



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**EVALUACIÓN DEL TEMOR DE LOS ESCOLARES A LAS CONSULTAS
ODONTOLÓGICAS EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

AUTORES:

Br. Grisel Asuaje

CI: 12.794.418

Br. Daliany García

CI: 19.479.020

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 871239



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**EVALUACIÓN DEL TEMOR DE LOS ESCOLARES A LAS CONSULTAS
ODONTOLÓGICAS EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Odontólogo.

AUTORES:

Br.Gricel Asuaje

CI: 12.794.418

Br. Daliany García

CI: 19.479.020

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 871239



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

1. 12.794.418
2. 19.479.020

Nombres y apellidos

Gricel T Asuaje Talavera
Daliany C García González

Tutor Propuesto: Eglee Díaz

Firma: _____

Cédula de Identidad N° _____

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello

Fecha



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA DE SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
ASUAJE TALAVERA	GRICEL TURMALINA	12.794.418
Dirección: Valles de Camoruco-Valencia. Edo Carabobo		Teléfono: 0424-5671429
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Gricel Turmalina Asuaje Talavera	Teléfono: 0424-5671429
Título Del Trabajo: EVALUACIÓN DEL TEMOR DE LOS ESCOLARES A LAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ		
Breve Explicación: El presente trabajo tiene como objetivo evaluar el temor de los escolares a la consultas odontológicas en la Universidad Jose Antonio Paez.		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Universidad Jose Antonio Paez, Facultad Ciencias de la Salud. San Diego Edo Carabobo.		
Tiempo De Desarrollo: Marzo-Junio 2017		
Tutor Académico Propuesto: Od. Eglee Diaz		

APROBADO: _____ NO APROBADO: _____

COMITÉ DE EVALUACION, COORDINACION DE PASANTIAS Y
TRABAJO DE GRADO

NOMBRE FIRMA FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA

NOMBRE FIRMA FECHA



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA DE SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
GARCIA GONZALEZ	DALIANY CAROLINA	19.479.020.
Direccion: San Diego-Edo. Carabobo		Teléfono: 0414-4852048
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontologia	Indice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Daliany Carolina Garcia Gonzalez	Teléfono: 0414-4852048
Titulo Del Trabajo: EVALUACIÓN DEL TEMOR DE LOS ESCOLARES A LAS CONSULTAS ODONTOLOGICAS EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ		
Breve Explicacion: El presente trabajo tiene como objetivo evaluar el temor de los escolares a la consultas odontologicas en la Universidad Jose Antonio Paez.		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Universidad Jose Antonio Paez, Facultad Ciencias de la Salud. San Diego Edo Carabobo.		
Tiempo De Desarrollo: Marzo-Junio 2017		
Tutor Académico Propuesto: Od. Eglee Diaz		

APROBADO: _____ NO APROBADO: _____

COMITÉ DE EVALUACION, COORDINACION DE PASANTIAS Y
TRABAJO DE GRADO

NOMBRE FIRMA FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA

NOMBRE FIRMA FECHA



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, OD.EGLEE DIAZ, portador de la cedula de identidad N°4.131.694, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por la ciudadana GRICEL TURMALINA ASUAJE TALAVERA portadora de la cédula de identidad N° 12.794.418, junto con la ciudadana DALIANY CAROLINA GARCIA GONZALEZ portador de la cédula de identidad N°19.479.020 , titulado: **“EVALUACIÓN DEL TEMOR DE LOS ESCOLARES A LAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.”**, presentado como requisito parcial para optar al título de ODONTÓLOGO, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los __ días del mes de ____ del año dos mil diecisiete.

Firma

Nombres y apellidos

C.I. _____



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la facultad de ciencias de la salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado “**EVALUACIÓN DEL TEMOR DE LOS ESCOLARES A LAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.**”, realizado por **GRICEL TURMALINA ASUAJE TALAVERA C.I N° 12.794.418 Y DALIANY CAROLINA GARCIA GONZALEZ C.I N°19.479.020**. Cursantes de la carrera **ODONTOLOGIA**, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la **CALIFICACIÓN DEFINITIVA DE:**
_____ (____) PUNTOS.

EL JURADO

Académico (Coordinador)
Nombre:
C.I.

Miembro
Nombre:
C.I.

Miembro
Nombre:
C.I.

Fecha: _____

DEDICATORIA

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi Virgencita del Valle y Rosa Mística,

A mi hijo Miguelito por ser mi pilar mi soporte

A mi Jesús Ramón siempre vas a estar en mi corazón.

A mi compañero Freddy por apoyarme en toda mi carrera

A mi mama y a mi papa Zaida y Ramón por su comprensión, apoyo, consejos, ayuda en los momentos difíciles.

A mis hermanos Ramoncito y Rafael, mi hermana Carolina, mis sobrinos Emmanuel, Sebastián y Leanne, mi cuñada Aurelie a mis tías Aida y Sobeida por darme sus conocimientos médicos y acompañarme a buscar pacientes.

A mis amigos y compañeros Marianny, Veronica, Lissa, Mariangel, por darme el aliento que necesitaba cada vez que pensaba que no podía.

Agradecida con todos los profesores que impartieron sus conocimientos, consejos y apoyo. En especial a el OD KENNYA ALCALA que le tomé mucho aprecio, y a los profesores AURORA MARCANO Y EGGLEE DIAZ por su ayuda durante la ejecución de mi tesis de grado.

Gricel Asuaje

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios por darme sabiduría, perseverancia, salud, vida fuerza y entereza para culminar mis estudios de pregrado.

A mis padres José Raúl García y Divalia de García por enseñarme el verdadero significado del trabajo, dedicación, comprensión y evitar decaer en los momentos que quise renunciar, por su apoyo y consejo cuando más lo necesite. Gracias por fomentar mis ideales y principios morales, las palabras no alcanzan para agradecer todo su desvelo sin ustedes esto no fuera sido posible.

Gracias por siempre creer en mi capacidad por haberme transformado en una persona profesional llegando a cumplir una de mis metas.

A mi hijo Freddy González por ser el detonante de mi felicidad de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ti, eres mi motivación más grande para concluir con éxito este proyecto de tesis.

Daliany Garcia

RECONOCIMIENTO

Nosotras GRICEL ASUAJE Y DALIANY GARCIA agradecemos principalmente a nuestra casa de estudio La Universidad José Antonio Páez por abrirnos las puertas y promover nuestra formación como profesionales, a nuestros profesores que a lo largo de toda la carrera nos han enseñado, aconsejado e inspirado a convertirnos en grandes profesionales, en especial a nuestra Tutora Od. Eglee Diaz, además el Od. Aurora Marcano por aportarnos todos sus conocimientos incondicionalmente y ayudarnos en el desarrollo de nuestro trabajo de grado.

INDICE GENERAL

	p.p
LISTA DE TABLAS	xiii
LISTA DE GRAFICOS	xiv
RESUMEN INFORMATIVO	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO	
I EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema.....	4
1.1.1 Formulación del Problema.....	8
1.2 Objetivos de la Investigación.....	8
1.2.1 Objetivo General.....	8
1.2.2 Objetivos Específicos.....	8
1.3 Justificación.....	9
II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	11
2.2 Bases Teóricas.....	16
2.3 Definición de Términos.....	32
2.4 Bases Legales	34
III MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de Investigación.....	36
3.2 Diseño de la Investigación.....	36
3.3 Población y Muestra.....	37
3.4 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	39
3.5 Validez y confiabilidad del Instrumento.....	40
3.6 Técnicas de Análisis de Datos.	40
3.7 Procedimiento de la Investigación.....	41

IV ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación y Análisis de los Resultados.....	43
Conclusiones.....	62
Recomendaciones.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS.....	69

LISTA DE CUADROS

	p.p
Cuadro 1. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Percepción del paciente.....	44
Cuadro 2. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Falta de confianza o miedo a lo desconocido	46
Cuadro 3. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador Factores relacionados con el niño.....	48
Cuadro 4. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Uso de jeringa o inyección.....	50
Cuadro 5. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Maniobras en la boca.....	52
Cuadro 6. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Uso y Ruido de la Turbina.....	54
Cuadro 7. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: ambiente Sanitarios.....	56
Cuadro 8. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Uso del sillón dental.	58
Cuadro 9. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Relación Edad y Niveles de miedo.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

	p.p
Gráfico 1. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Percepción del Paciente.....	44
Gráfico 2. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Falta de confianza o miedo a lo desconocido.....	46
Gráfico 3. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador Factores relacionados con el niño.....	48
Gráfico 4. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Uso de jeringa o inyección.....	50
Gráfico 5. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Maniobras en la boca.....	52
Gráfico 6. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Uso y Ruido de la Turbina.....	54
Gráfico 7. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Ambiente Sanitarios.....	56
Gráfico 8. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Uso del sillón dental.....	58
Gráfico 9. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Relación Edad y Niveles de miedo.....	60



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**EVALUACIÓN DEL TEMOR DE LOS ESCOLARES A LAS CONSULTAS
ODONTOLÓGICAS EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autora: Gricel Turmalina Asuaje Talavera CI: 12.794.418

Autora: Daliany Carolina García González CI: 19.479.020

Tutor: Od. Eglee Diaz

Fecha: Junio 2017

RESUMEN INFORMATIVO

El temor o miedo dental, se define como un persistente, anormal e injustificado miedo a los dentistas, así como también para acudir a sus consultorios. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el temor de los escolares a las consultas odontológicas de la Universidad José Antonio Páez. La metodología fue la investigación de campo apoyada en un diseño No experimental, transeccional. La población, objeto de estudio estuvo conformada por 110 pacientes en edad escolar, mientras que la muestra de tipo probabilística intencional, la representaron treinta y tres (33) escolares, quienes asisten a las consultas odontológicas de la Universidad José Antonio Páez, se les aplicó como técnica de recolección de datos la encuesta y como instrumento la escala de evaluación de miedos dentales en niños (Child Fear Survey Schedule- Dental Subscale) –CFSS- diseñado por Cuthbert y Melamed, de dieciséis (16) ítems relacionados con el tratamiento, la situación dental y edad del paciente. Las puntuaciones obtenidas se encuentran en un rango entre 15 y 75 puntos. Se considera que los niños informan altos niveles de temor cuando obtienen una puntuación igual o mayor de 45 puntos. Se utilizó la técnica del análisis estadística descriptiva. Entre los resultados obtenidos se encuentra que entre 36 y 45% de los escolares que asisten a los centros odontológicos de la Universidad José Antonio Páez, presentan niveles de miedo entre intenso y moderado. En relación con los factores que producen temor a los escolares que asisten a las consultas odontológicas se encuentran: EL uso del sillón dental, El ruido de las turbinas, Ambiente sanitario, Miedo a los extraños y Las técnicas invasivas: Inyecciones y maniobra dentro de la boca. La prevalencia del miedo dental, en función de la edad de los escolares en las consultas odontológicas en las Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, los niños entre 6 y 7 años, presentan mayor miedo dental.

Descriptor: Miedo dental- Factores -niveles de miedo



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

EVALUATION OF THE FEAR OF SCHOOLS TO DENTAL CONSULTATIONS AT THE JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSITY

Author: Gricel Turmalina Asuaje Talavera **CI:** 12.794.418

Author: Daliany Carolina García González **CI:** 19.479.020

Tutor: OD. Eglee Diaz

Date: June2017

ABSTRACT

Fear or fear dental is defined as a persistent, abnormal and unwarranted fear of dentists as well as to go to their offices. The present study had as objective to evaluate the fear of the students to the dental consultations of the University José Antonio Páez. The methodology was field research supported in a non-experimental, transectional design. The study population consisted of 110 school-age patients, while the sample of intentional probabilistic type was represented by thirty-three (33) schoolchildren, who attend the dental consultations of the Universidad José Antonio Páez, were applied The Child Fear Survey Schedule (Dental Subscale) -CFSS-designed by Cuthbert and Melamed, of sixteen (16) items related to treatment, dental status, and age patient. The scores obtained are in a range between 15 and 75 points. Children are considered to report high levels of fear when they score at or above 45 points. The technique of descriptive statistical analysis was used. Among the results obtained, it is found that between 36 and 45% of the students attending the dental centers of the José Antonio Páez University have levels of fear between intense and moderate. In relation to the factors that cause fear to the students attending the dental consultations are: The use of the dental chair, Turbine noise, Sanitary environment, Fear of strangers and Invasive techniques: Injections and maneuver within the mouth. The prevalence of dental fear, as a function of the age of schoolchildren in dental consultations in the Child and Adolescent Clinics of the José Antonio Páez University, children between 6 and 7 years old, present greater dental fear.

Descriptors: Dental Fear- Factors-Levels of Fear

INTRODUCCION

El miedo es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente o futuro. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta tanto en los animales como en el ser humano.

Según el diccionario de la Real Academia Española (DRAE) el miedo es la “perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario”. El vocablo procede del latín metus, que tiene significado análogo. Como todas las emociones admite graduación, y así el diccionario ideológico de Julio Casares establece algunos términos asociados, como temor, recelo, aprensión, pánico, canguelo, espanto, pavor, terror, horror, fobia, susto, alarma, peligro o pánico.

Bajo este escenario, el miedo, según autores, es parte del desarrollo infantil, formando un complejo patrón que cambian durante todo el desarrollo, tienen función adaptativa y surge en consecuencia de la mayor percepción del niño de los peligros presentes en su medio ambiente. Sentir miedo y conseguir superarlo permite que el niño aprenda a interactuar con el mundo a su alrededor.

Se puede decir entonces, que el miedo es un estado emocional negativo, aversivo, con una activación elevada que incita a la evitación y el escape de las situaciones amenazantes. Es una señal de advertencia de que se aproxima un daño físico o psíquico. También implica una inseguridad respecto a la propia capacidad para soportar o mantener una situación de

amenaza. En general el miedo es una emoción producida por un peligro presente y ligado al estímulo que lo genera.

Por su parte, llama la atención el comportamiento de muchos de estos en la sala de estar de un consultorio odontológico, lo cual varía de síntomas leves como (manos frías, contracciones musculares), hasta más marcados como (cefaleas, dolor o saltos en el estómago). Tal comportamiento, afecta positiva o negativamente a su salud dental, del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales afectan el comportamiento de aquellos que lo padecen.

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

El primer contacto odontólogo-paciente puede servir para aliviar estos síntomas y ser en alguna medida tranquilizador para el paciente, recibirlo con atención y curiosidad, sin prejuicios, comprenderlo y hacerse cargo de sus problemas, es de entrada, el primer paso para la curación. Por la vigencia que tiene este problema en la actualidad y motivados por conocer que un gran número de pacientes manifiestan miedo al estomatólogo, se decide realizar la presente investigación, ya que el miedo depende en gran medida, de la preparación y adiestramiento del profesional para condicionar en el paciente, una actitud positiva hacia el tratamiento odontológico.

En este orden, la presente investigación se estructura de la forma siguiente:

Capítulo I: Comprende el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación y la justificación.

Capitulo II: Concerniente al marco Teórico, se presentan los antecedentes de investigaciones relacionadas con el tema en estudio, así como las bases teóricas y legales que sirven de sustento a la investigación. También la definición de términos y la operacionalización de variables;

Capitulo III: Se presenta el marco metodológico, conformado por tipo de estudio, diseño de la investigación, población y muestra, instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad.

El capítulo IV, contiene los análisis de los resultados, con tablas, gráficos e interpretaciones.

Finalmente el capítulo V, contiene las conclusiones y recomendaciones una vez finalizada la investigación

Por último, se presentan las referencias de donde se recopilan los sustentos teóricos de la investigación y los anexos que dan soporte a la investigación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de su vida, el ser humano enfrenta una serie de circunstancias que le hacen experimentar diferentes tipos de emociones, algunas positivas, como amor, alegría, felicidad, y otras negativas, entre ellas tristeza, miedo y ansiedad. Respecto a estas últimas, aunque la mayoría de las personas se recupera, puede suceder que sean tan profundas que tengan repercusiones a largo plazo.

Así se advierte por Buela, Caballo y Sierra (2009), desde las cuales se señala que si bien el miedo y la ansiedad son reacciones si se quiere normales hasta cierto punto, desde el punto de vista fisiológico conllevan reacciones muy similares, como tensión muscular y alteraciones de las frecuencias cardíaca y respiratoria, siendo sin embargo emociones completamente diferentes: el miedo es la respuesta hacia una situación donde el individuo se siente amenazado por una causa real, muchas veces relacionado a una experiencia traumática propia o referida por otros, mientras la ansiedad se refiere a un estado de alerta, aunque no exista un riesgo inminente.

Atendiendo estas consideraciones, es necesario hacer referencia a uno de los más tradicionales miedos en el escenario de las Ciencias de la Salud, en particular a los que se presentan hacia la consulta dental; al respecto Gamarra (2014), manifiesta:

Desde los inicios de la práctica clínica odontológica,...el hombre ha experimentado miedos relacionados al dolor e incomodidad que involucra el tratamiento dental, como producto del desconocimiento acerca de éste o simplemente por el descuido de muchos clínicos en el abordaje y manejo del paciente, de hecho, tan intenso puede llegar a ser el temor al dentista, que se ha acuñado el término odontofobia. (p. 12)

Al respecto, en un estudio publicado por De Donno (2012), avalado por la Organización Mundial de la Salud, se determinó que más del quince por ciento de la población adulta sufre odontofobia y una proporción mayor experimenta miedo o malestar cada vez que tiene que visitar al especialista en estomatología.

Asimismo, dichas tendencias fueron avaladas en una investigación multicéntrica realizada por expertos de la Universidad del Cuyo, Argentina (2013), según la cual la Odontología es una de las especialidades médicas que más sentimientos negativos despierta: en algunas sociedades, el 30% de la población tiene algún miedo odontológico, el cual se encuentra entre las razones para no acudir en forma regular al dentista; se explica, que dicha emoción proviene de experiencias negativas o por influencia del entorno, es decir, como reflejo de conductas aprendidas a partir de personas significativas, como familiares y amigos.

Desde las consideraciones previas, el miedo a la consulta odontológica podría tener su génesis en la niñez, ya sea por la influencia involuntaria de los padres, quienes transmiten al niño sus propios miedos, o por vivir algún evento traumático, ya sea de índole física o emocional, que desencadena la reacción posterior de temor y consecuentes reacciones negativas ante la necesidad de acudir a recibir atención odontológica.

En efecto, al consultar a Ruiz y Lago (2010), se encuentra que el miedo infantil al dentista, que por extensión se refiere al especialista, a la consulta odontológica y/o a los diversos equipos y procedimientos que ésta involucra, supone un problema de diferentes aristas: por un lado, dificulta el adecuado desempeño de las rutinas a seguir por el tratante, desde la evaluación clínica hasta la realización del tratamiento que el niño amerite de acuerdo a su estado de salud oral, debido a la falta de cooperación mediante conductas disruptivas, tales como cerrar la boca, mover la cabeza y cuerpo, dar manotazos, gritar y llorar; asimismo, también resulta afectado anímicamente el tratante, sobre todo si no domina las técnicas que requiere el control emocional del niño en estos casos. En consecuencia, el escenario descrito se convierte en un obstáculo para lograr el objetivo primario de la disciplina odontopediatra, referido a velar por el bienestar y salud bucodental del infante.

Por consiguiente, la revisión de literatura permite suponer que los principales miedos del paciente pediátrico suelen centrarse en actuaciones terapéuticas que generan dolor o involucran una amenaza física, como por ejemplo las extracciones, el ruido de la turbina, las jeringas y la vista misma del instrumental, encontrándose también el temor experimentado o referido de encontrarse frente a un clínico hosco o desconsiderado respecto a lo que piensa y siente.

De hecho, como afirma Guerrero (2011), es importante tener presente que, de no identificar los estímulos o situaciones que ocasionan elevados niveles de miedo al odontólogo en niños, serán en el futuro un gran número las personas que padecerán graves afecciones bucales, por el hecho de evitar asistir a la consulta; de igual forma, el autor señala que a partir de la evaluación del miedo, es posible implementar métodos "...que contribuyan a

prevenir o disminuir el temor en infantes antes y durante la consulta, ya sea por dolor o por señales de peligro dentro de su imaginario representativo” (p. 134).

En este sentido, en la atención odontopediatra se hace necesario conocer los miedos infantiles como paso previo a la realización de cualquier acto clínico, para cuyo fin existen instrumentos como la Escala de evaluación de miedos dentales en niños, también conocida como escala CFSS, diseñada por Cuthbert y Melamed, que permite determinar a qué teme el niño (aspectos médicos generales, procedimientos poco invasivos y altamente invasivos) y, a partir de allí, poner en práctica estrategias de adaptación, que como señala Strawer (2011), permiten tranquilizarle, ganar su confianza y lograr la indispensable cooperación requerida para realizar cada procedimiento, ya sea de índole preventiva o correctiva.

En este orden, se hace referencia a las Clínicas del Niño y el Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, donde recibe atención odontológica una importante cantidad de escolares que son llevados por sus familiares para la resolución de diversas patologías bucodentales; sin embargo, según la experiencia de las autoras de la presente investigación, se ha podido observar que muchos de estos niños muestran poca disposición a colaborar, rehusándose a ubicarse en la silla odontológica, negándose a abrir la boca para la evaluación clínica, reaccionando a la defensiva al establecer contacto físico o entrando en crisis de llanto.

En tal sentido, es necesario señalar que aun cuando durante su formación académica los estudiantes adquieren conocimientos sobre técnicas para adaptar al paciente pediátrico a la consulta odontológica, en algunos casos su implementación se hace insuficiente para lograr su completa colaboración, razón por la que sus familiares solicitan posponer la

actividad pero en la mayoría de los casos no se presentan a la nueva cita programada, lo cual implica un grave riesgo para su salud.

1.1.1 Formulación del Problema

De acuerdo a la problemática planteada, se presume que el origen de las conductas disruptivas o de poca colaboración en los pacientes pediátricos podría ser el miedo y, de allí, el interés en conocer hasta qué punto y exactamente a qué temen, lo cual dio lugar a la interrogante que enmarca los objetivos del presente estudio: ¿Cuál es la razón del temor de los escolares a las consultas odontológicas en la Universidad José Antonio Páez?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Evaluar el temor de los escolares a las consultas odontológicas de la Universidad José Antonio Páez

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar los niveles de miedo de los escolares a las consultas odontológicas en las Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez a través de la escala de miedo dental infantil de Cuthbert y Melamed

-Determinar los factores que producen temor en los escolares a las consultas odontológicas en las Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez

- Evaluar la prevalencia del miedo dental, en función de la edad de los escolares en las consultas odontológicas en las Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez

1.3 Justificación de la Investigación

Posiblemente, entre las situaciones que generan mayor temor en la población infantil se encuentra la asistencia a la consulta dental, tanto más cuando el infante ya ha pasado por alguna experiencia de atención odontológica desagradable o ha sido testigo de testimonios emitidos por personas de su entorno. En vista de ello, se justifica la realización de la investigación que aquí se proyecta, desde distintas visiones:

En la perspectiva social, se espera que los hallazgos en relación al miedo de los escolares evidenciara la necesidad de realizar una exploración minuciosa de sus temores como requisito previo a la realización de cualquier procedimiento exploratorio o terapéutico en las consultas odontológicas universitarias, privadas y las del sistema de salud público, a fin de ajustar la actuación y métodos de los tratantes en forma tal que se promueva un ambiente distendido y de confianza que facilite la ejecución oportuna y satisfactoria de las acciones preventivo-curativas dirigidas a promover la salud bucodental de sus pacientes a presente y futuro.

Del razonamiento anterior, se desprende el aporte disciplinario que representa el estudio para los profesionales de la Odontología y especialmente para quienes aspiran ejercer en la rama de la Odontopediatría, para cuyo desempeño son sin duda de gran utilidad los aportes de la Psicología Infantil pues además de facilitar la comprensión del mundo interior del niño, sus emociones, miedos y expectativas, ofrecen herramientas a fin de establecer con el paciente pediátrico una comunicación

empática, clara y ajustada a su nivel de madurez emocional e intelectual, que le prepare para adaptarse en forma gradual a contextos generadores de miedo, como suelen ser el instrumental, equipos y procedimientos odontológicos.

Asimismo, se trata de una contribución novedosa para las líneas de la Unidad de Investigación Salud de la Universidad José Antonio Páez, por tratarse del primer trabajo científico destinado a la identificación del miedo en el paciente pediátrico, siendo así un estudio que enriquece su producción intelectual.

Por consiguiente, el valor agregado de la investigación para dicha institución universitaria, pues se podrá considerar la posibilidad de incorporar mayor cantidad de contenidos teóricos sobre Psicología Infantil en la malla curricular de su Escuela de Odontología, así como la importancia de reforzar la orientación de los padres y representantes de los pacientes pediátricos en relación al manejo de los miedos que éstos desarrollan hacia la consulta odontológica.

Por otro lado, se considera el valor teórico del estudio, pues podrá servir como antecedente y medio de consulta para quienes en el futuro se interesen por darle continuación en la Universidad José Antonio Páez o replicarla en otros centros de atención odontológica pediátrica.

Finalmente, se destaca el aporte metodológico de la investigación, pues involucra la utilización de la Escala de evaluación de miedos dentales en niños (CFSS), instrumento de amplia aplicación y trayectoria internacional en la práctica odontológica.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En este ámbito, el marco teórico de la investigación se centra en desarrollar los antecedentes de la investigación, los sustentos teóricos en base a los objetivos establecidos. Los antecedentes fueron ordenados desde el ámbito mundial y nacional.

2.1 Antecedentes de la Investigación

Cuando se entra a evaluar un paciente, en su grado de temor frente a la Odontología, es muy importante tener en cuenta cuáles han sido sus experiencias previas, para de esta forma aplicar los procedimientos más adecuados al momento de realizar el tratamiento. Después de haber realizado una minuciosa revisión en trabajos de investigación a nivel internacional, se extrajeron algunos antecedentes que vale la pena señalar:

Delgado (2013), en México, realizó un trabajo de investigación con el propósito de conocer las situaciones que provocan temor en el consultorio dental y a su vez los signos que se presentan con mayor frecuencia en dicha consulta. La investigación se fundamentó en la aplicación de 30 encuestas a los pacientes que asistían a control odontológico; conformado por 21 preguntas relacionadas con las situaciones que generan temor y 30 encuestas dirigidas a estudiantes de odontología constituidas por 27 interrogantes referidas a los signos que se observan durante el acto clínico. Se obtuvieron las 5 principales situaciones que

provocan temor y angustia, entre ellos: El ser atendido con la pieza de mano, la extracción de un diente y los 5 principales signos que se presentan; en especial el llanto y temblor en manos y piernas. Por lo tanto, se concluyó que puede haber cierta discrepancia entre signos y situaciones que se originan en el consultorio dental.

Por lo tanto, el odontólogo tiene que reconocer que está vinculado emocionalmente a sus pacientes y para manejarlos con éxito debe estar consciente de los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus actitudes, así como también sus modelos de comportamiento y conducta.

Según Litt y Cols para el año (2013), en Francia, en su investigación sobre métodos para reducir el temor previo a los tratamientos odontológicos, encontraron que la técnica de relajación y la misma con retroalimentación; tuvieron mejores respuestas frente al miedo, que las dadas por la premedicación y la preparación estándar consistente en la explicación detallada del procedimiento. En fin, determinaron que los pensamientos relacionados con autoconfianza y control pueden ser modificados e identifican qué tanto nivel de miedo presenta un paciente frente a situaciones dentales estresantes.

Vale la pena mencionar, que el odontólogo en todo momento debe esperar que el paciente con altos niveles de temor dental adopte una actitud pasiva, con el objeto de influir en su comportamiento por medio de la utilización de instrumentos que permitan indagar sobre el origen de tales reacciones de tipo psicológico, actuando con gran convencimiento y respeto que se merece el individuo, para de esa forma lograr un ambiente armónico y acorde a las necesidades que el caso amerite.

Por otra parte, el trabajo de investigación realizado por Márquez y Cols, (2012), en España, quienes a partir de la hipótesis de describir la

actitud de los pacientes en relación a diferentes factores subyacentes a los temores dentales; encontraron que el temor afectan negativamente a la promoción y la viabilidad del tratamiento odontológico y por ende repercuten de forma desfavorable en la salud bucal de la población, por lo tanto cualquier procedimiento puede ser útil si se consigue una disminución del temor dental antes y durante la atención odontológica, pero también es fundamental evitar las situaciones que conllevan daño al paciente durante la consulta y optimizar el trato humano dado por los profesionales.

Es importante destacar, la importancia que tiene el ambiente físico del consultorio odontológico tomando en cuenta todo el conjunto de acciones que en él se generan, ya que el simple hecho de sonar la turbina puede generar situaciones angustiantes para el paciente, lo más conveniente es que este debe presentar diseños y colores llamativos, junto con un manejo adecuado del instrumental por parte del odontólogo, a que se logre incentivar al individuo a ir a consulta y no que deje de cumplir con las citas.

En cualquier situación, el modelo de comportamiento del paciente está regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio. Por ende, la influencia del entorno que envuelve el consultorio dental puede generar situaciones desagradables para el estado de ánimo del individuo, es por ello que el odontólogo tiene la responsabilidad de hacer de la visita del paciente una experiencia cómoda, agradable y en especial relajada.

Asimismo Rivera y Parra (2012) en Honduras, demostraron en su estudio basado en la determinación de los niveles de temor al dentista en escolares, que éstos son más elevados en los procedimientos odontológicos más invasivos o potencialmente traumáticos, en los casos de

niños con experiencia dental previa se observaron valores superiores de temor, así como en los infantes de padres con miedo al tratamiento bucal.

El dolor infantil tienen mayor reflejo y relación con el temor general del niño que con una respuesta propiamente dicha ante una situación particular. Los factores causales de dependencia psicoafectiva, más importantes en los primeros años, juegan un papel preponderante. Así mismo la evolución de la inteligencia, cuanto más desarrollada se encuentre ésta, menor será el temor, angustia y la percepción del dolor.

Es interesante reflexionar, sobre las condiciones en que aparece el temor en la consulta como una conducta aprendida, ya que al menos dos tercios de los adultos que lo padecen afirman que tuvo su origen en una experiencia traumática durante la infancia o la adolescencia. El miedo no aparece únicamente por haber sufrido una experiencia negativa; también se asocia al trato con el odontólogo y a la percepción de errores en el tratamiento. De esta forma, el profesional tiene una enorme responsabilidad en la prevención de estos temores.

Por otro lado, Gustafsson en Suecia en 2012, en su investigación sobre el miedo al dentista, características personales y concomitantes psicosociales en niños de 8 a 12 años de edad; demostró que aspectos relacionados al temor, diferentes tipos de temperamento y emociones, se asocian en diferentes condiciones y niveles de temor al odontólogo.

Por consiguiente, en estrecha relación con lo anterior, Berge y Cols en Países Bajos en 2012, analizaron en su investigación la importancia relativa de las experiencias de tratamiento invasivo en la adquisición del temor al dentista en niños de 5 a 10 años de edad, mediante la escala de evaluación de miedos dentales en niños (CFSS-DS). Los resultados indicaron que dentro de la vía de acondicionamiento (directo), las experiencias dentales

previas parecen jugar un papel importante en el desarrollo de fobias al odontólogo, mientras que el aspecto subjetivo desempeña un factor más decisivo.

En tanto, el odontólogo en todo momento debe esperar que el paciente con altos niveles de temor adopte una actitud pasiva, con el objeto de influir en su comportamiento por medio de la utilización de técnicas conductuales, actuando con gran convencimiento y respeto que se merece el individuo, de manera de lograr un ambiente armónico y acorde a las necesidades que el caso así lo amerite.

En este orden, a nivel nacional son escasas las investigaciones realizadas al respecto, aunque se cuenta con información relacionada con el tema en cuestión, entre la que se encuentra:

Marcano, Marín y Machado (2013) en Valencia; efectuaron una investigación bajo la modalidad tecnicista, que tuvo como objetivo principal proponer la incorporación de técnicas para el manejo de las manifestaciones del temor a la consulta odontológica, cuyos resultados permitieron concluir que los métodos que se han utilizado para el abordaje del paciente temeroso, han sido poco efectivos, por lo que es necesario incorporar estrategias de adaptación a la consulta odontológica, con la intención de disminuir los niveles de miedo al acto clínico. Lo anterior podría derivarse, del hecho de que en la mayoría de los casos éste tipo de individuos son abordados con estrategias que no ayudan a mejorar su estado sino que lo agravan aún más, así mismo la falta de recursos adecuados y el no usar técnicas novedosas contribuyen a generar dichas situaciones.

Dentro de este orden de ideas, se puede observar que los estudios anteriormente señalados apoyan la investigación que se está realizando, por cuanto los mismos demuestran el grado de correlación con la misma, al

hacer notar que el Miedo a la Consulta Odontológica es una de las situaciones que con más frecuencia se presentan en los pacientes que acuden a la misma, por lo que es el deber de todo profesional del amplio campo de la Salud no solo del odontólogo, estar en la disposición de ofrecer y garantizar que toda sesión clínica se desarrolle bajo un ambiente de serenidad y confort, permitiendo de esta manera el buen desenvolvimiento de la misma y lo mejor aun logrando que el paciente, principal personaje de toda intervención se encuentre totalmente cómodo y relajado antes y durante el tratamiento.

2.2 BASES TEORICAS

El Miedo

El miedo es definido clínicamente según Zaccagnini (2013), como una perturbación angustiosa del ánimo debido a un riesgo o daño real o imaginario. Es también un recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea (p.452).Partiendo de esta definición, de la cual se puede interpretar que el miedo modifica la forma de ser del individuo, ya sea por algo interior o exterior, real o ficcional.

Por otra parte, Bedoya C y Velásquez A (2014), argumentan que “las causas principales del miedo serían la exposición a una estimulación traumática, el contacto repetido a una situación subtraumática (sensibilización), la observación directa o indirecta de personas que muestran miedo y la recepción de información que lo provoca”. (p.6).

Cabe destacar, que el sustantivo miedo no tiene verbo, así que cuando se quiere formararlo, se recurre a la circunlocución “tener miedo”, la forma culta del verbo es temer, y el correspondiente sustantivo, temor.

Por lo tanto, el miedo es una condición de la conducta humana que no se manifiesta de la misma manera y ante las mismas cosas, la mayor parte de lo que da miedo se adquiere con el tiempo, en la interacción con los otros, en situaciones que han producido algún daño, o se percibe en otros, o simplemente el miedo se emplea como un elemento manipulador y así se tiene esta emoción presente en estado latente en las demás esencias.

En el mismo orden de ideas, Bordoni (2010) dice “El miedo al dentista es un sentimiento generalizado y en estado latente. Se presenta ante una intervención nueva o conocida en la boca, que es una parte del cuerpo revestida de contenidos emocionales. Este miedo se ha visto disminuido en las nuevas generaciones de jóvenes que recibieron atención odontológica, con profesionales conocedores de los contenidos psíquicos” (p.73)

Los psicólogos aseguran que la tensión de alerta causada por el miedo es necesaria para vivir, sirve para superar los peligros reales y, además nos ayuda a defendernos de la angustia. La noción de peligro forma parte de la vida y habla del grado de socialización. A partir de los quince meses, al niño se le empieza a imponer una serie de límites y tabúes en pro de su seguridad. A fuerza de un ¡no! Aprende, por ejemplo, que no debe tocar las cosas calientes. El miedo a lo que pueda ocurrir funciona entonces como previsor y sistema de alarma ante los peligros reales y justificados. Después de años de estudio, los especialistas han llegado a la conclusión de que no es tan sencillo asociar un determinado estímulo con una sensación de miedo concreta como proponía Watson, porque es la experiencia de cada persona la que determina si va a sentir temor o no.

En tanto para Alàez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, (2010), La niñez representa; sin embargo, un período de gran vulnerabilidad en referencia a la salud y la enfermedad, al considerar que las etapas madurativas por las que

transita, en su permanente acomodación a la vida, pueden tornarse un elemento generador de síntomas somáticos o psicológicos desadaptativos en el presente y en la etapa adulta, con una posible incidencia en un correcto desarrollo evolutivo.

De igual forma, Pertinhes, R.T. (2014), refiere:

El miedo es parte del desarrollo infantil. Los miedos de los niños forman un complejo patrón que cambian durante todo el desarrollo, tienen función adaptativa y surge en consecuencia de la mayor percepción del niño de los peligros presentes en su medio ambiente. Sentir miedo y conseguir superarlo permite que el niño aprenda a interactuar con el mundo a su alrededor. (p.18)

El miedo es un mecanismo importante de autodefensa que sirve para preservar la especie. Es una forma de retirada real o incipiente de una situación para la cual el individuo no tiene una respuesta adecuada. Es una forma de huida ante cualquier situación amenazante, puede fluctuar desde una conducta aparentemente impasible hasta un despliegue violento de ira.

Tipos de Miedo

De acuerdo, con Bordoni (2010), el miedo puede reconocerse tres categorías: temores innatos, de desarrollos y por experiencias traumáticas:

-Temores innatos: Son los que el individuo trae al nacer: miedo a los ruidos intenso y repentinos a perder el equilibrio, a las tormentas, a los objetos que se acercan rápidamente.

-Temores del desarrollo: Aparecen a determinadas edades tiene que ver con fantasía inconscientes; cuando el objeto que lo atemoriza se vuelve familiar, el niño puede superar el miedo.

a) Miedo a la Oscuridad: Es una de las ansiedades básicas y se asocia con la pérdida de la persona amada, las madres.

b) Miedo a lo desconocido o a lo desacostumbrado: Los niños de 5 a 9 meses temen a las personas desconocidas, los ruidos, las cosas y las situaciones extrañas.

c) Miedo a los animales: El animal es algo desconocido, con aspecto diferente, con movimientos bruscos e inesperados puede ser heredado o transmitidos por los padres.

- Temores por experiencias traumáticas: El niño más inteligente aprende a distinguir más rápido (duendes, fantasmas, espíritu, creados por sus fantasías, por los cuentos o por las películas)

Hay temores relacionados por las experiencias difíciles vividas, a veces repetidas, que dejaron huellas en las personas, como un nacimiento traumático, una internación temprana, una intervención quirúrgica, o un accidente.

-Fobia: Es un miedo intenso e infundado, la defensa habitual es la huida el no enfrentarse con el objeto o la situación fóbica (Mecanismo de evitación y aplazamiento). Las personas fóbicas se dividen en aquellos que responden con un miedo extraordinariamente intenso a una situación específica y los que manifiestan un miedo extraordinariamente intenso en numerosas situaciones que a menudo son difíciles de especificar. Cuando una persona está muy asustada de algo que no produce especial miedo a los demás, es porque el objeto o la situación en cuestión han quedado asociado en su

mente con algún temor infantil; también se da el caso de que el objeto o la situación temidos se han convertido en el símbolo de algo temido inconscientemente.

-Terror: Miedo específico a que ocurra algún acontecimiento o acción nefastos.

-Susto: Impresión repentina causada en el ánimo por sorpresa, miedo, espanto o pavor; una preocupación vehemente por alguna adversidad o daño que se teme.

-Sobresalto: Sensación que proviene de un acontecimiento repentino e imprevisto, un temor o susto repentino.

-Pánico: Representa el miedo grande o el temor muy intenso.

El Miedo en las diferentes etapas etarias

El miedo, al ser una de las reacciones básicas del organismo ante situaciones de tensión y peligro, de acuerdo a Bordoni (2010), los temores en los primeros años de vida son innatos. El temor a ruidos fuertes y repentinos, a cambios bruscos de posición, a personas desconocidas, a la separación de sus padres se hace presente en el segundo o tercer año de vida.

En la fase sádico-anal de 2 a 2 ½ años, la acción de echar agua en el inodoro y que se desaparezcan las heces puede provocar en un niño conflicto un sentimiento de aniquilamiento, lo mismo puede sucederle en el consultorio con la salivadora y el ductor de saliva.

El niño preescolar de 3 a 5 años teme a las habitaciones oscuras, dormir solo, la separación de los padres, los ruidos raros, las sirenas, a los bomberos, a los médicos, hospitales, heridas, duendes y fantasmas, sus

propios sueños, cuentos, películas de terror, aspiradoras de polvo. El miedo a quedarse solo del niño de 4 años disminuye llegando a los 6 años.

En la latencia 6 a 12 años los temores se refieren a la familia y a la escuela. Miedo a que sus padres no sean los biológicos (conocidos estos como la novela familiar) a no rendir los que sus padres esperan de él, miedo a la maestra o al profesor que los puede reprimir y poner en evidencia frente a toda la clase, miedo a hacer el ridículo frente a sus compañeros que pueden burlarse de él.

En la adolescencia, como problema por resolver es la identidad, sufren de ansiedad más que de temor. Los problemas están en conexión con la resolución final del complejo Edipo y con la identidad sexual. El temor en esta etapa es a la crítica de números pares (p.74)

Miedo Dental

Según Barrancos, (2011) muchos pacientes acuden al consultorio odontológico han tenido que vencer algunos temores para poder dejarse atender por el odontólogo. Tienen problemas bucales que deben ser resueltos, pero hay muchos factores que le generan resistencia al ser tratados en el consultorio. El principal factor es el miedo. Miedo al dolor, a las agujas, al torno, a perder el control, a sentirse “clavado” al sillón dental.

El miedo frente al tratamiento odontológico puede ser conocido o no por el paciente pero en general está determinado por una experiencia odontológica previa negativa. Haber tenido dolor en tratamientos anteriores, terminar perdiendo una pieza dentaria, no haber sido bien informados sobre las consecuencias de un tratamiento, pueden dejarle al paciente el temor o la resistencia ser tratados en situaciones posteriores.

El miedo al odontólogo que debe tenerse muy presente en el establecimiento de un buen vínculo paciente-profesional. La confianza que se deposita en el profesional, un entorno tranquilo y predecible, un consultorio organizado, la seguridad que transmite el profesional, todos son factores que favorecen la desaparición de los miedos.

Según Barrancos (ob. cit), entre los temores más comunes que sufren las personas frente al cuidado bucal están las siguientes:

Miedo al odontólogo: miedo al profesional, al poder que posee sobre los pacientes cuando están indefensos sentados en el sillón dental. Miedo a que haga cosas que las personas no consienten que se les hagan. En estos casos, el profesional puede hablar con el paciente para disipar muchas dudas, preguntarle a que le teme y discutirlo antes de comenzar el tratamiento.

Mis dientes son lo peor que el dentista ha visto: es un miedo muy común y el principal factor de no acudir al consultorio. Hay personas que se avergüenzan tanto de sus dientes que no quieren abrir su boca durante la consulta. El uso del humor y una buena cuota de paciencia dan buenos resultados en estos casos. No conviene avasallar al paciente ni presionarlo a hacer algo que lo avergüence más, de lo contrario se puede perder un paciente antes de comenzar a tratarlo.

Colocar cosas en la boca: es otro miedo muy frecuente. La colocación de pastas de sabores extraños, rollos de algodón, instrumental, puede generar mucho temor. En estos casos, cabe recordarle al paciente que todo el día se colocan cosas en las bocas: desde comida y bebida, caramelo o chicles, pasta dental y cepillo. De pequeños, fueron introduciendo gradualmente el uso de cuchara, vaso, cepillo dental, por lo tanto en estos casos el profesional también deberá actuar mesuradamente y, con previas

explicaciones, ir introduciendo elementos e instrumentales en la boca despacio y cuidadosamente.

Miedo al dolor: la odontología ha avanzado tanto en los últimos años que ya se puede hablar de un alto porcentaje de tratamiento sin molestias ni dolor. El paciente podrá conocer todos los avances que se han hecho en el área de anestesia bucal si el profesional se toma el tiempo de explicárselo o de ir anestesiando gradualmente las zonas requeridas para el tratamiento.

Miedo a las agujas: este miedo se relación con el anterior. Se puede colocar gel o aerosoles para dormir un sector y luego aplicarle la aguja con el tubo de anestesia. Existen hoy en día diversos tratamientos efectivos para controlar y superar el miedo a las agujas con el tubo de anestesia, desensibilización sistemática, que realizan especialistas en el tema (por lo general, psicólogos, o psiquiatras), que puede recomendarse en caso extremos de fobias a las agujas.

Sentirse clavado en el sillón dental: la sola idea de sentirse atrapado y restringido en los movimientos durante un tiempo considerable mientras se está sentado en el sillón dental puede generar un intenso miedo. En estos casos, suele ayudar decirle al paciente que, si siente mucho miedo, se le permite levantarse o que se mueva un poco en determinados momentos del tratamiento. Dar cierta libertad de movimiento puede ayudar a aliviar el miedo. Se le puede recordar al paciente que acudió por voluntad propia para ser tratado, que puede haber una sensación de incomodidad, pero es libre de retirarse del consultorio en cualquier momento y que no existe verdaderamente el hecho de estar “clavado en el sillón” (p.98)

Así mismo, Anant (2010), señala que aunque el miedo dental se puede ver a cualquier edad en un niño, hay más probabilidad de que esta se presente en los niños que son más pequeños. Los miedos en general y

cualquiera de sus modalidades en la etapa infantil suponen un fenómeno normal, ya que este tiene un importante componente de valor adaptativo para la especie. En pequeña escala, estas sensaciones que se viven como desagradables por parte del niño o adolescente pueden cumplir una función de supervivencia en el sentido de apartarle de situaciones de peligro potencial.

Para Laguna (2013, p.3), el miedo dental depende en gran parte de la preparación y adiestramiento del profesional para condicionar en el sujeto una actitud positiva hacia el tratamiento dental, pero también puede estar condicionado por influencias familiares y sociales".

En este mismo orden Cerrón (2010), señala que el miedo en los niños al tratamiento odontológico es uno de los problemas que afronta el profesional con frecuencia durante la consulta odontológica y que ha generado gran interés. Esto es debido a las complicaciones asociado a ello, pues niveles elevados de miedo pueden llevar al paciente a evitar la consulta odontológica, limitar la efectividad del tratamiento dental, requiriendo más tiempo para la atención e impidiendo que se detecten patologías de gravedad diversa (p.32). De hecho el tratamiento de pacientes con miedo causa estrés al odontólogo. Así la protección de la salud bucal de los niños se ve obstaculizada por miedos. El impacto emocional, los miedos y las fantasías generados por la atención odontológica, deben ser analizados, pues la forma por la cual el niño elabora internamente esta experiencia es decisiva en la formación de sus futuras expectativas y reacciones.

En definitiva un niño es un individuo en crecimiento, que vivencia diferente sus experiencias y tiene capacidad de superar desafíos durante su maduración. La infancia se caracteriza principalmente por cambios que ocurren gradualmente, sus capacidades físicas y mentales van

evolucionando en complejidad y función. Las emociones como el miedo y la ansiedad hacen parte de las reacciones del organismo, y están presentes durante toda la vida del ser humano y muchas veces ocurren durante el tratamiento odontológico, siendo su superación uno de los mayores desafíos para el niño y para el odontopediatra.

De este modo, para el manejo del paciente infantil durante la consulta odontológica se torna esencial su comprensión de acuerdo con la fase de desarrollo a fin de establecer una relación profesional adecuada. Manteniendo presente lo señalado por Klingberg y Broberg, (2007), quienes refieren que cada niño es único, y se diferencia en su edad, madurez, personalidad, capacidad intelectual, temperamento y emociones,

Por su parte, Hibbeler (2010), expone que dentro de las manifestaciones de miedo más frecuentes, ocurridas durante la realización del tratamiento odontológico están:

- Movimientos incontrolados de lengua.
- Ojos cerrados.
- Salivación excesiva.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Dientes cerrados.
- Mandíbula apretada.
- Gemido verbal.
- Risa nerviosa.
- Temblor en las piernas.
- Temblor en el labio inferior.
- Gemido no verbal.
- Cierra los puños.

- Cuerpo tenso.
- Muerde.
- Temblor de manos.
- Micción involuntaria.
- Quita violentamente la mano del Odontólogo.
- Miembros contraídos.
- Sudoración excesiva no debida a calor.
- Llanto.
- Vómito.
- Patea.
- Es llevado forzosamente al interior del consultorio.
- Se expresa dependiendo de la situación, de forma temerosa o con malas palabras.

Por último, Bermudo y Col, (2008) en su artículo titulado “Factores causantes del miedo en la atención estomatológica” señalan que Los síntomas más comunes que se generan en la consulta odontológica, pueden variar de leves como: manos frías, contracciones musculares, hasta unos síntomas más marcados como fatiga o falta de respiración, cefalea, o dolor de estómago. El odontólogo no puede dejar a un lado el estado de ansiedad del paciente, ni tampoco puede enfocarse solo en la afección que presenta en cavidad bucal puesto que debemos examinar al paciente como un todo y establecer por ende una buena relación odontólogo-paciente y de esta manera bajar el nivel de ansiedad o miedo para evitar retardado e incumplimiento de un plan de tratamiento. (p.45)

Psicofisiologismo de la cavidad bucal

La infancia se caracteriza principalmente por cambios que ocurren gradualmente, sus capacidades físicas y mentales van evolucionando en

complejidad y función. Las emociones como el miedo y la ansiedad hacen parte de las reacciones del organismo, y están presentes durante toda la vida del ser humano y muchas veces ocurren durante el tratamiento odontológico, siendo su superación uno de los mayores desafíos para el niño y para el odontopediatra. De este modo, para el manejo del paciente infantil durante la consulta odontológica se torna esencial su comprensión de acuerdo con la fase de desarrollo a fin de establecer una relación profesional adecuada.

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

La relación del odontopediatra con el paciente niño o adolescente llega a ser muy profunda y un componente fundamental para el establecimiento de este nexo es esencialmente la zona de acción directa del odontólogo, es decir “la cavidad bucal” y la importancia que ella tiene en el desarrollo psico-emocional del individuo. El área de representación de la cavidad bucal en la corteza cerebral humana es mayor que la correspondiente a cualquier otra en el organismo, tanto en el campo sensitivo como motor. En ella se integran funciones vitales, como la alimentación, que van madurando con el individuo. Representa el órgano sensorial y táctil del recién nacido y del lactante. Cumple también con otras funciones tales como: expresión emocional, comunicación, etc.

Para López (2008), lo importante, es comprender que cualquier maniobra dentro de la boca genera procesos afectivos y sociales de diferente índole. El rol del odontólogo que atiende niños y adolescentes es prevenir,

controlar y curar las enfermedades de la cavidad bucal cuidando que las consecuencias de sus acciones no generen iatrogenia tanto en sus constituyentes físicos (estructuras en crecimiento, gérmenes dentarios en formación, articulaciones témporo-mandibulares, etc.) como en su personalidad. (p.7)

De acuerdo a lo anterior , estar preparado para la atención de la salud de niños y adolescentes significa entender, comprender y conocer sus particularidades e incursionar en otras áreas, como ser, el profundizar en algunos aspectos de la psicología que permitan comprender la conducta de los pacientes. El nutrirse de diferentes fuentes interdisciplinarias como la medicina y la psicología, ayuda a un desempeño del rol profesional de mayor nivel científico y humano.

Se ha definido a la Odontopediatria como la especialidad responsable de la salud bucal del ser humano en crecimiento y desarrollo. Este enfoque dinámico puede ser abordado desde diferentes áreas: física, social, intelectual o emocional.

El miedo al ruido de las turbinas

Un factor importante en la presencia de miedo es el famoso ruido que se genera en el consultorio, por la pieza de mano de alta y baja velocidad, el compresor, la succión, entre otros; existen casos de personas a las que solo llegar a consulta y escuchar este ruido desde la sala de espera las hace entrar en pánico. También es común, sobretodo en niños que cuando están esperando su turno, al escuchar los quejidos y gritos de otros niños, les cause miedo, además ocasionan estrés y desconcentración tanto al odontólogo como a su auxiliar y se convierte en un ambiente estresante.

Se puede decir entonces que, el problema radica en que a causa de este temor, muchas personas evitan ir al odontólogo, situación que es

perjudicial tanto para el paciente (salud oral) como para el profesional (éxito laboral). Considerando que el ruido produce irritabilidad, estrés, falta de concentración, y dificultad de la comunicación con los demás.

En relación a ello, Álvarez, Guerrier y Toledo (2008), señalan que la causa de la ansiedad se postula como multifactorial, siendo el motivo más universalmente referido una experiencia traumática previa, donde el ruido de la turbina es la causa principal del miedo al odontólogo así como la prevalencia de situaciones desagradables durante la consulta odontológica vividas durante la adolescencia. (p.25)

El Miedo a los Ambientes Sanitarios

Posiblemente entre las situaciones que generan mayor angustia entre la población infantil y la adulta se encuentra la asistencia a la consulta odontológica. Por mucho que evolucionen los métodos para reducir la ansiedad que produce la odontología. La asociación que se crea entre sonido de “fresa” y dolor es bastante alta.

De acuerdo con Vidal (2012), “El trato del paciente en la práctica clínica diaria, requiere el establecimiento de empatía, en esta relación, la Empatía no solo “se presenta”, dependiendo de la capacidad natural del profesional y de las características del que consulta, sino que puede ser considerada como una herramienta al servicio de alguna estrategia con una finalidad terapéutica y por lo tanto puede y debe ser enseñada y también puede y debe ser aprendida por los profesionales de la Salud., en otras palabras, el Odontólogo debe ponerse en los zapatos del paciente”. (p.56).

Bassi (2016), En su artículo “Miedo a ir al médico”, explica que el miedo no solo se limita a esta figura profesional y a su bata blanca, sino a todo el ambiente que le rodea, como entrar en un hospital, el olor característico de

los centros sanitarios o, incluso, ver agujas o tecnología sanitaria. Toda relación con un objeto fóbico genera malestar en forma de ansiedad y se puede propagar a todo lo relacionado con él, en este caso al médico, y al ambiente que le rodea, es decir, al ámbito sanitario. Así, los afectados pueden comenzar a sentir sudoración, ansiedad e, incluso, pánico, al ver un ambiente sanitario, enfermeras, batas blancas, al notar el olor característico de los hospitales, muchas veces, antes de ver al facultativo.

De la misma manera, Guerrero (2011), recomienda que para hacer del espacio del consultorio, un lugar de encuentro para el bienestar del paciente, el clínico debe “generar una relación amistosa, con el uso de un adecuado lenguaje corporal (similar al de la otra persona), teniendo un contacto visual con el paciente, un tono de voz al mismo ritmo, imitar su frecuencia respiratoria (con disimulo)”. (p.134).

Por lo tanto, tomando en cuenta lo antes citado, no existe razón alguna para que se acuda a la consulta con un estado de nervios y temor, ya que lo único que se logra es sugestionarse y como consecuencia experimentar sensaciones desagradables sin causa lógica.

Finalmente, cabe agregar que no se debe temer ir al Odontólogo, sino que muy por el contrario lo que debe aterrar, son las consecuencias de no visitarlo regular y oportunamente.

Es importante, que los padres nunca utilicen la visita al odontólogo, como un castigo para sus hijos, ya que lo único que se logrará será crearles la idea de que la atención dental es algo malo e indeseable. Por el contrario, es muy importante que los padres transmitan a sus hijos seguridad y tranquilidad y les ayuden a superar sus miedos con mucho cariño y comprensión. De esta manera, los futuros adultos serán pacientes equilibrados y dispuestos a colaborar con el profesional.

Instrumentos de medición, dirigidos a evaluar los niveles de miedo.

Con el transcurso del tiempo, en algunos países en el consultorio dental se han implementado una serie de instrumentos de medición, dirigidos a evaluar los niveles de miedo que presentan los infantes ante la consulta, entre ellos se encuentran:

1. Encuesta de medida del miedo en niños, Subescala Dental (DS) (Inventario de miedo para niños de Nakamura y Scherer) (CFSS).
2. La escala de miedo dental (DFS).
3. Escala de miedo dental de Kleinkecht.
4. Cuestionario de miedos.
5. Inventario revisado de exploración de miedos para niños.
6. Inventario de miedo dental.
7. Cuestionario de exploración de miedos dentales para niños.

2.3 Definición de Términos

- Adaptación: Capacidad y acción de amoldarse y ajustarse a cualquier medio ambiente.
- Alerta: Estado que indica poner en guardia, avisa de algún peligro inminente.
- Angustia: Malestar físico intenso que se traduce en una respiración fatigosa, sin que se deba a causa física determinada, ocasionada por la amenaza de peligro.
- Ansiedad: Estado de agitación, zozobra del ánimo.
- Conducta: Modo de proceder o comportarse una persona.
- Dolor: Sensación molesta de una parte del cuerpo.
- Escala: Agrupación progresiva de números, cada uno de los cuáles constituye un valor estándar.
- Estrés: Estado de sobrecarga y tensión física o psíquica con la sensación consiguiente de cansancio.
- Estímulo: Breve excitación de un órgano que produce una reacción. Incita a una persona a determinada actividad o a un mayor ritmo de ella.
- Hipocondríaco: Persona que producto de su afección nerviosa, se encuentra en un estado de depresión constante y preocupación excesiva por su estado de salud.
- Histeria: Neurosis caracterizada por ataques convulsivos, parálisis, sofocaciones. Calidad de histérico.
- Miedo: Es una reacción del cuerpo humano ante un estímulo que implica una situación de peligro o riesgo para el individuo. Entre los tipos de miedo se encuentran: el neurótico, agudo, miedo crónico,

miedo latente, miedo que se manifiesta, fobia, terror, susto, sobresalto, pánico.

- Miedo a la Consulta Odontológica: Sentimiento que manifiesta el paciente ante los procedimientos odontológicos, como reacción fóbica aprendida y condicionada por una experiencia previa, así como también gracias a la falta de conocimiento de lo que implica el tratamiento.
- Neurosis: Trastorno mental que se caracteriza por alteraciones nerviosas sin lesiones orgánicas y trastornos psíquicos, que no afectan la conciencia del individuo.
- Odontopediatría: Es la rama de la odontología que trabaja con niños desde el nacimiento hasta la adolescencia. Esta disciplina se centra en el crecimiento infantil/adolescente y el desarrollo, la causalidad y prevención de enfermedades, psicología infantil y de gestión de todos los aspectos de la alta especialización pediátrica, técnicas de restauración y modalidades.
- Perturbación: Alteración o trastorno del juicio, generalmente de corta duración.
- Placebo: Sustancia inactiva, que tiene una acción psicológica, empleada en sustitución de un medicamento.
- Psicofisiológico: Estudio científico de las relaciones entre los fenómenos psíquicos y fisiológicos.
- Sugestión: Instigación del modo de enjuiciar o de percibir las cosas, ejerciendo sobre ellas cierto poder. Dejarse llevar por alguna idea, generalmente obsesiva, sin evaluación crítica adecuada.
- Temor: Aprensión ante lo que se considera peligroso o molesto. Recelo de un daño futuro.
- Terapia: Conjunto de acciones terapéuticas con un fin curativo.
- Terror: Miedo grande, pavor de algo que se teme.

- Trauma: Choque emocional que deja una impresión duradera en el subconsciente.
- Tensión: Estado anímico de excitación, impaciencia, esfuerzo, o exaltación producido por determinadas circunstancias o actividades, como la angustia, intranquilidad, espera, miedo, temor, o a causa de un fuerte estado emocional.

2.4 Bases Legales

La presente investigación titulada Evaluación del Temor de los Escolares a las Consultas Odontológicas en la Universidad José Antonio Páez, se rigió principalmente por las siguientes disposiciones legales:

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), en la cual se establece en el Artículo 78, que los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derecho y estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados, los cuales respetarán, garantizarán y desarrollarán los contenidos estipuladas en ella, así como en la Convención sobre Derechos del Niño y demás tratados internacionales que en esta materia haya suscrito y ratificado la República. De igual manera establece que El Estado, la familia y la sociedad asegurarán, con prioridad absoluta, la protección integral, para lo cual se tomará en cuenta su interés superior en las decisiones y acciones que les conciernan. El Estado promoverá su incorporación progresiva a la ciudadanía activa y creará un sistema rector nacional para la protección integral de las niñas, niños y adolescentes.

Por su parte, La Ley Orgánica para la protección de niños, niñas y adolescentes (2007), promulga en su Artículo 41, que todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud

física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.

De igual manera, la Ley del Ejercicio de la Odontología (1970), esta ley contempla en el artículo 2 lo siguiente:

Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley y su Reglamento, (p. 1)

Por otra parte contempla en su artículo 16 que:

Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades buco dentarías, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran. (p.6)

Como se aprecia, existen diferentes instrumentos jurídicos en la legislación venezolana que establecen la importancia de la salud en general y en particular la salud bucal, así como de los procedimientos quirúrgicos que deben ser empelados en las exodoncias dentales

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En éste capítulo, se exponen los métodos, técnicas y procedimientos metodológicos requeridos para el logro de los objetivos propuestos en éste investigación.

3.1 Tipo de investigación

Según Palella y Martins (2010):

La investigación de campo consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables. Estudia los fenómenos sociales en su ambiente natural. El investigador no manipula variables debido a que esto se hace perder el ambiente de naturalidad en el cual se manifiesta”. (p.88)

En este contexto, el tipo de investigación es de campo ya que consiste en la recopilación de datos directamente donde ocurre los hechos para que no se distorsione la información. La realidad donde ocurre es en el área de clínica del niño de la Universidad José Antonio Páez.

3.2 Diseño de la Investigación

Según Pardo y Cedeño (2010), “el diseño de la investigación representa el plan, estructura y la estrategia concebida por el investigador para dar respuesta a la pregunta de la investigación”, (p.152). Cabe señalar

que, el tipo de diseño dentro de esta investigación fue No Experimental y Transeccional.

Al respecto, Sierra (2008), define el diseño No Experimental como aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables, donde no se hace variar intencionalmente las independientes. En este sentido, la presente investigación No Experimental o Expostfacto, se estudiaron los pacientes en edad escolar que asisten en promedio diario a las Áreas Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Agregando, lo señalado por Hernández, Fernández y Baptista, (2010) “En un estudio no experimental no se construye ninguna situación sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente (p.263)

En este mismo orden, los diseños de investigación Transeccional o Transversal, recolectan datos una sola vez, es decir; suceden en un tiempo único. De allí que, es transeccional ya que la recolección de datos se realizará en un solo tiempo. Con relación a ello, Hernández y otros (ob.cit), señala:

Los estudios no experimentales pueden ser de dos tipos, transeccionales y longitudinales. El tipo de diseño Transeccional o Transversal, presenta como propósito la descripción de las variables y el análisis de la incidencia e interrelación en un momento dado. Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. (p.270)

3.3 Población y Muestra

Según Salinas, Villarreal, Garza y Núñez, citados por Sierra (ob. cit), establecieron que la población de estudio, constituye el conjunto de sujetos o

unidades de observación que reúnen las características que se deben estudiar, cumpliendo con los criterios de selección y a los cuales se desean extrapolar los resultados medidos y observados en la muestra.

En tal sentido, la población objeto de estudio en la presente investigación estuvo conformada por 110 pacientes en edad escolar que asisten en promedio diario a las Áreas Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, con la finalidad de cumplir los objetivos anteriormente planteados.

En este mismo orden, Tamayo (2010), señala que la muestra “es el conjunto de operaciones que se realizan para estudiar la distribución de determinados caracteres en la totalidad de una población, universo o colectivo, partiendo de la observación de una fracción del conglomerado considerado” (p.60)

La muestra de esta investigación, fue seleccionada por conveniencia, por lo tanto se denomina de tipo probabilística intencional, por cuanto los sujetos fueron elegidos atendiendo a criterios representativos de acuerdo al fenómeno que se desea estudiar. En relación a ello, se escogieron los pacientes en edad escolar que asistieron a las Áreas Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Esta muestra estuvo conformada (33) pacientes, tomando como base el criterio establecido por Ramírez, (2010) quién señala que en los estudios sociales una muestra del 30% es valorada con alto nivel de representatividad.

Cabe destacar, que entre los criterios de inclusión, a considerar se cuenta:

-Pacientes con edades comprendidas entre 6 a 12 años de edad.

-Pacientes, que manifestaron al igual que sus padres, su consentimiento para responder las preguntas del cuestionario.

En este mismo escenario, los criterios de Exclusión:

-Pacientes portadores de enfermedades sistémicas, neurológicas y congénitas.

-Pacientes con síndromes de relevancia médica.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Según Hurtado (2010), las técnicas de recolección de datos comprenden procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuesta a su pregunta de investigación. El uso de una técnica de recolección de datos conlleva a un trabajo de campo cuyo desarrollo debe considerar los pasos que comprende todo proceso: planeamiento, organización, ejecución y control.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta, esta es definida por Ramírez (2010), como una técnica de recolección de datos conformado por un conjunto de preguntas escritas que el investigador aplica a las personas o unidades de análisis, a fin de obtener la información empírica necesaria para determinar los valores o respuestas de las variables implicadas en el estudio.

Con respecto al instrumento utilizado, fue el cuestionario contentivo de preguntas estructuradas, dirigidas a los treinta y tres (33) pacientes escolares, para obtener la información precisa y objetiva relacionada con los objetivos de la investigación. De allí que, para adquirir la información requerida en esta investigación, se procedió a aplicar la escala de evaluación de miedos dentales en niños (Child Fear Survey Schedule- Dental Subscale)

–CFSS- diseñado por Cuthbert y Melamed.

Cabe destacar que la escala de evaluación de miedos dentales en niños (CFSS), es un cuestionario con dieciséis ítems relacionados con el tratamiento y la situación dental de los niños, a través de su aplicación los pacientes infantiles responden en una escala tipo lickert de 5 puntos (de 1, no tener miedo, a 5 muchísimo miedo). Las puntuaciones obtenidas se encuentran en un rango entre 16 y 75 puntos. Se considera que los niños informan altos niveles de temor cuando obtienen una puntuación igual o mayor de 45 puntos. **(Ver Anexo A).**

3.5 Validez y Confiabilidad del Instrumento

Cabe señalar que la escala de Cuthbert y Melamed, ya fue evaluada, por varias investigaciones tales como Ten Berge y Col. (2012), confirmando la fiabilidad, validez y alfa de Cronbach de 0.90 para este instrumento de evaluación del miedo al tratamiento odontológico del paciente infantil. De igual manera, Ten Berge y Col. (ídem), lo aplicaron a los padres de los niños para que respondieran por ellos, siendo también válido. Además puede ser aplicado directamente en niños, cuando tienen 6 años a más.

3.6 Técnicas de Análisis de Datos

Una vez recopilado los datos por el instrumento aplicado, en este caso, la escala de evaluación de miedos dentales en niños (CFSS), se procesaron matemáticamente, ya que la cuantificación y su tratamiento estadístico, permitieron el análisis inherente a la investigación. Según Cabero y

Hernández (2010):

Tras la recogida de la información y previo a la presentación de los resultados, aparece el proceso de análisis de datos, que consiste en convertir todo el texto original recabado en datos manejables para su interpretación, pudiendo entonces el análisis de los datos definirse como el conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones y comprobaciones que se realizan sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación”.(p.73)

Los datos se cuantificaron a través de la técnica del análisis estadística descriptiva; facilitando la ejecución de los cálculos estadísticos en términos porcentuales, permitiendo revisar, clarificar y ordenar la información recopilada del instrumento empleado. Según Hernández y Otros (ob. cit), “La estadística descriptiva, es una herramienta o método para organizar datos y poner de manifiesto sus características esenciales con el propósito de llegar a conclusiones” (p. 343).

De esta manera, para el análisis e interpretación de los datos, se estudiaron los porcentajes obtenidos, de acuerdo a las variables en estudio e indicadores, comparando posteriormente los resultados con la fundamentación teórica, evaluando de esta manera, el temor de los escolares a las consultas odontológicas en la “Universidad José Antonio Páez.”

3.7 Procesamiento de Análisis de los Datos

El procesamiento de los datos obtenidos se realizó siguiendo los pasos metodológicos que se detallan seguidamente:

1. Codificación. Cada ítem tiene un código para cada una de sus alternativas de respuesta. Estos generalmente son de tipo numérico. La codificación es necesaria para analizar cuantitativamente los datos, es decir,

aplicar análisis estadístico.

2. Transcripción. Los códigos se copiaron en archivos, definidos previamente, según las características del instrumento a procesar, esta definición se denomina matriz de datos y contiene las respuestas de todos los encuestados. Se utilizó el software para procesamiento estadístico SPSS. 7.0.

3. Análisis de los Datos. Se cumplió con la utilización del software señalado en la definición de los archivos para la transcripción de los datos, aplicándose porcentaje de los ítems. Se elaboraron cuadros y gráficos, organizados según los objetivos, variables e indicadores. Los gráficos se levantaron con el programa SPSS 7.0.

4. Luego se realizó el análisis descriptivo de los resultados recabados, cuyos datos permitieron la evaluación del temor de los escolares a las consultas odontológicas en la “Universidad José Antonio Páez, según los porcentajes de mayor frecuencia.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación y Análisis de los Resultados

Una vez que los datos fueron recopilados, se procedió al análisis de los resultados, tomando en consideración para ello la operacionalización de la variable. El estudio tuvo como finalidad evaluar el temor de los escolares a las consultas odontológicas de la Universidad José Antonio Páez. Para tal fin, se analizó la escala de evaluación de miedos dentales en niños (Child Fear Survey Schedule- Dental Subscale) –CFSS- diseñado por Cuthbert y Melamed, constituida por quince ítems relacionados con el tratamiento y la situación dental, en una escala tipo lickert de 5 puntos (de 1, ausencia de miedo a 5 mucho miedo). Las puntuaciones obtenidas se encuentran en un rango entre 15 y 75 puntos. Es de hacer notar que el proceso de análisis e interpretación de resultados, está sustentado en lo planteado por Balestrini (2001) quien señala “Al culminar la fase de recolección de información, los datos, han de ser sometidos a un proceso de elaboración técnica, que permita recontarlos y resumirlos antes de introducir el análisis diferenciado a partir de procesos estadísticos” (p.151). En tal sentido, se elaboraron cuadros de distribución de frecuencias, registrándose los porcentajes de acuerdo a cada indicador de la variable.

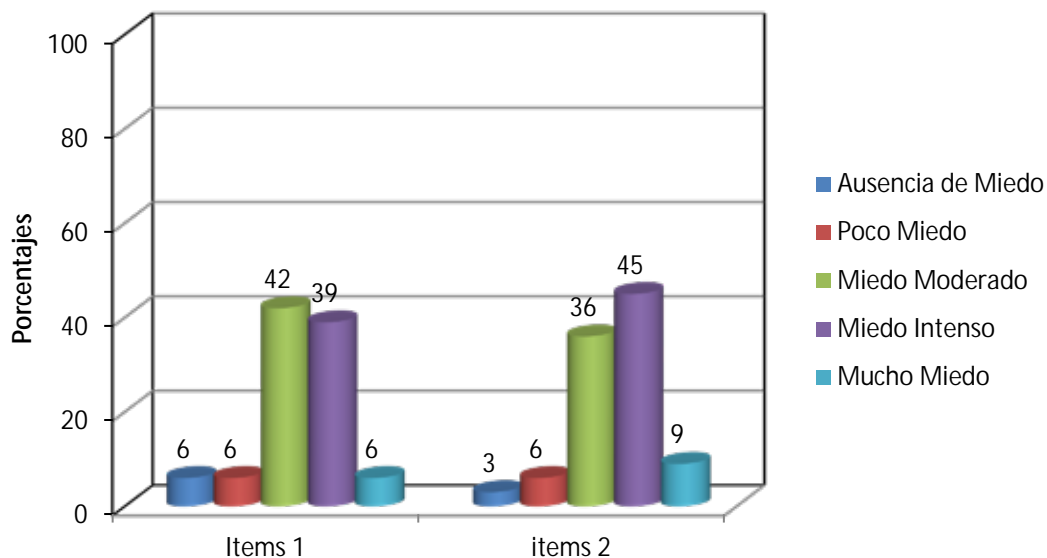
Además, se procedió a elaborar gráficos de barra circular para su mejor visualización e interpretación. El análisis de la información se expuso según el indicador derivada de la operacionalización de las variables de la investigación, tomando en cuenta los criterios de respuestas con mayor porcentaje. A continuación, se presenta la secuencia analítica del instrumento:

CUADRO 1

Cuadro 1. Opiniones emitidas por los escolares en el Indicador: Percepción del paciente.

Nº de Ítems	Ítems	AUSENCIA DE MIEDO		POCO MIEDO		MIEDO MODERADO		MIEDO INTENSO		MUCHO MIEDO	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	En general, ¿Para ti asistir al Odontopediatra significa una experiencia que te ocasiona miedo?	2	6	2	6	14	42	13	40	2	6
2	¿Te produce temor ver a los doctores?	1	3	2	6	12	36	15	46	3	9

Fuente: Asuaje y García (2017)



Fuente: Asuaje y García (2017)

Gráfico 1. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Percepción del Paciente

Análisis:

En el cuadro 1 y Grafico nº 1, se registran los resultados del ítem nº 1, haciendo referencia a las opiniones emitidas por los escolares dimensión Niveles de miedo dental. Cabe decir, que en este ítem el 42% de los escolares encuestados manifiestan sentir miedo moderado al asistir al Odontopediatra, lo que significa una experiencia que les ocasiona temor. De igual modo, el 39% opinó sentir miedo intenso. Por ultimo 6%, de los escolares opinaron no sentir miedo, otro 6% mucho miedo, al igual que 6 % más, señalaron sentir poco miedo.

Asimismo, se muestran los resultados del ítem nº 2, donde el 45% de los encuestados señalaron que ver a los doctores les produce un “**miedo intenso**”. En este orden secuencial, el 36% manifiestan sentir “**miedo moderado**”, el 9% “**mucho miedo**”, el 6% “**poco miedo**” y con un 3 % los que manifiestan “**ausencia de miedo**”.

Al respecto, estos resultados muestran correspondencia con lo señalado por Alàez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, (2010), La niñez representa; un período de gran vulnerabilidad en referencia a la salud y la enfermedad, al considerar que las etapas madurativas por las que transita, en su permanente acomodación a la vida, pueden tornarse un elemento generador de síntomas somáticos o psicológicos desadaptativos en el presente y en la etapa adulta, con una posible incidencia en un correcto desarrollo evolutivo.

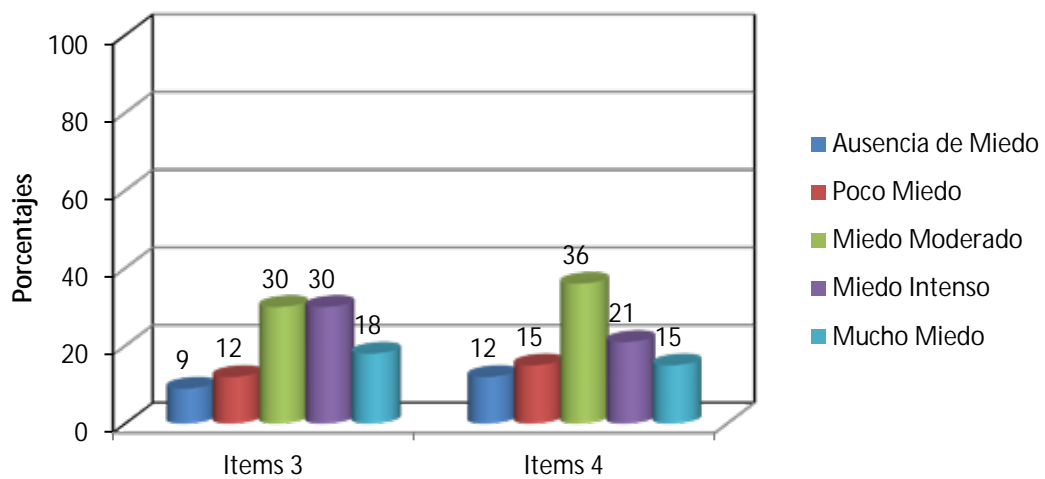
De igual forma, Pertinhes, R.T. (2014), refiere:

El temor o miedo deja de ser respuesta normal, adaptativas, necesarias y positivas cuando superan el umbral de tolerancia; No hay percepción de control y se produce una evitación continuada del estímulo aversivo interfiriendo considerablemente en el funcionamiento normal y adaptativo. (p.18)

CUADRO 2. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Falta de Confianza o miedo a lo desconocido

Nº de Ítems	Ítems	AUSENCIA DE MIEDO		POCO MIEDO		MIEDO MODERADO		MIEDO INTENSO		MUCHO MIEDO	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
3	En la estancia durante la consulta, ¿Qué un extraño te toca te ocasiona temor?	3	9	4	12	10	30	10	30	6	18
4	Estando en la consulta, ¿Qué alguien te mire te causa miedo?	4	12	5	15	12	36	7	21	5	15

Fuente: Asuaje y García (2017)



Fuente: Asuaje y García, (2017)

Gráfico 2. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Falta de confianza o miedo a lo desconocido.

Análisis:

En relación al ítems 3, durante la estadía de la consulta, ¿Qué un extraño te toque te ocasiona temor?, el 30% de los entrevistados manifiesta presentar Miedo moderado, igualmente otro 30% Miedo intenso, 18% respondió producirle mucho miedo, con 12% los que sienten poco miedo y por ultimo con un 9% los que manifiestan ausencia de miedo.

En lo que respecta al ítems 4, el cual refiere la pregunta Estando en la consulta, ¿Qué alguien te mire te causa miedo?, el 36% coincidieron presentar miedo moderado, 21% miedo intenso, 15% mucho miedo, 15% poco miedo y 12 % manifestó ausencia de miedo.

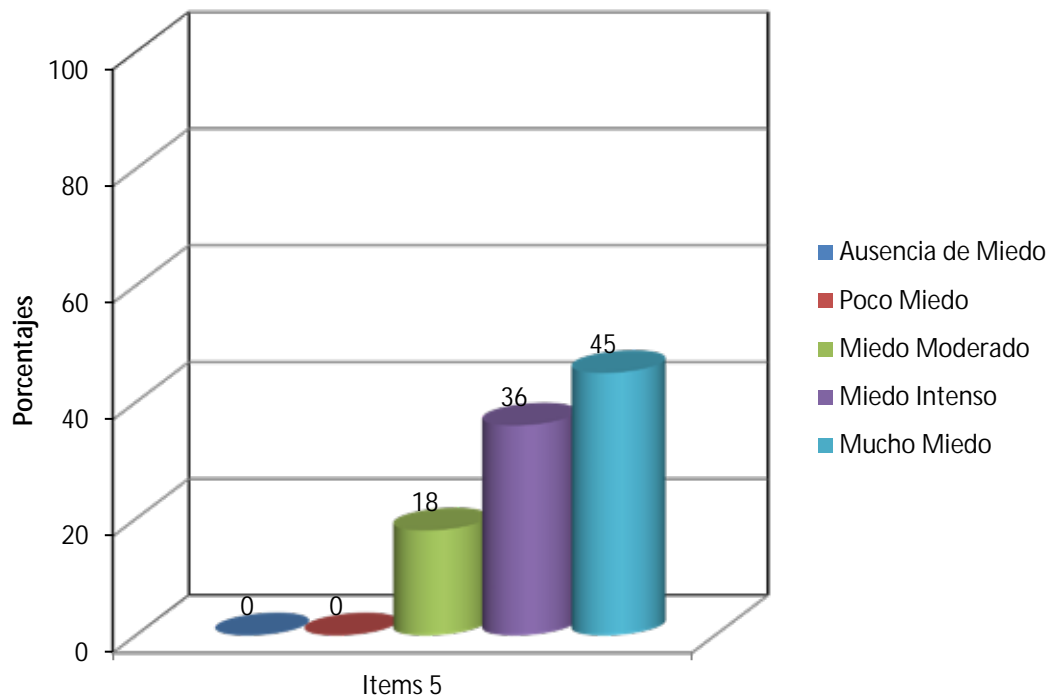
Estos resultados, demuestran que el temor está presente en los escolares a las consultas odontológicas en la Universidad José Antonio Páez situación que debe ser considerada por el especialista debido a que a pesar que el miedo es una respuesta normal y de adaptación ante un peligro o amenaza, representa una barrera importante de accesibilidad a la odontología. Al respecto, Cerrón (2010), señala que:

El miedo en los niños al tratamiento odontológico es uno de los problemas que afronta el profesional con frecuencia durante la consulta odontológica y que ha generado gran interés. Esto es debido a las complicaciones asociado a ello, pues niveles elevados de miedo pueden llevar al paciente a evitar la consulta odontológica, limitar la efectividad del tratamiento dental, requiriendo más tiempo para la atención e impidiendo que se detecten patologías de gravedad diversas (p.32)

CUADRO 3. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Factores relacionados con el niño.

Nº de Ítems	Ítems	AUSENCIA DE MIEDO		POCO MIEDO		MIEDO MODERADO		MIEDO INTENSO		MUCHO MIEDO	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
5	En el transcurso de la Consulta, ¿Sientes temor y dificultad para respirar?	0	0	0	0	6	18	12	36	15	45

Fuente: Asuaje y García, (2017)



Fuente: Asuaje y García, (2017)

Gráfico 3. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador Factores relacionados con el niño

Análisis:

Con respecto al ítems 5, En el transcurso de la Consulta, ¿Sientes temor y dificultad para respirar? 45% de los encuestados manifestaron tener Mucho miedo, 36% Miedo intenso y el 18% opinó sentir Miedo Moderado. De acuerdo a estos resultados, se puede decir que la mayoría de los pacientes que asisten a la clínica de odontología de la Universidad José Antonio Páez, durante la consulta refieren sentir miedo, situación que se debe tomar en cuenta por el medico para evitar iatrogenias en el servicio odontológico brindado. Al respecto, Bermudo, C.; Herrera, D.; Ladrón, R.; (2008). En su artículo titulado “Factores causantes del miedo en la atención estomatológica’ señalan que:

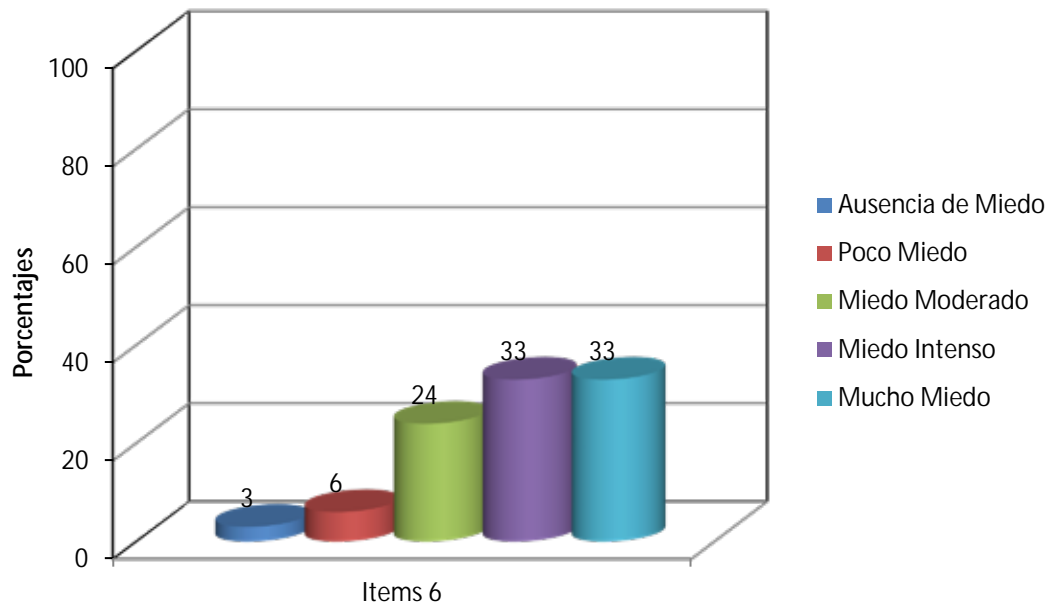
Los síntomas más comunes que se generan en la consulta odontológica, pueden varias de leves como: manos frías, contracciones musculares, hasta unos síntomas más marcados como fatiga o falta de respiración, cefalea, o dolor de estómago. Dichos síntomas, se encuentran entre los factores causantes del miedo relacionados con el niño se incluye miedo general, temperamento, comportamiento general, atención y dolor durante un tratamiento dental (Klingberg, 2008).

El odontólogo no puede dejar a un lado el estado de miedo del paciente, ni tampoco puede enfocarse solo en la afección que presenta en cavidad bucal puesto que debemos examinar al paciente como un todo y establecer por ende una buena relación odontólogo-paciente y de esta manera bajar el nivel de miedo para evitar retardado e incumplimiento de un plan de tratamiento. (p.45)

CUADRO 4. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Uso de Jeringa o Inyección.

Nº de Ítems	Ítems	AUSENCIA DE MIEDO		POCO MIEDO		MIEDO MODERADO		MIEDO INTENSO		MUCHO MIEDO	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
6	Cuando estás enfermo y necesitas que te coloquen una inyección ¿Sientes miedo	1	3	2	6	8	24	11	33	11	33

Fuente: Asuaje y García (2017)



Fuente: Asuaje y García (2017)

Gráfico 4. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Uso de jeringa o inyección

Análisis:

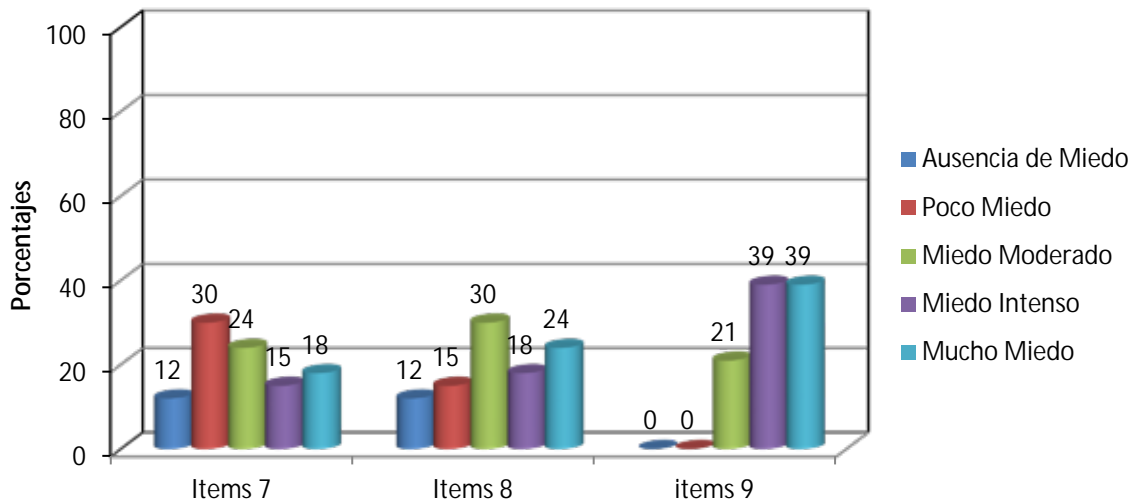
El cuadro nº 4, muestra los resultados del ítem 6, en el cual un 33% señalaron que al sentirse enfermo, colocarles una inyección les produce **miedo intenso**, mientras que otro 33% opinaron ocasionarles **mucho miedo**. En este orden, un 24% manifestó sentir miedo moderado, 6% “**poco miedo**” y con un 3% los que manifiestan “**ausencia de miedo**”.

En correspondencia, a las opiniones de la mayoría de los encuestados, se encuentran caracterizadas por una marcada y persistente preocupación en relación a situaciones/objetos, en este caso enfermedad/inyección. Estos resultados coinciden con otros estudios sobre miedo infantil, tal como Berge y Col (2012), quienes concluyeron que los aspectos relacionados a los procedimientos invasivos son la principal fuente del miedo dental.

CUADRO 5. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Maniobras en la boca.

Nº de Ítems	Ítems	AUSENCIA DE MIEDO		POCO MIEDO		MIEDO MODERADO		MIEDO INTENSO		MUCHO MIEDO	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
7	¿Te causa temor que alguien examine tu boca?	4	12	10	30	8	24	5	15	6	18
8	¿El abrir la boca para ser examinado implica una situación que te causa miedo?	4	12	5	15	10	30	6	18	8	24
9	Cuando el Dr. (a) coloca instrumentos dentro de tu boca ¿Sientes miedo?	0	0	0	0	7	21	13	39	13	39

Fuente: Asuaje y García, (2017)



Fuente: Asuaje y García (2017)

Gráfico 5. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Maniobras en la boca

Análisis:

En lo que respecta al ítems 7, el 30% de los encuestados manifestaron tener “**poco miedo**” que alguien le examine la boca, seguidamente un 24% respondió sentir “**miedo moderado**”, un 18% “**mucho miedo**”, 15% “**miedo intenso**” y 12% señalaron “**ausencia de miedo**”.

En este orden, en el ítems 8, el 30% de los escolares señalan sentir “**miedo moderado**” al abrir la boca para ser examinado, 24% responden tener “**mucho miedo**”, 18 % “**miedo intenso**”, 15% “**poco miedo**” y 12% señalaron “**ausencia de miedo.**”

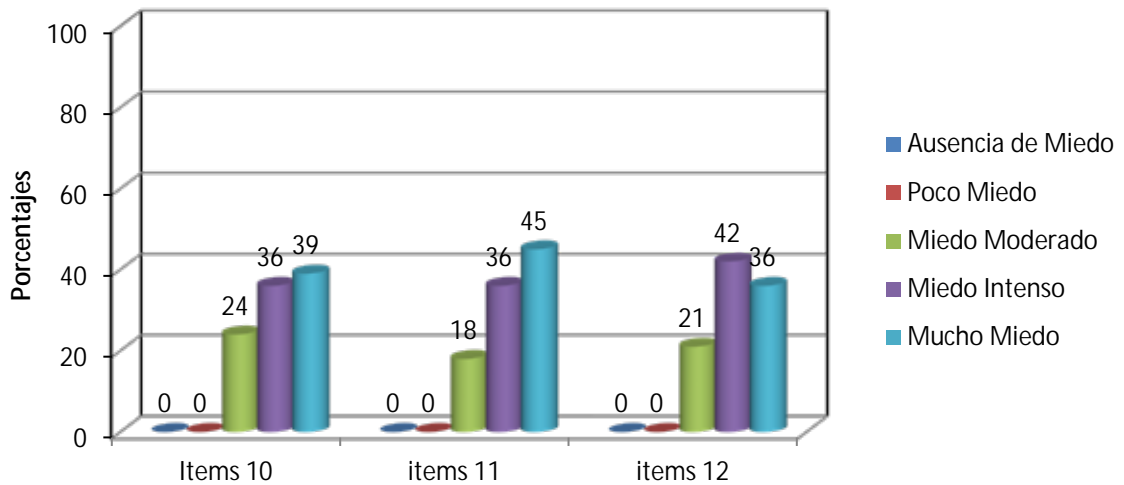
En el ítems 9, Cuando el Dr. (a) coloca instrumentos dentro de tu boca ¿Sientes miedo?, el 39% de los entrevistados manifiestan sentir un **miedo intenso**, otro 39% **mucho miedo** y 21% **miedo moderado**.

Esta emoción o sentimiento, es descrita por López (2008), quien refiere que es claro, comprender que cualquier maniobra dentro de la boca genera procesos afectivos y sociales de diferente índole. La región oral es una zona muy sensible e incluye muchos receptores de la sensación somática que cualquier otra parte del cuerpo humano. Es utilizada para una variedad de propósitos, tales como comer y hablar. Es particularmente importante para el desarrollo en la primera infancia. Por lo tanto, no es sorprendente, que esta parte del cuerpo humano esté vinculada a la emoción, es receptor a experiencias de miedo.

CUADRO 6. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Uso y Ruido de la turbina.

Nº de Ítems	Ítems	AUSENCIA DE MIEDO		POCO MIEDO		MIEDO MODERADO		MIEDO INTENSO		MUCHO MIEDO	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
10	Para ti que el Dr. (a) use la turbina, ¿Te produce miedo?	0	0	0	0	8	24	12	36	13	39
11	Ver al Dr. (a) usando la turbina, ¿Te causa temor?	0	0	0	0	6	18	12	36	15	45
12	Estando en la sala de espera, ¿El ruido de la turbina desencadena en ti una respuesta de miedo?	0	0	0	0	7	21	14	42	12	36

Fuente: Asuaje y García (2017)



Fuente: Asuaje y García (2017)

Gráfico 6. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Uso y Ruido de la Turbina.

Análisis:

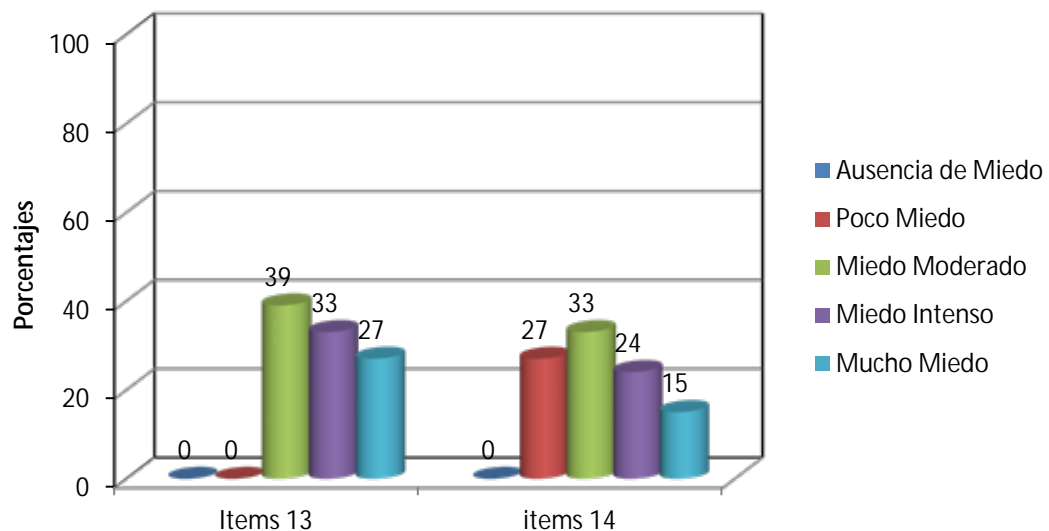
Con respecto a los resultados obtenidos en el **ítems 10**, el 39% de la muestra en estudio señalaron que el uso de la turbina le produce mucho miedo, el 36% miedo intenso, y un 24% miedo moderado. De igual forma, el **ítems 11**, Ver al Dr. (a) usando la turbina, le produce mucho miedo al 45%, miedo intenso al 36% y miedo moderado al 18%. En este mismo orden, El **ítems 12**, el cual refiere al temor que el ruido de la turbina desencadena a un 42% de la muestra miedo intenso, mucho miedo al 36% y 21% manifiestan que produce miedo moderado. De acuerdo a estos resultados, los ruidos que se producen en el área de trabajo del odontólogo, producen alteraciones a nivel psicológico.

En relación a ello, Álvarez, Guerrier y Toledo (2008), señalan que la causa de la ansiedad se postula como multifactorial, siendo el motivo más universalmente referido una experiencia traumática previa, donde el ruido de la turbina es la causa principal del miedo al odontólogo así como la prevalencia de situaciones desagradables durante la consulta odontológica vividas durante la adolescencia. (p.25)

CUADRO 7. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Ambientes Sanitarios.

Nº de Ítems	Ítems	AUSENCIA DE MIEDO		POCO MIEDO		MIEDO MODERADO		MIEDO INTENSO		MUCHO MIEDO	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
13	¿El hecho de ir al hospital te ocasiona miedo?	0	0	0	0	13	39	11	33	9	27
14	Cuándo asistes a la Consulta, al ver al Dr. (a) con la bata blanca ¿Sientes miedo?	0	0	9	27	11	33	8	24	5	15

Fuente: Asuaje y García, (2017)



Fuente: Asuaje y García, (2017)

Gráfico 7. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Ambientes Sanitarios.

Análisis:

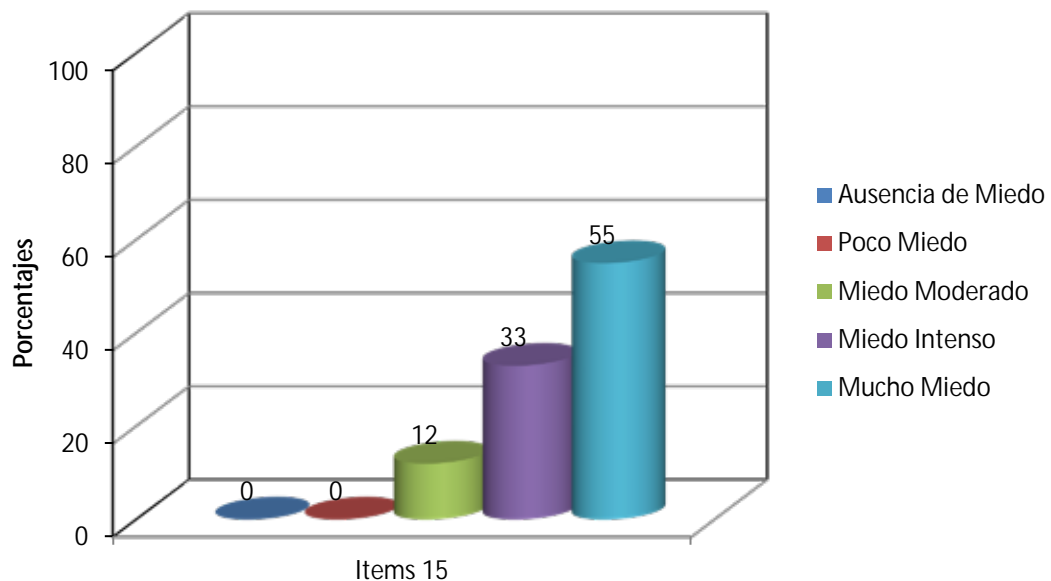
El cuadro 7, muestra información obtenida sobre los ítems 13 y 14. El ítem 13 que hace referencia ¿El hecho de ir al hospital te ocasiona miedo?, el 39% de los informantes manifestaron sentir miedo moderado, el 33% miedo intenso y el 27% mucho miedo.

Igualmente, muestra los resultados del ítem 14, Cuando asistes a la Consulta, al ver al Dr. (a) con la bata blanca ¿Sientes miedo?, en la cual el 33% manifestó sentir miedo moderado, 27% poco miedo, 24% miedo intenso y 15 % mucho miedo. Tales resultados, guardan relación con lo afirmado por Bassi (2016), quien explica que tener miedo de ir al médico de forma injustificada o irracional es una de las denominadas fobias sociales. - y no solo se limita a esta figura profesional, sino a su bata blanca y al ambiente que le rodea, como entrar en un hospital, el olor característico de los centros sanitarios o, incluso, ver agujas o tecnología sanitaria. Toda relación con un objeto fóbico genera malestar en forma de ansiedad y se puede propagar a todo lo relacionado con él, en este caso al médico, y al ambiente que le rodea, es decir, al ámbito sanitario.

CUADRO 8. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Uso de Sillón Dental.

Nº de Ítems	Ítems	AUSENCIA DE MIEDO		POCO MIEDO		MIEDO MODERADO		MIEDO INTENSO		MUCHO MIEDO	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
15	Al estar sentado por unos minutos en el Sillón Dental y notas que la asistente dental hace la limpieza ¿Te produce temor?	0	0	0	0	4	12	11	33	18	55

Fuente: Asuaje y García, (2017)



Fuente: Asuaje y García, (2017)

Gráfico 8. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: uso del sillón dental.

Análisis:

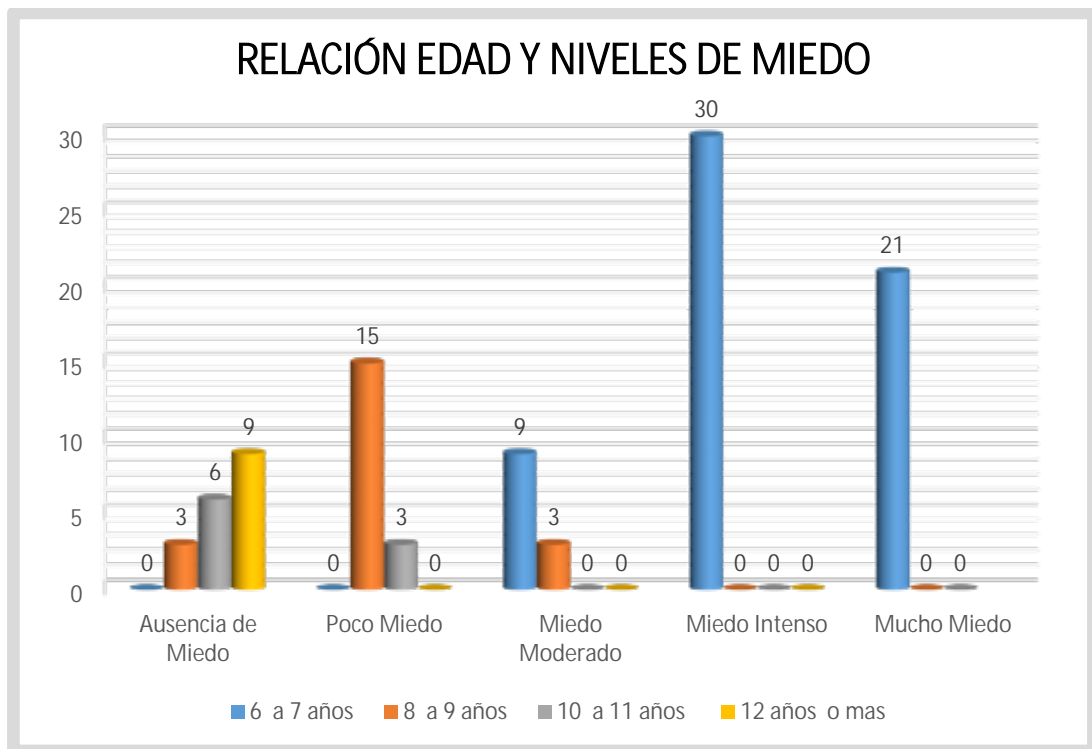
El cuadro 8, refleja información obtenida en relación a las opiniones emitidas por los escolares en el **ítems 15**, donde el **55%** manifestaron que estar sentado por unos minutos en el Sillón Dental y notar que la asistente dental hace la limpieza les produjo **mucho miedo**, seguido de un **33% miedo intenso** y **12 % miedo moderado**. Los pacientes que asisten a las Clínicas del Niño y el Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, estar sentado en el Sillón Dental y notar que la asistente dental hace la limpieza les producen miedo.

Estos resultados, muestran concordancia con lo afirmado por Barrancos, (2011), quien señala que sentir la idea de sentirse atrapado y restringido en los movimientos durante un tiempo considerable mientras se está sentado en el sillón dental puede generar un intenso miedo, situación que produce que el niño se sorprenda e incluso desconfíe, por lo que el odontólogo debe enseñar al pequeño los distintos aparatos y explicar su utilidad, para de esta manera

CUADRO 9. Opiniones emitidas por los escolares en el indicador: Relación edad y niveles de miedo.

Edades	AUSENCIA DE MIEDO		POCO MIEDO		MIEDO MODERADO		MIEDO INTENSO		MUCHO MIEDO	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
6 a 7 años	0	0	0	0	3	9	10	30	7	21
8 a 9 años	1	3	5	15	1	3	0	0	0	0
10 a 11 años	2	6	1	3	0	0	0	0	0	0
12 años o mas	3	9	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Asuaje y García (2017)



Fuente: Asuaje y García (2017)

Gráfico 9. Representación porcentual de opiniones emitidas por los escolares en el indicador: en el indicador: Niveles de miedo.

Análisis:

Los participantes en el presente estudio tenían un promedio de edad entre 6 a 12 años para un total de 33 escolares, siendo los niños de 6 y 7 años los de mayor frecuencia con un total de 27% y 33% respectivamente. El grupo de niños entre 6 y 7 años tuvieron niveles de miedo significativamente más elevados que los otros grupos de edad, disminuyendo el nivel de miedo dental a medida que aumenta la edad.

Con base a lo anterior, Anant (2010), concluye que aunque el miedo dental se puede ver a cualquier edad en un niño, hay más probabilidad de que esta se presente en los niños que son más pequeños. Los miedos en general y cualquiera de sus modalidades en la etapa infantil suponen un fenómeno normal, ya que este tiene un importante componente de valor adaptativo para la especie. En pequeña escala, estas sensaciones que se viven como desagradables por parte del niño o adolescente pueden cumplir una función de supervivencia en el sentido de apartarle de situaciones de peligro potencial

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La presente investigación considerando los objetivos planteados y los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de miedo dental infantil de Cuthbert y Melamed, a 33 escolares que asisten a los centros odontológicos de la Universidad José Antonio Páez, conllevó a las siguientes conclusiones:

Con respecto, a los niveles de miedo de los escolares a las consultas odontológicas en las Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez medidos por la Escala de Cuthbert y Melamed, entre 36 y 45% de los escolares que asisten a los centros odontológicos de la Universidad José Antonio Páez, presentan niveles de miedo entre intenso y moderado.

En relación con los factores que producen temor en los escolares a las consultas odontológicas en las Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, los pacientes manifiestan temor por algunos elementos usados durante la consulta. Entre los que se encuentran:

- 1.-EL uso del sillón dental
- 2.-El ruido de las turbinas
- 3.-Ambiente sanitario
- 4.-Miedo a los extraños

5.-Las técnicas invasivas: Inyecciones y maniobra dentro de la boca

La prevalencia del miedo dental, en función de la edad de los escolares en las consultas odontológicas en las Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, siendo los escolares entre 6 y 7 años quienes presentaron los niveles más elevados de temor o miedo dental.

5.2 RECOMENDACIONES

En atención al porcentaje obtenido mediante la escala de niveles de miedo (45%), se hace necesario, que los especialistas en las Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, razonen que si el miedo permanece en los escolares, puede llegarse al extremo de abandonar el tratamiento y esta conducta repercute contra la salud bucal, comprometiendo la calidad, el tiempo, el costo, la salud física y psicológica tanto para el niño como para el equipo profesional que atienden en estos consultorios.

Considerando que el desempeño del odontólogo incluye un papel importante en los sectores psicológico y educacional; el profesional debe tener en cuenta los factores que originan el miedo dental, tales como las características de cada niño, la fase de desarrollo en que se encuentre, su entorno familiar y las circunstancias específicas de cada situación. Posibilitando de esta manera, la ampliación de los beneficios de la atención, que además de facilitar la ejecución de la odontología con éxito, permita evitar el establecimiento de posibles traumas psicológicos.

De allí que para la prevención se debe aconsejar a los pacientes para superar el miedo al dentista las cualidades requeridas del equipo de

tratamiento y las características del consultorio dental y la actitud del Odontólogo ayudan al éxito del tratamiento.

Realizar orientaciones a las madres previas a la consulta con relación a la forma de atención que recibirá su hijo; de esta manera se podrá establecer una relación de confianza y seguridad con el profesional, disminuyendo el miedo de la madre desde el inicio de la atención odontológica a su hijo.

El hecho de tratar cordialmente al paciente desde su llegada al consultorio hasta el instante que se retire del mismo, así como el interrogatorio completo sin obviar ningún detalle y hacer una cuidadosa y minuciosa observación cuando el paciente se exprese, le permite al estudiante obtener información oportuna para el abordaje de este tipo de pacientes, al identificar correctamente las razones de su temor y establecer las técnicas más acordes para lograr la colaboración y cambios conductuales.

De igual manera, se puede considerar la inclusión en la historia clínica las escalas de evaluación del miedo dental en niños, herramienta muy útil para el odontólogo y así pueda ser utilizado para personalizar el tratamiento y manejo de los pacientes.

Emplear los resultados de este trabajo para realizar futuras investigaciones en otras poblaciones de estudio sobre el nivel de miedo dental en niños.

Implementar un módulo, curso o capacitación a los alumnos sobre psicología aplicada a la Odontopediatría.

En términos generales, cuanta más información se tiene sobre la salud y los tratamientos dentales, menor es el miedo al dentista. Desde este punto de vista parece interesante fomentar la educación dental en los niños para evitar problemas en la edad adulta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alàez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2010). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12,525-532.
- Álvarez, M.; Guerrier, L.; Toledo, A. (2008). Técnicas de relajación en pacientes con ansiedad al tratamiento estomatológico. [En línea] Citado 2017 abril 17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1721202008000200004
- Anant, G (2010). Correlación de ansiedad general y ansiedad dental en niños de 3 a 5 años: una encuesta clínica. *Es: J Int Oral Health*.2010. Vol. 6
- Barrancos, J. (2011). *Operatoria Dental: Integración Clínica*. (5ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana.
- Bassi, C. (2016). “Miedo a ir al médico” [En línea]. [Citado 2017 Marzo 20]Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2013/02/24/215919.php>
- Bedoya Dorado, C. y Velásquez Fernández, A. (2014). Análisis de la incidencia del miedo en la organización desde la perspectiva psicobiológica. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 351-362.
- Berge M, Berge D, Veerkamp J, Hoogstraten J. (2012) La etiología del miedo dental infantil: El papel de las experiencias dentales y acondicionamiento. *Eur J PaediatDent*. Países Bajos 2012; 6 (3): 73–78.
- Bermudo, C.; Herrera, D.; Ladrón, R. (2008). Factores causantes del miedo en la atención estomatológica. [En línea]. [Citado 2017 enero 17]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/235/03.html>
- Bordoni, N. (2010). *Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires-Argentina: Panamericana S.A.

- Caballo, V. (2009). Evaluación de las habilidades sociales. En Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España: Siglo Veintiuno.
- Cabero, J Y Hernández J. (2010). Formación del profesorado universitario en TIC. Aplicación del método Delphi para la selección de los contenidos formativos. Educación XX1, 17(1), 112-132. doi: 10.5944/educxx.
- Cerrón, M. (2010). Miedo en niños de 4 a 12 años de edad en relación a sus experiencias dentales y la ansiedad materna en el instituto de salud oral de la fuerza aérea del Perú. Universidad Nacional Federico Villarreal. Facultad de odontología. Lima –Peru.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial N°.3680.30 de diciembre, Caracas: Distribuidora Escolar, S.A.
- De Donno (2012) Fobia dental: ansiedad ante el tratamiento odontológico.
- Delgado O. (2013) Situaciones que provocan miedo en el consultorio dental. 1a ed. México: Mandala.
- Gamarra B. (2014). Psicología práctica para odontólogos: Una visión psicoanalítica.
- Guerrero K. (2011) Armonía en el Consultorio Dental. 1a ed. España: Mit.Cim; p.134.
- Gustafsson A. Tratamiento odontológico problemas de conducta entre los niños y adolescentes una cuestión de entender. Estudio en el miedo dental, características personales y psicosociales concomitantes. Eur J Paediatr. Suecia 2012; 9 (7): 41-54.
- Hernández R., Fernández C. y Baptista P. (2010) Metodología de la Investigación. 5ta. Edición McGraw-Hill. México.
- Hibbele, C. (2010), Miedo Dental y sus Consecuencias. 5a ed. Canadá: Kapelusz;
- Hurtado, J. (2010). El Proyecto de Investigación: Comprensión Holística de la Metodología y la Investigación.
- Klingberg, G.; Berggren, U. (2008) Child dental fear: Cause-related factors and clinical effects. European Journal of Oral Sciences

- Laguna, P. (2013). El origen del miedo dental está vinculado a vivencias infantiles. [En línea] [Citado 2017 enero 17]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/entorno/ent060201combis.html>
- Ley de Ejercicio de la Odontología. (1970). Gaceta Oficial 29.288 10 de agosto de 1970
- Ley Orgánica de Protección al Niño y al Adolescente (2007). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.859
- Litt, E. y Cols, C. (2013). Métodos para reducir el temor a los tratamientos. (1a ed.). Francia: Benenzon. p. 67-72.
- López, M. (2008). Nueva Alternativa Metodológica Digital en la Enseñanza de la Odontopediatría”. Universidad de la República. Uruguay.
- Marcano A, Marín D, Machado M. (2013) Técnicas para el manejo de las manifestaciones del miedo a la consulta odontológica en los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. *Odous Científica*. Venezuela enero - junio 2013; 1 (8): 5-13.
- Márquez J, Navarro M, Cruz D, Gil J. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista? *RCOE*. Madrid 2012; 9 (2):165-74.
- Pardo G, Y Cedeño M. (2010). Investigación en salud. “Factores sociales”. México, DF: Mac Graw Hill Ediciones
- Parella, S. y Martins, F. (2010). Metodología de la investigación cuantitativa. Caracas: FEDUPEL
- Pertinhes, R.T. (2014), Representación social de Cirugía Dentista e o comportamiento infantil para tratamiento odontopediátrico. Dissertação para obtener el título de maestría en Psicología. Campo Grande. Universidad Católica Don Bosco UCDB.
- Ramírez, T. (2010) Cómo Hacer un Proyecto de Investigación. (2da ed.) Caracas, Venezuela: Panapo de Venezuela, C.A.
- Rivera I, Parra A. (2013) Ansiedad y Miedos dentales en escolares Hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Bogotá 2012; 37(3):461-75.
- Ruiz, A. M., & Lago, B. (2010). AEPAP. Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia: http://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf

- Salinas A, Villarreal E, Garza-E y Núñez E. (2008). Necesidades de acceso para las acciones preventivas. Una perspectiva de la población en Monterrey, México en 2005. Rev Esp Salud Pública 2008; 82: 547-557
- Sierra (2008). La música clásica y pop y su influencia en el abordaje odontológico en pacientes con necesidades especiales. Trabajo de Ascenso presentado para optar la categoría de profesor asistente en escalón Universitario.
- Strawer (2011), Manejo del comportamiento del paciente infantil: Calidad del cuidado, miedo y ansiedad y el niño paciente
- Tamayo y T., M. (2010). Proceso de la Investigación Científica. (5ta Edición). Mexico:Limusa.
- Universidad del Cuyo, Argentina (2013), Manejo de la conducta odontológica del niño, Ed. MUNDIS.A.I.C. Y F. Buenos Aires, Argentina, Disponible en:http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/comportamiento_nino_consultorio_odontologico.asp.
- Vidal, M. (2012), La empatía en la consulta del profesional de la salud. Disponible en:<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=75717>
- Zaccagnini, M (2013). El Miedo Cómo Nace y Cómo se Trasciende. Escuela Española de Desarrollo Transpersonal Curso 2010-2011.

ANEXOS

(ANEXO A-1)



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

ESCALA DE EVALUACIÓN DE MIEDOS DENTALES EN NIÑOS

Estimado lector:

La siguiente contiene 16 ítems con cinco alternativas de respuestas para cada una, la cual debe seleccionar con una X, relacionadas con el tratamiento y la situación dental, le agradezco responda de la manera más sincera posible para así lograr el objetivo de este proyecto, el cual consiste en Determinar los niveles de miedo por medio de la escala de miedo dental infantil de Cuthbert y Melamed; en los pacientes escolares que acuden a las áreas clínicas de la Universidad José Antonio Páez durante el período

AUTORES:

Br.Gricel Asuaje.

Br. Dalianny Garcia

(ANEXO A-2)

ESCALA DE EVALUACIÓN DE MIEDOS DENTALES EN NIÑOS

ÍTEM	PREGUNTA	RESPUESTA				
		AUSENCIA DE MIEDO	POCO MIEDO	MIEDO MODERADO	MIEDO INTENSO	MUCHO MIEDO
		1	2	3	4	5
1	En general, ¿Para ti asistir al Odontopediatra significa una experiencia que te ocasiona miedo?					
2	¿Te produce temor ver a los doctores?					
3	En la estadía durante la consulta, ¿Qué un extraño te toque te ocasiona temor?					
4	Estando en la consulta, ¿Qué alguien te mire te causa miedo?					
5	En el transcurso de la Consulta, ¿Sientes temor y dificultad para respirar?					
6	Cuando estás enfermo y necesitas que te coloquen una inyección ¿Sientes miedo?					
7	¿Te causa temor que alguien examine tu boca?					
8	¿El abrir la boca para ser examinado implica una situación que te causa miedo?					
9	Cuando el Dr. (a) coloca instrumentos dentro de tu boca ¿Sientes miedo?					
10	Para ti que el Dr. (a) use la turbina, ¿Te produce miedo?					
11	Ver al Dr. (a) usando la turbina, ¿Te causa temor?					
12	Estando en la sala de espera, ¿El ruido de la turbina desencadena en ti una respuesta de miedo?					
13	¿El hecho de ir al hospital te ocasiona miedo?					
14	Cuándo asistes a la Consulta, al ver al Dr. (a) con la bata blanca ¿Sientes miedo?					
15	Al estar sentado por unos minutos en el Sillón Dental y notas que la asistente dental hace la limpieza ¿Te produce temor?					
16 DATOS DEL ENTREVISTADO						
Edad: _____		Total: _____		Nivel de Miedo: _____		

Fuente: Asuaje y García (2017)

(ANEXO A-3)

ESCALA DE EVALUACIÓN DE MIEDOS DENTALES EN NIÑOS	
AUSENCIA DE MIEDO	1
POCO MIEDO	2
MIEDO MODERADO	3
MIEDO INTENSO	4
MUCHO MIEDO	5
RANGO DE PUNTUACIONES	
AUSENCIA DE MIEDO	MENOR O IGUAL A15
POCO MIEDO	16 - 44
MUCHO MIEDO	45 Y MAS

(Anexo B)
Cuadro de Operacionalización de la Variable

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
Determinar los niveles de miedo de los escolares a las consultas odontológicas en las Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez	Miedo dental	Sentimiento o emoción del paciente ante la anticipación o la presencia del médico, equipo dental, o ante el propio tratamiento dental.	Emotiva-motivacional	Según Percepción del paciente	1-2
				Falta de confianza o miedo a lo desconocido	3-4
Identificar los factores que producen temor en los escolares a las consultas odontológicas en las Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez	factores que producen temor en los escolares	patrones multifactoriales de comportamiento que resultan desadaptativos en relación al tratamiento odontológico	factores relacionados con el niño factores relacionados con el entorno en el consultorio odontológico	Relacionados con el niño	5
				Uso de jeringa inyección	6
				-maniobras en la boca	7-8-9
				-uso y ruido de la turbina	10-11-12
				-Ambientes Sanitarios	13-14
-uso del sillón dental	15				
Evaluar la prevalencia del temor, en función de la edad de los escolares en las consultas odontológicas en las Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez	Prevalencia del miedo dental	proporción de individuos de un grupo o una población que presentan temor en el acto clínico odontológico	Características individuales	Edad y Nivel de miedo dental	16

Fuente: Asuaje y García (2017)