



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

**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN
PROGRESIVA DE WOLPE Y LA REESCTRUCTURACIÓN COGNITIVA
PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS QUE
ASISTEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE II**

Autoras:

Br. Bolívar M, María J.

Br. Farah B, Kathina J.

Tutor (a):

Od: Kennia Alcalá

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



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

**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN
PROGRESIVA DE WOLPE Y LA REESCTRUCTURACIÓN COGNITIVA
PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS QUE
ASISTEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE II**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de
Odontólogo

Autor(es):

Bolívar Mercones, María José

C.I.: 24.547.496

Farah Blanco, KathinaJosephine.

C.I.: 24.755.246

Tutor(a):

Kennia Alcalá

C.I: 12.618.369



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

**“ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN
PROGRESIVA DE WOLPE Y LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA
PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS QUE ASISTEN
A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE II”**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

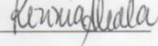
1. 24.755.246

Farah Blanco Kathina Josephine

2. 24.547.496

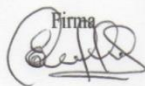
Bolívar Mercones María José

Tutor Propuesto: Od. Kennia Alcalá

Firma 

Cédula de Identidad N° 12.618.369

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma 



Fecha 12/04/2018



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACION DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD

PLANILLA DE SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Bolívar Mercones	Nombres: María José	C.I. N° V- 24.547.496
Dirección: Pueblo de San Diego calle tejeras casa n# 11620, San Diego. Estado Carabobo		Teléfono: 0424-1766764
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología		Índice Académico: 12,28
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores:		
Nombre: Bolívar Mercones María José		Teléfono: 0424-1766764
Nombre: Farah Blanco Kathina Josephine		Teléfono: 0414-3434009
Título del Trabajo: "ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA DE WOLPE Y LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE II"		
Breve Explicación: El presente trabajo de investigación tiene como propósito comparar la técnica de relajación progresiva de Wolpe vs la Reestructuración cognitiva para disminuir la ansiedad en niños de 9 a 11 años que asisten a la clínica del niño y adolescente II en la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-3, bajo el siguiente marco metodológico: la investigación es de tipo descriptiva observacional, transeccional con un diseño no experimental, de campo, basada en la aplicación de una encuesta, como herramienta para la recolección de datos que conlleven al logro de los objetivos que se plantearon, los cuales se formularon de manera secuencial y lógica, para así lograr establecer un análisis que permitió conocerlas y relacionarlas, dando lugar de esta manera a las conclusiones y recomendaciones finales del presente estudio		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Universidad José Antonio Páez; Campus San Diego, Municipio San Diego Edo. Carabobo.		
Tiempo de desarrollo: 2017-II.		
Tutor Académico: Kennia Alcalá		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

<u>Enve Weffer</u>	<u>[Firma]</u>	<u>12/04/2018</u>
NOMBRE	FIRMA	FECHA
<u>Rodrigo pto</u>	<u>[Firma]</u>	<u>12/04/12</u>
NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: _____





UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 COORDINACION DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD

PLANILLA DE SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Farah Blanco	Nombres: Kathina Josephine	C.I. Nº V- 24.755.246
Dirección: Guayabal Garden, casa n#5 los guayabitos naguanagua Edo.Carabobo		Teléfono: 0424-3434009
DATOS ACADEMICOS		
Escuela: Odontología		Índice Académico: 14,19
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores:		
Nombre: Farah Blanco Kathina Josephine		Teléfono: 0414-3434009
Nombre: Bolívar Mercones María José		Teléfono: 0424-1766764
Título del Trabajo: "ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA DE WOLPE Y LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE II"		
Breve Explicación: El presente trabajo de investigación tiene como propósito comparar la técnica de relajación progresiva de Wolpe vs la Reestructuración cognitiva para disminuir la ansiedad en niños de 9 a 11 años que asisten a la clínica del niño y adolescente II en la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-3, bajo el siguiente marco metodológico: la investigación es de tipo descriptiva observacional, transeccional con un diseño no experimental, de campo, basada en la aplicación de una encuesta, como herramienta para la recolección de datos que conlleven al logro de los objetivos que se plantearon, los cuales se formularon de manera secuencial y lógica, para así lograr establecer un análisis que permitió conocerlas y relacionarlas, dando lugar de esta manera a las conclusiones y recomendaciones finales del presente estudio		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Universidad José Antonio Páez; Campus San Diego, Municipio San Diego Edo. Carabobo.		
Tiempo de desarrollo: 2017-3.		
Tutor Académico: Kennia Alcalá		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Farah Seffer [Firma] 12/04/2018
 NOMBRE FIRMA FECHA

[Firma] [Firma]
 NOMBRE FIRMA

DIRECCION DE LA ESCUELA: _____





ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, **Kennia Alcalá Flores**, portador (a) de la Cedula de Identidad N° **12.618.369**, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el (la) ciudadano(a) **Kathina Farah**, portador(a) de la Cedula de Identidad N° **24.755.246**, titulado: **"Estudio comparativo entre la técnica de relajación progresiva de Wolpe y la Reestructuración cognitiva para disminuir la ansiedad en niños de 9 a 11 años que asisten a la clínica del niño y adolescente II"** 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 11 días del mes de 12 del año dos mil diecisiete

(Firma autógrafa)
Kennia Alcalá
Nombres y apellidos

C.I. 12618369



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, **Kennia Alcalá Flores**, portador (a) de la Cedula de Identidad N° **12.618.369**, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el (la) ciudadano(a) **María José Bolívar**, portador(a) de la Cedula de Identidad N° **24.547.496**, titulado: **“Estudio comparativo entre la técnica de relajación progresiva de Wolpe y la Reestructuración cognitiva para disminuir la ansiedad en niños de 9 a 11 años que asisten a la clínica del niño y adolescente II”** 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 11 días del mes de 12 del año dos mil diecisiete

Kennia Alcalá

(Firma autógrafa)

Kennia Alcalá
Nombres y apellidos

C.I. 12618369

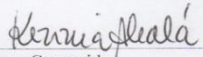


UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA


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 "ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA DE WOLPE Y LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE II", realizado por Farah Blanco Kathina Josephine, C.I.24.755.246. Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA


DE: veinte (20) PUNTOS. merece publicación.


Tutor Contenido/

Nombre: Kennia Alcalá
C.I.:12.618.369


Jurado

Nombre: Gloriana Portocarrero
C.I.: 20.031.658


Jurado

Nombre: Erika González
C.I.: 17.171.133



Fecha: 11-04-18



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE 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 "ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA DE WOLPE Y LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE II", realizado por Bolívar Mercones María José, C.I.24.547.496, Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.

Honoría Publicación

Kennia Alcalá
Tutor Contenido

Nombre: Kennia Alcalá
C.I.: 12.618.369

[Signature]
Jurado

Nombre: Gloriana Portocarreo
C.I.: 20.031.658

[Signature]
Jurado

Nombre: Erika González
C.I.: 17.171.133

Fecha: 11-04-18



DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme dado salud, fortaleza y fe de que puedo cumplir mis objetivos, que por más difíciles que sean el estará ahí.

A mis Padres Ricardo Bolívar y Yosmar Mercones.

Por darme ese amor incondicional, ya que siempre me han apoyado en los tiempos difíciles, por guiarme a lo largo de mi vida, por ser mis principales pilares, por enseñarme la humildad, la dedicación, el amor, y alcanzar los sueños, a ustedes dos, les debo mi vida, mil gracias.

A mi Hermano Ricardo Moises

Que a pesar de nuestras diferencias, sé que cuento con él. Lo amo

A mi novio Luis Minguet

Por ser el soporte moral, la comprensión y el constante estímulo para seguir adelante. Fuiste muy importante ya que contigo conté en los momentos difíciles y sin importar nada siempre estuviste ahí. Gracias, Te amo.

A mi Amiga y Compañera de Tesis Kathina Farah

Que desde un principio nos apoyamos en nuestra formación y que hoy en día seguimos siendo amigas. Nos ayudarnos mutuamente en la realización de este trabajo, que por más difícil que se nos ha presentado, pero por fin podemos decir, lo logramos. Te adoro mi Kathi

A mis Amigos

Que se convirtieron en hermanos siempre estuvieron presentes (Arianna González y Francisco Gil)

María José Bolívar Mercones

Primeramente le doy gracias a Dios y a mi ángel, abuela se que desde el cielo celebras con orgullo y amor este logro

A mis padres y hermano, gracias por ser mi base, motivarme y nunca dejarme caer. Los amo y nada de esto hubiese sido posible sin ustedes

A mi compañera de tesis María José, por acompañarme en cada paso de esta carrera, desde exámenes hasta clínicas y tesis, no podía pedir una mejor

Por último le doy gracias a Stefani Medina y María José Díaz, ahora colegas, gracias por enseñarme tantas cosas a lo largo de la carrera y ser mis guías. Más que mis amigas son mis hermanas.

Kathina Josephine Farah Blanco

INDICE

pp.

RESUMEN

INFORMATIVO.....

CAPÍTULO

I EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema.....

1.1.1 Formulación del Problema.....

1.2 Objetivos de la Investigación.....

1.2.1 Objetivo General.....

1.2.2 Objetivos Específicos.....

1.3 Justificación de la Investigación.....

II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación.....

2.2 Bases Teóricas.....

2.3 Bases Legales de la Investigación.....

2.4 Definición de términos básicos.....

III MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación.....

3.2 Diseño de Investigación.....

3.3 Población y Muestra.....

3.4 Técnicas de Recolección de Datos.....

IV RESULTADOS

Presentación de resultados.....

Discusión.....

V CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

ANEXOS.....



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

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA DE WOLPE Y LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE II

Autor (a): Bolívar María José

Autor (a): Farah Kathina

Tutor: Kennia Alcala

Fecha: ABRIL 2018

RESUMEN INFORMATIVO

Hoy en día se estima que la ansiedad afecta a un gran número de personas, especialmente en la población infantil, siendo su origen en la infancia y en la mayoría de los casos genera actitudes negativas frente a la odontología. Con el propósito de comparar la técnica de relajación progresiva de Wolpe vs la reestructuración cognitiva para disminuir la ansiedad en los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, en el periodo 2017-3, se realizó un estudio de tipo descriptiva observacional, transeccional con un diseño no experimental, de campo; el diseño de la investigación corresponde a una pre-prueba y una post-prueba. Los sujetos en estudios se dividieron en grupos: El Grupo (A) 20 niños de 9 a 11 años a quienes se le aplicó la técnica de relajación progresiva de Wolpe; el grupo (B) 20 niños de 9 a 11 años que fueron sometido a la técnica de reestructuración cognitiva. Se aplicó la Corah's Dental AnxietyScale DAS, creada por Norman Corah. Esta se aplicó antes y después de realizadas las técnicas de relajación cognitivas conductuales descritas. Se pudo concluir que tanto la relajación progresiva de Wolpe como la reestructuración cognitiva lograron disminuir los niveles de ansiedad dental en los niños objeto de estudio. Sin embargo, se evidenciaron mejores resultados con la reestructuración cognitiva, obteniendo un promedio del nivel de ansiedad dental post-prueba de 11.5 en comparación a la técnica de Wolpe en la cual se obtuvo un promedio del nivel de ansiedad dental post-prueba de 13.35.

Palabras Claves: Técnicas, relajación, conducta, ansiedad dental, odontopediatría.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad. Hoy en día se estima que la ansiedad afecta a un gran número de personas, especialmente en la población infantil, siendo su origen en la infancia y en la mayoría de los casos genera actitudes negativas frente a la odontología.

Los signos y síntomas producto de la ansiedad que se presentan en consulta odontológica pueden estar siendo manejados de forma inadecuada y podrían traer como consecuencia cambios en la actitud del niño ante el tratamiento dental, disminuyendo la cooperación y provocando la aparición de un comportamiento negativo.

En este sentido, se presenta la psicoterapia cognitiva conductual como una de las más efectivas en la disminución de sintomatología de ansiedad, utilizando técnicas como la relajación progresiva de Wolpe, la cual es un procedimiento encargado de tensar y relajar los grupos de músculos para conseguir la relajación profunda y la reestructuración cognitiva técnica donde las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar. Ahora bien, lo que se pretende es saber entre la técnica de relajación progresiva de Wolpe y la reestructuración cognitiva cual será más efectiva para disminuir la ansiedad en los niños de 9 a 11 años que asisten a consultas odontológicas; por esto se desarrolla la presente investigación por capítulos, en los cuales se describe la problemática por la que se plantea el estudio, los objetivos a seguir, se sustenta la misma en base a investigaciones y teorías que la anteceden y se describen los procedimientos metodológicos de la misma.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad es un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad. Esta representa una respuesta emocional que engloba aspectos cognitivos, conductuales y emocionales. La mayoría de las personas se sienten ansiosos cuando se enfrentan a situaciones que suponen una amenaza, estas sensaciones son normales; solo se considera anormal cuando se produce en situaciones donde las personas pueden manejarse sin dificultad. (Iruarrizaga, Gómez y cols; 1997).

Por otro lado, en un artículo publicado en la Gaceta Dental de Madrid en el año 2011, se considera que la ansiedad al momento de un tratamiento odontológico se encuentra representada por una relación intimidante con todos y cada uno de los procedimientos en los que la salud bucodental se refiere. (Rodríguez, Olmo y cols; 2011). Es así como, hoy en día se estima que la ansiedad afecta a un gran número de personas, especialmente en la población infantil, siendo su origen en la infancia y en la mayoría de los casos genera actitudes negativas frente a la odontología; entonces, el éxito de la odontología infantil depende, no solo de las habilidades del profesional, sino también de la capacidad de este de conseguir cooperación por parte de los pacientes. En el caso de niños no colaboradores, es decisivo establecer desde el principio, una relación de confianza entre el clínico y el niño y a su vez el clínico y los padres.

Esto se evidencia en el estudio de Rodríguez, Olmo y cols (2011); donde se establece que la tasa de prevalencia en el estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico alcanza cifras importantes, explicando que el 16% de niños en edades escolares padecen de ansiedad al momento de realizar un tratamiento odontológico, así como en el estudio de Malamed en 1993 citado por Rodríguez, Olmo y cols (2011), que refiere un 21% de niños presenta miedo y

ansiedad ante el odontólogo. De igual forma, Marcano, Figueredo y Orozco (2011) en un estudio realizado en la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo, arroja que un 21,1% de niños con edades comprendidas de 7 a 11 años padecen de ansiedad a los tratamientos dentales.

En este sentido, es normal y válido que todo niño se sienta ansioso en cierto momento específico de su desarrollo, ellos pueden presentar ansiedad cuando asisten a consultas odontológicas, manifestando diferentes sintomatologías como por ejemplo: temblar, tartamudear, sudoración, taquicardia, tensión muscular, cambio de conducta, palidez cutánea, entre otros.

Al respecto, Aquino (2012) menciona que los signos y síntomas producto de la ansiedad que se presentan en consulta odontológicas, pueden estar siendo manejados de forma inadecuada y podrían traer como consecuencia cambios en la actitud del niño ante el tratamiento dental, disminuyendo la cooperación y provocando la aparición de un comportamiento negativo, dando origen a que el tratamiento clínico sea problemático y por ende comprometa la calidad, el tiempo, la salud física y psicológica tanto para el niño como para el especialista, por lo cual el niño puede presentar predisposición a las visitas al odontólogo.

Es por lo anterior, que a través de la psicología se han buscado estrategias para disminuir la ansiedad en niños y adultos en busca de solventar, controlar y manejar esta problemática, surgen terapias para reducir en medida la ansiedad en determinadas situaciones, incluyendo durante la consulta odontológica. Una de ellas es la Terapia Cognitivo Conductual, la cual representa una terapia científica y sus procedimientos aplicados han sido investigados con rigurosos métodos experimentales vinculados a los avances en neurociencias. (Rodríguez Biglieri, & Vetere; 2011).

Es importante señalar, que la psicoterapia cognitiva conductual como una de las más efectivas en la disminución de sintomatología de ansiedad, utilizando técnicas como la relajación progresiva de Wolpe, la cual es un procedimiento encargado de tensar y relajar los grupos de músculos para conseguir la relajación profunda y la reestructuración cognitiva técnica donde las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar. (Rodríguez Biglieri, & Vetere; 2011)

En vista de lo expresado anteriormente, se observa un importante nivel de ansiedad en los niños cuando asisten a consultas odontológicas y es importante destacar que estos síntomas deben ser tomados en cuenta, es por esto que son necesarios los conocimientos centrados en el desarrollo emocional y en el manejo de la conducta de los pacientes para así, realizar una intervención en busca de disminuir los síntomas ansiosos y ofrecerles una mejor calidad en el tratamiento dental, es por esto la importancia realizar un estudio comparativo entre la técnica de relajación progresiva de Wolpe y la reestructuración cognitiva para manejar y abordar los síntomas que les genera a los niños el asistir a las consultas odontológicas.

En este orden de ideas, en el Estado Carabobo, en un estudio realizado sobre la ansiedad en niños por Aquino (2012) en la Universidad Arturo Michelena ubicado en el municipio San Diego, se observa que los niños revelan síntomas de ansiedad al momento de asistir a las consultas odontológicas. Específicamente, en la Clínica de Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, a la cual asisten una gran cantidad de niños en edad escolar que en su mayoría presentan en la consulta signos y síntomas de ansiedad, es por esto que se plantea la necesidad de realizar este estudio para así poder dar respuesta a la siguiente interrogante:

1.1.2 Formulación del Problema

¿Entre la técnica de relajación progresiva de Wolpe y la reestructuración cognitiva cual será más efectiva para disminuir la ansiedad en los niños de 9 a 11 años que asisten a consultas odontológicas, en la Universidad José Antonio Páez, en el periodo 2017-3?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo General

Comparar la técnica de relajación progresiva de Wolpe vs la reestructuración cognitiva para disminuir la ansiedad en los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, en el periodo 2017-3.

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar a los niños de 9 a 11 años que presenten predisposición antes de asistir a la consulta odontología en la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-3
2. Determinar el nivel de ansiedad antes y después de aplicada la técnica de Wolpe en los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-3.
3. Establecer el nivel de ansiedad antes y después de aplicada la reestructuración cognitiva en los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-3.
4. Comprobar la técnica más eficaz para disminuir la ansiedad en niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-3

1.3 JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Debido a que este estudio se realizará bajo una orientación establecida en la práctica odontológica, ofrecerá un aporte a la teoría, ya que se buscará evidenciar la efectividad a través de un estudio comparativo entre la técnica de relajación progresiva de Wolpe y la reestructuración cognitiva para los niños que

manifiestan síntomas de ansiedad en las consultas odontológicas de la Universidad José Antonio Páez y así brindará oportunidades a que este sea utilizada en otros contextos.

Se aspira que este estudio ofrecerá una solución a una problemática que se presenta en un instituto del país y buscará ofrecer herramientas a la población afectada, motivado que se trabajará con edades escolares y merecen que se les ofrezcan la ayuda necesaria para disminuir los síntomas de ansiedad, por lo cual se va a evitar daños hacia la atención buco-dental en los niños, trabajando la prevención temprana. Así como también, al establecer técnicas para reducir la ansiedad en la consulta odontológica en los niños se lograría que estos en su edad adulta no sufran de la misma, y así se favorecería a un gran número de personas en la comunidad que aún en edades avanzadas sienten temor y angustia ante los tratamientos odontológicos.

Cuando hablamos de miedo al dentista hay que destacar que esta fobia se traduce principalmente en ansiedad, un trastorno muy habitual en la sociedad actual y que causa todo tipo de problemas en aquellas personas que lo sufren. De esta manera es de vital importancia conseguir calmar la ansiedad de un tratamiento dental con el objetivo de que la experiencia en el dentista sea más gratificante y satisfactoria

Igualmente, el trabajo de investigación dará a conocer una situación que afecta a futuros profesionales de la carrera de odontología de la Universidad José Antonio Páez, como lo es el manejo de pacientes con ansiedad en edades escolares, y a su vez les estará capacitando en conocimientos básicos de psicología para que tengan herramientas adicionales que los ayuden a obtener la confianza de sus pacientes para realizar un trabajo más efectivo y menos traumático en la población infantil. Es importante resaltar, que la institución Universitaria, específicamente la Universidad José Antonio Páez, ubicada en Valencia estado Carabobo, será beneficiada a través de los resultados obtenidos por el estudio, ofreciendo conocimientos teóricos sobre las técnicas psicológicas como son la relajación progresiva de Wolpe y la reestructuración cognitiva, sentando precedente para investigaciones futuras.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan una serie de estudios, que dada su temática y objetivo del mismo, brinda sustento teórico referencial a la presente investigación. Estos se presentan siguiendo un orden secuencial por fecha de publicación comenzando por el más reciente.

A nivel internacional, para comenzar este recuento se presenta el trabajo presentado por Cano y Caballero (2016) titulado “Impacto de intervención de psicoterapia aplicada por enfermería para el control de la ansiedad en pacientes oncológicos”, el cual fue realizado en la Universidad de Valencia-España con el propósito de demostrar la eficacia de una intervención de psicoterapia de apoyo (IPA) aplicada por enfermería en Hospital de Día en la reducción del nivel de ansiedad en pacientes sometidos a quimioterapia. Además se valoró el grado de respuesta del nivel de ansiedad de los pacientes a la IPA en función de diferentes variables clínico-sociodemográficas por medio de diferentes análisis secundarios.

Fueron seleccionados 150 pacientes consecutivos sometidos a ciclos de quimioterapia en dicha institución, aleatorizados en 2 grupos homogéneos: 75 con IPA durante la administración de tratamiento y 75 controles. Fueron excluidos aquellos con antecedentes/tratamiento de síndrome ansioso y/o puntuaciones de escala STAI (State-TraitAnxietyInventory) >30 puntos.

La IPA se aplicó durante 4 ciclos de tratamiento consecutivos, siempre previamente a la administración del tratamiento con quimioterapia. Se obtuvo la puntuación de la escala de ansiedad de Hamilton (HAS) antes de la administración del tratamiento y tras cada uno de los sucesivos ciclos de quimioterapia en ambos grupos. Finalmente, se identificaron factores predictores de la respuesta a la IPA que permitiesen seleccionar el subgrupo de mejores candidatos a dicha intervención; Se desarrolló un modelo identificador de los pacientes que mejor respondieron a IPA según las variables sociodemográficas preintervención, sin

embargo, la puntuación HAS al inicio del tratamiento se demostró como mejor predictor independiente de la respuesta a la IPA (valor predictivo global 94%), obteniendo disminución de ansiedad en los tratados con la IPA.

Este estudio resulta pertinente por tratar el tema de la ansiedad y la disminución de la misma mediante la aplicación de técnica de psicoterapia y a través de éste se concluye que la intervención de psicoterapia de apoyo (IPA) ha demostrado ser una medida eficaz y eficiente en el control de la ansiedad, lo cual sustenta y brinda apoyo a esta investigación.

De igual forma, Antón (2014), quien presenta un estudio sobre el Tratamiento cognitivo-conductual en un niño con ansiedad, realizado en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz en España. El presente trabajo describe el tratamiento cognitivo-conductual aplicado en 12 sesiones en el caso de un niño de 11 años con sintomatología ansiosa. Se realizó una evaluación mediante entrevista semiestructurada, y se aplicó la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) y el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI). También se utilizaron diarios y escalas subjetivas de estimación de miedos.

Se llevó a cabo la devolución del análisis funcional y topográfico, se plantearon los objetivos de la intervención y se determinaron las técnicas necesarias para conseguir éstos. A lo largo del tratamiento se utilizó la respiración diafragmática y la relajación muscular de Koeppen, técnicas de visualización, técnicas cognitivas como el entrenamiento en autoinstrucciones de competencia, y exposición progresiva y en vivo a las situaciones evitadas. Finalizado el tratamiento, se dedicó una sesión a trabajar en prevención de recaídas, con el objetivo de que el niño fuera capaz de relacionar la emisión de una respuesta de afrontamiento adecuada ante una posible situación problema futura.

Es así como, este estudio sustenta la presente investigación, ya que se presentan las técnicas cognitivas conductuales como terapia ante la ansiedad y el miedo, reduciendo sus niveles, modificando conductas y logrando relajación ante los agentes causales.

Continuando esta revisión, se presenta el trabajo de Ríos Erazo, Herrera Ronda, y Rojas Alcayaga. (2014), de la Universidad de Chile, estudiaron la

“Ansiedad dental: evaluación y tratamiento”. En este se explica que la ansiedad dental es un fenómeno que influye notablemente en el estado de salud oral, entorpeciendo tanto el manejo del paciente durante la atención dental como la posterior adherencia al tratamiento. Esta se reporta con tasas de prevalencia que van del 4% al 23%, considerándose la ansiedad dental como un factor importante si se quiere mejorar la calidad de vida oral del paciente.

El presente artículo propone abordar la definición de ansiedad dental, para luego identificar las causas que explican cómo se origina este fenómeno, además de revisar cuales son los instrumentos más utilizados para medir ansiedad dental dentro del contexto odontológico. Finalmente se revisan las intervenciones que han mostrado mayor efectividad en la reducción de este problema.

Dentro de estas se presenta como una alternativa la relajación, la cual busca una distensión tanto psíquica como muscular, facilitando la recuperación y equilibrio, hacia un estado de tranquilidad en pacientes odontológicos que presenten ansiedad, existiendo distintos estudios que dan cuenta de la efectividad de esta técnica, he aquí la pertinencia de este trabajo con la presente investigación ya que se establece la técnica de relajación tanto muscular como psíquica cognitiva para reducir los niveles de estrés ante la consulta odontológica en niños, además en este se presentan diferentes estudios para la determinación del nivel de estrés dental en niños que pueden servir en la presente.

Por su parte, Alfaro, Ramos y cols (2014). En la Universidad de Cartagena – Colombia; titularon su trabajo “Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad”. En este, con el fin de evaluar los cambios que produce una estrategia de intervención educativa basada en la implementación de un protocolo para disminuir miedo y ansiedad dental en niños entre cinco y nueve años de edad realizaron un estudio de intervención cuasiexperimental, en el cual se identificaron 81 niños con miedo y ansiedad dental con edades entre 5 y 9 años, mediante la implementación de dos escalas una para evaluar miedo dental (CFSS-DS) y otra para evaluar ansiedad dental (MDAS).

Una vez identificados los niños miedosos y ansiosos; se realizó una intervención educativa basada en un protocolo de manejo para disminuir miedo y

ansiedad dental; la cual se dividió en cuatro sesiones; después de terminar la intervención, se aplicaron nuevamente a cada paciente las escalas de miedo y ansiedad con el fin de evaluar la eficacia del protocolo. Los datos se analizaron en el paquete estadístico STATA versión 11.1, realizando estadística descriptiva a través de media, desviaciones estándar y proporciones, se utilizó la prueba ShaphiroWilk para evaluar normalidad y la prueba T Student pareada para establecer diferencias entre las mediciones de ansiedad y miedo antes y después de la intervención.

Al analizar los promedios de los puntajes obtenidos arrojados por el antes y el después de la intervención, se observó una disminución significativa del miedo y ansiedad dental. El protocolo modificó el comportamiento de los pequeños, disminuyendo la ansiedad y el miedo; la utilización de este permitió brindar un tratamiento seguro y de calidad, con menor tiempo de atención y menor riesgo de producir daño físico y/o psicológico logrando una mejor conducta por parte de los niños en la consulta, lo que facilitó el tratamiento, trabajando desde el inicio de la consulta de manera secuencial ordenada, predecible, en un ambiente familiar y agradable para el pequeño; implementando un método terapéutico fácil de usar, con elementos necesario de fácil acceso y de bajo costo.

Es así como se demuestra la pertinencia de este estudio con la presente investigación, ya que se evidencia como mediante un protocolo de intervención previo en los niños se logra reducir los niveles de ansiedad en los mismos y así mejor su conducta y actitud ante la consulta odontológica.

Por su parte, a nivel Nacional se presenta el trabajo de Gheraldyne Escalona y María Eugenia Figueroa (2013) de la Universidad de Carabobo. Estudiaron la influencia de la musicoterapia como método de relajación sobre el miedo en los niños que acuden a la consulta odontológica en el área de post grado de odontopediatría en la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo durante el año 2013.

De acuerdo a su propósito la investigación fue de carácter explicativo, enmarcado bajo un diseño cuasi-experimental con tres grupos, que corresponde a

una pre-prueba, post-prueba y un grupo control. La población estuvo conformada por 52 pacientes entre 3 y 10 años de edad. Se empleó como técnica la observación directa y se apoyó con una guía de observación. En este se buscó abordar una técnica conocida pero poco empleada como es la musicoterapia para relajar a los niños que asisten a consulta odontológica y reducir así el miedo en los mismos, por lo cual sustenta la presente al abordar otras técnicas en busca de lograr la adaptación del niño a la consulta.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Ansiedad

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas”, que significa congoja o aflicción. Horacio (2002) la define como “un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se evidencia como una amenaza inminente”. Desde una perspectiva evolutiva, el miedo es considerado como una emoción esencial e inevitable, aumenta la respuesta fisiológica de “lucha o huida” (“fightorflight”) en momentos de peligro y provee un impulso de cautela y prudencia, por lo que da al niño un medio de adaptación a las tensiones y estrés de la vida (Chapman y Kirby-Turner, 1999).

De forma muy importante, cabe destacar que la ansiedad siendo considerada en el campo de la psicología como una emoción, tiene tres dimensiones: fisiológica, cognitiva y conductual, siendo conocido también como el “Modelo Tripartito de la Ansiedad de Lang” (Horacio, 2002). Las emociones se caracterizan por una serie de reacciones fisiológicas o motoras propias, así como por la facilitación de determinadas conductas que pueden llegar a ser adaptativas (Horacio, 2002; Choliz, 2005).

Es así como, la ansiedad es una emoción que tiene por objeto un incremento de la activación fisiológica para ponernos en alerta ante posibles amenazas externas y movilizarnos hacia la acción para sortear dichas amenazas,

La ansiedad se produce siempre como consecuencia de dificultades a la hora de adaptarnos a los cambios que se van produciendo en nuestra vida. (McDonald, Dean Y Avery; 2014)

2.2.2 Características físicas de la ansiedad

Los cambios fisiológicos producto o manifestación de ansiedad son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico. Por lo general sólo percibimos algunos de los desórdenes persistentes que provoca esta activación des adaptativa. La persistencia de estos cambios puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios. (Virgen, Lara, Morales; 2005)

- Taquicardia
- Palpitaciones
- Opresión en el pecho
- Falta de aire
- Temblores
- Sudoración
- Molestias digestivas
- Náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago
- Tensión y rigidez muscular
- Hormigueo
- Sensación de mareo e inestabilidad.

2.2.3 Ansiedad en la consulta odontológica o ansiedad dental

Antes y durante la atención clínica el miedo leve y ansiedad son esperables, consistentes con un desarrollo normal, pero se vuelven una preocupación y una potencial necesidad de tratamiento cuando el miedo o la ansiedad son desproporcionados al trato y cuando las funciones de la vida diaria se deterioran o afectan debido a ello (Klingberg y cols., 2007).

La ansiedad expresada por el paciente se desarrolla previa o durante la atención dental, por lo que “Ansiedad frente a la Atención Dental” pareciera ser un término más adecuado que “Ansiedad Dental”, sin embargo, para efectos de este trabajo de investigación se usará el término “Ansiedad Dental” ya que es un término perteneciente al Medical SubjectHeadings (MeSH) y es ampliamente utilizado en la literatura y referencias internacionales.

Entonces, la ansiedad dental denota un estado de aprehensión de que algo terrible pasará en relación al tratamiento dental, y va acompañado de la sensación de pérdida de control. Más aún, la fobia ante el tratamiento dental representa un severo tipo de ansiedad dental que es caracterizado por una marcada y persistente ansiedad en relación a objetos o situaciones claramente perceptibles (Ej. Inyecciones, ruido de la turbina), o a situaciones odontológicas en general. Los conceptos miedo ante el tratamiento dental, ansiedad ante el tratamiento dental y fobia ante el tratamiento dental son a menudo usados indistintamente en la literatura. (Klingberg y cols., 2007; Diercke y cols., 2012)

2.2.4 Ansiedad dental en odontopediatría

La ansiedad dental en los niños es relativamente usual en un entorno odontológico, éste contribuye a la derivación del niño a un especialista odontopediatra. El miedo dental puede causar serios y frecuentes problemas a dentistas y pacientes, y a menudo da lugar a efectos dolorosos que podrían agravar la situación dental debido a reacciones como evitación de la atención, cancelación de citas, llanto y enojo, siendo también un predictor de la incidencia de caries dental. (Shapiro y cols., 2007; Lara y cols., 2012)

Es así como, la ansiedad dental infantil se refiere principalmente a aquella relacionada íntimamente con todos y cada uno de los procedimientos en lo que a salud bucodental se refiere. Se estima que afecta a un gran porcentaje de los niños en edad escolar, siendo la infancia el origen, en la mayoría de los casos, de estas actitudes negativas frente a la odontología, las cuales se deben de eliminar en vista a tratamientos futuros. El éxito de la Odontopediatría depende, no sólo de las

habilidades del profesional, sino también de la capacidad de este de conseguir cooperación por parte de los pacientes. En el caso de niños no colaboradores, es decisivo establecer desde el principio, una relación de confianza con situaciones como el inicio del colegio y visitas al odontólogo, entre otras.

En este sentido, esta se presenta por los siguientes factores:

1. El ruido de la turbina.
2. Oír al paciente que está dentro del consultorio quejarse.
3. La vista de los instrumentos con que lo van a tratar, especialmente la aguja.
4. La extracción de un diente.
5. El ruido del compresor.
6. El hecho de ver sangre.
7. Abrir la boca para ser inyectado.
8. Ver que inyectan a otro paciente.
9. Sentarse en el sillón dental.
10. El olor de los medicamentos.
11. Ver al odontólogo con la bata blanca.
12. Referencias y malas experiencias de familiares o amigos.
13. Miedo a lo desconocido.

2.2.5 Instrumentos de medición de la ansiedad dental en niños

En niños, los tres instrumentos más ampliamente utilizados son: el Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS), el Venham Picture Test (VPT) y el Facial Image Scale (FIS) y la Corah's Dental Anxiety Scale (DAS). El CFSS-DS, creado por Cuthbert y Melamed (1982) es un cuestionario que busca identificar el nivel de ansiedad dental, relacionado con diversos aspectos del tratamiento, tanto procedimientos invasivos como situaciones médicas generales.

La escala está construida para niños de entre 4 a 12 años, quienes deben responder quince ítems, las que son de tipo likert y varían de 1 a 5 (1 no presentan miedo y 5 manifiestan mucho miedo). Las puntuaciones obtenidas se encuentran

en rangos de 15 y 75 puntos, y al obtener puntajes iguales o mayores a 45 puntos, se presentan altos montos de ansiedad. Estudios europeos, estadounidenses y chinos confirman las adecuadas propiedades psicométricas de este instrumento (Klingberg G; 1994).

Si bien el CFSS-DS es uno de los instrumentos más utilizados, el limitado nivel de comprensión de instrucciones, y el desarrollo de la habilidad lectoescritora y comprensión en niños años, podría dificultar la entrega de resultados veraces. Además, consta de preguntas que se basan en procedimientos dentales específicos, por lo que tienen preguntas que los niños podrían no haber experimentado, o posiblemente podrían no entender, como por ejemplo “raspado y pulido coronario”, o incluso, “diente extraído”, así como se refiere al miedo al ir al hospital o médico, cuestión que no se relaciona directamente.

Por esta razón, surgen instrumentos de respuestas más simples como el Venham Picture Test (Venham L, Bengston D, Cipes M; 1977), donde se le presentan al niño ocho pares de figuras, las que reflejan distintas emociones y él debe escoger la que representa más fielmente su estado de ansiedad, teniendo como propiedades su facilidad de aplicación. Cada par de imágenes representan a un niño calmado, tranquilo o relajado y la otra imagen representa a un niño ansioso, llorando, asustado o corriendo. El puntaje está representado por una escala de 1 a 8, donde los valores de 1 a 4 no representan ansiedad y los valores de 5 a 8 están relacionados con un cuadro de ansiedad.

Otro instrumento utilizado para medir la ansiedad dental en niños es el Facial ImageScale (FIS), creado por Buchanan y Niven (Buchanan H, Niven N; 2002), el cual puede ser aplicado a niños de entre 3 a 18 años. Se compone de una hilera de cinco caras que van desde mucha felicidad a mucha infelicidad, y se le pide al niño que puntúe cuál de las caras representa más cómo se siente en ese momento. Este instrumento muestra una adecuada facilidad de aplicación, siendo utilizado tanto en contextos europeos como latinoamericanos.

De igual forma, se encuentra la Corah's Dental AnxietyScale DAS, creada por Norman Corah; en la actualidad existen dos versiones de esta escala: la Escala de Ansiedad de Corah (1969) –DAS- y la Escala de Ansiedad de

CorahModificada – MDAS. La primera tiene cuatro ítems, mientras que la segunda es exactamente igual que la primera pero a la que se incluye un quinto ítem que valora el miedo hacia las inyecciones de anestesia bucal. Los cinco ítems son calificados en una escala que va de cinco (5), extremadamente ansioso, hasta (1), no ansioso, para un total de veinticinco (25) puntos. Los niveles clínicamente significativos de ansiedad se consideran para puntajes mayores de 13. Esta versión modificada es aplicada en niños y adultos.

- a. Relajado (1pto)
- b. Un poco incómodo (2ptos)
- c. Tenso (3ptos)
- d. Ansioso (4ptos)
- e. Tan ansioso que a veces sudo o me siento enfermo (5ptos)

2.2.6 Terapia cognitiva conductual

El Dr. Albert Ellis, inició hacia 1956, una nueva corriente psicoterapéutica, conocida hoy como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Seis años más tarde en 1962, el Dr. Aaron Beck desarrolló la Terapia Cognitiva (TC), como una nueva propuesta en psicoterapias, la cual fue realmente muy eficaz en el tratamiento de depresiones y trastornos de ansiedad. Tanto la propuesta de Ellis, como la de Beck, junto a diversos desarrollos, orientaciones y corrientes, como por ejemplo, los modelos integrativos, conductuales, sociales, etc., conforman lo que actualmente se conoce en psicoterapia como Corriente Cognitivo Conductual. (Castillo, León y Ramos; 2012).

Entonces la Terapia Cognitiva Conductual se describe explicando que, ante una determinada situación o estímulo, cada persona realiza una respuesta o reacción, la cual está mediada por el proceso de significación o evaluación, en base a los objetivos, deseos y metas de cada uno. Dichos procesos de significación o evaluación realizados, son en base a la estructura cognitiva de cada uno, lo cual, generalmente, se denominan esquemas, y son el resultado tanto de predisposiciones genéticas, junto a las experiencias vividas por cada persona, las

cuales, aunque sea sin saberlo, generan algún tipo de aprendizaje. (Castillo, León y Ramos; 2012),

En la Terapia Cognitivo Conductual, las hipótesis de trabajo se basan en que los patrones de pensamiento distorsionados o conceptualmente erróneos y denominados distorsiones cognitivas ejercen un efecto adverso sobre la diferentes emociones, conductas y modos de funcionamiento conductuales y que por lo tanto, la reestructuración cognitiva por medio de intervenciones psicoeducativas, modificaciones emocionales, conceptuales y la puesta en práctica de nuevas modalidades conductuales colaboran en mejorar el estado de los pacientes. (Castillo, León y Ramos; 2012)

2.2.7 Técnicas Cognitivas - Conductuales

Los métodos conductuales pueden utilizarse para tratar síntomas somáticos. Estas intervenciones deben llevarse a cabo en colaboración con el médico general o con cualquier otro especialista médico que se requiera. Los niños y adolescentes son tan sensibles como los adultos a la idea de que sus síntomas no son reales, por lo que hay que explicar con sumo cuidado la interacción de los procesos psicológicos con los síntomas físicos y desarrollar una alianza de trabajo. Se han utilizado diversas técnicas, en muchos casos muy parecidas a las de los adultos, pero adaptadas al nivel de desarrollo cognitivo o emocional de los niños o adolescentes (Castillo, León y Ramos; 2012). Explicando a continuación las que para efectos de la presente investigación serán aplicadas:

- **Técnica de Relajación Progresiva de Wolpe:**

El entrenamiento en relajación muscular comenzó con el trabajo de Edmund Jacobson (1929/1938), quien inició sus estudios sobre la relajación en la Universidad de Harvard en 1908. Sus primeras investigaciones le llevaron a concluir que la tensión muscular ocurría cuando una persona reportaba estar ansiosa y que si se eliminaba la tensión dicha ansiedad desaparecía. En base a

esto consideró que la relajación de las fibras musculares, esto es, la ausencia completa de todas las contracciones, era el opuesto fisiológico de la tensión y por lo tanto el tratamiento de elección en los casos de demasiada tensión o ansiedad.

Es así como, Jacobson (1929/1938) desarrolló el procedimiento que denominó relajación progresiva, el cual consistía en la tensión y relajación sistemática de varios grupos de músculos. Mediante esta técnica la persona podía aprender a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y de la relajación, lo que conducía a una eliminación de la tensión y a un sentimiento de relajación muscular profunda, sin emplear la sugestión de sensaciones específicas para lograr el estado de relajación.

Es importante mencionar, que se denominó como progresiva a este tipo de relajación debido al efecto de inhibición recíproca y equilibrio complementario entre el sistema nervioso central simpático y parasimpático que se producía al ir relajando sistemáticamente cada vez más partes del cuerpo. Una vez aprendida la relajación muscular progresiva, procedía a entrenar a la persona en relajación muscular diferencial, mediante la cual enseñaba a la persona a mantener en tensión los grupos de músculos requeridos en las actividades del momento, tratando de mantener relajados los demás.

La dificultad básica con el procedimiento de entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson era la duración del mismo. En algunos casos, podía durar de 50 a 100 sesiones de una a nueve horas de duración cada una (Jacobson, 1929/1938, 1970). El segundo gran paso de avance en la técnica de la relajación lo dio Joseph Wolpe (1958), quien comenzó sus trabajos en el contracondicionamiento de respuestas de miedo con gatos en 1948. Al extrapolar sus hallazgos a humanos, Wolpe descubrió que las técnicas de relajación de Jacobson podían servir para entrenar y fácilmente inducir respuestas incompatibles que inhibirían la respuesta de miedo.

Para estos fines, Wolpe (1958) desarrolló una versión modificada del entrenamiento en relajación que podía ser completada en seis sesiones de 20 minutos, con dos sesiones de práctica diarias de 15 minutos cada una. El avance de esta técnica y el desarrollo de la exposición graduada al objeto de la fobia han

dado a Wolpe su lugar imperecedero en la psicología. Este método de relajación tiene tres fases:

En la *primera fase*, la de tensión y relajación, va a tensionar y luego a relajar diferentes grupos de músculos en todo su cuerpo, con el fin de que aprenda a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular. El apretar y luego relajar sus músculos le permitirá lograr un estado de relajación muscular que progresivamente se generaliza a todo su cuerpo. Esta es la razón por la cual el procedimiento se denomina relajación muscular progresiva.

Para empezar la relajación se elige un sitio cómodo, con luz tenue y sin demasiados ruidos.

Los pasos básicos de la relajación son:

- Tensar 5-7 segundos.
- Relajar 15-20 segundos.

A continuación se da una lista de los grupos musculares importantes que deben relajarse. Se deben seguir todos ellos en el orden que se indica, tensando y relajando cada grupo dos veces antes de pasar al siguiente:

1. Manos. Tensar las manos cerrando el puño y apretando. Relajar. Repetir.
2. Antebrazos. Doblar las manos por las muñecas, estirando los dedos hacia arriba. Relajar. Repetir.
3. Bíceps. Intentar tocarse los hombros con los puños respectivos, tensando los bíceps (antebrazo). Relajar. Repetir.
4. Hombros. Levantar los hombros como si se quisieran tocar las orejas. Relajar. Repetir.
5. Frente. Levantar las cejas el máximo posible. Relajar. Repetir.
6. Rostro. Arrugar la nariz y cerrar los ojos (apretándolos). Relajar. Repetir.
7. Labios. Apretar los labios uno contra otro. Relajar. Repetir.
8. Lengua. Apretar la lengua contra el paladar. Relajar. Repetir.

9. Cuello. Presionar la cabeza contra el respaldo de la silla o contra la almohada. Relajar. Repetir.
10. Pecho. Inspirar profundamente de modo que se expandan los músculos del Tórax. contener el aliento durante cinco segundos y después echarlo. Permitir que el ritmo respiratorio vuelva a ser normal y repetir el ciclo.
11. Estómago. Tensar, manteniendo hacia adentro, los músculos del estómago "aspirando" hacia la columna vertebral. Mantenerlo así durante cinco segundos y relajarlo. Permitir que se normalice la respiración y repetir.
12. Espalda. Hacer un arco con la espalda (separándola de la silla). Relajar. Repetir.
13. Piernas y muslos. Levantando las piernas de la silla o de la cama, tensar los músculos de los muslos. Relajar. Repetir.
14. Pantorrillas y pies. Levantar los dedos del pie hacia atrás, tensando los músculos de las pantorrillas. Relajar. Repetir

La *segunda fase* en la relajación muscular progresiva se lleva a cabo inmediatamente después de la primera y consiste fundamentalmente en un repaso de los diferentes grupos de músculos que ya han sido relajados, para garantizar que estos músculos se sigan relajando al máximo posible.

El objetivo de esta segunda fase es que su mente empiece a controlar el grado de tensión-relajación de su cuerpo. En esta segunda fase ya no se tiene que hacer los ejercicios de tensión y relajación, sino que se revisa mentalmente los grupos de músculos a medida que los mencionamos, verificando que se han relajado al máximo posible. Si hace falta, porque todavía exista alguna tensión residual, se puede hacer en esta segunda fase, por su cuenta, el ejercicio de tensión-relajación correspondiente si en ese momento todavía existe algún grupo de músculos que no haya podido relajar completamente.

Luego del repaso, se continúa con la *tercera fase*, llamada de relajación mental, en la cual se debe pensar en una escena lo más agradable y positiva posible o de mantener la mente en blanco, cuestión de relajar su mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo. Cuando piense en la escena, deberá pensar

en la mayor cantidad de detalles que pueda, con el fin de que la escena se haga lo más real posible en su mente. Esta fase es muy importante, pues los pensamientos indeseados, negativos o repetitivos frecuentemente son los responsables de la respuesta de tensión y ansiedad en el ser humano. Es importante destacar, que las tres fases se ejecutan sucesivamente, sin interrumpirse el proceso.

- **La Reestructuración Cognitiva**

La reestructuración cognitiva es una de las técnicas más utilizadas en las terapias cognitivo conductuales hoy en día. Así lo explica Bados, A., García, E. (2010) quienes mencionan que esta técnica tiene como objetivo principal modificar el modo de interpretar las cosas, el tipo de pensamiento y las valoraciones subjetivas que hacemos acerca del entorno.

Es así como, este autor refiere que una de las características que definen al ser humano es la capacidad que este posee para representar el mundo en su cerebro a través de imágenes y representaciones mentales. Esto implica que reaccionamos y formamos nuestras vidas, no respecto a hechos reales, sino más bien respecto a las representaciones mentales que formamos sobre las cosas que nos envuelven.

Dicho de otra forma: nuestra vida no se define por lo que tenemos a nuestro alrededor, sino por cómo lo interpretamos. Nuestras vidas no son objetivas, sino que están sujetas a nuestra valoración subjetiva. Entonces, se puede afirmar que cada uno de nosotros creamos nuestras vidas, nuestro bienestar y nuestra forma de relacionarnos con el mundo a través de los pensamientos que tenemos en nuestro cerebro, las emociones que nos producen esos pensamientos, y la conducta resultante.

Pues bien, es en este primer estadio, en el pensamiento, donde trabaja la reestructuración cognitiva, ya que permite que seamos capaces de detectar y modificar nuestros pensamientos automáticos, es eficaz para cambiar creencias desadaptativas sobre cualquier aspecto de nuestra vida, así como también fomenta la identificación y la gestión de emociones como la ira, la ansiedad o la desesperación y permite adoptar un estado psicológico adecuado, alcanzar un

mayor bienestar emocional y consecuentemente, eliminar actos inadecuados o perjudiciales y abrazar un estilo conductual saludable. (Bados, A., García, E; 2010).

Como técnica cognitiva, la RC es utilizada principalmente para identificar y corregir los patrones de pensamiento negativo. La técnica consiste en la discusión de los pensamientos automáticos negativos que se producen en situaciones que provocan ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional. Un ejemplo de esto sería el pensamiento siguiente: “Creen que soy aburrido” y su sustitución por creencias o pensamientos más racionales como “No puedo leer la mente de otras personas, probablemente están cansados ahora”. Así, a medida que los pensamientos son enfrentados y puestos en duda, su capacidad para provocar estrés o ansiedad se debilita.

Para lograr esta técnica se debe:

1. Identificar los Pensamientos Inadecuados
2. Evaluación y Análisis de los Pensamientos
3. Búsqueda de Pensamientos Alternativos

- **Reestructuración cognitiva para niños**

La reestructuración cognitiva también puede ser aplicada en niños, pero siempre adaptada a su edad y se realiza normalmente a través del juego para que puedan prestar atención y lo entiendan bien. Estos ejercicios son adecuados para niños de entre 6 y 11 años.

Títeres mentales, angelitos y diablos. La búsqueda de formas alternativas de pensar se hace más fácil si incorporamos este tipo de personajes representando el diálogo interno. “¿Qué te dice el diablo? ¿Qué diría el angelito?”

2.3. BASES LEGALES

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizara como parte del derecho de la vida. El estado promoverá y desarrollara políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud el estado creara, ejercerá la rectoría y gestionara un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integro al sistema de seguridad social, regidos por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son prioridad del estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la forma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Código de Deontología Odontológica

CAPITULO I Del Ejercicio de la Odontología:

Artículo 2. 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 su Reglamento.

Capítulo Primero, De los deberes generales de los odontólogos

Artículo 1: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo.

Artículo 2: El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida.

Capítulo Segundo, De los Deberes hacia los Pacientes

Artículo 17: El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan.

Ley Orgánica para la Protección del Niño y El Adolescente

Artículo 42: Responsabilidad del padre, la madre, representantes o responsables en materia de salud. El padre, la madre, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren bajo su Patria Potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños, niñas y adolescentes.

2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adaptación: Proceso en el cual un cuerpo u organismo se ajusta a nuevas condiciones o ambientes.

Ansiedad: Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.

Cognitivo: Referente al conocimiento. Estudia procesos mentales como la percepción, la memoria o el lenguaje; los medios de comunicación cumplen una función comunicativa cuando las personas recurren a ellos para satisfacer necesidades de carácter instrumental, afectivo, cognitivo, social o de cualquier otra clase.

Estrés: Conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física ante determinados estímulos repetidos, como por ejemplo el frío, el miedo, la alegría, etc.

Miedo: Sentimiento de desconfianza que impulsa a creer que ocurrirá un hecho contrario a lo que se desea.

Odontopediatría: Especialidad de la odontología encargada del manejo de la salud dental de niños y adolescentes.

Relajación: Estado de tranquilidad, reposo o descanso físico o mental.

Técnica: Conjunto de procedimientos o recursos que se usan en un arte, en una ciencia o en una actividad determinada, en especial cuando se adquieren por medio de su práctica y requieren habilidad.

2.5 SISTEMA DE HIPOTESIS:

2.5.1. Hipótesis Alternativas:

- La técnica de reestructuración cognitiva fue más efectiva que la técnica de Wolpe para disminuir los niveles de ansiedad en los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-3.
- La técnica de Wolpe fue más efectiva que la técnica de reestructuración cognitiva para disminuir los niveles de ansiedad en los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-3.

2.5.2. Hipótesis Nulas:

- La técnica de reestructuración cognitiva no disminuyó los niveles de ansiedad en los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-3.
- La técnica de Wolpe no disminuyó los niveles de ansiedad en los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-3.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño del marco metodológico constituye la médula de la investigación. Se refiere al desarrollo propiamente dicho del trabajo investigativo. Éste se constituye del tipo y diseño de la investigación, instrumento de recolección de datos, la población y muestra que constituirá la misma y la validez y confiabilidad. Estos puntos se presentan a continuación:

Para fines de la siguiente investigación, ésta se desarrolló de tipo descriptiva observacional, transeccional con un diseño no experimental, de campo; ya que en ella se intenta describir un fenómeno dado, analizando su estructura o comportamiento en un momento dado. (Hurtado I y Toro J, 2001).

Por su parte, Arias (2006) explica que el diseño de campo consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos; como es el caso de esta investigación, en dónde los datos se obtendrán directamente de los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, en el periodo 2017-3.

El diseño de la investigación corresponde a una pre-prueba y una post-prueba. Los sujetos en estudios se dividieron en grupos: El Grupo (A) a quien se le aplicó la técnica de relajación progresiva de Wolpe el grupo (B) fue sometido a la técnica de reestructuración cognitiva.

GRUPOS	PRE PRUEBA	TECNICAS	POST PRUEBA
A	PRE-A	RPW	POST-A
B	PRE-B	RC	POSTB

Grupos: A Y B

Técnicas: (RPW: Relajación Progresiva de Wolpe, RC: Reestructuración Cognitiva)

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población o universo se refiere al conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan, a los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas) que se van a estudiar (Hurtado I, Toro J, 2007). En tal sentido para esta investigación la población estuvo conformada por los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, en el periodo 2017-3.

Por su parte, la muestra de estudio representa según Arias (2006: 83) “un subconjunto representativo o finito que se extrae de la población accesible”; esta fue seleccionada de forma probabilística e intencional, tomando en cuenta que se establecen criterios de selección que determinarán la probabilidad que tiene cada elemento de integrar la misma. De igual forma, es importante destacar que, la muestra estuvo dividida en dos grupos diferentes, para así aplicar ambas técnicas, una en cada grupo (técnica de relajación progresiva de Wolpe y la reestructuración cognitiva), así poder luego realizar la comparación entre ambas y determinar cual resulta más eficaz en la disminución de la ansiedad en niños.

3.2. 1 Criterios de Inclusión y Exclusión de la muestra

En este sentido, se tomó como criterio de inclusión aquellos niños en edades de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II como

pacientes de nuevo ingreso del periodo 2017-3, que aún no sean adaptados a la consulta odontológica en la institución y presenten niveles altos o extremos de ansiedad según el Corah's Dental AnxietyScale DASante la consulta odontológica, tomando en consideración niveles clínicos significativos mayores a 13 en dicha encuesta.

Por consiguiente, se excluyeron aquellos menores de 9 años y mayores de 11 años, aquellos que continúen su consulta del periodo anterior y ya se encuentren adaptados a la misma y que en la encuestaCorah's Dental AnxietyScale DAS obtengan una puntuación o un nivel menor de 13.

En ese sentido se tomaron 40 niños distribuidos en dos grupos:

GRUPO A: Conformado por 20 niñosque aún no sean adaptados a la consulta odontológica en la institución y presenten niveles altos o extremos de ansiedad según el Corah's Dental AnxietyScale DAS ante la consulta odontológica y recibirán la técnica de Wolpe.

GRUPO B: Conformado por 20 niñosque aún no sean adaptados a la consulta odontológica en la institución y presenten niveles altos o extremos de ansiedad según el Corah's Dental AnxietyScale DAS ante la consulta odontológica y técnica de reestructuración cognitiva.

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para esta fase de la investigación se utilizó, la observación directa y la encuesta a través de un cuestionario, como técnica e instrumento de recolección de datos respectivamente. Por consiguiente se puede definir la Observación según Silva (2006), como:

La observación directa es la técnica más importante en la investigación científica, por cuanto conecta al investigador con la realidad, es decir, al sujeto con el objeto o problema. Es la inspección que se hace directamente a un fenómeno dentro del medio en que se

presenta, con el propósito de contemplar todos los aspectos inherentes a su comportamiento y características de ese campo. (p.109)

Por su parte, la encuesta, es una técnica mediante la cual se busca obtener información suministrada por un grupo o muestras de sujetos en relación a un tema particular (Arias; 2006). Entonces, esta se realizó mediante la aplicación de un cuestionario, el cual representa un instrumento básico de la observación y en la encuesta. En el cuestionario se formula una serie de preguntas que permiten medir una o más variables. (Arias, 2006).

En este caso, para medir la variable de estudio y alcanzar los objetivos planteados se aplicó la Corah's Dental Anxiety Scale DAS, creada por Norman Corah. Esta se aplicó antes y después de realizadas las técnicas de relajación cognitivas conductuales descritas (técnica de relajación progresiva de Wolpe y la reestructuración cognitiva) en dos grupos diferentes, para así poder determinar en nivel de ansiedad previo y posterior en los niños, estableciendo cual técnica resulta más eficaz para disminuir la ansiedad en niños.

Esta encuesta está conformada por cinco ítems o interrogantes para determinar el nivel de ansiedad dental en los niños, cuyas respuestas se presentan de la siguiente forma:

- a. Relajado (1pto)
- b. Un poco incómodo (2ptos)
- c. Tenso (3ptos)
- d. Ansioso (4ptos)
- e. Tan ansioso que a veces sudo o me siento enfermo (5ptos)

Estos son calificados en una escala que va de cinco (5), extremadamente ansioso, hasta (1), no ansioso, de la siguiente forma:

1. Relajado (sin ansiedad)
2. Ansiedad leve
3. Ansiedad moderada
4. Ansiedad alta

5. Extremadamente ansioso

La suma de las cinco interrogantes da un total máximo de veinticinco (25) puntos. Considerándose así, niveles clínicamente significativos de ansiedad se consideran para puntajes mayores de 13 puntos.

3.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2006) “La validez se refiere al grado de en qué un instrumento de medición mide realmente la (s) variable (s) que se busca medir.”(p. 278). En la mayoría de los casos se recomienda determinar la validez mediante la técnica del juicio de experto, que de acuerdo con Palella y Martins (2010) consiste en:

(...) entregarle a tres (3), cinco (5) o siete (7) expertos (siempre números impares) en la materia objeto de estudio y en metodología y/o construcción de instrumentos un ejemplar del (los) instrumento(s) con su respectiva matriz de respuesta acompañada de los objetivos de la investigación, el sistema de variables y una serie de criterios para calificar las preguntas. Los expertos revisan el contenido, la redacción y la pertinencia de cada reactivo, y hacen recomendaciones para que el investigador efectúe las debidas correcciones, en los casos que lo consideren necesario (p. 173).

Por su parte, la confiabilidad según Palella y Martins (2010) es definida como:

La ausencia de error aleatorio en un instrumento de recolección de datos. Representa la influencia del azar en la medida, es decir, es el grado en el que las mediciones están libres de la desviación producida por los errores causales. Además, la precisión de una medida es lo que asegura su repetibilidad (si se repite, siempre da el mismo resultado). (p. 176)

El término confiabilidad "...designa la exactitud con que un conjunto de puntajes de pruebas miden lo que tendrían que medir" (Ebel, 1977, citado por Fuentes, op. cit., p. 103). En este sentido, como verificación de lo expuesto anteriormente el instrumento, por tratarse de un cuestionario previamente estandarizado y validado (Corah's Dental AnxietyScale DAS) no requiere la aplicación de validez ni confiabilidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Referente a la presentación de los resultados, Arias (2006), expresa que esta sección “se definirán las técnicas lógicas o estadísticas que serán empleadas para descifrar lo que revelan los datos que se han escogido” (p, 36). En este sentido, una vez aplicado el instrumento para la determinación del nivel de ansiedad en los niños antes y después de aplicadas las técnicas en los grupos de estudio, se procedió mediante la estadística descriptiva a realizar el procesamiento de datos y poder cumplir los objetivos propuestos.

En este caso, para la demostración de los resultados se emplearon tablas y gráficos de columnas o barras, los cuales fueron presentados de acuerdo a las dimensiones previstas y los objetivos planteados.

4.1 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1

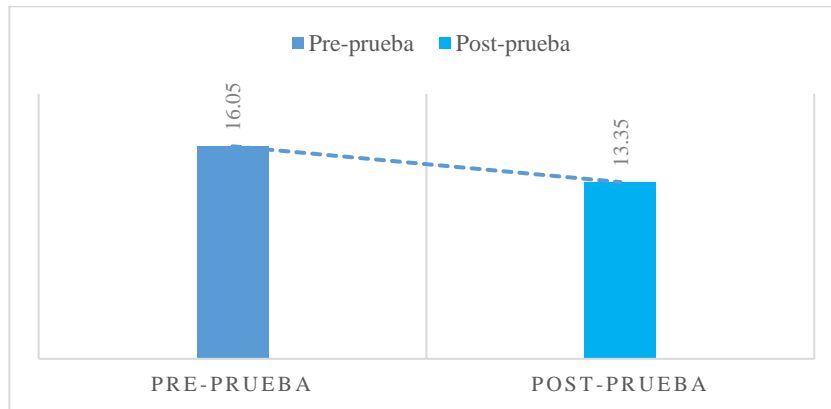
Nivel de ansiedad antes y después de aplicada la técnica de relajación progresiva de Wolpe

<i>Nivel de ansiedad</i>	<i>Pre-prueba</i>	<i>Post-prueba</i>
<i>Promedio Grupo A</i>	16.05	13.35

Fuente: Bolívar y Farah (2018)

Gráfico 1

Nivel de ansiedad antes y después de aplicada la técnica de relajación progresiva de Wolpe



Fuente: Bolívar y Farah(2018)

Análisis e interpretación

En el grupo A se aplicó a 20 niños de edades comprendidas entre 9 y 11 años la la Corah's Dental AnxietyScale DAS para establecer el nivel de ansiedad dental de los mismos antes y después de emplear la técnica de Wolpe para relajación. Así, se estableció el promedio del grupo dando como resultado un promedio del nivel de ansiedad dental antes de la técnica o pre-prueba de 16.05 y después de la técnica o post-prueba de 13.35, observándose así la disminución del nivel de ansiedad dental en los niños.

Tabla 2

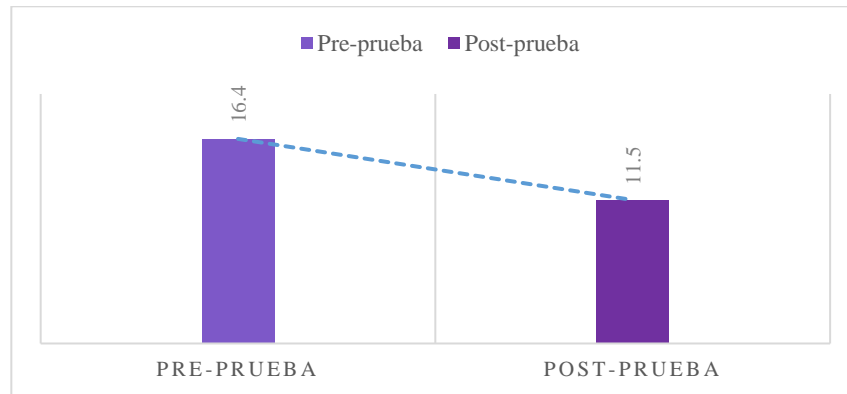
Nivel de ansiedad antes y después de aplicada la técnica de reestructuración cognitiva

<i>Nivel de ansiedad</i>	<i>Pre-prueba</i>	<i>Post-prueba</i>
<i>Promedio Grupo B</i>	16.4	11.5

Fuente: Bolívar y Farah (2018)

Gráfico 2

Nivel de ansiedad antes y después de aplicada la técnica de reestructuración cognitiva



Fuente: Bolívar y Farah(2018)

Análisis e interpretación

De igual forma, en el grupo B se aplicó a 20 niños de edades comprendidas entre 9 y 11 años la la Corah's Dental AnxietyScale DAS para establecer el nivel de ansiedad dental de los mismos antes y después de emplear la técnica de reestructuración cognitiva para estimular o favorecer la relajación. Entonces, se obtuvo como resultado un promedio del nivel de ansiedad dental antes de la técnica o pre-prueba de 16.4 y después de la técnica o post-prueba de 11.5, observándose así la disminución del nivel de ansiedad dental en los niños.

Tabla 3

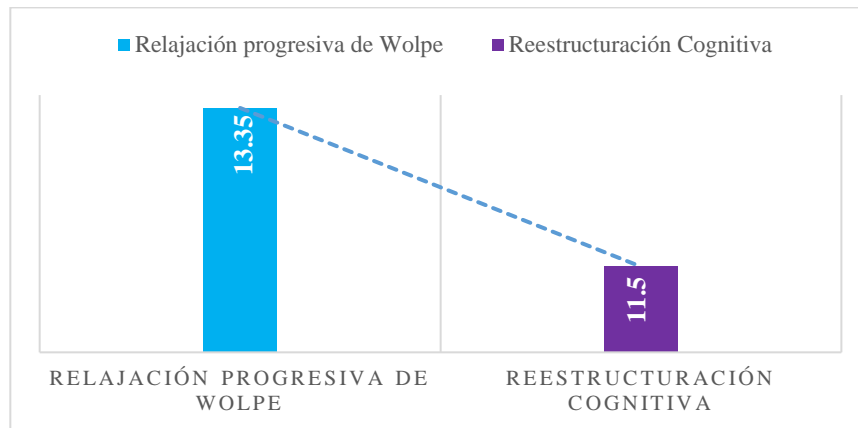
Técnica de relajación progresiva de Wolpe vs la reestructuración cognitiva para disminuir la ansiedad en los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez

<i>Nivel de ansiedad</i>	<i>Relajación progresiva de Wolpe</i>	<i>Reestructuración cognitiva</i>
<i>Promedio post-prueba</i>	13.35	11.5

Fuente: Bolívar y Farah (2018)

Gráfico 3

Técnica de relajación progresiva de Wolpe vs la reestructuración cognitiva para disminuir la ansiedad en los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez



Fuente: Bolívar y Farah(2018)

Análisis e interpretación

Con el fin de comparar ambas técnicas como métodos para disminuir la ansiedad dental en los niños, se muestran los promedios grupales del nivel de ansiedad post-prueba; es decir después de aplicadas cada técnica en cada grupo de estudio. Entonces, mediante el presente se puede observar que en la relajación progresiva de Wolpe se obtuvo un promedio de 13.35, lo que se considera aún un nivel clínico significativo de ansiedad; por otro lado, en la reestructuración cognitiva se obtuvo un promedio de 11.5, por lo cual se evidencia mayor disminución de los niveles de ansiedad dental.

4.2 DISCUSIÓN

Diversos investigadores han estudiado técnicas psicológicas y cognitivas en busca de disminuir los niveles de ansiedad en niños y/o pacientes; así refieren

Cano y Caballero (2016) quienes proponen tratar el tema de la ansiedad y la disminución de la misma mediante la aplicación de técnica de psicoterapia por ser esta una medida eficaz y eficiente en el control de la ansiedad. Así mismo, Alfaro, Ramos y cols (2014) exponen que la utilización de un protocolo de abordaje psicoterapéutico permite brindar un tratamiento seguro y de calidad, con menor tiempo de atención y menor riesgo de producir daño físico y/o psicológico y se logra una mejor conducta por parte de los niños en la consulta, lo que facilita el tratamiento.

Por su parte, Ríos Erazo, Herrera Ronda, y Rojas Alcaayaga. (2014), explican que la ansiedad dental es un fenómeno que influye notablemente en el estado de salud oral, entorpeciendo tanto el manejo del paciente durante la atención dental como la posterior adherencia al tratamiento, proponiendo a esta la relajación como una alternativa para lograr una distensión tanto psíquica como muscular, facilitando la recuperación y equilibrio, hacia un estado de tranquilidad en pacientes odontológicos que presenten ansiedad, existiendo distintos estudios que dan cuenta de la efectividad de esta técnica.

En este sentido, Antón (2014), utilizó la respiración diafragmática y la relajación muscular de Koeppen, técnicas de visualización, técnicas cognitivas como el entrenamiento en autoinstrucciones de competencia, y exposición progresiva y en vivo a las situaciones evitadas. Finalizado el tratamiento, se dedicó una sesión a trabajar en prevención de recaídas, con el objetivo de que el niño fuera capaz de relacionar la emisión de una respuesta de afrontamiento adecuada ante una posible situación problema futura. Es así como, estos autores sustentan la presente investigación, ya que se presentan las técnicas cognitivas conductuales como terapia ante la ansiedad y el miedo, reduciendo sus niveles, modificando conductas y logrando relajación ante los agentes causales, lo cual se evidenció en la presente al conseguir la disminución de los niveles de ansiedad dental en los niños objeto de estudio.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

A fin de dar cumplimiento a los objetivos que direccionaron el estudio y sobre la base de los resultados obtenidos una vez aplicado el instrumento a los sujetos que conformaron el marco poblacional, es decir, a los niños de 9 a 11 años que asistieron a la clínica del niño y del adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, se procedió a formular las conclusiones del estudio con sus respectivas recomendaciones.

En este sentido, una vez aplicadas ambas técnicas se pudo concluir que:

- En la técnica de relajación progresiva de Wolpe se obtuvo un promedio del nivel de ansiedad dental antes de la técnica o pre-prueba de 16.05 y después de la técnica o post-prueba de 13.35.
- En la técnica de reestructuración cognitiva se obtuvo un promedio del nivel de ansiedad dental antes de la técnica o pre-prueba de 16.4 y después de la técnica o post-prueba de 11.5.
- Tanto la relajación progresiva de Wolpe como la reestructuración cognitiva lograron disminuir los niveles de ansiedad dental en los niños objeto de estudio.
- Se evidenciaron mejores resultados con la reestructuración cognitiva, obteniendo un promedio del nivel de ansiedad dental post-prueba de 11.5 en comparación a la técnica de Wolpe en la cual se obtuvo un promedio del nivel de ansiedad dental post-prueba de 13.35.

RECOMENDACIONES

A tal efecto, se sugiere:

- Incorporar en el desarrollo de la carrera de Odontología, la psicología o psicoterapia para el abordaje y manejo de pacientes

niños y adultos que presenten estrés, miedo, angustia o ansiedad dental.

- Se les recomienda a las autoridades de la escuela de odontología de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad José Antonio, establecer redes de colaboración multidisciplinarias con diversas instituciones y organismos de modo tal que pueda orientarse y brindar actualización a estudiantes de odontología sobre diversas técnicas empleadas en psicoterapia mediante las cuales se puede lograr la adaptación del paciente a la consulta odontológica.
- Igualmente, se recomienda a las autoridades superiores de la Universidad José Antonio, orientar en talleres y cursos sobre dicha temática a los docentes que imparten las diferentes áreas, de manera que puedan transmitir los conocimientos hacia sus estudiantes y a su vez estos puedan manejar de forma adecuada las diversas situaciones que se puedan presentar con sus pacientes al momento de la adaptación a consulta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, Ramos y cols (2014). Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad. Facultad de Odontología. Universidad de Cartagena. Colombia.
- Antón (2014) Tratamiento cognitivo-conductual en un niño con ansiedad, Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes: Vol1, N1.
- Aquino (2012). Programa psicoterapéutico para disminuir la Ansiedad en niños que acuden a servicios odontológicos. Trabajo de Grado. Universidad Arturo Michelena
- Arias, F. (2006). *El Proyecto de Investigación*. Introducción a la Metodología Científica. 5ª ed. Caracas. Editorial Espítome.
- Bados, A., García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Buchanan H, Niven N. (2002) Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. Int J Paediatr Dent; 12(1):47-52.
- Cano y Caballero (2016) Impacto de intervención de psicoterapia aplicada por enfermería para el control de la ansiedad en pacientes oncológicos. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. España.
- Castillo, León y Ramos (2012) Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. Norte de salud mental: vol. X, nº 43: 30-36.
- Chapman y Kirby-Turner.(1999). Dental Fear in children – a proposed model. Br Dent J 23;187(8):408-12.
- Choliz M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Disponible en <http://www.uv.es/=choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Corah N. Development of a dental anxiety scale. En: Journal of Dental Research. Vol. 48: 596. 1969
- Corah N, Gale E, Iilig S. Assessment of a dental anxiety scale. Journal of the American Dental Association. Vol. 97: 816-9. 1978 Cuthbert y Melamed. (1982) A screening device: children at risk for dental fears and management problems. ASDC J Dent Child;49(6):432-6.
- Diercke y cols. (2012). Dental fear in children and adolescents: a comparison of forms of anxiety management practiced by general and paediatric dentist. Int J Paediatr Dent 22(1):60-7.

- Fuentes, R. (1989, abril). Estudios sobre confiabilidad. *Paradigma*, 4(2), 101-126
- Hernández, & Baptista, F. y. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. Editorial Mac Graw Hill.
- Hurtado I y Toro J. (2007). *Paradigmas y Métodos de Investigación en tiempos de cambio*. Libros de El Nacional. Colección Minerva.
- Horacio. (2002). La Ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico. 1era edición. Ed. Buenos Aires: Polemos.
- Iruarrizaga, Gómez y cols (1997) Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Vol2. N1.
- Jacobson, E. (1970). *Modern treatment of tense patients*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: The University of Chicago Press. (Trabajo original publicado 1929)Klingberg G. (1994) Reliability and validity of the Swedish version of the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule, CFSS-DS. *Acta Odontol Scand*; 52(4):255-6.
- Lara y cols (2012) Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *Int J Paediatr Dent* 22(5):324-30.
- Mcdonald, Dean Y Avery. (2014) *Odontología Para el niño y del Adolescente*. De: médica Panamericana. Buenos Aires.
- Marcano, Figueredo y Orozco. (2011) Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. [Pagina web en Linea] Disponible en: <http://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2012/2/art-7/>
- Palella y Martins (2010) *Metodología de Investigación Cuantitativa*. 3ra Edic. FEDUPEL.
- Ríos Erazo, Herrera Ronda, & Rojas Alcayaga. (2014). Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. *Avances en Odontoestomatología*, 30(1), 39-46.
- Rodríguez, Olmo y cols (2011) Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. *Revista Gaceta Dental*. Disponible en: <https://www.gacetadental.com/2011/09/estudio-de-la-ansiedad-infantil-ante-el-tratamiento-odontolgico-25464/>

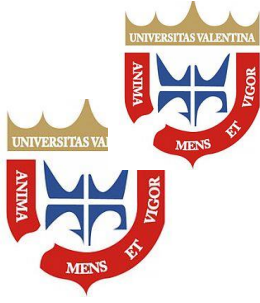
- Rodríguez Biglieri, & Vetere. (2011). Manual de terapia cognitiva-conductual para los trastornos de ansiedad. Buenos Aires: Polemos.
- Shapiro y cols (2007) Behavioural and physiological effect of dental environment sensory adaptation on children's dental anxiety. Eur J Oral Sci 115(6):479-83
- Silva, M. (2006). *Metofología de la Investigación*. Caracas, Venezuela: Ediciones CO-BO.
- Venham L, Bengston D, Cipes M. (1977) Children's response to sequential dental visits. J Dent Res;56(5):454-9.
- Virgen, Lara, Morales. (2005) Los trastornos de ansiedad. En: Revista Digital Universitaria. Vol 6 N° 11. Art.109 P 1067-6079.
- Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, California: Stanford University Press.

ANEXOS



• **TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Objetivo	VARIABLES	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Comparar la técnica de relajación progresiva de Wolpe vs la reestructuración cognitiva para disminuir la ansiedad en los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, en el periodo 2017-3.	Ansiedad dental en niños	Nivel de ansiedad o estado de angustia ante la consulta odontológica antes y después de aplicadas las técnicas cognitivas conductuales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relajado (sin ansiedad) 2. Ansiedad leve 3. Ansiedad moderada 4. Ansiedad alta 5. Extremadamente ansioso 	<ol style="list-style-type: none"> a. Relajado (1pto) b. Un poco incómodo (2ptos) c. Tenso (3ptos) d. Ansioso (4ptos) e. Tan ansioso que a veces sudo o me siento enfermo (5ptos) total 5 preguntas=25ptos. Niveles clínicos significativos por encima de 13.	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5
	Técnicas para el tratamiento de la ansiedad	Alternativas psicológicas que tienen por objeto disminuir o eliminar la angustia generada ante una situación	Técnica de reestructuración cognitiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los Pensamientos Inadecuados. 2. Evaluación y Análisis de los Pensamientos 3. Búsqueda de Pensamientos Alternativos 	Aplicación Práctica
			Técnica de relajación progresiva de Wolpe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primera fase: apretar y luego relajar los músculos 2. Segunda fase: relajación muscular progresiva 3. Tercera fase: relajación mental 	Aplicación Práctica



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi representado ha sido invitado (a) a participar en el trabajo de investigación titulado: **ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA DE WOLPE VS LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN LOS NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ, EN EL PERIODO 2017-3.** Realizado por las Brs.: Bolívar y Farah, como requisito parcial para optar al Título de Odontólogo.

El mismo se realizará con el objetivo de comparar la técnica de relajación progresiva de Wolpe vs la reestructuración cognitiva para disminuir la ansiedad en los niños de 9 a 11 años que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente II de la Universidad José Antonio Páez, en el periodo 2017-3.

Con este fin se le realizará a su representado una pequeña encuesta para determinar o establecer el nivel de ansiedad antes y después de la aplicación de las técnicas mencionadas.

Su participación y la de su representado es confidencial y no acarreará gastos adicionales. Su contribución será el aporte científico para la realización de esta investigación.

He leído la información del documento de consentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente. No tengo ninguna duda sobre mi participación.

Acepto voluntariamente que mi representado participe en la misma y entiendo que tengo derecho a terminar mi participación en cualquier momento. También estoy de acuerdo en autorizar que la información sobre datos epidemiológicos como edad, sexo y los resultados del estudio sean utilizados en otras investigaciones en el futuro.

Nombre del paciente: _____

Nombre del Representante: _____ Firma: _____

Nombre del Investigador: _____ Firma: _____

Nombre del Testigo: _____ Firma: _____

Fecha: _____

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

ESCALA CORAH

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ sexo: _____

1. Si tuvieras que ir al odontólogo mañana para una cita, ¿cómo te sentirías al respecto?
 - a. Me gustaría verlo como una experiencia agradable
 - b. No me importa
 - c. un poco incómodo
 - d. Yo tendría miedo de que sería desagradable y doloroso
 - e. Yo estaría muy asustado de lo que el odontólogo me haría

2. En la sala de espera del consultorio dental cómo te sientes, ¿cómo te sientes?
 - a. Relajado
 - b. Un poco incómodo
 - c. Tenso
 - d. Ansioso
 - e. Tan ansioso que a veces sudo o me siento enfermo

3. Si van a utilizar la turbina en tu boca ¿cómo te sentirías?
 - a. Relajado
 - b. Un poco incómodo
 - c. Tenso
 - d. Ansioso
 - e. Tan ansioso que a veces sudo o me siento enfermo

4. Si van a utilizar todo el instrumental dental ¿cómo te sentirías?
 - a. Relajado
 - b. Un poco incómodo
 - c. Tenso
 - d. Ansioso
 - e. Tan ansioso que a veces sudo o me siento enfermo

5. Si te van a inyectar anestésico local para tu tratamiento dental ¿Cómo te sentirías?
 - a. Relajado
 - b. Un poco incómodo
 - c. Tenso
 - d. Ansioso
 - e. Tan ansioso que a veces sudo o me siento enfermo