

Comparación de tres técnicas iatrosedativas para el control del miedo durante la aplicación de la anestesia dental

Recibido: 06-04-2018

Aceptado: 15-06-2018

Rossmar, Navarro-Betetta

Egresada del programa de Especialización en Odontopediatría, Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.

Denisse, Aguilar-Gálvez

Magister en Odontopediatría, Facultad de Odontología de Bauru, Universidad de Sau Paulo, Brasil. Especialista en Odontopediatría, Facultad de Odontología de Bauru, Universidad de Sau Paulo, Brasil. Coordinadora académica de post-grado en la carrera de Estomatología de la Universidad Científica del Sur. Profesora responsable en el área de odontopediatría de la Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.

Comparison of three iatrosedative techniques for fear control during the application of dental anesthesia

Resumen

Objetivo: Evaluar el nivel de miedo a la anestesia dental, antes y después de la colocación de un anestésico local; mediante la técnica infiltrativa, con la técnica distractiva de la “abejita” en niños de 5 a 8 años que son atendidos en el servicio de odontopediatría de la Universidad Científica del SUR.

Metodología: Se seleccionó 33 niños (18 mujeres, 15 varones). El rango de edad estuvo entre 5 a 8 años. Se formó tres grupos: un grupo control (la técnica de bloqueo visual), grupo A (técnica del Pescadito) y el grupo B (técnica de la Abejita). El miedo se evaluó con los siguientes medidores: la percepción del dolor mediante el test de caras de dolor de Wong Baker, la frecuencia de pulso mediante el Oxímetro de Pulso, movimiento y llanto mediante la escala de Houpt, donde se analizó antes de aplicar la técnica anestésica y post aplicación de la técnica anestésica. Chi cuadrado.

Resultados: En el análisis del grupo control, encontramos que la percepción dolorosa; después de la aplicación de la anestesia fue de un 50% en los pacientes, presentaron movimiento y llanto; según la prueba estadística ($p>0.05$), se concluye que la técnica de distracción de Bloqueo Visual no incide en la mejora del miedo a la aplicación de la anestesia dental.

En el grupo A, encontramos que la percepción dolorosa; después de la aplicación de la anestesia, fue un 20% de pacientes que presentaron movimiento, pero no se observó llanto; según la prueba estadística ($p>0.05$), se concluye que la técnica de distracción de la técnica del Pescadito no incide en la mejora del miedo a la aplicación de la anestesia dental. En el Grupo B, se encontró que ningún paciente presentó dolor, hubo un 10% de pacientes que presentaron movimiento y llanto;

Citar como Navarro R. Aguilar D. Comparación de tres técnicas iatrosedativas para el control del miedo durante la aplicación de la anestesia dental. *Odontol Pediatr* 2018; 17(2): 61 - 69.

según la prueba estadística ($p>0.05$), se concluye que está técnica si incide en la mejora del miedo a la aplicación de la anestesia dental. Comparando los tres grupos, se obtiene que el grupo A tiene niveles menores en llanto que el grupo control y el grupo B. El Grupo B tiene niveles menores en movimiento y en percepción dolorosa que el grupo control y el grupo A.

Conclusiones: Al comparar los medidores del miedo que fueron: percepción dolorosa, movimiento, llanto y frecuencia de pulso a la aplicación de la anestesia dental; la técnica distractiva, relajación muscular y relajación diafragmática de la ABEJITA, ayuda a tener mejor manejo del paciente, y así, poder evitar situaciones que puedan crear estrés en el paciente niño.

Palabras clave: Miedo dental, frecuencia de pulso, técnicas de observación del comportamiento.

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to evaluate the levels of dental fear before and after the application of local anesthetic; using the infiltrative technique, through the distraction technique of the “Abejita” in children from 5 to 8 years old that were attending the pediatric dentistry service of the Científica del Sur University.

Material and Methods: this study consisted of thirty three children (15 male, 18 female) were selected. Age range 5- 8 years old (Group 5^a-6^a and group 7^a-8^a) were selected. Three groups were formed: Control group (the visual blocking technique), group A (Pescadito technique) and group B (Abejita technique). Fear was assessed with the following mediators: Pain perception by the Wong Baker pain face test, pulse rate by pulse oximeter, movement and crying by the Houpt scales, where it was analyzed by Chi Square statistical analyses.

Results: The majority of the study group was formed mostly by females, which represents the 53% of the sample. The average age was 7,4 years old. In the analysis of the control group, we could find that the painful perception after the application of the dental anesthetic in 50% of the patients, presented: pain, sudden movements and crying. According to the statistical test ($p>0.05$), is determined that the visual blocking technique does not affect in the decrease of fear. In group A, we could find that pain perception after the anesthetic application in 20% of the patients presented: pain, there was a 20% of the patients that presented sudden movement but there was not crying. according to the statistical test ($p>0.05$), we have come to the conclusion that the pescadito technique does not affect in the decrease of fear to dental anesthetic.

In group B, we could find that there was no single patient that presented pain, there was a 10% of the them that had sudden movements and crying. According to the statistical test ($p>0.05$), we have come to the conclusion that this technique does affect in the improvement of fear to the anesthetic application. In the comparison of these three groups the results show: group A has lower levels in crying than the control group and group B. Group B has lower levels in sudden movement and painful perception than the control group and group A.

Conclusions: Then comparing the fear mediators: fear perception, sudden movement, crying and pulse rate

to the application of dental anesthetic. The technique of passive distraction of the modified abejita, helps to have better management behavior in situations of stress in children.

Keywords: Dental Fear, Heart rate, Behavior observation techniques.

INTRODUCCIÓN

El miedo dental es un problema principal y es común encontrarlo en la población general, principalmente en niños y adolescentes. Tanto así, que los pacientes temerosos pueden intentar por todos los medios posibles evitar o retrasar el tratamiento, lo que da como resultado el deterioro de la salud oral.^{1,2}

Personas con temor, ya sea niños o adultos, pueden resultar difíciles de tratar, requieren mayor tiempo y presentan problemas de conducta que pueden resultar en una experiencia estresante y desagradable tanto para el paciente como para el odontólogo tratante. Con respecto a los pacientes niños estos niveles de temor y estrés pueden ser provocados por sus propios padres y/o cuidadores. Las experiencias negativas que el niño pueda haber tenido a temprana edad e interacciones con el ambiente pueden también aumentar el temor y la ansiedad.³⁻⁵ Uno de los deseos del profesional de la salud es crear un vínculo de entendimiento, confianza y confidencia; siendo la columna vertebral para el manejo del temor y la ansiedad dental,⁶ para lograr tener una mayor calidad en el tratamiento y cambiar la expectativa del paciente.⁷

La odontología ha avanzado a lo largo de los años, con muchas tecnologías. Sin embargo, estas mejoras no han podido eliminar o reducir sustancialmente el miedo y la ansiedad en los pacientes. El temor dental, generalmente se refiere a una desagradable

reacción emocional a estímulos amenazantes, como situaciones asociadas con el tratamiento dental.⁸ Una experiencia negativa o una primera consulta dental inadecuada durante la infancia pueden llevar a una persona adulta a presentar altos niveles de miedo dental. Si los pacientes no son manejados adecuadamente, es bastante posible establecer lo que se conoce como un círculo vicioso de miedo dental.⁹

Los procedimientos odontológicos que están sujetos a la aplicación de anestesia dental, normalmente ocasionan temor en el ser humano sobre todo al paciente niño. La prevención del dolor puede mejorar la relación entre el odontólogo y el niño, para construir una confianza, disipar el miedo y disminuirlo.¹⁰

La anestesia local es una de las técnicas para el control del dolor; sin embargo, la administración de una inyección de anestésico local se encuentra entre la mayoría de los procedimientos que provoca temor en niños.¹¹

Por lo tanto, se han sugerido varios métodos para reducir el dolor causado por la administración de agentes anestésicos locales, incluyendo la aplicación de analgésico tópico, técnicas iatrosedativas, calentamiento de los agentes anestésicos, ajustes de la velocidad de inyección, entre otros.¹²⁻¹⁴ La iatrosedación, es un enfoque dirigido al paciente

para que se calme, ya sea su comportamiento, la actitud y así tener una postura comunicativa con el odontólogo.^{15,16} La distracción, es una técnica usada para desviar la atención del niño durante procedimientos invasivos.^{17,18} La distracción es segura y de bajo costo, ayuda a la reducción de la duración del procedimiento y el número de personal necesario para el procedimiento. La distracción puede ser pasiva, mixta o activa; requiere la participación del paciente y del odontólogo.¹⁹

Según Singh et al,²⁰ que utilizó un método de distracción sonora como la música con audífonos, demostrando que los niveles de ansiedad y temor en pacientes pediátricos disminuyeron. Al-Khotani et al²¹, confirmó que la distracción es un método efectivo para reducir el temor y la ansiedad en niños durante un tratamiento odontológico. Según McCaul y Mallot² la percepción del dolor disminuye cuando el paciente tiene una distracción placentera.

Es así que la introducción de un elemento paliativo o que disminuya esta eventualidad deberá ser aplicado. Por esto el presente estudio buscó comparar el miedo dental mediante tres técnicas distractivas después de la colocación de un anestésico en niños de 5 a 8 años.

Material y métodos

El diseño de la investigación fue estudio ensayo clínico controlado no aleatorizado, observacional, longitudinal y prospectivo, el protocolo fue enviado a la comisión de investigación y ética de la Escuela de Estomatología de la Universidad Científica del Sur. Los niños recibieron un informe verbal y firmaron el asentamiento informado, así como los padres o tutores firmaron su consentimiento informando.

La población estuvo conformada por 42 pacientes, el estudio estuvo integrado por 3 grupos de 11 participantes: grupo control: bloqueo visual (10 pacientes entre 5 a 8 años), grupo A: técnica del "PESCADITO" (10 pacientes entre 5 a 8 años) y grupo B: técnica de la "ABEJITA" (13 pacientes entre 5 a 8 años).

Los criterios de selección fueron pacientes requerían la colocación de anestesia dental infiltrativa por primera vez, con el rango de edad de 5 a 8 años, con asentimiento informado y cuyos padres o tutores firmaron el consentimiento informado y finalmente se incluyeron niños con un comportamiento colaborador y parcialmente colaborador según la clasificación de Frankl.

Los criterios de exclusión fueron pacientes no colaboradores, con enfermedades neurológicas, con experiencias previas de anestésicos dentales, que hayan sido picados por el insecto abeja. Pacientes con enfermedades neurológicas y pacientes que hayan tenido experiencias negativas con peces.

Técnicas y procedimientos

Se procedió a enviar una solicitud al director del Centro Odontológico de la Universidad Científica del Sur. La capacitación fue realizada por un especialista en Odontopediatría, mediante una serie de evaluaciones visuales de los pacientes. El grupo de estudio estuvo conformado por 33 niños entre 5 a 8 años que cumplían los criterios de inclusión. Se dividió la muestra en tres grupos: grupo control; que se utilizó la técnica distractiva de bloqueo visual, grupo A; que se utilizó la técnica distractiva del PESCADITO y grupo B; que se utilizó la técnica distractiva, relajación muscular y respiración diafragmática de la ABEJITA.

Procedimiento de Grupo Control

Estando el niño recostado, se le pidió que elija y/o señale una de las caritas del test de imágenes faciales de Wong-Baker; de cómo se sentía en ese momento y saber cómo estaba llegando al consultorio.

Se utilizó el oxímetro de pulso para medir la frecuencia de pulso antes y después de la aplicación de la aplicación de la anestesia. Previo a la aplicación de la anestesia, se secó la mucosa con aire de la jeringa triple, se colocó con un hisopo la anestesia tópica por 1 min; mientras se aplica la anestesia tópica se le explicó al niño que su diente se iba a dormir. Con la mano que no está sujetando la carpule, se utilizó como bloqueo visual y se colocó la anestesia infiltrativa poco a poco. Después de la aplicación de la anestesia dental; se le pidió al niño que vuelva a señalar y/o elegir una de las caritas del test de imágenes faciales de Wong-Baker, para saber cómo se sintió al final de la aplicación de la anestesia dental y se volvió a colocar el oxímetro de pulso para obtener la frecuencia de pulso final. También se observa si durante de la aplicación de la anestesia, el paciente se mueve o llora, según la escala de Houpt.

Procedimiento de Grupo A (técnica distractiva del PESCADITO)

Estando el niño recostado, se le pidió que elija y/o señale una de las caritas del test de imágenes faciales de Wong-Baker; de cómo se sentía en ese momento y saber cómo estaba llegando al consultorio. Se utilizó el oxímetro de pulso, para obtener los valores iniciales de la frecuencia de pulso, estos valores se apuntaron antes de la aplicación de la anestesia dental. Previo a la aplicación de la anestesia, se le preguntó al niño en donde viven los pescaditos, “en el mar o en la piscina”, luego de la respuesta

se volvió a preguntar al niño si quería que trajera a un pescadito para que nade en su boquita y así pueda dormir al diente, para eso necesitaba llenar la boquita con agua porque sino el pescadito se podía morir. Con la ayuda del suctor se explicó que se iba a recoger el agua de la boquita. Luego de explicar la técnica distractiva, se colocó la anestesia tópica en la mucosa, previamente secándola por un minuto. Se le pidió a la asistente sujetar el suctor y la jeringa triple para que pueda aspirar y botar el agua al mismo tiempo.

Con la mano que no se sujetó la carpule, se hizo bloqueo visual solo para la introducción de la carpule a la boca y al momento de colocar o hacer la punción con la ajuga para la aplicación de la anestesia dental, se le pidió a la asistente que rocié agua en ese lugar, para que el agua sea una distracción y el niño no pueda sentir la incomodidad de la aguja. Luego, de haber hecho el bloqueo visual, con la mano libre se sujetó el carrillo del lugar de punción y se procedió a mover el carrillo y decir al mismo tiempo que el pescadito está nadando y no hay que moverse. Después de la aplicación de la anestesia dental; se le pidió al niño que vuelva a señalar y/o elegir una de las caritas del test de imágenes faciales de Wong-Baker, para saber cómo se sintió al final de la aplicación de la anestesia dental. Luego se vuelve a colocar el oxímetro de pulso para obtener los valores de frecuencia de pulso final. También se observó si durante de la aplicación de la anestesia, el paciente se mueve o llora según escala de Houpt.

Procedimiento de Grupo B (técnica distractiva de la ABEJITA)

Estando el niño recostado, se le pidió que elija y/o señale una de las caritas del test de imágenes faciales de Wong-Baker; de cómo se sentía en ese momento y saber cómo estaba llegando al

consultorio. Luego, se utilizó el oxímetro de pulso para obtener los valores iniciales de la frecuencia de pulso antes de la aplicación de la anestesia dental. Previo a la aplicación de la anestesia, se dijo al paciente niño que entrelace los dedos de las manos y que coloque sus manos sobre el estómago y que respire profundo tres veces. Cuando la abejita pique; se hace un ejemplo pellizcando suavemente la mano del niño para que se sepa lo que puede sentir. Con las manos en la barriguita, se le pidió al niño presionarla fuertemente cada vez que la abejita pique. Con la carpule ya cargada y con la tapa, hacer la que la abejita pique la mano y el labio, y que el niño realice la presión de la barriguita y respirar profundamente. Se le explica al niño que no puede extender las manos porque sino la abejita volara, picara otro lugar y causara molestias. Esta información que se le brinda al paciente niño, es para crear empatía. Previo a la aplicación de la anestesia, se colocó anestesia tópica en la mucosa seca por 1 min, y al momento de la aplicación de la anestesia dental, se le pidió a la mamá/papa u otra persona que se ponga en la parte superior derecha del sillón para que el niño trate de verla y así levante la cabeza y no pueda ver al momento en que se saca la tapa de la aguja. Con mano que no está siendo sujeta la carpule, colocarla como forma de bloqueo visual y así poder colocar la anestesia. Después de la aplicación de la anestesia dental; se le pidió al niño que vuelva a señalar y/o elegir una de las caritas del test de imágenes faciales de Wong-Baker. Luego, se colocó el oxímetro de pulso para obtener la frecuencia de pulso final. También se observó si el paciente se mueve o llora según la escala de Houpt

Análisis de datos

Se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 22, esta etapa comenzó con un análisis univariado que consistió en describir las frecuencias y porcentaje de la variable la ansiedad en cada

momento de evaluación antes y después de la de la aplicación de la técnica de la abejita, en el grupo niños de 5 a 8 años.

Todo se trabajó con un nivel de significancia de $p > 0.05$.

Resultados

Un total de 13 participantes completaron el estudio. En la tabla 1, se observa que hay un 42.4% (14) de niños con edad entre los 5 a 6 años y un 57.6% (19) de niños con edad entre los 7 a 8 años, que acudieron al servicio odontopediatría del Centro Odontológico de la Científica del SUR.

En tabla 2, En lo relacionado a los niveles de Dolor dental, tenemos que en el grupo de pacientes a los que se les aplicó la técnica del Pescadito el 50% no presenta dolor, el 40% presenta muy poco dolor y el 10% presenta dolor perceptible; mientras que en el grupo de pacientes que se les aplicó Bloqueo Visual tenemos que el 50% presenta muy poco dolor, el 20% presenta dolor perceptible y el 20% presenta dolor intenso. En tabla 3, según la prueba Chi Cuadrado, podemos establecer que no existe relación significativa entre las técnicas del Pescadito y Bloqueo Visual con los Niveles de Dolor dental ($p > 0.05$). Con lo cual se concluye, que las técnicas de distracción del Pescadito y de Bloqueo Visual no presentan diferencias en los niveles de Dolor dental de los pacientes que acudieron al servicio odontopediatría del Centro Odontológico de la Científica del SUR.

En tabla 4, en lo relacionado a los niveles de Dolor dental, tenemos que en el grupo de pacientes a los que se les aplicó la técnica de la Abejita el 84.6% no presenta dolor y el 15.4% presenta muy poco

dolor; mientras que en el grupo de pacientes que se les aplicó Bloqueo Visual tenemos que el 50% presenta muy poco dolor, el 20% presenta dolor perceptible y el 20% presenta dolor intenso. En tabla 5, según la prueba Chi Cuadrado, podemos establecer que existe relación significativa entre

las técnicas de la Abejita y Bloqueo Visual con los Niveles de Dolor dental ($p < 0.05$). Donde se puede establecer que, los pacientes que se les aplicó la técnica de la Abejita tienen mejores niveles en la percepción del dolor dental que los pacientes a los que se les aplicó la técnica de Bloqueo visual.

Tabla 1. Distribución de la muestra según grupo etario

Edad	Frecuencia	Porcentaje
5 - 6 años	14	42.4%
7 - 8 años	19	57.6%
Total	33	100.0%

Tabla 2. Asociación de Niveles de Dolor dental en pacientes con técnicas de Bloqueo Visual y Pescadito

Nivel de Dolor dental	Pescadito		Bloqueo Visual	
	N	%	N	%
Sin dolor	5	50.0%	0	0.0%
Duele muy poco	4	40.0%	5	50.0%
Dolor perceptible	1	10.0%	2	20.0%
Dolor molesto	0	0.0%	0	0.0%
Dolor intenso	0	0.0%	2	20.0%
Máxima intensidad de dolor	0	0.0%	1	10.0%
Total	10	100.0%	10	100.0%

Tabla 3. Prueba Chi Cuadrado para los Niveles de Dolor dental entre las técnicas del Pescadito y Bloqueo Visual

Chi-cuadrado	8.444
g.l.	4
Sig.	0.077

Tabla 4. Asociación de Niveles de Dolor dental en pacientes con técnicas de Bloqueo Visual y Abejita

Nivel de Dolor dental	Bloqueo Visual		Abejita	
	N	%	N	%
Sin dolor	0	0.0%	11	84.6%
Duele muy poco	5	50.0%	2	15.4
Dolor perceptible	2	20.0%	0	0.0%
Dolor molesto	0	0.0%	0	0.0%
Dolor intenso	2	20.0%	0	0.0%
Máxima intensidad de dolor	1	10.0%	0	0.0%
Total	10	100.0%	13	100.0%

Tabla 5. Prueba Chi Cuadrado para los Niveles de Dolor dental entre las técnicas de la Abejita y Bloqueo Visual	
Chi-cuadrado	17.187
g.l.	4
Sig.	0.002

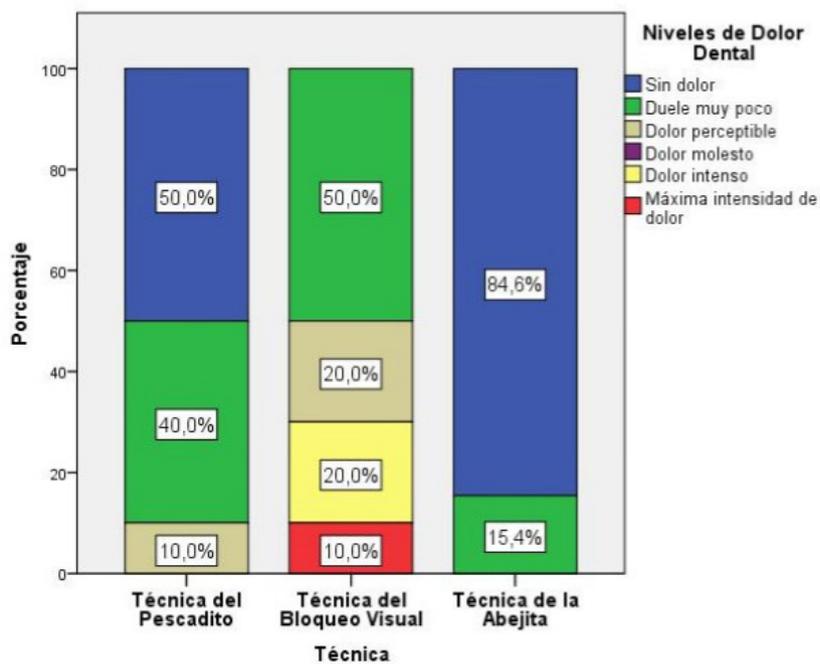


Gráfico N.º. 1 Comparación de Niveles de Dolor dental entre las Técnicas de distracción.

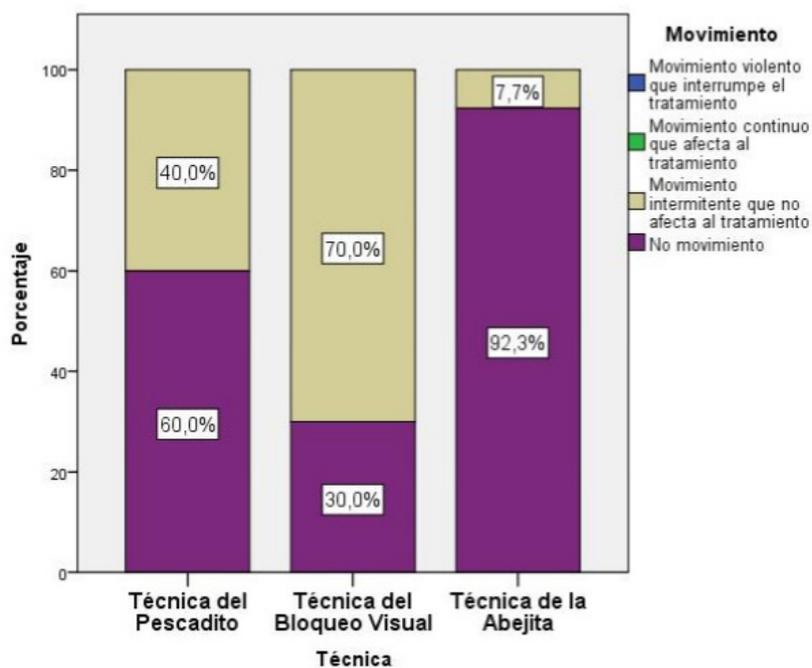


Gráfico N.º. 2 Comparación de Movimiento entre las Técnicas de distracción.

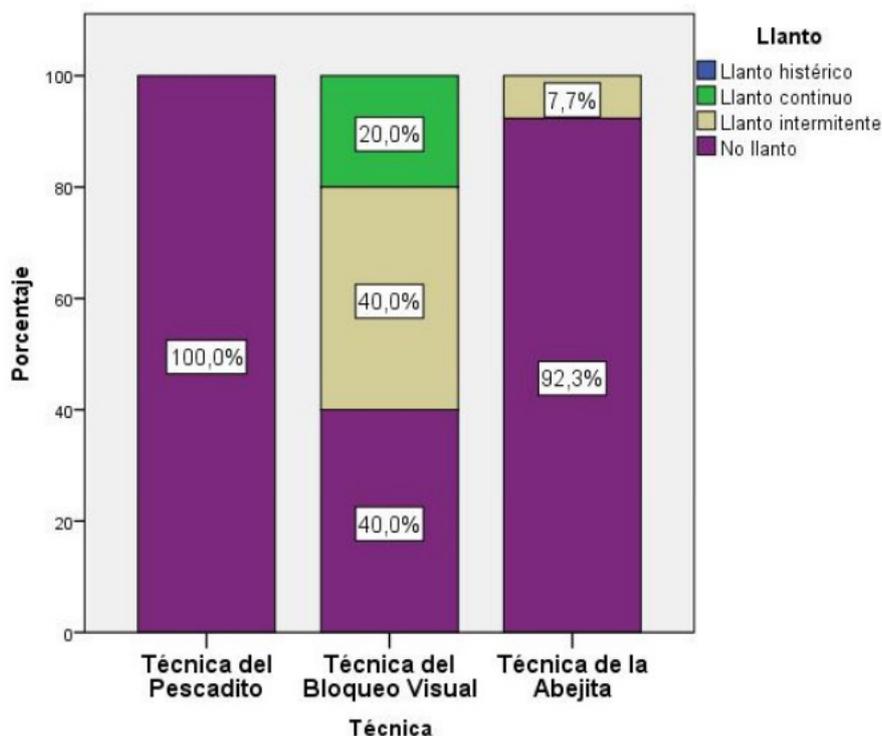


Gráfico N°. 3 Comparación de Llanto entre las Técnicas de distracción.

DISCUSIÓN

Se sabe que el mayor temor del paciente es la sensación de dolor por un pinchazo de la aguja; ya que trae recuerdos no gratos a los pacientes, sobre todo a pacientes niños. Lo cual no nos debería de sorprender un rechazo ante este procedimiento ya que es una respuesta normal ante una amenaza o peligro. Los niveles más altos de temor dental suelen generarse durante los primeros años de la infancia,²² es por esto que son más temerosos y responde de forma más exagerada a estímulos externos.

No se encontraron diferencias significativas entre los niveles de frecuencia de pulso entre las técnicas distractivas, se encontró niveles significativos de disminución del dolor con la técnica distractiva del grupo b (ABEJITA) en comparación de las técnicas distractivas del grupo A (PESCADITO) y el grupo control (bloqueo visual), también se encontró niveles significativos en los niveles de movimiento durante la aplicación de la anestesia dental para la técnica

distractiva de la abejita a comparación del grupo A y grupo control. Por otro lado, una de las debilidades de este estudio es que conto con poca muestra; ya que los pacientes que acudían por primera vez al centro odontológico no siempre cumplían los criterios de inclusión.

En comparación con estudio previos que realizaron Al khotani²¹ et al y Sing²³ et al, señalaron que la distracción audiovisual mostró una disminución del temor y ansiedad dental, dando un método efectivo en la reducción del miedo en niños. También resultó que las niñas muestran más ansiedad que los niños cuando no tienen ningún tipo de distracción.

Mientras que Law²⁴ y Aminadabi²⁵, utilizaron la distracción pasiva; como lentes de realidad virtual; demostrando que el niño tenga una buena tolerancia para el dolor y ansiedad durante el tratamiento. Lo que estuvo de acuerdo es en que la edad no es un predictor de la magnitud de tolerar el dolor.

Abdelmoniem²⁶, et al, señalaron que niños con distracción activa, resultó un buen confort siguiendo con la distracción pasiva-activa; mientras que la distracción pasiva, demostró el más bajo porcentaje a la vez mostró el valor bajo en la escala de caras de dolor. Esta prueba fue para la aplicación de la anestesia.

Por otro lado, Garrocho²⁷ evaluó la distracción tradicional como la de tell-show-do con la distracción audiovisual y encontró que este método no es más efectivo que el método tradicional de manejo de conducta para reducir la ansiedad y el miedo y la percepción dolorosa en niños con tratamiento dental.

Ghaderi²⁸ et al, estudiaron la percepción del dolor enfriando la mucosa por 1 minuto en donde se aplicó la anestesia; siendo este método un tipo de distracción. Dando como resultado que reduce el dolor; lo cual es una ayuda para la aplicación de la anestesia en los pacientes niños. Lazo²⁹ et al, mostraron que existe una ansiedad moderada antes de empezar un tratamiento en niños de 4, 6 y 7 años. En este rango de edad es donde los niños sufren de cambios en el desarrollo y que es un predictor de

para tener miedo y estrés ante una nueva rutina que ir al odontólogo.

Una revisión sistemática del 2009 de Beckus³⁰, revisaron 393 estudios; los cuales incluyeron 19 ensayos clínicos aleatorizados, donde evaluaron la ansiedad / miedo y la percepción dolorosa de 1513 niños y adolescentes jóvenes. Concluyendo que la musicoterapia reduce el dolor y el miedo/ansiedad y también ayuda a reducir el uso de agentes farmacológicos para tratamientos invasivos. Cuando la musicoterapia se combina con otras modalidades como ejercicios de relajación, puede ser más eficaz que cuando se presenta solo.

Por último, cabe resaltar los resultados obtenidos en nuestra investigación son similares a los encontrados con estudios previos, donde encontraron que la distracción ya sea pasiva o activa complementada con las técnicas de relajación muscular y respiración diafragmática, ayuda a disminuir el miedo en los pacientes; en el estudio se observa que el miedo dental no empeora, por lo contrario; disminuye, producto del uso de la técnica distractiva de la abejita modificada.

CONCLUSIÓN

Al comparar los medidores del miedo que fueron: percepción dolorosa, movimiento, llanto y frecuencia de pulso a la aplicación de la anestesia dental entre las técnicas distractivas; la técnica distractiva, relajación muscular y respiración diafragmática de la "Técnica de la abejita", ayuda a tener mejor manejo del paciente, y así, poder evitar situaciones que puedan crear estrés en el paciente niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urbina S. Relación entre la ansiedad y respuesta fisiología en niños de 5 a 8 años en su primera visita odontológica. Universidad Cayetano Heredia: 2006.
2. Zarafshan H, Mohammadi MR, Salmanian M. Prevalence of anxiety disorders among children and adolescents in Iran.
3. Popescu S, Dascalu I, Scriciu M, Mercut V, Dental Anxiety and its association with behavioral factors in children.
4. Humphris G, Milson K, Tickle M, Holbrook H, Blinkhorn A. A new dental anxiety scale for 5 year old children (DA%) description and concurrent validity.

5. Ramos M, Marques L, Pavia S, Serra J, Pordeus I. Predictive factors for child behaviour in the dental environment.
6. Armfield JM, Milgrom P, A clinician guide to patientes afraid of dental injections and numbness SAAD. 2011; 27: 33-9.
7. Thomson W, Locker D, Poulton R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience.
8. Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Brit J Psychiatry*. 1969; 3: 76-9.
9. Klepac RK, Dowling J, Hauge G. Characteristics of clients seeking therapy for the reduction of dental avoidance.
10. King NJ, Hamilton DI, Ollendick TH. *Children's Phobias: A Behavioural Perspective*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 1988.
11. Klepac RK, Dowling J, Hauge G. Characteristics of clients seeking therapy for the reduction of dental avoidance.
12. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. Reference Manual; *Pediatr Dent* 2014-2015;36(6):180-90.
13. Lee S, lee N. An alternative local anaesthesia technique to reduce pain in paediatric patients during needle insertion. *Eur J Paediatr Dent*. 2013;14(2):109-12.
14. Leyda A, Liena C. Comparison of eutectic mixture of lidocaine/prilocain versus benzocaine gel in children. *Open J Stomat*. 2011;1:84-91.
15. Taneja P. Iatrosedation: a holistic tool in the armamentarium of anxiety control. *SAAD Dig*. 2015;31:23-5.
16. Guedes A, Bonecker M, Martins C. *Fundamentos en Odontología*. 1 Ed. Brasil: Nacional; 2011. P. 40-42.
17. Meng X, Heft MW, Bradley MM, Lang PJ. Effect of fear on dental utilization behaviors and oral health outcome.
18. Colares, MMOV. The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months.
19. Friedman N. Iatrosedation: the tratment of fear in the dental patient. *J Dent Educ*.1983;47(2):91-5.
20. Singh H, Rehman R, Kadtane S, Dalai D, Jain C. Techniques for the behaviors management in pediatric dentistry.
21. Al-Khotani A, A`aziz, Christidis N. Effects of audiovisual distraction on children's behaviour during dental treatment.
22. Garra G. Singer A. Taira B. Chohan J. Cardoz H. et al. Chisena E. Validation of the Wong-Baker.
23. Singh D, Samadi F, Jaiswal J, Mani A. Stress Reduction through Distraction in anxious Pediatric Dental Patientes.
24. Law E., Dahlquist L, Sil S, Weiss K, Herbert L, Wohlheiter K. Videogame distraction using virtual reality technology for children experiencing cold pressor pain.
25. Aminabadi N, Erfanparast L, Sohrabi A, Oskouei S, Naghili A. The impact of virtual reality distraction on pain and anxiety during dental treatment in 4-6 year old children.
26. Abdelmoniem S, Mahmoud S. Comparative evaluation of passive, active, and passive-active distraction techniques on pain perception durind local anesthesia administration in children. *J Adv Res*. 2016; 7(3):551-6.
27. Garrocho A, Ibarra E, Rosales M, Esquivel R, Esparza V, Pozos A. A video eyeglasses/earphones system as distracting methos during dental treatment in children.
28. Ghaderi F, Banakar S, Rostami S. The effect of pre-cooling the injection site on pain perception in pediatric dentistry: A randomized clinical trial. *Dent Res J (Isfahan)*. 2013;10(6):790-4.
29. Lazo A, Ramos R, Mercado P. Nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad. *Rev Estomatologica del Altiplano*.2014; 1(1):27-34.
30. Bekhuis T. Music therapy may reduce pain and anxiety in children undergoing medical and dental procedures. *J Evid Based Dent Pract*. 2009; 9(4):213-4.