



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE
ASISTEN A LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA-DEPeI,
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

JUAN IGNACIO CHARGOY LACIMA

Vo. Bo. Patricia Marcela López Morales
DIRECTORA: C. D. PATRICIA MARCELA LÓPEZ MORALES

ASESORA: MTRA. MARÍA GLORIA HIROSE LÓPEZ

México, D.F. 2005

m. 345910

A DIOS YAHVEH, EHYEH ASHER EHYEH.

A mis padres, por el amor, apoyo y comprensión que me han dado a lo largo de mi vida, valoro mucho lo que hacen por mí. Los amo.

A mis hermanas, Alba Marcela y Maricarmen, por quererme, aguantarme, preocuparse, las quiero mucho.

C.D. Patricia Marcela López Morales. Sin su ayuda esto no sería posible, gracias por su tiempo y paciencia. Muchas gracias doctora.

Mtra. María Gloria Hirose López. Agradezco haberla tenido como doctora y ahora por acompañarme en este proyecto. Gracias por compartir sus conocimientos.

Maricarmen. Me siento muy afortunado por haberte encontrado, espero estar a la altura de la mujer que eres. Te amo mi amor.

José Luis y Aurora, ustedes son mas que tíos para mí, gracias por el cariño y consejos que he recibido.

Nacho. No tengo como pagarte todo el conocimiento que me haz dado. Muchas gracias hermano.

Aldo, Pancho, Pepe, Pedro. Gracias por estar conmigo en las buenas y en las malas, me han dado más que su amistad.

A toda mi familia y cada una de las personas que he conocido.

C.D. MPH Socorro Aída Borges Yáñez. Por permitirme hacer mi servicio social con usted. La admiro mucho.

División de Estudios de Posgrado e Investigación, Clínica de Odontopediatría a cargo del Mtro. Adolfo Yamamoto Nagano por las facilidades que me prestaron para realizar mi tesis.

Doctores Dora Liz, Alejandro Hinojosa, Fernando Tablada. Por ser parte del comité de revisión de tesis.

Facultad de Odontología, UNAM. Gracias por los conocimientos personales y profesionales que me haz dado.

Alumnos de 1er. y 2do. año, padres y pacientes pediátricos. Gracias por brindarme su participación, confianza y tiempo en la realización de esta tesis.

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Juan Ignacio Chargoy Lacima

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Juan Ignacio

Chargoy Lacima

FECHA: 021-Jun-2005

FIRMA: [Firma]

ÍNDICE

	Página
Resumen	
Introducción	
1. Antecedentes	
1.1 Características de los niños en la etapa escolar y pubertad	1
1.2 Reacciones emocionales infantiles	2
1.3 Factores que influyen en la conducta infantil	4
1.4 Métodos para el control del temor y ansiedad	5
1.5 Escalas de medición de ansiedad	6
2. Planteamiento del problema	11
3. Justificación del estudio	13
4. Hipótesis	14
4.1 Hipótesis alterna	
4.2 Hipótesis nula	
5. Objetivos	15
5.1 Objetivo general	
5.2 Objetivos específicos	
6. Material y métodos	16
6.1 Tipo de estudio	16
6.2 Población en estudio	16

6.3 Criterios	16
6.3.1 Inclusión	
6.3.2 Exclusión	
6.3.3 Eliminación	
6.4 Variables	17
6.4.1 Dependiente	
6.4.2 Independiente	
6.5 Definición operacional y escalas de medición	18
6.6 Recolección de datos	19
7. Análisis de la información y tratamiento estadístico	22
8. Recursos	23
8.1 Humanos	
8.2 Materiales	
8.3 Financieros	
9. Estimación de peligros y consideraciones éticas	24
9.1 Riesgos probables	
9.2 Consentimiento informado	
9.3 Confidencialidad de la información	
10. Resultados	26
11. Discusión	33
12. Conclusiones	35
13. Referencias bibliográficas	37
14. Anexos	40

RESUMEN

Los pacientes infantiles pueden manifestar cierto grado de ansiedad ante el tratamiento dental. Esta situación puede complicar el manejo de conducta del paciente y por ende el éxito de su rehabilitación. No es la ansiedad en sí lo que determina el tipo de paciente odontológico, sino la manera en que enfrentan sus miedos. Los niños que acuden a la consulta odontológica, mostrarán una conducta de acuerdo con su edad y nivel de madurez emocional. **Objetivo:** Determinar el grado de ansiedad que manifiestan los pacientes en la consulta dental en la Clínica de Odontopediatría de la División De Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI) de la Facultad de Odontología, UNAM, durante el periodo escolar 2004-2005. **Material y método:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta directa, utilizando la Escala de CORAH. **Resultados:** Se entrevistaron 103 pacientes infantiles escolares (50 niños y 53 niñas) que acudieron a recibir tratamiento dental a la clínica, con una edad comprendida entre 8.00 y 12.11 años ($x = 9.9$, D. E. = 1.2). Las niñas exhibieron mayores porcentajes que los niños, en los diferentes grados de ansiedad analizados. Cuarenta y cuatro pacientes infantiles (43%) no mostraron ansiedad dental aparente previa al tratamiento dental. En el grupo con alta presencia de ansiedad dental, los valores observados fueron mayores en los niños (12%) que en las niñas (3%), pero no existió diferencia estadísticamente significativa entre el grado de ansiedad ante el tratamiento dental por género ($\chi^2 = 3.97$, $P > 0.05$). Los niños comprendidos entre los 9.01 y 10.0 años de edad mostraron mayor grado de ansiedad (20%) que el resto de la población examinada. No existió diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad ante el tratamiento dental por edad ($\chi^2 = 0.007$, $P > 0.05$), únicamente 9 pacientes, 4 niños y 5 niñas (9%), se mostraron altamente ansiosos al tratamiento dental. **Conclusiones:** Las niñas exhibieron mayores porcentajes en los diferentes grados de ansiedad en la población infantil examinada; sin embargo, únicamente fue un grupo muy reducido el que se mostró altamente ansioso.

INTRODUCCIÓN

La aparición de reacciones emocionales en los niños ante la experiencia odontológica dependerá de diversos factores, tales como nivel de coeficiente intelectual, edad, sexo, actitud de la familia y experiencias dentales previas.

El miedo y la ansiedad son emociones infantiles frecuentemente relacionadas con los tratamientos dentales. Hasta hace algunos años era común que algunos adultos refirieran que el miedo a asistir al consultorio dental fue producido en su niñez, debido a experiencias negativas con odontólogos. Si el manejo de conducta hubiera sido el adecuado y además los odontólogos hubieran estado perceptivos a lo que en realidad estaban sintiendo y queriendo expresar sus pacientes infantiles, las visitas al dentista hubieran sido menos traumáticas.

Desde un punto de vista humanístico y conductista, la ansiedad en el niño puede ser considerada como una reacción normal y sana hacia la Odontología, ya que sirve como un sistema de alerta y motivación. Consecuentemente, un aumento en la ansiedad infantil no necesariamente implica un daño para el niño. Sin embargo, es cierto que una ansiedad incrementada más allá de lo permitido, producirá un problema para el manejo de la conducta e incluso puede crear una situación peligrosa para el niño y para el profesional. Por lo tanto, el odontólogo ha de saber cómo ayudar a sus pacientes pediátricos a modificar y controlar la ansiedad a un nivel apropiado ante cada situación, mediante la utilización de diversas técnicas de control de la conducta (comunicación, modificación y enfoque físico) en la consulta dental.

La manera en que un niño aprende a manejar su ansiedad durante la consulta dental repercutirá en su futura conducta, aceptando o rechazando los tratamientos que se le efectúen. Los niños y niñas de 8 a 12 años tienen capacidad para poder desarrollarse en presencia de ansiedad, por lo tanto, recurrimos a estas edades para realizar el presente estudio basado en la

escala de CORAH. Es importante comentar que no se ha encontrado hasta la fecha en la literatura, ningún estudio similar realizado en población infantil mexicana.

1. ANTECEDENTES

1.1 Características generales de los niños en la etapa escolar y en la pubertad

Braham¹ menciona que algunos niños en edad escolar de 6 a 12 años, son muy maduros y otros apenas son lo suficientemente razonables. Las tensiones de tener que aprender, competir y entremezclarse socialmente pondrán a prueba la fuerza de la personalidad. Entre la edad de 6 y 12 años, los niños tienen capacidad para funcionar en presencia de ansiedad. La ansiedad será siempre parte de la vida. Ante la incertidumbre de su propia capacidad de satisfacer, ya sea sus propias expectativas, ya sea las de otros, y además estar inseguros de las consecuencias, un niño no puede eludir el experimentar ansiedad. Ese gran mundo de lo desconocido forma al niño vulnerable, hasta que un conocimiento mayor desplaza las antiguas creencias. Si el niño considera las experiencias positivas anteriores, se dará cuenta que cualquier complicación futura que pueda tener podrá solventarla sin ningún problema.

Barberia² describe el desarrollo intelectual en niños de 2 a 7 años, refiriendo que ellos poseen la capacidad de utilizar el pensamiento intuitivo; su pensamiento es simbólico, creen lo que ven y lo que oyen, su inteligencia se basa en la percepción. Es importante saber esto, ya que nos da referencias de la conducta a una edad temprana. Esto correspondería a la Fase II o Período Preoperatorio descrito por Piaget. Los niños de 7 a 11 años utilizan la lógica fundamentada, cuestionando la percepción, y son capaces de establecer la relatividad en el sistema de evaluación; su inteligencia se basa principalmente en la lógica. Esto correspondería a la Fase III o Período de Operaciones Concretas según Piaget. Los adolescentes de 11 a 15 años se caracterizan por ser introspectivos, analíticos y egocéntricos, están en una intensa búsqueda de su identidad. Necesitan expresar su propia individualidad, por lo general rechazan la autoridad, los sentimientos de amor y odio son extremos, su inteligencia se basa principalmente en el pensamiento abstracto. Según Piaget,

este grupo de jóvenes se ubica en la Fase IV o Período de Operaciones Formales.

Escobar³ y Angus⁴ refieren que las características generales de los niños considerados en la etapa escolar (6 a 11 años de edad) requieren de elogios, necesitan explicaciones de todo, los demás se deben de adaptar a él, necesitan tener siempre la razón y, en caso de participar en un juego, siempre quieren ser los ganadores; son amistosos, les gusta coleccionar cosas, les gustan los juegos y tienden a ser independientes de sus padres. Los jóvenes que se encuentran en la etapa de pubertad o adolescencia (11 a 15 años de edad) se caracterizan por la constante búsqueda de su identidad, por esa necesidad imperiosa de expresar su propia individualidad, por ser impredecibles, por rechazar todo lo que represente autoridad; tienden a formar grupos de acuerdo a sus aficiones. Hay⁵ refiere que las lesiones corporales, peligros físicos y el temor a perder a una persona amada, son consecuencias de la ansiedad del desarrollo.

1.2 Reacciones emocionales infantiles

Debido al progreso del conocimiento del desarrollo psicológico, se tiene conocimiento que las circunstancias que promueven la aparición de reacciones emocionales en los niños son cada vez más complejas. Las reacciones emocionales varían desde formas primarias que aparecen genéticamente, hasta otras relativamente elaboradas por los múltiples contactos con el medio ambiente.¹

Las reacciones emocionales más relevantes para el odontólogo que atiende a niños son: el miedo y la ansiedad. El miedo y la ansiedad que se manifiestan durante los tratamientos dentales impiden que el paciente pueda cooperar plenamente con él, lo que implica pérdida de tiempo y dificultad para realizar el tratamiento; el riesgo de sufrir lesiones se incrementa tanto para el paciente infantil como para el odontólogo y, lo más importante, genera resultados

insatisfactorios. Los pacientes pediátricos con conductas no cooperativas son uno de los mayores problemas en la práctica clínica, al igual que los que asisten con dolor, ya que provocan que el dentista se enfrente a problemas de manejo de conducta⁶. Los que manifiestan dolor son difíciles y rebeldes, y pueden rehusarse a abrir la boca haciendo el tratamiento dental prácticamente imposible⁷.

Desde el punto de vista psicológico, el miedo y la ansiedad son dos entidades distintas. Barberia² define al miedo como “la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física al dolor, sirviendo como medio de alarma”. La misma autora define a la ansiedad como “el estado emocional que se origina en fuentes internas como fantasías y expectativas no reales”. Es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad, ya que el miedo nunca se expresa sin un cierto matiz de ansiedad. La mente infantil está más controlada por los impulsos internos y fantasías que la del adulto y, por ello, el niño tiene más tendencia a sufrir ansiedad. En los niños es común que aparezca cierto nivel de ansiedad como reacción normal cuando una persona a la cual no conocen, y en un ambiente extraño, intenta examinar su cavidad oral. Una ansiedad incrementada más allá de cierto punto producirá un problema de interacción en la consulta o incluso se puede crear una situación peligrosa para el niño y para el profesional⁸. En una investigación realizada por Horst y De Wit⁹ con respecto a la conducta manifestada en tratamientos odontológicos realizados entre 1987 y 1992, encontraron que los pacientes del sexo femenino reportaban más ansiedad dental que el sexo masculino, y así mismo, que los jóvenes eran más ansiosos ante el tratamiento dental que la población anciana.

Algunos niños desarrollan lentamente cierta seguridad, mientras que otros permanecen inseguros y ansiosos. Los niños ansiosos son esencialmente temerosos de una nueva experiencia y su reacción puede ser violentamente agresiva, como un despliegue de rabietas en el consultorio¹⁰.

Para los dentistas, el proveer menores niveles de ansiedad en el manejo del paciente pediátrico bajo circunstancias de emergencia, es una necesidad que debe ser promovida. Haciendo esto, los padres que anteriormente sólo llevaban a sus hijos cuando requerían de tratamiento dental de urgencia, pueden motivar un cambio en ellos en la perspectiva de la atención dental, percibiendo la gran ventaja que otorga el hecho de acudir a recibir tratamientos preventivos y no únicamente operatorios, ayudando con esto a reducir el nivel de ansiedad tanto en ellos como en sus hijos¹¹.

1.3 Factores que influyen en la conducta infantil

Mercado¹² refiere que existen diversos factores que influyen en el comportamiento y la personalidad del niño, tales como:

- Variables biológicas determinadas genéticamente.
- Variables biológicas no genéticas.
- Experiencias de aprendizaje del niño.
- Medio ambiente psico-social inmediato (padres, hermanos, amigos, maestros).
- Medio cultural-social general en el que se desarrolla.

Los dos primeros son factores naturales y los tres últimos son factores ambientales. La interacción de los cinco da como resultado el comportamiento y la personalidad del niño. La influencia en la escuela, conveniente tanto de los maestros como de los compañeros de grupo, puede ser positiva, sobre todo cuando la información llega correctamente y sin dudas. Los maestros tienen un papel importante en la orientación adecuada y en brindar la información al niño y a sus padres, preparándolos para futuras experiencias. Sin embargo, puede ocurrir también que la información llegue en forma distorsionada, causando una imagen negativa del odontólogo y creando al mismo tiempo un miedo subjetivo ante experiencias aún no vividas.

1.4 Métodos para el control del temor y la ansiedad

Según Angus⁴ y Mercado¹² el procedimiento más efectivo para aliviar el temor y la ansiedad en niños es la promoción de actitudes receptivas a través de:

- Brindar modelos positivos.
- Reducir la incertidumbre y brindar información valiosa.
- Dar apoyo emocional a través de comunicación no verbal positiva.
- Eliminar dolor a través de analgesia efectiva.
- Tener en cuenta que una exagerada información puede ser un elemento que provoque más ansiedad, tanto como ofrecer información insuficiente.
- Educar a los padres a no demostrar sus ansiedades.
- Utilizar la técnica decir-mostrar-hacer: informar, hacer una demostración y, por último, realizar parte de un procedimiento.
- Utilizar el humor festivo a través del uso de etiquetas divertidas, y sugerir el uso de la imaginación.
- Emplear distracciones, ignorando, e inmediatamente desviar la atención de un comportamiento, una idea o un sentimiento hacia otra cosa.
- Recurrir al refuerzo positivo mediante recompensas tangibles o sociales, para obtener una conducta deseada.
- Hacer uso de la aprobación, aceptación y conformidad, a través de aproximaciones sucesivas, a un comportamiento deseado.
- Proporcionar medios externos para promover un comportamiento positivo y después retirar gradualmente el comportamiento externo, esto es, utilizando la técnica de desvanecimiento.
- Reducir la ansiedad presentando primero un objeto o situación que evoque poco temor, y después introducir progresivamente estímulos que provoquen más temor, esto es, mediante la desensibilización sistémica.

1.5 Escalas de medición de ansiedad

Existen diversas pruebas psicométricas para determinar los grados de ansiedad que pueden experimentar los niños ante situaciones dentales.¹³ Una de ellas es la Escala de Ansiedad Dental de CORAH (*Corah Dental Anxiety Scale CDAS*). La escala de Corah¹⁴ consta de cuatro preguntas relacionadas con aspectos del tratamiento dental, con 5 opciones múltiples a escoger. **(Cuadro 1).**

CUADRO 1

ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH

1. ¿Si tuvieras que ir al dentista mañana, con cuál de las siguientes sensaciones te identificarías?
 - a) Lo vería como una experiencia agradable
 - b) No me importaría []
 - c) Estaría un poco inquieto(a)
 - d) Tendría miedo porque podría ser desagradable y doloroso
 - e) Estaría muy asustado(a) de lo que el(la) dentista me pueda hacer

2. Cuando estás esperando en el consultorio y eres el (la) siguiente paciente, ¿cómo te sientes?
 - a) Relajado(a)
 - b) Un poco inquieto(a) []
 - c) Tenso(a)
 - d) Ansioso(a)
 - e) Tan ansioso(a) que algunas veces sudo o casi me siento enfermo

3. Cuando estás en el sillón del dentista, mientras el (ella) prepara su taladro (pieza de mano) ¿cómo te sientes?
 - a) Relajado(a)
 - b) Un poco inquieto(a) []
 - c) Tenso(a)
 - d) Ansioso(a)
 - e) Tan ansioso que algunas veces sudo o casi me siento enfermo

4. Cuando estás en el sillón dental para que te limpien los dientes, mientras esperas y el dentista trae sus instrumentos con los cuales te raspará los dientes alrededor de las encías ¿cómo te sientes?
 - a) Relajado(a)
 - b) Un poco inquieto(a) []
 - c) Tenso(a)
 - d) Ansioso(a)
 - e) Tan ansioso que algunas veces sudo o casi me siento enfermo

La puntuación se asigna de la siguiente manera de acuerdo a la respuesta seleccionada:

- a) con un punto
- b) con dos puntos
- c) con tres puntos
- d) con cuatro puntos
- e) con cinco puntos

Por lo tanto, la puntuación total será de un rango de 4 a 20:

- Cuando la puntuación total obtenida sea menor de 8 puntos se considera como un paciente sin ansiedad dental.
- Cuando la puntuación total obtenida sea entre 9 y 12 puntos denotará una moderada ansiedad.
- Con una puntuación de 13 a 14 puntos se considera alta la presencia de ansiedad dental.
- De 15 a 20 puntos se considera como un paciente altamente ansioso o con fobia dental.

Para comprobar la validez y veracidad de la Escala de Ansiedad Dental de CORAH, Aartman y Hoogstraten¹⁵ realizaron un estudio epidemiológico con dentistas de práctica general, los cuales concluyeron que la escala es fácil de aplicar y que posee excelentes cualidades psicométricas.

Diversos autores ¹⁶⁻³⁰ se han abocado a la investigación de la ansiedad dental que pueden mostrar los pacientes infantiles con relación al tratamiento dental. A continuación se presentará una revisión de los trabajos realizados.

Makkes y cols.¹⁶ realizaron un estudio comparativo entre dos grupos de pacientes infantiles, cuantificando clínicamente la ansiedad dental a través de un compendio de preguntas seleccionadas a partir de 5 diferentes tipos de escalas clínicas. El grupo de estudio estuvo conformado por niños que sufrían de extrema ansiedad dental y el grupo control por niños que no presentaban

ansiedad ante el tratamiento dental. Los resultados mostraron que la escala de Ansiedad Dental de CORAH fue la más efectiva para distinguir infantes con ansiedad, ya que al comparar los dos grupos examinados, el grupo de extrema ansiedad dental tuvo medidas significativamente mayores en todas las preguntas que el grupo control. Una variación de la Escala de CORAH para medir la ansiedad dental fue propuesta por el grupo de Edell¹⁷ amplió el formato a 22 preguntas relacionadas con diversos aspectos del tratamiento dental. Kvale y cols.¹⁸ establecieron la relación directa entre el grado de ansiedad que pudiera manifestar un niño ante el tratamiento dental y su salud bucal, ya que aquellos niños que experimentaron mayores grados de ansiedad exhibieron los más pobres niveles de salud bucal. Milgrom y cols.¹⁹ examinaron la relación entre el dolor, el miedo, la seguridad y destreza del odontólogo ante los pacientes. Encontraron que en los adolescentes de Singapur que reportaron dolor al tratamiento dental y que percibieron una deficiencia en cuanto al manejo y destreza por parte del dentista, exhibieron más altos grados de miedo dental en comparación con los adolescentes que, aunque presentaban dolor pero no percibieron ninguna deficiencia en la seguridad y destreza del cirujano dentista, reportaron grados de ansiedad menores.

Dentro de los beneficios que pueden obtenerse al medir la ansiedad utilizando la Escala de Ansiedad Dental de Corah, se pueden observar los estudios de Carson y Freeman²⁰ así como los de Makkes y cols.¹⁶, donde los primeros relacionaron las variables de caries dental y edad, como factores que podían influir en la elección y administración de sedación a niños que requerían tratamientos dentales de urgencia y en los cuales se intentó disminuir sus niveles de temor y ansiedad. Mientras que los segundos, en un estudio longitudinal realizado en 60 pacientes jóvenes extremadamente ansiosos que se encontraban incluidos en un programa de salud bucal especial, se midió la ansiedad antes e inmediatamente después del tratamiento y 6 meses después, verificando la efectividad de los programas dentales especiales. El resultado obtenido fue una disminución sustancial del nivel de ansiedad que registraban

los pacientes al inicio del tratamiento, indicando un efecto favorable del programa.

En lo que respecta a la relación entre género, edad, experiencias dentales previas, lugar de residencia y ansiedad dental, están los estudios de Neverlien²¹ quien observó la ansiedad en adolescentes con previa experiencia dental en su niñez, encontrando que en las niñas había un incremento de la ansiedad, y por el contrario, en los niños se mantenía igual. En otro estudio, el mismo autor reveló que en Noruega los niveles de ansiedad varían con el género y edad, pero no con el área geográfica o distrito residencial.²²

De Jongh y Ter Horst²³ investigaron en adolescentes escolares la relación entre el grado de ansiedad dental y pensamientos negativos relacionados con el tratamiento dental. Los resultados mostraron que 98% de los adolescentes con ansiedad dental reportaron uno o más pensamientos negativos o catastróficos. Además, la ansiedad se asocia con la tendencia a tener experiencias negativas o pensamientos amenazantes concernientes al tratamiento dental.

Estudios como los de McDermott²⁴, Rosenzweig²⁵, Skaret y cols.²⁶ y Bedi y cols.²⁷, relacionan la presencia de ansiedad dental infantil experimentada durante la consulta dental, la cual no fue bien manejada y persistió tiempo después, provocando que los niños no desearan asistir nuevamente a recibir tratamiento, pudiendo presentarse un deterioro en su salud bucal e incrementando la posibilidad de considerar al miedo a la atención dental como un factor de riesgo en la adquisición de enfermedades buco dentales.

La Escala de CORAH también ha sido utilizada para relacionar la ansiedad dental de los pacientes infantiles con la ansiedad de sus padres. Majstorovic²⁸ realizó un estudio en niños de 5.5 a 12.5 años de edad, utilizando la escala de CORAH y el Cuestionario Médico Infantil de *Broome's* (CMFQ) para determinar las variables más comunes que se relacionan con la etiología del miedo y

ansiedad dental en niños, revelando que la ansiedad dental tenía una alta relación con las experiencias médicas traumáticas previas y que los niveles socioeconómicos eran de menor relevancia. Sin embargo, se encontró que existía relación entre el grupo de niños con ansiedad dental y el grupo materno que presentaba un alto grado de ansiedad y con el nivel socioeconómico muy bajo. Klingberg²⁹ también utilizó la escala de CORAH para evaluar la ansiedad de los padres de familia y de niños de 4 a 11 años de edad. Encontró que la ansiedad dental infantil disminuía conforme aumentaba la edad. La edad, el estado emocional general y la ansiedad materna, fueron identificados como factores concomitantes que desarrollan la ansiedad y el miedo infantil. Este estudio propone un nuevo método para medir el miedo dental infantil utilizando técnicas proyectivas con base en figuras.

Bedi y cols.,³⁰ determinaron la prevalencia de la ansiedad dental reportada en un grupo de adolescentes de 13 a 14 años de edad e investigaron la relación existente entre la ansiedad dental, el miedo en general, la clase social, el género y el tamaño de la familia. Concluyó que existen dos factores útiles para predecir la ansiedad dental elevada en los adolescentes: el tiempo que ha transcurrido desde la última visita al consultorio dental y el número de personas que saben que el joven tiene miedo de asistir a la consulta dental

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La niñez es un período de la vida que se caracteriza por estados de excitación e inquietud, manifestándose a través de emociones como el temor y la ansiedad. La mayor parte de los temores específicos de la niñez son pasajeros y no causan interferencias importantes en la vida diaria. La ansiedad es una respuesta normal y realmente necesaria en muchas situaciones, con el fin de conservar la seguridad del individuo. La ansiedad infantil puede manifestarse de manera directa (temor, preocupación, aprensión) o indirecta (mayor dependencia, inseguridad, irritabilidad). La ansiedad e inseguridad están probablemente relacionadas con estados de temor. Los niños ansiosos se asustan ante una nueva experiencia. La respuesta normal de un niño ante una situación de estrés es el enfrentamiento. Para realizar esta acción, el niño requiere de procesos mentales y emocionales internos que expresará a través de conductas externas.

La experiencia de asistir a consulta dental por primera vez, provocará cierto grado de ansiedad en casi todos los niños, especialmente en el niño preescolar, quien puede experimentar no sólo temor ante un posible dolor o daño y miedo a lo desconocido, sino también manifestar un temor a la separación de la madre; el niño escolar puede manifestar su ansiedad ante la lesión corporal o peligro físico que piensa que el odontólogo pueda infringirle. El paciente adolescente puede presentar temor ante la consulta dental al sentir ansiedad y al sentir amenazada su identidad.

Un niño puede responder ante la visita al odontólogo aceptándola pasivamente o rechazando la situación. La conducta externa que manifiesta el niño ante esta situación es la respuesta que los odontólogos pueden observar y evaluar. No es la ansiedad en sí lo que determina el tipo de paciente odontológico, sino la manera de asumir sus miedos. Los niños que enfrentan una visita al odontólogo, demostrarán una conducta de acuerdo con su edad y nivel de madurez emocional. La ansiedad que manifiestan los niños puede ser

de carácter transitorio, temporal o asociado. De acuerdo a esto surgen las siguientes preguntas:

- *¿Cuál es el grado de ansiedad que manifiestan los pacientes pediátricos de 8 a 12 años de edad que acuden a consulta dental a la Clínica de Odontopediatría- DEPeI, Facultad de Odontología, UNAM?*
- *¿Influirá el nivel de ansiedad que puede presentar el niño con el tipo de acción a tomar para llevar a cabo el manejo de su conducta?*

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La Odontología, como disciplina del área de Ciencias de la Salud, provoca diversos estímulos que promueven una respuesta natural de ansiedad en la población infantil. Difícilmente podría evocarse una experiencia en la vida que cause mayor ansiedad que la visita al dentista. Considerando esta premisa, la atención odontológica a niños no está exenta de provocar estados de temor y ansiedad. El éxito dependerá no solamente de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del infante, ya que los tratamientos dentales implican una serie de estímulos a los que el niño reacciona y retiene como experiencia. El odontólogo debe tener conocimiento de las reacciones y emociones del niño para aplicar la técnica adecuada en su manejo y así poder administrar un buen tratamiento bucodental.

Sin embargo, en nuestro país existen escasos estudios referentes al tema, por lo cual es importante realizar investigaciones que se enfoquen a conocer y evaluar los niveles de ansiedad y, logrado esto, brindar al paciente experiencias menos traumáticas durante los tratamientos dentales.

4. HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis Alterna (Ha1).- Los pacientes pediátricos presentan diversos grados de ansiedad ante el tratamiento dental dependiendo de su edad.

4.2 Hipótesis Nula (Ho1).- Los pacientes pediátricos no presentan ningún grado de ansiedad ante el tratamiento dental independientemente de su edad.

4.3 Hipótesis Alterna (Ha2).- Los pacientes pediátricos presentan diversos grados de ansiedad ante el tratamiento dental dependiendo de su género.

4.4 Hipótesis Nula (Ho2).- Los pacientes pediátricos no presentan ningún grado de ansiedad ante el tratamiento dental independientemente de su género.

4.5 Hipótesis Alterna (Ha3).- Los pacientes pediátricos presentan diversos grados de ansiedad ante el tratamiento dental dependiendo de las experiencias dentales previas.

4.6 Hipótesis Nula (Ho3).- Los pacientes pediátricos no presentan ningún grado de ansiedad ante el tratamiento dental independientemente de las experiencias dentales previas.



5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Determinar el grado de ansiedad que manifiestan los pacientes en la consulta dental en la clínica de Odontopediatría-DEPeI, Facultad de Odontología, UNAM, durante el periodo escolar 2004-2005.

5.2 Objetivos Específicos

- Determinar si existe relación entre el grado de ansiedad y la edad de los pacientes pediátricos que acuden a consulta a la Clínica de Odontopediatría - DEPeI, Facultad de Odontología, UNAM.

- Determinar si existe relación entre el grado de ansiedad y el género de los pacientes pediátricos que acuden a consulta a la Clínica de Odontopediatría - DEPeI, Facultad de Odontología, UNAM.

- Determinar si existe relación entre los diversos grados de ansiedad ante el tratamiento dental y las experiencias dentales previas en los pacientes pediátricos que acuden a consulta a la Clínica de Odontopediatría de la DEPeI, F.O. UNAM.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de estudio

Transversal descriptivo.³¹

6.2 Población de estudio

La población de estudio la conforman 103 niños que asistieron a consulta a la Clínica de Odontopediatría-DEPeI, Facultad de Odontología de la UNAM durante el periodo escolar 2004-2005.

6.3 Criterios

6.3.1 Inclusión

- Niños que asistieron a consulta dental a la Clínica de Odontopediatría,-DEPeI, Facultad de Odontología de la UNAM, durante el período escolar 2004-2005.
- Niños que tuvieron experiencias dentales previas de 8.0 a 12.11 años de edad cumplidos al momento de la realización del estudio.
- Niños que asistieron a consulta dental cuyos padres o tutores dieran su autorización para participar.
- Niños que tuvieran experiencias previas de tratamiento dental.

6.3.2 Exclusión

- Niños que no fueran pacientes de la Clínica de Odontopediatría,-DEPeI, Facultad de Odontología de la UNAM.
- Niños que presentaban discapacidad física, sensorial o neuropsicológica.
- Niños cuyos padres no dieron su autorización para participar en el estudio.
- Niños que se encontraban bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico.
- Niños con tratamiento a base de antidepresivos o antiansiolíticos.
- Niños fuera del rango de edad de 8.0 a 12.11 años.

6.3.3 Eliminación

- Niños que no asistieran a las revisiones periódicas establecidas en la Clínica de Odontopediatría-DEPeI, Facultad de Odontología, UNAM.
- Niños que estuvieran participando en otra investigación que utilizara la escala de CORAH
- Niños que estuvieran ante su primera consulta dental.

6.4 Variables

Dependiente: Grado de ansiedad.

Independiente: Edad, género, experiencias dentales previas.

6.5 Definición operacional y escalas de medición

DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Grado de ansiedad infantil	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="720 800 940 825">• Sin ansiedad<li data-bbox="720 953 899 1034">• Moderada ansiedad<li data-bbox="720 1115 967 1242">• Alta presencia de ansiedad dental<li data-bbox="720 1370 967 1506">• Altamente ansioso o fobia dental	<p data-bbox="1010 800 1256 880">1 a 8 puntos de la escala de CORAH</p> <p data-bbox="1010 953 1256 1034">9 a 12 puntos de la escala de CORAH</p> <p data-bbox="1010 1106 1272 1187">13 a 14 puntos de la escala de CORAH</p> <p data-bbox="1010 1361 1272 1442">15 a 20 puntos de la escala de CORAH</p>

INDEPENDIENTE**DEFINICIÓN
OPERACIONAL****ESCALA DE
MEDICIÓN**

INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	La edad cronológica reportada por la madre o tutor	Años y meses cumplidos
Sexo	El género observado en el paciente pediátrico	1= FEMENINO 2= MASCULINO
Experiencias dentales previas	Cuando el niño ha recibido un tratamiento dental previo a la entrevista.	1= Consultas dentales previas

6.6 Métodos de recolección de datos

Se informó a los padres de familia o tutores verbalmente de la investigación que se pretendía realizar. Se les entregó una carta de consentimiento informado³² a los padres de los niños que estuvieron de acuerdo en la participación de sus hijos en el estudio (**FORMULARIO 1**). Los datos generales requeridos para esta investigación se obtuvieron a través de una entrevista estructurada (encuesta) a los padres de familia o tutores, durante su permanencia en la sala de espera de la Clínica de Odontopediatría- DEPeI, de

la Facultad de Odontología, UNAM, y fue realizada por el pasante de odontología Juan Ignacio Chargoy Lacima utilizando un formato para la captura de datos³³ para cada uno de los niños participantes en el estudio (**FORMULARIOS 2 y 3**), las cuales contienen los siguientes elementos:

I. DATOS GENERALES

La información se obtuvo a partir de interrogatorio indirecto realizado a los padres o tutores del paciente pediátrico.

1. Número de expediente. Se tomó del carnet del propio paciente pediátrico.
2. Registro. Se anotó de acuerdo con valores numéricos continuos a partir del cero.
3. Fecha. Se anotó la fecha en que se realizó esta revisión, codificándola con números continuos empezando por el día, mes y año.
4. Nombre del paciente. Se anotó el nombre completo del paciente pediátrico empezando por sus apellidos paterno, materno y nombre (s).
5. Fecha de nacimiento. Se registró la fecha de nacimiento comenzando por el día, mes y año.
6. Edad. Se utilizó una escala de medición ordinal con valores numéricos de tipo continuo, en la cual se especificó la edad en años y meses.
7. Sexo. Se empleó una escala de medición nominal con la cual se determinaron las siguientes categorías:
 - (1) Este dígito correspondió a los infantes del sexo femenino.
 - (2) Este dígito correspondió a los infantes del sexo masculino.

8. Domicilio. Se anotó la dirección particular, incluyendo calle, número exterior e interior, colonia, delegación, código postal y ciudad.

9. Número telefónico. Se registró el número de teléfono, incluyendo, si era necesario, el número de lada.

10. Nombre del padre o tutor. Se requirió el nombre del padre o tutor que acompañaba al infante durante el estudio.

II. ANTECEDENTES PERSONALES

11. Experiencias dentales previas. Con la escala de medición ordinal de valores numéricos continuos se codificó de la siguiente manera:

(1) Se le asignó este dígito cuando el padre o la madre respondieron que el niño si había tenido consultas dentales previas.

12. Se interrogó para conocer si la rehabilitación bucal previa fue bajo anestesia general:

(1) Con este dígito se anotó si la respuesta fue sí.

(2) Con este dígito se anotó si la respuesta fue no.

Para continuar con el registro de las variables, se entrevistó al paciente pediátrico previo a recibir tratamiento dental en la Clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, de la Facultad de Odontología, UNAM.

Las respuestas se obtuvieron mediante un acercamiento amigable hacia el paciente pediátrico, preguntándole cómo le gusta que le llamen, y su edad, tratando de que se sintiera cómodo. Se le explicó que se realizaba una encuesta y se requería de su ayuda, respondiendo a 4 preguntas, y que el alumno de odontopediatría que le brinda la atención dental no se iba a enterar (esto con el fin de no condicionar su respuesta), sentándose siempre al lado del

paciente, mostrándole el cuestionario y comentándole que se podía tomar el tiempo que fuera necesario. Si no entendía alguna pregunta o palabra, se le explicaba hasta que el significado quedara claro. Los pacientes siempre se mostraron entusiastas al contestar las preguntas del cuestionario. Al finalizar, se le agradecía su cooperación.

III. PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD (CORAH)

13. Una vez que el paciente pediátrico respondió a las cuatro preguntas de la Escala de CORAH, se procedía a obtener la puntuación total. Se sumó la puntuación de cada una de las 4 preguntas de la escala CORAH.

14. Ya obtenida la puntuación total de cada paciente, se procedió a comparar este resultado con la Escala CORAH. Y así se obtuvo el valor de ansiedad dental de cada paciente pediátrico.

7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se determinó el grado de ansiedad de los niños encuestados empleando distribución de frecuencias, porcentajes parciales y acumulativos, y prueba de chi cuadrada (χ^2)³⁴

8. RECURSOS

8.1 Humanos

- Un pasante de odontología.
- Una directora de tesis.
- Una asesora.

8.2 Materiales

- 103 formularios para hojas de captura de datos.
- Lápices y bicolores.
- 103 cartas de consentimiento informado.
- Computadora.
- Programa de Microsoft Excel
- Cámara fotográfica Sony cyber-shot DSC-F717.

8.3 Financieros

- El investigador asumió todos los gastos que se generaron para la realización del estudio.

9. ESTIMACIÓN DE PELIGROS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

9.1 Riesgos probables

Tomando como base el Reglamento de la Ley General de Salud³⁵ en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”, Capítulo I, Artículo 17, Inciso II, se consideró que en esta investigación existió un riesgo mínimo para el paciente infantil al emplear un interrogatorio de datos a través de una encuesta, lo cual pudo haberle causado un leve estrés. El investigador tuvo la facultad de suspender la investigación de inmediato al advertir algún riesgo o daño a la salud del niño en quien se realizó el estudio (Capítulo I, Artículo 18, Ley General de Salud). Así mismo, se trabajó con las máximas normas de higiene y seguridad estipuladas por la Secretaría de Salud al momento de efectuar el interrogatorio y fotografías clínicas de cualquiera de los niños, empleando cubre bocas y bata por parte del investigador.

9.2 Consentimiento informado

Con base en el reglamento de la Ley General de Salud³⁵, Artículo 20, 21 y 22, se solicitó por escrito al padre, madre, tutor o representante legal, la autorización para la participación correspondiente del niño en la investigación. Para tal motivo, se elaboró una carta de consentimiento en la cual se informó de una manera clara y sencilla la naturaleza de los procedimientos, el riesgo probable, así como la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, previo aviso. La carta fue firmada por la persona responsable y por un testigo (**ANEXO, formulario 1**).

9.3 Confidencialidad de la información

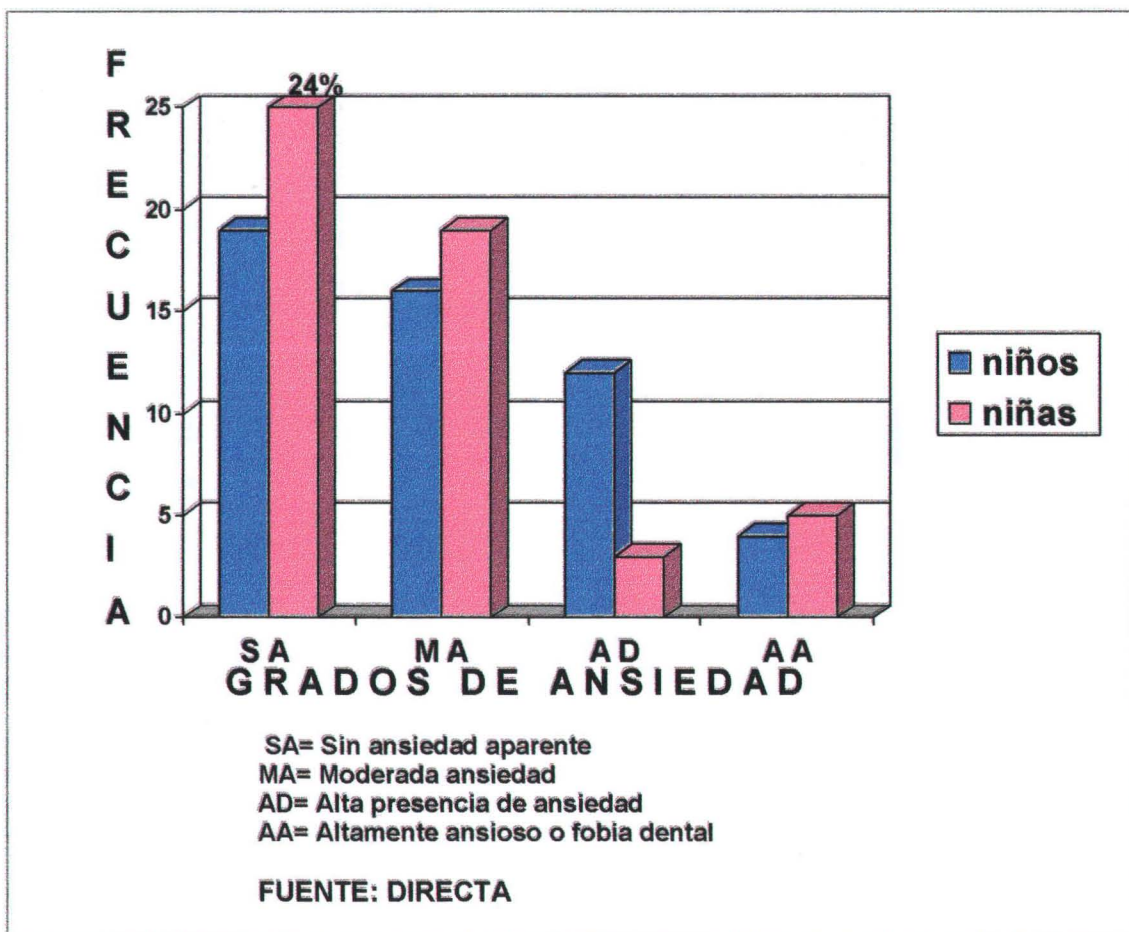
Toda la información obtenida en el estudio, así como la identificación individual de cada niño, se consideró confidencial. Únicamente se informó de los resultados obtenidos en la investigación al padre, madre, tutor o representante

legal que así lo solicitó. En algunas ocasiones, fue necesaria la toma de fotografía clínica al momento de estar realizando el interrogatorio, las cuales no implicaron costo alguno para los pacientes y fueron utilizadas exclusivamente con fines de estudio.

10. RESULTADOS

Se entrevistaron 103 pacientes pediátricos (50 niños y 53 niñas) con una edad comprendida entre 8.00 y 12.11 años ($\bar{x} = 9.9$, D. E.= 1.2). Con relación al nivel de ansiedad por género se encontró que las niñas exhibieron mayores porcentajes en los diferentes grados de ansiedad; sin embargo, en el grupo con alta presencia de ansiedad dental los valores observados fueron mayores en los niños (**Gráfica 1**). No obstante, no existió diferencia estadísticamente significativa entre el grado de ansiedad ante el tratamiento dental por género ($\chi^2 = 3.97$, $P > 0.05$) (**Cuadro 1**).

Gráfica 1. Porcentaje de los grados de ansiedad dental en la población infantil examinada por género



Cuadro 1. Distribución de los grados de ansiedad dental en la población infantil encuestada de acuerdo al género

GRADOS DE ANSIEDAD	NIÑOS (n)	NIÑAS(n)	TOTAL	PORCENTAJE (%)
Sin ansiedad aparente	19	25	44	42
Moderada ansiedad	16	19	35	34
Alta presencia de ansiedad	12	3	15	15
Altamente ansioso o fobia dental	4	5	9	9
TOTAL	51	52	103	100

($\chi^2 = 3.97$, $P > 0.05$)

FUENTE: DIRECTA

En cuanto a los diversos grados de ansiedad dental en relación con la edad de los pacientes infantiles encuestados, se encontró que los niños comprendidos entre los 9.01 y los 10.0 años de edad, mostraron mayores grados de ansiedad (20%) que el resto de la población examinada (**Cuadro 2**). Sin embargo, no existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad ante el tratamiento dental por edad ($\chi^2 = 0.007$, $P > 0.05$).

Cuadro 2. Distribución de la ansiedad dental en la población infantil encuestada de acuerdo a su edad.

EDAD (años)	Sin ansiedad dental aparente		Con ansiedad dental aparente		TOTAL	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
8.01 – 9	3	(3)	13	(13)	16	(15)
9.01 – 10	13	(13)	21	(20)	34	(33)
10.01 – 11	10	(10)	12	(11)	22	(21)
11.01 – 12	7	(7)	6	(6)	13	(12)
12.01 – 12.11	11	(10)	7	(7)	18	(17)
TOTAL	44	(43)	59	(57)	103	(100)

FUENTE: DIRECTA

Al evaluar la ansiedad previa al tratamiento dental en pacientes pediátricos, se utilizó la Escala de CORAH, encontrando que 44 pacientes pediátricos (43%) reportaron que no presentaban ansiedad dental, y solamente 9 pacientes pediátricos (9%) contestaron que se encontraban altamente ansiosos ante el tratamiento dental (**Cuadro 3**).

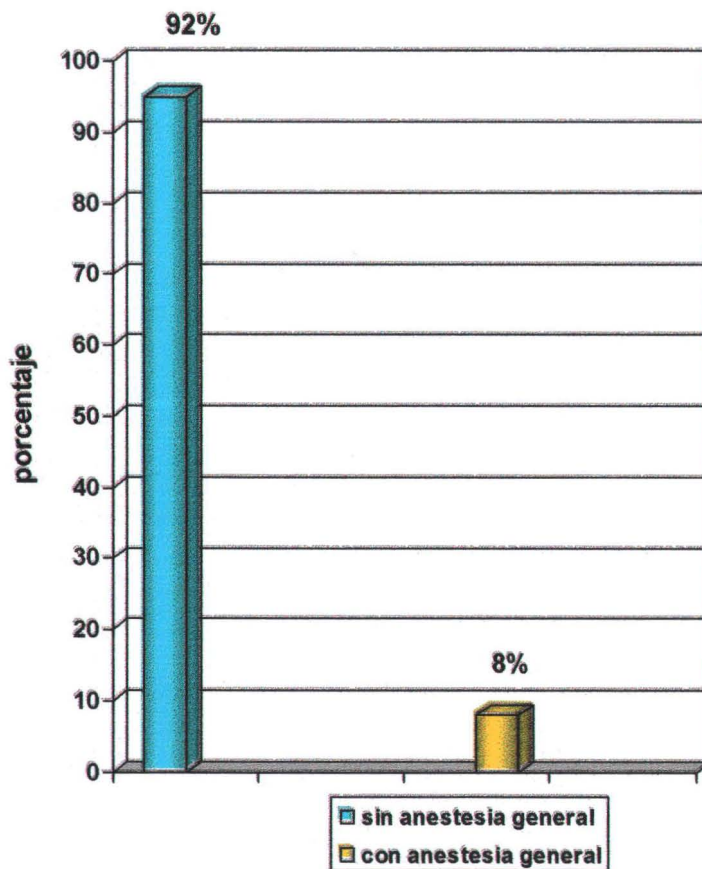
Cuadro 3 Distribución de las frecuencias y porcentajes de acuerdo al grado de ansiedad según la Escala de CORAH

GRADOS DE ANSIEDAD	(n)	(%)
Sin ansiedad aparente	44	43
Moderada ansiedad	35	34
Alta presencia de ansiedad	15	14
Altamente ansioso o fobia dental	9	9
TOTAL	103	100

FUENTE: DIRECTA

Con relación a las experiencias dentales previas se encontró que 8 (7.77%) de los pacientes pediátricos encuestados (5 niños y 3 niñas) reportaron haber sido rehabilitados bucalmente bajo anestesia general. No se especificó si el uso de la anestesia general fue debido a su corta edad, mala conducta o bien porque requería un tratamiento dental extenso (**Gráfica 2**).

Gráfica 2. Distribución del porcentaje de las experiencias dentales previas con y sin anestesia general



Al relacionar las experiencias dentales previas con los grados de ansiedad se encontró que en el grupo de pacientes sin ansiedad dental únicamente 5 (4 niños y 1 niña) habían sido rehabilitados con el uso de anestesia general y 39 (15 niños y 24 niñas) no habían recibido anestesia general. En el grupo de pacientes altamente ansiosos o con fobia dental, únicamente 1 niña había recibido anestesia general en contraste con 8 (4 niños y 4 niñas) que aún sin haber sido rehabilitados con anestesia general, mostraron niveles muy altos de ansiedad **(Cuadro 4)**.

Cuadro 4. Distribución de frecuencias de acuerdo a las experiencias dentales previas con y sin el uso de anestesia general y su relación con los diversos grados de ansiedad según la Escala de CORAH

Grados de ansiedad	EXPERIENCIAS DENTALES PREVIAS					
	Con anestesia general		Total	Sin anestesia general		Total
	Niños (n)	Niñas (n)		Niños (n)	Niñas (n)	
Sin ansiedad dental	4	1	5	15	24	39
Moderada ansiedad	0	1	1	16	18	34
Alta ansiedad dental	1	0	1	11	3	14
Altamente ansioso o fobia dental	0	1	1	4	4	8
TOTAL	5	3	8	46	49	95

11. DISCUSIÓN

Los pacientes pediátricos presentan diversos comportamientos dependiendo tanto de la percepción de los padres hacia los tratamientos dentales, como de los propios odontólogos, quienes tienen diferentes formas de abordar a los pacientes. El comportamiento del paciente pediátrico es diferente dependiendo de quien lo acompañe a la consulta, e incluso, si tiene un hermano el cual también recibirá atención dental.

El presente estudio se realizó en los niños que acuden a recibir tratamiento dental en la Clínica de Odontopediatría-DEPeI, Facultad de Odontología, UNAM. Se utilizó la Escala de CORAH para conocer el grado de ansiedad dental de los pacientes pediátricos previo a recibir tratamiento en la dental. Los pacientes se mostraron entusiastas y cooperativos durante la entrevista. Todos contestaron a las preguntas. Los padres se mostraron muy complacidos con el hecho de que los dentistas se preocupen por investigar cómo se sienten sus hijos antes de ingresar a la clínica.

En la población estudiada se encontró que las niñas no mostraron ansiedad ante el tratamiento dental (24%), en comparación con los niños que exhibieron un porcentaje menor (18%), tomando en cuenta que la muestra estuvo conformada por un número mayor de pacientes pediátricos femeninos. Sin embargo, en el grado de alta presencia de ansiedad, los resultados obtenidos mostraron que en los pacientes pediátricos masculinos su porcentaje fue mayor (12%), que el reportado por los pacientes del sexo femenino (3%). De acuerdo a la edad, se encontró que los pacientes pediátricos encuestados en el rango de edad comprendido entre 9.01 y 10.00 años, mostraron mayores grados de ansiedad que el resto de la población examinada. Es prudente comentar que este grupo estuvo constituido por el mayor porcentaje de la población infantil (33%).

En relación con los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a los pacientes pediátricos, únicamente 8 reportaron haber sido rehabilitados bucalmente mediante el uso de anestesia general, sin embargo, no refirieron el motivo por el cual fue administrado esta terapéutica. Cabe destacar, que de estos 8 pacientes pediátricos únicamente una niña se mostró altamente ansiosa o con fobia dental. Es importante comentar que la ansiedad experimentada ante el tratamiento dental, aún sin tener experiencias dentales previas, puede asociarse a diversos factores como el miedo innato del niño, comentarios de amigos o familiares, tipo de tratamiento bucal que va a recibir, técnicas del manejo de conducta por parte del odontólogo, ansiedad ante una situación desconocida, miedo a las instalaciones e instrumental dental.

Los resultados obtenidos en el presente estudio concuerdan con los resultados reportados por Neverlien²¹, donde las niñas con previa experiencia dental experimentaban mayores grados de ansiedad que los niños, aunque difieren exclusivamente en el grupo de altamente ansiosos, ya que los niños reportaron mayores grados de ansiedad que las niñas. Sin embargo, en un reporte posterior del mismo autor, los resultados obtenidos no concuerdan con los valores obtenidos en el presente estudio, en relación con el género y la edad.

En lo que respecta a la relación de las experiencias dentales previas y grado de ansiedad, los resultados obtenidos no indican que existiera relación alguna entre la experiencia dental previa de la rehabilitación bucal con o sin el uso de anestesia general y el grado de ansiedad dental, ya que los pacientes pediátricos que mostraron mayores niveles de ansiedad dental o fobia fueron 95 (46 niños y 49 niñas) los cuales no habían sido rehabilitados con el uso de anestesia general en contraste con únicamente 1 niña que sí mostró fobia dental y sí había sido rehabilitada anteriormente con el uso de anestesia general.

12. CONCLUSIONES

- Cuarenta y cuatro pacientes infantiles (43%) no mostraron ansiedad dental aparente previa al tratamiento dental.
- Las niñas exhibieron los más altos porcentajes en los diferentes grados de ansiedad exceptuando el grupo conformado por alta presencia de ansiedad dental.
- No existe diferencia estadísticamente significativa entre el grado de ansiedad ante el tratamiento dental y el género ($\chi^2 = 3.97$, $P > 0.05$) en la población infantil examinada.
- Nueve pacientes infantiles, 4 niños y 5 niñas (9%) se mostraron altamente ansiosos al tratamiento dental.
- Los pacientes pediátricos que asistieron a recibir tratamiento dental a la Clínica de Odontopediatría de la DEPEl de la Facultad de Odontología, UNAM durante el periodo escolar 2004-2005 se mostraron entusiastas y cooperadores en la realización del presente estudio.
- El grupo conformado por pacientes pediátricos de 9.01 a 10.00 años de edad fue el que exhibió el mas alto porcentaje de ansiedad dental (33%).
- El grupo conformado por pacientes pediátricos de 11.01 a 12.00 años de edad fue el que exhibió el menor porcentaje de ansiedad dental (12%).
- No se encontró relación entre las experiencias dentales previas de rehabilitación bucal con anestesia general y el grado de ansiedad dental.

Se sugiere para estudios posteriores que se contemple un grupo control sin experiencias dentales previas, a fin de conocer si esto tiene alguna implicación en el grado de ansiedad de los pacientes pediátricos. De igual forma se sugiere que se especifique si las experiencias dentales previas fueron placenteras o, por el contrario, fueron traumáticas, qué tipo de tratamiento se recibió con anterioridad, y dónde fue realizado dicho tratamiento, si fue en una clínica del sector salud o en un consultorio particular. Sería interesante también poder determinar si existe relación entre el grado de ansiedad, la salud bucal del paciente infantil, y el nivel socioeconómico de su familia. Asimismo, se sugiere que la población esté integrada por el mismo número de pacientes en cada grupo de edad.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braham RL. Odontología pediátrica. Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1989
2. Barberia LE, Boj QJR, Catalá PM, García BC, Mendoza MA. Odontopediatría. Barcelona. Editorial Masson; 1995: 118-121.
3. Escobar MF. Odontología pediátrica. 2da. Edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2004: 3-28.
4. Angus CC, Windmer RP. Handbook of pediatric dentistry. 2th. Edition. Barcelona. Editorial Harcourt Brace; 2003: 386.
5. Hay WW, Groothuis RJ, Hayward RA, Levin JM. Diagnóstico y tratamiento pediátricos. Edit. Manual Moderno. 10ª Impresión. México, DF. 1999.
6. Wong HM, Humphris GM, Lee GTR. Preliminary validation and reliability of the modified child dental anxiety scale. Psychol Rep 1998; 83, 1179-86.
7. Sheller B, Williams BJ, Lombardi SM. Diagnosis and treatment of dental caries-related emergencies in a children's hospital. Pediatr Dent 1997; 19: 470-5.
8. Ripa WL. Manejo de la conducta odontológica del niño. Buenos Aires: Editorial Mundi; 1984: 1-12.
9. Horst T.G. De Wit C. Review of behavioural research in dentistry 1987-1992; dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance. Int Dent J 1993; 43: 265-78.
10. McDonald E.R., Avery D.R.. Odontología para el niño y el adolescente. Edit. Mundi S.A.I.C.y F. 4ª edición. Washington. 2004
11. Klinberg G, Berggren U. Dental problem behaviours in children of parent with severe dental fear. Swed Dent J 1992; 16: 27-32.
12. Mercado C. R. Manual de odontología pediátrica. Cali. Editorial Actualidades Médico Odontológicas, Latinoamericana, C. A. 1996.
13. Aartman IH, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AH. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. J Dent Child. 1998. 65(4):229-30.

14. Corah NL, Gale EN, Illing SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc* 1978; 97: 816-819
15. Aartman I H A, Hoogstraten J. Reliability and validity of the Dutch version of the Social Attributes of Dental Anxiety Scale. *Eur J Oral Sci* 1999; 107: 322-327.
16. Makkes PC, Schuurs AHB, Thoden van Velzen SK, Duivenvoorden HJ, Verhage F: Clinical measurement of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14: 184.
17. Edell D, Blende.
<http://www.drblende.com/anxiety.htm>
18. Kvale G, Berg E, Raadal M. The ability of Corah's Dental Anxiety Scale and Spielberger's State Anxiety Inventory to distinguish between fearful and regular Norwegian dental patients. *Acta Odontol Scand* 1998; 105-109.
19. Milgrom P, Vignehsa H, Weinstein P. Adolescent dental fear and control: prevalence and theoretical implications. *Beh Res Ther* 1992; 30: 367-73.
20. Carson P, Freeman R. Dental caries, age and anxiety: factors influencing sedation choice for children attending for emergency dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:30-36.
21. Neverlien PO. Dental anxiety, optimism-pessimism, and dental experience from childhood to adolescence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 263-268.
22. Neverlien P.O. Normative data for Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) for the Norwegian adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 162.
23. De Jongh A, Ter Horst G. Dutch student's dental anxiety and occurrence of thoughts related to treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 170-172.
24. McDermott JR Jr. Understanding the nature of children's reactions to the dental experience. *J Dent Child* 1963; 30:126-130.
25. Rosenzweig S, Sforza A, Addelston HK. Children's attitudes toward dentists and dentistry. *J Dent Child* 1968; 35(2): 129-137.
26. Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G. Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *Eur J Sci* 1999. 107(6): 422-8.

27. Bedi R, Sutcliffe P, Donan P, Barret N, McConnachie J. Dental caries experience and prevalence of children afraid of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992. 20(6):368-71.
28. Majstorovic M, Skrinjaric I, Glavina D, Szirovieza L. Factors predicting a child's dental fear. *Coll Antropol.* 2001. 25(2):493-500.
29. Klingberg G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. *Swed Dent J Suppl.* 1995. 103:1-78.
30. Bedi R, Sutcliffe P, Donnan PT, McConnachie J. The prevalence of dental anxiety in a group of 13 and 14 year old Scottish children. *Int J Paediatr Dent.* 1992. 2(1): 17-24.
31. Méndez R I, Guerrero N D, Moreno A L, Sosa de M C. El protocolo de investigación, lineamientos para su elaboración y análisis. Edit. Trillas. 1ª Reimpresión. México, DF. 1991.
32. Munich L, Angeles E. Métodos y técnicas de investigación. Edit. Trillas. 8ª Reimpresión. México, DF. 2000.
33. Comboni S, Juárez J M. Introducción a las técnicas de investigación. Biblioteca Universitaria Básica. Edit. Trillas. 2ª ed. México, DF. 1999.
34. Cañedo D L. Investigación Clínica. Edit. Interamericana. México, DF. 1987.
35. Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México. 8va. Edición. México, D.F. Colección Porrúa. Editorial Porrúa, S.A.; 1995: 21-22.

14. ANEXOS

Formulario 1. Carta de consentimiento informado

Formulario 2. Hoja de captura de datos

Formulario 3. Hoja de códigos y criterios

FORMULARIO 1
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe: _____,

(Nombre del familiar responsable)

conciente de la importancia y de los beneficios que puede reportar la participación de mi hijo(a): _____

(Nombre del niño(a))

en el estudio " Grado de ansiedad en pacientes pediátricos que asisten a la Clínica de Odontopediatría, DEPEl, Facultad de Odontología, UNAM", doy mi autorización para que participe en el estudio antes mencionado, que será realizado en instalaciones de la Universidad Nacional Autónoma de México durante el ciclo escolar 2004-2005. El niño(a) será revisado y valorado por el pasante de la Carrera de Cirujano Dentista JUAN IGNACIO CHARGOY LACIMA, cuyo número celular para cualquier información o aclaración es 044 55 10 4853 51. La información que se obtenga será estrictamente confidencial y para fines de investigación, y el único riesgo existente para mi hijo(a) durante la encuesta podría ser el leve estrés emocional al saber que será examinado. También estoy de acuerdo en que se tomen fotografías a mi hijo(a) las cuales se utilizarán exclusivamente con fines de estudio y sin costo alguno.

Así mismo, estoy enterado de que el investigador suspenderá la investigación de inmediato al advertir algún riesgo o daño a la salud de mi hijo, así como también me reservo el derecho previa justificación argumentada, a que en cualquier momento pueda yo solicitar que mi hijo(a) no participe en el proyecto.

México, DF. ____ de _____ de 2004.

Firma del Familiar Responsable

Nombre y Firma del Testigo

FORMULARIO 2

HOJA DE CAPTURA DE DATOS

"GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ASISTEN A
LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA DEPeI, FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA, UNAM"

I. DATOS GENERALES

1. Número de expediente: () () () () () () () () () ()

2. Registro: () () () ()

3. Fecha: () () - () () - () ()

4. Nombre del paciente: _____

5. Fecha de nacimiento: () () - () () - () ()

6. Edad: () - () ()

7. Sexo: ()

8. Domicilio: _____

9. Número telefónico: () () () () () () () () () ()

10. Nombre del padre o tutor: _____

II. ANTECEDENTES PERSONALES

11. Experiencias dentales previas ()

12. Rehabilitación bucal previa bajo anestesia general ()

ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH

Clínica de Odontopediatría-DEPeI, Facultad de Odontología, UNAM

Nombre del Paciente: _____

1. ¿Si tuvieras que ir al dentista mañana, con cuál de las siguientes sensaciones te identificarías?

- 1) Lo vería como una experiencia agradable
- 2) No me importaría []
- 3) Estaría un poco inquieto(a)
- 4) Tendría miedo porque podría ser desagradable y doloroso
- 5) Estaría muy asustado(a) de lo que el(la) dentista me pueda hacer

2. Cuando estás esperando en el consultorio y eres el (la) siguiente paciente, ¿cómo te sientes?

- 1) Relajado(a)
- 2) Un poco inquieto(a) []
- 3) Tenso(a)
- 4) Ansioso(a)
- 5) Tan ansioso(a) que algunas veces sudo o casi me siento enfermo

3. Cuando estás en el sillón del dentista, mientras el (ella) prepara su taladro (pieza de mano), ¿cómo te sientes?

- 1) Relajado(a)
- 2) Un poco inquieto(a) []
- 3) Tenso(a)
- 4) Ansioso(a)
- 5) Tan ansioso que algunas veces sudo o casi me siento enfermo

4. Cuando estás en el sillón dental para que te limpien los dientes, mientras esperas y el dentista trae sus instrumentos con los cuales te raspará los dientes alrededor de las encías, ¿cómo te sientes?

- 1) Relajado(a)
- 2) Un poco inquieto(a) []
- 3) Tenso(a)
- 4) Ansioso(a)
- 5) Tan ansioso que algunas veces sudo o casi me siento enfermo

PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD (CORAH)

13. Puntuación total ()

14. Grado de ansiedad según la escala de CORAH ()

FORMULARIO 3
HOJA DE CÓDIGOS Y CRITERIOS

I. DATOS GENERALES

Sexo.

- (1) femenino
- (2) masculino

II. ANTECEDENTES PERSONALES

Experiencias dentales previas.

- (1) primera consulta dental
- (2) consultas previas

Rehabilitación bucal previa bajo anestesia general.

- (1) sí
- (2) no

III. PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS GRADOS DE ANSIEDAD

- (1) Sin ansiedad aparente (0-8 puntos de la escala de CORAH))
- (2) Moderada ansiedad (9-12 puntos de la escala de CORAH)
- (3) Alta presencia de ansiedad dental (13-14 puntos de la escala de CORAH)
- (4) Altamente ansioso o fobia dental (15-20 puntos de la escala de CORAH)