



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina  
Especialidad en Odontopediatría

Influencia de la ansiedad de los padres de familia en la conducta de los  
pacientes pediátricos en la primera consulta.

Opción de titulación  
**Tesis**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de  
Especialidad en Odontopediatría

**Presenta:**  
Mónica Cecilia Silva Molina

Dirigido por:  
C. D. E. O. Ana Liz Yáñez Gutiérrez

C. D. E. O. Ana Liz Yáñez Gutiérrez  
Presidente

Firma

C. D. E. O. Claudia Verónica Cabeza Cabrera  
Secretario

Firma

C. D. E. O. Héctor Mancilla Herrera  
Vocal

Firma

L. O. E. O. Cynthia Castro Martínez  
Suplente

Firma

L. O. E. O. Claudia Mérida Ruiz  
Suplente

Firma

Dra. Ma. Guadalupe Zaldivar Lelo de Larrea  
Director de la Facultad

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña  
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario  
Querétaro, Qro.  
Abril de 2019

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue determinar si la ansiedad de los padres de familia influye en la conducta de los pacientes pediátricos en su primera consulta. Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal, observacional y descriptivo, con un tamaño de muestra de 50 pares de padre de familia - hijo, que fueron atendidos por primera vez en la Clínica del posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro, durante el período septiembre del 2017 - julio del 2018. Se analizaron los datos cualitativos en frecuencia y porcentaje, los cuantitativos en media, desviación estándar y rango. Para detectar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para las variables cualitativas se aplicó la prueba exacta de  $\chi^2$ . La significancia estadística fue establecida en  $p < 0.05$ . Los resultados obtenidos se presentaron en tablas. Se observó que el 100% de los pacientes, cuyos padres obtuvieron un grado de ansiedad nulo, presentaron una conducta totalmente positiva, sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas que demuestren una relación entre la ansiedad del padre de familia y la conducta del paciente en consulta, de igual manera que lo demuestra Folyan et al. (2002) en su estudio, donde a diferencia de este, comparan la ansiedad materna con la ansiedad del niño usando la escala de ansiedad dental de Corah en un grupo de 81 pacientes de entre 8 y 13 años, también sin obtener una relación estadísticamente significativa. Aun cuando en el 100% de los padres de familia que no presentaron ansiedad, sus hijos mostraron una conducta totalmente positiva, en el grupo de padres que presentaron una ansiedad moderada hubo una gran variación en la conducta de sus hijos, haciendo que estos resultados no tuvieran una diferencia estadísticamente significativa.

**(Palabras clave:** ansiedad, conducta, odontopediatría, padres de familia).

## SUMMARY

The aim of this work was to determine if parental anxiety influences the behavior of pediatric patients in their first dental appointment. A cross-sectional, observational and descriptive study was carried out, with a sample size of 50 pairs of parent – child, who were attended for the first time in the Postgraduate Clinic of Pediatric Dentistry of the Autonomous University of Querétaro, during the period September 2017 - July 2018. The qualitative data was analyzed in frequency and percentage, the quantitative data in standard deviation and rank. To detect statistically significant differences between the groups for the qualitative variables, the Chi<sup>2</sup> test was applied. Statistical significance was established at  $p < 0.05$ . The results obtained were presented in tables. It was observed that 100% of the patients, whose parents obtained null anxiety, presented a totally positive behavior, however, no statistically significant differences were found that demonstrate a relation between the anxiety of the parent and the patient's behavior, in the same way that Folyan et al. (2002) did in their study, in where, unlike this, compare the maternal anxiety with the child's anxiety using the Corah dental anxiety scale in a group of 81 patients between 8 and 13 years, without obtaining a statistically significant relation, like this study. Even though in 100% of the parents who did not show anxiety, their children showed a totally positive behavior, in the group of parents who presented moderate anxiety there was a great variation in the behavior of their children, making these results not statistically significant difference.

**(Keywords:** anxiety, behavior, pediatric dentistry, parents).

A mi familia, por estar conmigo, a pesar de la distancia.  
Los amo infinito.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco enormemente y con todo el corazón, a mis padres, por siempre demostrarme su apoyo incondicional en los momentos y en las decisiones más importantes de mi vida, por darme la oportunidad de tener una excelente formación académica, por el financiamiento de mi especialidad y por el apoyo moral necesario en estos dos años de posgrado.

A mi hermana Ale, por el ejemplo de perseverancia y disciplina que intento algún día igualar. A mi hermano Luis, por regalarme una gran felicidad.

A todos mis profesores, por brindarme las herramientas necesarias que me forjaron como una especialista de calidad gracias a sus conocimientos, experiencias y vocación. A mi directora de tesis, Dra. Ana Liz, gracias por apoyarme en todo lo que necesite durante el proceso, por estar al pendiente y por ser siempre amable. Al doctor Rubén, por toda la paciencia que nos tuvo y por la enorme dedicación que tiene en lo que hace.

A mis compañeros de generación, porque aligeraron mi camino. A mi hermana queretana, Mile, gracias por siempre estar

Al Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACyT), por la ayuda financiera que permitió la culminación de mis estudios superiores.

## Tabla de contenidos.

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1 Revisión de la literatura.....	8 – 17
1.2 Planteamiento del Problema.....	18
<b>2. OBJETIVOS</b>	
2.1 Objetivo general.....	20
2.2 Objetivos específicos.....	20
<b>3. METODOLOGÍA</b>	
3.1 Sujeto experimental .....	22
3.2 Métodos.....	22 – 29
3.3 Análisis estadístico.....	30
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
4.1 Resultados .....	32 – 36
4.2 Discusión.....	37 – 39
4.3 Conclusión.....	40
<b>5. REFERENCIAS</b> .....	42 – 45
<b>6. APÉNDICE</b> .....	47 – 52

## **1. INTRODUCCIÓN**

## 1.1 Revisión literaria

La práctica odontológica es marcada por reportes de dificultad en la relación profesional/paciente (Cunha et al., 2007). En el ámbito odontológico, la ansiedad dental es uno de los factores más relevantes a considerar en la atención de un paciente, ya que interviene enormemente, entorpeciendo tanto la adherencia al tratamiento como la consulta de atención dental (Rojas, 2014).

Uno de los principales retos de la Odontología Pediátrica es el manejo de la conducta, lo cual constituye un elemento fundamental del éxito en la especialidad. Un componente esencial en el control de la conducta del paciente pediátrico que pocas veces es tomado en consideración, es la percepción del tratamiento dental por parte de los padres y la ansiedad que esto puede generar en ellos, lo que a su vez pueden transmitir a sus hijos, repercutiendo en el grado de cooperación de estos dentro del consultorio dental (Islas et al., 2007). Como Odontólogos el deber es lograr un buen manejo clínico del paciente, controlando los niveles de ansiedad del menor y los factores que puedan potenciar dichos niveles (Araya et al., 2014).

La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez (Sierra, 2003).

La ansiedad dental es una respuesta multisistémica a una amenaza o peligro. Es una experiencia individual, subjetiva que varía entre las personas. Puede tener un impacto serio en la vida diaria y es una barrera significativa para buscar y recibir atención dental. La ansiedad dental se observa tanto en niños como en adultos, y la ansiedad de los niños se manifiesta a menudo como un comportamiento inadecuado o disruptivo (Souza y Ashley, 2012).



La ansiedad dental ha sido clasificada en quinto lugar dentro de las situaciones comúnmente temidas (Agras et al., 1969). Dada su alta prevalencia, es de esperarse que los pacientes con ansiedad dental eviten las visitas dentales (Gatchel et al., 1983). Sólo una minoría de los pacientes indica no tener ansiedad relacionada al ambiente dental (Hmud y Walsh, 2009).

La etiología del miedo dental en niños es multifactorial. El miedo dental se ha relacionado con las experiencias dentales dolorosas anteriores, los miedos generales, o adquirirlos en una edad temprana, particularmente de la madre (Baier et al., 2004). Las experiencias anteriores de tratamiento dental doloroso predicen fuertemente reacciones negativas y problemas de manejo conductual. Además, se debe reconocer que las cuestiones relacionadas con los factores socioeconómicos, la cultura, las relaciones familiares, la crianza de los hijos y la ansiedad dental de los padres influyen en el comportamiento del niño durante el tratamiento dental (Klingberg y Broberg, 2007; Boman et al., 2008).

En general, el miedo dental es la reacción normal de un niño a una situación desconocida. El miedo y la ansiedad leves son experiencias esperadas, consistentes con el desarrollo normal, pero pueden convertirse en una preocupación y pueden necesitar el tratamiento cuando ese miedo o ansiedad es desproporcionado a la amenaza real (Klingberg y Broberg, 2007).

Estudios han demostrado una fuerte relación entre el miedo de la madre y el comportamiento real del niño (Jie y Yang, 1994). Existe una relación directa y significativa entre los diferentes niveles de miedo dental reportados por los miembros de la familia. Este resultado sugiere la presencia de una transferencia emocional de los niveles de miedo dental entre padres e hijos (Lara et al., 2012).

Algunos autores describen que la ansiedad infantil, en la práctica odontológica es atribuida a la ansiedad materna. Concluyen que esa relación, explicaría un comportamiento negativo del niño en la atención odontológica (Araya et al., 2014), afirman que la personalidad de los padres es muy importante, ya que se refleja en la personalidad del niño, y el Odontopediatra debe saber enfrentarse a ello (Islas et al., 2007). La capacidad del niño para hacer frente al tratamiento dental no sólo depende del grado de desarrollo psicológico y cognitivo del niño sino también de la ausencia de ansiedad de los padres (Versloot et al., 2004).

Hay una importante correlación entre ansiedad dental familiar y la de los niños, identificando el rol mediador de la ansiedad dental del padre sobre la relación entre la ansiedad de la madre y del niño, concluyendo la influencia de todos los miembros de la familia en este fenómeno (Lara et al., 2012).

La conducta que exhibe el paciente infantil que acude a consulta dental está relacionada a diversas variables que inciden en su comportamiento. Entre las que se consideran de mayor importancia, se encuentran: 1) la ansiedad materna, la cual puede generar miedo en el niño; 2) las vivencias negativas previas donde la experiencia del dolor dental genera temor a la consulta odontológica; y 3) la más grave de ellas, cuando los padres desconocen la importancia que reviste la salud bucal de sus hijos o la naturaleza de los tratamientos odontológicos (Aartman et al., 1998).

Hay varias teorías que tratan de explicar el desarrollo del miedo dental. El modelo de adquisición de miedo de Rachman (Rachman, 1977) es una de las teorías más conocidas, apoyada por varios estudios (Milgrom et al., 1995; King et al., 1998). Esta teoría ha propuesto que el miedo se podría desarrollar a través de tres vías: acondicionamiento directo (acondicionamiento clásico), condicionamiento vicario (modelado) e información / instrucción. La segunda y tercera vías son manifestaciones de la adquisición indirecta del miedo (Klaassen et al., 2007).

Algunos niños tienen rasgos conductuales iniciales (ansiedad, excitabilidad, etc.) que pueden evocar un comportamiento paternal específico. Mientras que las reacciones de comportamiento de los padres a un niño con un temperamento difícil pueden perpetuar y exacerbar el comportamiento difícil del niño, esas reacciones no serían consideradas como la causa inicial. Es importante que cualquier estudio que examine los efectos parentales sobre el comportamiento de los niños también tenga en cuenta el temperamento inicial del niño (Feldman et al., 1997).

A pesar del hecho de que algunas investigaciones cuestionan el papel de la ansiedad de los padres como un factor en las reacciones de los niños al tratamiento dental, en general, es ampliamente aceptado que la ansiedad de los padres tiene cierta influencia en la capacidad del niño para enfrentar el tratamiento dental (Freeman, 2007). Si el padre de un niño está constantemente ansioso, es probable que el niño experimente sentimientos similares de ansiedad hacia ciertas actividades y posiblemente incluso llevar estas tendencias ansiosas a través de una amplia gama de situaciones (Harper, 2011).

Los niños que están naturalmente ansiosos por una razón u otra se espera que muestren un aumento en la ansiedad si se someten a una tensión suficiente (Thirlwall y Creswell, 2010).

La ansiedad materna puede no sólo afectar a los niños que desarrollan comportamientos de ansiedad o trastornos de comportamiento internos, sino que también puede aumentar el riesgo de desarrollar trastornos de comportamiento externos como lo son trastornos de conducta, agresión, TDAH (Harper, 2011).

Puede haber una explicación aún más completa y comprensible para la conexión entre la ansiedad materna y los problemas de comportamiento de la niñez cuando se ve a través de un marco de procesamiento de estrés. Esta relación se puede entender posiblemente a través de la exposición prolongada y excesiva a los factores de estrés y una incapacidad para hacer frente adecuadamente a los factores de estrés. Un niño que está expuesto a un estrés crónico, como tener un padre ansioso, puede ser puesto en un mayor riesgo de desarrollar problemas de comportamiento si se enfrenta con cualquier estrés adicional (Grant et al., 2003).

La dificultad de las madres ansiosas en el procesamiento del estrés puede manifestarse por el uso de técnicas disciplinarias severa. A su vez, el niño se ve sometido a un estrés adicional (educación paternal áspera) y su incapacidad para enfrentarse puede manifestarse en problemas de conducta infantil. La educación paternal severa puede mediar en la relación entre la ansiedad materna y los problemas de conducta infantil. Es probable que los padres ansiosos sean más duros y punitivos con sus hijos que los padres no ansiosos. A su vez, se ha demostrado que el uso de la educación paternal severa conduce a problemas de comportamiento externos e internos en los niños (Mckee et al., 2007; Loeber et al., 2009).

La relación directa entre la crianza de los hijos y los problemas de comportamiento de la infancia puede ser una consideración importante al intentar comprender mejor cómo la ansiedad materna podría conducir a más problemas de comportamiento infantil. Tanto la exposición a una madre ansiosa y la crianza de los hijos puede representar estrés significativo para un niño y podría ser la exposición a este estrés que luego conduce al desarrollo de problemas de comportamiento. Los problemas de conducta de la niñez pueden surgir como una manera de lidiar con el estrés que la educación paternal severa en un niño, mientras que la crianza de los hijos puede ser similarmente una reacción al estrés que experimenta una madre ansiosa. (Harper, 2011). Se ha señalado que la educación

de los padres sobre los tratamientos dentales propicia una mayor cooperación de los mismos con el odontólogo, lo que, a su vez, mejora el comportamiento de sus hijos durante el tratamiento (Juárez et al., 2014).

En la actualidad existen instrumentos específicos, válidos y confiables, para medir los niveles de ansiedad infantil y materna. Esto nos permite prever la conducta, tanto de la madre como del niño durante una atención odontológica. Al disminuir los niveles de ansiedad, es posible mejorar la relación odontólogo-paciente y lograr una mejor colaboración por parte de nuestro paciente (Araya et al., 2014).

Es crucial que las escalas que miden ansiedad dental sean válidas y confiables ya que muchas son usadas como screening. En este sentido, si un profesional utiliza una escala mal confeccionada o sin validez, tomará decisiones en cuanto al tratamiento del paciente con información errada, lo cual puede perjudicar no sólo al paciente si no que a la relación dentista-paciente y, finalmente, a la adherencia al tratamiento (Rojas, 2014).

Existen distintos instrumentos, ampliamente utilizados en el mundo, que buscan identificar la ansiedad dental en población adulta. Uno de éstos es el Corah Dental Anxiety Scale (DAS), cuestionario de autorreporte creado por Norman Corah (Corah, 1969). Se compone de 4 ítems de tipo likert, que busca identificar el nivel de ansiedad del paciente cuando visitará al dentista próximamente, cuando está en la sala de espera, cuando toma los instrumentos para trabajar en sus dientes y cuando el dentista prende el micromotor para trabajar en sus dientes. Dichas preguntas tienen cinco alternativas de respuesta, obteniéndose rangos de puntaje totales que van de 4 a 20 puntos, que permiten categorizar al paciente desde las dimensiones “relajado” hasta “fobia dental”. Una de las cualidades de este instrumento es que sus puntajes son altamente fidedignos, ya que como la ansiedad dental es socialmente aceptada, el tener miedo al dentista hace que poca gente

tenga la necesidad de ser condescendiente cuando se le consulta al respecto (Rojas, 2014) .

Escala de Ansiedad Dental de CORAH - (DAS): 1.¿Si su hijo(a) tuviera que ir al dentista mañana como se sentiría? a) Estaría esperando una experiencia razonablemente agradable. b) No me importaría. c) Me sentiría un poco preocupada. d) Estaría con miedo que sea desagradable si él (ella) sintiera dolor. e) Estaría con mucho miedo de lo que el dentista podría hacer. 2.Cuando está esperando al dentista en la sala de espera, ¿Cómo se siente? a) Relajada. b) Preocupada. c) Tensa. d) Ansiosa. e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal. 3.Su hijo(a) está en el sillón del dentista esperando mientras este coge el “motorcito” para comenzar a trabajar en el diente, ¿Cómo se siente? a) Relajada. b) Preocupada. c) Tensa. d) Ansiosa. e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal. 4.Su hijo(a) está en el sillón del dentista para una limpieza dental. Mientras usted está esperando que el dentista coja los instrumentales que usará para raspar los dientes alrededor de la encía, ¿Cómo se siente?. a) Relajada. b) Preocupada. c) Tensa. d) Ansiosa. e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal (Albuquerque et al., 2007).

Existe un acuerdo general de que la ansiedad constituye un problema importante para el dentista y una barrera para el óptimo cuidado del paciente. Como una de las razones más significativas para tener una conducta de rechazo total del tratamiento dental, los detonantes comunes son las anestésicos locales y las perforaciones dentales (Perez, 2016).

Referir a los niños a un dentista pediátrico especializado es una práctica cada vez más aceptada. El miedo o la ansiedad de los niños es relativamente habitual en los consultorios odontológicos y contribuye a referir a un niño a una clínica especializada en odontología pediátrica (Klaassen et al., 2007). Otras dificultades frecuentes están relacionadas con los problemas de manejo del

comportamiento de los niños, con actitudes negativas hacia los dentistas y tratamientos, y conductas disruptivas durante las visitas al consultorio del dentista (Gustafsson et al., 2007). El odontopediatra debe conocer la naturaleza dinámica de la relación emocional madre/hijo en las diferentes fases de desarrollo del niño y como esto puede afectar su comportamiento en el consultorio. Así, se resalta que los padres tienen que ser vistos como fuertes aliados en el proceso de adaptación del niño (Albuquerque et al., 2007).

Los niños reaccionan de diversas maneras a la intervención dental y quirúrgica; por ejemplo, a pesar de estar extremadamente ansiosos, algunos niños parecen lidiar, contener sus miedos y someterse pasivamente al tratamiento; Otros niños, aparentemente no ansiosos, no pueden aceptar ningún tipo de intervención y, sin embargo, existe un tercer grupo de niños que parecen estar "resistiendo", no importa lo desagradable o aterrador que sea el tratamiento dental (Freud, 1952).

Con el fin de proporcionar una explicación de por qué los niños reaccionan de manera diferente al tratamiento dental, es importante examinar el papel de la funcionalidad de la familia, el desarrollo psicológico infantil y las experiencias de vida del niño. El enfoque psicoanalítico reúne todos estos aspectos individuales de las experiencias de vida del niño y proporciona una comprensión de por qué los niños responden de manera diferente a la experiencia real del tratamiento dental (Freeman, 2007).

El comportamiento está muy relacionado al temperamento del niño, antecedentes odontológicos y médicos, si ha presentado caries y antecedentes de dolor (Sjögren et al., 2010).

El temperamento se refiere al estilo de comportamiento o a la manera en la cual los niños interactúan con su ambiente, es el modo característico que tiene una

persona, para acercarse, reaccionar ante los demás y ante diversas situaciones (Calero et al., 2012).

Los problemas de manejo conductual dental se definen por la experiencia del dentista al tratar al paciente. Es un término colectivo para comportamientos no cooperativos y disruptivos, que resultan en retraso en el tratamiento o hacen imposible el tratamiento, independientemente del tipo de comportamiento o sus mecanismos subyacentes (Klingberg et al., 1994).

Se han propuesto muchas técnicas de medición para evaluar el miedo y la ansiedad dental y los problemas de manejo conductual dental: calificaciones conductuales, escalas psicométricas, medidas fisiológicas y técnicas proyectivas. En la investigación se utilizan con mayor frecuencia dos tipos amplios de técnicas de medición: (i) observación de la reacción / comportamiento del niño por dentista u otra persona durante el tratamiento dental (clasificación del comportamiento) o (ii) informes de ansiedad hecha por el niño o por el padre acompañante (la mayoría de las veces la madre) usando escalas psíquimétricas (Klingberg y Broberg, 2007).

Los índices de comportamiento desempeñan un papel especial en la odontología general, ya que pueden proporcionar una ayuda para clasificar el comportamiento y la cooperación de los pacientes infantiles. Las calificaciones deben tener definiciones claras de comportamiento y deben ser fáciles de usar (Klingberg y Broberg, 2007).

La escala de Frankl es probablemente la escala de evaluación de comportamiento más utilizada que consiste en cuatro categorías: Definitivamente negativo, Negativo, Positivo, Definitivamente positivo (Frankl, 1962).



Escala de Comportamiento Frankl: 1: Rechazo del tratamiento, llorar con fuerza, temor o cualquier otra evidencia manifiesta de negativismo extremo. 2: Reacio a aceptar el tratamiento, no cooperativo, alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada. 3: Aceptación del tratamiento, a veces cauteloso, voluntad de cumplir con el dentista, a veces con reservas, pero el paciente sigue las instrucciones del dentista cooperativamente. 4: Buena relación con el dentista, interesado en los procedimientos dentales, riendo y disfrutando de la situación (Shinohara et al., 2005).

## **1.2 Planteamiento del problema.**

Se conoce muy poco acerca de la relación entre el comportamiento del paciente pediátrico en consulta odontología y la ansiedad de los padres de familia.

## **2. OBJETIVOS**

## **2.1 Objetivo General.**

Determinar si la ansiedad de los padres de familia influye en la conducta de los pacientes pediátricos en su primera consulta.

## **2.2 Objetivos Especificos.**

1. Medir mediante la encuesta de Corah la ansiedad de los padres de familia.
2. Medir mediante la escala de Frankl la conducta de los pacientes pediátricos.
3. Relacionar el grado de ansiedad de los padres de familia y la conducta de los pacientes pediátricos.

### **3. METODOLOGÍA**

### **3.1 Sujeto experimental.**

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo, con un tamaño de muestra de 50 pares de padre de familia - hijo, que fueron atendidos por primera vez en la Clínica del posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro, durante el período septiembre del 2017 - julio del 2018; se incluyeron pacientes niños y niñas de 3 a 6 años de edad que acudieron por primera vez a una consulta odontológica y padres y/o madres de 20 a 50 años de edad que llevaron a sus hijos a la clínica del posgrado de odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro para su primera consulta odontológica. Se excluyeron niños y niñas con experiencia odontológica previa, que se encuentren fuera del rango de edad, que van acompañados por quien no sea su padre o madre, pacientes medicamente comprometidos, ASA II, III, IV, V, VI o con alguna discapacidad, padres de familia que ya han tenido previa experiencia odontológica con otro hijo o acompañante del paciente que no sea su padre o madre. Y se eliminaron padres de familia que no contestaron todas las preguntas de la encuesta.

### **3.2 Métodos.**

Se estudiaron variables dependientes como la ansiedad de los padres de familia y la conducta del paciente pediátrico, y variables independientes como edad y género.

La ansiedad se define como una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, la cual es una experiencia individual, subjetiva, que varía entre las personas, y genera un serio impacto en la vida. Para medir la ansiedad en los padres de familia, se realizó una ficha utilizando la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS - Dental Anxiety Scale) cuestionario creado por Norman Corah (1934-2001), psicólogo estadounidense pionero en el estudio, valoración y tratamiento de la ansiedad que los pacientes experimentan antes de

someterse a tratamientos odontológicos. En 1969 elaboró un pequeño cuestionario (DAS) para detectar y establecer una graduación de dicha ansiedad. Se compone de 4 ítems de tipo likert, que busca identificar el nivel de ansiedad del paciente cuando visitará al dentista próximamente, cuando está en la sala de espera, cuando toma los instrumentos para trabajar en sus dientes y cuando el dentista prende el micromotor para trabajar en sus dientes. Dichas preguntas tienen cinco alternativas de respuesta, obteniéndose rangos de puntaje totales que van de 4 a 20 puntos, siendo atribuidos los siguientes puntajes: 0 = sin ansiedad (puntuación igual a 4); 1 = baja ansiedad (puntuación entre 5 y 9); 2 = ansiedad moderada (puntuación entre 10 y 14); 3 = alta ansiedad (puntuación entre 15 y 20), que permiten categorizar al paciente desde las dimensiones “relajado” hasta “fobia dental”. Una de las cualidades de este instrumento es que sus puntajes son altamente fidedignos, ya que como la ansiedad dental es socialmente aceptada, el tener miedo al dentista hace que poca gente tenga la necesidad de ser condescendiente cuando se le consulta al respecto.

La conducta se define como la manera de comportarse de una persona en una situación determinada o en general. Para medir la conducta del paciente se realizó una ficha mediante la escala de Frankl y se recolectaron los datos. La escala de Frankl es probablemente la escala de evaluación de comportamiento más utilizada que consiste en cuatro categorías: Definitivamente negativo, Negativo, Positivo, Definitivamente positivo. Escala de Comportamiento Frankl: I: Rechazo del tratamiento, llorar con fuerza, temor o cualquier otra evidencia manifiesta de negativismo extremo. II: Reacio a aceptar el tratamiento, no cooperativo, alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada. III: Aceptación del tratamiento, a veces cauteloso, voluntad de cumplir con el dentista, a veces con reservas, pero el paciente sigue las instrucciones del dentista cooperativamente. IV: Buena relación con el dentista, interesado en los procedimientos dentales, riendo y disfrutando de la situación.

Se le explicó al padre de familia sobre la investigación a realizar y se le pidió formar parte de ella explicando con detalle los objetivos, la justificación y los

beneficios del estudio. Si decidió a participar, se le proporcionó una carta de consentimiento informado con los detalles del tratamiento por escrito y se le pidió que lo firmara, entregando una copia del mismo. Los datos recolectados fueron confidenciales y en todo momento se cumplió los principios éticos propuestos en la declaración de Helsinki.

Para estimar la ansiedad de los padres de familia en el tratamiento odontológico, se aplicó la encuesta en la sala de espera, para que fuera llenada personalmente en su totalidad, la Escala de Ansiedad Dental de Corah (figura 1) a 50 padres de familia, cuyos hijos, estarán siendo atendidos por primera vez en la clínica del posgrado de odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro.

**Escala de Ansiedad Dental de CORAH - (DAS).**

- |  |   |
|--|---|
| <p>1. ¿Si su hijo(a) tuviera que ir al dentista mañana como se sentiría?</p> <p>a) Estaría esperando una experiencia razonablemente agradable.</p> <p>b) No me importaría.</p> <p>c) Me sentiría un poco preocupada.</p> <p>d) Estaría con miedo que sea desagradable si él (ella) sintiera dolor.</p> <p>e) Estaría con mucho miedo de lo que el dentista podría hacer.</p> | <p>3. Su hijo(a) está en el sillón del dentista esperando mientras éste coge el “motorcito” para comenzar a trabajar en el diente, ¿Cómo se siente?</p> <p>a) Relajada</p> <p>b) Preocupada</p> <p>c) Tensa</p> <p>d) Ansiosa</p> <p>e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal.</p>   |
| <p>2. Cuando está esperando al dentista en la sala de espera, ¿Cómo se siente?</p> <p>a) Relajada</p> <p>b) Preocupada</p> <p>c) Tensa</p> <p>d) Ansiosa</p> <p>e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal.</p>   | <p>4. Su hijo(a) está en el sillón del dentista para una limpieza dental. Mientras usted está esperando que el dentista coja los instrumentales que usará para raspar los dientes alrededor de la encía, ¿Cómo se siente?</p> <p>a) Relajada</p> <p>b) Preocupada</p> <p>c) Tensa</p> <p>d) Ansiosa</p> <p>e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal.</p> |

Las siguientes notaciones fueron atribuidas para cada respuesta: a=1, b=2, c=3, d=4, e=5.

fig 1. Fuente: Albuquerque, W., Correa, M., Abanto, J. 2007. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de corah. Rev Estomatol Herediana. 17 (1): 9–11.



## Pasos para el procedimiento.

1. El padre de familia llenó la historia clínica que le entregó la secretaria de la clínica (figura 2).

ODONTOPEDIATRIA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha de Recibo: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuánto tiempo de buena salud? ( ) ( ) ( )  
2. ¿Ha estado hospitalizado o tratado en algún otro tipo de salud? ( ) ( )  
¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_  
3. ¿Ha estado hospitalizado? ( ) ( )  
4. ¿Es alérgico a algún alimento o medicamento? ( ) ( )  
¿Cuál es? \_\_\_\_\_  
5. ¿Toma su hijo algún medicamento actualmente? ( ) ( )  
¿Cuál es el medicamento? \_\_\_\_\_  
6. ¿Ha tenido traumas emocionales, mentales o emocionales? ( ) ( )  
¿Qué traumas? \_\_\_\_\_

7. Señale con una cruz (X) la casilla correspondiente si su hijo ha padecido alguna de las enfermedades siguientes

Enfermedad	Edad	Sí	No
Asma	( )	( )	( )
Diabetes	( )	( )	( )
Epilepsia	( )	( )	( )
Enf. Cardíaca	( )	( )	( )
Hepatitis	( )	( )	( )
Inf. renal	( )	( )	( )
Trastorno hepático	( )	( )	( )
Trastorno del lenguaje	( )	( )	( )

8. ¿Ha padecido sus hijos hemorragias excesivas en operaciones o en accidentes? ( ) ( )  
9. ¿Tiene dificultades en la escuela? ( ) ( )

10. Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos \_\_\_\_\_

11. Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_  
12. Recomendado por: \_\_\_\_\_ Experiencias odontológicas: ( ) ( )  
13. Observaciones: \_\_\_\_\_ Previsión: ( ) ( )

Acreditación del niño hacia el odontólogo: ( ) favorable ( ) desfavorable

fig 2.

2. Se verificó con el padre que fuera paciente sin experiencia odontológica previa.
3. Se invitó al padre a participar en la investigación, explicándole con detalle los objetivos del estudio.
4. Se le entregó al padre de familia una carta de consentimiento informado para que la firme (figura 3).



fig 3.

5. Se ingresó al paciente al operatorio (figura 4).



fig 4

6. Se le entregó al padre la encuesta de la escala de Corah para que sea llenada personalmente y en su totalidad mientras su hijo se encontraba dentro del operatorio (figura 5).



fig 5

7. El operador realizó la historia clínica dental y el plan de tratamiento del paciente (figura 6).

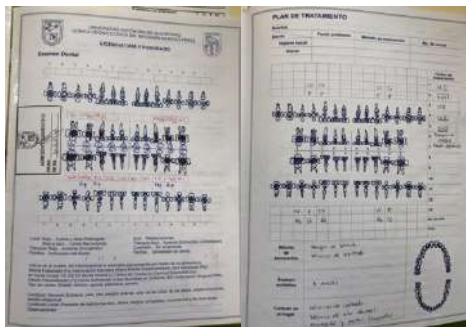


fig 6

8. Se procedió a realizar la exploración clínica, explicándole al paciente detalladamente (figura 7).



fig 7

9. Una vez terminado el tratamiento, se observó el tipo de conducta de los pacientes, el cual fue evaluado mediante la escala de Frankl por un Odontopediatra calificado (figura 8):

- a. Tipo I (--). - Son definitivamente negativos quienes rechazan el tratamiento, poseen llanto intenso, movimientos fuertes de

extremidades, no es posible la comunicación verbal, y su comportamiento es agresivo.

- b. Tipo II (-). - Son levemente negativos quienes igualmente rechazan el tratamiento, poseen en cambio movimientos leves de sus extremidades, comportamiento tímido, bloquean la comunicación y su llanto es monotónico.
- c. Tipo III (+). - son levemente positivos quienes aceptan el tratamiento de manera cautelosa, de todas maneras, si presentan un llanto esporádico, son reservados, y, se puede establecer comunicación verbal con estos niños y así llegar a un acuerdo.
- d. Tipo IV (++). - Son definitivamente positivos quienes son ideales para un trato odontológico exitoso sin demoras y obstáculos de mala conducta, estos niños aceptan y siguen algunas órdenes, muy buena cooperación, buena comunicación, sus extremidades se encuentran relajadas, estos niños tienen motivación e interés por el tratamiento.

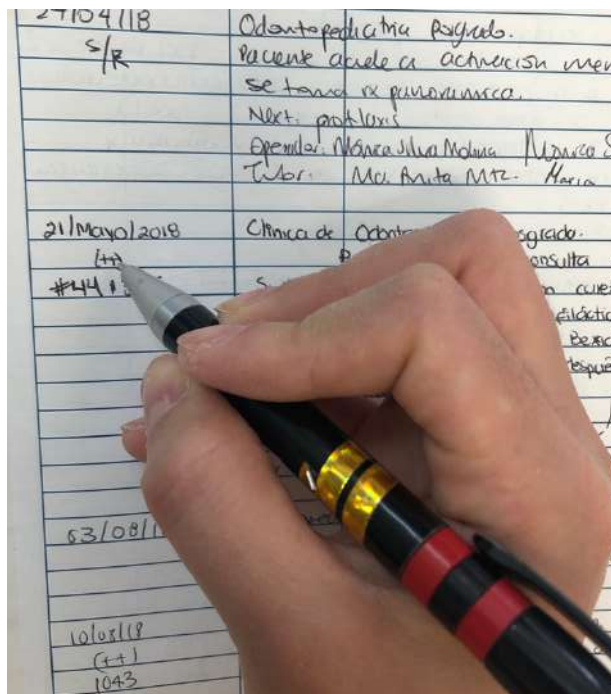


fig 8

10. Se llevó al paciente con su padre/madre y se recogió la encuesta de Corah (figura 9).

Fecha: 05/11/2018

**TITULO DEL PROYECTO:** Influencia de la ansiedad de los padres de familia en la conducta de los pacientes pediátricos en la primera consulta.  
Investigador principal: Mónica Cecilia Silva Molina de la especialidad de Odontopediatría en la Facultad de Medicina de la UAQ.

Nombre del paciente: Carlos Valente Ocampo Bustos  
Edad del paciente: 4 años Género del paciente: Masculino

Nombre del tutor: Guadalupe Bustos López  
Edad del tutor: 27 años Padre o madre: Madre

Favor de circular el inciso de su elección.  
Escala de Ansiedad Dental de CORAH - (DAS).

<p>1. ¿Si su hijo(a) tuviera que ir al dentista mañana como se sentiría?</p> <p>a) Estaría esperando una experiencia razonablemente agradable.</p> <p>b) No me importaría.</p> <p>c) Me sentiría un poco preocupada.</p> <p><b>d) Estaría con miedo que sea desagradable si él (ella) sintiera dolor.</b></p> <p>e) Estaría con mucho miedo de lo que el dentista podría hacer.</p> <p>2. Cuando está esperando al dentista en la sala de espera, ¿Cómo se siente?</p> <p>a) Relajada</p> <p><b>b) Preocupada</b></p> <p>c) Tensa</p> <p>d) Ansiosa</p> <p>e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal.</p>	<p>3. Su hijo(a) está en el sillón del dentista esperando mientras éste coge el "motorcito" para comenzar a trabajar en el diente, ¿Cómo se siente?</p> <p>a) Relajada</p> <p><b>b) Preocupada</b></p> <p>c) Tensa</p> <p>d) Ansiosa</p> <p>e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal.</p> <p>4. Su hijo(a) está en el sillón del dentista para una limpieza dental. Mientras usted está esperando que el dentista coja los instrumentales que usará para raspar los dientes alrededor de la encía, ¿Cómo se siente?</p> <p>a) Relajada</p> <p><b>b) Preocupada</b></p> <p>c) Tensa</p> <p>d) Ansiosa</p> <p>e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal.</p>
---	---

fig 9

11. Se despidió a ambos.
12. Una vez obtenidos los datos del comportamiento de los pacientes y el grado de ansiedad de los padres de familia, se procedió a realizar el procedimiento estadístico.
13. Se procesaron los datos en tablas y gráficas. Se realizó el análisis estadístico correspondiente.

14. Una vez obtenidos los resultados de los porcentajes y de las estadísticas, se realizó la discusión, los resultados y las conclusiones del estudio.

### **3.3 Análisis estadístico.**

Se analizaron los datos cualitativos en frecuencia y porcentaje, los cuantitativos en media, desviación estándar y rango. Para determinar la distribución de las variables se realizó el test de Kolmogorov-Smirnov. Para detectar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para las variables cualitativas se aplicó la prueba exacta de Chi<sup>2</sup>. La significancia estadística fue establecida en  $p < 0.05$  utilizando el paquete estadístico GraphPath Prism. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas.

## **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## 4.1 Resultados

En la tabla 1, se muestran las características clínicas (edad y género) de sujetos de estudio divididos en dos grupos (pacientes y padres de familia). Donde se observa un mayor porcentaje (54%) de pacientes femeninos y un mayor porcentaje (94%) de padres de familia también femeninos.

Tabla 1. Características clínicas de los sujetos de estudio.

<b>GRUPO</b>	<b>PACIENTES (n=50)</b>	<b>PADRES (n=50)</b>
	<b>X ± DE (Rango)</b>	
<b>Edad</b>	3.96 ±0.78 (3 – 5)	30.14±6.45 (20 – 45)
	<b>Frecuencia (%)</b>	
<b>Masculino</b>	23 (46)	3 (6)
<b>Femenino</b>	27 (54)	47 (94)

X: promedio; DE: desviación estándar.

En la tabla 2, se muestra la frecuencia y porcentaje del total de pacientes según su conducta considerado de acuerdo a la escala de Frankl (totalmente positivo: Frankl IV, positivo: Frankl III, negativo: Frankl II y totalmente negativo: Frankl I). Donde se observa que el grupo con mayor porcentaje (60%) presento una conducta totalmente positiva, seguido por un 22% de pacientes con conducta positiva, un 16% de paciente con conducta totalmente negativa y con un menor porcentaje (2%) los pacientes de conducta negativa.

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje del total de pacientes de acuerdo a su conducta medida con la escala de Frankl.

<b>GRUPO</b>	<b>PACIENTES (n=50)</b>
	<b>Frecuencia (%)</b>
<b>Frankl I</b>	8 (16)
<b>Frankl II</b>	1 (2)
<b>Frankl III</b>	11 (22)
<b>Frankl IV</b>	30 (60)



En la tabla 3, se muestra la frecuencia y porcentaje dividido en género de acuerdo a la conducta de los pacientes medido con la escala de Frankl (totalmente positivo: Frankl IV, positivo: Frankl III, negativo: Frankl II y totalmente negativo: Frankl I). En el grupo masculino, se observa un mayor porcentaje (52.17%) de pacientes con conducta totalmente positiva, al igual que en el grupo femenino, en donde el mayor porcentaje (62.96%) también es de conducta totalmente positiva. Seguido, en ambos, por un 26.08% en masculinos y 18.51% en femeninos de pacientes con conducta positiva, un 21.73% en masculino y 14.81% en femenino de pacientes con conducta totalmente negativa y con un menor porcentaje en ambos grupos (0% y 3.70% respectivamente) de pacientes con conducta negativa. Al realizar la prueba estadística de Chi<sup>2</sup> no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que hace la comparación de grupos viables.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje dividido en género de acuerdo a la conducta de los pacientes medido con la escala de Frankl.

<b>GRUPO</b>	<b>MASCULINO (n= 23)</b>	<b>FEMENINO (n= 27)</b>	<b>Valor P</b>
<b>Frecuencia (%)</b>			
<b>Frankl I</b>	5 (21.73)	4 (14.81)	0.5870
<b>Frankl II</b>	0 (0)	1 (3.70)	
<b>Frankl III</b>	6 (26.08)	5 (18.51)	
<b>Frankl IV</b>	12 (52.17)	17 (62.96)	

Prueba Chi<sup>2</sup>

En la tabla 4, se muestra la frecuencia y porcentaje dividido en edad (3, 4 y 5 años) de acuerdo a la conducta de los pacientes medido con la escala de Frankl (totalmente positivo: Frankl IV, positivo: Frankl III, negativo: Frankl II y totalmente negativo: Frankl I). Donde se observa que el mayor porcentaje en los tres grupos es en pacientes con conducta totalmente positiva (37.5%, 70% y 71.4% respectivamente), seguido por los pacientes con conducta positiva (31.25%, 20% y 14.28% respectivamente), después los pacientes con conducta totalmente negativa (25%, 10% y 14.28% respectivamente) y en menor porcentaje los pacientes con conducta negativa (6.25%, 0% y 0% respectivamente). Al realizar la prueba

estadística de Chi<sup>2</sup> no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que hace la comparación de grupos viables.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje dividido en edad de acuerdo a la conducta de los pacientes medido con la escala de Frankl.

<b>GRUPO</b>	<b>3 AÑOS (n= 16)</b>	<b>4 AÑOS (n= 20)</b>	<b>5 AÑOS (n= 14)</b>	<b>Valor P</b>
<b>Frecuencia (%)</b>				
<b>Frankl I</b>	4 (25)	2 (10)	2 (14.28)	0.3761
<b>Frankl II</b>	1 (6.25)	0 (0)	0 (0)	
<b>Frankl III</b>	5 (31.25)	4 (20)	2 (14.28)	
<b>Frankl IV</b>	6 (37.5)	14 (70)	10 (71.42)	

Prueba Chi<sup>2</sup>

En la tabla 5, se muestra la frecuencia y porcentaje del total de padres de familia de acuerdo a su grado de Ansiedad medido con la encuesta de Corah (sin ansiedad, con baja ansiedad, con ansiedad moderada y alta ansiedad). Se observa que el grupo con mayor porcentaje (52%) presentó un grado de ansiedad bajo, seguido por un grado de ansiedad moderado con el 32% de los padres y un 16% sin ansiedad.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje del total de padres de familia de acuerdo a su grado de Ansiedad medido con la encuesta de Corah.

<b>GRADO DE ANSIEDAD</b>	<b>PADRES (n=50)</b>
<b>Frecuencia (%)</b>	
<b>Sin ansiedad</b>	8 (16)
<b>Baja ansiedad</b>	26 (52)
<b>Moderada</b>	16 (32)
<b>Alta ansiedad</b>	0 (0)

En la tabla 6, se muestra la frecuencia y porcentaje dividido en grupo generacional (generación X e Y) de acuerdo al grado de ansiedad de los padres medido con la encuesta de Corah (sin ansiedad, con baja ansiedad, con ansiedad

moderada y alta ansiedad). Donde el mayor porcentaje en el grupo generacional X (54.76%) se encuentra en los padres con un grado de ansiedad bajo, pero en el grupo generacional Y se encuentra en los padres con un grado de ansiedad moderado (50%), y el menor porcentaje en ambos grupos generacionales (16.66% y 12.5% respectivamente) se encuentra en los padres sin grado de ansiedad. Al realizar la prueba estadística de Chi<sup>2</sup> no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que hace la comparación de grupos viables.

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje dividido en grupo generacional de acuerdo al grado de ansiedad de los padres medido con la encuesta de Corah.

<b>GRADO DE ANSIEDAD</b>	<b>Generación X 20 – 36 años (n=42)</b>	<b>Generación Y 37 – 45 años (n=8)</b>	<b>Valor P</b>
	<b>Frecuencia (%)</b>		
<b>Sin ansiedad</b>	7 (16.66)	1 (12.5)	
<b>Baja ansiedad</b>	23 (54.76)	3(37.5)	
<b>Moderada</b>	12 (28.57)	4 (50)	0.4911
<b>Alta ansiedad</b>	0 (0)	0 (0)	

Prueba Chi<sup>2</sup> Para realizar la prueba se excluyó el grado de ansiedad “alto”

En la tabla 7, se muestra la frecuencia y el porcentaje, dividido en el grado de ansiedad de los padres, de los pacientes de acuerdo a su conducta medido con la escala de Frankl (totalmente positivo: Frankl IV, positivo: Frankl III, negativo: Frankl II y totalmente negativo: Frankl I). Se observa que el 100% de los padres de familia que no presentaron ansiedad se relaciona con una conducta totalmente positiva por parte de sus hijos. El 57.69% de los padres de familia que presentaron baja ansiedad se relaciona con una conducta totalmente positiva por parte de sus hijos; el 23.07% con una conducta positiva y el 21.73% con una conducta totalmente negativa. El 43.75% de los padres de familia que presentaron ansiedad moderada se relaciona con una conducta totalmente positiva por parte de sus hijos; el 31.25% con una conducta positiva; el 18.75% con una conducta totalmente negativa y el 6.25% con una conducta negativa.

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje, dividido en el grado de ansiedad de sus padres, de los pacientes de acuerdo a su conducta medida con la escala de Frankl.

	<b>Sin ansiedad (n=8)</b>	<b>Baja ansiedad (n=26)</b>	<b>Moderada ansiedad (n=16)</b>	<b>Valor P</b>
	Frecuencia (%)			
<b>Frankl I</b>	0 (0)	5 (21.73)	3 (18.75)	
<b>Frankl II</b>	0 (0)	0 (0)	1 (6.25)	0.1789
<b>Frankl III</b>	0 (0)	6 (23.07)	5 (31.25)	
<b>Frankl IV</b>	8 (100)	15 (57.69)	7 (43.75)	

Prueba Chi<sup>2</sup>

## 4.2 Discusión

En el presente estudio se relacionó la ansiedad de los padres de familia de 20 a 45 años de edad con la conducta de sus hijos, pacientes pediátricos de 3 a 6 años de edad en su primera consulta odontológica.

Para medir la ansiedad en los padres de familia, se realizó una ficha utilizando la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS - Dental Anxiety Scale) cuestionario creado por Norman Corah (1969), psicólogo estadounidense pionero en el estudio, valoración y tratamiento de la ansiedad que los pacientes experimentan antes de someterse a tratamientos odontológicos. Tal como la describe Albuquerque et al. (2007) en su estudio, donde mencionan que, además de obtener información sobre el grado de ansiedad, presenta resultados más fidedignos, es fácil, de rápida aplicación y con un diagnóstico y descripción preciso.

Para evaluar la conducta del paciente se usó la escala de Frankl, tal como la describe Calero et al. (2012) en su estudio, donde menciona que es la escala más usada para evaluar la conducta de un paciente pediátrico en consulta odontológica. La escala de Frankl es probablemente la escala de evaluación de comportamiento más utilizada que consiste en cuatro categorías: Definitivamente negativo, Negativo, Positivo, Definitivamente positivo.

Aun cuando se observó que el 100% de los pacientes, cuyos padres obtuvieron un grado de ansiedad nulo, presentaron una conducta totalmente positiva, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas que demuestren una relación entre la ansiedad del padre de familia y la conducta que presenta el paciente en consulta, de igual manera que lo demuestra Folyan et al. (2002) en su estudio, donde a diferencia de este, comparan la ansiedad materna con la ansiedad del niño usando la escala de ansiedad dental de Corah en un grupo de 81 pacientes de entre 8 y 13 años, también sin obtener una relación estadísticamente significativa. Al contrario del estudio realizado por Johnson y Baldwin (1968), donde comparan el comportamiento de 60 niños de 3 a 7 años de edad bajo el procedimiento de una extracción dental y el nivel de ansiedad de la

madre, medido con la escala de manifestación de ansiedad de Taylor, y se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad manifiesta en las madres y el comportamiento de sus hijos, donde los niños de madres con altos niveles de ansiedad demostraron significativamente más comportamiento dental negativo que los hijos de madres con baja puntuación de ansiedad.

En otro estudio publicado por Baier et al. (2004) donde se evaluó la relación entre el miedo dental de los niños y el comportamiento negativo de un total de 421 niños en las prácticas privadas de odontología pediátrica, si se encontró diferencia significativa entre los niños con mucho miedo y su conducta negativa y los niños con poco miedo y su conducta negativa, teniendo un mayor porcentaje de conducta negativa en los niños con mucho miedo (40%) y menor porcentaje (17%) en los niños con poco miedo.

Klingberg (2007) publicó un artículo donde examinaba la literatura de 1982 a 2006 y encontró diferencias a partir del género del paciente, concluyendo que las niñas presentan mayores problemas de conducta que los niños; al contrario de este estudio, en donde el porcentaje de pacientes masculinos con una conducta totalmente negativa es mayor (21.73%) que en el género femenino (14.81%), sin embargo, no representa una diferencia estadísticamente significativa.

Se observó que el mayor porcentaje de pacientes, divididos en edades, que presentó problemas de conducta se encontraba en los pacientes de menor edad (3 años), con un 25% de pacientes con conducta totalmente negativa y un 6.25% de conducta negativa, a diferencia de los pacientes de mayor edad (5 años) que presentaron un 14.28% de conducta totalmente negativa y un 0% de conducta negativa; los resultados de la investigación indican que, en esta muestra, la ansiedad materna parece ser un factor importante que afecta el comportamiento de los niños más pequeños en la situación dental, sin embargo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa. Baier et al. (2004), en su estudio mencionado anteriormente, observó una relación estadísticamente significativa entre menor edad del paciente y mayor problema de conducta. Rantavuori (2008)

concluye que para los niños menores de 12 años, el miedo dental de los padres es uno de los mejores indicadores de potencial miedo dental en los niños. Este autor informa que, para los niños de 9 años de edad, el miedo dental de los padres es el mejor predictor de los niños. Este estudio sugiere que tanto el padre como la madre juegan diferentes papeles en el inicio de la ansiedad dental y el miedo en los niños de acuerdo a la edad de los niños.

En este estudio, se comparó el grado de ansiedad de los padres en donde se dividió en grupo generacional, de 20 a 36 años (gen X) y de 37 a 45 años (gen Y), en donde se observó que los padres de familia del rango de mayor edad presentan más ansiedad (50% ansiedad moderada) que los padres del rango de menor edad, sin embargo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa. Whaley et al. (1999) y Reitman y Asseff (2010), han encontrado una conexión entre el control o sobreprotección de los comportamientos parentales y consecuentes comportamientos ansiosos en sus hijos, así como una relación entre el control o comportamiento sobreprotector de los padres y la propia ansiedad de los padres. En un estudio realizado por Juárez López et al. (2014), encontraron que el 72.7% de los niños que no comprendieron las explicaciones recibidas de sus padres de por qué asistían a su consulta odontológica presentaron ansiedad.

Aunque la mayoría de los estudios en esta área indican que las madres con alta ansiedad tienen niños que muestran más angustia, algunos estudios indican que la ansiedad materna se asocia con el sufrimiento del niño sólo para aquellos niños con poca o ninguna experiencia médica, como lo publicó Klorman et al. (1979).

### **4.3 Conclusión.**

Las encuestas que evalúan la ansiedad en los padres de familia, son herramientas útiles para que los profesionales de la salud se anticipen a la conducta de su paciente pediátrico, para poder darle la confianza y tranquilidad tanto a los padres como a los niños.

Aun cuando en el 100% de los padres de familia que no presentaron ansiedad, sus hijos mostraron una conducta totalmente positiva, en el grupo de padres que presentaron una ansiedad moderada hubo una gran variación en la conducta de sus hijos, haciendo que estos resultados no tuvieran una diferencia estadísticamente significativa.

Se concluye que los padres de familia con mayor edad presentan más ansiedad que los padres de familia con menor edad, por lo cual debemos tomar en cuenta que es un grupo al que debemos dedicarle mayor esfuerzo para poder lograr esa confianza y tranquilidad tanto en ellos como en sus hijos.

Esto indica la importancia de que los padres reciban información clara por parte del odontólogo sobre el diagnóstico y el plan de tratamiento a realizar, y así puedan anticipar el motivo de la consulta y transmitir a sus hijos de forma sencilla los procedimientos que van a recibir, proporcionándoles tranquilidad y confianza durante su cita.



## **5. REFERENCIAS**

- Aartman, I., Van Everdingen, T., Hoogstraten, J., and Schuurs A. 1998. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children - a critical assessment. *J Dent Child*. 252–58.
- Agras, Stewart, Sylvester, D., y Oliveau, D. 1969. The epidemiology of common fears and phobia. *Compr Psychiatry*. 10 (2): 151–56.
- Albuquerque, W., Correa, M., Abanto, J. 2007. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de corah. *Rev Estomatol Herediana*. 17 (1): 9–11.
- Al-Namankany, A., Souza, M. de, and Ashley, P. 2012. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br Dent J*. 212 (5): 219–222.
- Araya, C., González, C., Barra, A., and Salazar, K. 2014. Influencia de la ansiedad dental del acompañante en el comportamiento de niños de 4 a 10 años durante su atención odontológica en CESFAM San Pedro, Período Mayo a Julio de 2014.
- Baier, K., Milgrom, P., Russell, S., Mancl, L. y Yoshida, T. 2004. Dentistry Practices. *Pediatric Dentistry*. 26 (4): 316–21.
- Becker, K., Ginsburg, G., Domingues, J. y Tein, J. 2010. Maternal control behavior and locus of control: examining mechanisms in the relation between maternal anxiety disorders and anxiety symptomatology in children. *J Abnorm Child Psychol*. 38 (4): 533–43.
- Boman, U., Lundgren, J., Elftröm, M., Berggren, U. 2008. Common use of a fear survey schedule for assessment of dental fear among children and adults. *Int J Pediatr Dent*. 18 (1): 70–76.
- Calero, I., Aristizabal, L. y Villavicencio, J. 2012. Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica. *Rev. Estomat*. 20 (1): 45–49.
- Corah, N. 1969. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res*. 48: 596.
- Feldman, R., Greenbaum, C. y Mayes, L. 1997. Change in mother-infant interactive behavior: relations to change in the mother, the Infant, and the social context. *Infant Behav Dev*. 20 (2): 151–63.
- Folayan, M., Adekoya-Sofowara, C., Otuyemi, O., y Ufomata, D. 2002. Parental anxiety as a possible predisposing factor to child dental anxiety in patients seen in a suburban dental hospital in Nigeria. *Int J Paediatr Dent*. 12: 255–259.
- Frankl, S. 1962. Should the parent remain with the child in the dental operator?. *J Dent Child*. 29: 150–63.

- Freeman, R. 2007. A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *Int J Paediatr Dent.* 17 (6): 407–18.
- Freud, A. 1952. The role of bodily illness in the mental life of children. *Psychoanal Study Child.* 7 (1): 69–81.
- García, A., Parés, G., Hinojosa, A. 2007. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. *Revista Odontológica Mexicana.* 11 (3): 135–39.
- Gatchel, R., Ingersoll, B., Bowman, L., Robertson, M. y Walker, C. 1983. The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. *J Am Dentl Assoc.* 107 (4): 609–10.
- Grant, K., Compas, B., Stuhlmacher, A., Thurm, A., McMahon, S., Halpert, J. y Grant E. 2003. Stressors and child and adolescent psychopathology: moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin.* 129 (3): 447–66.
- Gustafsson, A., Arrrup, K., Broberg, A., Bodin, L. y Berggren, U. 2007. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. *Int J Paediatr Dent.* 17 (6): 449–59.
- Harper, S. 2011. Maternal anxiety and child behavioral problems: mediating and moderating processes. *Psychology Master's Theses.* Paper 5.
- Hmud, R. y Walsh, L. 2009. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *J Minim Interv Dent.* 2 (1): 237–48.
- Jie, Z. y Yang, Z. 1994. Cross-cultural validity of a parent's version of the dental fear survey schedule for children in chinese. *Behav. Res. Ther.* 32 (1): 131–35.
- Johnson, R. y Baldwin, D. 1969. Maternal Anxiety and Child Behavior. *ASDC J Dent Chil* 36 (2): 87.
- Johnson, R. y Baldwin, D. 1968. Relationship of Maternal Anxiety to the Behavior of Young Children Undergoing Dental Extraction. *J Den Res.* 47(5): 801–805.
- Juárez, L., Ugalde, R., Delgado, A. 2014. 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.* 71 (1): 9–15.
- King, N., Gullone E., Ollendick, T. 1998. Etiology of childhood phobias: current status of Rachman's three pathways theory. *Behav Res Ther.* 36 (3): 297–309.

- Klaassen, M., Johannes, J., Veerkamp, J., Hoogstraten, J. 2007. Dental fear, communication, and behavioural management problems in children referred for dental problems. *Int J Paediatr Dent.* 17 (6): 469–77.
- Klingberg, G. y Broberg, A. 2007. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent.* 17 (6): 391–406.
- Klingberg, G., Vannas L., Bjarnason, S., Norén, J. 1994. Dental behavior management problems in swedish children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 22 (3): 201–5.
- Klorman, R., Michael, R., Hilpert, P., Sveen, O. 1979. A further assessment of predictors of the child's behavior in dental treatment. *J Dent Res.* 58 (12): 2338–43.
- Lara, A., Crego, A., Romero-Maroto, M. 2012. Emotional contagion of dental fear to children: The fathers' mediating role in parental transfer of fear. *IntJ Paediatr Dent.* 22 (5): 324–30.
- Loeber, R., Hipwell, A., Battista, D., Sembower, M., Stouthamer-loeber, M. 2009. Intergenerational transmission of multiple problem behaviors: prospective relationships between mothers and daughters. *J Abnorm Child Psychol.* 1035–48.
- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Olson, A., Forehand, R., Massari, C., Jones, D., Gaffney, C., Zens, M. 2007. Harsh discipline and child problem behaviors: The roles of positive parenting and gender. *J Fam Viol.* 22: 187–96.
- Milgrom, P., Lloyd, M., King, B., y Weinstein, P. 1995. Origins of childhood dental fear. *Behav Res Ther.* 33 (3): 313–19.
- Nuñez, I., Parés, G. y López, R. 2006. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. *Revista Odontológica Mexicana.* 10 (1): 30–35.
- Perez, M. 2016. Relación del nivel de ansiedad y el tipo de conducta durante el tratamiento odontopediátrico. *Rev. Evid. Odontol. Clinic.* 2 (1): 113–19.
- Pérez, N., González, C., Guedes, A., Nahás, M. 2002. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Rev Cubana Estomatol.* 39 (3): 302–27.
- Rachman, S. 1977. The conditioning theory of fearacquisition: A critical examination. *Behav Res Ther* 15 (5): 375–87.
- Rantavuori, K. 2008. Aspects and determinants of children's dental fear. *Acta Univ. Oul. D* 991.

- Reitman, D., y Asseff, J. 2010. Parenting practices and their relation to anxiety in young adulthood. *J. Anxiety Disord.* 24 (6): 565–72.
- Ríos, M., Herrera, A., Rojas, G. 2014. Ansiedad dental: Evaluación y Tratamiento. *Av. Odontoestomatol.* 30 (1): 39-46.
- Robins, C., Robins, W., Rawson, H. 1973. Maternal anxiety and children's behavior during dental procedures. *J Mo Dent Assoc.* 53 (6): 47.
- Shinohara, S., Nomura, Y., Shingyouchi, K., Takase, A., Ide, M., Moriyasu, K., Idaira, Y., Takahashi, T., Yamada, Y., Aoyagi, Y., Asada, Y. 2005. Structural relationship of child behavior and its evaluation. *J Oral Sci.* 47 (2): 91–96.
- Sierra, J. 2003. Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Rev. Mal-Estar Subj.* (1): 10–59.
- Sjögren, A., Arrrup, K., Jensen, C., Knutsson, I., Huggare, J. 2010. Pain and fear in connection to orthodontic extractions of deciduous canines. *Int. J. Paediatr. Dent.* 20 (3): 193–200.
- Thirlwall, K. y Creswell, C. 2010. Behaviour research and therapy the impact of maternal control on children's anxious cognitions, behaviours and affect: An experimental study. *Behav Res Ther.* 48 (19): 1041–46.
- Van den Berg, D. y Marcoen, A. 2004. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8 and 9 year olds. *Child Development* .75 (4): 1085–97.
- Versloot, J., Veerkamp, J., Hoogstraten, J. and Martens, L. 2004. Children's coping with pain during dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 32 (6): 456–61.
- Whaley, S., Pinto, A. y Sigman, M. 1999. Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *J Consult Clin Psychol.* 67: 826–836.

## **6. APÉNDICE**





Odontología  
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



## Consentimiento informado para participar en un proyecto de Investigación Biomédica

**TITULO DEL PROYECTO:** Influencia de la ansiedad de los padres de familia en la conducta de los pacientes pediátricos en la primera consulta.

Investigador principal: Mónica Cecilia Silva Molina de la especialidad de Odontopediatría en la Facultad de Medicina de la UAQ.

Sede donde se realizará el estudio: Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Nombre del paciente:

---

Nombre del padre o tutor:

---

A su hijo(a) y a usted se les está invitando a participar en este estudio de investigación biomédica. Antes de decidir si participan o no usted debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

### JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La ansiedad de los padres de familia está fuertemente asociada al comportamiento del paciente pediátrico en el consultorio odontológico. Se conoce muy poco acerca de la relación entre el comportamiento del paciente pediátrico en consulta odontología y la ansiedad de los padres de familia.





Odontología  
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



### **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Determinar si la ansiedad de los padres de familia influye en la conducta de los pacientes pediátricos en su primera consulta.

### **BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

Al determinar si la conducta del paciente pediátrico y la ansiedad de los padres de familia están relacionadas, servirá para que el odontopediatra disminuya la ansiedad de la madre mejorando así la relación odontólogo/paciente, en el sentido de disminuir la ansiedad y brindar la mejor atención al paciente, previniendo el posible comportamiento del niño y asegurando un mayor éxito en la consulta.

### **PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

Si reúne las condiciones para participar en este protocolo y de aceptar participar se le realizarán las siguientes pruebas y procedimientos:

1. Su tratamiento se realizara de forma rutinaria.
2. Se ingresará al paciente al operatorio.
3. Se le entregará al padre una encuesta para que sea llenada personalmente y en su totalidad mientras su hijo se encontrará dentro del operatorio.
4. Se procederá a realizar el tratamiento dental al paciente, explicándole al detalladamente y observando el tipo de conducta de los pacientes durante el tratamiento según la escala de Frankl por un Odontopediatra calificado.
5. Al terminar la consulta, se llevará al paciente con su padre/madre y se recogerá la encuesta que llenaron.



Odontología  
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



## **RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO**

No existen riesgos asociados con el estudio.

## **ACLARACIONES**

- 1.- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- 2.- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación
- 3.- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no las razones de su decisión la cual será respetada en su integridad
- 4.- No tendrá que hacer gasto alguno derivado de este estudio, el financiamiento del mismo es por cuenta del investigador principal.
- 5.- No recibirá pago por su participación
- 6.- En el caso de que el paciente desarrolle algún efecto adverso secundario no previsto, tiene derecho a una indemnización, siempre que estos efectos sean consecuencia de su participación en el estudio.
- 7.- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- 8.- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con escrita confidencialidad por el grupo de investigadores.
- 9.- Usted también tiene acceso a las comisiones de investigación y de bioética de la Facultad de Medicina de la UAQ en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio a través de:

Dr. Rubén A. Domínguez Pérez

Integrante del área Odontológica del comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la UAQ. Correo: [dominguez.ra@uaq.mx](mailto:dominguez.ra@uaq.mx)

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.



Odontología  
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



NUMERO DE FOLIO: \_\_\_\_\_

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo 1. \_\_\_\_\_

Testigo 2. \_\_\_\_\_

**Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):**

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_  
La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación y la de su hijo (a). He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y repuestas, se procedió a firmar el presente documento.

**Nombre y firma del investigador:** Mónica Cecilia Silva Molina de la especialidad de Odontopediatría en la Facultad de Medicina de la UAQ.

**Correo electrónico:** monicasilvamolina@gmail.com

Fecha: \_\_\_\_\_



Odontología  
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



## Carta de revocación del consentimiento

**Título del protocolo:**

\_\_\_\_\_

**Investigador principal:**

\_\_\_\_\_

Sede donde se realizará el estudio: Clinica de Odontopediatria de la Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

**Nombre del participante:**

\_\_\_\_\_

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este proyecto de investigación por las siguientes razones (opcional):

-----  
-----  
-----

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

Nombre y firma del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del padreo o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de un testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

c.c.p El paciente.

**(Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente).**