente pediátrico es imprescindible conocer cómo funciona el psiquismo infantil.^{9,10}

4.1.a PSIQUISMO INTANTIL

Durante el crecimiento y evolución el infante atraviesa por diversas etapas que lo ayudan a consolidar las bases para su personalidad, alrededor de los cinco años, sumando a ello la base genética heredada por sus padres así como las experiencias vividas hasta el momento.^{9, 10}

Debido al nivel de desarrollo el niño aún no se encuentra en capacidad de regular las sensaciones que recibe, siendo aquí el momento en el que intervienen los padres o cuidadores, ya que son los encargados de explicar el ambiente que lo rodea, absorbiendo así un conocimiento subjetivo, de la realidad en cuanto a teorías; jugando un papel primordial la personalidad del adulto que puede influenciar significativamente en el infante.⁹

La angustia en los niños nace cuando experimentan prohibiciones, debido a su actuar inconsciente ya que tienden a desarrollar un impulso primario conocido como instinto, desencadenando experiencias y conocimiento propio; destacando el actuar del adulto y su relación con el menor, ya que a partir de este momento se determinara el grado de salud o enfermedad psíquica.^{9, 11}

- **DESARROLLO COGNITIVO SEGÚN JEAN PIAGET**

Cada persona persevera por alcanzar un equilibrio tanto motor, sensorial y cognitivo; de esta forma relacionarse de manera saludable con su entorno.^{12, 13}

Piaget describe cuatro etapas del desarrollo adaptativo:

- **LA INTELIGENCIA SENSOMOTRIZ:** permite a los infantes desarrollar un control a la vez organización de su entorno, este periodo abarca desde su nacimiento hasta los veinte y cuatro meses, permitiendo al niño manejar sus reflejos, descubriendo

acciones placenteras al tener coordinación mano-boca, así como óculo motora.^{12, 13}
(Figura 1-2)



Figura 1. El infante descubre sus de reflejos y función óculo motora, a fin de entender el mundo que le rodea.

Fuente: Escobar F. Odontología Pediátrica, 2004.¹³



Figura 2. Los infantes desarrollan una respuesta motora a los veinte y cuatro meses ante los factores externos

Fuente: Escobar F. Odontología Pediátrica, 2004.¹³

- **PENSAMIENTO PREOPERACIONAL:** Los infantes desarrollan la capacidad de manejar el lenguaje y generar conocimiento a través de sus percepciones; abarca de los dos a los siete años, aprendiendo a tantear.^{12, 13} (Figura 3)

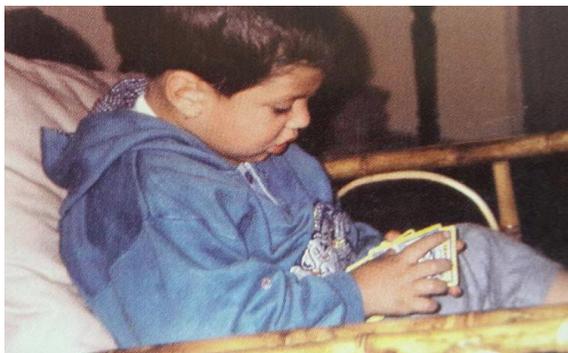


Figura 3. Niño tantea los objetos para generar conocimiento

Fuente: Escobar F. Odontología Pediátrica, 2004.¹³

- **PENSAMIENTO OPERACIONAL CONCRETO U OPERACIONES CONCRETAS:**
El niño aprende a realizar operaciones manejando objetos y realizando procesos mentales, reconoce jerarquías y es capaz de manipular cuerpos por sus categorías este periodo abarca de los siete a los once años.^{12, 13}
- **PENSAMIENTO FORMAL OPERACIONAL O PENSAMIENTO LÓGICO:** el conocimiento que genera abarca reglas que le permiten solucionar problemas, demostrando la inteligencia que posee así como la generación de hipótesis que le permiten pensar que va a pasar en el futuro y como fue el procesamiento de la información, esta etapa abarca desde los doce años en adelante.¹²

Es sumamente importante para el profesional en odontopediatría identificar en qué áreas de desarrollo se encuentra el paciente infantil, ya que si se habla de un periodo preoperacional, se entiende que el niño desarrolla sus habilidades motoras así como la percepción de su entorno, por ende al estar en una edad de tres años este desarrolla la capacidad de cuidar de su higiene personal, por lo tanto se puede establecer el hábito de higiene oral.^{12, 13}

4.1.b SALUD Y ENFERMEDAD PSÍQUICA EN NIÑOS

Los niños presentan ciertas características que vana acorde a su naturaleza:⁹

- *“No diferencian la realidad de fantasías y elaboran unas ideas muy raras para entender lo que sucede.”⁹*
- *“Tienen ataques de furia y descontrol en los que arrasan con los que se les cruza en el camino.”⁹*
- *“Exageran las cosas y se imaginan otras muy raras a las que temen.”⁹*

Los psicólogos no lo consideran patológico ya que este accionar es propio de los infantes y con el tiempo estos van adoptando un criterio más real de lo que sucede a su alrededor, dominando sus reacciones y siendo tolerables.⁹

Pichon-Rivière E. 2010, define la salud como: *“la posibilidad de lograr una adaptación activa a la sociedad, en la que cada persona puede encontrar un estilo propio de interactuar en forma placentera.”*⁹

Considerándose sano a un niño que ríe y juega con sus semejantes haciendo uso de su imaginación, así como las rabietas cuando sus cuidadores le presentan prohibiciones, expresando temor ante situaciones desconocidas y explorando su entorno, pueden amar con gran intensidad e igual presentar celos pero siempre dentro de su núcleo familiar y respetando a todos sus integrantes.^{9,14}

Caso contrario varios psicólogos afirman que “un niño se enferma cuando no logra resolver la seducción que ejerce su madre sobre él, y no puede alejarse de ella”⁹

Causando que el infante no se adapte a la sociedad en la que se desenvuelve, desencadenando depresiones infantiles.^{9,14}

Dentro de las psicopatologías se destaca: *“autismo, trastorno de la ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, depresión, estrés, hiperactividad, tics nerviosos, anorexia, bulimia, insomnio, sonambulismo, despertar nocturno.”*⁹

4.1.1 FORMAS EMOCIONALES COMUNES EN LA INFANCIA

Las emociones están condicionadas ya sea por el desarrollo psicológico de los niños, la madurez, situaciones creadas por ellos mismos, herencia genética, todas ellas son importantes para el odontopediatra a fin de determinar cuáles son agravantes para la consulta y pueden afectar el equilibrio de la misma.¹³

4.1.1.a MIEDO

El miedo se encuentra fundamentado en una experiencia narrada o vivida por el niño este puede ser racional o irracional, y asociado a acciones que lo generan como el sonido de la turbina o ele eyector; teniendo gran influencia los medios visuales como el cine o el televisor ya que el infante se adueña de los temores de los adultos e imaginan sentir lo que se proyecta,

por ello existe el miedo al odontólogo, al médico o a los hospitales ya que los relacionan con el dolor y el sufrimiento.^{12, 13}

Sin embargo el odontopediatra puede identificar claramente que el temor se encuentra condicionado por factores tanto internos como externos, ya sea experiencias previas, indisposición o enfermedad; independientemente del sexo, ya que la madurez psicológica juega un rol importante en el momento de la consulta.¹³

- **PRIMERA INFANCIA**

Ruidos estrepitosos, movimientos bruscos, las alturas, personas extrañas, sufrimiento y abandono.¹³

- **PERÍODO PREESCOLAR**

Miedo específico: odontólogo, médicos enfermeras, hospitales y fantasmas.¹³ (Figura 4)



Figura 4. Paciente llora al asistir a consulta con el odontopediatra

Fuente: Guedes A. Fundamentos de odontología, Odontopediatría, 2011.¹⁵

- **PERÍODO PREESCOLAR TARDÍO**

Lugares oscuros, soledad, abandono, su imaginación los predispone a creer en hechos sobrenaturales.¹³

- **PERÍODO ESCOLAR**

Miedo a fenómenos naturales como tormentas eléctricas, tempestades; así como que se dañe su autoestima ante acciones o comportamientos que pueden considerar ridículos o ante la desilusión.¹³

4.1.1.b PREOCUPACIÓN Y ANSIEDAD

Son emociones parecidas, que no están relacionadas directamente con el miedo, generalmente los niños pequeños no tienen preocupación, ya que esta se origina a partir de situaciones imaginarias pensando en qué pasara en un futuro cercano, pero los niños de edad escolar si pueden llegar a experimentar preocupación a través de un pensamiento engendrado.^{10,13}

La ansiedad nace a partir de realidades imaginadas, generando un estado mental incontrolado que va a repercutir en el actuar del niño como por ejemplo la ansiedad que genera acudir al odontólogo. Se pueden presentar formas leves de ansiedad como llanto, irritabilidad o inconformidad, pero en estadios más agudos se puede observar un niño molesto, realiza berrinches y tiende a gritar; sin embargo el solo hecho de que el infante se entere de la fecha de la consulta con el odontólogo puede generar en el ansiedad que va a desembocar en incomodidad e incluso manifestar dolencias imaginarias a fin de suspender o cancelar la cita con el profesional.^{11, 13, 14}

4.1.1.c RABIA O IRA

La rabia se desencadena cuando el niño trata de llamar la atención o ha sido estropeado algún acto que él ha tratado de realizar de forma autónoma, sin embargo estos episodios pueden ser de larga duración dependiendo del detonante y la relación con el adulto a cargo, sumado a ello pueden o no ser violentas ya que tienen la capacidad de controlarlas y mostrar indiferencia, el odontopediatra debe evitar las comparaciones con otros pacientes e incluso adjuntarle nombres ajenos a él; ya que resulta frustrante y va a contribuir a la formación de una barrera que va a interferir en la comunicación sana que se desarrolló con el menor.^{13, 16}

Entre los agraviantes se encuentran: dar golpes, halarse del cabello, golpearse contra cosas, lanzarse al suelo, gritar o contener la respiración; sin embargo a medida que el niño va creciendo estos comportamientos van desapareciendo siempre y cuando la educación haya sido la adecuada inculcada con cariño y comprensión.^{13,14}

4.1.1. d CARIÑO

Es un lazo que crea el niño con los seres vivos que le rodean a partir de experiencias agradables vividas que llegan a ser reconfortantes para él, especialmente las que experimenta durante los primeros meses de vida, notándose una preferencia a partir de los seis meses,

camino hacia cumplir el primer año demuestra gran afecto por sus familiares más cercanos, alrededor de los dos años el cariño que siente es fuerte hacia sus posesiones como juguetes e incluso dirigido hacia el mismo. Queriendo ser siempre el centro de atención desarrollando empatía con quienes lo cuidan y no lo castigan.¹³

Sin embargo a partir de los cinco y seis años les resulta más placentero que lo tomen como una persona autónoma y no le den demostraciones exageradas de cariño las cuales tienden a rechazar.¹³

4.1.1.e HIPEREMOTIVIDAD

Las emociones percibidas por los niños son más intensas que las que experimentan los adultos las cuales se pueden encontrar condicionadas por episodios de enfermedad, indisposición o cansancio; el odontopediatra debe evitar relacionarse emocionalmente con las actitudes del paciente, ya que es el responsable dentro de la consulta de canalizar de manera positiva haciendo esas experiencias las más placenteras para el infante, ayudándolo a descubrir nuevas áreas a las cuales de lo contrario le daría temor explorar.¹³

4.1.2 ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA

La atención odontológica depende de varios factores, para que la misma sea considerada exitosa, entre ellos se destaca la actitud del profesional, la conducta o interés del paciente y la condiciones del consultorio.^{10, 17}

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), menciona que el manejo de la conducta del paciente se define como *“la interacción continua entre el niño y el odontólogo para sí suministrarle la confianza necesaria”*⁶

Siendo primordial la colaboración por parte del paciente, para llevar a cabo un tratamiento, la misma puede estar relacionada con experiencias previas, por ende la forma en cómo se interviene es crítico, el profesional en odontopediatría debe tener presente que el infante está en un proceso biológico de desarrollo tanto físico, intelectual y psicológico, además creciendo en concordancia con su entorno tanto cultural como social.^{6, 10}

La teoría del apego plateada por Bowlby J. 2011 define a esta como *“la interacción que posee el niño con sus cuidadores, a los cuales les da el valor de figuras, los cuales son importantes para desarrollar sus emociones, tales como seguridad, miedo o ansiedad.”*⁶

Por ende influye de manera significativa en el comportamiento del niño la relación del mismo con su cuidador durante la atención odontológica.^{6, 17}

4.1.2.a EQUIPO DE TRABAJO ODONTOLÓGICO

Existe una evidente preocupación al momento cuando tanto los padres como el niño acuden a la consulta, dental en busca de mejorar la salud oral que se encuentra afectada, naciendo ahí la importancia de que el equipo de trabajo esté consiente del tratamiento a ejecutar por ende creando un ambiente armónico y saludable, sin que intervengan agentes o factores externos que obstaculicen el área a tratar.^{5, 14}

En muchos pacientes la ansiedad influye de forma significativa llegando a casos en donde, para los padres se vuelve imposible llevar al infante a consulta y con ello aumentan los casos de caries sin tratar o focos infecciosos, sumando a ello el dolor que los mismos producen deteriorándose así no solo la salud oral, sino también la salud general.^{5, 14}

- **ODONTOPEDIATRA**

El odontopediatra es la figura de seguridad y confianza en el consultorio, orientando de forma eficaz tanto a los auxiliares como a los padres, manteniendo el ejemplo y sin titubear en su capacidad de diagnóstico. Siendo el especialista encargado de iniciar y culminar el tratamiento a cabalidad, además de poseer características como gentileza.¹⁸

Se pueden valer de múltiples técnicas psicológicas para llevar a cabo el tratamiento como puede ser: decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo o modelamiento.¹⁸

De la misma forma el modular la voz, de forma que sea sutil ayuda a mejorar la comunicación con el infante y a la vez que el mismo se adapte correctamente.¹⁸ (Figura 5)



Figura 5. Comunicación verbal del operador con paciente pediátrico, explicación de los códigos de Venham Picture Test.

Fuente: Granda M, Clínica odontológica general, UCACUE, 2016

- EVALUACIÓN DEL PACIENTE

El acercamiento y la comunicación que se presente con el menor tienen que tener relación con la evaluación previamente realizada, dentro del proceso se encuentra:¹³

➤ RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Se debe tener presente el comportamiento en la sala de espera, información personal, las experiencias previas, así como enfatizar sus temores; cabe destacar que las expectativas de los padres así como la ansiedad que pueden llegar a experimentar los menores pueden desencadenar una serie de situaciones que van a afectar el momento de la consulta dental. La información a ser recabada tiene que ser concreta y certera caso contrario se requerirá de una segunda sesión a fin de determinar las necesidades del paciente y como se siente al llegar a la consulta.^{13, 16}

➤ ANÁLISIS

Luego de la información obtenida se llegará a una conclusión, en donde se determina el comportamiento del niño y el procedimiento a seguir de manera personalizada.¹³

➤ PRUEBA

Si se tiene duda en la evaluación realizada y en la respectiva calificación, se debe realizar una nueva investigación a fin de que el proceso a seguir sea el mejor para el paciente pediátrico.¹³

- EVALUACIÓN VISUAL MUTUA

La mejor evaluación es la que realizan los niños, ya que son capaces de formar de manera rápida un criterio acerca del consultorio odontológico, el odontopediatra, asistentes y sus anexos; así como el odontólogo evalúa el proceder del niño este también lo está calificando y es capaz de determinar él está mintiendo o si su proceder no es el adecuado. ¹³ (Figura 6)



Figura 6. Evaluación visual mutua, paciente-odontólogo
Fuente: Granda M. Clínica odontológica general, UCACUE, 2016.

- COMUNICACIÓN

Además de la comunicación verbal, el niño presenta una habilidad especial para leer gestos y expresiones faciales por parte del odontopediatra, por ende su proceder debe ser cauteloso y natural, sin fingir emociones ajenas a las que tiene, al hablar de la primera vez que el niño acude a la consulta, se debe tomar en cuenta la edad en la que se encuentra y si es o no necesario que le acompañen los padres; quedando claro que los niños de dos a tres años aun requieren de manera casi desesperada la presencia de la madre ya que la consideran una parte de ellos, sin embargo los niños de edad escolar se muestran indiferentes ante la presencia o no de los padres en la consulta ya que ellos están predispuestos de manera positiva a nuevas experiencias, para generar su propio conocimiento. ¹³

- **NIÑO**

Se debe entender la psicología del niño antes de iniciar cualquier intervención, para ello el estar pendiente de cualquier acontecimiento así como situaciones que puedan interferir con su normal desenvolvimiento y desarrollo contribuirán al éxito.^{10, 19}

Montessori M. 1996, lo define como *“el niño es un cuerpo que crece y un alma que se desarrolla”*¹⁹

Por ende cualquier acción, un hecho en concreto o tan solo una frase puede tener efectos con repercusiones positivas o negativas tanto a nivel psicológico como intelectual.¹⁹

El éxito del tratamiento dental radica en entender el comportamiento del niño, este se puede ver condicionado por las experiencias previas vividas o incluso relatadas por infantes de su edad, a la vez influenciadas por su entorno social, cabe recalcar que cada niño genera su propio conocimiento acerca del mundo que le rodea, lo cual puede dificultar el momento de explicar el tratamiento, es recomendado utilizar frases cortas y claras, dirigiéndose hacia el menor de forma breve y directa.^{14, 19} (Figura 7)

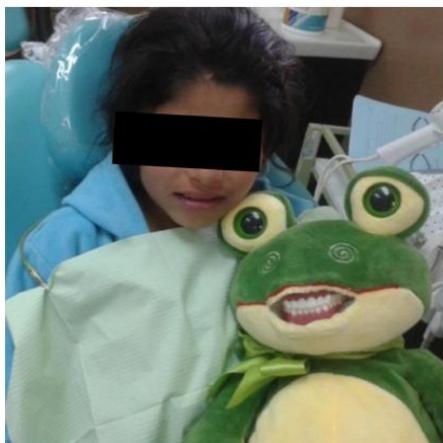


Figura 7. Adaptación del paciente odontopediátrico, utilizando peluches

Fuente: Granda M, Clínica odontológica general, UCACUE, 2016

- **LAS FORMAS DE COMUNICACIÓN ENTRE EL ODONTÓLOGO Y EL NIÑO.**

La comunicación entre el niño y el odontólogo no puede ser fluida, debido a las limitaciones ya sea por la edad, la comprensión y la madurez psicológica por parte del paciente, naciendo un gran reto para el especialista quien tiene que dotarse de un lenguaje claro evitando utilizar términos difíciles de comprender, a la vez que el profesional deja entrever los roles de cada uno corrigiendo el comportamiento del niño de ser necesario o caso contrario felicitándolo y alentándolo ante un trabajo bien realizado.¹³

Cabe destacar que por naturaleza si el niño se siente amenazado ante una situación específica o el simple hecho de imaginar sufrimiento este puede reaccionar con llanto, existen diferentes tipos encontrando:¹³

➤ **LLANTO OBSTINADO**

Se presenta como un lloro desesperado acompañado de bramidos, movimientos y expresiones fuertes, dando golpes contra sus semejantes.¹³

➤ **LLANTO ATEMORIZADO**

Lleno de lamentos, abundantes lágrimas y suspiros, esconden su rostro y tienden a buscar a sus madres, no existe contacto visual con el odontopediatra.¹³

➤ **LLANTO HERIDO DE POCO VOLUMEN**

Se estremecen en el sillón odontológico, se tornan tensos y no presentan movimientos, se presenta un leve sollozo y taquipnea.¹³

➤ **LLANTO COMPENSADOR**

Este llanto se escucha únicamente cuando se accionan instrumentos odontológicos como la turbina, lo utilizan para enmascarar el sonido generado por el instrumental mecánico y así auto controlarse.¹³

- **COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.**

La atención odontológica para los pacientes pediátricos es personalizada naciendo la necesidad de evaluar el comportamiento a fin de determinar ante qué tipo de pacientes se encuentra y que se puede esperar. Por lo tanto los pacientes se pueden clasificar en:¹³

➤ **COOPERADORES**

Según la escala de Frankl la mayoría de los niños entran dentro de este tipo, generalmente esta clase de pacientes entablan fácilmente una comunicación, se sienten seguros y confiados, abiertos hacia nuevas experiencias, no presentan temor, agradecen y se muestran risueños. El tratamiento a efectuar va a ser eficaz y sin complicaciones.¹³

➤ **FALTA DE CAPACIDAD DE COLABORACIÓN**

En esta categoría entran los niños con discapacidad intelectual y niños pequeños, con los cuales no se puede establecer comunicación.¹³

➤ **COOPERADORES POTENCIALES**

Aquí se encuentran los niños difíciles de controlar, cuyo comportamiento se aleja del cooperador pero que puede ser mejorado de manera positiva, entre estos se encuentran:¹³

▪ **CONDUCTA INCONTROLADA**

Este comportamiento el niño puede desencadenarlo en su hogar o camino a la consulta, sobre todo si es primera vez que acude al odontólogo, no necesariamente se presenta se presenta una vez que llegue al consultorio, pero de ser así se pide al padre que lo retire de la sala hasta que se relaje ya que ejerce un efecto dominó sobre los demás infantes, y altera la tranquilidad; se presenta generalmente en los niños de tres a seis años de edad, con llantos fuertes, gritos y pataletas. Siempre se debe tratar de entablar una comunicación saludable evitando que se efectúe daño él o hacia los demás.¹³

▪ **CONDUCTA DESAFIANTE**

Se presenta con mayor frecuencia en niños de edad escolar, manifestando abiertamente que no quieren acceder al tratamiento o se rehúsan a ser revisados, este comportamiento se evidencia desde el hogar en donde no se corrigió adecuadamente y la disciplina es escasa, el odontopediatra debe ser firme y conciso para tener buenos resultados y llevar a cabo el tratamiento.¹³

- **RESISTENCIA PASIVA**

Esta conducta se observa en los niños próximos a la adolescencia, ya que representan una mayor independencia por eso el hecho de ser llevados a la consulta resulta una violación a su autonomía; desencadenan reacciones desafiantes como evitar el contacto visual, la comunicación y apertura de la cavidad oral, la negociación puede dar buenos resultados.¹³

- **TIMIDEZ**

Los niños necesitan desenvolverse en un entorno donde existan infantes de diferentes edades, así como salir y explorar el mundo que les rodea, caso contrario se trata de un caso de sobreprotección lo cual se ve reflejado al momento de acudir a la consulta y el paciente se esconde al regazo de su madre, evita el contacto visual, controlando sus ganas de llorar pero si notable molestia en sus expresiones faciales.¹³

Este paciente es más propenso a desarrollar miedo, sin embargo el actuar del odontólogo puede ser gran ayuda para que se establezca confianza paciente-odontopediatra, se puede utilizar la técnica decir-mostrar-hacer de manera reiterada a fin de que el niño comprenda el procedimiento a realizar.¹³

- **COOPERADOR TENSO**

No existe un límite definido entre cooperador y no cooperador, pueden aceptar el tratamiento pero su cuerpo se encuentra tenso, siguiendo el movimiento del odontólogo e hiperventilado. Realizar un diagnóstico acerca de la situación de paciente es lo más acertado: aunque esta haya accedido al tratamiento no desarrolla confianza hacia el profesional.¹³

- **MIEDO EN ODONTOLOGÍA**

Reacción ante el peligro inminente que forma parte de la naturaleza del niño, especialmente cuando este piensa estar en riesgo y busca protegerse; el miedo puede ser expresado o no dependiendo del control psicológico que el niño ejerza sobre sí mismo, sin embargo cuando no existe un control de la situación este puede evolucionar hasta llegar a crear una verdadera fobia.^{15, 17}

Dentro del área de odontología se clasifica en dos tipos:¹⁵

➤ **MIEDO OBJETIVO**

Concebido por una experiencia previa incomoda y molesta vivida por el niño, sumado a ello la ansiedad experimentada por su tutor durante la consulta.¹⁵

▪ **MIEDO OBJETIVO DIRECTO**

La experiencia fue vivida a plenitud por el niño y esta le ocasiono sufrimiento y molestia.¹⁵

▪ **MIEDO OBJETIVO INDERECTO**

La experiencia negativa que el niño vivió fue en un entorno similar al del consultorio odontológico, como al momento de asistir al médico.¹⁵

➤ **MIEDO SUBJETIVO**

Este se origina cuando escucha a las personas del núcleo familiar o a sus amigos contar las experiencias vividas, las cuales no fueron gratas y sumado a ello las expresiones faciales que desencadenan la imaginación del niño; relacionándose con el dolor de los demás y haciéndolo suyo.¹⁵

- **ANSIEDAD**

Las emociones que experimentan los niños son tan fuertes que ellos sienten que atentan contra su bienestar, tratando de escapar a toda costa, ni piensan ni razonan, entendiendo que se encuentran ante una amenaza inminente, pudiendo detonar en cualquier momento, ante lo desconocido.^{15, 17}

La ansiedad en los niños se puede desencadenar a partir de sentimientos como: soledad, abandono, inferioridad, experiencias previas o pérdida de un familiar cercano, las visitas constantes al consultorio odontológico pueden ayudar de sobremanera a conllevar la ansiedad e irla disminuyendo conforme pase el tiempo de igual manera la interacción con el odontopediatra ayudará a desarrollar un vínculo de confianza y respeto.¹⁵

- **ANSIEDAD DENTAL**

Una definición propuesta por Al-Namankany S. 2014, manifiesta que *“Es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, la cual es una experiencia*

individual, subjetiva, que varía entre las personas, y genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una importante barrera para la búsqueda de atención dental.”⁵

Cada infante experimenta de manera diferente la ansiedad, la misma que puede ir desde sensación de asfixia, hiperventilación o taquicardia, siendo impedimentos para llevar a cabo la atención odontológica, el infante puede escapar de la consulta o llegar a una agresión física hacia el operador.^{5,7}

- **AGRESIVIDAD**

Cuando esta se encuentra presente en la vida de un infante lo que este puede requerir es: atención, dificultad para encajar en el entorno en el que se desarrolla, expresar furia debido a la frustración ante situaciones específicas captadas o no por los adultos, incapacidad para demostrar sus sentimientos ante sus semejantes o baja autoestima.¹⁵

La agresividad de ninguna manera se debe tratar con más agresividad, por lo contrario una posición firme, manteniendo el auto control evitando gritar, pueden ayudar de sobremanera a tratar el infante, así como felicitar ante el cometimiento de acciones buenas evitando reprimir los comportamientos errados, por lo contrario guiarlos y encaminar mediante un consejo para corregir su posición.¹⁵

Si sucede que el niño pierde los estribos y la agresividad se mezcla con violencia física se recurre a la contención para calmarlo y relajarlo sin gritar y modulando la voz.¹⁵

- **RABIETA**

El niño se frustra cuando no obtiene lo que desea, pero el actuar de los padres educándolo con amor y no darle todo lo que el infante ansía, es una manera de ayudarlo a madurar tanto física como mentalmente, predisponiéndolo a enfatizar cuáles son sus necesidades básicas y que debe trabajar para conseguir las cosas.¹⁵

Kjiner, 2011, define a la rabia como una; *“respuesta muscular donde hay excitación motora global”*¹⁵

La rabietta se manifiesta mediante: los gritos, el llanto, la agresión física y mental, insultos, hiperventilación y taquipnea. Si en el momento de presentarla se lo reprime con un castigo se aumentará la frustración que siente en su interior; se debe permitir que termine con el

episodio; ayudarle con cariño y comprensión; mejorar la comunicación conlleva a la reducción de la crisis.¹⁵

- **LLANTO**

Para los recién nacidos es una necesidad llorar, durante los primeros meses de vida tienden a llorar de dos a tres horas diarias, disminuyendo conforme pasa el tiempo y la relación que establezcan con su madre o su cuidador; la razón del llanto es hacerle saber a los demás que necesita ya que esa es su única forma de comunicarse con las personas que le rodean, existen diferentes tipos de llanto; en caso de hambre se caracteriza por gemidos, en el dolor es un llanto que se exagera conforme avanza y en el caso de molestia es un llanto intenso acompañado de gritos.¹⁵

• **PADRES**

El futuro de los niños está influenciado por las expectativas de los padres así como el amor y el afecto que reciben, lo cual interviene de manera positiva ayudando en un desarrollo armónico especialmente durante sus primeros años de vida.^{19, 20}

Siendo los mejores maestros para que los infantes desarrollen hábitos saludables, que van a beneficiar su salud oral y en general, como cepillarse los dientes o usar seda dental, de igual forma es la época ideal para inculcar una alimentación balanceada.^{19, 20, 21}

Al momento de asistir a la consulta dental es importante recalcar que los padres son los mejores guías para sus hijos, ya que comprenden las indicaciones dadas por el profesional, sin imposiciones ni agresividad, haciéndole conocer a tiempo sus inquietudes a fin de que sean resueltas y el tratamiento se lleve a cabo sin contratiempos, encaminado siempre a mejorar la salud del paciente pediátrico, convirtiéndose de esta forma en un núcleo estable lleno de confianza.^{20, 21} (Figura 8)



Figura 8. Madre firmando consentimiento informado

Fuente: Granda M, Clínica odontológica general, UCACUE, 2016.

- **INFLUENCIA DE LOS PADRES**

El actuar de los padres influencia en los niños ya sea de manera positiva o negativa quienes los tienen como un modelo a seguir en su desarrollo cotidiano, sin embargo existen diferentes tipos de personalidades y proceder por parte de los progenitores, entre ellos se encuentran:¹³

➤ **SOBREAFFECTO**

Se presenta en casos de hijos únicos, adoptados o sus padres tienen una edad avanzada, esto afecta de sobremanera en el normal desenvolvimiento del niño con la sociedad y no lo dejan que se adapte con facilidad creando un infante inseguro y lleno de temores.¹³

➤ **SOBREPROTECCIÓN**

No hay nada mejor que un niño que juega y explora conociendo sus limitantes y creando su conocimiento a partir de experiencias vividas, sin embargo existen madres que evitan que el niño interactúe con su medio por miedo a que lo lastimen o el hecho de que se enferme, sin darle la oportunidad de que se desarrolle su sistema inmune; de esta manera el infante se desarrolla en un seno familiar autoritario, que al momento de llegar a la consulta impone sus deseos y trata de guiar el proceder del profesional.¹³

➤ **SOBREINDULGENCIA**

Se trata de padres sumamente permisivos, que brindan todo tipo de comodidad a sus hijos en quienes se ven reflejados y que de niños no tuvieron acceso a muchas cosas

sobre todo debido a una cuestión económica, los niños tienden a ser exigentes ante sus demandas y no ceden caso contrario desencadenan rabietas y llantos independientemente ante qué persona se encuentren este comportamiento es igual en la consulta dental.¹³

➤ **SOBREANSIEDAD**

El niño crece en una familia llevada por la sobreprotección y sobreafecto, generalmente en padres primerizos o en hijos concebidos con dificultad, los niños se vuelven dependientes de sus padres para tomar nuevas decisiones o enfrentarse a nuevos retos, están llenos de ansiedad y miedo.¹³

➤ **SOBREAUTORIDAD**

Los padres imponen disciplina rigurosa e intolerante a fin de crear un esquema mental de fortaleza en el infante, pero logran todo lo contrario haciendo que el niño crezca lleno de inseguridades y sin poder expresar sus sentimientos. Cuando está al frente de un odontopediatra impositor este visualiza a sus padres, lo cual evita que él pueda expresar sus emociones dentro de un ambiente seguro y estable.¹³

➤ **FALTA DE AFECTO**

Cuando existen problemas ya sea por divorcios, embarazos no deseados o exceso de trabajo y se deja de lado el cariño y atención que por derecho le corresponden al niño este se siente desplazado y empieza a retraerse volviéndose introvertido, para llamar la atención, recurre al llanto y desarrolla hábitos poco saludables que atentan con su bienestar como la bulimia o anorexia; el odontopediatra juega un rol importante al ser comprensivo con su situación y proporcionándole la atención que merece, creando un vínculo de confianza.¹³

➤ **RECHAZO**

La inmadurez psicológica de los progenitores sumado a ellos los celos, repercuten en los niños desplazándolos con un trato estricto y restringido, no demuestran el amor hacia sus hijos, volviendo a los niños personas rebeldes y soberbias, que piensan tener el control de las situaciones ante las que se enfrentan, con facilidad recaen en la depresión y llanto, el profesional en odontopediatría ayuda al momento de brindarle seguridad y confianza

en un principio al infante le costara confiar pero después terminara accediendo ante un buen trato recibido.¹³

4.1.3 TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN DEL COMPORTAMIENTO UTILIZADAS POR EL ODONTOPEDIATRA

El profesional tiene la capacidad para identificar y evaluar el tipo del comportamiento que tiene el paciente pediátrico y que técnica para la adaptación debe usar, además de conocer la literatura el odontopediatra también debe desarrollar habilidades para poder aplicarlas, de igual manera abrirse al niños y conocer sus emociones y lo que él siente. Dentro de las diferentes técnicas encontramos:¹⁵

4.1.3.a TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS

- **COMUNICACIÓN NO VERBAL**

Juega un papel importante la expresión facial y el contacto visual, ya que sirven de guía para la conducta a través del contacto físico. Captando la atención tanto del paciente como del tutor, durante los primeros meses de vida los infantes no diferencian los sonidos, ni entienden las palabras, por ello tienden a comprender las expresiones faciales.¹⁵(Figura 9)

Este tipo de comunicación se puede entablar a través de miradas amables, sonrisas, tacto suave, que van a repercutir positivamente en la experiencia con el profesional. El contacto con el infante es fundamental para hacerlo sentir querido. ¹⁵



Figura 9. Contacto visual paciente-odontólogo

Fuente: Granda M. Clínica odontológica general, UCACUE, 2016

Se destaca que el ambiente tiene que ser armónico de esta manera el vínculo creado por el odontopediatra-paciente-madre, será estable y permitirá entender con fluidez los sentimientos y necesidades del niño, y el tratamiento será efectuado a cabalidad.¹⁵

- **EL TOQUE**

Si el estímulo que se aplica en el niño no es sutil este va a provocar una alteración en su desarrollo intelectual y físico, por lo contrario una caricia suave, palabras amables llenas de amor van a despertar en el niño el interés para entablar una relación con la otra persona; así como van a aprender a amar a sus semejantes y tratarles con la misma delicadeza con la que se acercaron a él por primera vez.¹⁵ (Figura 10)

Siendo un camino sencillo para controlar el miedo dental, de igual forma cuando se realiza una contención física las manos que sujetan la cabeza deben tratar de acariciar el rostro con seguridad y amor a fin de que esta experiencia no resulte negativa para el infante.¹⁵



Figura 10. Toque sutil hacia el paciente pediátrico

Fuente: Guedes A. Fundamentos de odontología, Odontopediatría, 2011.¹⁵

- **DECIR-MOSTRAR-HACER**

Es la técnica más conocida por los odontopediatras ya que generalmente es la que utiliza para introducir al niño en el mundo de la odontología. Haciendo uso de los instrumentos mecánicos con los que se cuenta en el consultorio, iniciando con la explicación precisa del procedimiento, seguida de una demostración a fin de que el infante visualice que no genera ningún daño ni muchos menos dolor y culminando con la realización del procedimiento.¹⁵ (Figura 11)

El odontopediatra se vale de los sentidos para llegar al niño, así como del juego de palabras que el niño relacione con sus cosas cotidianas y divertidas para enfatizándose en la comunicación verbal y no verbal. Sin embargo no se debe recaer en mentiras que puedan afectar los lazos de confianza, el niño debe conocer cada uno de los instrumentos

a utilizar a fin de evitar la ansiedad durante la consulta, se puede apoyar con el uso del espejo y así el paciente siga todo el procedimiento ya explicado con anterioridad.¹⁵



Figura 11. Técnica decir-mostrar-hacer utilizando micromotor

Fuente: Koch G. Odontopediatría Abordaje Clínico, 2011.¹²

- **DESENSIBILIZACIÓN**

Se basa en tres componentes:

- *“Entrenamiento de la relajación muscular asociado a técnicas respiratorias”¹⁵*
- *“Elaboración de lista jerárquica personalizada de estímulos generadores de miedo”¹⁵*
- *“Exposición a los estímulos generadores de miedo, inicialmente en un ejercicio imaginario, culminando con el control real, donde cada etapa se vuelve posible control por el paciente en función del uso de técnicas psicológicas y de relajamiento.”¹⁵*

Generalmente esta técnica se puede usar en conjunto con un medio farmacológico como el gas oxígeno que ayuda a mejorar la relajación del paciente.¹⁵

- **MODELADO**

En esta técnica el paciente se convierte en observador, por lo tanto se lo expone a, como por el contrario te otras personas con una conducta correcta, de forma que repita dicho actuar cuando se enfrente a situaciones parecidas. Independientemente si el modelo a seguir es una persona que se encuentra en el mismo lugar que él o ha sido filmada: el proceder del odontopediatra también es absorbida por el paciente ya que identificará si se encuentra relajado y sereno, como por el contrario reconocerá si el profesional presenta ansiedad. El uso

de muñecos como modelador didáctico da muy buenos resultados y tiene buena acogida por parte de los infantes.¹⁵

- **DISTRACCIÓN**

Cuando el impulso producido por el odontopediatra generó molestia en el paciente esta técnica resulta de gran ayuda, ya que desvía la atención del niño mediante el uso de juguetes, narraciones de historias o incluso se puede recurrir a la proyección de videos o música que van encaminados a relajar al niño y vuelva a recuperar la confianza en el profesional.¹⁵

- **REFUERZO POSITIVO**

En esta técnica al niño se lo premia por una acción positiva realizada, haciéndole saber que su proceder es el correcto. Clasificándose en:¹⁵

- **SOCIAL**

Expresiones faciales de satisfacción y celebración.¹⁵

- **NO SOCIAL**

Premiándole con juguetes o cumpliendo un deseo anhelado del niño.¹⁵

Tanto el odontopediatra como el padre de familia tienen que aprender a reconocer cuando el niño merece ser premiado por su conducta, a la vez lo positivo que resulta dicha acción. Se debe actuar con naturalidad, ante el infante.¹⁵

- **REFUERZO NEGATIVO**

Esta técnica está fuera de uso dentro de odontopediatría ya que se trata de una comunicación netamente verbal en donde se utiliza frases que van a aumentar el sentimiento de fracaso del infante, al emplear expresiones como; *“hoy tú te portaste mal, no me gustó lo que hiciste,” “si duele me avisas,” “me quedé muy triste porque no hiciste lo que te pedí”*.¹⁵

Estas acciones son las que comprometen la eficacia del tratamiento y se convierten en experiencias negativas para el infante.¹⁵

- **CONTROL DE VOZ**

Para ejercer un control de la voz se debe identificar primero ante qué tipo de paciente se encuentra y la madurez psicológica, generalmente se emplea en niños a partir de tres años que ya notan la diferencia en los sonidos; de esta forma al niño se le hace conocer que su actitud es incorrecta y necesita ser corregida, el tono firme hace saber que el profesional es quien está a cargo y el responsable de ejecutar el tratamiento, influenciando indirectamente a que el niño trabaje en conjunto con el odontopediatra.¹⁵

Sin embargo esta técnica no entra dentro del perfil de comunicación con el paciente pediátrico, ya que únicamente se expresa frases firmes con un tono de voz controlado a fin de llamar la atención del paciente y corregir su actuar.¹⁵

- **INMOVILIZACIÓN FÍSICA**

Esta puede ser utilizada en paciente no colaboradores y en pacientes con discapacidad intelectual, fracaso en el empleo de otra técnicas y cuando existe peligro.¹⁵

No existe una manera determinada para realizar la inmovilización ya que esta se va a adecuar a las necesidades del operador, buscando siempre puntos de apoyo y espacios libres que permitan ejecutar el tratamiento. Existen diferentes tipos entre ellas se destacan:^{10, 15}

- **INMOVILIZACIÓN ACTIVA**

El niño es colocado en posición decúbito supino, en sillón odontológico, sujetando la cabeza el auxiliar, quien se posiciona en el extremo izquierdo y la madre se encarga de inmovilizar las extremidades del infante sin interferir con el tratamiento.¹⁵(Figura 12)



Figura 12. Inmovilización física

Fuente: Guedes A. Fundamentos de odontología, Odontopediatría, 2011.¹⁵

Dentro de esta se encuentran:¹⁵

➤ **INMOVILIZACIÓN DE LAS MANOS Y RODILLAS**

En esta posición la madre permanece parada en un extremo del sillón odontológico, sujetando las manos a nivel de las rodillas para generar mayor seguridad y lograr inmovilizar el infante. De esta manera el niño desarrolla mayor confianza debido a la presencia de la madre.¹⁵

➤ **CUERPO A CUERPO**

La madre se coloca en posición decúbito ventral, en frente al niño sobre el sillón odontológico, sosteniendo el peso de su cuerpo sobre sus codos e inmovilizando paralelamente el cuerpo del niño.¹⁵

➤ **POSICIÓN DE PECHO**

La madre ocupa una posición decúbito supino en la silla odontológica, de manera que el niño queda sobre su regazo, inmovilizando el accionar de los brazos y piernas; el ayudante sostiene la cabeza.¹⁵

➤ **POSICIÓN EN SILLA**

La madre se sienta en el sillón odontológico simulando a la montura del caballo, con la libertad para inmovilizar las extremidades libres del niño evitando accidentes y sin interrumpir el procedimiento a realizar.¹⁵

➤ **SILLA DE OFICINA**

La madre se encuentra sentada formando un ángulo de 90° entre su cuerpo, con el niño sentado en sus piernas, asegurando la cabeza contra su pecho, el odontopediatra se sienta en su extremo derecho a fin de utilizar sus manos para el examen bucal y el asistente se sienta frente al menor a fin de inmovilizar las piernas sujetándolo en las rodillas y poder tomar apuntes del tratamiento a efectuar.¹⁵

➤ **RODILLA CON RODILLA**

Tanto la madre como el odontopediatra se sientan frente a frente en sillas del mismo alto con sus rodillas en contacto, haciendo una especie de cama y se recuesta al niño en donde la madre tiene el control total de las extremidades, mientras el operador hace uso

de sus manos para controlar la cabeza y realizar el examen bucal. Esta técnica es sumamente utilizada para indicar técnicas de cepillado.¹⁵ (Figura 13)



Figura 13. Técnica rodilla con rodilla

Fuente: Guedes A. Fundamentos de odontología, Odontopediatría, 2011.¹⁵

- INMOVILIZACIÓN PASIVA

Dentro del consultorio odontológico existe diferente tipo de instrumental, que ayudan al odontopediatra a realizar la inmovilización, para que la misma se amucho más llevadera sin necesidad de recurrir a la contención física, dentro de ellas tenemos:¹⁵

- ABREBOCAS

Son utilizados para niños con edades comprendidas entre cero a treinta meses, son confeccionados de diferente material como: silicona, goma, metal; se pueden esterilizar utilizando el autoclave, estos ayudan a mantener la boca abierta evitando accidentes para el operador. Son de gran ayuda al momento de aplicar flúor y en técnicas de anestesia; se debe tener precaución al momento de utilizarlos ya que deben estar sujetos por seda dental a fin de evitar que los niños traten de ingerirlos.¹⁵ (Figura 14)



Figura 14. Abre bocas tipo: Molt, McKesson y desechable.

Fuente: Guedes A. Fundamentos de odontología, Odontopediatría, 2011.¹⁵

- **SILLA BEBÉ-CONFORT**

Está adaptada especialmente para el consultorio odontológico, se utiliza en niños cuyas edades oscilan de dos a doce meses.¹⁵

- **HAMACA ESPECIAL PARA NIÑOS**

Existen diferentes modelos y se emplean en niños con edades de dos años.¹⁵

- **PEDIWRAP Y PAPOOSE BOARD**

Cuando la inmovilización física por parte de la madre, resulta ineficiente se recurre a este sistema que ayuda a un mejor control del cuerpo del infante; siempre y cuando el tutor autorice mediante el consentimiento informado su empleo, su estructura es fina y con ventilación a fin de evitar que el niño se sofoque.^{10, 15} (Figura 15-16)



Figura 15. Odontopediatra utilizando pediwrap

Fuente: Guedes A. Fundamentos de odontología, Odontopediatría, 2011.¹⁵



Figura 16. Papoose Board.

Fuente: Guedes A. Fundamentos de odontología, Odontopediatría, 2011.¹⁵

- TÉCNICA DE LA MANO SOBRE LA BOCA

Esté técnica está fuera de uso por parte de los odontopediatras debido, a que requiere contacto físico directo contra la cavidad oral del infante. Sin embargo aún consta dentro de la literatura. El operador ayudándose de su mano la coloca con firmeza sobre la boca del niño y con un control de voz se le comunica que a menos que cambie su actitud, no se retirará la mano, para realizar dicho acto se debe pedir autorización por escrito a los padres, ya que en muchos países es considerada como violación a los derechos de los niños. Está indicada para los pacientes no colaboradores.¹⁵

4.1.4 INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA ANSIEDAD INFANTIL EN ODONTOLOGÍA

Es importante determinar el nivel de ansiedad con el que el niño asiste a la consulta dental, a fin de que tanto el especialista como los auxiliares ayuden a reducir los factores que inducen a que este se produzca.^{1, 5}

Dentro de los instrumentos se encuentran: *“las escalas de registro de comportamiento, entrevistas o métodos proyectivos”*¹

Las escalas más utilizadas por los odontólogos se encuentran: *“escala de Frankl, Venham Anxiety and Behavior Rating Scale, Children’s Fear Survey Schedule (CFSS), Venham Picture Scale, Facial Image Scale (FIS)”*.¹

4.1.4.a ESCALA DE FRANKL

Esta escala fue propuesta por Frankl et al; para valorar el comportamiento del niño durante la atención odontológica, siendo una escala validada y ampliamente utilizada, consta de cuatro categorías.^{1,11} (Cuadro1)

(1) Definitivamente positivo	++
(2) Positivo	+
(3) Negativo	-
(4) Definitivamente negativo	--

Cuadro 1. Escala de Frankl

Fuente: Pires M. Conducta Clínica e Psicología na Odontopediatria, 2013.¹

- **I de Frankl (++):** *“comportamiento definitivamente positivo, cuando el niño es completamente colaborador, tiene buena comunicación con el dentista, se interesa por los procedimientos odontológicos, se ríe, sonríe y agradece”.* ^{1, 2, 22} (Figura 17)



Figura 17. Paciente sonríe y asiente ante explicaciones del odontólogo

Fuente: Granda M. Clínica odontológica general, UCACUE, 2016.

- **II de Frankl (+):** *“comportamiento positivo, cuando existe aceptación del tratamiento, pero el niño se muestra cauteloso. Aunque a veces reclama, tiene voluntad de cooperar con el dentista y sigue instrucciones.”* ^{1, 2, 22} (Figura 18)



Figura 18. Paciente con actitud reservada ante el odontólogo

Fuente: Granda M, Clínica odontológica general, UCACUE. 2016

- **III de Frankl (-):** *“comportamiento negativo, cuando el paciente se resiste a aceptar el tratamiento, no coopera, está hosco o retraído, con muestras de actitud negativa constante.”* ^{1, 2, 22} (Figura 19)



Figura 19. Paciente con expresión facial triste y acción temerosa

Fuente: Granda M. Clínica odontológica general. UCACUE. 2016.

- **IV de Frankl (- -):** *“comportamiento definitivamente negativo, cuando el niño se rehúsa el tratamiento, presenta llanto constante, expresa miedo o cualquier otro signo negativo.”*^{1, 2, 22} (Figura 20)



Figura 20. Paciente con llanto desesperado

Fuente: Escobar F. Odontología Pediátrica 2004.¹³

4.1.4.b VENHAM PICTURE TEST

Este test fue desarrollado por Venham et al; en el año de 1977 con la finalidad de evaluar la ansiedad infantil, en niños de edad preescolar y escolar. Consta de figuras de humanos, con diseño masculino de niños, de cabeza grande y líneas largas, para atraer la atención y aumentar el estímulo visual, pero el cuerpo fue diseñado con una proporción menor y con líneas finas. Se realizó un diseño de cabello y rostro a fin de evitar cualquier identificación racial o socioeconómica.^{1, 23, 24}

El cartel consta de varias figuras con una variedad de estado, que van desde: neutro, alegre, miedo, llanto, triste, rabia y pánico.^{1, 24} (Cuadro 2)

Código	Relación Emocional	
0	Neutro	emoción de poca ansiedad
1	Alegre	emoción sin ansiedad
2	Miedo	emoción de ansiedad
3	Aflicción-Llanto	emoción de ansiedad
4	Tristeza	emoción de ansiedad
5	Rabia	emoción de ansiedad
6	Pánico	emoción de ansiedad

Cuadro 2. Códigos de emociones modificado por Rank et al 2005.

Fuente: Pires M. Conducta Clínica e Psicología na Odontopediatria, 2013.¹

Rank et al; en el 2005 realizó una modificación a la escala de Venham añadiendo imágenes para niñas, lo cual facilita la aplicación de este test, manejando los mismos principios con los siete estados de ánimos. ^{1,25} (Figura 21-22)

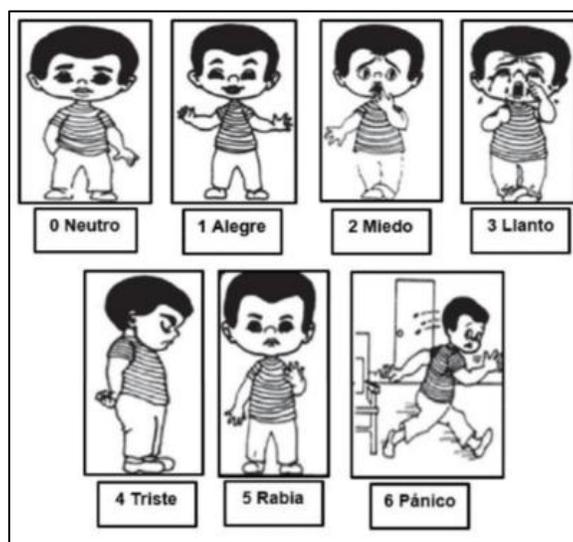


Figura 21. Venham picture test, para niños modificado por Rank et al. 2005

Fuente: Pires M. Conducta Clínica e Psicología na Odontopediatria, 2013.¹

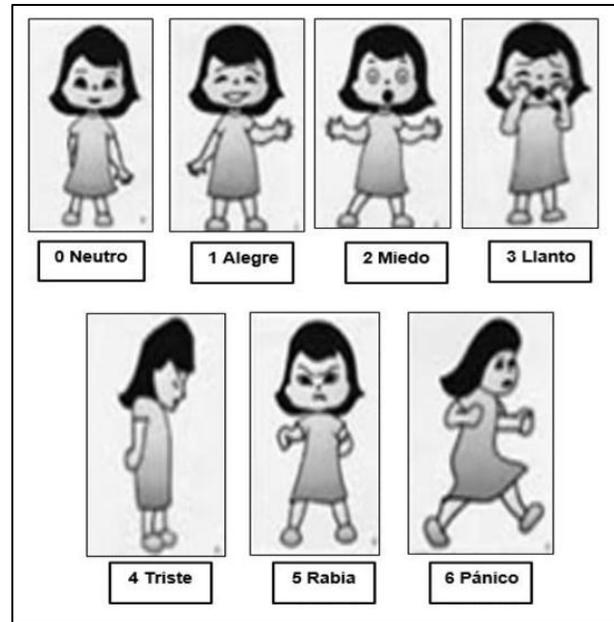


Figura 22. Venham picture test, para niñas, modificado por Rank et al. 2005

Fuente: Pires M. Conducta Clínica e Psicología na Odontopediatria, 2013.¹

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Obra: Artículo de revista:** “Effect of Exposure to positive Images of Dentistry on dental Anxiety among 7 to 12 years.”²³

Autor: Rajendra-Gangwal R, Rameshchandra-Badjatia S, Harish-Dave B.

Resultado: OBJETIVO: Evaluar el efecto de la exposición a imágenes positivas de odontología en niños de 7 a 12 años con ansiedad dental. MATERIALES Y MÉTODOS: Un total de 60 sujetos participaron en el estudio fueron aleatoriamente asignados en dos grupos; grupo 1: grupo de estudio (imagen positiva), grupo 2: grupo control (imagen neutra). En ambas condiciones se pidió al participante mirar las fotografías durante 2 minutos en la sala de espera antes de su cita. La intervención consistió en la visualización una imagen positiva acerca de odontología y el tratamiento dental (grupo de estudio); el (grupo control) observo imágenes neutras. La evaluación de la ansiedad anticipatoria se hizo a ciegas y se llevó a cabo como condición experimental. Se evaluó utilizando la escala de Venham Picture Test, encontrando que los niños presentan mayor grado de ansiedad cuando están en la sala de espera y menor grado después de la intervención y el postoperatorio. RESULTADOS: Las imágenes dentales positivas tienen un efecto sobre la reducción de la ansiedad en comparación con imágenes neutras cuando se mide por la escala de Venham Picture Test.

- **Obra: Artículo de revista:** “Stress Reduction Through Audio Distraction in Anxious Pediatric Dental Patients: An Adjunctive Clinical Study”²⁴

Autor: Singh D, Samadi F, Jaiswal JN, Mani-Tripathi A.

Resultado: OBJETIVO: Evaluar la eficacia de audio distracción en pacientes pediátricos con ansiedad dental. MATERIALES Y MÉTODOS: En el estudio se contó con sesenta niños de edades comprendida entre los 6 y 12 años sin ninguna experiencia dental anterior, formando dos grupos iguales; un grupo control (grupo A) y un grupo experimental (grupo B); el procedimiento empleado fue la extracción dental, la elección del tipo de música era voluntario. EL nivel de la ansiedad del niño se midió mediante la prueba de imagen de Venham que es una escala que brinda un auto informe acerca de la ansiedad en los niños. Encontrando que en el grupo control existió un cambio en la presión arterial, así como la respuesta al VPT, mientras que en el grupo experimental la respuesta fue mayor aumentando el grado de reacción ante el VPT. RESULTADOS: La escala de Venham Picture Test ayudó a determinar con éxito el nivel de ansiedad infantil presentado en los niños de los dos grupos tanto experimental como de control, así como el audio distracción ayudó a disminuir la ansiedad en los pacientes pediátricos de manera significativa.

- **Obra: artículo de revista:** “Análisis Comparativo Entre las Distintas Escalas de Valoración del Comportamiento, Ansiedad y Miedo Dental en Odontopediatría”²⁵

Autor: García L, Forés C

Resultado: OBJETIVO: Valorar cuales son las escalas de medición de la ansiedad, el miedo y comportamiento que más se emplean en la actualidad y son de mayor utilidad para los odontólogos. MATERIALES Y MÉTODOS: para realizar la revisión bibliográfica se recurrió a bases de datos como Pubmed, Ebsco, Medline, Dentistry & Oral y Google académico. Un alto porcentaje de los artículos que se encontraron utilizaban como método estadístico SPSS y el resto el método estadístico ANOVA. Para realizar los análisis internos de fiabilidad han empleado: Alfa de Cron Bach, chi-cuadrado y test de Friedman. RESULTADO: La escala de CFSS-DS se considera como la escala con mayor exactitud que cubre los aspectos para medir el miedo dental, la escala de FIS se considera fiable para valorar la ansiedad dental en niños pequeños que presentan limitaciones. La escala de Venham Picture Test (VPT) se considera una medida que tiene mucho éxito y se aplica en niños con edades comprendidas entre los 6 a los 15 años, sin embargo la escala de Frankl es la más usada para valorar el comportamiento infantil, siendo muy práctica en odontopediatría.

- **Obra: Artículo de revista:** “Factors Associated with Dental Behaviour Management Problems In Children Aged 2-8 Years in Beijing, China”²⁶

Autor: Bin Xia, Chun-Li Wang, Li-Hong Ge.

Resultado: OBJETIVO: determinar la prevalencia del miedo dental y los problemas de manejo de conducta en la clínica. MATERIALES Y MÉTODOS: este estudio incluyó 209 niños con edades comprendidas entre los 2 a 8 años, quienes recibieron tratamiento odontológico; las entrevistas se realizaron con la presencia de los tutores, el comportamiento dental fue evaluado utilizando la escala de Venham modificada, RESULTADOS: Durante el primer tratamiento, 29.7% de los niños presentaron problemas de manejo de conducta, se manejaron 4 variables que permitieron predecir los problemas de comportamiento en un 87.9% de los casos. Este factor de riesgo se presenta en niños, influenciado por las expectativas del tutor acerca del comportamiento negativo durante la consulta, la ansiedad, timidez y dolor dental. Los niños con edades entre 2.5 y 3.5 años que asistieron al jardín de infante mostraron un mejor comportamiento durante la atención odontológica ante aquello que lo no hicieron. Estos resultados demuestran que mediante

una entrevista previa realizada por el odontopediatra es fácil identificar cuando los niños presentan problemas de comportamiento.

- **Obra: Artículo de revista:** “Assessment of Discomfort Experienced by School Children While Performing ART and MCP-An Experimental Study”²⁷

Autor: Goud R, Nagesh L, Shoba F, Raju H.

Resultado: OBJETIVO: Evaluar y comparar los niveles de molestia durante el tratamiento restaurador atraumático y preparación mínima de la cavidad (MCP: un método utiliza instrumentos rotatorios), en una muestra de niños en edad escolar en la ciudad de Davangere. MATERIALES Y MÉTODOS: se realizó un estudio experimental con el objetivo de comparar, medido subjetivamente (escala de Venham), y objetivamente (frecuencia cardiaca) tomando en cuenta seis momentos específicos durante el tratamiento. En un total de 200 niños que fueron divididos aleatoriamente en dos grupos de 100 cada uno. En cada niño, se llevó a cabo una restauración clase II en un molar temporal. Un grupo recibió tratamiento utilizando MCP y otro grupo con ART. Los niveles de malestar se midieron utilizando la escala de Venham (dimensión conductual) y la frecuencia cardiaca (dimensión fisiológica). RESULTADO: La medición del comportamiento reveló que en el grupo de ART la mayoría de los niños 64% mostró una puntuación global en Venham de <1 (relajado) en comparación con el grupo de MCP en la que la mayoría de niños 76% mostró una medición para Venham con puntuación de 1 (incómodo); la medición fisiológica reveló que los niños del grupo ART experimentaron menos dolor en comparación con los niños del grupo MCP.

- **Obra: Artículo de revista:** “The Effect of Paternal Presence on the 5 year old Children’s Anxiety and Cooperative Behavior in the First and Second Dental Visit”²⁸

Autor: Afshar H, Nakhjavani B, Mahmoudi-Gharaei J, Paryab M, Zadhoosh S.

Resultado: OBJETIVO: evaluar el comportamiento de los niños iraníes de 5 años de edad, incluyendo la ansiedad y la cooperación en relación con la presencia de los padres en la primera y segunda cita dental. MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio contó con sesenta y siete niños de 5 años de edad seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión, al zar se dividieron en dos subgrupos, los niños del grupo I contaron con la presencia de sus padres y los del grupo II no contaron con la presencia de sus padres, antes de la primera visita al odontólogo del niño, se entrevistó a los padres; cuarenta y ocho de los niños que reciben el examen inicial fueron recordados para una segunda

visita. Las respuestas de los niños durante el procedimiento de la primera y segunda visita fueron evaluadas usando una combinación de dos medidas, incluyendo la frecuencia cardiaca y el comportamiento clínico. La interacción paciente-odontólogo fue regulada por escalas estandarizadas y registradas en video. El comportamiento del niño grabado durante cada visita fue calificado por dos odontólogos pediátricos por separado según la escala de Venham hasta el código 6 y Frankl hasta el código 4, que presenta la escala. RESULTADO: No existieron diferencias significativas entre las medidas de la frecuencia cardiaca de los niños del grupo I y II en la primera y segunda visita. Tampoco había diferencias significativas en las medidas de la ansiedad clínica en los niños de los grupos en la primera y segunda así como en la cooperación clínica; no se encontraron diferencias relacionadas con el sexo, educación impartida por los padres o experiencias dentales. Por lo tanto se determinó que la presencia o ausencia de los padres durante la consulta dental, en los niños iraníes de 5 años de edad no afectó ni produjo ansiedad mostrando una buena colaboración por parte de los infantes, según la valoración realizada mediante las escalas de Frankl y Venham.

- **Obra: Artículo de revista:** “Conscious Sedation Procedures Using Intravenous Midazolam for Dental care in Patients with Different Cognitive Profiles: A prospective Study of Effectiveness and Safety”²⁹

Autor: Collado V, Faulks D, Nicolas E, Hennequin M.

Resultado: OBJETIVO: evaluar la eficacia y seguridad de los procedimientos de sedación consciente utilizando midazolam intravenoso en adultos y niños con discapacidad intelectual (DI) en comparación con los pacientes que tienen ansiedad dental (DA), MATERIALES Y MÉTODOS: Para el estudio se contó con noventa y ocho pacientes con ID y cuarenta y cuatro pacientes con DA, para el uso programado de midazolam intravenoso. En el estudio participaron en las de 187 sesiones y 133 respectivamente. Los criterios de evaluación fueron el éxito del tratamiento dental, el nivel de cooperación (escala modificada de Venham) y la aparición de efectos adversos. RESULTADO: el tratamiento dental fue exitoso en 9 de cada 10 sesiones para ambos grupos. Los efectos adversos menores se produjeron en un 16% y el 6.8% de la sesiones en los pacientes con DI y DA; los procedimientos de sedación consciente utilizando midazolam intravenoso, con o sin medicación previa y/o sedación por inhalación (50% N₂O/O₂), han demostrado ser seguro y eficaz en pacientes con discapacidad intelectual y ansiedad dental.

Los pacientes con trastorno de ansiedad dental fueron significativamente más relajados, pocos mostraron puntuaciones muy altas en Venham 4 o 5, al igual que un menor número de pacientes con DI, durante el tratamiento odontológico el comportamiento mejoró en los pacientes con DI, esto confirma los resultados de un estudio previo que muestran los efectos educativos y ansiolíticos de sesiones repetidas de sedación por inhalación de óxido nitroso al 50% de oxígeno en pacientes con necesidades especiales.

- **Obra: Artículo de revista:** “Effectiveness and Comparison of Various Audio Distraction Aids in Management of Anxious Dental Pediatric Patients”³⁰

Autor: Navit S, Johri N, Khan S, Singh R, Chadha D, Navit P & cols.

Resultado: OBJETIVO: comparar la eficacia de la ayuda de audio-distracción, en la reducción de la ansiedad dental de los pacientes pediátricos sometidos a diversos procedimientos dentales estresantes e invasores. MATERIALES Y MÉTODOS: en el estudio participaron 150 niños, con edades comprendidas entre los 6 y 12 años seleccionados al azar entre los pacientes que acudieron a su primera cita dental se conformaron cinco grupos de 30 niños cada uno. Entre los grupos se encuentra: grupo control, el grupo de música instrumental, el grupo de canciones de cuna, grupo de canciones de películas y el grupo de historias de audio. Cada grupo de niño tenía cuatro sesiones. Al culminar cada sesión se medía el nivel de ansiedad utilizando la escala de Venham (VPT) y el pulso. RESULTADO: existió un cambio en los registros del pulso de grupo control, estos aumentaron con las visitas sin embargo no hubo un aumento significativo entre las puntuaciones de VPT. Observándose una reducción de la ansiedad en comparación con el grupo control, con el grupo que mayor se obtuvo resultados fue el grupo con las historias de audio.

- **Obra: Artículo de revista:** “Validity of the Brazilian Version of the Venham’s Behavior Rating Scale.”³¹

Autor: González-Cademartori M, Paiva-Da Rosa D, Correa-Oliveira L, Britto-Corrêa M, Leão-Goettems M.

Resultado: OBJETIVO: evaluar la validez de la versión brasileña del VBRS. MATERIALES Y MÉTODOS: participaron niños de 7 a 13 años, el comportamiento del niño fue evaluado simultáneamente tanto con el Venham’s Behavior Rating Scale y la escala de Frankl. La validez de criterio se determinó a través de Spearman’s correlación de coeficiente. RESULTADO: Un total de 265 niños participaron en este estudio.

Encontrando una sensibilidad de 97,4% y una especificidad de 94.7%; la versión brasileña del VBRS fue significativamente correlacionado con la escala de Frankl ($r = -0,69$; $p < 0,001$, $r = 0,72$; $p < 0,001$). El comportamiento del niño evaluado estaba relacionado con la complejidad del tratamiento, el tipo de procedimiento, el uso de anestesia local y el miedo dental. Demostrando que la evaluación del comportamiento mediante la escala de Venham es simple, rápida y no invasiva y puede formar parte de las actividades clínicas e investigaciones.

- **Obra: Artículo de revista:** “Dental Fear and Concomitant Factors in 3-6 Year Old Children”³²

Autor: Salem K, Kousha M, Anissian A, Shahabi A.

Resultado: OBJETIVO: evaluar la prevalencia de problemas de miedo y manejo de conducta dental, así como examinar la relación entre el miedo dental y probables factores concomitantes. MATERIALES Y MÉTODOS: en este estudio participaron 200 madres con hijos en edades comprendidas entre los 3 a 6 años, siendo un estudio descriptivo-analítico y se completó con los cuestionarios CFSS-DS, Chora y Spielberg para los niños y la ansiedad dental en general de los padres en este estudio. Se evaluó el comportamiento de acuerdo a la escala de Frankl y el enfoque estadístico incluyeron T-test, chi-cuadrado y la correlación de Pearson Linear. RESULTADOS: La puntuación media del miedo dental fue 32.15 ± 10 y la prevalencia fue de 22,2%. Se encontraron correlaciones significativas entre los problemas de miedo al dentista, miedo general y manejo de conducta del niño; sin embargo no se encontró relación entre el miedo dental del niño y el miedo en general de los padres. De acuerdo con los resultados de este estudio el miedo dental/ansiedad parece ser más condicionada por el temperamento del niño, que el impacto producido por los padres.

5. HIPÓTESIS

El presente estudio no precisó hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo.

Diseño de la Investigación: Descriptivo

Nivel de la Investigación: Comparativa

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De campo
- **Por la técnica:** Comunicacional – entrevista.
- **Por la temporalidad:** Transversal actual.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población constó de 131 pacientes que acudieron a la Universidad Católica de Cuenca y fueron atendidos por los alumnos de esta institución de los cuales todos aceptaron formar parte del estudio, registrándose las fichas tanto en las escalas de Venham como Frankl respectivamente.^{33, 34}

2.1. Criterios de Selección: Se tomó en cuenta los siguientes criterios de selección:

2.1.a Criterios de Inclusión: Se incluyó en el estudio a los niños/as que fueron atendidos por alumnos de la UCACUE, así como a los pacientes de los alumnos de octavo ciclo en el año lectivo 2016 y que aceptaron formar parte de la investigación firmando el asentimiento, así como el consentimiento informado sus tutores. Con edad comprendida desde los 3 hasta los 12 años.

2.1.b Criterios de exclusión: Se excluyó del estudio los infantes que no aceptaron formar parte de la investigación, al no firmar el asentimiento, así como al no recibir la autorización por parte de sus tutores y a los infantes que no fueron atendidos por alumnos de la UCACUE y que su edad haya sobrepasado los 12 años.

Tamaño de la muestra: La cantidad de 131 fichas proviene de una población de 131 pacientes, que fueron atendidos por alumnos de la UCACUE y aceptaron formar parte del estudio firmando el consentimiento y asentimiento informado.^{33, 34}

3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Conducta o comportamiento de colaboración	<i>“Relación funcional que se forma entre estímulo y respuesta como resultado de la experiencia”³⁵</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Llanto - Expresión De temor - Indiferencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborador - No colaborador 	Cuantitativo	Nominal

4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. Instrumentos documentales: Se utilizó fichas para la valoración del comportamiento de los infantes según Venham Picture Test (Anexo 3,4), modificado por Rank, las mismas que están divididas según el sexo así como la escala de registro de Frankl (Anexo 5), con los respectivos códigos de evaluación, se utilizó la misma escala para ambos sexos.

4.2. Instrumentos mecánicos: Para la toma de datos se utilizó una computadora portátil, con procesador Core i7.

4.3. Materiales.

Se utilizaron materiales de escritorio.

4.4. Recursos

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos financieros, (autofinanciado).

5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1. Ubicación espacial: La Universidad Católica de Cuenca, facultad de Odontología está ubicada en la Av. De las Américas y Humboldt. Fue fundada el 7 de septiembre de 1970, en la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay; con extensiones en Quito, Azogues y la amazonía. Se caracteriza por brindar una educación de calidad, cristiana y ética en la actualidad alberga aproximadamente a 11.992 estudiantes.³⁶

5.2. Ubicación temporal: La recolección de datos se realizó en los meses de junio, julio y agosto del año 2016, en los pacientes pediátricos que fueron atendidos por alumnos de la UCACUE. Se utilizó fichas de registro de comportamiento como fue la escala de Frankl y VPT, en esta última se empleó la modificación hecha por Rank para ambos sexos. La investigación se llevó a cabo en los meses de agosto y septiembre del año 2016.

5.3. Procedimiento para la toma de datos

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las fichas de evaluación de comportamiento tanto de la escala de Venham Picture Test Para ambos sexos, (Figura 23, 24), como la escala de Frankl, las cuales se ingresaron en una base de datos en el programa Microsoft Excel, la misma que estuvo dividida, dependiendo del sexo, la edad y el código de cada escala.

5.3.a Método de examen utilizado

- El paciente infantil llegó a la clínica de la UCACUE, acompañado de su representante.
- Se pidió al niño que se siente en el sillón odontológico.
- Se entregó y se explicó tanto el consentimiento como el asentimiento informado, al padre de familia y al infante, en donde se detalló el procedimiento a realizar, así como los instrumentos a utilizar, esta manera la participación fue voluntaria. (Anexo 1,2)
- En la escala de Venham Picture Test, modificada por Rank et al. 2005. Se pidió al infante que observe durante un minuto las diferentes imágenes, las que muestran emociones: neutras, alegría, miedo, llanto, tristeza, rabia y pánico; se pidió que con el dedo de su mano indique con cual se siente identificado en ese momento, lo cual permitió realizar la evaluación.
- Con la escala de Frankl se observó el comportamiento del niño durante la atención odontológica y se lo calificó dependiendo de los códigos que se manejan, los cuales son: definitivamente positivo, positivo, definitivamente negativo, negativo. (Cuadro 3)
- Se realizó la evaluación y valoración de los datos obtenidos.
- Se analizaron los datos aplicando la fórmula de sensibilidad y especificidad.
- Se tomaron fotografías para obtener un respaldo del trabajo realizado, al utilizar las dos escalas.

5.3.b Criterio de registro de hallazgos

Las fichas estuvieron compuestas por casillas que permitieron realizar la valoración de los datos, en las mismas que estaban descritos los códigos y en los cuales se marcó con una "X", dependiendo de la evaluación realizada.

Cuadro 3. Escala de Frankl, instrumento de recolección de datos

PARAMETROS	CÓDIGOS	EVALUACIÓN
(1) DEFINITIVAMENTE POSITIVO	++	
(2) POSITIVO	+	
(3) NEGATIVO	-	
(4) DEFINITIVAMENTE NEGATIVO	--	

Figura 23. Escala de Venham, para niños modificado por Rank. Instrumento de recolección de datos

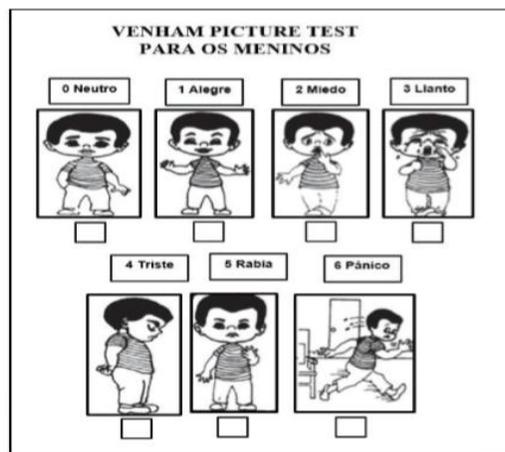
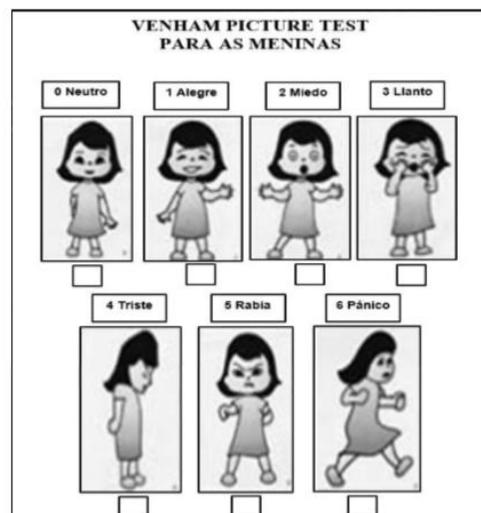


Figura 24. Escala de Venham, para niñas, modificado por Rank. Instrumento de recolección de datos



6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó la fórmula de sensibilidad y especificidad con las cuales se determinó cual es la escala más sensible para determinar el grado de colaboración de los pacientes pediátricos. Además se utilizó tablas dinámicas en Microsoft Excel que facilitaron el manejo de la información y elaboración de gráficos para los resultados.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, debido a que se ejecutó sobre datos ya tomados en pacientes que fueron atendidos por alumnos de octavo ciclo año 2016; se informó a todos los padres de familia y tutores por escrito de los objetivos del estudio, así como la metodología. Se indicó que los datos son confidenciales así como la identidad de los menores. Se solicitó que firmen el consentimiento informado y de igual forma con los pacientes pediátricos a quienes se les leyó a plenitud el asentimiento informado, para su respectiva aprobación. La valoración se hizo conocer al operador y al representante del infante.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

Los datos se recolectaron de los pacientes niños atendidos en la UCACUE, se utilizaron las escalas de Frankl y Venham Picture Test:

Tabla 1. Pacientes colaboradores y no colaboradores utilizando la escala de Frankl según la edad.

FRANKL POR EDAD							
EDAD	NO COLABORADORES	%	COLABORADORES	%	TOTAL GENERAL	%	
3	1	100%	0	0%	1	100%	
6	0	0%	4	100%	4	100%	
7	1	7.7%	12	92.3%	13	100%	
8	6	13.7%	38	86.3%	44	100%	
9	8	26.7%	22	73.3%	30	100%	
10	10	47.7%	11	52.3%	21	100%	
11	1	8.4%	11	91.6%	12	100%	
12	2	33.4%	4	66.6%	6	100%	
TOTAL GENERAL	29	22.2%	102	77.8%	131	100%	
PORCENTAJE GENERAL	22.2%		77.8%		100%		

Interpretación: La escala de Frankl nos arroja los siguientes resultados: el 100% de los pacientes evaluados entre 3 a 12 años, el 22.2%, se evidenció que fueron niños no colaboradores y el 77.8% fueron niños potencialmente colaboradores.

Tabla 2. Pacientes colaboradores y no colaboradores según la edad utilizando la escala de Venham Picture Test.

VENHAM PICTURE TEST POR EDAD							
EDAD	NO COLABORADORES	%	COLABORADORES	%	TOTAL GENERAL	%	
3	1	100%	0	0%	1	100%	
6	0	0%	4	100%	4	100%	
7	2	15.4%	11	84.6%	13	100%	
8	7	16%	37	84%	44	100%	
9	9	30%	21	70%	30	100%	
10	10	47.7%	11	52.3%	21	100%	
11	4	33.4%	8	66.6%	12	100%	
12	4	66.7%	2	33.3%	6	100%	
TOTAL GENERAL	37	28.3%	94	71.7%	131	100%	
PORCENTAJE GENERAL	28.3%		71.7%		100%		

Interpretación: Este estudio obtuvo los siguientes resultados: del 100% de los pacientes evaluados el 28.3% dieron como resultado pacientes no colaboradores y 71.7% de pacientes colaboradores utilizando VPT.

Tabla 3. Pacientes colaboradores y no colaboradores según el género utilizando la escala de Frankl

FRANKL SEGÚN EL GÉNERO							
	NO COLABORADORES	%	COLABORADORES	%	TOTAL GENERAL	%	
Femenino	16	22.9%	54	77.1%	70	100%	
Masculino	13	21.4%	48	78.6%	61	100%	
TOTAL GENERAL	29	22.2%	102	77.8%	131	100%	
PORCENTAJE GENERAL	22.2%		77.8%		100%		

Interpretación: Dentro del grupo masculino tenemos un total de 61 niños: 21.4% no fueron colaboradores y un 78.6% si dieron como resultado niños colaboradores. En cuanto al grupo femenino un total de 70 niñas: 22.9% no fueron colaboradores y 77.1% sin fueron colaboradores. En general del 100% de niños evaluados el 22.2% fueron pacientes no colaboradores y el 77.8% fueron infantes observados con conducta colaboradora, según la escala de Frankl.

Tabla 4. Pacientes colaboradores y no colaboradores relacionados con el género en la escala de Venham Picture Test.

VENHAM PICTURE TEST SEGÚN EL GÉNERO						
	NO COLABORADORES	%	COLABORADORES	%	TOTAL GENERAL	%
Femenino	18	25.8%	52	74.2%	70	100%
Masculino	19	31.2%	42	68.8%	61	100%
TOTAL GENERAL	37	28.3%	94	71.7%	131	100%
PORCENTAJE GENERAL	28.3%		71.7%		100%	

Interpretación: Agrupando a los pacientes según el género se encuentra que en el grupo de no colaboradores hay un total de 28.3% donde 18 son de género femenino y 19 masculino; mientras que en el grupo de colaboradores tenemos un total de 71.7%: donde 52 son de género femenino y 42 masculino. Con un total de 131 pacientes evaluados siendo el 100% del estudio.

Tabla 5. Sensibilidad y especificidad de las escalas de Frankl y Venham Picture Test.

	COLABORADOR FRANKL	NO COLABORADOR FRANKL	TOTAL GENERAL
COLABORADOR VENHAM	VP 94	FP 0	94
NO COLABORADOR VENHAM	FN 8	VN 29	37
TOTAL GENERAL	102	29	131

Fórmula de Sensibilidad y Especificidad

$$\text{Sensibilidad} = \frac{VP}{VP + FN} \times 100$$

$$= \frac{94}{94 + 8} \times 100$$

$$= \mathbf{92\%}$$

$$\text{Especificidad} = \frac{VN}{VN + FP} \times 100$$

$$= \frac{29}{29 + 0} \times 100$$

$$= \mathbf{100\%}$$

Interpretación: La escala de Venham Picture Test da como resultado una sensibilidad de 92% para diagnosticar pacientes no colaboradores y una especificidad del 100% para diagnosticar a los pacientes colaboradores.

2. DISCUSIÓN

Al llegar a la consulta odontológica los infantes pueden llegar a experimentar miedo y ansiedad, volviéndose emociones muy comunes dentro del área de odontopediatría. En los estudios de Rajendra-Gangwal et al, (2014)²³ y Singh D. et al, (2014)²⁴ utilizaron la escala de VPT para determinar el grado de ansiedad que presentaban los pacientes pediátricos, obteniendo como resultado que la escala VPT, permite realizar una evaluación eficaz acerca de la ansiedad de los pacientes y su estado emocional ya sea antes o después de la consulta una vez que el niño ha experimentado el estar en el sillón odontológico.

Bin Xia et al, (2011)²⁰ utilizaron las escalas tanto Frankl y VPT para evaluar la ansiedad de los pacientes pediátricos, dando como resultado que en la primera sesión los niños presentaron un buen comportamiento en el 70.3% y problemas de manejo de conducta en un 29.7%, mientras que en relación con experiencias dentales previas y ansiedad, los niños presentaron un buen comportamiento en un 73.8% y mal comportamiento en 26.2%, determinando que el uso de las escalas es importante para determinar el grado de ansiedad y nivel de cooperación de los pacientes pediátricos.

Goud et al, (2012)²¹ usando la escala de VPT, llega a establecer que los niños tratados mediante técnicas a traumáticas presentan menos ansiedad que aquellos que son tratados utilizando instrumental rotatorio, estos últimos dan una calificación $VPT > 1$, que corresponde al 76%, mientras que el primer grupo presentó una valoración $1 < VPT$ que corresponde al 64%. Concluyendo que esta escala es de gran ayuda para determinar el grado de ansiedad que presentan los pacientes pediátricos frente a los diferentes tratamientos.

De igual modo Salem K et al, (2012)³² utilizó Frankl para medir los niveles de angustia que presentaban los infantes, dando como resultado un comportamiento definitivamente positivo en un 8.5%, positivo en el 43.5%, negativo en un 36.5% y definitivamente negativo 11.5% de los pacientes. Por lo tanto Frankl permitió evaluar el nivel de ansiedad que presentaban los pacientes pediátricos el mismo que estaba relacionado con el miedo que ellos experimentaban al llegar a la consulta odontológica.

Sin embargo en este estudio se obtuvo una sensibilidad del 92% para la escala de Venham Picture Test, para diagnosticar a los pacientes no colaboradores y una especificidad del 100% para diagnosticar a los pacientes colaboradores. En cuanto a la relación con la edad el test Frankl dio como resultado 29 pacientes no colaboradores (22.2%) y 102 pacientes colaboradores (77.8%), en VPT relacionado a la edad en pacientes no colaboradores se

encontró 37 (28.3%) y colaboradores 94 (71.7%); en relación al género en la escala de Frankl se observó pacientes no colaboradores 29 (22.2%): donde 16 pacientes son de género femenino y 13 masculino y 102 (77.8%) pacientes colaboradores: donde 54 son de género femenino y 48 masculino.

Mientras que en la escala de Venham Picture Test relacionado al género se encontró 37 (28.3%) pacientes no colaboradores: donde 18 son de género femenino y 19 masculino y 94 (71.7%) colaboradores: donde 52 fueron de género femenino y 42 masculino.

Fonseca-García et al, (2013)²⁵ manifestó encontrar limitantes en la escala de VPT debido a su limitada medida para evaluar la ansiedad del paciente pediátrico, y la escala de Frankl presenta una mayor fiabilidad al momento de presentar los resultados del comportamiento.

Navit S et al (2015)³⁰ y González-Cademartori et al, (2016)³¹, realizan una investigación de la ansiedad dental y la validación de la versión brasileña de Venham, demostrando la evaluación realizada mediante el test de VPT dio resultados eficaces acerca de la situación emocional de los pacientes pediátricos en casos particulares sin encontrar diferencias significativas entre cada visita al odontólogo, en el segundo estudio se determinó una mayor sensibilidad de Venham en relación a Frankl dando una sensibilidad de 97.4% y una especificidad del 94.7% respectivamente. Recomendando utilizar VPT antes de que el niño sea sometido a tratamientos invasivos en la cavidad oral.

Demostrando de esta forma la alta sensibilidad que presentan tanto la escala de VPT y Frankl para determinar el nivel de colaboración y no por parte los pacientes en relación a su edad y género, por ende estas escalas son ideales para ser usadas en la práctica diaria a fin de implementar técnicas de adaptación que le permitan al paciente pediátrico tener experiencia satisfactoria en la atención odontopediátrica.

3. CONCLUSIONES

1. La escala de Venham Picture Test presenta una buena sensibilidad para predecir la conducta de los niños no colaboradores, sin embargo su alta especificidad permite diagnosticar con eficacia los pacientes colaboradores, volviéndola un instrumento de apoyo en la consulta odontopediátrica de fácil manejo para el operador.
2. Al evaluar la población infantil que acude a la clínica odontológica de la UCACUE; mediante la escala de Frankl y VPT, se pudo evidenciar que la mayoría de los pacientes pediátricos son de tipo colaborador, por ende disminuyen los niveles de estrés tanto del especialista como del estudiante a cargo del infante, mejorando así el nivel de atención y el plan de tratamiento a efectuar.
3. Mediante el uso de las escalas de Frankl y VPT para valorar la conducta de los pacientes pediátricos se pudo determinar que existe un menor porcentaje de infantes no colaboradores, volviéndose estos instrumentos una herramienta útil y de fácil manejo, para evaluar el comportamiento de los niños, por los estudiantes de pregrado con la ayuda del especialista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Pires M, Colares V. Conducta Clínica e Psicología na Odontopediatria. Editorial Santos, 2da ed. 2013, cap. 13-14. Págs. 131-139; 141-153.

[2] Asl N, Puralibaba F, Erfanparast L, Najafpour E, Jamali Z, Ebrahim S. Impact of Temperament on Child Behavior in the Dental Setting. J Dent Res Dent Clin Prospect. 2011, 5(4); 119-122. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/230880654_Impact_of_Temperament_on_Child_Behavior_in_the_Dental_Setting

[3] AL-Khotani A, Naimi A, Gjerset M, Albadawi E, Bello L, Hedenberg B, & cols. The associations between psychosocial aspects and TMD-pain related aspects in children and adolescents. The journal of headache and pain, 2016, 17-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27044436>

[4] Arrieta K, Díaz S, Verbel J, Hawasly N. Factores Asociados a Sintomatología Clínica de Miedo y Ansiedad en Pacientes Atendidos en Odontología. Rev. Clín Med Fam. 2013; 6(1): 17-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169629261004>

[5] Ríos M, Herrera A, Rojas G. Ansiedad Dental: Evaluación y tratamiento, SciElo, 2014, 30(1): 39-46. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-2852014001100005

[6] Lopera M, Cardeño V, Muñetones D, Serna E, Díaz M, Bermúdez P. Manejo de la Conducta del Paciente Pediátrico por Estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. Revista Nacional de Odontología. 2013; 9(16): 59-65. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/11>

[7] Shuani R, Shuani M, Badea M. Dental Anxiety and Fear Among a Young Population with Hearing Impairment, Pubmed, 2016, 89(1); 143-149. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4777458/>

[8] Reyna C, Brussino S. Diferencias de Edad y Género en Comportamiento Social, Temperamento y Regulación Emocional en Niños Argentinos. Acta Colombiana de Psicología, 2015, 18(2), 51-64. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79841776004>

- [9] Biondi A, Cortese S. Odontopediatría, fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. Buenos Aires-Argentina: Alfaomega, 2010, 1a ed. Cap: 1-2; 1-28.
- [10] Rubí J, Monter M, Pedraza G. Indicadores de negligencia en odontopediatría: una forma de maltrato infantil. Reporte de caso. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. 2015, 1-11. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art32.asp>
- [11] Aminabadi N, Pourkazemi M, Babapour J, Oskousei S. The impact of maternal emotional intelligence and parenting style on child anxiety and behavior in the dental setting. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012 Nov.1; 17(6): e1089-95. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22926462>
- [12] Koch G, Poulsen S. Odontopediatría abordaje clínico. Buenos Aires-Argentina: Editorial Alfaomega. 2da ed. 2011. Caps. 2-3-4, 5-42.
- [13] Escobar F. Odontología pediátrica. Caracas-Venezuela: Editorial Amolca, 2004, 2da ed. Cap:1-2; 3-54
- [14] Weintraub J, Breland C. Challenges, benefits and factors to enhance recruitment and inclusion of children in pediatric dental research. International journal of paediatric dentistry. 2015; 25, 310-316. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12176/full>
- [15] Guedes A, Bönecker M, Delgado C. Fundamentos de odontología, odontopediatría. São Paulo: Editorial Santos, 2011, cap: 2-3; 31-69.
- [16] Shahnavaaz S, Rutley S, Larsson K, Dahllöf G. Children and parent's experiences of cognitive behavioral therapy for dental anxiety-a qualitative study. International journal of paediatric Dentistry, 2015. 25; 317-326. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12181/full>
- [17] Fierro C, Salazar E, Ruíz L, Luengo L, Pérez A. Maltrato infantil: actitud y conocimiento de odontólogos en concepción, Chile. Int. Odontostomat., 2012, 6(1); 105-110. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2012000100015

- [18] Capote M, Campello L. Relación de la salud bucal con la familia y el estomatólogo. Revista Cubana de Estomatología. 2012; 49(3): 256-266. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000300009
- [19] Envega S. Pedagogía y Psicología Infantil. Madrid-España: Editorial Cultural. Tomo I. 1996; cap 1; 7-40.
- [20] Cid M, Montes de Oca R, Hernández O. La familia en el cuidado de la salud. Rev Méd Electrón. 2014. 36(4); 462-471. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008
- [21] Lazo A, Ramos W, Mercado P. Nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad. Revista Estomatológica del Altiplano. 2014, 1(1), 27-34. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahukewjd7KPx-fPOAhXGuB4KHSvHBRkQFgg0MAM&url=http%3A%2F%2Fhuajsapata.unap.edu.pe%2Fjournal%2Findex.php%2FREA%2Farticle%2FviewFile%2F44%2F16&usg=AFQjCNFdZ_9YG1viB_gZT5NO0FBIEWAw_A&bvm=bv.131783435,d.dmo
- [22] Aguirre A, Rios T, Huamán J, Miranda C, Santos K, Mesquita R & cols. La práctica restaurativa atraumática: una alternativa dental bien recibida por los niños. Rev. Panam. Salud Pública. 2012, 31(2): 148-152. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9362>
- [23] Rajendra R, Rameshchandra S, Harish B, Effect of exposure to positive images od Dentistry on dental anxiety among 7 to 12 years old children. Int J Clin Pediatr Dent, 2014; 7(3): 176-179. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4335108/>
- [24] Singh D, Samadi F, Jaiswal J, Mani A. Stress reduction through audio distraction in anxious pediatric dental patients: an adjunctive clinical study. Int J Clin Pediatr Dent. 2014; 7(3): 149-152. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4335102/>
- [25] Fonseca L, Sanchis C. Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. Therapeía 5; 2013, 81-95. Disponible en:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wwzEnzGGKIQJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4579644.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=ec>

[26] Bin X, Chun W, Li G. Factors associated with dental Behaviour management problems in children aged 2-8 years in Bejín, China. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2011; 21, 200-209. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4335102/>

[27] Goud R, Nagesh L, Shoba F, Raju H. Assessment os discomfort experienced by school children while performing 'ART' and 'MCP'-An experimental study. *Journal of dentistry, Theram University of Medical Sciences, Theran, Iran* 2012; 9 (4); 229-237.

[28] Afshar H, Baradaran Y, Mahmoudi J, Paryab M, Zadhoosh S, Irán J *Pediatr*, 2011, 21(2); 193-200. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3446162/>

[29] Collado V, Faulks D, Nicolas E, Hennequin M, Conscious sedation procedures using intravenous midazolam for dental care in patients with different cognitive profiles: a prospective study of effectiveness and safety. *Plos One*, 2013. 8(8); 1-11. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3734132/>

[30] Navit S, Johri N, Abbas S, Kumar R, Chadha D, Navit P & cols. Effectiveness and comparison of various audio distraction aids in management of anxious dental paediatric patients. *Journal of clinical and diagnostic research*. 2015, 9(2): ZC05-ZC09. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4717707/>

[31] González M, Paiva D, Correa L, Britto M, Leão M. Validity of the brazilian version of the Venham's behavior rating scale. *International journal of paediatric Dentistry*. 2016. DOI: 10.1111/ipd.12231; 1-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27043231>

[32] Salem K, Kousha M, Anissian A, Shahabi A. Dental fear and concomitant factors in 3-6 year-old children. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect*, 2012, 6(2), 70-74. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445318/>

[33] Villavicencio E, Cuenca K, Velez E, Sayago J, Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. *Odontología activa UC Cuenca*. 2016, Vol. 1. 76-80. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/303250030>

[34] Villavicencio E. el tamaño muestral en tesis de postgrado. ¿Cuántas personas debo encuestar?, Research Gate, january 2011. DOI:10.13140/RG.2.1.3337.2243. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/283352423>

[35] Asalae Rae, Diccionario de la lengua española, edición del tricentenario; accedido el 3 de agosto de 2016. Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>.

[36] Orellana W, Encalada L, Verdugo V. Pertinencia de la Carrera de odontología, Universidad Católica de Cuenca, 2014. Págs. 1-7. Disponible en: http://odontologia.ucacue.edu.ec/?page_id=874

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Institución: Universidad Católica de Cuenca

Investigadora: Mayra Elizabeth Granda Songor

Título: Sensibilidad de las escalas de Frankl y Venham Picture Test, para predecir la conducta del niño, durante la atención odontológica, en la Universidad Católica de Cuenca, 2016.

Propósitos del Estudio:

Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado: “**Sensibilidad de las escalas de Frankl y Venham Picture Test, para predecir la conducta del niño, durante la atención odontológica, en la Universidad Católica de Cuenca, 2016**”.

Procedimientos: Si usted accede a autorizar al infante la participación en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se le aplicará al infante dos escalas que tendrán una duración de aproximadamente dos minutos.
2. En la escala de Venham Picture Test, se va a pedir al infante que observe durante un minuto las diferentes imágenes y con el dedo nos indique con cual se siente identificado, en ese momento, lo cual va a permitir realizar la evaluación.
3. En la escala de Frankl El evaluador únicamente observará el comportamiento del niño y lo calificará dependiendo de los códigos que se manejan.
4. Con lo cual se realizará un examen visual en la clínica general de nuestra institución.

Riesgos: No existirán riesgos para el infante al participar en el estudio, por ser solamente un examen visual.

Beneficios: No existen beneficios económicos por participar en el estudio.

Costos e incentivos: Este estudio es totalmente gratuito.

Confidencialidad: Se guardará la información, si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

Derechos del Paciente: Si usted autoriza al infante participar en el estudio, podrá retirarse en cualquier momento o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al investigador principal.

AUTORIZACIÓN: MEDIANTE LA PRESENTE CON MI FIRMA DOY EL SONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO.

.....
Nombre:.....
C.I......

.....
Od. María del Carmen Pariona Minaya
TUTORA RESPONSABLE

.....
Mayra Elizabeth Granda Songor
INVESTIGADORA

ANEXO 2: ASENTIMIENTO INFORMADO.**ASENTIMIENTO INFORMADO****(PARA SER LLENADO POR LOS ESCOLARES DE 6 AÑOS A 12 AÑOS)**

Institución: Universidad Católica de Cuenca, carrera de Odontología

Investigadora: Mayra Elizabeth Granda Songor

Título: Sensibilidad de las escalas de Frankl Y Venham Picture Test, para predecir la conducta del niño, durante la atención odontológica, en la Universidad Católica de Cuenca, 2016.

Propósito de estudio:

Hola, (.....) soy de la Universidad Católica de Cuenca de la Facultad de Salud y Bienestar, carrera de Odontología, estoy haciendo un estudio para evaluar tú comportamiento durante la atención odontológica.

La calidad de la atención que se te brinda es de suma importancia para que te sientas bien en la consulta.

Si decides participar en el estudio, iniciaré por mostrarte varios dibujos, a los cuales los vas a observar y con tú dedo me vas a indicar con cual te identificas en este momento y yo haré una evaluación visual de tú comportamiento.

No deberás pagar nada por participar en el estudio, igualmente, no recibirás dinero, pero sí recibirás informe acerca del resultado obtenido.

Tú decides si quieres colaborar en este estudio, no importa que tú papá haya aceptado la decisión de hacerse la entrevista. Si no lo haces no habrá ningún cambio en tu casa ni en tu escuela.

Si deseas hablar con alguien acerca de este estudio puedes llamar a la Facultad de Salud y Bienestar, Carrera de Odontología 2821897 ext.113 o a (Mayra Elizabeth Granda Songor) investigadora principal.

¿Tienes alguna pregunta?

¿Deseas colaborar conmigo?

Si ()

No ()

.....

Firma del Escolar Participante

Nombre:

C.I

.....

Fecha:

.....

Od. María del Carmen Pariona Minaya

TUTORA RESPONSABLE

.....

Mayra Elizabeth Granda Songor

INVESTIGADORA

ANEXO 3: VENHAM PICTURE TEST, MODIFICADO POR RANK, PARA NIÑOS.



VENHAM PICTURES TEST PARA OS MENINOS

0 Neutro	1 Alegre	2 Miedo	3 Llanto
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Triste		5 Rabia	6 Pánico
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

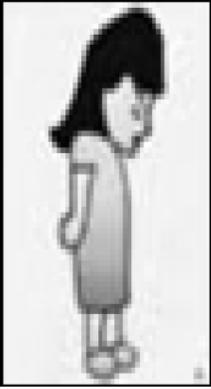
.....
Od. María del Carmen Pariona Minaya

TUTORA RESPONSABLE

ANEXO 4: VENHAM PICTURE TEST, MODIFICADO POR RANK, PARA NIÑAS.



VENHAM PICTURE TEST PARA AS MENINAS

0 Neutro	1 Alegre	2 Miedo	3 Llanto
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Triste	5 Rabia	6 Pánico	
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....
Od. María del Carmen Pariona Minaya

TUTORA RESPONSABLE

ANEXO 5: ESCALA DE FRANKL.**ESCALA DE FRANKL**

PARAMETROS	CÓDIGOS	EVALUACIÓN
(1) DEFINITIVAMENTE POSITIVO	+ +	
(2) POSITIVO	+	
(3) NEGATIVO	-	
(4) DEFINITIVAMENTE NEGATIVO	- -	

.....

Od. María del Carmen Pariona Minaya**TUTORA RESPONSABLE**

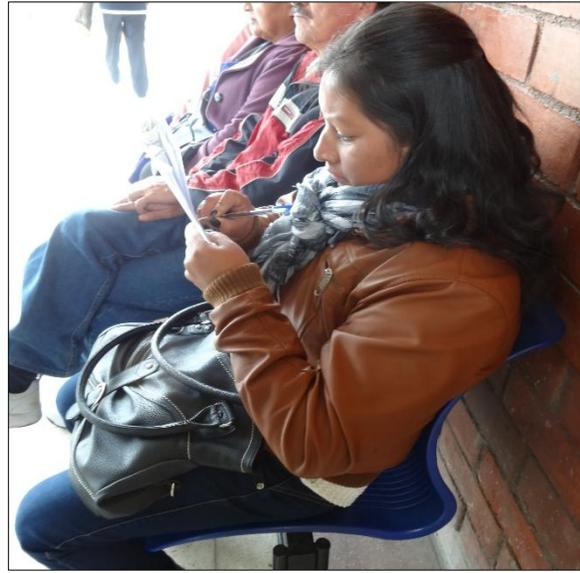
ANEXO 6: FOTOGRAFÍAS.

PACIENTES SIENDO EVALUADOS MEDIANTE VENHAM PICTURE TEST



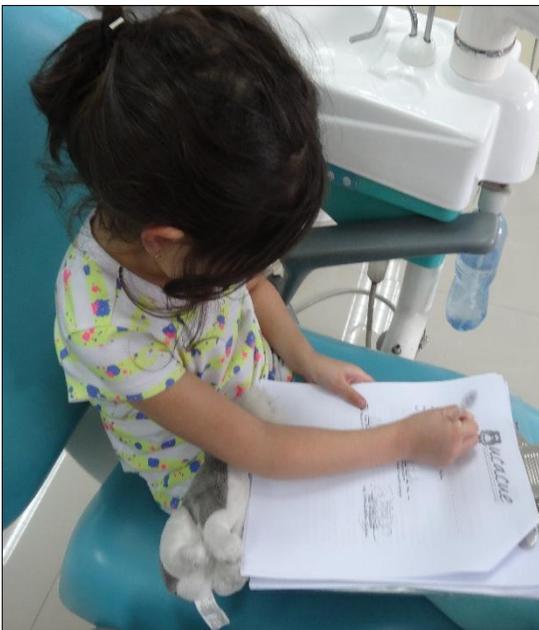
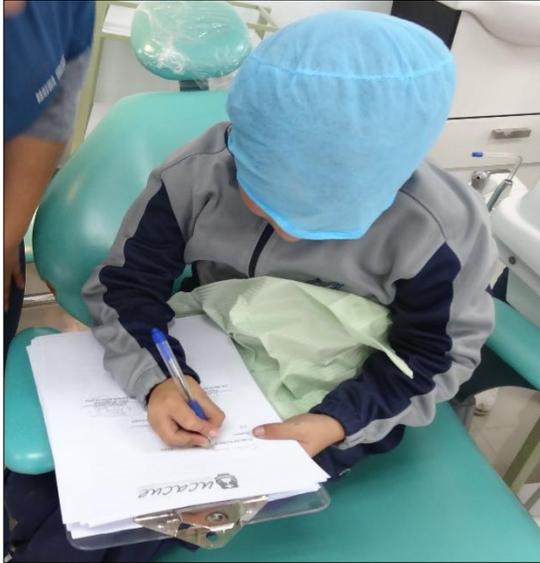
Fuente: Granda M, Clínica Odontológica General, UCACUE, 2016

MADRES DE FAMILIA FIRMANDO CONSENTIMIENTO INFORMADO



Fuente: Granda M, Clínica Odontológica General, UCACUE, 2016

NIÑOS FIRMANDO EL ASENTIMIENTO INFORMADO



Fuente: Granda M, Clínica Odontológica General, UCACUE, 2016
