



**PRÁCTICAS DE ABORDAJE PARA EL MIEDO DENTAL INFANTIL DE  
ODONTÓLOGOS/AS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, PERTENECIENTES  
A LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE VALPARAÍSO Y VIÑA DEL MAR, CHILE,  
2021-2022.**

Trabajo de Investigación  
requisito para optar al  
Título de Cirujana Dentista

Alumnas: Carolina Guzmán Rojas  
Margaret Narváez Portales  
Kimberly Sepúlveda Olivos  
Isidora Valenzuela Miranda

Docente Guía: Prof. Ps. Edith Cueto Urbina

Valparaíso - Chile

2022

## DEDICATORIA

A mis *padres, hermanos y sobrinos*, por ser la base de mi inspiración y constancia en esta y todas las etapas de mi vida, por y para ustedes es cada logro, los amo. A mi *madrina* que desde el cielo me acompaña e ilumina para acertar cada paso. A mis *amigas y futuras colegas* por amenizar y llenar de alegrías mi proceso universitario, especialmente a la Margarita. A mi *grupo de tesis* por su dedicación y enseñarme a perseverar y disfrutar el desarrollo de este trabajo. Y a cada personita que se cruzó en mi camino en el momento oportuno para enseñarme y ayudarme a crecer, tienen mi agradecimiento y cariño absoluto...

*Kimberly Sepúlveda O.*

A mis *padres, familia y amigos* que fueron un pilar fundamental durante todo este proceso universitario y desarrollo profesional. También, a mis *compañeras de tesis*, que hicieron más ameno el trabajo.

*Isidora Valenzuela M.*

Para ellos, mis *padres*, por creer y entregarme alas para volar, por y para ellos todo mi esfuerzo y dedicación... Para mis *ángeles* que siempre han sido luz de esperanza... Para mis *compañeras*, por cada uno de los momentos vividos en este proceso...

*Carolina Guzmán R.*

El presente trabajo representa el punto culmine de un proceso académico que en este último año ha estado lleno de las experiencias más significativas para mi desarrollo profesional. Es por esto que quiero agradecer a todos quienes han sido parte de él, y en especial a:

Mis sobrinos *Walter y Mateo*, por escucharme como buenos amigos, por ser mi fuente de inspiración. Siempre estaré para apoyarlos y celebrar sus triunfos.

Mi *mamá*, mi Rosita, mi confidente, gracias por tu apoyo y amor incondicional, por ayudarme a cumplir mis sueños. Te amo mamá.

Mi *papá* por enseñarme a ser una mujer perseverante y valiente, sin tus enseñanzas no sería la persona en la que hoy me he convertido.

A mi hermanos, *Geral, Stefi y Daniel*, por alegrar mis días de las miles de formas que solo ustedes pueden, por el apoyo, la contención y cariño.

Mis amigas, compañeras de batalla y futuras colegas, sin ustedes esto habría sido infinitamente más difícil, en especial a la Kim.

A mi compañero de camino, *Maverick*, por su amor, paciencia y optimismo.

Y por último, pero no menos importante, a mi *Polyta*, por darme su cariño y acompañarme siempre incondicionalmente...

*Margaret Narváez P.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Prof. Edith Cueto Urbina, por guiarnos y apoyarnos en todo momento durante este proceso y ser un pilar fundamental en su desarrollo. Por dedicar parte de su tiempo y valorar cada uno de los esfuerzos realizados, así como también las cualidades y lo positivo de cada una de nosotras.

A los odontólogos/as que participaron voluntariamente, entregando información valiosa en base a sus experiencias como profesionales del área de la salud pública, haciendo posible desarrollar la investigación.

## ÍNDICE

1. Resumen .....	-
2. Introducción .....	1
3. Marco teórico .....	3
I.    Encuadre Epistemológico .....	3
I.I Epistemología del Miedo .....	3
I.II Construcción Social del Miedo Dental .....	3
II.   Perspectivas Teóricas del Miedo Dental y Miedo Dental Infantil (MDI).....	6
II.I El miedo como Concepto según Nardone .....	6
II.II Distinción entre Miedo, Ansiedad y Fobia .....	7
II.III Miedo Dental Infantil .....	8
II.IV Epidemiología del MDI .....	8
II.V Escalas de Medición del MDI .....	9
II.VI Causas del MDI .....	9
II.VII Manifestación del MDI .....	11
II.VIII Consecuencias Odontológicas del MDI .....	12
II.IX Rol del Odontólogo/a en el MDI .....	12
III.  Paciente Odontológico Infantil .....	13
III.I Relación entre la Conducta y Etapa de Desarrollo .....	14
IV.  Abordaje Odontológico del MDI .....	17
IV.I La Práctica como concepto .....	17
IV.II Prácticas de Manejo Conductual .....	18
V.   Atención Dental Institucionalizada .....	21
V.I Atención Primaria en Salud (APS) .....	21

<b>V.II</b> Salud Bucodental .....	22
<b>V.III</b> Salud Oral Infantil en Chile .....	23
<b>V.IV</b> Norma “Control de la Ansiedad en la Atención Odontológica” .....	23
<b>4.</b> Pregunta de Investigación .....	25
<b>5.</b> Objetivos .....	25
<b>I.</b> Objetivo General .....	25
<b>II.</b> Objetivos Específicos .....	25
<b>6.</b> Materiales y Métodos .....	26
<b>7.</b> Resultados .....	30
<b>8.</b> Discusión .....	58
<b>9.</b> Limitaciones y Sugerencias .....	69
<b>10.</b> Conclusiones .....	70
<b>11.</b> Bibliografía .....	71
<b>12.</b> Anexos .....	80
<b>Anexo 1.</b> Formulario de Consentimiento Informado .....	80
<b>Anexo 2.</b> Pauta de Entrevista Semiestructurada .....	86
<b>Anexo 3.</b> Cuadro Comparativo entre el Concepto y/o Forma de identificación y la Práctica de Abordaje para el MDI.....	89
<b>Anexo 4.</b> Tabulación de Resultados de Entrevista Semiestructurada .....	91
<b>Anexo 5.</b> Tabulación de Resultados de Grupo Focal .....	136
<b>Anexo 6.</b> Tabla Comparativa entre los Resultados de Entrevista Semiestructurada y Grupo Focal .....	153

## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** El miedo dental infantil determina comportamientos no cooperativos que refuerzan el rechazo a la atención. Por lo tanto, identificar y aplicar prácticas efectivas que lleven a un comportamiento deseable es un gran aporte a terapias odontológicas. Sin embargo, en Chile, se carece de información suficiente sobre la real implementación de prácticas técnico/profesionales y vinculares psico-odontológicas de odontólogos(as) de APS en el abordaje del MDI. **OBJETIVO:** Conocer las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil que utilizan los odontólogos/as de APS, pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso Chile, 2021-2022. **METODOLOGÍA:** Se realizaron 7 entrevistas semiestructuradas individuales y un grupo focal con los profesionales seleccionados de forma intencional y por conveniencia. Se utilizó el Método de Análisis Comparativo Constante de los datos con enfoque en Teoría Fundamentada. **RESULTADOS:** El MDI es una percepción situacional identificado en lo no verbal y abordado principalmente, mediante lo comunicacional y conductual, que actualmente no presenta un protocolo institucional estandarizado para su abordaje. **CONCLUSIÓN:** La práctica odontológica con niños/as resulta un desafío constante que ha de recoger todas las dimensiones evolutivas propias del desarrollo, sopesar las contribuciones relativas de los factores sociales y psicológicos en conjunto con la intervención del profesional que forma parte de la experiencia. La futura construcción de pautas de orientaciones técnicas de abordaje del miedo representará una fuente potencial de tecnologías que faciliten el trabajo clínico y la experiencia del futuro adulto en desarrollo.

\* MDI: Miedo dental infantil

\* APS: Atención Primaria en Salud

---

## INTRODUCCIÓN

El miedo al tratamiento odontológico es una de las principales variables responsables de la evitación de la atención dental, lo que se vuelve aún más relevante cuando se trata de atender a pacientes infantiles en quienes se estima que alcanza el 43% de los casos (1), donde no solo constituye un obstáculo en la mantención de una adecuada salud oral al favorecer el deterioro progresivo de la misma (2), determinando comportamientos no cooperativos que refuerzan el rechazo a la atención (1), sino que también lleva a mayores costos en salud pública al condicionar la atención a la resolución de cuadros más complejos en la futura población adulta (3). Por lo tanto, identificar y aplicar prácticas de abordaje efectivas que lleven a un comportamiento deseable es un gran aporte a muchas terapias odontológicas (4). Sin embargo, a pesar de su importancia, se han realizado muy pocos estudios sobre miedo dental infantil (MDI) en Latinoamérica. Particularmente en Chile, se carece de información suficiente sobre la real implementación de prácticas técnico/profesionales y vinculares psico-odontológicas que emplea el odontólogo/a de Atención Primaria en Salud (APS), para el manejo de pacientes pediátricos.

Es durante la infancia que las experiencias pueden llegar a determinar el desarrollo de comportamientos que tengan un impacto directo en la salud oral de niños(as) y adultos chilenos. Es por esto, que un inadecuado manejo de la conducta infantil por parte del odontólogo/a, está asociado a una menor frecuencia de visitas dentales y la presencia de comportamientos no cooperativos durante la atención (3), posibilitando la evolución de condiciones orales inicialmente simples a estados más severos, condicionando así, la necesidad de recibir un tratamiento más especializado, invasivo y potencialmente doloroso (3) que podría contribuir al aumento del miedo dental. Sin embargo, el miedo por sí solo no es el problema, lo son las inapropiadas estrategias para manejarlo (2). Por lo tanto, conocer las prácticas empleadas por el clínico ante comportamientos aversivos, aportará con evidencia que refleje la realidad actual en torno al fenómeno y si esta se orienta en fortalecer la confianza con el paciente, disminuyendo experiencias traumáticas, valorando así, un mejor comportamiento en las futuras atenciones. Es habitual, que durante la consulta dental el miedo sea identificado por el profesional,

como un comportamiento que puede expresarse a través del llanto, la negativa a abrir la boca, pedir ayuda, hablar del problema o incluso mediante reacciones violentas en un intento de evitar el tratamiento dental. Por lo tanto, para fines de esta investigación, se entenderá el miedo dental como un comportamiento evasivo a la atención.

Entendiendo que la salud primaria constituye la puerta de entrada para la atención de pacientes, basado en un modelo de atención con enfoque familiar y comunitario propuesto actualmente en Chile, es que resulta necesario identificar conductas y/o actitudes que determinen estados saludables desde la infancia, para así lograr en el mediano y largo plazo una población adulta con mejor salud y calidad de vida (5). A pesar de esto, las referencias existentes sólo reflejan la situación de la población adulta, aun cuando estas siguen siendo escasas, por lo tanto, la evidencia disponible que permita dilucidar la situación en la población infantil es casi inexistente.

Para lograr con éxito la atención odontológica de un paciente con miedo dental, es importante que inicialmente el abordaje implique identificar que efectivamente el paciente tiene miedo, para luego, orientar el enfoque de tratamiento que logre responder a la necesidad de atención, no solo en el ámbito clínico, sino que considerando también el estado psicológico y emocional del paciente, así como la fase de desarrollo en la que se encuentre, junto a las circunstancias específicas que rodean a cada situación dental y así, conseguir una experiencia positiva mediante una relación de confianza con el niño/a. Para ello, en la literatura se han descrito una serie de herramientas cognitivas-conductuales con las que cuenta el odontólogo/a. Sin embargo, a pesar de que son múltiples las alternativas posibles para abordar, lo que efectivamente se aplica y da resultado en el abordaje de pacientes pediátricos con miedo dental, es un campo poco explorado.



## **MARCO TEÓRICO**

### **I. ENCUADRE EPISTEMOLÓGICO**

#### **I.I Epistemología del miedo (6)**

Lo emocional es una dimensión de la persona que la antropología social no puede dejar de estudiar. Se debe realizar desde una visión integral de la experiencia humana: el cuerpo y el espíritu, el sentimiento y la razón, el hombre y la mujer, el adulto y el niño/a y, sobre todo, combinar la unidad de lo universal con la diversidad de las situaciones sociales y culturales.

La educación de las emociones, no sólo consigue reforzar los procesos cognitivos que fijan la experiencia a partir de la memoria, si no que, como plantea la teoría del vínculo, el afecto que despliegan los padres hacia sus hijos/as, supone para los niños/as una plataforma de seguridad emocional que les permite desarrollar en mayor medida su curiosidad y capacidades exploratorias.

Dentro de los seis componentes universales que articulan las emociones, se encuentra el miedo, que supone la evitación (recorrida desde el pavor al temor), y que se conforma como un universal cultural con adaptación individual.

Los relatos refuerzan las comunidades emocionales en una sociedad atomizada y divulgan el sentimiento del miedo presente en múltiples situaciones sin ofrecer la posibilidad de canalizarlo para superarlo y poder reaccionar modificando la realidad. Se comparten miedos personales y particulares, pero sin trascenderlos y generar un relato aglutinador de emociones, hechos y expectativas que permita estimular a una población paralizada.

#### **I.II Construcción Social del Miedo Dental**

Lo común para constructivistas y construccionistas es la concepción de que el conocimiento consiste en un proceso psicológico y social constructor de la realidad y, por lo tanto, el comportamiento humano está determinado por dicho proceso. Pese a

que ambas tendencias tienen una similitud en su idea primaria de “construir”, las diferencias se basan principalmente en el cómo se construye la realidad, ya que mientras para los constructivistas esto se hace desde la perspectiva individual ligada a sus percepciones, experiencias y estructura mental, para los construccionistas la base obedece a un intercambio entre individuos que comparten un contexto cultural, haciendo referencia a las distintas redes de significados que circulan socialmente en el lenguaje, donde tanto las conductas, sentimientos, emociones y comprensiones son comunales (7).

Es en esta mirada, que considerar que la construcción y la valorización simbólica de las experiencias tienen su origen en lo colectivo dentro de un contexto cultural particular, contribuye a que la práctica odontológica obedezca a una filosofía bastante sencilla y que implícitamente tenga la obligación de considerar los sentimientos del niño/a, buscar ganar su confianza y cooperación, ejecutar acciones clínicas de forma compasiva y amable, que promuevan la futura salud oral del paciente y que entonces, fundamentalmente tenga por objetivo “tratar al paciente y no el diente” (8).

Por otro lado, según Anton F. la forma de expresar las emociones depende en gran medida del proceso de socialización recibido, de tal forma que los niños/as se van integrando en las actividades y los mundos comprensivos de los adultos, a través de la educación de las emociones que reciben en sus entornos familiares y socioculturales (6). Esto, da cuenta de que entonces, el miedo como uno de los componentes universales que articulan las emociones, tiene su origen en circunstancias sociales y goza de un contenido histórico y social que evoluciona con el desarrollo de la cultura, pudiendo ser aprendido al interior de esta misma, de forma tal, que individuos sin experiencia previa de dolor o trauma asociada al tratamiento dental, han aprendido por asociación del modelo familiar o su entorno, que el odontólogo/a y su tratamiento provocan miedo y ansiedad (9).

Comprender la multidimensionalidad del miedo, formas de expresión y comunicación implica dejar de verlo como un fenómeno biológico, instintivo e inherente al ser humano, y más bien, reflexionar respecto del complejo sistema de creencias que le da sentido y significado a éste dentro del campo emocional de los sujetos. Dentro de este

concepto de construcción social del miedo, se destaca la función primaria que cumple el lenguaje como medio de expresión, donde sea que la interacción social tenga lugar y que entonces, posibilita la circulación de esta red de significados entre quienes intervienen y comprenden las acciones (9).

En relación a lo anterior, se puede decir que, así como la comunicación es vital en la construcción de estos mundos humanos contextualizados, también lo es el lenguaje en el establecimiento de la relación odontólogo/a - paciente y en el refuerzo de la seguridad emocional de esta. Se ha demostrado lo importante que es la comunicación en el condicionamiento de la conducta del paciente, donde la escucha activa de sus necesidades, ayudará a entender qué es lo que motiva o inhibe una determinada conducta (8). Por otro lado, las circunstancias relacionadas con el trato humano del profesional han sido referidas como una de las cuatro dimensiones asociadas al miedo dental donde incluso se describe que cuando se busca modificar la conducta del paciente respecto de sus hábitos orales a través de la crítica, lejos de conseguir un beneficio, esto puede ser percibido como una experiencia traumática y entonces, ser un posible precursor de miedo y ansiedad dental (10).

Finalmente, el construccionismo social del miedo sitúa las fuentes de la acción humana en las relaciones y a partir de ellas cada individuo funda sus propias sensaciones, percepciones y representaciones de sus experiencias en lo subjetivo pudiendo quedar sujeta entonces, la comprensión del funcionamiento individual al intercambio comunitario (7). En este orden de ideas, el miedo y la ansiedad son una construcción de aprendizajes sociales latentes, que se articulan en relaciones intersubjetivas capaces de ser modificadas a través de técnicas de comunicación fundamentales que apelen a los sentimientos y emociones mediante el lenguaje, siempre en función de un contexto particular, que consigan la motivación del paciente y permitan guiar así, su conducta.

## **II. PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL MIEDO DENTAL Y MIEDO DENTAL INFANTIL (MDI)**

### **II.I El miedo como concepto según NARDONE (11)**

El miedo es la emoción más potente porque está conectada con el instinto de supervivencia. También es la más frecuente, en cuanto activa muchas otras respuestas emocionales secundarias. Su percepción reconoce cualitativamente los fenómenos y reacciona selectivamente autocorrigiéndose, es decir, discrimina el estímulo, proporciona una respuesta adecuada, se corrige y se adapta interactuando con el estímulo mismo. Precisamente, por esas características, cuando supera el umbral de activación fisiológica funcional, el miedo se transforma en un límite y, a menudo, en una reacción incapacitante bajo forma de pánico. Cuando la ansiedad, el mecanismo fisiológico del miedo, supera un cierto umbral, exaspera o bloquea las reacciones del sujeto, invalidando la respuesta adecuada al estímulo, interno o externo del organismo.

El miedo no deviene en límite incapacitante por naturaleza o por genética. Por el contrario, es posible identificar los modos a través de los cuales se convierte en miedo, y precisamente sobre ellos hay que actuar, interrumpiendo su secuencia para conseguir que quien los sufre pueda abandonarlos. Esos modos son la evitación generalizada, la constante demanda de protección, el intento fallido de controlar y reprimir la ansiedad y los síntomas fóbicos.

Evitar aquello que nos asusta es una tendencia natural, pero si esta se exagera como una respuesta generalizada contra cualquier estímulo amenazador no hace más que confirmar la incapacidad de hacer frente a una amenaza y aumentar la falta de estima del sujeto, lo cual a su vez agrava la sensación de peligro, incrementando el temor hasta convertirlo en un miedo incapacitante. Contra evitar es, en efecto, uno de los fundamentos de la terapia de los trastornos fóbicos, pero la contra evitación se debe llevar a cabo de la manera más gradual posible, es decir, partiendo del riesgo expositivo más pequeño y avanzando progresivamente en el enfrentamiento con todos los riesgos hasta la superación final del miedo. En este proceso es esencial que se

utilicen el lenguaje y la lógica del miedo para evocar un “miedo mayor”: empeorando la condición producida por la evitación generalizada es posible crear un impulso emocional que permitirá hacer frente progresivamente a las situaciones temidas. A este fin son eficaces imágenes evocadoras y visualizaciones guiadas que, en vez de representar resultados positivos, hagan sentir que el miedo de la evitación es una forma de alimentar el miedo mismo. El límite de un temor, es en efecto, un temor mayor.

Los investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos pusieron de relieve que frente a una situación de miedo, en el organismo se disparan dos formas paralelas de activación: la primera, paleoencefálica y en milésimas de segundo activa las respuestas psicofisiológicas inconscientes, típicas de las emociones primarias adecuadas para responder de manera eficaz a la circunstancia; la segunda, mucho más lenta, llega directamente al telencéfalo y estimula respuestas conscientes, las cuales, “se espantan” tanto de los estímulos como de las reacciones activadas, a las que por ese motivo intentan controlar. Todo esto también quedó demostrado por posteriores investigaciones neurocientíficas, que muestran el efecto paradójico de los intentos conscientes de inhibir los mecanismos inconscientes de activación emocional del miedo, recordando que esta es una de las “competencias sin comprensión” fundamentales y que, por lo tanto, no debe ser reprimida si no utilizada de la mejor manera posible. Desde un punto de vista operativo, el modo más eficaz de anular el miedo desencadenado por aquello que la mente moderna interpreta como síntomas amenazadores consiste en exasperarlos voluntariamente en lugar de reprimirlos, esto es, se trata de contrarrestar una paradoja psicofisiológica con una contraparadoja sostenida por la mente.

## **II.II Distinción entre miedo, ansiedad y fobia**

Nardone, desde la psicología, señala que frecuentemente se tiende a la superposición entre miedo y ansiedad, como si ambas realidades significaran lo mismo, olvidándose, así, que el miedo es una “percepción que desencadena una emoción que, a su vez, genera una reacción psicofisiológica”. En cambio, la ansiedad es sólo el “efecto psicofisiológico de esta percepción-emoción”. No sólo esto, sino que, a menudo, no se

tiene en cuenta que la ansiedad, como activación del organismo, hasta un cierto nivel, permite que éste haga frente al miedo. Por consiguiente, la ansiedad es una reacción que surge como efecto de la percepción del miedo (12). Por otro lado, la fobia, es un diagnóstico de trastorno mental y se diagnostica cuando una persona exhibe persistentemente respuestas marcadas o extremas de miedo o ansiedad que podrían estar fuera de proporción, o causar "angustia marcada". Es un aumento del miedo y la ansiedad que es lo suficientemente grave como para interrumpir la rutina normal de una persona (13).

### **II.III Miedo Dental Infantil (MDI)**

En la literatura y práctica odontológica, el concepto de miedo y ansiedad dental a menudo se usan indistintamente o incluso se combinan como un sólo término (14).

El miedo dental se refiere a un sentimiento o reacción emocional desagradable o negativa frente a estímulos amenazantes específicos que ocurren en situaciones asociadas con el tratamiento dental (15). Se presenta como una percepción que desencadena una emoción, que a su vez genera una reacción psicofisiológica (16), esto ante una situación externa real que resulta amenazante en la consulta dental (15).

### **II.IV Epidemiología del MDI**

El miedo dental afecta a la población mundial y su prevalencia se manifiesta de manera general en niños/as, adolescentes y adultos, siendo cercana al 20% (17, 18).

A nivel mundial, entre 3% y el 43% de la población infantil, manifiestan miedo al tratamiento dental (2). Y una revisión sistemática mostró que es un problema común en países de Europa, Asia, África, América del Norte y América Latina, que afecta al menos a uno de cada diez niño/as, dificultando su capacidad para tolerar la atención odontológica (17).

En Chile, existe una prevalencia de un 5.4% y 22.5% en niños/as de 6 y 6-8 años, respectivamente. Además, una investigación realizada en centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana, reveló que un 37,9% de las personas adultas

(entre 20 y 70 años) que acompañaban a los niños/as a la atención odontológica, presentaban miedo dental (19).

## **II.V Escalas de medición de MDI**

Dada la dificultad de medir directamente el miedo dental en la población infantil, se han desarrollado múltiples herramientas cualitativas y cuantitativas, entre ellas el Cuestionario de Miedo Dental en Niños-Subescala Dental (CFSS-DS), que es una de las escalas más utilizadas para medir el miedo y ansiedad dental en niños/as debido a su precisión, validez y propiedades psicométricas en comparación con otras escalas, considerándose el “gold standard” en la evaluación del MDI (20, 21). Este cuestionario consta de quince ítems relacionados con el tratamiento y la situación dental, los menores responden en una escala de 5 puntos (de 1, no tener miedo, a 5 muy asustado), considerándose altos niveles de temor dental cuando obtienen una puntuación igual o mayor de 45 puntos (21).

Por otro lado, usando figuras representativas de caras, se utiliza la Escala de imagen de caras o Facial Image Scale (FIS). Esta consiste en una fila de cinco caras clasificada desde “muy feliz” a “muy triste”. Dentro de sus ventajas, se destaca lo simple y práctica que es, debido a que toma un corto tiempo (menos de un minuto) en aplicarse y el puntaje es simplemente un reflejo de la cara seleccionada por el menor (1).

## **II.VI Causas del MDI**

Actualmente, se postula que el miedo dental en los niños/as es multifactorial (17), existiendo diferentes factores que lo pueden causar, como enfrentarse a procedimientos invasivos, dolorosos y desconocidos, así como también separarse de la figura de protección, como son los padres (18, 22). Sin embargo, lo que más se destaca en la literatura son las experiencias previas odontológicas traumáticas y las actitudes aprendidas del entorno familiar, principalmente de los padres (18).

La experiencia previa en la consulta odontológica es un factor relevante a considerar, debido a que en la medida que el niño/a asiste a la consulta al menos dos sesiones previas, su nivel de miedo dental es generalmente más bajo, en

relación a aquellos que no han tenido esta experiencia (20). También, se debe considerar la periodicidad de visitas que los pacientes infantiles acuden al odontólogo/a, ya que los que asisten esporádicamente, presentan más miedo que aquellos que van regularmente (23).

Enfrentar una mala experiencia por primera vez en la consulta odontológica, es un factor de riesgo significativo que influye en que el menor tenga miedo en el futuro. Los niños/as que han tenido experiencias traumáticas pasadas o experiencias en las cuales experimentaban dolor, son más miedosos que los que no las han pasado (18). Estas experiencias dentales negativas vividas en la infancia se marcan en la edad adulta y tienden a influir en el comportamiento del individuo en la consulta dental (22).

Por otro lado, el entorno familiar influye en el desarrollo infantil y el estilo de crianza afecta directamente la formación de la personalidad y el crecimiento del niño/a (24). El estilo de crianza se refiere a las actitudes, creencias y comportamientos que los padres utilizan para crear un enfoque o una atmósfera emocional parental utilizada para criar a sus hijos/as (24). Por lo tanto, los padres pueden influenciar en el miedo dental de sus hijos/as mediante un “proceso de transferencia emocional” a través del modelado y la información, ya que los adultos pueden verbalizar sus sentimientos de miedo frente a los menores, creando una impresión negativa de la atención odontológica (23, 25). La mayoría de los niños/as en edad escolar temprana comienzan a emular a sus padres que son vistos como modelos, siendo probable que interioricen sus valores, actitudes y cosmovisiones, que gradualmente se convertirían en parte de su propio sistema de creencias (23, 25). Es por esto, que el comportamiento de un menor en la atención dental puede estar directamente relacionado con el nivel de miedo de los padres, por lo que se debe dar importancia a su influencia en la conducta de sus niños/as (2).

Es fundamental mencionar, el rol de la madre durante el tratamiento odontológico, ya que son las que en la mayoría de los casos acompañan a sus hijos/as a la consulta (2, 23). Estudios señalan que madres miedosas pueden transmitir emociones poco constructivas para sus hijos/as, interfiriendo negativamente en la experiencia propia del menor acerca de la situación odontológica (2). Estos pacientes infantiles, tienden



a responder con conductas difíciles o adversas en un intento de llamar la atención de sus padres (23). Por lo tanto, en muchas ocasiones, la forma en que un niño/a reacciona y se enfrenta al tratamiento dental, depende de la capacidad de los padres para responder adecuadamente al mundo emocional e interno del menor (23). Es por ello, que la permanencia del padre, madre o tutor durante el tratamiento dependerá de ciertas condiciones tales como la edad del niño/a, su nivel intelectual, necesidad de ayuda y/o de restricción física, niños/as con necesidades especiales, así como el tipo de padres (motivados, permisivos, manipuladores, ansiosos) y su grado de participación/ cooperación en la consulta (23).

## **II.VII Manifestación del MDI**

El miedo dental se puede manifestar a través de tres componentes que, si bien son distintos, interactúan entre sí, como son el componente cognitivo, fisiológico y conductual.

Los aspectos cognitivos displacenteros implican que el paciente infantil presente una interferencia en la concentración e hipervigilancia atencional, mientras que los aspectos fisiológicos están guiados a un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, lo que lleva en ocasiones a una falta de la respiración, transpiración y palpitaciones (26). Por otro lado, el componente conductual implica principalmente comportamientos evitativos, entorpecedores y poco cooperadores (1, 27) durante la atención, que pueden incluir llanto, gritos y la negativa a abrir la boca. Es más, algunos niños/as tienden a defenderse físicamente o incluso agredir con patadas en un intento de interrumpir o evitar el tratamiento dental (13). Esto toma relevancia en la identificación del miedo por parte del profesional, ya que suelen observar y percibir los problemas de comportamientos mejor que el miedo como tal, que es lo que siente el paciente (1).

Cabe destacar que para algunos niños/as la expresión del miedo puede depender de las distintas circunstancias y de los factores temperamentales. Es decir, es posible que el miedo dental no siempre se manifiesta como falta de cooperación y, viceversa, no todos los niños/as que muestran falta de cooperación tienen que tener miedo dental.

Los factores situacionales y temperamentales como la timidez o la agresividad pueden ser determinantes en la expresión del miedo del niño/a (28).

## **II.VIII Consecuencias Odontológicas del MDI**

El miedo dental está asociado a comportamientos no cooperativos durante la atención, a cancelaciones, postergaciones y menor frecuencia de visitas dentales (29), generando una barrera de acceso y por tanto, aumentando el riesgo de deterioro progresivo del estado de salud bucal, como mala higiene oral, caries, enfermedad periodontal y trastornos infecciosos (17), posibilitando la evolución de condiciones orales inicialmente simples a estados más severos, condicionando así, la necesidad de recibir un tratamiento más complejo, invasivo y potencialmente doloroso, que podría contribuir al aumento del miedo dental, el denominado “círculo vicioso” descrito por Armfield y Cols, que plantea que el miedo, el retraso en las visitas, el aumento de problemas orales y el tratamiento impulsado por los síntomas, forman una cadena vinculada que se retroalimenta en la experiencia del miedo (30). Por otro lado, también se puede ver afectado el aprendizaje, crecimiento, desarrollo, la comunicación, nutrición y calidad de vida del menor (17).

## **II.IX Rol del odontólogo/a en el MDI**

El miedo dental infantil es uno de los principales responsables de la evitación a la atención odontológica. Dejar de ir al odontólogo/a, puede provocar la aparición de enfermedades bucodentales. Es por ello, que el rol que cumple el dentista con la población infantil es fundamental, es éste quien debe comprender el miedo dental en los niños/as, entregando seguridad y apoyo en cada instante del tratamiento, a fin de detectar temores o aprensión en el niño/a y tranquilizarlo/a a través de un tono de voz adecuado, amigable y entusiasta, buscando constantemente la comunicación visual (20).

Para los odontólogos/as, es importante evaluar el afrontamiento que tiene el paciente frente a eventos adversos, factores asociados y al nivel motivacional que éste tiene para lidiar con la superación del miedo al tratamiento dental. Esto permitirá desarrollar

una relación con el paciente infantil, y de esta manera decidir las estrategias de afrontamiento y las intervenciones necesarias para aliviar al niño/a (31).

Estudios señalan que las experiencias dentales negativas vividas durante la infancia, no solo estaban centradas en el dolor y las experiencias traumáticas, sino que también en el comportamiento inadecuado del dentista, la demora o falta de atención y el maltrato recibido durante el tratamiento; mientras que los recuerdos positivos hacían referencia como tema central la actitud y conducta del profesional dental. Por lo tanto, el dentista puede contribuir directamente a evitar o minimizar el miedo dental a través del cuidado adecuado del paciente, comenzando con las primeras experiencias dentales de la niñez, previniendo la progresión del miedo dental a la edad adulta (22, 32).

## **II. PACIENTE ODONTOLÓGICO INFANTIL**

El ejercicio de la odontología reconoce el desafío que representa el manejo de la conducta en la atención de pacientes infantiles con miedo y/o ansiedad al tratamiento dental, ya que es considerado como un potencial desencadenante de conductas evitativas, aversivas, comportamientos agresivos y/o aprensivos (21) manifestados tanto en lo verbal como no verbal, corporal y gestual del paciente infantil. Por tanto, el abordaje no solo implica la realización de procedimientos preventivos y/o terapéuticos, sino que es necesario considerar las características particulares de cada paciente, así como el contexto socio-cultural familiar presente y las etapas de crecimiento y desarrollo (33) según grupo etario, valorando así la peculiaridad que caracteriza la realidad de cada uno de los niños/as. Es en base a lo antes mencionado, que resulta fundamental realizar un análisis constante de cada paciente al asistir a la consulta, desde el inicio hasta el término del tratamiento y posterior al mismo, de esta manera el diagnóstico se mantendrá conforme al comportamiento dinámico del infante (34).

Es imperante que el abordaje de la conducta de pacientes con estas características implique a todo el equipo odontológico, jugando un rol clave en la orientación del comportamiento pediátrico (21), considerando que estas reacciones emocionales generalmente son motivadas por el deseo de evitar lo que es percibido como

desagradable y/o doloroso o bien, lo que puede ser interpretado como una amenaza para su bienestar (35).

El equipo profesional debe considerar las estrategias de manejo, frente al miedo dental, que puedan aplicar; un sinnúmero de variables que determinan el sentir y actuar del infante, es por ello que el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas de situaciones específicas (35), sino que implica un trabajo constante que impida su persistencia en la adolescencia y edad adulta, volviéndose más estable que en la infancia, así como la disminución de la necesidad de tratamientos invasivos por complicaciones de patologías inicialmente más simples que resulten de la evitación a la atención, el cual trae consigo consecuencias negativas sobre su salud bucal y psicológica (36).

### **III.I Relación entre la Conducta y Etapas de Desarrollo.**

En la actualidad, el miedo a la atención odontológica es reconocido como un agente desencadenante de comportamientos y/o conductas no cooperativas determinadas por factores tales como la edad, el sexo, características sociodemográficas, contexto cultural - familiar y el nivel de discernimiento o madurez emocional del menor en edad preescolar hasta la pubertad, que interfieren con el tratamiento habitual (34).

La influencia de la edad en esta carga emocional expresada al momento de la atención está explicada, en parte, por el grado de inmadurez del desarrollo cognitivo, es así que niños/as más pequeños manifiestan mayores niveles de miedo y/o ansiedad en comparación a aquellos/as de mayor edad (18).

Se entiende por desarrollo cognitivo al “conjunto de transformaciones que se producen en las características y capacidades del pensamiento en el transcurso de la vida, especialmente durante el período del desarrollo, y por el cual aumentan los conocimientos y habilidades para percibir, pensar, comprender y manejarse en la realidad” (37).

Jean Piaget fue uno de los precursores de la teoría que describe el desarrollo cognitivo exponiendo cómo se desarrolla el ser humano a partir de la madurez mental

que se ve influida por la edad y los estímulos del ambiente o el contexto en que se desarrolla (38). Dicha teoría permite entender que los niños/as no son individuos pasivos moldeados por el ambiente, sino que tratan de interpretar su entorno a diferentes edades basados en su propia lógica que progresa en el tiempo, construyendo así conocimiento de manera activa, vale decir interactuando con el medio.

En el estudio titulado “Inteligencias Múltiples en el trabajo docente y su relación con la Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget” de Zaira Ramírez, se describen las cuatro etapas para explicar el desarrollo cognitivo propuestas por Piaget (2) como exponente del constructivismo, lo que nos ayudaría a entender el comportamiento de los niños/as frente a ciertas situaciones percibidas como amenazantes durante la atención dental. Es importante destacar que si bien, estas etapas guardan relación con ciertos rangos etarios, la duración de cada una de estas presentan una amplia variabilidad tanto individual como cultural.

La Etapa **Sensoriomotora** “*El niño/a Activo*” | Del nacimiento a los 2 años, está caracterizada por el desarrollo de los reflejos innatos y el pensamiento orientado a los medios y fines, que orientan el descubrimiento de los procesamientos mentales. Además se adquiere la capacidad de representar el mundo externo por medio de símbolos.

Por otro lado, la etapa **Preoperacional** “*El niño/a Intuitivo*” | De los 2 a los 7 años, se destaca por la solución intuitiva de los problemas, inteligencia o razonamiento. Uso del lenguaje y dibujo como función simbólica representativa, como por ejemplo, la atribución de vida y características subjetivas a objetos inanimados.

En la etapa de las **Operaciones Concretas** “*El niño/a Práctico*” | De los 7 a los 11 años, se refiere el empleo de operaciones lógicas de seriación, clasificación y de conservación, destacando el pensamiento lógico concreto más que simbólico. Construcción moral personal asociada a la percepción de fenómenos del mundo real.

Finalmente, en la etapa de las **Operaciones Formales** “*El niño/a Reflexivo*” | De los 11 a 12 años y en adelante, se destaca el desarrollo de sistemas de aprendizaje

complejos basados en el conocimiento y razonamiento científico, donde el pensamiento se vuelve reversible, interno y organizado.

Teniendo en cuenta esto último, es que podemos inferir que niños/as pertenecientes periodo preoperacional, suelen no tener la capacidad de hacer frente a los procedimientos dentales, por lo tanto podrían ser más propensos a la adquisición de miedos y problemas de manejo de conducta durante la visita al dentista (39). Diversos estudios confirman lo expuesto anteriormente; estos señalan que en etapas precoces, el miedo y los manejos de comportamiento se suelen desarrollar en mayor medida, no obstante estos tienden a reducir su avance cuando aumenta la edad, se relata que un 86,4% de niños/as en edad preescolar presenta miedo dental a diferencia de un 13,6% en edad escolar (40). Lo antes expuesto se fundamenta en que el pensamiento lógico de los menores se desarrolla en cuanto maduran, manifestando habilidades cognitivas, emocionales e interpersonales más desarrolladas, siendo capaces de afrontar de manera más exitosa el tratamiento dental basado en conductas más apropiadas con mayor colaboración y menos miedo (41).

Cada una de estas etapas avanza en complejidad y supone un conocimiento cualitativamente diferente a la anterior que involucran cambios en la capacidad del niño/a para razonar sobre su mundo. Según Piaget, se generan transformaciones radicales de cómo el infante organiza el conocimiento y a medida que avanza de una etapa a otra, no retrocede a una forma previa de razonamiento ni funcionamiento (37). Este proceso sigue una secuencia invariable, vale decir que cada individuo transita por cada etapa descrita en el mismo orden y no puede prescindir de ninguna.

De manera controversial, estudios describen que son los factores medioambientales en lugar de los biológicos (edad y sexo), aquellos que cumplen un rol más determinante en el desarrollo psicológico y por tanto, en la expresión del miedo y/o ansiedad dental. De esta forma, se debe entender que si bien cada niño/a al momento de la atención transita por alguna de las etapas descritas, la conducta no es posible de generalizar teniendo en consideración que existen múltiples otros factores que operan en la determinación de la personalidad y que por tanto, modulan su conducta.

## IV. ABORDAJE ODONTOLÓGICO DEL MDI

### IV.I La Práctica como Concepto

Según Shove *et al.* el concepto de práctica se entiende como formas de hacer y/o decir que surgen de la interrelación espacio temporal de 3 elementos: competencias, sentido y materialidades vinculadas en la ejecución de un conjunto de actividades determinadas cuando coexisten activamente (42).

Las *competencias*, hacen referencia al conjunto de saberes prácticos y habilidades que posibilitan la ejecución de una práctica, las que pueden estar formalizadas en manuales, procedimientos o reglas. Por lo tanto, incluyen habilidades, conocimientos y técnicas (saber, saber/hacer y saber ético). Por otro lado, el *sentido* como elemento constitutivo de una práctica, guarda relación con los significados, creencias, emociones y valoraciones simbólicas o culturales asociados por quienes ejecutan una práctica, las que pueden corresponder a un colectivo definiendo convenciones o estándares. Por último, la totalidad de los *recursos*, herramientas, así como la infraestructura que forma parte integral de la práctica, constituyen las materialidades (42).

Según Howenstein y cols. “...*el éxito de la práctica odontológica pediátrica depende no solo de las habilidades técnicas del dentista...*” (43), es por esto que dentro del manejo del miedo dental infantil, el/la odontólogo/a puede adoptar y desarrollar modelos conceptuales y operativos adaptados individualmente para guiar el comportamiento del paciente pediátrico, considerando que en esta relación triangular odontólogo/a-niño/a-tutor/a no existen formas de abordaje pre establecidas que aseguren la obtención de resultados satisfactorios en el tratamiento (44). Es por esto, que se destaca la especial influencia que cumple el grado de experiencia y empatía del profesional, el conocimiento respecto al contexto biopsicosocial del paciente junto al análisis de experiencias previas de este que promuevan y proporcionen una atención de calidad basada en la confianza y seguridad.

## IV.II Prácticas de Manejo Conductual

La Academia Americana de Odontopediatría o “AAPD” según sus siglas en inglés, categoriza las tecnologías disponibles en básicas, avanzadas y de modificación de comportamiento, las cuales buscan mantener la comunicación entre profesional y paciente, o bien, eliminar el comportamiento percibido como inapropiado (45).

Según su rango de implementación las **técnicas básicas** destacan por su facilidad al momento de aplicarlas, las que incluyen; *la comunicación, decir-mostrar y hacer, control de voz, refuerzo positivo, distracción y aplicación de óxido nitroso.*

La *comunicación y abordaje lingüístico*, representan la base de las relaciones interpersonales, permite establecer y mantener vínculos que fortalezcan la relación odontólogo/a-paciente, y a su vez, brindan la confianza necesaria para desarrollar el tratamiento, en la medida que complementa los procedimientos clínicos y potencia una actitud positiva del paciente frente a la experiencia odontológica (34). El profesional debe instaurar un lenguaje verbal apropiado y acorde al nivel de comprensión del niño/a, que considere la claridad, consistencia y por sobre todo la creatividad. La comunicación es el eje de la consulta, es en base a ella que se logrará la integración y coordinación de todas las acciones que se buscan realizar con la previa aprobación del infante (46). Por otro lado, la *comunicación no verbal* o *figuras paralingüísticas*, también contribuyen a la dinámica comunicacional, así es como el *control de la voz* busca mediante la alteración controlada del volumen, tono y ritmo, enfatizar aquello que se quiere transmitir, o bien, recuperar la comunicación verbal perdida producto de una conducta no colaboradora, intención que debe ser reforzada por la expresión facial y postural (47) ya sea para ganar y/o mantener la atención y colaboración del paciente.

Considerando que la comunicación entre el niño/a y el/la profesional es vital en la evolución del tratamiento, se destaca la técnica de *“decir-mostrar y hacer”* como una práctica específica de manejo comunicativo, que busca mediante la *explicación verbal*



*clara* de los procedimientos de acuerdo al desarrollo del paciente (decir), la *demonstración* de estos a través de recursos visuales, auditivos, olfativos y táctiles (mostrar) y la *ejecución* del procedimiento tal como se ha explicado y demostrado previamente (hacer), familiarizar al paciente con el entorno odontológico y modelar su conducta a través de la desensibilización (44), reduciendo el estrés asociado a la exposición de estímulos en un medio distinto como el odontológico (47).

La conducta del ser humano tiende hacia el principio de la aprobación, es por ello que su mantención o repetición puede ser potenciada mediante el uso del *refuerzo positivo* como recurso. Esta técnica básica, también es considerada dentro de las más eficaces en la modificación de la conducta del paciente, ya sea a través de reforzadores materiales y tangibles (premios, sellos o stickers) o sociales verbales (elogios o felicitaciones) y no verbales (demostración física o gesto afectuoso), es que se busca recompensar en el mismo instante el comportamiento deseado y así, fortalecer la repetición de este (44).

Paralelamente, cuando se busca reducir la posibilidad de percibir un procedimiento dental como desagradable y por tanto, como un potencial desencadenante de miedo dental, *distraer o desviar la atención* y naturalmente transferirla a un juego, a la proyección de un video o bien, a la misma conversación, resulta ser una técnica eficaz en la evitación de conductas negativas o de rechazo aumentando la tolerancia del paciente a la atención (47).

*La Sedación Inhalatoria con Óxido Nitroso*, es descrita como una técnica segura y eficaz en aquellos casos donde los pacientes son incapaces de responder de manera exitosa a técnicas básicas de orientación del comportamiento, ya sea por los niveles de miedo/ansiedad dental presentes o por el grado de invasividad del tratamiento requerido. La acción de esta técnica resulta ser rápida y completa, con efectos de analgesia y amnesia reversibles, posibilitando la atención de manera exitosa, logrando controlar el miedo y/o ansiedad, minimizando el trauma odontológico (44).

Por otro lado, las **Técnicas Avanzadas**, son implementadas por profesionales especializados cuando las técnicas básicas de adaptación o de modificación del

comportamiento no muestran resultados, con la intención de potenciar y favorecer la comunicación, cooperación y ejecución de tratamientos (44). Dentro de estas encontramos la Anestesia General y la *Restricción Física*.

Por su parte, la *Restricción Física* actualmente conocida como *Estabilización Protectora* o *Contención*, resulta bastante controversial, ya que implica la limitación de la libertad de movimiento del paciente con o sin su consentimiento, con el objetivo de disminuir el riesgo de accidentes intraoperatorios, permitiendo la ejecución y finalización segura del tratamiento (44). Además, la estabilización parcial o total del paciente puede involucrar al dentista, personal auxiliar o a los padres con o sin el uso de un dispositivo restrictivo (47), evidenciando su potencial como experiencia traumática que favorezca la percepción de miedo asociada a la atención odontológica, debido a la naturaleza aversiva de esta técnica. Es por esto, que siempre se deben valorar los beneficios y perjuicios de su uso, considerando la necesidad de tratamiento del paciente, su desarrollo emocional junto al efecto en la calidad del tratamiento odontológico.

La capacidad de guiar la experiencia odontológica del paciente pediátrico a la vez que se logra dar respuesta a sus necesidades, fundamenta la práctica profesional en niños/as, hacia quienes se han desarrollado múltiples técnicas que buscan la modificación de su conducta basadas en los principios de la teoría del aprendizaje, cuya implementación no solo se limita al tiempo durante la consulta, sino que la aplicación de estrategias en la fase preoperatoria facilitarían la introducción posterior a la atención. Entre las técnicas recomendadas por la Academia Americana de Odontología Pediátrica se encuentran la *Desensibilización Sistemática* y la *Imitación* o *Modelaje* (47).

Cuando la práctica centra su atención en la transformación de la percepción irreal de la experiencia dental, induciendo estímulos placenteros y de relajación mediante la comunicación en busca de un pensamiento más bien lógico, real y positivo, hablamos de *Desensibilización Sistemática* (35). Esta técnica pretende condicionar una respuesta deseable denominada conducta blanco y evitar el miedo al estímulo ambiental mediante la exposición progresiva a estos, es decir, iniciar el tratamiento

con procedimientos sencillos que aseguren un entorno pacífico opuesto al miedo que suele asociarse con la atención dental, hasta que el paciente logre la confianza y adaptación suficiente para continuar jerárquicamente con aquellos procedimientos de mayor complejidad considerados como amenazantes o potenciales inductores de miedo (47).

El Modelamiento como práctica, se basa en la capacidad del niño/a de adquirir y aprender patrones de conducta mediante la observación e imitación de un comportamiento deseable, exhibido por un modelo competente vivo (hermano, otros niños/as o padres) o simbólico -recurso audiovisual-, recompensando al paciente inmediatamente después cada intento correcto en que la conducta se aproxime a lo esperado (35). Se espera que el método de modificación implementado en el pre o intraoperatorio module positivamente la conducta del paciente pediátrico.

Finalmente, destacar que el comportamiento del niño/a en la atención puede ser estrictamente influenciado por la presencia/ausencia materna, y por ello ha sido reconocida como una práctica útil en el logro de cooperación durante el tratamiento. Sin embargo, resulta importante reconocer la representación simbólica de la figura materna así como lograr identificar si esta contribuye realmente a la orientación en el establecimiento de límites y disciplina necesarios para enfrentar la experiencia dental, de lo contrario la presencia de padres incapaces de entregar un apoyo afectivo certero, puede transformarse en un factor que dificulta aún más el proceso, favoreciendo el rechazo a la atención e imposibilitando lograr una experiencia dental positiva (44).

## **V. ATENCIÓN DENTAL INSTITUCIONALIZADA**

### **V.I Atención Primaria en Salud (APS)**

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la

prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas (48).

## **V.II Salud bucodental**

La salud bucodental comprende un estado de completa normalidad anatómica y funcional de la cavidad bucal, así como de las estructuras vecinas que forman parte del complejo maxilofacial. No solo influye en el bienestar físico, sino que también afecta otras dimensiones importantes para las personas como la autoestima, la comunicación y las relaciones sociales.

La salud bucal es una prioridad en el país, siendo reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades. Actualmente en Chile, existen políticas y programas de salud bucal que han contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas mediante estrategias sectoriales, intersectoriales y participativas para la promoción de la salud, prevención de enfermedades bucales y tratamiento odontológico, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario. Estas iniciativas son orientadas desde el Ministerio de Salud (MINSAL) y principalmente, permiten mejorar las posibilidades de acceso a la atención odontológica en los grupos más vulnerables y con alto daño en el perfil epidemiológico poblacional (49).

Las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y son un importante problema de Salud Pública por su alta prevalencia, impacto en los individuos y en la sociedad, y el costo de su tratamiento. Las patologías bucales más prevalentes en el mundo, así como en nuestro país, son la caries dental, las enfermedades gingivales, periodontales y las anomalías dentomaxilares. Éstas se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad (50). Por este motivo, es de gran importancia comenzar con los cuidados de salud bucal en las etapas tempranas de la vida.

### **V.III Salud oral infantil en Chile**

La caries es la enfermedad crónica más prevalente en niños/as y constituye un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, su impacto negativo en la calidad de vida y el alto costo de su tratamiento. Según la OMS la caries logra afectar entre el 60 % y 90 % de la población escolar (51). Es por esto, que la política de Salud Bucal de Chile desde el año 2000 ha priorizado a los menores de 20 años tanto en los Objetivos Sanitarios 2000-2010 como en la Estrategia Nacional de Salud 2011- 2020, utilizando el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud y las Metas Sanitarias para direccionar la atención del sector público (52).

El hecho de mantener la dentición temporal sana disminuye el riesgo de anomalías dento-maxilares, patologías de difícil resolución, alto costo y altamente demandadas por la población una vez instaladas. Para ello, es necesario instruir y educar en salud bucal, especialmente en los hábitos fisiológicos favorables y reforzar periódicamente los conocimientos entregados, capacitando al odontólogo/a general y al equipo de salud para realizar acciones de protección, destinando horas odontológicas para realizar dichas acciones, e incorporando a los niños, niñas, padres y/o apoderados, profesores y equipo de salud a programas de promoción y autocuidado. De esta manera se logrará, en el mediano y largo plazo, tener una población adulta con mejor salud oral y calidad de vida (1).

### **V.IV Norma para el control de la Ansiedad en la Atención Odontológica (17)**

En Chile, la Subsecretaría de Salud Pública en el año 2021 publicó una versión actualizada de la “Norma para el control de la Ansiedad en la Atención Odontológica” del año 2005, con conocimientos y herramientas nuevas que brindan al equipo de salud estrategias para el manejo de la ansiedad en la atención clínica de niños/as, adolescentes y adultos. Este documento está dirigido a profesionales del área de la salud del sector público de primer y segundo nivel de atención y en él se exponen y describen técnicas no farmacológicas como aquellas modificadoras de la conducta, basadas en habilidades comunicacionales, terapias complementarias y/o alternativas, entre otras, por otra parte las técnicas farmacológicas, donde se destaca el uso de

sedación siendo parte de ella el óxido nitroso y anestesia general. Sin embargo, esta norma si bien realiza la diferenciación entre ansiedad, miedo y fobia sólo se desarrolla en términos de ansiedad y no de miedo dental propiamente tal. Junto a lo antes expuesto, se otorgan normas técnicas u orientaciones para el abordaje de pacientes de forma general, no existe una pauta ni protocolo específico, o un instrumento estandarizado para el abordaje de un paciente con miedo dental especificando su identificación, caracterización y la estrategia adecuada dependiendo de la manifestación del mismo al momento de la atención. A pesar de la gran cantidad de información predispuesta en esta norma, la temáticas con más énfasis son las consideradas como último recurso o “técnicas avanzadas”, como las clasifica la Asociación Americana de Odontopediatría, refiriéndose al uso de sedación, siendo meramente abarcadas las estrategias de abordaje psicológico/conductual que por precepto son clasificadas como “técnicas primarias” o de primera instancia al momento de la atención dental de un paciente pediátrico con necesidad de manejo.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil que utilizan los odontólogos/as de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso, Chile?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Conocer las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil que utilizan los odontólogos/as de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso Chile, 2021-2022.

### **Objetivos específicos:**

1. Describir las prácticas de identificación del miedo dental infantil de odontólogos/as de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso Chile, 2021-2022.
2. Describir las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil que conocen los odontólogos/as de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso Chile, 2021-2022.
3. Describir las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil que aplican los odontólogos/as de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso Chile, 2021-2022.
4. Organizar las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil que utilizan los odontólogos/as de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso Chile, 2021-2022.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El objeto de estudio de esta investigación, son las prácticas de abordaje odontológicas para el miedo dental infantil. Para esto se empleó una metodología cualitativa constructivista, en base al diseño de estudio “Teoría Fundamentada” en la versión de Kathy Charmaz (2013), que permitió el desarrollo de teorías basadas en las acciones y significaciones obtenidas directamente desde los participantes, para al mismo tiempo, lograr explicar el fenómeno mediante representaciones interpretativas de la realidad social (53), en la que la experiencia subjetiva del investigador y las condiciones sociales propias del objeto de estudio son relevantes (54), esto gracias al carácter sensible y flexible como metodología de investigación que justifica su pertinencia en el presente estudio. La teoría fundamentada gracias a su enfoque exploratorio y rigor como diseño cualitativo (55), aportó conocimientos exhaustivos respecto de una realidad específica. Considerando, que el objeto de estudio es un campo poco explorado del que hay escasa información y se desconocía a priori la realidad de estudio, este enfoque permitió levantar una propuesta conceptual potente acerca de las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil utilizada por los profesionales.

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, que resguardó los aspectos metodológicos y bioéticos, bajo el código PREG-05-21.

La población de estudio fueron Odontólogos y Odontólogas pertenecientes a los Centros de Salud Familiar (CESFAM) Marcos Maldonado y Nueva Aurora pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar (CMVM) y los CESFAM Placilla, Quebrada Verde, Algarrobo y Padre Damián de Molokai pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL).

Para el reclutamiento de los participantes, se tomó contacto directo con los odontólogos/as de los establecimientos de APS pertenecientes a dichas corporaciones, invitándolos a participar de forma voluntaria, seleccionándolos de manera intencionada y por conveniencia, considerando los criterios de inclusión



(odontólogos/as) que estuvieran trabajando en APS, que atendieran pacientes infantiles y que estuvieran dispuestos a participar) y de exclusión (odontólogos/as) con licencia médica y/o permisos al momento de la investigación).

Para la recolección de datos previa autorización mediante consentimiento informado (ver anexo 1), se realizaron siete entrevistas semiestructuradas (ver anexo 2) a los odontólogos/as seleccionados y un grupo focal con la participación de 4 profesionales pertenecientes a la CMVM. Ambos se realizaron vía remota (telefónica y plataformas Meet/Zoom, dependiendo de la preferencia del participante) con una duración de 60 minutos aproximadamente cada uno y grabados previa autorización. A cada transcripción realizada por el equipo investigador en Microsoft Word, fue asignado un código de identificación, para el posterior análisis.

La participación en una única entrevista individual semiestructurada inicial de carácter flexible, fue llevada a cabo por todo el equipo investigador y presidida por sólo uno de ellos. El número final de entrevistas se determinó en función del análisis simultáneo de los datos y la codificación de la información obtenida, buscando lograr la saturación teórica en base al propósito teórico y la relevancia del estudio.

Para el grupo focal, se empleó la dinámica pregunta-respuesta, considerando las preguntas más relevantes y significativas de la entrevista, en el que tres de las investigadoras actuaron como moderadoras, guiando la discusión hacia los objetivos y garantizando la interacción entre los asistentes, mientras otras dos investigadoras tomaron el rol de observadoras, quienes recolectaron y transcribieron la información relevante para luego exponerla a los participantes al finalizar el encuentro, permitiendo verificar los datos obtenidos y resguardando la credibilidad de la información.

La saturación teórica de los datos, propia del diseño de estudio seleccionado se logró mediante el proceso sistemático de recogida y análisis constante de la información hasta que los conceptos implicados en cada relato no aportaran nuevos datos relevantes que permitieran explicar las categorías existentes, o bien, generara nuevas. Esto determinó el fin del muestreo teórico y permitió la posterior construcción de la teoría sustantiva.

La base del análisis de los datos correspondió al método de “análisis comparativo constante”, estructurando por cada pregunta y respuesta, las siguientes 3 fases: *Codificación Abierta, Axial y Codificación Selectiva*, realizado en Microsoft Excel y compartido entre las investigadoras.

En la codificación abierta se organizaron los datos y se generaron códigos libres que surgieron de los propuestos por las investigadoras a partir de lo explicado (pre-codificación) y de aquellos extraídos directo de las frases de los participantes (in vivo). En la codificación axial se buscaron relaciones o diferencias entre los códigos ya establecidos y se redujeron en categorías, las que se compararon con nuevos datos para identificar las más significativas, para así volver a reducirlas y organizarlas. Por último, en la codificación selectiva, que es básicamente la teorización, se obtuvo un conjunto de categorías que se asociaron en una unidad conceptual denominada categoría central, que por sí sola es capaz de explicar la forma en que se comporta el fenómeno estudiado. Una vez originada la teoría, se comparó con la información existente en la literatura y fue discutida con un experto en el tema.

Considerando que el investigador cualitativo no es neutral, para asegurar la validez y confiabilidad de la información obtenida, metodológicamente se utilizó como recurso el análisis y contraste continuo tanto de técnicas como de los mismos datos, a través de la triangulación metódica entre las investigadoras y de la información recogida, así como la devolución de las interpretaciones al campo. Todo esto llevado a cabo por el equipo investigador, entre ellas una experta en metodología e interpretación de categorías, que permitió ampliar la perspectiva del fenómeno, el desarrollo de nuevos planteamientos y el enriquecimiento de la investigación. Esto fue lo que aseguró que la teoría emergente estuviera fundamentada en los datos y no en ideas preconcebidas o teorías ya existentes.

Metodológicamente, el segundo objetivo buscaba describir las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil que conocían los odontólogos/as, sin embargo, en la práctica la respuesta de los participantes se orientaba a aquellas que aplicaban, respondiendo al tercer objetivo, es en base a esto, que se decidió fusionar ambos objetivos para desarrollar el análisis de los resultados.

Para dar respuesta al cuarto objetivo, se realizó un análisis sistemático mediante la estructuración de una tabla comparativa centrada en la búsqueda de correspondencia entre la forma de identificación y la práctica de abordaje implementada para el miedo dental infantil por parte de los profesionales.

## RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales resultados extraídos del estudio que nos convoca, teniendo presente, que la investigación se centró en conocer las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil que utilizan los odontólogos/as de Atención Primaria en Salud.

La información analizada provino de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a Profesionales de la Odontología con una experiencia promedio de 12 años (3-21 años) en APS, distribuidos en 5 mujeres y 2 hombres, con edades entre 29 y 53 años. En el grupo focal participaron 4 odontólogos (2 mujeres y 2 hombres), con edades entre 29 y 34 años y con una experiencia promedio de 7 años (5-9 años) en APS.

Se dará respuesta a los objetivos específicos de la investigación, que se orientan a la descripción de las prácticas de identificación y de abordaje aplicadas respecto de niños/as con miedo dental infantil. En mira a ello, fue posible sintetizar en una categoría central de la cual emanan cuatro ejes categoriales sustantivos de los relatos revisados.

Código articulador de los relatos: **“Miedo dental infantil, una percepción profesional sin protocolo”**, que da cuenta de que las formas de abordarlo tienen que ver con el interés, preparación y dinámica de los equipos dentales tratantes, como rezan estos relatos:

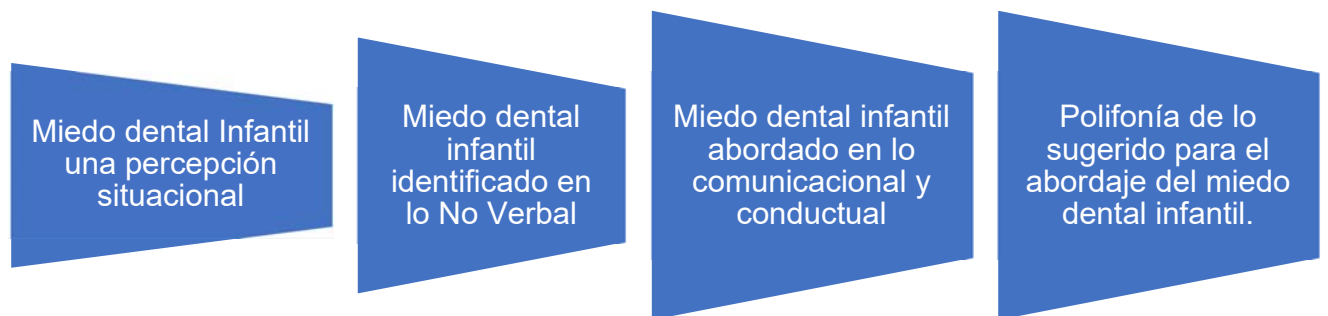
*“...Con el resto del equipo dental no conversamos sobre casos clínicos, nada, las reuniones de dental básicamente son administrativas sobre rendimientos, metas, cosas como muy concretas y objetivas, no hay como una comunicación de casos clínicos...” (E7MVPD)*

*“...Son más conversaciones de pasillo, una que otra reunión de estamento a veces se discuten estos temas, pero la mayoría de las veces conversación de pasillo, de “oye sabes que me tocó atender a x, no se dejó atender y yo vi que tú la atendiste la vez anterior, cómo lo hiciste o la sigues atendiendo tú”...la mayoría de las veces lo conversamos a la hora de algún café o a la salida o durante el trabajo, como les digo,*

*tampoco es que tengamos reuniones orientadas a tratar esos temas en particular”.*  
(E4MVQV)

Los códigos selectivos que se desprenden del código central serán expuestos en lo particular en la figura 1:

**Figura 1:** Códigos selectivos



Códigos selectivos obtenidos en el proceso investigativo, a partir de la codificación libre desprendida de los relatos.

A partir de estos códigos articuladores, fue posible identificar las siguientes categorías y dimensiones que estructuran el relato de los entrevistados.

### **I. MIEDO DENTAL INFANTIL UNA PERCEPCIÓN SITUACIONAL**

Según los/as informantes el MDI es una práctica discursiva que se hace cargo de las dimensiones emergentes de la situación de atención expresada en lo que el o la profesional percibe en ese momento, básicamente, en las expresiones no verbales del niño/a para luego ajustar esa percepción a las definiciones del MDI que sustentan, por lo que en sus discursos demuestran una potente flexibilidad, de tal forma que categorialmente se desprende que:

- a) El MDI es una **percepción de sensación de desagrado transmitido por el niño o niña**, ya sea por una actitud, gesto y/o palabra, como se da cuenta en los siguientes relatos:

*"...Para mí el miedo dental infantil es una sensación desagradable que el niño transmite al entorno, ya sea por alguna actitud, algún gesto o de manera verbal que puede ser no necesariamente muy definido, o sea no necesariamente te va a decir "tengo miedo", pero es esa actitud digamos o la transmisión de una sensación desagradable que se está efectuando puntualmente, o sea uno puede decir "esto es asociado a la atención odontológica" y no a otra instancia..." (E4MVQV).*

*"...El miedo para mí es como más que todo rechazo del niño, un rechazo ante algo nuevo o ante una experiencia que la vinculan a algo que ellos encontraron como invasivo, que lo sacó de su área de comodidad..." (E6HVPD)*

**b)** Por otro lado, las **causas atribuidas al miedo dental infantil** se despliegan en las siguientes:

**- Trauma odontológico previo:** *"...tienen miedo porque toman como experiencia lo que han vivido con otros profesionales que usan bata o tenidas clínicas, por ejemplo el médico que lo ha inyectado y esas cosas, entonces lo asocian al dentista. Y otros, que ya han pasado la experiencia y que por una mala experiencia que ellos conocieron como invasivo, como que tienden a desarrollar este miedo..." (E6HVPD)*

**- Conductas aprendidas en el entorno familiar:** *"...algún tipo de trauma en la primera atención dental o algún tipo de conducta que es aprendida también, puede ser aprendida, desde las familias, generalmente viene este miedo desde las familias... porque de ahí se va forjando el miedo y por eso es importante conocer a los padres y preguntarles por las atenciones previas..." (E1MVP).*

*"...a veces se tiene miedo a lo desconocido o a veces también ese miedo es originado por terceros, no es poco frecuente que los cuidadores, papás o acompañantes, traen al niño al dentista por primera vez y les dicen "abren la boca, si no la tía te va a sacar todos los dientes" (E7MVPD).*

Los profesionales que participaron en el grupo focal, también hicieron referencia a las causas anteriormente mencionadas. *"...el miedo transmitido por la experiencia de otras personas, eso pasa mucho, o la experiencia que le tiraron el diente para*

*sacárselo cuando estaba suelto, como ese tipo de experiencias escuchadas o personales en el fondo, son una carga importante que influye mucho en la atención, que hace que uno tenga que dedicarle más energía al explicar lo que se va a hacer, asegurarse de que lo entiendan, que hay un propósito en el fondo...* (GF1MVMMM).

Además, este grupo focal, hace referencia al **miedo dental como una “construcción social”**, que genera un círculo vicioso, aportando una nueva etiología anteriormente no dimensionada “...*Hay un constructo social sobre el miedo al dentista que es un círculo vicioso, que una de las técnicas que yo busco en la primera instancia con el apoderado es derribar el constructo y educar, porque este constructo social del miedo al dentista creo que es una causa muy importante del miedo que existe hoy día ante la atención odontológica*”. (GF4HVMNA)

c) Y también, exponen **condicionantes personales** atribuidas al miedo dental infantil:

- **Edad:** “...*depende de la edad de los niños, porque cuando son chiquititos quieren estar con la mamá...*” (E3MVP).
- **Personalidad:** “...o simplemente por la personalidad del niño al no saber qué es lo que se puede esperar de la atención...” (E7MVDP)

## II. MIEDO DENTAL INFANTIL IDENTIFICADO EN LO NO VERBAL

a) Primeramente, tanto los participantes de las entrevistas individuales y del grupo focal hacen referencia a la **percepción del lenguaje no verbal** manifestado por el niño/a al ingresar al box dental, expresado en lo muscular, posicional y gestual, además de esconderse tras la figura de seguridad como es la madre, como se expone en los relatos siguientes:

*“...el lenguaje no verbal, eso es muy relevante, la posición que tienen con los pies en el sillón, como más muscularmente hablando así más apretaditos...a veces lloran...”*(E2HVP)

“...miran como de reojo, con desconfianza, y ahí uno puede notar que, si bien no es miedo, no es un espacio que les sea cómodo, por tanto, las primeras señales son visuales...” (E4MVQV)

“...yo me doy cuenta que el niño tiene miedo por su expresión facial, su expresión corporal, porque busca resguardo en el adulto, porque no tiene un contacto visual conmigo o porque puede ser que se expresa de una forma que se visualiza el miedo, que puede ser un llanto o un puchero...” (GF4HVMNA)

“La forma de percibir todo esto es más física del paciente, cabeza gacha, en la falda de la madre, ya que es generalmente quien acompaña, sin contacto visual, no es muy verbal en el fondo el percatarse de que existe miedo, entonces generalmente uno se da cuenta por esto de estar con los ojos hacia el suelo, esconderse detrás de la mamá, abrazarle la pierna y ese tipo de cosas...” (GF2HVMMM)

b) Seguidamente, dan cuenta de la **observación de comportamientos disruptivos en la atención dental**, como son:

- **Evitación y/o negación de la atención:** “...tienden a rechazar al tiro con palabras, así como “no quiero” “no me quiero atender.. muestran ese rechazo, no quiere sentarse, no quiere cooperar, una vez que se sienta no quiere abrir la boca...” (E6HVDP)

“En el fondo todo es un poco de rechazo en ese minuto y también a veces ocurre en el momento cuando se tiene que separar de la mamá, como “ya ahora nos vamos a sentar acá” ahí de repente uno nota que les cambia la carita, que hay un tipo de resistencia en ese momento también.” (GF1MVMMM)

- **Uso de juguete de transición:** “...podría ser por actitudes corporales, venir aferrado a cierto objeto, peluche...” (E7MVDP)
- **Expresión de comportamientos desafiantes:** “...como en específico como puedo identificarlo, un niño se demuestra, algunos agresivos, agresividad...”(E1MVP).



c) Del mismo modo, formular un **ciclo de atención** dentro del cual puede presentarse el miedo dental infantil: "...sería la conducta del niño al momento de sentarse en el sillón y durante la atención porque puede ser que el niño haya llegado super bien, pero algo lo alertó o asustó durante la atención y puede haber un cambio de actitud importante durante la atención..." (E4MVQV)

- **Ingreso al box:** "Al Momento que ingresa al box, ...(luego que) la asistente dental sale a buscar al paciente. Cuando el paciente entra al box, uno lo observa y puede ver si vienen o no con un poco de ansiedad, pero la primera señal es visual..." (E4MVQV)

- **Interacción con el paciente:** "... después cómo interactúa el niño contigo..." (E4MVQV)

- **Ubicarse en el sillón dental:** "... y después como un paso 3 digamos, sería la conducta del niño al momento de sentarse en el sillón..." (E4MVQV)

"...de repente también llegan haciendo todo lo contrario, hablando mucho, hablando hablando y hablando y después se sientan en el box y les da susto todo, hasta que llegan al sillón está todo perfecto y hablan mucho y cuando uno los va a revisar por ejemplo, es en ese momento cuando frenan totalmente esta verborrea, ansiedad y alegría y transmitir todo y se van para adentro y ahí ya no quieren el eyector..." (GF1MVMMM)

- **Durante la atención odontológica:** "...y durante la atención porque puede ser que el niño haya llegado super bien, pero algo lo alertó o asustó durante la atención y puede haber un cambio de actitud importante durante la atención..." (E4MVQV)

d) Exponen los entrevistados, asimismo, la detección de las **experiencias de dolor previas con profesionales de la salud:** "...qué tal ha sido esa experiencia, porque a veces vienen y no ha sido la mejor, o son pacientes que han pasado por el Kine, lejos los pacientes que han tenido atenciones por problemas obstructivos respiratorios y que han pasado por Kinesiólogo(a) vienen con cierto temor, porque piensan que todos los que estamos con uniforme clínico hacemos lo mismo..." (E4MVQV)

e) También destacan, **la influencia de la familia o cuidador/a previa y durante la atención dental:** "...Hay veces que el niño se relaja cuando sabe que el papá o la mamá va a estar con él cerca, y ahí uno puede notar también que la situación va a andar mejor..." (E4MVQV)

"...en algunos casos que la mamá dice previamente a la atención "oy, le tiene terror al dentista" y uno va preparado..." (E3MVP)

"...Yo creo que los padres marcan para mí todo, que una crianza sea permisiva o autoritaria va modelando ciertos patrones de conducta a los niños, que el niño sea o más violento o más introvertido, entonces obviamente si un papá le dice al niño "portate bien o si no te voy a llevar al dentista", todo eso va marcando y no sólo en el área dental... yo creo que son muy muy importantes en cómo el niño enfrenta la consulta, en cómo el niño se presenta, como lo vive, también perciben si los papás tienen miedo" (GF3MVMMM)

f) Las formas de registros de este miedo MDI identificado, incorpora **Ficha Clínica soporte del registro del MDI voluntario y desprotocolizado:**

"...Nuestro sistema de registro, es la ficha clínica digital a través de la plataforma Avis, nosotros como estamento dental tenemos un protocolo que se refiere a los registros mínimos necesarios que se deben registrar en la ficha clínica ... sin embargo, en ese protocolo no está considerado el registro de esta característica, llámase miedo/ansiedad dental de estos pacientes, por lo tanto eso queda a criterio de cada uno de los odontólogos, si es que lo registra o no en la ficha..." (E2HVP)

"...Un registro en particular o que exista una caracterización en relación al miedo dental definido, no, y tiene que ser un caso super llamativo por así decir, como para dejar un registro así en la ficha..." (E4MVQV)

Por otro lado, los odontólogos/as que participaron en el grupo focal aportaron los siguientes hallazgos:

a) Exponen la **percepción de una barrera comunicacional entre paciente y profesional**. *“...El niño entra y yo me considero muy sensible, entonces uno siente esta energía de que no hay como un feed-back paciente-profesional, si no que hay una barrera entre medio donde uno no encuentra esta comunicación, que no necesariamente pueden ser palabras, si no que puede ser visual...” (GF4HVMNA).*

b) También, hacen referencia a la **percepción de preguntas insistentes por parte del menor, como distractor de la atención dental**, como se expone en los siguientes relatos:

*“...hay muchos tipos de miedo en realidad en los niños, hay un tipo que a mí me ha pasado, que son niños que preguntan y tratan de alargar el tiempo, como que necesitan tiempo de descanso porque su miedo no les permite mucho avanzar, así como que preguntan mucho, que se ponen un poco nerviosos “qué es esto” y eso igual es como un tipo de miedo creo yo, aparte de lo que mencionaron los demás...” (GF3MVMMM)*

c) Además, dan cuenta de la **ambigüedad atribuida a la identificación del miedo y ansiedad dental**, exponiendo que los conceptos de miedo, ansiedad y fobia presentan límites difusos en la práctica clínica. *“...Yo me acuerdo, no se si es lo correcto, pero que el miedo es más incapacitante que la ansiedad, o sea definitivamente la persona que le tiene miedo es más difícil trabajar que una persona que tenga solo ansiedad odontológica, porque me acuerdo que después estaba la fobia odontológica que era cuando ya ni siquiera te permitía hacer la vida normal o entrar al dentista porque ya era algo que te supera muchísimo, pero ya clínicamente a la hora de trabajar el poder diferenciarlo creo que son cercanos los límites...” (GF3MVMMM).*

d) Por último, destacan los **nuevos paradigmas odontológicos enfocados en la prevención**, que no han sido vividos por los padres de los menores. *“... tenemos que pensar que hoy en día estamos con paradigmas de atención odontológica que son nuevos, y que van de la mano con una atención preventiva, hoy en día los estudios científicos y las políticas públicas apuntan a una atención más amigable, desde más*

*temprana edad y todo eso tenemos que pensar que no lo vieron los padres, entonces ahí tenemos que ser bien sensibles con eso porque si bien tenemos que educar, y tenemos que hacer entender a los apoderados que lo que estamos haciendo es para prevenir lo que ellos vivieron como miedo y dolor, porque en realidad todo esto está relacionado con el dolor, con lo desconocido, con lo que te va a pasar y a la experiencia de los adultos responsables de estos niños..." (GF4HVMNA)*

### **III. MIEDO DENTAL INFANTIL ABORDADO EN LO COMUNICACIONAL Y CONDUCTUAL**

Esta categoría se despliega en que los profesionales abordan la resolución situacional del MDI, fundamentalmente, por medio de la comunicación verbal, no verbal y paraverbal, asertiva, efectiva y adaptada a la infancia, para en un segundo lugar optar por abordajes conductuales o destinados a gestionar el comportamiento miedoso, como modelamiento, desensibilización, relajación/contención, restricción física, decir, mostrar y hacer; y además de otras menos utilizadas como es el juego de roles. Lo cual evidencia la existencia de un acervo de prácticas utilizadas en este campo que son transmitidas en el hacer clínico.

- **Abordajes aplicados al MDI**

- a) Entre ellas se señalan técnicas relativas a la **comunicación verbal** dirigidas tanto al paciente como al acompañante, como: uso estratégico del lenguaje, anticipar, explicar y describir procedimientos, no mentir, confortar, dar confianza y seguridad, reforzar características y, conversar directamente con el niño/a.

*"...Todas enfocadas siempre en la comunicación, en tratar de comunicarnos primero con el niño y lograr una comunicación, porque si no logramos comunicación de un principio, no podemos explicarles que es lo que vamos a hacer o que nos entiendan cuál es el objetivo, que es el bien para su salud bucal..." (2HVP)*

*"...les hago preguntas directamente a ellos, puede ser un niño muy pequeño, como 2-3 años y siempre les pregunto su edad, que les gusta hacer, entonces te ven como alguien un poco más cercana". (4MVQV)*

- b) Dentro de los relatos, también se señalan las prácticas de **comunicación no verbal** cómo mantener el contacto visual, cuidar realizar la comunicación verbal al mismo nivel (altura) del paciente.

*"...conversar con ellos al nivel de ellos, de altura, me siento o me pongo en cuclilla al frente de ellos, o ellos sentados en los brazos de los papás y yo sentada...". (4MVQV)*

- c) Por otro lado, prácticas orientadas a la instalación/repeticón de conductas deseables durante la atención, tales como: refuerzo positivo (verbal o con recursos materiales) y participar de la atención de otro paciente, conocidas como **prácticas de modelamiento**, también son implementadas por los entrevistados. En los relatos se destaca:

*"...si el niño se porta bien, nosotros igual los intentamos premiar, eso no se si es una condicionante porque va después de la atención, nosotros le decimos que le vamos a regalar algo, entonces ahí el niño yo creo que es una respuesta positiva, para que después trate de colaborar para la siguiente sesión...". (6HVPD)*

*"...que vengan con sus hermanitos, porque si ven que están siendo bien atendidos, entonces si el hermano le pregunta que ¿cómo está?, el que está siendo atendido habitualmente le responde que está bien, entonces esa es una forma de modelar la ida al dentista..." (7MVPD)*

- d) Los profesionales, también refieren implementar **prácticas de desensibilización**, que buscan a través de la exposición del paciente a estímulos relacionados con la atención dental, reducir o evitar una experiencia negativa. Dentro de sus respaldos encontramos:

*"...uno intenta primero mostrarle el equipo, mostrarle la jeringa triple, obviamente no vamos a mostrarle una carpule o una turbina altiro, la idea es ir mostrándole el equipamiento más sencillo, el espejo, el algodón y que vaya tocando, que vaya sintiendo las texturas de las cosas...". (5MVA)*

*"...les presento el instrumental, por ejemplo "mira este espejito ¿lo quieres tomar?, viste que es livianito, te viste el ojito?, es un espejito chiquitito, no hace nada"...Si uso*

instrumental rotatorio, lo hago funcionar primero, para que vean como funciona, el eyector... y eso me ha ayudado a que se sientan más familiarizados con lo que uno va a hacer y no tengan miedo...". (4MVQV)

- e) En relación a la implementación de **prácticas de restricción física**, por parte de los profesionales, esta resultó ser controversial, ya que mientras algunos señalan hacer uso de ella en casos de urgencias, otros manifiestan no ser una opción. Relatos que dan cuenta de esto son:

"...No, yo no he usado restricción física...es muy traumático el tema de la restricción física, entonces sí llegará el momento en que es necesaria la restricción física y suspendo la atención...". (2HVP)

"...restricción física en casos muy puntuales y que la mamá esté de acuerdo con eso...pero son casos de urgencia." (1MVP)

- f) Prácticas de **relajación/contención**, que buscan calmar/reconfortar al paciente ya sea antes, durante o después de una crisis, a través de la exposición a estímulos musicales o respiratorios en conjunto, así como la presencia del acompañante adulto, también son una de las técnicas descritas por los entrevistados:

"...lo que más he implementado, es que yo escucho música cuando atiendo...porque me he dado cuenta que con cierta música se sienten más cómodos...". (4MVQV)

"... que se sienten con la mamá o el acompañante adulto, entonces el adulto forma parte del sillón y tiene la posibilidad de abrazarlo, contenerlo, se sienten más protegidos...". (4MVQV)

- g) Así también son mencionadas el uso de **prácticas mínimamente invasivas**, que buscan realizar o iniciar tratamientos dentales de formas menos traumáticas para evitar y disminuir el miedo dental.

"...al menos yo generalmente trabajo con cuchareta, si no es una cosa muy compleja o que realmente requiera un abordaje de alta velocidad yo siempre trabajo con cuchareta para no digamos estresarlo, ir de a poco, eliminar un poco de caries un ionómero y vamos viendo...". (3MVP)

- h) Adicionalmente, dentro de las **prácticas de distracción** que buscan distraer/recrear la atención del niño/a de estímulos que se puedan percibir como desagradables o incómodos, son incluidos por los entrevistados ejercicios de meditación y respiración, potenciar la imaginación y contar cuentos. Dentro de sus respaldos encontramos:

*"...respiración y a veces un poquito también de meditación, como poder concentrarse en otra cosa, imaginar el típico globito que se va inflando en la guaita, como para distraer un poco el tema de la anestesia, con inflar la guaita y desinflar...". (7 MVPD)*

*"... le cuentas un cuento cuando lo estás atendiendo...". (3MVP)*

- i) A la vez, los profesionales refieren **prácticas de juegos de roles**, que buscan invertir la atención mediante juegos/actividades con recursos materiales que ayudan a conocer y entender el tratamiento a realizar:

*"... también les pido que me ayuden, que me afirmen la lámpara, les presento el instrumental, por ejemplo "mira este espejito ¿lo quieres tomar?, viste que es livianito, te viste el ojito?, es un espejito chiquitito, no hace nada..."". (4MVQV)*

*"...otra forma es jugar al dentista, de hecho tenemos un peluche que tiene dientes, lo sentamos en el sillón, le hacemos las cositas, el niño se viste de dentista, la práctica del juego..". (7MVPD)*

- j) Igualmente, los profesionales refieren **adaptar el ambiente clínico** y así, preparar/acondicionar el entorno dental, el instrumental a utilizar y uniformes clínicos para generar un ambiente más agradable y visualmente tranquilizador para el paciente.

*"...adaptar obviamente los instrumentos, yo he visto muchas veces espejos que vienen con monitos, turbinas que uno las cubre con cositas así más bonitas, etcétera, eso también tiene que ver con la adaptación del box a mi parecer que también se usa para este tipo de niños con miedo...". (6HVPD)*

*"...también andar con pijamas de colores, con monos, también ayuda". (4MVQV)*

- k) Finalmente, prácticas **decir, mostrar y hacer**, que buscan familiarizar al niño/a con

el entorno o ambiente clínico en 3 grandes pasos: explicar los procedimientos, mostrar (tocar, sentir, conocer) y finalmente hacer, también es una de las técnicas que podemos recoger y respaldar con los siguientes relatos:

*"...Las que yo conozco son el mostrar, mostrar las cosas, además la aplico, es como ir mostrando todos los instrumentos, ir viendo, "mira esto sirve para esto" "mira toca ese botón", mostrar y tocar, "mira este ruido" "esto es lo que vamos a hacer", pasar la escobilla por el dedo...". (6HVPD)*

*"...En lo personal la que más uso es la del decir, mostrar y hacer, esa es la que más nos resulta sobre todo con niños que van con miedo...". (5MVA)*

Por otro lado, los relatos adquiridos de los odontólogos/as participantes del grupo focal, se corresponden con la mayoría de las prácticas de abordaje del MDI expuestas por los entrevistados, y a su vez, aportan con los siguientes hallazgos:

- l)** El uso de prácticas orientadas a la **educación respecto a las creencias odontológicas** que involucren tanto al paciente como al adulto tutor responsable de este, lograrían evitar comportamientos y prácticas socialmente aprendidas que condicionan el miedo a la atención dental. Esto se ve reflejado en el siguiente relato:  
*"...educación del constructo social ante el medio odontológico, donde pretendo explicar al apoderado sobre todo en primera instancia y al niño en conjunto, que todo lo que hacemos es por el bien del menor, y que las políticas nuevas y los paradigmas de atención odontológica lo que buscan es prevenir el daño antes que curar el daño, entonces trato primero que se saquen este constructo social del miedo al odontólogo con esta explicación y conserjería que doy..." (GF4HVMNA)*
- m)** Realizar **pausas durante la atención** como práctica para el manejo del MDI, busca lograr mayor tolerancia y cooperación a través de la **participación activa del paciente** y la empatía del profesional, respecto de los tiempos considerados para los tratamientos planificados.

*"...el niño también participe de esta consulta y que no es como que el niño viene y se hace lo que uno quiere y se acabó, de hecho, hay veces en que obviamente cuando*



*el tiempo lo permite, en que les digo si estás muy cansado me avisas y dejamos los otros dos sellantes para otro día ...* (GF3MVMMM)

- n) El **ensayo y error** como práctica utilizada por los profesionales participantes de este grupo focal, da cuenta de la versatilidad y capacidad de adaptación necesaria para la atención de pacientes con MDI, donde el contexto familiar así como los rasgos de la personalidad, son descritos como algunos de los determinantes a considerar.

*“...hay que ir probando como viendo cuál es la estrategia que te funciona mejor o por donde va según también lo que te cuenta la mamá de cómo es este niño y del contexto familiar un poco...”* (GF1MVMMM)

*“...cuando llega un niño que uno obviamente no conoce yo voy como testeando un poco cómo es el niño, a que me refiero con esto, a que hay algunos niños que son más visuales, otros que son como más de tacto...hay algunos niños que me rechazan y que no quieren que los toque por así decirlo, también hay otros que dicen que no prefieren mirar, entonces como que igual lo voy evaluando dependiendo de como yo vaya sintiendo el niño.”* (GF3MVMMM)

- **Criterios para seleccionar la práctica de abordaje del miedo dental infantil**

a) **Edad del Niño/a**

*“...Es que eso depende de cada niño, en general la que me ha funcionado de manera transversal es sentarse con el adulto, sobre todo con los más pequeñitos, menores de 2 o 3 años, menores de 5 años en realidad que se sienten con el adulto, es lejos súper bacán, eso es como transversal y después en las segunda sesiones ya se quieren sentar solos ...para los preescolares sobre todo, las veces que tienes que usar turbina con niños muy pequeños contar un cuento, eso te sirve para los preescolares, de 5 pa arriba no te la compran mucho y ahí son otros elementos, no sé, la mayoría yo creo tiene que ver con ganarse la confianza del niño, cuando el niño confía y la niña confía en ti, y que tú le dices siempre la verdad...para mí es más estresante atender a un adolescente o una persona de edad mediana que un niño...”* (E4MVQV).

De igual forma los participantes del grupo focal sintonizan respecto a la edad del niño(a) como criterio determinante para la selección de una práctica de abordaje frente al MDI, esto reforzado por los siguientes relatos:

*"...todo igual depende de la edad, pero más o menos buscando que entiendan qué es lo que se está haciendo y así mismo, van entiendo los pasos igual que uno va tomando. En los más chiquititos a veces es más complicado poder hilar un cuento o una historia..." (GF1MVMMM)*

**b) Personalidad del niño/a, acompañante y/o profesional**

*"...Y también puede ser el tema personal, para mi la personalidad tanto del colega, como del paciente o niño, el acompañante y la asistente, no todas las técnicas, y no cualquiera está puesto a aplicar algunas técnicas, ese rechazo de personalidad frente a una persona que no confíe, ya conlleva un tema de diferencia en cada una de las técnicas, no se cómo explicarlo de otra manera, pero es como no todos están dispuestos a enfrentar la misma situación o la misma técnica, quizás yo soy más afín a una y a otras no..." (E6HVPD)*

**c) Menor costo y rapidez de implementación**

*"...la parte del presupuesto, adquisición, hay unas técnicas que son fáciles de adquirir, y fáciles de aplicar, porque no requiere de plata o lo que sea, o adaptación ni nada, como por ejemplo una extremista sería hablar, conversar, intentar inmiscuirse, en tema educativo, eso versus comprar un sillón especial...tiempo, porque el tiempo obviamente implica todo, no puedo aplicar las mismas técnicas, entonces tiempo..."(E6HVPD)*

*"...Hay ciertas técnicas que son más fáciles de aplicar, porque como decía no requieren implementación, por ejemplo, las técnicas comunicativas, que es como la puerta de entrada para el manejo de un niño..." (E1MVP).*

A estos dos últimos criterios se agregan los aportados por los profesionales participantes del grupo focal;

**a) Colaboración del niño/a** otorgada de acuerdo a los grados de confianza que se desarrollen en la atención basada en la realización de tratamientos acordes en

tiempo y agrado por parte del menor.

“...ir probando como me va funcionando cooperando el paciente para ir haciendo el tratamiento finalmente...” (GF2HVMMM)

“...probar y así ver qué es lo que al niño más le agrada o desagrada. Hay niños que tienen mucho tema con el ruido, entonces si es que no les gusta mucho el ruido, intento no ocupar tanto, como la turbina, pero lo evaluó según como yo vaya conociendo al niño, obviamente mientras más los conozco más voy a saber...” (GF3MVMMM)

**b) Dinámica familiar**, donde cobran relevancia la cooperación y/o colaboración de los padres o apoderados y su participación en la atención propiamente tal.

“...también influye cuanto cooperan los papás, la dinámica familiar, si es un niño que está acostumbrado a que le cepillen los dientes y todo eso, las estrategias van a ser distintas...”(GF1MVMMM)

“... la familia es super importante, como que uno sabe cuando un apoderado está o no involucrado cuando un papá como que te pregunta y está interesado, que en realidad quiere hacerle tratamiento o terminar con las caries, etc. Yo siempre les digo, yo puedo tapar todos los agujeros del mundo pero la única forma de que no salgan más depende de ustedes como familia...” (GF3MVMMM)

**c) Disposición del profesional**, determinada por el temple del clínico, donde se debe considerar el ritmo de atención de cada profesional.

“...también dar cuenta cómo está uno el mismo día, porque muchas veces el temple de atención es distinto y lograr darse cuenta de eso y manejar tu propio ritmo...” (GF4HVMNA)

- **Valoración de la experiencia de abordaje del MDI en la clínica Odontológica**

**a)** Asume la característica de **Experiencia estresante a satisfactoria**, en tanto la formación práctica en el tema se muestra insuficiente, lo cual es resuelto en el constante hacer.

” ...En general buena experiencia, pero no partió siendo así. Cuando uno egresa es muy estresante, especialmente niños muy pequeños, que venían con alguna urgencia,

*no era una experiencia agradable, actualmente mi experiencia yo la considero positiva, siempre voy adquiriendo herramientas que los mismos pacientes te dan..." (E4MVQV)*

*"Yo creo que en general en mi vida ha sido una buena experiencia, pero no partió siendo así, porque cuando uno recién sale de la universidad...yo siento muy estructurada la forma de atender o como te enseñan que debes atender a un niño de manejo complicado..." (E3MVP)*

**b)** Aparece en esta valoración la **Influencia del familiar en la calificación de la experiencia profesional**, espacio donde lo dental suele ser utilizado como castigo, o cuando el familiar interviene en la atención reprendiendo al niño/a, mostrando actitud agresiva, y en el otro extremo un familiar contenedor de emociones infantiles y contenedor físico.

*"...el acompañante muchas veces como que no acompaña, como que tiende a aumentar el tema del miedo, por ejemplo, que la mamá le dice "si no hace esto, no te vamos a dar esto", como condicionando la respuesta del niño. O retándolos "oye te voy a retar en la casa", entonces al final, al niño más miedo le da... ...si el papá está nervioso o si el papá está con esa actitud media agresiva, o no sé cómo llamarle, no vamos a tener buena respuesta..." (E6HVDP)*

*"...en mi experiencia, lo que me ha ayudado mucho es tener la colaboración, cooperación de los padres, si no tengo eso, se hace muy difícil poder manejar un niño de estas características, normalmente es una contención emocional, pero también a veces lo pongo al lado y es una contención física, porque le agarran la manito, le hacen cariño, los niños sienten que están en confianza igual..." (E7MVPD)*

**c)** Y también, aparece el **condicionante del tiempo restringido de atención en el sistema público en tiempos normales y pandémicos:**

*...Mi experiencia ha sido un desafío, el poder lograr la atención en la APS sobre todo con el poquito tiempo que hay destinado, , porque aquí no hay diferencia de los niños que tengan o no tengan miedo, para todos es el mismo tiempo..." (E2HVP)*

*"Posterior a la pandemia, se dio un poco más de tiempo por temas de protocolos, de 20 minutos pasamos a 1 hora, o sea harto, entonces ahí se logró generar un mejor trabajo con los niños..." (E6HVPD)*

#### **IV. POLIFONÍA DE LO SUGERIDO PARA EL ABORDAJE DEL MIEDO DENTAL INFANTIL.**

Esta categoría fue una construcción discursiva muy amplia y diversa, donde distintas voces y sonidos aparecen para mejorar las acciones llevadas a cabo en la gestión clínica del MDI, y en este sentido se organizaron como sigue:

- a) Sugerencias respecto de los profesionales y equipo**, donde se destaca la importancia de la acción conjunta del equipo de atención, aquellas relativas a cualidades personales positivas del profesional (empatía, reflexionar, humildad, manejo de frustración, responsabilidad), las relacionadas con la atención propiamente tal (ascenso en complejidad de tratamientos, buenos registros) y capacitaciones profesionales.

*"... Lo otro, es que el odontólogo sepa guiar al equipo como te decía antes, que la TONS esté en coordinación con él..." (1MVP)*

*"...no subestimar las capacidades que uno mismo tiene como profesional de atender a este tipo de pacientes..." (2HVP)*

*"...Paciencia nomas po, ponte en el lugar del cabro chico. Eso permite que uno pueda tomar mejores decisiones, no ofuscarse, no molestarse...Empatía en primer lugar, siempre, empatía..." (4MVQV)*

*"...Primero que todo, muy buenos registros, anotar todo en la ficha..." (6HVPD)*

*"...Segundo podría ser el tema de la reflexión no solo interna sino que entre colegas, tener un vínculo con ellos..."(6HVPD)*

*"...no ser tan cerrado sino de tratar de aprender y ser humilde con eso que es otra de las cosas, entonces el cuarto sería humildad..." (6HVPD)*

*“...Que nos capacitemos y compartamos experiencias, esos sería la mejor recomendación...” (7MPVD)*

De forma complementaria, los participantes del grupo focal refuerzan lo expuesto previamente por los entrevistados respecto a este eje, donde consideran además:

**a.1)** Sugerencias relativas al uso de **nuevas tecnologías** como recurso útil para el abordaje del MDI durante la atención, se reflejan en el siguiente relato:

*“...Estamos viviendo nuevos paradigmas de atención odontológica donde tenemos nuevas herramientas, herramientas virtuales, tecnológicas, de materiales, etc. Y todo esto debemos saber utilizarlo...” (GF4HVMNA)*

**a.2)** La consideración del **contexto familiar del paciente** y el reconocimiento como pilar fundamental en el establecimiento de patrones de conductas potencialmente saludables en salud oral. Esto reflejado en:

*“Sobretudo como sugerencia creo yo que es muy importante es el empoderamiento de las familias, que haya un cambio desde la casa, que se sepa el por qué se están haciendo las cosas, cómo se están haciendo las cosas, darnos más tiempo de educar en técnica de cepillado, que lleven el cepillo mostrarles, decirles donde les falta...” (GF1MVMMM)*

**a.3)** También se plantea la actualización de los profesionales respecto a nuevos paradigmas y formas de atención odontológica que logren responder desde la mirada de lo preventivo a la distintas necesidades de la población:

*“...y vuelvo a insistir en el constructo odontológico de dolor que tiene la sociedad, donde nosotros somos los encargados de derribarlo y de educar a la población de que ese constructo no es válido desde la perspectiva preventiva...” (GF4HVMNA).*

*“La generación de todos sus entrevistados, es que igual es súper distinta respecto a habilidades blandas, existe mucho el entender, ponerse en el lugar del otro, la empatía, el tema de las habilidades blandas es muy importante en los profesionales que se están formando, con un enfoque más allá de lo técnico” (GF2HVMMM)*

**b) Sugerencias en relación al niño/a**, en este caso los profesionales exponen la relevancia de adaptar la atención a la personalidad de cada niño/a y a sus diferentes formas de expresión, desarrollando así un vínculo con el profesional basado en la confianza y motivación, donde no se utilicen técnicas restrictivas y se utilice como último recurso la derivación a Odontopediatría. Esto respaldado por los siguientes relatos:

*“...identificar si un niño tiene miedo y no atender a todos los pacientes por igual, ya que generalmente a veces con el día a día se atienden los pacientes sin prestarle atención a estas delicadezas, como decía al principio si es que el niño viene tenso o si viene muy ansioso o tímido, tratar de siempre prestar atención a estas señales. Saludarle y crear un vínculo comunicativo, también que nos conozca al principio y explicarle lo que se va a hacer...” (1MVP)*

*“... siempre decir las cosas como son, a lo mejor con palabras suaves, no decir dolor o esto te puede doler sino decir esto te puede molestar, bajar la intensidad a las palabras, pero decir la verdad, eso es lo principal, decirle la verdad al niño porque o sino ellos generan desconfianza y después no se deja atender, si tu le dices de un comienzo a los mejor que hay que poner aguita dormilona en vez de anestesia, que es para que se duerma el diente y que a lo mejor vas a sentir un pinchacito, él ya va a saber y va a estar anticipado...” (1MVP)*

*“...ver a cada niño como un mundo aparte y que hay que ver lo que a él le funciona, conocer sus gustos, recomendarle a la mamá que lo prepare previamente, que va a venir, que va a abrir la boca, cómo preparar el campo, conocer sus intereses, sus personajes y lo que le gusta en particular...” (3MVP)*

*“...tratar de ir motivando positivamente al niño es algo que siempre funciona y que siempre lo va a poner contento, entregarle un sticker o un dibujito en la mano, que se yo, ese tipo de cosas....” (3MVP)*

*“...Lo otro como recomendación es nunca ocupar las técnicas restrictivas de afirmarlo, si es algo muy invasivo, yo lo haría, pero siempre que esté afirmado por el papá o la mamá y tratar de siempre como última instancia derivar a odontopediatría y utilizar las*

técnicas de óxido nitroso y sedación...”(1MVP)

“... Empatía en primer lugar, siempre, empatía y hacerle ver a ese niño en virtud de su desarrollo, que tú estás ahí para ayudarlo, y no para hacerle daño ni nada...”(4MVQV)

Paralelamente, el grupo focal dentro de las sugerencias planteadas, también consideran las relativas al niño/a que recibirá la atención, donde se destacan una nueva gran arista:

**b.1) Reconocimiento del niño/a como sujeto de derecho deberes y concientización** del mismo respecto de su salud oral, lo que se expresa en los siguientes relatos:

“...Yo diría validar al niño como persona, como una persona que siente, que escucha, que te puede entender, que puede sufrir, que le puede molestar, porque normalmente uno antes, pensaba que los niños, eran niños solamente, que casi que no entienden nada, hay que sacarse esa idea de la cabeza de que los niños no entienden lo que estamos haciendo...que el niño también entienda lo que está pasando... los niños son personas, que tienen derechos y deberes...” (GF3MVMMM)

**c)** A su vez, los profesionales exponen **sugerencias en relación a lo institucional**, vale decir, asociadas a cambios en APS respecto a implementación de Capacitaciones y Especialistas, que se ven respaldados en los siguientes relatos:

“...ideal que se tuvieran odontopediatras contratados en APS, es una necesidad hoy en día a pesar que el modelo de salud familiar dice que los odontólogos generales debieran ver al paciente en todo el ciclo vital, creo que el tema de los niños son un caso especial donde debería verlos un Odontopediatra en atención primaria...” (5MVA)

“...los cursos de odontología salen sobre los 80 mil pesos, creo que es importante que se haga, quizás los empleadores podrían invertir en eso, porque es parte importante de nuestro quehacer, porque si alguien atiende niños y no le pone voluntad, no va a lograr nada...” (7MVPD)



El último objetivo de estudio, estuvo orientado en organizar las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil que utilizan los odontólogos/as investigados/as, realizándose una tabla comparativa que lo ilustra (ver anexo 3). Al respecto, se puede establecer que:

1. El miedo dental infantil, principalmente, es identificado por los odontólogos/as a través de la percepción del lenguaje no verbal manifestado por el niño/a; a partir de esto, los profesionales aplican mayoritariamente prácticas de comunicación no verbal, sin embargo en algunos casos también se interviene clínicamente, con prácticas de comunicación verbal y paraverbal.

*“Lo primero es visual, uno nota cuando el niño entra al box, su actitud, la mayoría viene acompañado por algún adulto o cuidador, por ejemplo, se ponen detrás de la mamá o el papá, miran como de reojo, con desconfianza, y ahí uno puede notar que si bien no es miedo, no es un espacio que les sea cómodo, por tanto las primeras señales son visuales...”.* (E4MVQV)

*“...También me gusta conversar con ellos al nivel de ellos, de altura, me siento o me pongo en cuclilla al frente de ellos, o ellos sentados en los brazos de los papás y yo sentada”* (E4MVQV)

*“...el lenguaje no verbal, eso es muy relevante, la posición que tienen con los pies en el sillón, como más muscularmente hablando así más apretaditos...”* (E2HVP)

*“...Todas enfocadas siempre en la comunicación, en tratar de comunicarnos primero con el niño y lograr una comunicación...”* (E2HVP)

*“La forma de percibir todo esto es más física del paciente, cabeza gacha, en la falda de la madre, ya que es generalmente quien acompaña, sin contacto visual...”* (GF2HVMMM)

2. Los niños/as con miedo dental, generalmente son identificados por los profesionales, a partir de la observación de comportamientos disruptivos, ya sea evitación y/o negación a la atención. En estos casos, se busca condicionar y

modular la conducta del menor, a través de la práctica de refuerzo positivo con recursos materiales, como “premios”.

*“Otra cosa que siempre pasa cuando atendemos niños, en general como que tienden a rechazar al tiro con palabras así como “no quiero” antes de entrar a la puerta de hecho, hay veces que hemos visto al niño afuera y se ve normal y una vez que ya se abre la puerta como que al tiro rechazan “no me quiero atender...” (E6HVPD)*

*“...Como les dije anteriormente es el dar premio posterior, que hay veces que lo empezamos a incentivar el comienzo de la atención y decir “oye si te portas bien te vas a ganar un premio”, la asistente coopera harto en esa situación de conversar con el niño y también ofrecer algunas cositas, más que todo son stickers algunas cosas como más simbólicas, más que un regalito en que se gaste mucho dinero...” (E6HVPD)*

3. Se hace referencia al miedo dental infantil como una construcción social, donde el rol que desempeñan los padres es fundamental. Es por esto, que los profesionales se enfocan en la educación y consejería, tanto de padres y menores en relación a las creencias relacionadas con la atención dental, concientizando sobre los nuevos paradigmas odontológicos orientados en la prevención, que buscan evitar el daño y con ello la necesidad de realizar procedimientos más complejos e invasivos en el menor.

*“...Hay un constructo social sobre el miedo al dentista que es un círculo vicioso, que una de las técnicas que yo busco en la primera instancia con el apoderado es derribar el constructo y educar...” (GF4HVMNA)*

*“...educación del constructo social ante el miedo odontológico, donde pretendo explicar al apoderado sobre todo en primera instancia y al niño en conjunto, que todo lo que hacemos es por el bien del menor, y que las políticas nuevas y los paradigmas de atención odontológica lo que buscan es prevenir el daño antes que curar el daño, entonces trato primero que se saquen este constructo social del miedo al odontólogo con esta explicación y consejería que doy...” (GF4HVMNA)*

4. Los odontólogos/as declaran que el miedo dental infantil, se puede desencadenar

frente a procedimientos odontológicos invasivos, por lo tanto una práctica adoptada por los profesionales es iniciar con procedimientos simples y sencillos, enfocados principalmente en educación, prevención, desensibilización y adaptación del menor, para luego, de forma progresiva, comenzar con tratamientos más complejos e invasivos.

*“... temor a recibir una atención odontológica, y sobretodo en procedimientos que pueden ser más invasivos, como les comente delante, con el uso de la anestesia, en una exodoncia, en un procedimiento pulpar...” (E2HVP)*

*“...ir escalando hacerlo de a poquito, un sellante primero, no hacer movimientos bruscos, partir siempre de a poco hasta más...” (E3MVP)*

*“...mi primera atención no suele ser muy invasiva, sino que suele ser muy educativa, de harta desensibilización y adaptación... y siempre, desde lo menos invasivo a la más invasivo...” (GF4HVMNA)*

5. Como parte de la identificación del miedo infantil a la atención clínica odontológica, surge en las entrevistas individuales el uso de algún juguete, peluche, manta, u otro, por parte de los pacientes infantiles, como objeto de contención o de apoyo emocional. Es en base a esta identificación que los odontólogos/as implementan la “práctica del juego” al momento de desarrollar la atención, donde se utiliza el objeto apreciado por el niño/a para interactuar con elementos propios de la consulta abordando el rol del clínico, permitiendo la adaptación a la atención basado en un ambiente de confianza.

*“...es como la más sutil podría ser por actitudes corporales, venir aferrado a cierto objeto, peluche, se enrollan, no se quieren sentar...” (E7MVPD)*

*“...otra forma es jugar al dentista, de hecho tenemos un peluche que tiene dientes, lo sentamos en el sillón, le hacemos las cositas, el niño se viste de dentista, la práctica del juego, o con ellos sentaditos les pongo un espejo grande y también de a poquito para que ellos vayan viendo sus propios dienteitos y todo el tema...” (E7MVPD)*

6. Los profesionales mencionan la relación entre el miedo dental infantil y la infraestructura y/o el contexto particular de la consulta odontológica, más allá de la atención o tratamiento propiamente tal. Es frente a esta situación que los entrevistados exponen la práctica de Adaptación del Ambiente Clínico, que busca generar un espacio visualmente más amigable, tranquilizador y cómodo para el menor, favoreciendo el desarrollo de la práctica clínica.

*“...también andar con pijamas de colores, con monos, también ayuda”. (E4MVQV)*

7. A lo largo de las entrevistas individuales, así como también durante el desarrollo del grupo focal, es ampliamente reconocida la importancia de la influencia y rol que cumplen los padres en el manejo del miedo dental en sus hijos e hijas, dentro de lo cual es posible identificar 3 ejes principales, considerando que su rol como agentes causantes o condicionantes del miedo hacia la atención clínica que a su vez, posibilitará la integración de estos en las futuras prácticas implementadas, y por otro lado su participación estratégica en abordajes que buscan gestionar su transformación en promotores de conductas positivas cuando son reconocidos como un fuerte refuerzo negativo o bien, potenciarlos cuando son reconocidos como una figura de protección.

7.1) En el primer eje, los entrevistados son capaces de asociar e identificar la figura de los padres como una potencial causa atribuida al miedo dental infantil, destacando el aprendizaje de conductas dentro del entorno familiar. Esto se ve reflejado en los siguientes relatos:

*“...sería algún caso que a lo mejor presentó algún tipo de trauma en la primera atención dental o algún tipo de conducta que es aprendida también, puede ser aprendida, desde las familias, generalmente viene este miedo desde las familias...” (E1MVP)*

*“...este miedo puede ser por alguna mala experiencia, pero también a veces puede ser por comentarios que han escuchado en su casa, a veces los papás comentan o no es raro escuchar cuando dicen “uy dentista” y a veces los adultos lo asocian a dolor o lo asocian a algo desagradable, entonces eso también puede estar como influenciado”*

en el niño no solo por una mala experiencia, sino que también por lo que ha escuchado". (E5MVA)

**7.2)** En torno al segundo eje, la percepción del miedo manifestado por el niño/a, ante la posible separación del tutor o acompañante del menor, da cuenta de que los entrevistados identifican los padres como una figura de protección mediante la percepción del lenguaje no verbal (esconderse detrás de la mamá, tomados de la mano o del brazo), así como también la influencia de estos previo y durante la atención dental.

*"...Temor al dolor yo creo, a lo desconocido, a la separación de los padres puede ser, depende de la edad de los niños... Es algo muy fácil de identificar porque el niño se esconde detrás de la mamá, no se quiere sentar, te pregunta qué le vas a hacer..."*  
(E3MVP)

*"Lo primero es **visual**, un nota cuando el niño entra al box, su actitud, la mayoría viene acompañado por algún adulto o cuidador, por ejemplo, se ponen detrás de la mamá o el papá, miran como de reojo, con desconfianza, y ahí uno puede notar que si bien no es miedo, no es un espacio que les sea cómodo, por tanto las primeras señales son visuales..."* (E4MVQV)

*"...Por lo general, los niños o niñas que son más temerosos que tienen más miedo a la parte dental, van acompañados con la mamá siempre obviamente y van como detrás, no van con una postura de confianza, sino que siempre tomados de la mano, o agarrados del brazo de la madre o del acompañante y con esa actitud de protección hacia la persona que lo acompaña..."* (E6HVPD)

*"...Hay veces que el niño se relaja cuando sabe que el papá o la mamá va a estar con él cerca, y ahí uno puede notar también que la situación va a andar mejor..."*  
(E4MVQV)

Este eje a su vez, fue asociado por los entrevistados con prácticas de manejo que involucren y potencien la participación activa de los padres o tutores, convirtiéndose en agentes promotores de conductas deseables durante la atención dental, y que

entonces eviten experiencias negativas desde la infancia. Dentro de estas prácticas se destacan:

- a) Prácticas de relajación/contención**, que buscan calmar/reconfortar al paciente, a través de la presencia del acompañante adulto.

*“...una de las prácticas es que se sienten con la mamá o el acompañante adulto, entonces el adulto forma parte del sillón y tiene la posibilidad de abrazarlo, contenerlo, se sienten más protegidos”. (E4MVQV)*

- b)** Así como también, el uso de **Prácticas de comunicación verbal** como: *anticipar, explicar y describir procedimientos*.

*“...mientras estoy haciendo las cosas también voy explicando, obviamente la mamá mientras estoy haciendo las cosas con el niño, paro, y le explicó a la mamá antes de proceder...” (E6HVPD)*

*“...controlar a la mamá antes de, antes de sentarse en el sillón, hablar con la mamá, cuando uno ve esa actitud de rechazo o de miedo, se habla e igual es una cosa que se hace antes de...” (E6HVPD)*

Estos hallazgos fueron reforzados y complementados por los participantes del grupo focal, tanto en su identificación en lo no verbal como el método de abordaje seleccionado. Lo que se aprecia en los siguientes relatos:

*“...generalmente uno se da cuenta por esto de estar con los ojos hacia el suelo, esconderse detrás de la mamá, abrazarle la pierna y ese tipo de cosas...” (GF2HVMMM)*

*“...incluso cuando son muy chiquitos estrategias como sentarse en los brazos de la mamá, como la contención de un ser querido, y que también estén cómodos influye mucho, quizás no en el miedo pero si en el grado de cooperación...” (GF1MVMMM)*

**7.3)** Finalmente, contrario al eje anterior, los entrevistados así como también los participantes del grupo focal, identifican el rol de los padres como refuerzo negativo

para la atención odontológica, pudiendo ser testigos de ella en la cotidianeidad del niño/a, logrando condicionar comportamientos poco cooperadores, evitativos y de resistencia.

“...a veces también ese miedo es originado por terceros, no es poco frecuente que los cuidadores, papás o acompañantes, traen al niño al dentista por primera vez y les dicen “abren la boca, si no la tía te va a sacar todos los dientes”, esa es una de nuestras luchas...” (E7MVPD)

*“Hay mucha cultura del refuerzo negativo, así como “te voy a llevar al dentista si te portas mal” “vamos a ir al dentista para que te pinchen” (GF2HVMMM)*

En relación a esto, la práctica de refuerzo positivo es señalada como la estrategia útil en estos casos.

*“...refuerzo positivo, ojala tener un tutor que esté apañando en la pega que hay que hacer...comentarles antes al padre o a la madre que coopere y que adule al niño que está haciéndolo bien...” (GF2HVM)*

## DISCUSIÓN

En este estudio, se entrevistó a profesionales odontólogos/as de una organización de Atención de Salud Primaria perteneciente al sector público, en torno al abordaje del MDI, en términos de sus prácticas discursivas de identificación y manejo. Los hallazgos son homogéneos con respecto a la concurrencia habitual a la consulta odontológica de niños/as con MDI, como asimismo, que no disponen de un estándar o protocolizaciones institucionales para reconocerlo ni gestionarlo a nivel clínico, por lo que cada profesional valora y resuelve el MDI en modalidades emergentes, que vienen de la propia experiencia y de formaciones académicas dispares, lo que sin lugar a duda se constituye en el hallazgo más interesante.

Estos hallazgos son consistentes con los estudios previos, en cuanto a que del 3%-20% de la población general (21) y del 3-43% de la población infantil, manifiesta miedo al tratamiento dental (2). En relación a esto mismo, destacar que una revisión de la Guía Clínica Atención Primaria Odontológica del Preescolar de 2 a 5 años, muestra que no se consideran los aspectos emocionales de la atención del paciente infantil (56).

Cuando los entrevistados perciben el MDI, tienden a agregar en una misma modalidad el miedo y la ansiedad dental, entendiéndose de esta forma como una sensación de desagrado transmitido por el menor hacia el entorno. Al respecto, las investigaciones sobre estas manifestaciones percibidas son equívocas, dado que algunas, los integran y otras los separan. Las primeras son investigaciones ligadas al ámbito odontológico y las segundas son investigaciones ligadas al campo de la psicología (57).

Esa R., señala que ambos términos son utilizados como sinónimos y que la “ansiedad dental se puede describir como una sensación vaga y desagradable acompañada de una premonición de que algo indeseable está a punto de suceder, mientras que el miedo dental es la anticipación de una amenaza o daño provocado por una fuente identificable” (58).



Por otro lado, Nardone, señala que la ansiedad es una reacción que surge como efecto de la percepción del miedo (15). Esta diferenciación es fundamental en la óptica clínica en manifestaciones basadas en el miedo. Si ansiedad y miedo fueran lo mismo, para extinguir un miedo debería ser suficiente reducir la reacción ansiosa de los sujetos, pero como Damasio y Gazzaniga, demuestran en sus experimentos, reducir la ansiedad de un sujeto puede inhibir sus reacciones, pero no altera sus percepciones y en consecuencia, el miedo permanece. Por lo tanto, es necesario seguir el camino inverso: resolver el miedo para reducir también las reacciones de ansiedad, es decir, cambiar las percepciones de la realidad del sujeto para cambiar sus reacciones, y no al revés (15).

Por otra parte, el hallazgo de que el MDI se puede originar a partir de un trauma odontológico previo asociado a experiencias dentales o médicas negativas percibidas como invasivas, coincide plenamente con diversos autores, que mencionan esta causa, además de la deficiente gestión comunicacional y comportamental del personal dental (30). Esta dimensión es relevante, si se considera el desarrollo evolutivo de niños/as, donde el trauma por tratamientos médicos, puede afectar esferas más amplias de su desarrollo, y predisponerlos continuamente a la evitación de la atención odontológica, en este caso. Por lo tanto, experiencias positivas en las primeras citas, pueden servir como defensa contra el desarrollo de asociaciones o experiencias traumáticas y posteriormente, contra la adquisición de miedos (59).

Las conductas aprendidas desde el entorno familiar, constituyen un hallazgo valorado en los relatos como una importante barrera al condicionar comportamientos negativos durante la atención, incluso antes de experimentarla, donde la figura materna- en su mayoría- cumple un rol preponderante. Esto ha sido ampliamente abordado por diversos autores, quienes evidencian que las conductas negativas aprendidas de su entorno, a través de los relatos de familiares y/o amigos respecto a tratamientos dentales recibidos (60), puede influir en el comportamiento y la percepción que el niño/a tiene del dentista. La relación entre el miedo dental en los niños/as y sus padres/cuidadores se ha investigado durante más de un siglo y la "vía parental" se considera una de las principales vías de adquisición del miedo dental en los niños/as.

Se ha encontrado que tener un miembro de la familia con miedo dental, predice su aparición en la infancia y es uno de los factores predictivos del miedo dental en adultos (61). A su vez, se destaca, que la relación madre-hijo/a es uno de los parentescos más importantes que el individuo experimenta en toda su vida y que en cerca del 93,8% de los casos es quien asiste como acompañante de sus hijos/as a la consulta, de ahí la importancia de mencionar el rol fundamental que una madre ansiosa, por ejemplo, puede cumplir durante el tratamiento odontológico, siendo una fuente de emociones poco constructivas que interfieren negativamente en la experiencia personal del niño/a (2).

En la investigación, también se ponen en evidencia las condiciones personales atribuidas al miedo dental infantil, como lo son la edad y la personalidad del menor, y que también se vuelven relevantes cuando se trata de seleccionar la técnica de abordaje del MDI más pertinente al paciente pediátrico. Está más que demostrado, desde los estudios de Piaget, que la influencia de la edad tiene que ver con la maduración de las funciones cognitivas, y que en el período pre operatorio generalmente (2 a 6 años), no tienen la capacidad de hacer frente a los procedimientos dentales (2), por lo tanto podrían ser más propensos a la adquisición de miedos y problemas de manejo de conducta durante la visita al dentista. Hay un acuerdo casi total en la literatura de que los niños/as más pequeños son reportados con mayor frecuencia como más temerosos que los mayores, así es como Manterola E. et al. obtuvo resultados que demuestran que el miedo evaluado con el uso de la “escala del miedo dental CFSS-DS” según la edad de los participantes, la mayor prevalencia del miedo dental es a los 6 años con un 76.66% y la menor a los 16 años de edad con un 15.88% (62). Se sugiere que la disminución del miedo dental a lo largo del tiempo puede estar asociada con un aumento de la competencia general a medida que el niño/a crece y con la maduración del control cognitivo de la personalidad (57). Algunos estudios, también han informado que la edad no afecta el miedo dental, o, por el contrario, aumenta el miedo dental a una edad más avanzada (63). Según Correa, los niños/as hasta los 3 o 4 años experimentan más miedo debido a factores tales como inmadurez en función del estado de desarrollo cognoscitivo, ansiedad de separación de la madre, ansiedad delante de extraños, entre otros, que hacen parte del repertorio

de miedos específicos o peculiares de los primeros años del niño/a. Así, tanto el grado de madurez del niño/a como los trazos básicos de su personalidad y el estado de ansiedad dependiente de esas características, contribuyen a determinar el tipo de comportamiento (cooperativo o no) en la consulta dental (59, 64).

Seguidamente, el MDI es identificado a través de procesos comunicacionales, los cuales implican una alta carga interpretativa de los profesionales, particularmente de la comunicación no verbal, la que es detectable en su mayor parte por procesos no conscientes, de allí que la observación e interpretación del profesional viene a ocupar el lugar del uso de herramientas validadas y menos subjetivas para determinar si un niño/a tiene miedo. Esto no significa en ningún caso, según sugieren los hallazgos, subvalorar la comunicación no verbal, por el contrario, sino ponderarla en su valor de flexibilidad para aplicar las evaluaciones más objetivas. En la práctica, un pequeño porcentaje de profesionales utiliza alguna forma de técnica de evaluación para determinar el miedo dental (65). Por lo tanto, debemos suponer que los profesionales de la odontología, se basan en su experiencia e intuición, generalmente denominado "el ojo clínico". Hoglund M, et al., en su estudio cuestionan que el profesional pueda detectar pacientes con miedo dental sin utilizar herramientas de evaluación, además indican que los cuestionarios y/o escalas de calificación de miedo dental, deben usarse con más frecuencia para permitir identificar correctamente a los pacientes (65).

Por otro lado, se sabe que el miedo es una construcción psicológica que no es directamente observable, pero puede manifestarse a través de respuestas cognitivas, conductuales y fisiológicas (16). Por lo tanto, los odontólogos/as suelen observar y distinguir los problemas de comportamiento mejor que el miedo como tal, que es lo que siente el paciente (1). Esto tiene relevancia, ya que los profesionales señalan que identifican si un niño/a tiene miedo, a través de la observación de comportamientos disruptivos previos o durante la atención dental, destacando la evitación o negación a atenderse, lo que se condice con múltiples estudios que señalan que el miedo dental se manifiesta a través de comportamientos evitativos, entorpecedores y poco cooperadores durante la atención (1, 30). Esto repercute en la salud oral de los menores, debido a la evitación y/o retraso del tratamiento dental (2, 16). Estudios

revelaron que el miedo y ansiedad dental, se asocia con la salud oral, especialmente con mayores complicaciones de caries (66, 67), lo que se condice con lo relatado por los entrevistados, que señalan que los niños/as con miedo dental, presentan una salud bucodental más deteriorada.

En la atención odontológica, es relevante que cada paciente sea considerado como un sujeto con características y comportamientos particulares, determinados por la etapa de crecimiento y desarrollo en la que se encuentra, por las condiciones socioculturales en la que está inmerso, junto a otros múltiples elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño/a individualmente.

Es vital considerar que el comportamiento del niño/a en el entorno odontológico es un fenómeno multifactorial, existiendo comportamientos variados que pueden estar dictados por episodios de temor, aprehensión, agresividad frente al entorno dental y se vuelve deber del clínico adoptar y desarrollar la técnica más apropiada para lograr obtener la colaboración y aceptación del niño/a, así como instaurar en este, una actitud afectiva hacia la experiencia clínica.

En la literatura, se han descrito diversos modelos conceptuales y operativos que orientan el estilo personal del profesional de la Odontología en el manejo del niño/a (68), que se basan en técnicas no invasivas que utilizan la comunicación como método afectivo (Decir-Mostrar y Hacer, Control por voz, Refuerzo positivo, Distracción), así como el manejo de la conducta con prácticas audiovisuales, de modelamiento, desensibilización, entre otras.

En el presente estudio se sugiere que, los profesionales implementan diversas técnicas descritas como prácticas de abordaje para el MDI, donde destacan las técnicas comunicacionales y conductuales. La comunicación verbal personalizada, asertiva y cálida, es señalada como una de las técnicas de entrada, dirigida a establecer una relación vincular con el paciente basada en la confianza, en la que se tiene en cuenta su maduración cognitiva, para calibrar el nivel, la forma y cantidad de información que el paciente pueda recibir y percibir, así como sostiene Crysthel Lima en su estudio "Efectividad de las Técnicas Comunicativas para la ansiedad en el

paciente Odontopediátrico” estableciendo que el lenguaje verbal, constituye “el elemento principal para que el paciente infantil perciba la idea de donde se pretende llegar con el tratamiento dental y esperar una respuesta satisfactoria frente al procedimiento odontológico” (69).

También, teniendo en cuenta que uno de los objetivos del profesional en el manejo comportamental es minimizar el miedo, procurando fomentar la seguridad y la actitud positiva del niño/a - lo que los resultados arrojan claramente - resultan claves la comunicación no verbal consistente y la pertinencia del uso de contacto visual además de la comunicación verbal, en la que se valora la entrega y recepción de información, respetando el nivel o altura del paciente pediátrico. Todo ello le permite al niño/a controlar la forma en cómo percibe sus emociones, tal como lo ha descrito Linda Quispe en su estudio “Escala de Miedo y la Experiencia dental Previa en niños/as de 6 a 8 años de edad” (70).

Asimismo, es importante destacar que el uso de prácticas de restricción física resultó ser controversial entre los participantes, ya que mientras algunos señalan no ser una opción como medida terapéutica por su susceptibilidad de vulnerar potencialmente algunos derechos fundamentales de los pacientes, otros exponen hacer uso de ellas solo en caso de urgencias. Esta situación se ve reflejada en la literatura de referencia, donde los métodos de sujeción o actualmente conocidos como de “Estabilización Protectora”, resultan ser igual de controversiales y no aceptados de manera uniforme (71). Aunque la Asociación Americana de Odontopediatría, recomienda restringir la libertad de movimientos del paciente con el fin de minimizar los riesgos de injurias y daños, esto aplica sólo en aquellos casos donde no existan otras alternativas disponibles, de lo contrario, puede ser considerada una práctica potencialmente inaceptable (72).

Respecto a las prácticas de manejo conductual propiamente tal para el abordaje del miedo dental, estas están descritas ampliamente en la teoría así como también por los entrevistados, destacando la técnica de “decir, mostrar y hacer” como una de las más utilizadas y de mayor alcance debido a su simpleza y efectividad, así como también lo señala el estudio de Loayza y Azanza, que concluye que dicha técnica en conjunto con

técnicas comunicativas son igual de eficaces para que pacientes pediátricos acepten de mejor manera el procedimiento dental, aunque el alcance de la técnica de la “Triple E” (Explica, Enseña y Ejecuta) es mucho más efectiva y positiva en niños/as con experiencias negativas (73). Paralelamente, el modelamiento es señalado como otra de las prácticas utilizadas en la atención dental, particularmente mediante la observación de otro paciente infantil con buen comportamiento, así como a través del uso de recursos (materiales y tangibles o sociales) que refuerzan la instalación/repetición de conductas positivas adoptadas por los pacientes. Respecto a esto, Crysthel Lima señala que esta técnica de repetición es efectiva en minimizar comportamientos negativos, considerando que el modelo observado contenga características similares a las del niño/a objetivo, y por otro lado defiende que la búsqueda del ser humano por la aprobación, permite que gran parte de las conductas puedan mantenerse y repetirse mediante el uso de reforzadores positivos (69).

El uso de prácticas alternativas como musicoterapia y adaptación del ambiente clínico, también son ampliamente avaladas por la literatura, dado su rol como importante agente distractor. Por un lado, Ainscough et al. evidenció que en la odontología pediátrica la distracción auditiva ejerce un impacto lógico en la emoción, siendo utilizada eficazmente para lograr la colaboración en el tratamiento al moderar el comportamiento (74). En relación a la adaptación del entorno clínico, Astonitas Araujo da importancia al aspecto inicial de la consulta, como condicionante de comportamientos futuros de los pacientes infantiles, de forma que ambientes amigables y visualmente tranquilizadores inducen relajación mediante la estimulación de los sentidos primarios (75).

**Tabla 1:** Comparación de prácticas de abordaje descritas en la literatura y expuestas en el presente estudio.

Resultados obtenidos en el presente estudio	Armfield J, Heaton L. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review (71).
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decir, mostrar y hacer</li> <li>- Refuerzo positivo/Modelado</li> <li>- Distracción</li> <li>- Control por voz</li> <li>- Respiración</li> <li>- Meditación</li> <li>- Desensibilización</li> <li>- Musicoterapia</li> <li>- Adaptación entorno</li> <li>- Restricción física</li> <li>- Comunicación verbal y no verbal</li> <li>- Técnicas teatrales</li> <li>- Prácticas mínimamente invasivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decir, mostrar y hacer</li> <li>- Descansos</li> <li>- Señalización</li> <li>- Distracción</li> <li>- Refuerzo positivo</li> <li>- Respiración diafragmática o de relajación</li> <li>- Relajación muscular progresiva</li> <li>- Imágenes guiadas</li> <li>- Reestructuración cognitiva</li> <li>- Desensibilización sistemática</li> <li>- Hipnosis</li> </ul>

La tabla anterior (**tabla 1**), permite visualizar las modalidades de abordaje desde los hallazgos del estudio y lo señalado en la literatura, permitiendo establecer que son significativamente coincidentes, lo cual da cuenta de que los aprendizajes formales y/o académicos, son determinantes en el conocimiento y aplicación de técnicas para tratar el MDI. De hecho, la denominada técnica “Decir, mostrar y hacer”, es la más utilizada en las realidades odontológicas. Sin embargo, como vimos, según Giorgio Nardone, el miedo es una emoción, y el abordaje de las emociones debe ser indirecto, particularmente en desarrollos infantiles donde la imaginación prevalece, por lo que el hallazgo de la aplicación de “Técnicas teatrales”, donde se recurre a personificaciones atractivas para el paciente, es sin duda una de las técnicas más relevante para enfrentar el miedo, estando en línea con los descubrimientos neurocientíficos respecto

del funcionamiento paradójico del cerebro, es decir, cuando hablo del miedo o explico de que no hay que tener miedo o “no tenerle miedo a...”, exacerbo esta emoción.

Frente a la problemática expuesta, existen una serie de recomendaciones plasmadas tanto en la literatura como en el presente estudio, en el que se describe una polifonía de sugerencias, principalmente enfocadas a las actitudes y acciones que el clínico debe adoptar en la consulta dental para conducir la atención hacia una relación odontólogo/a-paciente basada en la confianza, así como lograr la pericia en el manejo de procedimientos que posibiliten guiar al paciente en el proceso.

Por otro lado, se presenta el rol del odontólogo/a como fuerza orientadora principal como parte del equipo dental, tal como lo expone Noronha y De Toledo quien plantea que la actitud tanto del profesional como del personal a cargo ejercen un rol fundamental durante la atención dental, orientando el comportamiento del paciente con el objetivo de ofrecer un tratamiento de calidad y eficiente, condicionando en conjunto con promover una experiencia y actitud positiva en el niño/a (76).

Resulta importante destacar, que queda latente la necesidad de capacitación por parte de los odontólogos/as sobre el manejo del miedo dental infantil. De igual forma, esto se encuentra plasmado en la teoría, donde se insta a mejorar sus bases de formación correspondientes a nivel de pregrado y de esta manera, fortalecer los procesos de atención primaria, pero siempre recordando que el abordaje no puede tener un carácter estándar, ni tampoco precondicionado en el manejo triangular de la relación odontólogo/a-niño/a-padre (68).

A través del análisis comparativo de las formas de identificación del miedo y su correspondencia con la aplicación de prácticas de abordaje, queda claro que el actuar clínico en el manejo del miedo dental se fundamenta en la propia experiencia y grado de sensibilidad del profesional, no así en medios formales, en donde se destaca el rol de la comunicación en sus distintas dimensiones, tanto en el reconocimiento como en el enfoque de la práctica clínica del miedo, brindando la oportunidad de evaluar patrones de conducta con la especial influencia del contexto biopsicosocial del binomio



niño/a-padres, de esta forma implementar estrategias adaptadas que conduzcan a la relajación y cooperación tras predecir su reacción frente al tratamiento (77).

Por otro lado, la evidencia señala lo frecuente que resulta que en la infancia surja la necesidad innata de protección al verse enfrentado a nuevas experiencias de la realidad exterior sin la presencia de la figura primaria de apego, por tanto, es en este escenario que encontramos el *objeto de apego o transicional* (78), donde el infante tiene la posibilidad de transitar desde la dependencia absoluta del medio ambiente a una independencia relativa. Esta figura simbólica que integra la realidad objetiva así como subjetiva del niño/a mediante la atribución de valores emocionales potenciados por el campo de la imaginación, facilita al profesional la interpretación de sus necesidades junto al control de situaciones de ansiedad como lo es la separación de la madre o cuidador principal" (79), dado el *apego* como relación afectiva incondicional necesaria que provee de seguridad y que determina los futuros vínculos sociales de cada individuo (44).

El rol protagónico que puede ser otorgado a este "objeto material del entorno, que el menor elige y donde deposita su apego" (79) según la definición entregada por Donald Winnicott, es reconocido por los profesionales como un elemento potenciador en el logro de conductas colaborativas con los tratamientos y que mejora la adaptación del infante a la atención clínica dental, entendiendo que al ser una figura en la que se deposita la seguridad y confianza esta contribuirá a reducir experiencias negativas que condicionan el miedo como forma de percibir la experiencia odontológica. Gutierrez y Sanchez en su estudio, establecen que el uso de objetos de transición, es capaz de reducir el nivel de estrés en un 65% en etapas preescolares (44), permitiendo la capacidad de reconocerse a sí mismos como "independientes" en un ambiente confiable, otorgando seguridad, en la medida que les facilita comunicar deseos y exteriorizar temores, fomentar su capacidad de simbolizar y canalizar emociones.

Por otro lado, los factores físicos medioambientales o relativos al setting odontológico, se mencionan como uno de los hallazgos que resultan del análisis sistemático realizado, donde la *manera en que se presenta físicamente el profesional* ante el paciente, ha sido descrito como uno de los aspectos relacionados con la conservación

del vínculo amigable entre el mismo y el paciente pediátrico (80). Si bien la apariencia del odontopediatra lo identifica como profesional, también potencia y permite el reconocimiento del lenguaje no verbal; como el tono voz y el lenguaje corporal (81) que son percibidos por los infantes quienes discriminan si para ellos representa una figura de confianza o bien, cuando esta simboliza algo potencialmente amenazante.

De manera controversial, algunos estudios refieren que los infantes prefieren que el clínico vista con “bata blanca”, esto basado en que simbólicamente representa un “emblema de salud” a quien se le atribuyen características como profesionalismo, conocimiento y confianza (82). Sin embargo, autores como Münevveroğlu y cols. determinaron que el vestuario pediátrico representa un atuendo más amigable y entonces, más pertinente para la atención de preescolares particularmente ansiosos, ya que alrededor del 76.5% (83) de los niños/as participantes prefirieron el uso de un “atuendo pediátrico”, contribuyendo a una mejor experiencia y relación comunicacional con el clínico.

Paralelamente, la *configuración del entorno clínico* de atención puede resultar amenazante o desagradable para el paciente pediátrico, será la iluminación o el ruido ambiental, aquellos estímulos percibidos que condicionan respuestas atribuibles al miedo dental. Por lo tanto, el diseño de la consulta debe proyectar una imagen confortable y acogedora de primera impresión, que logre la distracción del menor en conjunto con sus padres, y de esta manera influir positivamente en la atenuación del miedo dental, esto se corresponde con que el 63% de los niños/as prefieren una clínica decorada según lo expuesto por AlSarheed (84).

Finalmente, de la interpretación de la realidad percibida por los profesionales, múltiples de las prácticas descritas en el intento de modificar la conducta mediante la alteración de sus consecuencias, tributa al modelo de *“condicionamiento operante”* propuesto por B.F. Skinner, cuyo fundamento radica en que las nuevas conductas aprendidas son mantenidas por el individuo en función de sus consecuencias inmediatas recibidas y sus efectos en el ambiente que a su vez modulan dicha conducta. Según Ruales Morán el reforzamiento, el castigo, la extinción y el control de estímulos constituyen la

base de las técnicas de modificación de conductas, descritas ampliamente en este apartado (85).

Particularmente, será cuando busquemos el establecimiento de patrones deseados mediante el aprendizaje asociativo, que pongamos en práctica técnicas de modificación de conducta como el condicionamiento operante, para así modular el comportamiento flexible de un niño/a en función de sus experiencias. En la práctica propiamente tal, esta técnica se ve reflejada principalmente a través del *Refuerzo Positivo*, cuyo objetivo es mediante la presentación contingente de un estímulo de interés del menor, aumentar la probabilidad de que la conducta deseada vuelva a ocurrir (85).

### **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

Dentro de las limitaciones del estudio, destacamos que los hallazgos reflejan sólo la percepción de profesionales pertenecientes a algunos CESFAM de la Corporación Municipal de Valparaíso y Viña del Mar, por lo tanto, no se pueden extrapolar a la población general de odontólogos/as.

Como fortalezas de los hallazgos, se destaca la información proporcionada sobre las prácticas de identificación y de abordaje para el miedo dental infantil que utilizan los odontólogos/as de APS, desde su propia experiencia y percepción, puede contribuir en un futuro, la confección de un protocolo institucional que guíe al profesional en el manejo del paciente infantil con miedo dental.

Los hallazgos revelan la importancia de la aplicación de métodos de evaluación del miedo dental infantil, por lo tanto, se recomienda que los profesionales apliquen estos métodos previo a la atención de un paciente con miedo dental, ya que su detección adecuada determinará qué prácticas de abordaje y enfoques de tratamientos adoptar, considerando que en APS el tiempo y los recursos son limitados. Además, se recomienda que exista un protocolo institucional de registro en la ficha clínica, con un ítem específico que permita describir el comportamiento del niño/a, así como el abordaje utilizado, de manera que el seguimiento del paciente pueda ser realizado por distintos profesionales, garantizando el acceso oportuno a la información.

## CONCLUSIONES

La práctica odontológica con niños/as resulta un desafío constante que ha de recoger todas las dimensiones evolutivas propias del desarrollo, sopesar las contribuciones relativas de los factores sociales y psicológicos más inmediatos en conjunto con la propia intervención del profesional que forma parte de la experiencia.

Resulta importante destacar, que el cambio de paradigma en salud junto a los enfoques de atención, actualmente contribuyen al reconocimiento del rol de las emociones en la asignación de significados y su emergencia en las relaciones desde los primeros años de vida, por tanto, las experiencias negativas en la infancia son determinantes en el establecimiento de actitudes y/o comportamientos asociados a respuestas evitativas fundadas en lo simbólico del miedo como una emoción y forma de percibir la realidad, de tal forma que se vuelve necesario emplear estrategias durante la atención dental orientadas a fortalecer el vínculo odontólogo/a-paciente que promuevan actitudes positivas colaboradoras hacia la experiencia odontológica, con el objetivo de ganar la confianza y aceptación del niño/a evitando el estrés momentáneo o el desarrollo de traumas psicológicos posterior al tratamiento en la adultez.

La preparación y dinámica de los equipos dentales tratantes por sobre la práctica clínica en solitario, resulta la base del actual abordaje profesional desde una mirada sin protocolo, guiada por lo instintivo y experiencial, consolidada como una fuerza humana en busca de la generación de una alianza con el menor, siempre dispuesta a mejorar la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y el bienestar del mismo.

La futura construcción de pautas de orientaciones técnicas de abordaje del miedo que incluyan la correspondencia con la oportuna identificación de este durante el quehacer profesional, representará una fuente potencial de tecnologías que faciliten el trabajo clínico y la experiencia del futuro adulto en desarrollo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Espinoza P. Ansiedad dental en niños de 6 años beneficiarios del programa de salud oral integral en la Región Metropolitana [tesis de pregrado]. Santiago: Departamento de Ciencias Básicas y Comunitarias Área de Ciencias del Comportamiento, Universidad de Chile; 2017.
2. Munayco E, Mattos M, Torres G, Blanco D. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico. *ODOVTOS Int J Dent Sc.* 2018;20(3): 81-91.
3. Palma L. Validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad del cuestionario de ansiedad y miedo dental IDAF- 4C+ en una muestra de embarazadas en la Región Metropolitana [tesis de pregrado]. Santiago: Departamento de Ciencias Básicas y Comunitarias Área de Ciencias del Comportamiento, Universidad de Chile; 2017.
4. Renz A, Ide M, Newton T, Robinson PG, Smith D. Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;18(2): 3.
5. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud Bucal en Chile. Departamento de Salud Bucal División de Prevención y Control de Enfermedades. Chile: MINSAL; 2016; 7.
6. Antón F. Antropología del miedo, methaodos. *Rev. de Cienc. Soc.* 2015; 3 (2): 262-275. doi: <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v3i2.90>
7. Agudelo M, Estrada P. Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Rev. Prospectiva.* 2012; 17: 353-378.
8. Abded T. Algunas consideraciones éticas en odontopediatría. *Rev. Bioetica.* 2010; 22(1): 1-2. Disponible en <http://www.cbioetica.org/revista/42/422224.pdf>
9. Márquez J, Navarro M, Cruz D, Gil J. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista? Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. *RCOE.* 2004; 9(2): 165-174. Disponible en <https://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n2/original3.pdf>.

10. Aguilera F, Osorio R, Toledano M. Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. *Rev Andal Odontol Estomatol* 2002;12: 21-24.
11. Nardone G. *Emociones*. 1° ed. Italia: Herder; 2020.
12. Nardone G. *Más allá del miedo*. 1ª ed. Italia: Ediciones Paidós; 2003.
13. Yon M, Chen K, Gao S, Duangthip D, Lo E, Chu C. An Introduction to Assessing Dental Fear and Anxiety in Children. *J. Healthc.* 2020; 8(2): 86. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare8020086>
14. Stein L, Grager M, Giffin W, Hikita N, Polido J. The Relationship between Dental Fear and Anxiety, General Anxiety/Fear, Sensory Over-Responsivity, and Oral Health Behaviors and Outcomes: A Conceptual Model. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(4): 23. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph19042380>
15. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et. al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *Eur J Paediatr Dent*. 2017;18(2):121-130. doi: 10.23804/ejpd.2017.18.02.07
16. Giorgio N. *Más allá del miedo: Superar rápidamente las fobias, las obsesiones y el pánico*. 1a ed. Madrid: Paidós; 2003.
17. Minsal: Ministerio de Salud. Norma y control de la ansiedad en la atención odontológica. Departamento Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría Salud Pública. 2021. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/02/Norma-control-de-la-ansiedad-atencion-odontologica\\_v2.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/02/Norma-control-de-la-ansiedad-atencion-odontologica_v2.pdf)
18. Ledesma K, Villavicencio E. Ansiedad Y Miedo Ante El Tratamiento Odontológico En Niños. *Rev. odontol act.* 2018; 2(1): 79. doi: <https://doi.org/10.26871/oactiva.v2i1.177>
19. Mautz C, Fernández C, Saldivia C, Rodríguez C, Riquelme S, Linco J. Prevalencia de ansiedad dental en niños atendidos en los Servicios de Salud Públicos de Valdivia, Chile. *Int. J. Odontostomat.* 2017; 19( 30 ): 59-64. doi: <https://doi.org/10.22592/ode2017n30a7>

20. Larrea C, Morales L. Evaluación del miedo dental en niños atendidos en la Clínica Odontológica Universidad Franz Tamayo-Bolivia. *Rev. odontopediatr. latinoam.* 2022; 12(1). doi: <https://doi.org/10.47990/alop.v12i1.264>
21. Fonseca L, Sanchis C. Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en Odontopediatría. *Revisión bibliográfica. Therapeía.* 2013; 5(1):81-96.
22. Oliveira M, Vale M, Bendo C, Paiva S, Serra J. Influence of negative dental experiences in childhood on the development of dental fear in adulthood: a case-control study. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2017; 44(6): 434–441. doi:10.1111/joor.12513
23. Villar B, Torres L, Méndez M, Almenara M. Factores que influyen en la ansiedad dental del paciente infantil. *Cient. Dent.* 2019; 16(1):59-66.
24. Lee D, Kim J, Yang Y. The Influence of Parenting Style on Child Behavior and Dental Anxiety. *Pediatr. Dent.* 2018; 40(5):327-333. PMID: 30355427.
25. Wu L, Gao X. Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors. *BMC oral health.* 2018; 18(1):100. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0553-z>
26. Ríos M, Herrera A, Rojas G. Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. *Av Odontoestomatol.* 2014;30(1):39-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852014000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000100005&lng=es).
27. Wide U, Hakeberg M. Treatment of Dental Anxiety and Phobia—Diagnostic Criteria and Conceptual Model of Behavioural Treatment. *Dent J (Basel).* 2021; 9 (12):153. doi: <https://doi.org/10.3390/dj9120153>.
28. Ten M, Veerkamp J, Hoogstraten J, Prins P. Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 30(2): 101–107. doi:10.1034/j.1600-0528.2002.300203.
29. Ríos M, Palma L, Herrera A, Farías C, Morales N, Martínez C, et al. Validez y confiabilidad del cuestionario de ansiedad y miedo dental IDAF- 4C+ en embarazadas chilenas. *Av Odontoestomatol.* 2018; 34( 5 ): 227-236. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852018000500001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852018000500001&lng=es)

30. Armfield J, Stewart J, Spencer A. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*. 2007; 7(1):14. doi: 10.1186/1472-6831-7-1.
31. Muhannad H, Navin A, Mansour K. Evaluating factors associated with fear and anxiety to dental treatment—A systematic review. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(9):4530-4535. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_607\_20.
32. Risløv S, Jøssing M, Krohn C. The role of negative and positive memories in fear of dental treatment. *J. Public Health Dent*. 2016; 77(1): 39–46. doi:10.1111/jphd.12169.
33. Toledo OA. *Odontopediatría: fundamentos para la práctica clínica*. 4 ed. Sao Paulo: Premier; 2012.
34. Azanza Neacato S. Eficacia de dos diferentes técnicas de acondicionamiento para la atención infantil, en escolares de 6 a 10 años en las clínicas de la escuela Odilo Aguilar [tesis pregrado]. Quito: Facultad de Odontología, Universidad de las Américas; 2015.
35. Gualle Ollague K. *Modificación del Comportamiento del Paciente Infantil en el Tratamiento Odontopediátrico* [tesis pregrado]. Guayaquil: Facultad Piloto de Odontología, Universidad de Guayaquil; 2012.
36. Berge KG, Agdal ML, Vika M, Skeie MS. High fear of intra-oral injections: prevalence and relationship to dental fear and dental avoidance among 10 to 16 years old children. *Eur J Oral Sci*. 2016; 124(6):572-579.
37. Fuentes R, Gamboa J, Morales K, Retamal N, et al. Jean Piaget, Aportes a la Educación del Desarrollo del Juicio Moral para el Siglo XXI. *Rev Conv Edu*. 2012; 1(1):55-69.
38. Ramírez Z, Ramírez T. Inteligencias Múltiples en el Trabajo Docente y su Relación con la Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget. *Rev KillKana Soc*. 2018; 2(2):47-52.
39. Juárez L, Retana R, Delgado A. Factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad en niños de cuatro a seis años de edad que acuden por primera vez con el odontopediatra. *Rev ADM*. 2014; 71 (1): 9-15.



40. Bartolomé B, Torres L, Méndez M, Almenara M<sup>a</sup> G. Factores que influyen en la ansiedad dental del paciente infantil. *Cient Dent*. 2019; 16 (1): 59-66.
41. Gutiérrez A, Sánchez N. *Adquiriendo Hábitos a través del Diseño de Indumentaria Lúdica [tesis pregrado]*. Bogotá: Facultad de Arquitectura y Diseño, Pontificia Universidad Javeriana; 2012.
42. Shove E, Pantzar M, Watson M. *The Dynamics of Social Practice: Everyday life and how it changes*. 1a ed. London: Sage; 2012.
43. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo P, McTigue D, et al. Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatr Dent*. 2015; 37(1): 59-64.
44. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. *Adaptación del comportamiento del paciente odontopediátrico*. En: De Andrade M, Barbosa P, coordinadores. *Manual de Referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatría*. 2a ed. Sao Paulo: Santos; 2014. p. 25-34.
45. American Academy of Pediatric Dentistry. *Policy on medically-necessary care*. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. 3a ed. Chicago: AAPD; 2021. p. 22-27.
46. Naula C. *Relación entre el odontólogo general y el paciente en la consulta odontológica [tesis pregrado]*. Guayaquil: Facultad Piloto de Odontología, Universidad de Guayaquil; 2012.
47. Torres K. *Abordaje Para El Comportamiento Apropiado Del Paciente En Odontopediatría [tesis pregrado]*. Guayaquil: Facultad de Odontología; 2021.
48. Amaíz A, Flores MA. *Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria*. *Odonto Vit*. 2016; (24): 21-28
49. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. *Atención primaria de salud*. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care#:~:text=La%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de%20salud%20garantiza%20a%20las%20personas%20una, posible%20de%20sus%20lugares%20habituales>.

50. MINSAL: Ministerio de Salud [Internet]. Chile. Promoción y Prevención en Salud Bucal. Fundamento de Salud Bucal.
51. MINSAL: Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud bucal en Chile. Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades Departamento Salud Bucal. 2010.
52. Espinoza G, Pineda P, Atala C, Muñoz P, Muñoz S, Weits A et al . Prevalencia y Severidad de Caries Dental en los Niños Beneficiarios del Programa de Salud Oral Asociados a Escuelas de Chile. *Int. J. Odontostomat.* 2021; 15(1): 166-174.
53. Bonilla M, López, A. Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta moebio.* 2016; (57): 307.
54. Lúquez P, Fernández O. Grounded theory: epistemological, theoretical and conceptual, and methodological clarifications and contributions to science. *Revista CUMBRES.* 2016; 2(1): 101 - 114.
55. Vivar C, Arantzamendi M, López O, Gordo L. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index Enferm.* 2010;19( 4): 283-288.
56. Ministerio de Salud. Guía Clínica atención primaria del preescolar de 2 a 5 años. Santiago: MINSAL; 2009. Serie guías clínicas Minsal; 82.
57. Slabšinskienė E, Kavaliauskienė A, Žemaitienė M, Vasiliauskienė I, Zaborskis A. Dental Fear and Associated Factors among Children and Adolescents: A School-Based Study in Lithuania. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18 (16): 1-2. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168883>.
58. Esa R, Jamaludin M, Yusof Z. Impact of maternal and child dental anxiety on oral health-related quality of life of 5–6-year-old preschool children. *Health Qual Life Outcomes.* 2020; 18 (1): 319. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01565-z>
59. Ten M, Veerkamp J, Hoogstraten J. The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *J Anxiety Disord.* 2002;16(3):321-329. doi: [10.1016/s0887-6185\(02\)00103-2](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00103-2).

60. Lima M, Casanova Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Rev Hum Med.* 2006; 6(1): 14-15.
61. McNeil D, Randall C, Cohen L, Crout R, Weyant R, et al. Transmission of dental fear from parent to adolescent in an Appalachian sample in the USA. *Int J Paediatr Dent.* 2019; 29 (6): 720-727. doi: <https://doi.org/10.1111/ipd.12564>.
62. Manterola E, Morales L, Agasi R, Corraello A, Finlandino G, et al. El Miedo en Relación a la Odontología Uso de la Escala del Miedo Dental. *Rev Fac Odontol.* 2020; 35(81): 33-38.
63. Rantavuori K, Lahti S, Hausen H, Seppä L, Kärkkäinen S. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol. Scand.* 2004;62(1):207–213. doi: 10.1080/00016350410001586.
64. Correa M, Pérez N, González C, Guedes A, Salette P. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Rev Cubana Estomatol.* 2002;39(3):302-327.
65. Höglund M, Bågesund M, Shahnava S, Wårdh I. Evaluation of the ability of dental clinicians to rate dental anxiety. *Eur J Oral Sci.* 2019; 127(5):455-461. doi: 10.1111/eos.12648
66. Soares F, Lima R, Salvador D, Barros M, Dahllof G, et al. Reciprocal longitudinal relationship between dental fear and oral health in schoolchildren. *Int J Pediatr Dent.* 2020; 30 (1):286–292. doi: 10.1111/ipd.12598.
67. Barreto K, Prazeres L, Lima D, Soares F, Redivivo R, et al. Factors associated with dental anxiety in Brazilian children during the first transitional period of the mixed dentition. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2017; 18(1):39-43. doi: 10.1007/s40368-016-0264-6.
68. Vera E. Manejo psicológico de la conducta del paciente infantil para su atención en la clínica de Odontopediatría. Facultad de Odontología Universidad Estatal de Guayaquil [Tesis de Pregrado]. Guayaquil: Facultad Piloto de Odontología; Universidad de Guayaquil; 2015.
69. Lima C. Efectividad de las técnicas comunicativas para el manejo de la ansiedad en el paciente odontopediátrico [Tesis de Pregrado]. Guayaquil: Facultad Piloto de Odontología; Universidad de Guayaquil; 2020.

70. Quispe L. Escala de miedo y la Experiencia dental previa en niños de 6 a 8 años de edad [Tesis Pregrado]. Lima: Facultad de Estomatología, Universidad Inca Garcilaso De La Vega; 2018.
71. Armfield J, Heaton L. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J.* 2013; 58(4):390-407. doi: <https://doi.org/10.1111/adj.12118>
72. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry.* Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:306-324.
73. Loayza S, Azanza S. Eficacia de dos técnicas de acondicionamiento para la atención odontológica de niños de 6 a 10 años de edad de una escuela pública de Quito-Ecuador. *Rev Odontopediatr Latinoam.* 2017; 7(2):106-115.
74. Ainscough S, Windsor L, Tahmassebi J. A review of the effect of music on dental anxiety in children. *European Archives of Paediatric Dentistry.* 2019; 20(1): 23-26. doi: <https://doi.org/10.1007/s40368-018-0380-6>
75. Astonitas M. Manejo de la conducta en odontopediatría [Tesis Postgrado]. Lima: Facultad de Estomatología, Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
76. Noronha J, De toledo O. Adaptación del comportamiento del paciente pediátrico. *Rev Odontopediatría Latinoam.* 2010; 2(2): 25-34.
77. Neira L. Estrategias para disminuir el miedo en niños menores de 5 años en la atención odontológica Subcentro de Salud Amazonas El Oro 2010 [Tesis Postgrado]. Guayaquil: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil; 2012.
78. Terán A, Cortés B. El Objeto Transicional y La Demencia, Una Aplicación Clínica En La Ansiedad Por Separación. En: Libro de Ponencias: Encuentro de Investigadores, Investigación y Envejecimiento: una respuesta multidisciplinar. Salamanca; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España; 2013.
79. Winnicott DW. Objetos Transicionales y Fenómenos. En: Gedisa, editorial. *Realidad y Juego.* 2º ed. Barcelona: Gedisa; 2009. p. 17.

80. Hermida L, Puig F, Braun A, Ram D, et al. Preferencia de pacientes niños y sus padres respecto a la vestimenta y sexo del odontopediatra. *Act Odont.* 2017; 14 (1): 33-42.
81. Panda A, Garg I, Bhoje AP. Perspectiva de los niños sobre el atuendo del dentista. *Int J Paediatr Dent.* 2014; 24 (2): 98-103. doi: 10.1111/ipd.12032
82. Ravikumar D, Gurunathan D, Karthikeyan S, Subbramanian E, et al. Age and environment determined children's preference towards dentist attire: A cross sectional study. *J Clin Diagn Res.* 2016; 10 (10): 16-19.
83. Münevveroğlu AP, Akgöl BB, Erol T. Assessment of the feelings and attitudes of children towards their dentist and their association with oral health. *ISRN Dent.* 2014; 27: 1-4. doi: 10.1155/2014/867234
84. AlSarheed M. Children's perception of their dentists. *Eur J Dent.* 2011; 5(2): 186–190.
85. Ruales V. Efectividad en la terapia cognitivo conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con TDAH [tesis pregrado]. Quito: Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad Central del Ecuador; 2012.
-

## ANEXOS

### Anexo 1: Formulario de consentimiento informado



#### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

##### Levantamiento cualitativo

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Prácticas de abordaje para el miedo dental infantil de odontólogos/as de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso y Viña del Mar, Chile, 2021.”, cuya investigadora principal es Psi. Edith Cueto Urbina y coinvestigadoras; Margaret Narváez Portales, Kimberly Sepúlveda Olivos. Isidora Valenzuela Miranda y Carolina Guzmán Rojas. Para que usted pueda tomar una decisión informada explicaremos cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en los establecimientos de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a las Corporaciones Municipales de Viña del Mar y Valparaíso, Chile.
2. Esta investigación tiene como propósito aportar, a partir de sus resultados, una sistematización sobre las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil que utilizan los odontólogos/as de Atención Primaria en Salud. En base a la información obtenida, se desea generar conocimiento basado en investigación que oriente el uso de prácticas eficaces, así como generar una base para la continuidad investigativa, para lograr una atención dental satisfactoria de los niños y niñas a futuro.
3. El objetivo del estudio es conocer las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil, que utilizan los odontólogos/as de Atención Primaria en Salud,

pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso Chile, 2021.

4. En este contexto, su colaboración en la siguiente investigación consiste en participar de una entrevista individual semiestructurada y de un grupo de discusión de 60 minutos de duración aproximadamente cada actividad, respondiendo preguntas abiertas relacionadas con el tema de estudio. Estas se realizarán de forma presencial u online (plataforma Zoom o Meet), dependiendo de su preferencia, las condiciones institucionales y de pandemia. Su participación es completamente voluntaria, anónima, y no está asociada a remuneración en caso de aceptar.
5. Para los participantes, este estudio no representa ningún riesgo en términos de su integridad como persona. La investigación realizada no necesariamente tendrá beneficios para usted, pero los resultados de esta investigación podrían, eventualmente, ayudar a mejorar la atención de los pacientes pediátricos con miedo dental.
6. Usted como participante no recibirá dinero por concepto de pago de participación en el estudio y no existen gastos asociados.
7. Usted tiene derecho a manifestar sus dudas a los investigadores en cualquier momento y si no entiende alguna palabra o concepto, se tomará el tiempo para aclararlo por un miembro del equipo de investigación, así como la libertad de decir que no o retirarse del estudio de manera voluntaria en el momento que considere necesario, y su decisión será respetada, sin ningún tipo de perjuicio. Puede tomarse tiempo para reflexionar y decidir si acepta participar. Previo a aceptar puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo antes de la investigación.
8. Siempre se mantendrá reservada su identidad y datos personales, es decir, no se publicarán ni su nombre, RUT o dirección. En ningún caso se identificarán personas individuales, en su lugar se utilizará un código, ya sea letra o número.
9. El registro de los datos será reservado y confidencial, sólo tendrán acceso a ellos los investigadores y serán resguardados por el investigador principal.

10. La entrevista y grupo de discusión será audio-grabada, previa autorización de los participantes en la investigación, y transcrita posteriormente. Los datos obtenidos serán utilizados con propósitos investigativos, codificando la información y asegurando su acceso sólo a los investigadores implicados.
11. Los resultados de la investigación podrían eventualmente ser divulgados en publicaciones de tipo científica y/o académicas, o bien, ser utilizados en otras investigaciones con propósitos similares a los de la presente, siempre preservando la identidad del participante.
12. Evaluación Comité Bioética y contacto: Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité Ético Científico de Proyectos de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes como su secretaria, Profa. Claudia Cañete Hernández, al teléfono +56 32-2508500, o a través del mail institucional [tesis.odontologia@uv.cl](mailto:tesis.odontologia@uv.cl)
13. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

**Nombre y Apellido investigador Principal:** Edith Cueto Urbina

**Rut:** 6.135.604-5

**Teléfono y/o mail de contacto:** [edith.cueto@uv.cl](mailto:edith.cueto@uv.cl)

**Firma:**

**Nombre y Apellido Coinvestigador:** Kimberly Sepúlveda Olivos

**Rut:** 19.972.736-2

**Teléfono y/o mail de contacto:** [kimberly.sepulveda@alumnos.uv.cl](mailto:kimberly.sepulveda@alumnos.uv.cl)

**Firma:**

**Nombre y Apellido Coinvestigador:** Margaret Narváez Portales

**Rut:** 19.151.849-7

**Teléfono y/o mail de contacto:** [margaret.narvaez@alumnos.uv.cl](mailto:margaret.narvaez@alumnos.uv.cl)



**Firma:**

**Nombre y Apellido Coinvestigador:** Carolina Guzmán Rojas

**Rut:** 19.668.035-7

**Teléfono y/o mail de contacto:** [carolina.guzman@alumnos.uv.cl](mailto:carolina.guzman@alumnos.uv.cl)

**Firma:**

**Nombre y Apellido Coinvestigador:** Isidora Valenzuela Miranda

**Rut:** 19.954.856-5

**Teléfono y/o mail de contacto:** [isidora.valenzuela@alumnos.uv.cl](mailto:isidora.valenzuela@alumnos.uv.cl)

**Firma:**

**Valparaíso, diciembre, 2021.**

## **FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES**

### **Levantamiento cualitativo**

Yo, ....., Rut: ..... DECLARO que la investigadora principal Psicóloga, Edith

Cueto Urbina, y colaboradores; Margaret Narváez Portales, Kimberly Sepúlveda Olivos, Isidora Valenzuela Miranda y Carolina Guzmán Rojas, estudiante de odontología de la Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Altamirano, Subida Carvallo 211, de la ciudad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación “Prácticas de abordaje para el miedo dental infantil de odontólogos/as de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso y Viña del Mar, Chile, 2021-2022” que se llevará a cabo

y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación.

De acuerdo con lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es “conocer las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil, que utilizan los odontólogos/as de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso Chile, 2021.”, y se verán beneficiados y/o será útil para aportar, a partir de sus resultados, una sistematización sobre cómo los profesionales están abordando el miedo dental en pacientes pediátricos y así orientar el uso de prácticas eficaces, para lograr una atención dental satisfactoria de los niños y niñas.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en participar en una entrevista semiestructurada y grupo de discusión de 60 minutos de duración aproximadamente cada actividad, respondiendo preguntas abiertas relacionadas con el tema de estudio. Estas se realizarán de forma presencial u online (plataforma Zoom o Meet), dependiendo de mi preferencia, las condiciones institucionales y de pandemia. Mi participación es completamente voluntaria, anónima, y no se está asociada a remuneración en caso de aceptar.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar se utilizará un código y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación, cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
6. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.
7. Podré retirar mi participación de manera voluntaria, si lo considerara necesario en cualquier momento, sin que ello implique perjuicio alguno para mí.
8. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal y/o a sus colaboradores, en cualquier momento de la investigación, a quienes podré contactar en el fono +56962096233.
9. El Comité Institucional de Bioética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Valparaíso ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Srta. María

José Torres, en el teléfono +56 32-2603136 a través del mail institucional [cec.uv@uv.cl](mailto:cec.uv@uv.cl)

De acuerdo con lo declarado por mí en este documento, del que recibo una copia, firmo aceptando la participación en esta investigación.

**Nombre y Apellido investigador Principal:** Edith Cueto Urbina

**Rut:** 6.135.604-5

**Teléfono y/o mail de contacto:** [edith.cueto@uv.cl](mailto:edith.cueto@uv.cl)

**Firma:**

**Nombre y Apellido Coinvestigador:** Kimberly Sepúlveda Olivos

**Rut:** 19.972.736-2

**Teléfono y/o mail de contacto:** [kimberly.sepulveda@alumnos.uv.cl](mailto:kimberly.sepulveda@alumnos.uv.cl)

**Firma:**

**Nombre y Apellido Coinvestigador:** Margaret Narváez Portales

**Rut:** 19.151.849-7

**Teléfono y/o mail de contacto:** [margaret.narvaez@alumnos.uv.cl](mailto:margaret.narvaez@alumnos.uv.cl)

**Firma:**

**Nombre y Apellido Coinvestigador:** Carolina Guzmán Rojas

**Rut:** 19.668.035-7

**Teléfono y/o mail de contacto:** [carolina.guzman@alumnos.uv.cl](mailto:carolina.guzman@alumnos.uv.cl)

**Firma:**

**Nombre y Apellido Coinvestigador:** Isidora Valenzuela Miranda

**Rut:** 19.954.856-5

Teléfono y/o mail de contacto: [isidora.valenzuela@alumnos.uv.cl](mailto:isidora.valenzuela@alumnos.uv.cl)

Firma:

Nombre y Apellido del Participante:

Rut:

Teléfono y/o mail de contacto:

Firma:

Valparaíso, diciembre, 2021

**Anexo 2:** Pauta de entrevista semiestructurada.

Objetivos específicos	Dimensiones prácticas odontológicas	Preguntas
<b>Objetivo 1:</b> Describir las prácticas de identificación del miedo dental infantil de odontólogos/as de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso Chile, 2021.	<b>Competencia de Saber</b>	1) ¿Cuál es su forma de identificar el miedo dental de los niños(as) que recibe y ha recibido en su consulta?
		2) ¿Qué entiende usted por miedo dental infantil?
		3) ¿Cuál ha sido su experiencia en atención a estos niños(as)?
		4) ¿Cómo han compartido estas concepciones y experiencia con todo el equipo dental que atiende a los niños(as)?
<b>Objetivo 2:</b> Describir las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil que	<b>Materiales</b>	5) ¿Cuenta con registros de estos eventos en la ficha clínica u otro? ¿Y si es así, qué características tienen estos registros en términos de ítems?
	<b>Significados</b>	6) ¿Qué significado tiene para usted y el equipo atender a estos niños(as)?
	<b>Competencia de saber hacer</b>	7) ¿Cuáles son las prácticas o modos de acción que conoce para abordar un paciente infantil con miedo dental?
		8) ¿Cómo adquirió el conocimiento de estas prácticas?

conocen los odontólogos/as de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso Chile, 2021.		9) ¿Qué diferencias podría hacer con respecto al tipo, eficacia u otro criterio que considere relevante, en torno a las prácticas que conoce para el miedo dental infantil?
	<b>Materiales</b>	10) ¿Cuenta con algún protocolo o guía de acción que sirva al equipo en estos casos?
	<b>Significados</b>	11) ¿Cuáles serían desde su punto de vista, los alcances del uso de una u otra de estas prácticas?
<b>Objetivo 3:</b> Describir las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil que aplican los odontólogos(as) de Atención Primaria en Salud, pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar y Valparaíso Chile, 2021.	<b>Competencia de saber hacer</b>	12) ¿Cuál de estas prácticas de abordaje usted utiliza en la atención de estos niños(as)? ¿Cuál es su fundamento para ello?
		13) ¿Cuál es la evaluación que hace del uso de las prácticas que ha implementado? ¿Esta evaluación la comparte el equipo?
		14) ¿Cuáles son los criterios de la evaluación que ha desarrollado?
	<b>Materiales</b>	15) ¿Cuenta con registros de estas evaluaciones? ¿Cómo los realiza?
		16) APS cuenta con recursos/infraestructura que favorezca la atención de estos casos?
	<b>Significados</b>	17) ¿Qué prácticas deberían evitarse en relación a estos niños(as)?
Pregunta de cierre		18) ¿Qué sugerencias y recomendaciones podría hacer a profesionales de la odontología que atienden este tipo de niños(as)?

### **Pauta Entrevista Semiestructurada**

Esta entrevista tiene una duración aproximada de 60 minutos y es de carácter individual. Se realizarán una serie de preguntas abiertas que se encuentran ordenadas con anterioridad, con la flexibilidad de que el entrevistador pueda alterar el orden o profundizar

en alguna pregunta si así lo estima conveniente. La entrevista se verá finalizada cuando se logre la saturación teórica. Esta instancia debe ser grabada con previa autorización por parte del entrevistado.

**Nombre del Entrevistado:**

**Género observado:**

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre de investigador a cargo:**

### **Preguntas**

1. ¿Cuál es su forma de identificar el miedo dental de los niños(as) que recibe y ha recibido en su consulta?
2. Y esta línea, ¿Cuáles son sus conceptos del miedo dental infantil?
3. ¿Cuál ha sido su experiencia en atención a estos niños(as)?
4. ¿Cómo han compartido estas concepciones y experiencia con todo el equipo dental que atiende a los niños(as)?
5. ¿Cuenta con registros de estos eventos en la ficha clínica u otro? ¿Y si es así qué características tienen estos registros en términos de ítems?
6. ¿Cuáles son los significados que tiene para usted y el equipo atender a estos niños (as)?
7. ¿Cuáles son las prácticas o modos de acción que conoce para abordar un paciente infantil con miedo dental?
8. ¿Cómo adquirió el conocimiento de estas prácticas?
9. ¿Qué distinciones podría hacer en torno al tipo, eficacia u otro criterio que considere relevante en torno a las prácticas que conoce en torno al miedo dental infantil?
10. ¿Cuenta con algún protocolo o guía de acción que sirva al equipo en estos casos?

11. ¿Cuáles serían desde su punto de vista los alcances del uso de una u otra de estas prácticas?
12. ¿Cuál de estas prácticas de abordaje usted utiliza en la atención a estos niños(as)? ¿Cuál es su fundamento para ello?
13. ¿Cuál es la evaluación que hace del uso de las prácticas que ha implementado? ¿Esta evaluación la comparte el equipo?
14. ¿Cuáles son los criterios de la evaluación que ha desarrollado?
15. ¿Cuenta con registros de estas evaluaciones? ¿Cómo los realiza?
16. ¿APS cuenta con recursos/infraestructura que favorezca la atención de estos casos?
17. ¿Qué prácticas deberían evitarse en relación a estos niños(as)?
18. ¿Qué sugerencias y recomendaciones podría hacer a profesionales de la odontología que atienden este tipo de niños(as)?

**Anexo 3:** Cuadro comparativo entre el concepto y/o forma de identificación y la práctica de abordaje para el miedo dental infantil (MDI).

<b>Concepto y/o identificación del MDI</b>	<b>Prácticas de abordaje</b>
Identificación a través de la percepción del lenguaje no verbal manifestado por el niño/a.	Prácticas de comunicación no verbal, verbal y paraverbal.
Identificación a partir de la observación de comportamientos disruptivos (evitación y/o negación a la atención).	Práctica de refuerzo positivo con recursos materiales (premios).
Miedo dental infantil como construcción social.	Educación y consejería a padres y menores sobre los nuevos paradigmas odontológicos, orientados en la prevención.
El miedo dental infantil se puede desencadenar frente a procedimientos odontológicos invasivos.	Desensibilización: Iniciar con procedimientos simples y sencillos, hasta lograr la adaptación del

	menor, para luego, de forma progresiva, comenzar con tratamientos más complejos e invasivos.
El miedo dental infantil se puede desencadenar por percepción de una situación desconocida	Práctica <b>decir, mostrar y hacer</b> , que buscan familiarizar al niño/a con el entorno o ambiente clínico en 3 grandes pasos: explicar los procedimientos, mostrar (tocar, sentir, conocer) y finalmente hacer.
Identificación del miedo durante un <b>ciclo de oportunidades</b> : <b>a) Ingreso al box</b> <b>b) Interacción con el paciente</b> <b>c) Ubicación en el sillón dental</b> (influencia de la presencia del/la cuidador/a) <b>d) Durante la atención</b>	<b>a) Práctica de adaptar el ambiente clínico</b> como <u>utilizar uniformes clínicos</u> para generar un ambiente más <u>agradable y visualmente tranquilizador</u> para el paciente.  <b>b) Prácticas de desensibilización</b> , que buscan a través de la <u>exposición del paciente a estímulos</u> relacionados con la atención dental, <u>reducir o evitar una experiencia negativa</u> .  <b>c) Prácticas de relajación/contención</b> , que buscan <u>calmar/reconfortar al paciente</u> a través de <u>la presencia del acompañante adulto</u> .  <b>d) Práctica de refuerzo positivo</b> verbal orientadas a la <u>instalación/repetición de conductas deseables</u> durante la atención.
Concepto de Miedo dental como <b>trauma odontológico previo</b> o como <b>conducta aprendida desde sus familias</b> .	<b>Práctica decir, mostrar y hacer</b> , que buscan familiarizar al niño/a con el entorno o ambiente clínico en 3 grandes pasos: <u>explicar los procedimientos</u> , <u>mostrar (tocar, sentir, conocer)</u> y <u>finalmente hacer</u> .



	<p><b>Prácticas de Modelamiento</b> donde la atención grupal de pacientes con buen comportamiento al inicio guía el del resto.</p> <p><b>Prácticas de comunicación verbal dirigidas al acompañante</b>, como: anticipar, explicar y describir procedimientos.</p>
--	---

**Anexo 4:** Tabulación de resultados de entrevistas semiestructuradas.

**Tabla 4.1:** Identificación del miedo dental infantil.

Código selectivo: Modalidades de identificación del miedo dental infantil aplicadas		
Códigos axiales	Dimensiones	Relatos de respaldo
Percepción de lenguaje no verbal	-	<p>"...el <u>lenguaje no verbal</u>, eso es muy relevante, la posición que tienen con los pies en el sillón, como más muscularmente hablando así más apretaditos...a veces <u>lloran</u>"(E2HVP)</p> <p>"...algunos pacientes también <u>llorando</u>, lo puede identificar porque ya entran antes de entrar al box ya están en el CESFAM llorando y de esa manera principalmente, <u>llanto, conducta más tímida</u>, algunos que vienen <u>más tensos...</u>" (E1MVP)</p> <p>"Es algo muy fácil de identificar porque el niño se <u>esconde detrás de la mamá</u> (E3MVP)</p> <p>"...miran como de reojo, con desconfianza, y ahí uno puede notar que, si bien no es miedo, no es un espacio</p>

		<p>que les sea cómodo, por tanto, las primeras señales son visuales..." (E4MVQV)</p> <p>"...Los niños o niñas que son más temerosos, que tienen más miedo a la parte dental, <u>van acompañados con la mamá siempre obviamente y van como detrás...</u>" (E6HVDP)</p>
<p>Observación de comportamientos disruptivos en la atención dental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitación o negación para atenderse</li> <li>- Uso de juguete de transición</li> <li>- Observación de comportamientos desafiantes</li> </ul>	<p>"...<u>no se quiere sentar, te pregunta qué le vas a hacer, ese tipo de cosas</u>". (E3MVP)</p> <p>"...para mí es como cualquier actitud que tenga el niño con respecto a la atención dental propiamente tal, pero que refleje <u>reticencia a atenderse, o sea no querer atenderse...</u>"(E5MVA).</p> <p>"...<u>tienden a rechazar al tiro con palabras, así como "no quiero" "no me quiero atender...</u> y una vez que ya entran al sillón, a la parte dental, donde uno les empieza a explicar todo, aun así, muestran ese <u>rechazo, no quiere sentarse, no quiere cooperar, una vez que se sienta <u>no quiere abrir la boca</u> y ahí, todo ese transcurso de cosas, situaciones que hacen que el niño lo vea como una noxa, eso más que todo...</u>" (E6HVDP)</p> <p>"...<u>podría ser por actitudes corporales, venir aferrado a cierto objeto, peluche...</u>" (E7MVPD)</p> <p>"...como en específico como puedo identificarlo, un niño se demuestra, algunos <u>agresivos, agresividad...</u>y algunos ya <u>desafiantes o agresividad</u>" (E1MVP)</p> <p>"...<u>no quieren abrir tanto la boca, a diferencia de niños que no tienen miedo o no les causa temor ir al odontólogo la verdad es que te abren la boca bien, las cosas que le estas haciendo o explicando no le generan</u></p>

		<p>mayor temor, entonces <u>los niños que tienen miedo se nota que no te abren la boca.....están muy ansiosos, tratando de averiguar qué es lo que les vas a hacer</u>, de verlos, de estar pendiente de lo que le estás haciendo, eso podría decirles en este momento..." (E2HVP)</p>
<p>Observación de aparición del miedo dental según fase de la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingreso al box</li> <li>- Interacción inicial con el paciente</li> <li>- Ubicación en el sillón dental</li> <li>- Durante las maniobras odontológicas</li> </ul>	<p>"Al Momento que ingresa al box, ...(luego que) la asistente dental sale a buscar al paciente, bueno ahora por el tema de la pandemia hay aforos restringidos, entonces cuando el paciente entra al box, uno lo observa, y no solo en los niños uno en los adultos también puede ver si vienen o no con un poco de ansiedad, pero la primera señal es visual..."</p> <p>"... después cómo interactúa el niño contigo..."</p> <p>"... y después como un paso 3 digamos, sería la conducta del niño al momento de sentarse en el sillón..."</p> <p>"...y durante la atención porque puede ser que el niño haya llegado super bien, pero algo lo alertó o asustó durante la atención y puede haber un cambio de actitud importante durante la atención". (E4MVQV)</p>
<p>Consulta respecto a experiencias de dolor previas con otros profesionales de la salud</p>		<p>"...qué tal ha sido esa experiencia, porque a veces vienen y no ha sido la mejor, o son pacientes que han pasado por el Kine, lejos los pacientes que han tenido atenciones por problemas obstructivos respiratorios y que han pasado por Kinesiólogo(a) vienen con cierto temor, porque piensan que todos los que estamos con uniforme clínico hacemos lo mismo..." (E4MVQV)</p>
<p>Observación de la influencia del</p>		<p>"...Hay veces que el <u>niño se relaja cuando sabe que el papá o la mamá va a estar con él cerca</u>, y ahí uno puede</p>

familiar antes y durante la atención dental		<p><i>notar también que la situación va a andar mejor..." (E4MVQV)</i></p> <p><i>"...en algunos casos que <u>la mamá dice previamente a la atención "oy, le tiene terror al dentista"</u> y uno va preparado..." (E3MVP)</i></p>
---	--	--

**Tabla 4.2:** Concepto de miedo dental infantil de los profesionales.

<b>Código selectivo: Concepto de miedo dental infantil</b>		
<b>Códigos axiales</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos de respaldo</b>
<p><b>Percepción de sensación desagradable transmitido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud</li> <li>- Gesto</li> <li>- Palabra</li> <li>- Inexacto</li> </ul>	<p><i>"...Para mi el miedo dental infantil es una sensación desagradable que el niño transmite al entorno, ya sea por alguna actitud, algún gesto o de manera verbal que puede ser no necesariamente muy definido, o sea no necesariamente te va a decir "tengo miedo", pero es esa actitud digamos o la transmisión de una sensación desagradable que se está efectuando puntualmente, o sea uno puede decir "esto es asociado a la atención odontológica" y no a otra instancia..." (E4MVQV).</i></p> <p><i>"...para mi es como cualquier actitud que tenga el niño con respecto a la atención dental propiamente tal, pero que refleje reticencia a atenderse, o sea no querer atenderse..."(E5MVA).</i></p> <p><i>"...El miedo para mí es como más que todo rechazo del niño, un rechazo ante algo nuevo o ante una experiencia que la vinculan a algo que ellos encontraron como invasivo, que lo sacó de su área de comodidad..." (E6HVPD).</i></p>

<p><b>Causas atribuidas al miedo dental infantil</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trauma odontológico previo</li> <li>- Conducta aprendida en el entorno familiar</li> </ul>	<p><i>"...tienen miedo porque toman como experiencia lo que han vivido con otros profesionales que usan bata o tenidas clínicas, por ejemplo, el médico que lo ha inyectado y esas cosas, entonces lo asocian al dentista. Y otros, que ya han pasado la experiencia y que por una mala experiencia que ellos conocieron como invasivo, como que tienden a desarrollar este miedo..." (E6HVPD)</i></p> <p><i>"...algún tipo de trauma en la primera atención dental o algún tipo de conducta que es aprendida también, puede ser aprendida, desde las familias, generalmente viene este miedo desde las familias... ...generalmente viene este miedo desde las familias y hay que entender también de donde viene el niño en qué familia está inmerso o en qué entorno o que barreras de apoyo tiene por qué de ahí se va forjando el miedo y por eso es importante conocer a los padres preguntarles por las atenciones previas..." (E1MVP).</i></p> <p><i>"...a veces se tiene miedo a lo desconocido o a veces también ese miedo es originado por terceros, no es poco frecuente que los cuidadores, papás o acompañantes, traen al niño al dentista por primera vez y les dicen "abren la boca, si no la tía te va a sacar todos los dientes" (E7MVPD).</i></p>
<p><b>Condicionantes personales atribuidos al miedo dental infantil</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Personalidad</li> </ul>	<p><i>"...depende de la edad de los niños, porque cuando son chiquititos quieren estar con la mamá..." (E3MVP).</i></p> <p><i>"...o simplemente por la personalidad del niño al no saber qué es lo que se puede esperar de la atención..." (E7MVPD).</i></p>

**Tabla 4.3:** Experiencia de los odontólogos/as en la atención de niños/as con miedo dental.

<b>Código selectivo: Experiencia profesional en atención de niños/as con miedo dental</b>		
<b>Códigos axiales</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos de respaldo</b>
Calificación de experiencia profesional en miedo dental infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia inicial estresante</li> <li>- Experiencia actual buena</li> </ul>	<p><i>"...En general buena experiencia, pero no partió siendo así. Cuando uno egresa es muy estresante, especialmente niños muy pequeños, que venían con alguna urgencia, no era una experiencia agradable, actualmente mi experiencia yo la considero positiva, siempre voy adquiriendo herramientas que los mismos pacientes te dan..." (E4MVQV)</i></p> <p><i>"Yo creo que en general en mi vida ha sido una buena experiencia, pero no partió siendo así, porque cuando uno recién sale de la universidad...yo siento muy estructurada la forma de atender o como te enseñan que debes atender a un niño de manejo complicado, es lo que yo siento y lo que veo a través de mi experiencia clínica porque cuando estás en la universidad te enseñan que un niño difícil tiene alternativa A, B, C y posiblemente D, va como en escala y uno generalmente tiende a aplicar así como al pie de la letra lo que se supone que debería funcionar, que ni siquiera a veces en la universidad funcionaba..." (E3MVP)</i></p>
Influencia del familiar en la calificación de la experiencia profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lo dental como castigo</li> <li>- Familiar interviene en la atención</li> </ul>	<p><i>"...el acompañante muchas veces como que no acompaña, como que tiende a aumentar el tema del miedo, por ejemplo, que la mamá le dice "si no hace esto, no te vamos a dar esto", como condicionando la respuesta del niño. O retándolos "oye te voy a retar en</i></p>

	<p>reprendiendo al niño/a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiar en actitud agresiva</li> <li>- Familiar contenedor de emociones infantiles</li> <li>- Familiar contenedor físico</li> </ul>	<p><i>la casa”, entonces al final, al niño más miedo le da... ..si el papá está nervioso o si el papá está con esa actitud media agresiva, o no sé cómo llamarle, no vamos a tener buena respuesta...” (E6HVPD)</i></p> <p><i>”...en mi experiencia, lo que me ha ayudado mucho es tener la colaboración, cooperación de los padres, si no tengo eso, se hace muy difícil poder manejar un niño de estas características porque yo necesito que ese niño que está con miedo sienta cierta contención de sus cuidadores, de sus padres y no puedo lograr una relación de confianza con el niño en una primera sesión, si no que tengo que irlo trabajando de a poco y si el niño está con su padre/cuidador conteniendo..., normalmente es una contención emocional, pero también a veces lo pongo al lado y es una contención física, porque le agarran la manito, le hacen cariño, los niños sienten que están en confianza igual...” (E7MVPD)</i></p>
<p>Condicionante del tiempo restringido de atención en el sistema público</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condicionante de tiempo de atención normal</li> <li>- Condicionante de tiempo pandémico de atención</li> </ul>	<p><i>...Mi experiencia ha sido un desafío, el poder lograr la atención en la APS sobre todo con el poquito tiempo que hay destinado, , porque aquí no hay diferencia de los niños que tengan o no tengan miedo, para todos es el mismo tiempo...” (E2HVP)</i></p> <p><i>”Posterior a la pandemia, se dio un poco más de tiempo por temas de protocolos, de 20 minutos pasamos a 1 hora, o sea hartó, entonces ahí se logró generar un mejor trabajo con los niños y así que con esa situación, obviamente uno ya podía aplicar algunos conceptos, algunas cosas como por ejemplo el mostrar, el que</i></p>

		<i>toque las cosas, como para poder instaurarlo un poquito en un ambiente más cómodo para él..." (E6HVPD)</i>
Experiencia personal de maternidad como fortaleza en la atención		<i>"...cuando fui mamá y tuve de cerca la experiencia de enfrentarme a una persona no verbal, como son las guaguas y los niños muy pequeños, entonces ahí uno va desarrollando otras herramientas que yo lleve a la práctica profesional...nunca me había enfrentado a situaciones complejas como un llanto descontrolado o actitudes que tienen que ver con el rechazo a cualquier situación, como las enfrente cuando tuve a mis hijos, entonces eso también me ayudó a que la experiencia actualmente sea positiva, hace muchos años ya que para mi no es tema que tenga un episodio que yo pueda catalogar como miedo al dentista y simplemente no me estreso por eso, o sea si tengo que darle 3, 4, 5 o 6 sesiones de adaptación al niño lo vamos a hacer...." (E4MVQV)</i>

**Tabla 4.4:** Concepciones y experiencias compartidas con el equipo de Atención Primaria en Salud que atiende niños/as con miedo dental.

<b>Código selectivo: Miedo dental infantil como conversación de pasillos</b>		
<b>Códigos axiales</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos de respaldo</b>
<b>Insuficiencia de encuentros clínicos del equipo de atención en torno</b>	- No se conversa clínicamente del miedo dental infantil	<i>"...Con el resto del equipo dental no conversamos sobre casos clínicos, nada, las reuniones de dental básicamente son administrativas sobre rendimientos, metas, cosas como muy concretas y objetivas, no hay</i>



<p><b>al miedo dental infantil</b></p>	<p>- Se conversa anecdóticamente del miedo dental infantil</p>	<p><i>como una comunicación de casos clínicos..." (E7MVPD)</i></p> <p><i>"...Son más conversaciones de pasillo, una que otra reunión de estamento a veces se discuten estos temas, pero la mayoría de las veces conversación de pasillo, de "oye sabes que me tocó atender a x, no se dejó atender y yo vi que tú la atendiste la vez anterior, cómo lo hiciste o la sigues atendiendo tú"...la mayoría de las veces lo conversamos a la hora de algún café o a la salida o durante el trabajo, como les digo, tampoco es que tengamos reuniones orientadas a tratar esos temas en particular". (E4MVQV)</i></p> <p><i>"...La experiencia con todo el equipo ha sido bastante buena, nos complementamos muy bien y generalmente conversamos sobre nuestras experiencias que tenemos con cada paciente, lo que nos ayuda a conocer la forma en que abordan los otros colegas y así vamos aprendiendo de todos, por ejemplo, las técnicas que usan, las que les funcionan más y todo eso..." (E3MVP)</i></p>
<p><b>Función de asistente dental clave en el proceso de atención</b></p>	<p>- Función de distracción y apoyo de las TONS</p> <p>- Basada en la comunicación expedita con la asistente dental</p>	<p><i>"...Específicamente con la TONS hacemos un buen trabajo en equipo, ella me ayuda bastante con la distracción y manejo de los niños. Considero que es súper importante tener una buena comunicación con la asistente para lograr una adecuada atención sobre todo en estos niños que requieren de más herramientas para lograr buenos resultados..." (3MVP).</i></p>

		<p><i>"...Partamos desde un nivel más básico, yo con mi TONS, súper bien coordinado, bueno yo eh trabajado con distintas TONS, en realidad todas la TONS, que tenemos en el CESFAM son muy buenas así que, he tenido un muy buen equipo, yo creo que es fundamental el apoyo que tenemos de la asistente..." (2HVP).</i></p>
--	--	--

**Tabla 4.5:** Características y tipo de registro del miedo dental infantil.

<b>Código selectivo: Registros aplicados en la atención de niños/as con miedo dental</b>		
<b>Códigos axiales</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos de respaldo</b>
<b>Registros en la Ficha clínica del niño/a sin protocolo institucional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro no protocolizado en la Ficha dental</li> <li>- Registro no protocolizado en relación con niños/as con necesidades especiales</li> </ul>	<p><i>"...Nuestro sistema de registro, es la ficha clínica digital a través de la plataforma Avis, nosotros como estamento dental tenemos un protocolo que se refiere a lo registros mínimos necesarios que se deben registrar en la ficha clínica, por ejemplo, el diente en el que se realizó un tratamiento o el sector, qué tratamiento se realizó, con qué anestesia, tenemos un protocolo; sin embargo, en ese protocolo no está considerado el registro de esta característica, llámase miedo/ansiedad dental de estos pacientes, por lo tanto eso queda a criterio de cada uno de los odontólogos, si es que lo registra o no en la ficha..." (E2HVP)</i></p> <p><i>"...por lo general en mi caso yo dejo mucho registró en la ficha cuando son pacientes con necesidades especiales, dejo algunas notas de recordatorio sobre</i></p>

		<p><i>qué cosas evitar para no hacerlo sentir incómodo, pero un registro en particular o que exista una caracterización en relación al miedo dental definido, no, y tiene que ser un caso super llamativo por así decir, como para dejar un registro así en la ficha...(E4MVQV)</i></p>
<p><b>Tipo de Registro Ficha Clínica y canal de comunicación intraequipos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro minucioso de las condiciones de ingreso y atención del niño/a</li> <li>- Registro intencionado para preparar al colega que haga la siguiente atención</li> </ul>	<p><i>“...En mi experiencia me ha resultado súper útil y a mí me gusta mucho escribir la ficha con lujos y detalle, una ficha clínica bien llena y no solamente en la parte clínica, a mí me encanta poner cosas como por ejemplo si es niño venía sucio, si el niño venía con restos de comida en la boca, si llegaron atrasados o no, la parte actitudinal, que es lo que me dice el papá... porque yo podría hacer una evolución de ficha bastante simple, donde yo relato por ejemplo “el niño no se deja atender” y punto, en cambio yo podría evolucionar esa ficha de mejor manera y poner “se intenta técnica de maneja con tal manera, el niño no logra adaptarse o el niño llora”, para que el otro odontólogo sepa que cosas yo intenté ese día y que cosas no funcionaron y que cosas sí funcionaron, por ejemplo la motivación de los papás “el papá colabora activamente” “el papá no colabora activamente”...Esa yo creo que es nuestra herramienta de comunicación más fiable y lamentablemente no todos se dan el trabajo de hacer ese llenado de ficha...” (E7MVPD).</i></p> <p><i>“...yo por lo menos me preocupo muy bien de anotar todo en la ficha con respecto a la parte de anamnesis, poner todo lo que sucedió, después en la parte de actuación también como para preparar al colega, que</i></p>

		<p><i>viene o atiende después la situación que pasó y ya tener una mentalidad un poquito más preparada a lo que viene, porque eso nos pasaba también, muchas veces nosotros estábamos, se nos presenta el paciente con miedo y es como “puf” tienes que cambiar al tiro el swtich, al momento y eso es distinto que prepararse antes de para recibir a ese paciente y es como la manera más efectiva que hemos tenido ahora es la ficha clínica para mí...” (E6HVPD).</i></p> <p><i>...es super bueno que esté registrado en la ficha, por ejemplo, si el niño no se quiso atender la vez anterior y las técnicas que usaron para saber y no repetir lo mismo y estar como preparado para la atención de ese niño.” (E5MVA)</i></p>
--	--	---

**Tabla 4.6:** Percepción y significado que le otorga el profesional y el equipo de Atención Primaria en Salud a la atención de niños/as con miedo dental.

<b>Código selectivo: Consecuencias percibidas derivadas de la atención de pacientes con miedo dental infantil</b>		
<b>Códigos axiales</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos de respaldo</b>
<b>Consecuencias percibidas respecto del paciente</b>	- Salud bucodental más deteriorada de los pacientes infantiles	<i>“...Es súper importante, obviamente son los pacientes que requieren más atenciones dentales, porque si son de difícil manejo, generalmente no han tenido atenciones anteriores o no se han dejado atender y han postergado muchas atenciones odontológicas, entonces es de vital importancia de que se trate o de que se intente realizar adaptación y que se derive en</i>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derivación del paciente infantil a especialista</li> <li>- Mayor énfasis en la prevención de la salud bucodentaria</li> <li>- Tratamientos menos invasivos</li> <li>- Educación a los padres respecto al miedo dental infantil</li> </ul>	<p><i>caso de que no sea posible en APS, así que tiene un significado bien importante. Generalmente los pacientes que no tienen dificultades en la atención llegan bien a la consulta y solamente se realizan tratamientos menos invasivos, preventivos o de control 0, pero los pacientes de difícil manejo vienen con harto daño, por lo mismo, porque se ha postergado la atención...” (E1MVP)</i></p> <p><i>“Generalmente los niños que tienen más miedo por así decirlo, son niños que tienen una salud bucodental más deteriorada, entonces en esos niveles que tienen una actividad cariogénica importante es también hacer dar cuenta al apoderado llámese mamá, papá, la abuela, el tío, que se yo, que todo ese miedo/ansiedad dental que está sufriendo el niño se podría evitar, de hacer tratamientos invasivos me refiero, con una buena prevención, buena higiene, alimentación, ver todos esos otros factores que están gatillando a llevar a esas circunstancias..” (E2HVP)</i></p>
<p><b>Consecuencias experimentadas como odontólogo/a tratante</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención agotadora/gratificante</li> <li>- Insatisfacción/satisfacción</li> <li>- Próxima atención incierta y en función del</li> </ul>	<p><i>“...Atender a este tipo de pacientes creo que es agotador cuando no se logra la atención, pero igual es gratificante cuando a lo largo de las sesiones logramos un avance y vemos que se logró empezar el tratamiento, por lo menos empezar, realizar las cosas más urgentes y que el niño se va más tranquilo o aliviarnos el dolor. En ese caso, es gratificante y se siente una satisfacción...” (E1MVP).</i></p>

	<p>manejo del próximo profesional</p> <p>- Traspaso de frustración de los familiares al profesional</p> <p>- Significado otorgado a la experiencia profesional como desafío y/o responsabilidad</p>	<p><i>“...Tiene como las dos caras, bueno y malo, igual hay matices obviamente, pero por lo general, son bien definidas las caras en estos pacientes, distinto es en los niños cuando se portan bien, ahí uno ya tiende a no tener tanta satisfacción en esos niños porque uno ya sabe que el niño coopera y el niño lo logró, él hizo casi todo el trabajo si coopera bien, en cambio cuando los otros niños con miedo lo logran, ahí sí se siente satisfacción tanto por el niño y para mí, porque lo logramos o más que yo, el equipo que formamos con la asistente...” (E6HVPD).</i></p> <p><i>“...Ahora, si es que aún tiene ese rechazo y no puede controlar ese rechazo, independiente por lo que sea, ¿uno se frustra y dice “chuta que hago, con esas herramientas que puedo hacer?”, que vamos a hacer con estas mismas herramientas la próxima sesión, porque no va a llegar a otro lugar más preparado, si no que al mismo sillón y a quién le va a tocar también, porque somos 6 colegas y a cualquiera le puede tocar... Entonces, en esas situaciones, cuando uno no logra solucionar eso, se frustra, yo me frustró porque intento dar todo por mi paciente y no se puede...” (E6HVPD).</i></p> <p><i>“...Cuando no logras una atención, o realizar un procedimiento y tienes que hacer sesión de adaptación, también se traspasa un poco la frustración de los padres, y ahí es donde yo decía que la colaboración es importante, es muy importante que los</i></p>
--	---	--

		<p><i>papás entiendan que esto es un camino cuesta arriba, que necesitamos apoyo, entonces si los papás no te entienden y están desesperados porque requieren un tratamiento y sienten que el niño no se deja, esa frustración de alguna manera te la traspasan, porque empiezan a decir como “no le hicieron nada”, porque el dentista se mide por acción, no por conocimiento, no por tiempo ni dedicación, entonces cuando tu pasas 20 minutos y estás conversando o jugando tratando de adaptar ese niño para que no tenga miedo, y se te acaba el tiempo y es como “ya, nos vemos a la próxima sesión” y los papás como “y no le va a hacer nada” entonces es frustrante en ese sentido, cuando con los papás no somos un equipo, son ellos versus nosotros y no está esta unión de ideas donde hay que ir de a poco, entonces es frustrante al principio...” (EMVPD</i></p> <p><i>“...Y qué es lo que significa para mi, como dije, un desafío, una responsabilidad también, creo que soy muy consciente en que las experiencias que tengan estos niños con miedo dental, son algo que los podría marcar, ojalá positivamente, pero yo se que está implícito que si ellos tienen una experiencia negativa, se van a acordar de mi negativamente, y que eso les puede afectar psicológicamente, puede tener un impacto en ellos, así que yo me lo tomo como un desafío y como una gran responsabilidad...” (E7MVPD).</i></p>
--	--	---

		<p>“...no tienen más significación en particular si los comparo con otros pacientes, a diferencia de pacientes que sí tienen necesidades especiales permanentes...independientemente de si es un paciente pediátrico o adolescente, independiente del ciclo vital en el que este, no es relevante, por eso no hay paciente que me signifiquen unos más que otros...” “(E4MVQV).</p>
--	--	---

**Tabla 4.7:** Criterios considerados relevantes en torno a la elección de las prácticas de abordaje para el miedo dental infantil.

<b>Código selectivo: Criterios para seleccionar la práctica de abordaje del miedo dental infantil</b>		
<b>Códigos axiales</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos de respaldo</b>
<b>Edad del niño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menores de 5 años que se sienten con el adulto</li> <li>- Todas las edades tomarles la mano</li> <li>- Contarles cuentos</li> </ul>	<p>...Es que eso depende de cada niño, en general la que me ha funcionado de manera transversal es sentarse con el adulto, sobre todo con los más pequeñitos, menores de 2 o 3 años, menores de 5 años en realidad que se sienten con el adulto, es lejos súper bacán, eso es como transversal y después en las segunda sesiones ya se quieren sentar solos, lo otro que me funciona con la mayoría, especialmente con los niños, es tomarle la mano, eso también me ha funcionado, yo creo que los hace sentir más tranquilos a lo mejor...para los preescolares sobre todo, no está máquina no se, las veces que tienes que usar turbina con niños muy pequeños, mira yo te voy a contar que tu tienes muchos bichos en la boca y tu sacai así la</p>



		<p><i>placa bacteriana y se la mostrar y mira ahí están todos los bichos aplastados que feo entonces vamos a pasar esta máquina porque los bichos son cobardes y son sucios, y no les gusta el agua, entonces con esta máquina los voy a duchar y se van a arrancar y la bombilla se los va a llevar, entonces cuando yo le cuento esta historia y está actuando el eyector, mi asistente dice ¡Ahí van los bichos, ahí va otro! entonces ahí empieza la cacería de los bichos, los involucras como en una historia, un cuento, eso te sirve para los preescolares, de 5 pa arriba no te la compran mucho y ahí son otros elementos, no se la mayoría yo creo tiene que ver con ganarse la confianza del niño, cuando el niño confía y la niña confía en ti, y que tu le dices siempre la verdad....para mi es más estresante atender a un adolescente o una persona de edad mediana que un niño..." (E4MVQV).</i></p>
<p><b>Personalidad del niño, acompañante y/o profesional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalidad del profesional tratante</li> <li>- Personalidad del paciente</li> <li>- Personalidad del acompañante</li> <li>- Personalidad de la TONS</li> </ul>	<p><i>"...Y también puede ser el tema personal, para mi la personalidad tanto del colega, como del paciente o niño, el acompañante y la asistente, no todas las técnicas, y no cualquiera está puesto a aplicar algunas técnicas, ese rechazo de personalidad frente a una persona que no confíe, ya conlleva un tema de diferencia en cada una de las técnicas, por ejemplo yo no puedo confiar en óxido nitroso y me presentan el óxido nitroso y voy a tender a rechazarlo altiro, entonces tiene que ver un tema de personalidad de quien lo aplica y a quién se lo aplica, la mamá también todo esto en conjunto, no se cómo explicarlo de otra manera, pero es como no todos están dispuestos a</i></p>

		<i>enfrentar la misma situación o la misma técnica, quizás yo soy más afín a una y a otras no...tema de personalidad de quien lo aplica y a quién se lo aplica, la mamá también todo esto en conjunto..." (E6HVPD)</i>
<b>Bajos recursos y rapidez de implementación</b>	- Fáciles de adquirir y de aplicar	<p><i>"...la parte del presupuesto, adquisición, hay unas técnicas que son fáciles de adquirir, y fáciles de aplicar, porque no requiere de plata o lo que sea, o adaptación ni nada, como por ejemplo una extremista sería hablar, conversar, intentar inmiscuirse, en tema educativo, antes de llegar a la parte acción, eso versus comprar un sillón especial...tiempo, porque el tiempo obviamente implica todo, como les dije recién si tengo 20 min, versus 1 hora, no puedo aplicar las mismas técnicas, entonces tiempo..."(E6HVPD)</i></p> <p><i>"...Hay ciertas técnicas que son más fáciles de aplicar, porque como decía no requieren implementación, por ejemplo, las técnicas comunicativas, que es como la puerta de entrada para el manejo de un niño..." (E1MVP).</i></p>

**Tabla 4.8:** Apreciación de la existencia de protocolo para el abordaje de niños/as con miedo dental por parte de los profesionales.

<b>Código selectivo: Disposición de protocolo/guía de acción para el abordaje de niños/as con miedo dental</b>		
<b>Códigos axiales</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos de respaldo</b>
<b>Inexistencia percibida de</b>	- Protocolos formales	<i>"...Digamos que de manera establecida, <u>formalmente</u></i>

<p><b>protocolos de atención guía de niños/as con miedo dental</b></p>	<p>- Protocolos exclusivos para el miedo dental</p>	<p><i><u>interna del servicio, no tenemos...</u></i>. (3MVP)</p> <p><i>"No, así como protocolo por escrito, no, lo hemos conversado en reuniones y hemos llegado a ciertos acuerdos, pero <u>nada por escrito, ningún protocolo.</u>"</i> (5MVA)</p>
<p><b>Uso de criterio conductual para derivación a ODP según orientaciones técnicas del MINSAL, respaldado por los siguientes relatos;</b></p>	<p>-</p>	<p><i>"...Siempre son más que nada los <u>criterios de derivación Odontopediatría...</u>"</i> (4MVP)</p> <p><i>"...si hay un <u>protocolo de derivación a Odontopediatría, que es del servicio de salud ...</u>"</i> (1MVP)</p>
<p><b>Usar criterios de Guía de atención pacientes TEA otorgados por el MINSAL</b></p>	<p>-</p>	<p><i>"...también nos mandaron unas <u>guías para atención de pacientes con TEA, que es del servicio, que nos mandaron a nosotros a APS...</u>"</i> (1MVP)</p>

**Tabla 4.9:** Percepción del alcance de las prácticas de abordaje del miedo dental infantil.

<p><b>Código selectivo: Alcances de las prácticas de abordaje del miedo dental infantil</b></p>		
<p><b>Códigos axiales</b></p>	<p><b>Dimensiones</b></p>	<p><b>Relatos de respaldo</b></p>

<p><b>Necesidad de recursos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complejidad del recurso</li> <li>- Técnica comunicación mayor alcance</li> <li>- Mayor alcance, menos recurso</li> </ul>	<p>"... <u>técnica de comunicación no requiere implementación aparte, es simple, es efectiva, yo creo que es una de las más efectivas, sobre todo en las primeras sesiones y es la puerta de entrada...</u>" (1MVP)</p> <p>"...entonces lo primero es la comunicación verbal y no verbal, que si bien no sé si se puede enmarcar como dentro de una técnica, eso es lo primero, la comunicación..." (E7MVPD)</p>
<p><b>Experiencia del profesional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refuerzo en la elección de la técnica y su uso</li> <li>- Mejoras de técnicas con la implementación</li> </ul>	<p>"...Yo creo que más que nada por <u>experiencia</u>, en la medida que uno va <u>probando técnicas</u> y va viendo que le resultan, uno las va a <u>aplicando más veces</u> e incluso las puede ir mejorando, yo creo que la <u>experiencia y el uso de las técnicas propiamente tales</u>, te van reforzando si son mejores o no que otras, para seguir las usando...." (5 MVA)</p>
<p><b>Características del paciente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud antes de la atención</li> <li>- Actitud durante la atención</li> <li>- Después de la atención</li> <li>- Edad del paciente</li> </ul>	<p>"...Si, la <u>edad y la actitud del niño durante la atención</u> y como va <u>respondiendo</u> a las comillas técnicas que uno va aplicando, por ejemplo si veo que el refuerzo positivo en el niño no es relevante, entonces no necesariamente lo sigo haciendo en una segunda atención, quizás no es relevante para él recibir ese refuerzo positivo...". (4MVQV)</p> <p>"...Claro, un poquito yendo por <u>edad</u>, por ejemplo si llega el adolescente tapado y con audifonos y uno le dice "mira, vamos a jugaaar", básicamente vamos a hacer el ridículo, mis colegas se van a reír y el paciente me va a mirar con cara de loca..." (7 MVPD)</p>

<p><b>Características del acompañante</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud</li> <li>- Disposición</li> <li>- Influencia en el niño/a que recibe el tratamiento</li> </ul>	<p><i>"...En general, no todas las técnicas se aplican en las mismas situaciones, depende mucho, no tanto del niño, yo creo que del <u>acompañante</u>, o sea, para mí no cualquier técnica funciona con cualquier caso, o sea, si el paciente <u>viene acompañado con una persona que no coopera, no es lo mismo que venga con una persona que esté al lado del niño, que lo acompañe en todo momento de manera positiva</u>, entonces aquí el protocolo A no lo voy a aplicar aquí, sino que voy a aplicar el B, porque tengo primero que <u>tratar primero a la persona que acompaña, tratar de cambiarle la mentalidad</u>, que es una cosa súper difícil y quizás aplicar un protocolo C, entonces <u>depende mucho, para mí uno de las principales cosas el acompañante del niño</u>. ..." (6HVPD)</i></p> <p><i>"...al final, <u>es el que muchas veces le transmite los miedos</u>, muchas veces quieren cooperar, que me ha pasado también en el consultorio, que <u>la mamá tiene miedo, la misma mamá me tiene miedo, la mamá llora</u>, porque el niño está sufriendo y eso es distinto a una mamá que no quiere cooperar, porque quizás quiere cooperar, pero le <u>transmite toda esa ansiedad</u>, entonces también hay un protocolo C, B o E,...." (6HVPD)</i></p>
<p><b>Tiempo disponible para la atención</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiciona el uso de la técnica.</li> </ul>	<p><i>"...el tema de <u>cuánto tiempo dispongo</u> es una condicionante para la atención, porque ahí <u>aplico si uno o si otro</u>, o por ejemplo si tengo esa hora, pero el paciente llega media hora tarde, el tiempo también <u>guía para la hora de la elección</u>".(6HVPD)</i></p>

**Tabla 4.10:** Prácticas de abordaje para el miedo dental infantil aplicadas por los profesionales.

<b>Prácticas implementadas por los profesionales para el abordaje del miedo dental infantil.</b>		
<b>Código selectivo</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relato</b>

<p><b>Prácticas de comunicación verbal y paraverbal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de la voz</li> <li>- Uso estratégico del lenguaje</li> <li>- Convencimiento</li> <li>- Concientizar</li> <li>- Confortar</li> <li>- Confianza y seguridad</li> <li>- Describir/explicar Procedimientos</li> <li>- Comunicación dirigida al niño/a</li> <li>- Conocer gustos del paciente</li> </ul>	<p>"... Le estas <u>diciendo lo que estás haciendo</u>, le estás diciendo <u>lo que va a pasar</u>, trato de <u>explicarles por ejemplo</u>, por qué es necesario hacer lo que hay que hacer, en <u>idioma obviamente de niño</u> de acuerdo a su edad que me puedan entender, pero nunca suavizo la realidad o <u>nunca les digo que no va a doler...</u>" (2HVP)</p> <p>"...Todas enfocadas siempre en la <u>comunicación</u>, en tratar de <u>comunicarnos primero con el niño</u> y lograr una comunicación, porque si no logramos comunicación de un principio, no podemos explicarles que es lo que vamos a hacer o que nos entiendan cuál es el objetivo, que es el bien para su salud bucal..." (2HVP)</p> <p>"...<u>conversar con ellos al nivel de ellos</u>, de <u>altura</u>, me siento o me pongo en cuclilla al frente de ellos, o ellos sentados en los brazos de los papás y yo sentada...". (4MVQV)</p> <p>"...<u>mirar a los ojos</u>, <u>bajar a la altura...</u>" (7 MVPD)</p> <p>"...lo principal que ocupamos acá, yo creo que mis colegas también de Placilla es la técnica de <u>comunicación</u>, que es lo más adecuado y simple, no necesitamos otros implementos o materiales, solamente comunicando, el <u>control de la voz</u>, <u>siempre con suavidad</u>, <u>eleva en ciertos momentos la voz y luego bajarla..</u>" (1MVP)</p>
---	--	---

		<p><i>"...yo <u>nunca trato de decir la palabra dolor</u>, me recuerdo que eso lo dijeron en la universidad, nunca decirle a los pacientes la palabra dolor porque eso ya <u>genera algo negativo</u>, no hay que decirles que le va a doler. .." (2HVP)</i></p> <p><i>"...<u>hablarle</u> previamente, concientizar..." (3MVP)</i></p> <p><i>"... <u>les digo</u> "mira estos bichos se estaban comiendo el dientecito, mira que feo" y se asustan y dicen "ay sí qué feo" entonces le digo "ya esto no lo vamos a dejar acá" y así uno los va convenciendo..." (3MVP)</i></p> <p><i>"... les hago <u>preguntas directamente a ellos</u>, puede ser un niño muy pequeño, como de 2-3 años y siempre les pregunto su edad, que les gusta hacer..." (4MVQV)</i></p> <p><i>"cuando vienen con juguetes o cuando vienen con ropa de personajes, como a mi me gustan muchos los monos animados y veo harto mono, entonces reconozco los monos, entonces <u>les digo</u> "Ah!, a tí te gusta x personaje" y te quedan mirando como "Ah! ella conoce a los monitos", entonces te ven como alguien un poco más cercana..." (4MVQV)</i></p> <p><i>"...creo que tu puedes sentarte solo, eres valiente" <u>le refuerzo características positivas...</u>" (2HVP)</i></p>
--	--	--



		<p><i>"...<u>conversar</u> en un tono suave y calmado..." (7 MVPD)</i></p>
--	--	--

<p><b>Prácticas comunicación no verbal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto visual</li> <li>- Altura/nivel durante la comunicación verbal</li> </ul>	<p>"...<u>conversar con ellos al nivel de ellos</u>, de <u>altura</u>, me siento o me pongo en cuclilla al frente de ellos, o ellos sentados en los brazos de los papás y yo sentada...". (4MVQV)</p> <p>"...<u>mirar a los ojos</u>, <u>bajar a la altura</u>..." (7 MVPD)</p> <p>"... es básico, <u>mirar a los ojos</u> ..." (7 MVPD)</p>
<p><b>Prácticas modelamiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repetición de conductas deseables</li> <li>- Refuerzo positivo (verbal o con recursos materiales)</li> <li>- Participación en la atención de otro paciente.</li> </ul>	<p>"...si el niño se porta bien, nosotros igual los intentamos <u>premiar</u>, eso no se si es una condicionante porque va después de la atención, nosotros le decimos que le vamos a regalar algo, entonces ahí el niño yo creo que es una <u>respuesta positiva, para que después trate de colaborar para la siguiente sesión</u>...". (6HVPD)</p> <p>"...que <u>vengan con sus hermanitos</u>, porque si ven que están siendo bien atendidos, entonces si el hermano le pregunta que ¿cómo está?, el que está siendo atendido habitualmente le responde que está bien, entonces esa es una <u>forma de modelar la ida al dentista</u> que antes se daba mucho porque todos ingresaban al box, ahora no mucho...". (7MVPD)</p> <p>"...el <u>refuerzo positivo, también es una forma de moldear la conducta</u>, que puede ser este premio o esta cosa..."(7MVPD)</p> <p>..."bueno <u>el refuerzo por supuesto</u>, un premio, un stickers, un cepillo, una pasta diente bonita,</p>

		<p>generalmente tenemos esas cosas de refuerzo positivo..." (5MVA)</p> <p>"...entra por <u>mirar a lo mejor al hermano</u> que va al dentista y nosotros atendemos al hermano primero antes que el niño de difícil manejo y él espera afuera y lo mira desde la puerta para que vea que es lo que es..." (1MVP)</p> <p>"...hay veces que lo empezamos a <u>incentivar el comienzo de la atención</u> y decir "oye <u>si te portas bien te vas a ganar un premio</u>", la asistente coopera harto en esa situación de conversar con el niño y también ofrecer algunas cositas..." (6HVPD)</p> <p>"...mucho <u>refuerzo positivo</u> durante la atención "lo estás haciendo super bien" "estás siendo muy valiente" (4MVQV)</p> <p>"...le muestro la máquina, <u>le digo que tiene una pelotita y que esa pelotita hace cosquillas...</u>" (2HVP)</p> <p>"... entonces que un niño se portará bien, nosotros intentábamos atenderlos a ellos primero para que los demás vieran lo que íbamos a hacer, en el fondo lo <u>usábamos de modelo para los demás niños...</u>" (5MVA)</p>
<p><b>Prácticas de desensibilización</b></p>	<p>- Exposición progresiva a estímulos</p>	<p>"...uno intenta <u>primero mostrarle el equipo</u>, mostrarle la jeringa triple, obviamente no vamos a mostrarle una carpule o una turbina altiro, la idea es ir</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduce/evita una experiencia negativa.</li> <li>- Analogías amigables del instrumental</li> <li>- Material audiovisual en casa</li> </ul>	<p><u>mostrándole el equipamiento más sencillo, el espejo, el algodón y que vaya tocando, que vaya sintiendo las texturas de las cosas...</u>". (5 MVA)</p> <p>"Si uso instrumental rotatorio, <u>lo hago funcionar primero, para que vean como funciona, el eyector...</u> y eso me ha ayudado a que se <u>sientan más familiarizados con lo que uno va a hacer y no tengan miedo...</u>". (4MVQV)</p> <p>"...pueden aplicar ciertas <u>técnicas en casa para que después al momento de la atención el niño ya sepa y se anticipe a lo que viene...</u>" (1MVP)</p> <p>"mostrarle las cosas que vas a ocupar con él, por ejemplo el eyector, mostrar que la turbina suena como avión y el micromotor que suena como trencito, le muestras la cucharita" (3MVP)</p> <p>"...le muestro la máquina, <u>le digo que tiene una pelotita y que esa pelotita hace cosquillas se lo traduzco en términos positivos, yo en vez de decirle que eso es como un tractor cosa que algunos dicen, que igual pienso que da susto, prefiero decir esta es la <u>máquina de las cosquillas</u></u> (E2HVP)</p> <p>"...<u>hacerlo de a poquito, un sellante primero, no hacer movimientos bruscos, partir siempre de a poco hasta más...</u>"(3MVP)</p>
--	--	--

		<p>"... ir <u>mostrando las herramientas</u> "este es el espejito dental", que de alguna manera es un juego..." (7MVPD)</p> <p>"...también <u>le muestren en casa ciertos videos</u> de como es la atención dental...le muestran el video de Peppa Pig cuando va al dentista..." (1MVP)</p>
<b>Práctica de restricción física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Práctica controversial,</li> <li>- Uso en casos de urgencias</li> <li>- No es opción como práctica.</li> </ul>	<p>"...No, <u>yo no he usado restricción física...es muy traumático</u> el tema de la restricción física, entonces sí llegará el momento en que es necesaria la restricción física <u>yo suspendo la atención...</u>". (2HVP)</p> <p>"...restricción física en <u>casos muy puntuales</u> y que la mamá esté de acuerdo con eso...pero son <u>casos de urgencia.</u>" (1MVP)</p>
<b>Prácticas de relajación/contención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calmar/reconfortar al paciente antes, durante o después de una crisis</li> <li>- Exposición a estímulos musicales o respiratorios en conjunto.</li> </ul>	<p>"...lo que más he implementado, es que <u>yo escucho música cuando atiendo...</u>porque me he dado cuenta que con cierta música <u>se sienten más cómodos...</u>". (4MVQV)</p> <p>"... que se <u>sienten con la mamá o el acompañante adulto,</u> entonces el adulto forma parte del sillón y tiene la posibilidad de <u>abrazarlo, contenerlo, se sienten más protegidos...</u>". (4MVQV)</p> <p>"...<u>respira</u> conmigo, <u>inhalemos...</u>niños respiran conmigo cierto y se calman..." (2HVP)</p>

<p><b>Prácticas Mínimamente Invasivas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de instrumental menos traumático/invasivo/ estresante</li> <li>- Según complejidad del caso</li> </ul>	<p>"...al menos yo generalmente <u>trabajo con cuchareta</u>, si no es una cosa muy compleja o que realmente requiera un abordaje de alta velocidad yo siempre trabajo con cuchareta <u>para no digamos estresarlo, ir de a poco, eliminar un poco de caries un ionómero y vamos viendo...</u>". (3MVP)</p>
<p><b>Prácticas de distracción</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicios de meditación</li> <li>- Ejercicios de respiración,</li> <li>- Imaginación</li> <li>- Contar cuentos.</li> </ul>	<p>"...<u>respiración y a veces un poquito también de meditación, como poder concentrarse en otra cosa, imaginar el típico globito que se va inflando en la guatita, como para distraer un poco el tema de la anestesia, con inflar la guaita y desinflar...</u>". (7 MVPD)</p> <p>"... <u>le cuentas un cuento cuando lo estás atendiendo...</u>". (3MVP)</p>
<p><b>Prácticas de juego de roles</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente como asistente dental</li> <li>- Jugar al "dentista"</li> </ul>	<p>"... también <u>les pido que me ayuden, que me afirmen la lámpara, les presento el instrumental, por ejemplo "mira este espejito ¿lo quieres tomar?, viste que es livianito, te viste el ojito?, es un espejito chiquitito, no hace nada..."</u>". (4MVQV)</p> <p>"...otra forma es <u>jugar al dentista</u>, de hecho tenemos un peluche que tiene dientes, lo sentamos en el sillón, le hacemos las cositas, <u>el niño se viste de dentista, la práctica del juego..</u>". (7MVPD)</p> <p>"... los uso como <u>mis asistentes dentales...</u>"(7 MVPD)</p>

<p><b>Adaptación del entorno clínico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vestimenta amigable como técnica visual.</li> <li>- Adaptación del box</li> <li>- Adaptación del instrumental</li> </ul>	<p>"...<u>adaptar obviamente los instrumentos</u>, yo he visto muchas veces espejos que vienen con monitos, turbinas que uno las cubre con cositas así más bonitas, etcétera, eso también tiene que ver con la <u>adaptación del box</u> a mi parecer que también se usa para este tipo de niños con miedo..." (6HVPD)</p> <p>"...<u>preparar el box con monitos, con cositas, con peluches</u> para que abrace, puras cosas para que el <u>niño se sienta más a gusto</u>..." (6HVPD)</p> <p>" ...también <u>andar con pijamas de colores, con monos</u>, también ayuda..." (4MVQV)</p>
<p><b>Prácticas de decir mostrar y hacer</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiarizar al niño/a con el entorno o ambiente</li> <li>- Explicar procedimientos</li> <li>- Mostrar (tocar, sentir, conocer).</li> <li>- Hacer</li> </ul>	<p>"...Las que yo conozco son el <u>mostrar, mostrar las cosas</u>, además <u>la aplico</u>, es como ir mostrando todos los instrumentos, ir viendo, "mira esto sirve para esto" "mira toca ese botón", <u>mostrar y tocar</u>, "mira este ruido" "esto es lo que vamos a hacer", <u>pasar la escobilla por el dedo</u>..." (6HVPD)</p> <p>"...En lo personal la que más uso es la del <u>decir, mostrar y hacer</u>, esa <u>es la que más nos resulta</u> sobre todo con niños que van con miedo..." (5MVA)</p> <p>"... Yo creo que la técnica de "<u>decir, mostrar, hacer</u>" es la técnica más implementada, sobre todo con los niños TEA..." (1MVP)</p>

**Tabla 4.11:** Fundamentos y variables para evaluación de prácticas implementadas en el abordaje de niños/as con miedo dental.

<b>Código selectivo: Criterios desarrollados para evaluar técnicas de abordaje de niños/as con miedo dental</b>		
<b>Código selectivo</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos</b>
<b>Aplicación lograda de la técnica/ técnica odontológica completa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terminar el tratamiento de la sesión</li> </ul>	<p><i>"...El criterio es más bien que el niño <u>se logre atender</u>," (1MVP)</i></p> <p><i>"...si el niño <u>se logra atender de una buena manera, la técnica funciona...</u>" (3MVP)</i></p>
<b>Progresión adaptativa del niño al tratamiento según complejidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avanzar/progresar en el tratamiento</li> <li>- Paciente abre la boca</li> <li>- Sentarse en el sillón</li> <li>- Realizar técnica anestésica</li> </ul>	<p><i>"...que <u>tenga la confianza</u> de sentarse en el sillón, <u>me abra la boca</u> y podamos hacer un examen clínico completo..."(5MVA)</i></p> <p><i>"...a medida que nos vamos conociendo más con el paciente <u>ir logrando acciones más complejas...</u>" (5MVA)</i></p>
<b>Respuesta/reacciones emocionales del paciente a las técnicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud positiva durante la atención</li> <li>- Paciente abre la boca</li> </ul>	<p><i>"... la <u>actitud del niño durante la atención</u> y como va respondiendo a las comillas técnicas que uno va aplicando..." (4MVQV)</i></p> <p><i>"...que <u>tenga la confianza</u> de sentarse en el sillón, <u>me abra la boca</u> y podamos hacer un examen clínico completo..."(5MVA)</i></p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente demuestra confianza</li> <li>- El paciente no llora.</li> </ul>	<p><i>"...que sale del box dental sin llorar..." (1MVP)</i></p>
<b>Valor positivo de opinión acompañante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conformidad/seguridad con la atención</li> <li>- Solicitud de la continuidad del tratamiento con el mismo profesional</li> </ul>	<p><i>"...Hay otro criterio que va más allá del paciente, <u>cuando el papá te dice</u> que: ¿lo va a seguir atendiendo usted? Para mi que me pregunten eso, quiere decir que <u>el papá o la mamá se sintió cómodo</u>, o seguro en la atención, para mi eso también es un punto importante..." (4MVQV)</i></p>

**Tabla 4.12:** Métodos de registros de evaluación de técnicas implementadas para el abordaje de niños/as con miedo dental.

<b>Código selectivo: Registros de evaluación de técnicas implementadas para el abordaje de niños/as con miedo dental</b>		
<b>Código Selectivo</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos</b>
<b>Ficha clínica como único método de registro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registros de atención y evaluaciones realizados en ficha clínica</li> </ul>	<p><i>"...cómo se haya evolucionado la ficha, yo <u>lo paso a mi ficha</u> y otros colegas si..." (7MVDP)</i></p> <p><i>"...Sí, <u>los registramos en la ficha clínica</u>, nosotros somos súper buenos para <u>anotar todo en la ficha clínica</u>, tenemos por lo menos el tipo de ficha que nosotros usamos que no tiene límites de palabras, entonces</i></p>

		<p><i>vamos anotando <u>lo que más podamos en la ficha clínica...</u>" (5MVA)</i></p> <p><i>"...o sea <u>registro en la ficha</u> "niño presentaba miedo a la atención dental", yo anoto "se utilizó el micromotor, se le explicó en qué consistía" (2HVP)</i></p>
<b>Información de registro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de información que cada profesional considera de utilidad. (datos básicos de realización de tratamiento, uso de instrumental específico para cada caso, etc)</li> </ul>	<p><i>"...Si, <u>yo registro todo</u>, desde que entra el paciente, <u>si entro llorando, si entro con la madre, acompañado, o si lo trae la tutora</u>, el grado de ansiedad, si durante el procedimiento llora o interfiere con el procedimiento, nos <u>sube las manos...</u>" (1MVP)</i></p> <p><i>"..hacer <u>una breve descripción</u> porque si <u>le toca atenderse con otro colega</u>, él va a poder saber más o menos qué es lo que pasó y cómo se manejó y <u>él puede utilizar esa misma estrategia a su favor...</u>" (2HVP)</i></p> <p><i>"...la situación muchas veces <u>no se plasma muy bien en la ficha</u> o sea para hacer tipo <u>sumativa o reflexión</u> como "<u>me resultó super bien esta técnica</u>" no lo <u>ponemos en la ficha</u>, sino que ponemos más que todo lo que pasó, lo que se hizo y esas cosas..." (6HVPD)</i></p>
<b>Sin registro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No realización de registros respecto a la evaluación de las técnicas</li> </ul>	<p><i>"...Eh <u>no</u>, o sea como tal, es decir todo el equipo va a trabajar con esta técnica?, no. El dentista usa la técnica que le funciona..." (3MVP)</i></p> <p><i>"...No, sabes que, <u>yo nunca dejó registro</u> para las próximas sesiones, funciona que el niño se siente con el papá o funciona que una persona le converse, o el</i></p>

		<i>refuerzo positivo, <u>no no lo dejó registrado....</u>" (4MVQV)</i>
--	--	--

**Tabla 4.13:** Percepción respecto a la infraestructura de los establecimientos para la atención de niños/as con miedo dental.

<b>Código selectivo: Infraestructura favorable para la atención de niños/as con miedo dental</b>		
<b>Código Selectivo</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos</b>
<b>Recursos e infraestructura insuficiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de espacios adaptados (cepilleros, área de juegos, box específicos para niños con miedo )</li> <li>- Ausencia de material educativo/didáctico.</li> <li>- No cuentan con ON o Anestesia general.</li> <li>- Falta de tiempo como recurso por</li> </ul>	<p><i>"...Si nos vamos ya al punto de la atención con <u>óxido nítrico, anestesia general</u> que es algo que muy poco se hace, pero que se podría hacer, bueno <u>falta un poquito más...</u>" (3MVP)</i></p> <p><i>"... <u>falta material educativo</u> como cepilleros, un área con juegos que abordan la higiene bucal o material didáctico para niños más pequeños..." (1MVP)</i></p> <p><i>"...<u>el recurso tiempo es el que falta acá</u>, no es solo tiempo durante la sesión, sino que <u>posibilidad de continuidad</u>, porque por ejemplo actualmente que <u>estamos atendiendo menos</u>, porque tenemos <u>menos box de atención</u>, los rendimientos...<u>no hay muchas horas...</u>la pobre mamá o papá se tiene que levantar a las 7 de la mañana para tratar de conseguir una hora..." (7MVPD)</i></p> <p><i>"...yo reconozco que <u>debería haber un box específico para pacientes de manejo difícil</u>, que no debería ser el mismo en que se atienden a otros pacientes..." (5MVA)</i></p>

	<p>menos box de atención.</p>	<p>"...pero <u>no hay cosas llamativas para los niños para que se sientan más a gusto...</u>" (6HVPD)</p> <p>"...<u>no tenemos la infraestructura</u> porque con suerte nos alcanzaron 2 boxes dentro del cesfam..." (1MVP)</p> <p>"... al osito que sentaba en el sillón, un espejo, nosotros los llevamos, los stickers también, <u>pero eso lo llevamos nosotros...</u>"(7MVPD)</p> <p>"...antes si lo que hacíamos es que <u>comprábamos estos globos largos</u>, entonces hacíamos, espadas, perritos, caballos, mariposas, flores, que se yo, y les regalábamos a los niños al final de la atención o llegábamos a negociaciones...". (2HVP)</p>
<p><b>Cambios dados por protocolo ante emergencia sanitaria</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención aislada por división de box clínicos</li> <li>- Evitación de condicionamientos</li> <li>- Disminución de tiempo clínico</li> <li>- Pérdida de adaptación/ confianza de pacientes por espera</li> </ul>	<p>"...con el asunto de la pandemia, <u>dividieron los box</u>, en dos boxes, ahí <u>se avanzó bastante</u> por lo menos el niño ahora está en un sillón aislado y <u>no está escuchando lo que está pasando en el box de al lado..</u>" (1MVP)</p> <p>"...cuando estaban unidos <u>se veía y se escuchaba todo lo que pasaba en el sillón de al lado y si había un niño en el sillón llorando y con ese miedo y temor a la atención dental, se puede traspasar al box de al lado donde se estaba atendiendo a otro niño..</u>" (2HVP)</p> <p>"...<u>tampoco tenemos continuidad para decirle, venga la próxima sesión, venga a otra sesión y eso hace que se interrumpa el avance que tengamos, y en un niño si no te ven en un mes te olvida, y quien eres tu, y esa</u></p>

	<p>de horas de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desuso de material adaptativo por posible vía de contaminación</li> <li>- Contaminación acústica como estímulo estresor.</li> </ul>	<p><u>relación de confianza se va a perder, no es como la tía que vi la semana pasada, que me hizo esto, que me divertí, no, ya te olvido...</u>" (7MVPD)</p> <p><u>"...ahora está incorporado el extractor de aire, tenemos incorporado el inyector de aire, tenemos incorporado un aire acondicionado especial, todo eso suena mucho durante la atención, entonces eso genera harta contaminación acústica que en estos pacientes – en mi opinión- puede ser un poquito más complejo. (2HVP)</u></p> <p><u>"Actualmente ya no estoy ocupando globos porque por el tema de la contaminación, me da lata que un globo que después se pierde puede que en realidad esté contaminando. .."</u> (2HVP)</p>
<p><b>Recursos e infraestructura básica suficiente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales aportan con recursos (globos, peluches)</li> </ul>	<p><u>"...no se si todo, podríamos tener anestesias con toma avioncitos, pero contamos con un montón de recursos diría yo, en nuestro servicio no nos podemos quejar, tenemos de todo..."</u>.(3MVP)</p> <p><u>"...en general tenemos lo básico para poder atender..."</u>. (1MVP)</p> <p><u>"... contamos con <u>cucharetas afiladas, forceps pediátricos</u>, claro sillones especiales para niños no tenemos, pero <u>dentro de lo básico tenemos...</u>"</u> .(3MVP)</p>

--	--	--

**Tabla 4.14:** Prácticas de abordaje evitadas en niños/as con miedo dental.

<b>Código selectivo: Prácticas evitadas en el abordaje de niños/as con miedo dental</b>		
<b>Código Selectivo</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos</b>
<b>Prácticas conductuales potencialmente nocivas para el paciente,</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restricción física (uso por especialistas en casos puntuales extremos donde se ponga en riesgo la integridad del niño/a),</li> <li>- Tratamientos invasivos en las primeras sesiones</li> <li>- Prácticas violetas/firmes (gritarles)</li> <li>- Obligar la atención</li> </ul>	<p><i>“...son más puntuales pero si me llegara una urgencia que requiere de atención y de un procedimiento invasivo y el niño no se deja atender por nada y <u>es peligroso para el niño si no se le afirman las manos</u> por ejemplo, entonces la mamá le afirma las manos, pero por el bien del niño o si tenemos que poner anestesia y el niño tiende a subir las manos ahí ya es peligroso, <u>siendo más importante la integridad del niño...</u>” (1MVP)</i></p> <p><i>...”creo <u>deberían dejarse al especialista</u> y no aplicarla en la primera ni en la segunda sesión, creo que si tu no eres especializada el riesgo de hacer restricción física en un niño y que esto eventualmente se traduzca en un trauma es grande, así que creo que en atención primaria debería evitarse la restricción física...” (7MVPD)</i></p> <p><i>“...hay que tratar de lograr y generar un vínculo mediante la comunicación con el niño para anticiparlo a las cosas que vamos a tener que realizar, que conozca el instrumental, que conozca cual es el objetivo y que lo que queremos hacer es ayudarlo, que es por su bien,</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No estar preparado previamente a la atención (revisar ficha clínica).</li> </ul>	<p><i>mostrar, <u>ir de a poco evitando tratamientos invasivos en las primeras sesiones...</u>" (1MVP)</i></p> <p><i><u>No puedes forzar la atención</u>, salvo que se trate de una emergencia que si tú no atiendes el daño va a ser mayor, ahí no te queda otra, pero esa es una ponderación que uno hace en el minuto, pero forzar la atención odontológica, no, me parece que no corresponde. (4MVQV)</i></p> <p><i>"...<u>no debería no prepararse antes de la atención</u>, o sea la mentalización del profesional y de la asistente también porque eso más que todo va a generar un ambiente apto, como para ustedes un buen ambiente educativo genera una mejor experiencia para la persona que lo está viviendo, así también en los niños, generar un ambiente no es del momento, no es abro la puerta llega el paciente, no ,tengo que prepararme antes de, reflexionar antes también, reflexionar todas estas ideas de experiencias, de compartir cosas, etc, uno tiene que empezar a inmiscuir adentro estudiar bien la ficha antes de atender al niño, hay veces que lo colegas ni siquiera hacen la investigación de la ficha antes de ver al paciente y eso debería cambiarse, en la ficha se entrega harta información que es importante "nino ansioso, niño que no coopera, niño que grita, etc" hay varias situaciones que se anotan y que ayuda..." (6HVPD)</i></p>
<p><b>manejo del acompañante</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar la presencia cuando</li> </ul>	<p><i>"...A veces, el <u>acompañante entorpece mucho más la atención</u> de que si el niño por ejemplo estuviera solito en el box, entonces aquí hay que <u>identificar las mamás que</u></i></p>

	<p>manifiestan comportamientos ansiosos o inducen temor en el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompañante condiciona el comportamiento con amenazas</li> <li>- Evitar excluir al acompañante por consideraciones legales</li> </ul>	<p><u>son ansiosas o que gatillan mayor temor en el niño y en ese caso, habría que evitar que ellas estén cercas o evitar que estén cercas de la atención dental...</u>” (2HVP)</p> <p>“<u>hacer entender tanto al acompañante como al paciente pediátrico...que tú como odontólogo es el que está a cargo y el que tomas las decisiones ...evitar perder el control en tu espacio de trabajo, porque en el fondo tú eres el responsable de todo lo que está pasando ahí.</u>” (2HVP)</p> <p>“...con los padres <u>“no en la casa te van retar, no te vamos a dar lo que querías de almuerzo, no te vamos a llevar al parque” no eso no, eso es lo primero que uno debería cambiar...</u>” (6HVPD)</p> <p>“...También, otra cosa que hacen las personas, <u>pero que yo no las hago, es que no pase con la mamá, yo prefiero que pase, ahora cuando ya es muy regalón de la mamá porque hay veces en que el miedo es como un traspaso de la mamá hacia el niño como les dije, hay veces que uno le explica a la mamá y después la echa, y es algo que he ocupado algunas veces pero también <u>por un tema legal no me gusta hacerlo...</u>” (6HVPD)</u></p>
<p><b>prácticas comunicativas no adecuadas hacia el paciente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente es considerado como un sujeto con derechos</li> </ul>	<p>“...violencia también se puede ver en otros aspectos de atención en salud, y me parece que los niños pueden ser víctimas también de ese tipo de atenciones porque <u>no se les observa como personas sujetos de derecho, cuando los niños si son personas sujetos de derecho, por lo que se merecen el mismo trato que cualquier otra</u></p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar/oculta información</li> <li>- No considerar opinión del paciente</li> <li>- Tratos poco amables</li> </ul>	<p><i>persona y más medidas de protección porque todavía no tienen su autonomía completamente desarrollada ni su capacidad de toma de decisiones completamente desarrollada, entonces se merecen más consideraciones en ese sentido...” (4MVQV)</i></p> <p><i><u>“...el hecho de mentirles, no me gusta mentirle a los pacientes, por muy niños que sean <u>yo no les miento u ocultarles la realidad, si no siempre estar informando en un lenguaje en que ellos puedan entender lo que está pasando y por qué es necesario...” (2HVP)</u></u></i></p> <p><i><u>“...También hay que evitar tener un trato poco amable o poco cariñoso con los niños, eso creo que también se tiene que evitar y yo diría que es eso...” (4MVQV)</u></i></p> <p><i><u>“...yo aplico con ellos muchas veces o los atiendo de la misma manera que podría atender a un adulto, preguntándole qué le gustaría por ejemplo, hay veces en que llegan niños que tienen mil caries y yo le pregunto ¿cuál diente te molesta más o por cual te gustaría partir? Salvo que uno vea que hay una infección que hay que resolver en el minuto, pero, de lo contrario, les tomé la opinión respecto, por ejemplo; a qué diente tapar primero y ese tipo de cosas...”(4MVQV)</u></i></p>
--	--	---

**Tabla 4.15:** Sugerencias y recomendaciones para el abordaje de niños/as con miedo dental.

Sugerencias de protocolo de abordaje miedo dental Infantil		
Código Selectivo	Dimensiones	Relatos
Sugerencias respecto de los profesionales y equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relativas a la acción conjunta del equipo de atención,</li> <li>- Relativas a cualidades personales positivas del profesional (empatía, reflexionar, humildad, manejo de frustración, responsabilidad)</li> <li>- Las relacionadas con la atención propiamente tal (ascenso en</li> </ul>	<p>“... Lo otro, es que el <u>odontólogo sepa guiar al equipo</u> como te decía antes, que la <u>TONS esté en coordinación con él...</u>” (1MVP)</p> <p>“...<u>no subestimar las capacidades que uno mismo</u> tiene como profesional de atender a este tipo de pacientes...” (2HVP)</p> <p>“...demostrar que eres <u>tú el que está a cargo del box...</u>” (2HPV).</p> <p>“...<u>Paciencia nomas</u> po, ponte en el lugar del cabro chico, o sea ¿Cómo te sentirías tú si estuvieras en el lugar de ese niño? Eso permite que uno pueda tomar mejores decisiones, <u>no ofuscarse, no molestarse...Empatía en primer lugar, siempre, empatía...</u>” (4MVQV)</p> <p>“...Primero que todo, <u>muy buenos registros, anotar todo en la ficha...</u>” (6HVPD)</p> <p>“...Segundo podría ser el tema de la <u>reflexión</u> no solo interna sino que entre colegas, tener un vínculo con ellos...”(6HVPD)</p> <p>“...sería <u>no salirse de los estribos, controlarse, mantenerse “zen” y con una estrategia</u></p>

	<p>complejidad de tratamientos, buenos registros)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionadas a capacitaciones profesionales.</li> </ul>	<p><i>clara...”(6HVPD)</i></p> <p><i>“...no ser tan cerrado sino de <u>tratar de aprender y ser humilde</u> con eso que es otra de las cosas, entonces el cuarto sería humildad...” (6HVPD)</i></p> <p><i>“...no quedarse en la <u>frustración...</u>”(6HVPD)</i></p> <p><i>“...Que <u>nos capacitemos y compartamos experiencias,</u> esos sería la mejor recomendación...” (7MPVD)</i></p>
<p><b>Sugerencias en relación al niño/a</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar atención estandarizada de pacientes.</li> <li>- Identificar actitud del niño al ingreso</li> <li>- Uso correcto del lenguaje</li> <li>- Anticipar las experiencias</li> <li>- Aplicación de prácticas de adaptación</li> </ul>	<p><i>“...identificar si un niño tiene miedo y <u>no atender a todos los pacientes por igual,</u> ya que generalmente a veces con el día a día se atienden los pacientes sin prestarle atención a estas delicadezas, como decía al principio si es que el niño viene tenso o si viene muy ansioso o tímido, tratar de <u>siempre prestar atención a estas señales.</u> Saludarlo y <u>crear un vínculo comunicativo,</u> también que nos conozca al principio y explicarle lo que se va a hacer...” (1MVP)</i></p> <p><i>“... siempre <u>decir las cosas como son,</u> a lo mejor con palabras suaves, no decir dolor o esto te puede doler sino decir esto te puede molestar, bajar la intensidad a las palabras, pero <u>decir la verdad,</u> eso es lo principal, decirle la verdad al</i></p>

	<p>individualiza da.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivar y reforzar aspectos positivos</li> <li>- No usar técnicas restrictivas.</li> <li>- Usar técnicas de ON y anestesia general.</li> <li>- Ser empático</li> </ul>	<p><i>niño porque o sino ellos generan desconfianza y después no se deja atender, si tu <u>le dices de un comienzo</u> a los mejor que hay que poner aguita dormilona en vez de anestesia, que es para que se duerma el diente y que a lo mejor vas a sentir un pinchacito, él ya va a saber y <u>va a estar anticipado</u> de que puede sentir un pinchazo como el de una aguja, pero sin decir aguja, él ya va a saber y le baja un poco la connotación de terrible y la ansiedad del niño...” (1MVP)</i></p> <p><i>“...<u>ver a cada niño como un mundo aparte</u> y que hay que <u>ver lo que a él le funciona</u>, conocer sus gustos, afortunadamente yo tengo un hijo todavía... ya creció un poco, pero sé qué películas están de moda, qué les gusta, los personajes que pueden estar de moda, recomendarle a la mamá que lo prepare previamente, que va a venir, que va a abrir la boca, que nos vamos a ir conociendo y cómo preparar el campo, conocer sus intereses, sus personaje y lo que le gusta en particular...” (3MVP)</i></p> <p><i>“...tratar de <u>ir motivando positivamente al niño</u> es algo que siempre funciona y que siempre lo va a poner contento, entregarle un sticker o un dibujito en la mano, que se yo, ese tipo de cosas....” (3MVP)</i></p>
--	--	--

		<p>“...Lo otro como recomendación es <u>nunca ocupar las técnicas restrictivas</u> de afirmarlo, si es algo muy invasivo, yo lo haria, pero siempre que esté afirmado por el papá o la mamá y tratar de siempre como <u>última instancia derivar a odontopediatría y utilizar las técnicas de óxido nitroso y sedación...</u>”(1MVP)</p> <p>“...si tu estuvieses en los zapatos de ese niño ¿qué te gustaría que te hiciera? Bueno que te confortaran, que te hablaran claro, que no te gritaran por supuesto, que no te maltrataran, que te dijeran la verdad y que no te engañaran, yo creo que eso es. <u>Empatía</u> en primer lugar, siempre, empatía y hacerle ver a ese niño en virtud de su desarrollo, que <u>tú estás ahí para ayudarlo, y no para hacerle daño ni nada...</u>”(4MVQV)</p>
<p><b>Sugerencias en relación a lo institucional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitación es costeadas por empleadores</li> <li>- Contrato de especialistas</li> </ul>	<p>“...ideal que se tuvieran <u>odontopediatras contratados en APS</u>, es una necesidad hoy en día a pesar que el modelo de salud familiar dice que los odontólogos generales debieran ver al paciente en todo el ciclo vital, creo que el tema de los niños son un caso especial donde debería <u>verlos un Odontopediatra en atención primaria...</u>” (5MVA)</p> <p>...”los <u> cursos de odontología</u> salen sobre los 80 mil pesos, y no es tu área de interés, es como</p>

		<p><i>pagar la entrada a un concierto e ir a aburrirte, pero creo que es importante que se haga, quizás los <u>empleadores podrían invertir en eso</u>, porque es parte importante de nuestro quehacer, porque si alguien atiende niños y no le pone voluntad, no va a lograr nada, ...” (7MVPD)</i></p>
--	--	--

**Anexo 5** Tabulación de resultados de grupo focal.

**Tabla 5.1:** Concepto del miedo dental infantil.

<b>Código selectivo: El miedo dental infantil es un constructo social influenciado por los padres del menor.</b>		
<b>Códigos axiales</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos de respaldo</b>
El miedo dental es un constructo social que genera un círculo vicioso	-	- “...Hay un <u>constructo social sobre el miedo al dentista que es un círculo vicioso</u> , que una de las técnicas que yo busco en la primera instancia con el apoderado es derribar el constructo y educar...” (GF4HVMNA)
Causas atribuidas al miedo dental infantil	- Experiencia odontológica personal negativa - Experiencias odontológicas transmitidas por otras personas	- “...el <u>miedo transmitido por la experiencia de otras personas</u> , eso pasa mucho, o la experiencia que le tiraron el diente para sacárselo cuando estaba suelto, como ese tipo de <u>experiencias escuchadas o personales en el fondo</u> , son una carga importante que influye mucho en la <u>atención</u> , que hace que uno tenga que dedicarle más energía al explicar lo que se va a hacer, asegurarse de que lo entiendan, que hay un propósito en el fondo...” (GF1MVMMM).
Ambigüedad atribuida a la identificación del	- Miedo, ansiedad y fobia límites	- “...yo me acuerdo, no se si es lo correcto, pero que el miedo es más incapacitante que la ansiedad, o sea definitivamente la persona que le tiene miedo es más

<p>miedo y ansiedad dental</p>	<p>difusos en la práctica clínica</p>	<p><i>difícil trabajar que una persona que tenga solo ansiedad odontológica, porque me acuerdo que después estaba la fobia odontológica que era cuando ya ni siquiera te permitía hacer la vida normal o entrar al dentista porque ya era algo que te supera muchísimo, pero ya <u>clínicamente a la hora de trabajar el poder diferenciarlo creo que son cercanos los límites</u>, es decir, a veces uno puede pensar que el niño es más ansioso pero en realidad tiene más miedo o al revés, tiene más miedo y en realidad no era ansiedad...” (GF3MVMMM).</i></p>
--------------------------------	---------------------------------------	--

<p>Influencia de los padres en el miedo dental y en la atención odontológica del menor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los padres modelan patrones de conductas en el menor.</li> <li>- Padres como aliados durante la atención odontológica.</li> <li>- Nuevos paradigmas odontológicos enfocados en la prevención, no vividos por los padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ...”Yo hice una tesis en postgrado de la conducta y crianza de los padres, <u>yo creo que los padres marcan para mí todo</u>, que una crianza sea permisiva o autoritaria va <u>modelando ciertos patrones de conducta a los niños</u>, que el niño sea o más violento o más introvertido, entonces obviamente <u>si un papá le dice al niño “portate bien o si no te voy a llevar al dentista”</u>, todo eso va <u>marcando y no sólo en el área dental</u>, si no en todo su área educacional, su crecimiento, su desarrollo con los pares, entonces yo creo que los padres, influyen de una manera que ni siquiera alcanzamos a dimensionar nosotros mucho como dentistas, porque claro, no somos muy expertos en el área todavía, pero yo creo que <u>son muy muy importantes en cómo el niño enfrenta la consulta, en cómo el niño se presenta, como lo vive, también perciben si los papás tienen miedo</u>. Por ejemplo a mí hoy día me pasó que llegó un niño que era grande, tenía como 12 años y yo le expliqué al papá lo que iba a hacer y llega y me dice “ya, ¿lo puedo esperar afuera?” y yo le dije que sí, pero era menor de edad y yo siempre mantengo adentro a los papás cuando son menores de edad, pero él me dice que prefiere esperar afuera porque “le tengo pánico y no quiero entrar”, entonces, yo le dije que ya, igual lo respeto, pero me quede como “plop” porque obviamente todo eso lo miran, lo saben y lo escuchan los niños, lo repiten” (GF3MVMMM)</li> <li>- “...muchas veces <u>los padres pueden ser también un gran aliado en tu trabajo con pequeños...</u>” (GF2HVMMM)</li> <li>- “...Eso viene con el contexto social de que el padre es el padre, y también tenemos que pensar que hoy en día estamos con <u>paradigmas de atención odontológica que</u></li> </ul>
---	--	--



		<p><u>son nuevos, y que van de la mano con una atención preventiva, hoy en día los estudios científicos y las políticas públicas apuntan a una atención más amigable, desde más temprana edad y todo eso tenemos que pensar que <u>no lo vieron los padres</u>, tenemos que pensar que hoy en día recién estamos viviendo nuevos paradigmas de atención, entonces ahí tenemos que ser bien sensibles con eso porque si bien tenemos que educar, y tenemos que <u>hacer entender a los apoderados que lo que estamos haciendo es para prevenir lo que ellos vivieron como miedo y dolor, porque en realidad todo esto está relacionado con el dolor, con lo desconocido, con lo que te va a pasar y a la experiencia de los adultos responsables de estos niños...</u>"</u></p> <p>(GF4HVMNA)</p>
--	--	--

Atención odontológica como refuerzo negativo	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Hay mucha <u>cultura del refuerzo negativo</u>, así como “te voy a llevar al dentista si te portas mal” “vamos a ir al dentista para que te pinchen” (GF2HVMMM)</li> <li>- “Una vez escuché en el supermercado que una señora le decía a su hija “si no dejas de llorar te voy a llevar al dentista para que te clave las agujas”, entonces si lo llevan al dentista después como esperan que coopere” (GF3MVMMM)</li> </ul>
--	---	--

**Tabla 5.2:** Prácticas de identificación del miedo dental infantil.

<b>Código selectivo: Los profesionales identifican el miedo dental a partir de la percepción de la comunicación no verbal y la observación de comportamientos disruptivos durante la atención dental.</b>		
<b>Códigos axiales</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos de respaldo</b>
Percepción de lenguaje no verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresión facial</li> <li>- Expresión corporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “...yo me doy cuenta que el niño tiene miedo por su <u>expresión facial, su expresión corporal</u>, porque busca <u>resguardo en el adulto</u>, porque <u>no tiene un contacto visual conmigo o porque puede ser que se expresa de una forma que se visualiza el miedo</u>, que puede ser un <u>llanto o un puchero...</u>” (GF4HVMNA)</li> <li>- “La forma de percibir todo esto es <u>más física del paciente, cabeza gacha, en la falda de la madre</u>, ya que es generalmente quien acompaña, <u>sin contacto visual, no es muy verbal</u> en el fondo el percatarse de que existe miedo, entonces generalmente uno se da cuenta por esto de estar con los <u>ojos hacia el suelo, esconderse detrás de la mamá, abrazarle la pierna y ese tipo de cosas...</u>” (GF2HVMMM)</li> </ul>
Percepción de una barrera en la	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “...El niño entra y yo me considero muy sensible, entonces uno siente esta energía de que no hay como un feed-back</li> </ul>

<p>comunicación verbal/no verbal entre paciente y profesional</p>		<p><i>paciente-profesional, si no que hay una <u>barrera entre medio donde uno no encuentra esta comunicación, que no necesariamente pueden ser palabras, si no que puede ser visual...</u></i> (GF4HVMNA).</p>
<p>Percepción de niños/as que preguntan con insistencia para interrumpir la atención dental</p>	<p>-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“...hay muchos tipos de miedo en realidad en los niños, creo que efectivamente hay algunos que son como lo decían los colegas, que entran con la cabeza abajo, no hacen contacto visual, pero también hay otro tipo que a mí me ha pasado, que son <u>niños que preguntan y tratan de alargar el tiempo, como que necesitan tiempo de descanso porque su miedo no les permite mucho avanzar, así como que preguntan mucho, que se ponen un poco nerviosos “qué es esto” y eso igual es como un tipo de miedo creo yo, aparte de lo que mencionaron los demás...</u>”</i> (GF3MVMMM)</li> <li>- <i>“...en general en lo que me ha pasado en mi experiencia es que <u>los niños que preguntan mucho suelen en todas las sesiones preguntar mucho siendo que saben a lo que vienen...</u>”</i> (GF2HVMMM)</li> </ul>
<p>Observación de comportamientos disruptivos en la atención dental</p>	<p>- Evitación y/o negación para atenderse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“En el fondo todo es un poco de <u>rechazo</u> en ese minuto y también a veces ocurre en el momento cuando se tiene que separar de la mamá, como “ya ahora nos vamos a sentar acá” ahí de repente uno nota que les cambia la carita, que <u>hay un tipo de resistencia</u> en ese momento también.”</i> (GF1MVMMM)</li> </ul>
<p>Observación de aparición del miedo dental según fase de la atención</p>	<p>- Ubicación en el sillón dental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“...de repente también llegan haciendo todo lo contrario, hablando mucho, hablando hablando y hablando y después <u>se sientan en el box y les da susto todo</u>, hasta que llegan al sillón está todo perfecto y hablan mucho y cuando uno los va a revisar por ejemplo, es en ese</i></li> </ul>

	- Separación del acompañante	<i>momento cuando frenan totalmente esta verborrea, ansiedad y alegría y transmitir todo y se van para adentro y ahí ya no quieren el eyector...En el fondo todo es un poco rechazo en ese minuto y <u>también a veces ocurre en el momento cuando se tiene que separar de la mamá, como “ya ahora nos vamos a sentar acá” ahí de repente uno nota que les cambia la carita, que hay un tipo de resistencia en ese momento también...</u>” (GF1MVMMM)</i>
--	------------------------------	---

**Tabla 5.3:** Registro del miedo dental infantil.

<b>Código selectivo:</b> Inexistencia percibida de un apartado específico para registrar el miedo dental en la ficha clínica.		
<b>Códigos axiales</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos de respaldo</b>
Inexistencia de apartado específico para registrar el miedo dental en la ficha clínica.	-	- <i>“...O sea <u>no existe algo particular en la ficha, por lo menos en el AVIS que es el sistema con el que trabajamos en Viña..., no existe como un checklist de que el paciente viene de tal o cual forma</u>” (GF2HVMMM)</i>
Registro de las condiciones de ingreso y atención del niño/a.	-	- <i>“... En la exploración <u>uno suele describir paciente temeroso, pero coopera o paciente ingresa con la mamá, cuesta hacerlo entender, etc. donde uno describe y puedes explayarte...</u>” (GF2HVMMM)</i> - <i>“<u>Cómo se manejó, si funcionó</u>” (GF1MVMMM)</i> - <i>“Claro, finalmente el <u>uso de la turbina, si hubo que anestesia</u>” (GF3MVMMM)</i>

**Tabla 5.4:** Prácticas de abordaje para el miedo dental infantil.

Código selectivo: Prácticas de abordaje del miedo dental infantil		
Códigos axiales	Dimensiones	Relatos de respaldo
Prácticas de comunicación verbal y no verbal	- Comunicación verbal (uso estratégico del lenguaje, explicar, describir, anticipar)	<p>“...cuando veo que el niño viene con este miedo siempre <u>tiendo a arrodillarme cuando el niño es muy chico</u>, 4, 3 y 5 años, <u>bajar a la altura de él</u>, es algo que debe hacerse, funciona esto de estar a la altura y que no te vea como esa persona gigante, mas encima disfrazado de astronauta que debe ser medio traumante...” (GF2HVMMM)</p> <p>“...se debe <u>ir explicando</u> que quizás hay un diente muy malo, que hay que sacarlo porque al bicho pucha que se le agrandaron los músculos con las bebidas y los dulces que terminó rompiendo el diente y dejó la escoba, y etc...”(GF2HVMMM)</p>
	- Comunicación no verbal (contacto visual)	<p>“...a mi <u>no me gustaba que no me dijeran nada yo siempre lo hago y siempre le avisó por ejemplo</u> “ya, ya hicimos 1 sellantes nos quedan 3, y luego ya hicimos 2 así que nos queda 1” siempre voy avisando, en el sentido para que <u>el niño sepa cuánto le falta y que así el niño también participe de esta consulta...</u>” (GF3MVMMM)</p>
		<p>“...<u>explico todo lo que voy a hacer</u>, ahora eso como en primera instancia entre apoderado y niño, luego al niño <u>lo miro de frente, durante la atención trato de no ponerme sobre - en altura- él físicamente</u>, cosa de que no pase que cuando uno sienta al paciente el cabro chico te mira para arriba y vea a este monstruo disfrazado mas encima, entonces otra cosa</p>

		<p>que yo hago es mirarlo de frente y explicarte lo que le voy a hacer...” (GF4HVMNA)</p> <p>“...<u>le trato de explicar con harta paciencia y voluntad</u> - que eso es algo que el profesional tiene que manejar para que la atención sea exitosa - <u>todo lo que voy a hacer en palabras simples</u>, diciendo “oye te voy a revisar la boca y te voy a contar los dientes, tienes que abrir la boca bien grande como un león o leona” y todo esto es por tu bien porque yo te quiero ayudar...” (GF4HVMNA)</p>
<p><b>Técnica de “decir, mostrar, hacer”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar procedimientos (anticipar)</li> <li>- Mostrar (tocar, sentir, conocer).</li> <li>- Hacer</li> </ul>	<p>“... sirve mucho <u>mostrarles la parte táctil antes, o de anticipar lo que uno va a hacer aunque sea con un sonido o algo...</u>” (GF1MVMMM)</p> <p>“...<u>“te voy a rasgar este diente con la sonda”, uno hace que sienta el algodón que es super suave, que lo toque</u>, y así de a poquito se va disminuyendo la ansiedad o el miedo...” (GF4HVMNA)</p>
<p><b>Uso material audiovisual previo atención</b></p>	-	<p>“...Usar <u>vídeos para mostrarle a los niños</u>, cuando voy a los Colegios, este año hice un video en el fondo, donde me presentaba, les decía quien era, les mostraba cómo me iba poniendo todas las cosas, la pantalla, en este contexto COVID, que es muy distinto a lo que se hacía antes...” (GF1MVMMM)</p>
<p><b>Educación respecto a creencias odontológicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Educación a apoderado</li> <li>- Educación al niño</li> </ul>	<p>“..<u>educación del constructo social ante el miedo odontológico</u>, donde pretendo explicar al apoderado sobre todo en primera instancia y al niño en conjunto, que todo lo que hacemos es por el bien del menor, y que las políticas nuevas y los paradigmas de atención odontológica lo que buscan es prevenir el daño antes que curar el daño, entonces trato primero que se saquen este constructo social del miedo</p>

		<i>al odontólogo con esta explicación y conserjería que doy...” (GF4HVMNA)</i>
<b>Participación del niño en la atención</b>	- Otorgar pausas en la atención según progresión	<i>“...el <u>niño también participe de esta consulta</u> y que no es como que el niño viene y se hace lo que uno quiere y se acabó , de hecho, hay veces en que obviamente cuando el tiempo lo permite, <u>en que les digo si estás muy cansado me avisas y dejamos los otros dos sellantes para otro día</u>, y me ha pasado a veces que de los cuatro sellantes alcanzó a hacer solo 3 porque el niño estaba muy cansado...” (GF3MVMMM)</i>
<b>Refuerzo Positivo</b>	-	<i>“...<u>refuerzo positivo</u>, ojala tener un tutor que esté apañando en la pega que hay que hacer, de repente en mi box tengo muchos <u>stickers diferentes para que escojan y puedan entender que por hacerlo bien tienen un premio y no cuesta tanto abrir la boca, dejar que me pongan la cremita y la luz, etc...</u>” (GF2HVMMM)</i> <i>“...<u>comentarles antes al padre o a la madre que coopere y que adule al niño que está haciéndolo bien...</u>” (GF2HVMMM)</i>
<b>Contención</b>	- Seguridad otorgada por la presencia y participación activa del apoderado	<i>“...incluso cuando son muy chiquitos estrategias como <u>sentarse en los brazos de la mamá por ejemplo, cosas así como la contención de un ser querido...</u>” (GF1MVMMM)</i>
<b>Ensayo y error</b>	-	<i>“...hay que <u>ir probando como viendo cuál es la estrategia que te funciona mejor</u> o por donde va según también lo que te cuenta la mamá de cómo es este niño y del contexto familiar un poco...” (GF1MVMMM)</i> <i>“...cuando llega un niño que uno obviamente no conoce <u>yo voy como testeando un poco cómo es el niño</u>, a que me refiero</i>

		<p>con esto, a que hay algunos niños que son más visuales, otros que son como más de tacto...” (GF3MVMMM)</p>
<p><b>Desensibilización/Adaptación progresiva</b></p>	<p>- Tratamientos de menor a mayor invasividad</p>	<p>“...generalmente cuando el niño viene con medio, <u>la primera sesión será de profilaxis probablemente y nada más y el plan de tratamiento, si hay alguna terapia pulpar o alguna exodoncia siempre dejarla para el final cuando ya se sienta que el niño puede confiar en ti...</u>”(GF2HVMMM)</p> <p>“...<u>mi primera atención no suele ser muy invasiva, sino que suele ser muy educativa, de harta desensibilización y adaptación,</u> y lo escribo en la ficha como “sesión de adaptación al medio odontológico”, esto obviamente en una consulta odontológica ideal y bien estructurado, porque finalmente a veces vienen con urgencia o con dolor y cuando veo que el paciente tiene miedo también y siempre, <u>desde lo menos invasivo a la más invasivo...</u>”(GF4HVMNA)</p>
<p><b>Prácticas de Distracción</b></p>	<p>- Imaginación - Contar cuentos. - Uso de juegos (espejo)</p>	<p>“Hago <u>muchas cosas a través del juego,</u> un poco asegurándome de <u>que se ríen entremedio, también mucho usando el espejo...</u> para niños con déficit atencional ayuda porque los mantiene concentrados en esto dinámico y no están mirando el techo abriendo la boca. <u>En los cuentos por ejemplo, cuando he tratado de hacerlo a través de ellos...</u>” GF1MVMMM</p> <p>“Yo igual <u>juego harto con la imaginación de los niños,</u> lo que igual es un poco agotador cuando estoy trabajando desde las 10 con pacientes citados hasta las 12:30, luego sacarte el payaso que tienes desde hace 3 horas encima porque tienes</p>



		que estar todo el rato “oh!, ahí está el bicho, saquémosle una pata” como para mantenerlo interesado...Yo siento por lo menos, sobre todo que en la edad escolar y preescolar la <u>imaginación ayuda mucho</u> ” (GF2HVMMM)
--	--	--

**Tabla 5.5:** Criterios para seleccionar la práctica de abordaje del miedo dental infantil.

<b>Código selectivo: Criterios para seleccionar la práctica de abordaje del miedo dental infantil</b>		
<b>Códigos axiales</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos de respaldo</b>
<b>Edad del niño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor uso de imaginación en niños en edad preescolar y escolar</li> </ul>	<p>“...Una cosa es la <u>edad del niño...</u>” (GF1MVMMM)</p> <p>“...la <u>edad es super importante</u>, no es lo mismo un niño de 3 años a uno de 9...” (GF3MVMMM)</p> <p>“...sobre todo que en la <u>edad escolar y preescolar la imaginación ayuda mucho...</u>” (GF2HVMMM)</p> <p>“...<u>todo igual depende de la edad</u>, pero más o menos buscando que entiendan qué es lo que se está haciendo y así mismo, van entiendo los pasos igual que uno va tomando. En los más chiquititos a veces es más complicado poder hilar un cuento o una historia...” (GF1MVMMM)</p>
<b>Dinámica familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cooperación/C olaboración de los padres</li> <li>- Participación en la atención</li> </ul>	<p>“...también <u>influye cuanto cooperan los papás, la dinámica familiar</u>, si es un niño que está acostumbrado a que le cepillen los dientes y todo eso, las estrategias van a ser distintas...”(GF1MVMMM)</p> <p>“...notar y decirle al <u>apoderado o acompañante me esté cooperando</u> y que no sea un estorbo, porque hay papás que son super apañadores, pero hay otros que igual molestan un poco y hay que decirles así como “estoy yo trabajando, no</p>

		<p><i>comente nada por favor”, anticiparse con esto, <u>comentarles antes al padre o a la madre que coopere y que adule al niño que está haciéndolo bien...</u>” (GF2HVMMM)</i></p> <p><i>“... <u>la familia es super importante</u>, como que <u>uno sabe cuando un apoderado está o no involucrado</u> cuando un papá como que te pregunta y está interesado, que en realidad quiere hacerle tratamiento o terminar con las caries, etc. Yo siempre les digo, yo puedo tapar todos los agujeros del mundo pero la única forma de que no salgan más <u>depende de ustedes como familia...</u>” (GF3MVMMM)</i></p>
<p><b>Colaboración del niño</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grado de confianza</li> <li>- Tratamientos acordados al niño en tiempo y agrado</li> </ul>	<p><i>“...<u>ir probando como me va funcionando cooperando el paciente para ir haciendo el tratamiento finalmente...</u>” (GF2HVMMM)</i></p> <p><i>“... Otro tema son <u>los ritmos que creo también son super importantes</u>, al menos yo lo pongo hartito en práctica, no se yo puedo tener en mi mente que le quiero sellar todo el mismo día, pero en verdad el niño no está para poder lograrlo y filo, se hace otra sesión,<u>no forzarlo porque puede ser desagradable para él y generar que después no te coopere...</u>” (GF2HVMMM)</i></p> <p><i>“...<u>probar y así ver qué es lo que al niño más le agrada o desagrada</u>. Hay niños que tienen mucho tema con el ruido, entonces si es que no les gusta mucho el ruido, intento no ocupar tanto, como la turbina, <u>pero lo evaluó según como yo vaya conociendo al niño, obviamente mientras más los conozco más voy a saber...</u>” (GF3MVMMM)</i></p>

		<p>“...hay que <u>ver los tiempos, probar</u>, de repente uno empieza con alguna estrategia pero al momento de la atención se va viendo que resulta más, hay que ser flexible a eso...” (GF4HVMNA)</p>
<b>Disposición del profesional</b>	- Temple del clínico	<p>“...también dar cuenta cómo está uno el mismo día, porque <u>muchas veces el temple de atención es distinto y lograr darse cuenta de eso y manejar tu propio ritmo...</u>” (GF4HVMNA)</p>

**Tabla 5.6:** Sugerencias y recomendaciones para el abordaje de niños/as con miedo dental.

<b>Código selectivo: Sugerencias de protocolo de abordaje miedo dental Infantil</b>		
<b>Códigos axiales</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Relatos</b>
<b>Sugerencias respecto de los profesionales y equipo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relativas a cualidades personales positivas del profesional (empatía, reconocimiento de límites, trato amable, amor)</li> <li>- Las relacionadas con la atención propiamente tal (ascenso en complejidad de tratamientos, manejo de tiempos</li> </ul>	<p>“Creo que <u>el trato con amor y lograr que sea una experiencia entretenida</u> por muy desagradable que pueda ser en ocasiones, que es algo que termina, tratar de darle un vuelco entretenido a la situación...” (GF1MVMMM)</p> <p>“Sobretudo como sugerencia creo yo que es muy importante es <u>el empoderamiento de las familias, que haya un cambio desde la casa</u>, que se sepa el por qué se están haciendo las cosas, cómo se están haciendo las cosas, darnos más tiempo de <u>educar en técnica de cepillado, que lleven el cepillo mostrarles, decirles donde les falta...</u>” (GF1MVMMM)</p> <p>“...De repente pasa, que puede que haya un niño o una niña con el no conectí y pucha, dos sesiones y no logra nada, pucha <u>cambiamonos de profesional</u>, también puede funcionar, también <u>es valido que el niño no se lleve contigo</u></p>

	<p>atención).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relativas a uso de nuevas tecnologías como recurso</li> <li>- Consideración del contexto familiar del paciente</li> <li>- Actualización respecto a nuevos paradigmas y formas de atención.</li> </ul>	<p><u>por X motivo” (GF2HVMMM)</u></p> <p><u>“...el amor a la atención, creo que es la base porque estamos sirviendo a un ser humano, a la sociedad. Estamos <u>viviendo nuevos paradigmas de atención odontológica donde tenemos nuevas herramientas, herramientas virtuales, tecnológicas, de materiales, etc. Y todo esto debemos saber utilizarlo, y vuelvo a insistir en el constructo odontológico de dolor que tiene la sociedad, donde nosotros somos los encargados de derribarlo y de educar a la población de que ese constructo no es válido desde la perspectiva preventiva.” (GF4HVMNA)</u></u></p> <p><u>“...la sesión de hoy, fue cepillarles los dientes, fue agarrar un cepillo de dientes y poder ponerle pasta de diente y decirle a la mamá, “mire estos son los dientes que tiene el niño en la boca, estos son los primeros molares definitivos, son súper importantes así que los vamos a cepillar harto, de esta manera” y fue la sesión de cepillado.” (GF4HVMNA)</u></p> <p><u>“Lo otro bueno que existe hoy día con la generación de todos sus entrevistados, es que igual es súper distinta respecto a <u>habilidades blandas, existe mucho el entender, ponerse en el lugar del otro, la empatía,</u> porque antes uno cuando chico iba te hacían abrir la boca no te explican nada y pum para afuera, hasta la próxima semana y jamás supiste lo que sucedió, entonces el tema de las habilidades blandas es muy importante en los profesionales que se están formando, <u>con un enfoque más allá de lo técnico” (GF2HVMMM)</u></u></p>
--	--	---

<p><b>Sugerencias en relación al niño/a</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concientizar al niño de la importancia de la salud oral.</li> <li>- Ser amables, pacientes con pacientes.</li> <li>- Respetar espacios.</li> <li>- Validar emociones</li> <li>- Motivar y reforzar aspectos positivos</li> <li>- Reconocimiento del niño/a como sujeto de derecho deberes</li> </ul>	<p><u>“...Que el niño lo pase bien en la atención, que sienta que está cooperando para un bien hacia sí mismo, que eso se refuerce durante la sesión” (GF1MVMMM)</u></p> <p><u>“Paciencia y amor por los niños, porque pensando en miedo/ansiedad sobretodo cuando es la primera consulta con uno, darse a conocer en la manera de trabajar, ser amable, respetar su espacio, preguntar por qué se siente así, explicarle lo que vas a hacer, refuerzo positivo...de repente en mi box tengo muchos stickers diferentes para que escojan y puedan entender que por hacerlo bien tienen un premio y no cuesta tanto abrir la boca, dejar que me pongan la cremita y la luz, etc. Yo creo que eso, darle como su espacio al niño para que se manifieste, no porque es niño infantilizar sus sentimientos o creer que no es válido.” (GF2HVMMM)</u></p> <p><u>“...Yo diría validar al niño como persona, como una persona que siente, que escucha, que te puede entender, que puede sufrir, que le puede molestar, porque normalmente uno antes, pensaba que los niños, eran niños solamente, que casi que no entienden nada y como son más chicos no saben lo que está pasando, ahí que sacarse esa idea de la cabeza de que los niños no entienden lo que estamos haciendo...que el niño también entienda lo que está pasando... los niños son personas, que tienen derechos y deberes...” (GF3MVMMM)</u></p>
---	---	--

**Tabla 5.7:** Comunicación y traspaso de la información entre los profesionales.

**Código selectivo: Carácter colaborativo de la atención de niños/as con miedo dental.**

Códigos axiales	Dimensiones	Relatos
<b>Reflexión y trabajo en equipo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discusión de casos respecto a las decisiones de tratamiento</li> <li>- Trabajo colaborativo en la atención</li> <li>- Roles establecidos en el equipo</li> </ul>	<p><u>“...en general uno tiende a conversar de casos, y decir “me paso esto con un paciente hoy día, era un molar inferior y lo saque con un forcep superior porque me fue mucho más cómodo, por ejemplo, como ese tipo de cosas siempre se están conversando si se está inmerso en un buen equipo, pero sí” (GF2HVMMM)</u></p> <p><u>“En la atención con niños es prácticamente imposible trabajar solo, es muy importante la colaboración de un asistente y eso igual es super bueno, que uno de los dos haga el manejo de conducta y el otro se encargue de trabajar. Entonces eso yo lo he hecho, como ponerse de acuerdo como “yo voy a hacer el manejo, y tu solo concéntrate en trabajar” si es que estás y tienes un buen equipo se puede hacer eso y sería ideal.” (GF3MVMMM)</u></p> <p><u>“Es importante establecer los roles de cada uno, y también darle uno al acompañante del niño, como que no se meta cuando no debe, porque también el niño tiene que darse cuenta que hay un control de la situación..” (GF1MVMMM)</u></p>
<b>Reflexiones personales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infraestructura facilita la retroalimentación</li> </ul>	<p><u>“... nuestros box están al lado, entonces uno igual escucha lo que otro colega le está diciendo a los papás y pienso “oh eso que le está diciendo a los papás es super importante y yo no lo digo, lo voy a comenzar a decir, o viceversa...” (GF3MVMMM)</u></p>

**Anexo 6:** Cuadros comparativos entre los resultados de las entrevistas semiestructuradas y grupo focal.

<b>I. CONCEPTO DEL MIEDO DENTAL INFANTIL</b>	
<b>SIMILITUDES</b>	
<b>Resultados de entrevistas individuales</b>	<b>Resultados Grupo focal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● El miedo dental se puede causar a partir de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trauma odontológico previo</li> <li>○ Conductas aprendidas en el entorno familiar</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El miedo dental se puede causar a partir de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia odontológica personal negativa</li> <li>○ Experiencias odontológicas transmitidas por otras personas</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atención dental como castigo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atención odontológica como refuerzo negativo</li> </ul>
<b>DIFERENCIAS</b>	
<b>Resultados de entrevistas individuales</b>	<b>Resultados Grupo focal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Miedo dental es una percepción de sensación de desagrado transmitida por el menor, ya sea por una actitud, gesto y/o palabra.</li> <li>● Condicionantes personales atribuidos al miedo dental:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad</li> <li>○ Personalidad</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Miedo dental es un constructo social que genera un círculo vicioso.</li> </ul>
<b>II. PRÁCTICAS DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEDO DENTAL INFANTIL</b>	
<b>SIMILITUDES</b>	

Resultados de entrevistas individuales	Resultados Grupo focal
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificación mediante la percepción del lenguaje no verbal expresado en lo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Muscular</li> <li>○ Posicional</li> <li>○ Gestual.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificación mediante la percepción del lenguaje no verbal expresado en la:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Expresión facial</li> <li>○ Expresión corporal</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Observación de comportamientos disruptivos en la atención dental:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evitación y/o negación para atenderse.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Observación de comportamientos disruptivos en la atención dental:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evitación y/o negación para atenderse.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ciclo en la atención dentro del cual puede presentarse el miedo dental infantil:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ingreso al box</li> <li>○ Interacción inicial con el paciente</li> <li>○ Ubicación en el sillón dental</li> <li>○ Durante las maniobras odontológicas</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Observación de aparición del miedo dental según fase de la atención:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ubicación en el sillón dental</li> <li>○ Separación del acompañante</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Influencia de la familia previa a la visita dental y la influencia del cuidador/a durante la atención dental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Influencia de los padres en el miedo dental y en la atención odontológica del menor.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los padres modelan patrones de conductas en el menor.</li> <li>○ Padres como aliados durante la atención odontológica.</li> </ul> </li> </ul>
<b>DIFERENCIAS</b>	
Resultados de entrevistas individuales	Resultados Grupo focal



<ul style="list-style-type: none"> <li>● Detección de las experiencias de dolor previas con profesionales de la salud.</li> <li>● Observación de comportamientos disruptivos en la atención dental como lo son: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uso de juguete de transición</li> <li>○ Observación de comportamientos desafiantes</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ambigüedad atribuida a la identificación del miedo y ansiedad dental: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Miedo, ansiedad y fobia presentan límites difusos en la práctica clínica.</li> </ul> </li> <li>● Percepción de una barrera en la comunicación verbal/no verbal entre paciente y profesional.</li> <li>● Percepción de niños/as que preguntan con insistencia para interrumpir la atención dental. la pregunta como distracción (distracer la atención)d</li> <li>● Nuevos paradigmas odontológicos enfocados en la prevención, no vividos por los padres.</li> </ul>
--	--

<b>III. REGISTRO DEL MIEDO DENTAL INFANTIL</b>	
<b>SIMILITUDES</b>	
<b>Resultados de entrevistas individuales</b>	<b>Resultados Grupo focal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Registro minucioso de las condiciones de ingreso y atención del niño/a.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Registro de las condiciones de ingreso y atención del niño/a.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Registros en la Ficha clínica sin protocolo institucional <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Registro no protocolizado en la Ficha dental</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inexistencia de apartado específico para registrar el miedo dental en la ficha clínica.</li> </ul>

<b>DIFERENCIAS</b>	
<b>Resultados de entrevistas individuales</b>	<b>Resultados Grupo focal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ficha clínica como canal de comunicación intraequipos               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Registro intencionado para preparar al colega que haga la siguiente atención.</li> </ul> </li> <li>● Registro no protocolizado en relación con niños/as con necesidades especiales.</li> </ul>	-

<b>IV. PRÁCTICAS DE ABORDAJE DEL MIEDO DENTAL INFANTIL</b>	
<b>SIMILITUDES</b>	
<b>Resultados de entrevistas individuales</b>	<b>Resultados Grupo focal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Técnicas de comunicación verbal y no verbal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso estratégico del lenguaje</li> <li>- Concientizar</li> <li>- Describir/explicar procedimientos</li> <li>- Comunicación dirigida al niño/a</li> <li>- Anticipar</li> <li>- Contacto visual</li> <li>- Altura/nivel durante la comunicación verbal</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Técnicas de comunicación verbal y no verbal               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso estratégico del lenguaje.</li> <li>- Explicar</li> <li>- Describir/ explicar procedimientos</li> <li>- Concientizar</li> <li>- Comunicación dirigida al niño/a</li> <li>- Anticipar</li> <li>- Contacto visual</li> <li>- Altura/nivel durante la comunicación verbal</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de modelamiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Refuerzo positivo</b> (verbal o con recursos materiales)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Refuerzo positivo con adulaciones (verbal) y recursos materiales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de desensibilización</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición progresiva a estímulos (mínima invasividad) según complejidad del caso</li> <li>- Analogías amigables del instrumental</li> <li>- Uso de material audiovisual (previo en casa)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de desensibilización</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamientos de menor a mayor invasividad</li> <li>- Uso de material audiovisual (durante la atención)</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de relajación/contención</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calmar/confortar al paciente antes, durante o después de una crisis con apoyo del adulto</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de contención</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguridad otorgada por la presencia y participación activa del apoderado</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de Distracción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicios de meditación</li> <li>- Ejercicios de respiración</li> <li>- Imaginación</li> <li>- Contar cuentos.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de Distracción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imaginación</li> <li>- Contar cuentos.</li> <li>- Uso de juegos (espejo)</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de Decir, Mostrar y Hacer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiarizar al niño/a con el entorno o ambiente</li> <li>- Explicar procedimientos</li> <li>- Mostrar (tocar, sentir, conocer).</li> <li>- Hacer</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de Decir, Mostrar y Hacer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar procedimientos</li> <li>- Mostrar (tocar, sentir, conocer).</li> <li>- Hacer</li> </ul> </li> </ul>
<b>DIFERENCIAS</b>	

Resultados de entrevistas individuales	Resultados Grupo focal
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Técnicas de comunicación verbal y no verbal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de la voz</li> <li>- Convencimiento</li> <li>- Confortar</li> <li>- Confianza y Seguridad</li> <li>- Conocer gustos del paciente</li> </ul> </li> </ul>	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de modelamiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación en la atención de otro paciente (hermanos).</li> </ul> </li> </ul>	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de restricción física</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Práctica controversial</li> <li>- Uso en casos de urgencias</li> <li>- No es opción como práctica.</li> </ul> </li> </ul>	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de relajación/contención</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición a estímulos musicales o respiratorios en conjunto.</li> </ul> </li> </ul>	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prácticas de juego de roles</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente como asistente dental</li> <li>- Jugar al “dentista”</li> </ul> </li> </ul>	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Adaptación del entorno clínico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vestimenta amigable como técnica visual.</li> <li>- Adaptación del box</li> </ul> </li> </ul>	-

- Adaptación del instrumental	
-	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Educación respecto a creencias odontológicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación a apoderado</li> <li>- Educación al niño</li> </ul> </li> </ul>
-	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Participación del niño en la atención</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otorgar pausas en la atención según progresión</li> </ul> </li> </ul>
-	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Ensayo y Error</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerar características personales del paciente</li> <li>- estrategias que dan mejor resultado</li> </ul> </li> </ul>

<b>V. CRITERIOS PARA SELECCIONAR PRÁCTICA DE ABORDAJE DEL MIEDO DENTAL INFANTIL</b>	
<b>SIMILITUDES</b>	
<b>Resultados de entrevistas individuales</b>	<b>Resultados Grupo focal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Edad del niño: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Menores de 5 años que se sienten con el adulto</li> <li>○ Todas las edades tomarles la mano</li> <li>○ Contarles cuentos</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Edad del niño: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mayor uso de imaginación en niños en edad preescolar y escolar</li> </ul> </li> </ul>

<b>DIFERENCIAS</b>	
<b>Resultados de entrevistas individuales</b>	<b>Resultados Grupo focal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Personalidad del niño, acompañante y/o profesional:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Personalidad del profesional tratante</li> <li>○ Personalidad del paciente</li> <li>○ Personalidad del acompañante</li> </ul> </li> <li>○ Personalidad de la TONS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Colaboración del niño:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grado de confianza</li> <li>○ Tratamientos acordes al niño en tiempo y agrado</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bajos recursos y rapidez de implementación               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fáciles de adquirir y de aplicar</li> </ul> </li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dinámica familiar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cooperación/Colaboración de los padres</li> <li>○ Participación en la atención</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Disposición del profesional:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Temple del clínico</li> </ul> </li> </ul>

<b>VI. SUGERENCIAS DE PROTOCOLO DE ABORDAJE MIEDO DENTAL INFANTIL</b>	
<b>SIMILITUDES</b>	
<b>Resultados de entrevistas individuales</b>	<b>Resultados Grupo focal</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Sugerencias respecto de los profesionales y equipo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Relativas a cualidades personales positivas del profesional (empatía, reflexionar, humildad, manejo de frustración, responsabilidad)</li> <li>○ Las relacionadas con la atención propiamente tal (ascenso en complejidad de tratamientos, buenos registros)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Sugerencias respecto de los profesionales y equipo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Relativas a cualidades personales positivas del profesional (empatía, reconocimiento de límites, trato amable, amor)</li> <li>○ Las relacionadas con la atención propiamente tal (ascenso en complejidad de tratamientos, manejo de tiempos de atención).</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Sugerencias en relación al niño/a:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Motivar y reforzar aspectos positivos</li> <li>○ Ser empático</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Sugerencias en relación al niño/a:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ser amables y pacientes</li> <li>○ Validar emociones</li> <li>○ Motivar y reforzar aspectos positivos</li> </ul> </li> </ul>
<b>DIFERENCIAS</b>	
<b>Resultados de entrevistas individuales</b>	<b>Resultados Grupo focal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Sugerencias respecto de los profesionales y equipo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Relativas a la acción conjunta del equipo de atención</li> <li>○ Relacionadas a capacitaciones profesionales.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Sugerencias respecto de los profesionales y equipo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Relativas a uso de nuevas tecnologías como recurso</li> <li>○ Consideración del contexto familiar del paciente.</li> <li>○ Actualización respecto a nuevos paradigmas y formas de atención.</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Sugerencias en relación al niño/a:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evitar atención estandarizada de pacientes.</li> <li>○ Identificar actitud del niño al ingreso</li> <li>○ Uso correcto del lenguaje</li> <li>○ Anticipar las experiencias</li> <li>○ Aplicación de prácticas de adaptación individualizada.</li> <li>○ o usar técnicas restrictivas.</li> <li>○ usar técnicas de ON y anestesia general.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Sugerencias en relación al niño/a</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Concientizar al niño de la importancia de la salud oral.</li> <li>○ Reconocimiento del niño/a como sujeto de derecho deberes</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Sugerencias en relación a lo institucional:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Capacitaciones costeadas por empleadores</li> <li>○ contrato de especialistas.</li> </ul> </li> </ul>	

VII. CARÁCTER COLABORATIVO DE LA ATENCIÓN DE NIÑOS/AS CON MIEDO DENTAL	
<b>SIMILITUDES</b>	
Resultados de entrevistas individuales	Resultados Grupo focal
-	-
<b>DIFERENCIAS</b>	
Resultados de entrevistas individuales	Resultados Grupo focal



<ul style="list-style-type: none"> <li>● Insuficiencia de encuentros clínicos del equipo de atención en torno al miedo dental infantil: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No se conversa clínicamente del miedo dental infantil</li> <li>○ Se conversa anecdóticamente del miedo dental infantil</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reflexión y trabajo en equipo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Discusión de casos respecto a las decisiones de tratamiento</li> <li>○ Trabajo colaborativo en la atención</li> <li>○ Roles establecidos en el equipo</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Función de asistente dental clave en el proceso de atención: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Función de distracción y apoyo de las TONS</li> <li>○ Basada en la comunicación expedita con la asistente dental</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reflexiones personales: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infraestructura facilita la retroalimentación. (Infraestructura facilita la escucha interpretativa de los otros box)</li> </ul> </li> </ul>