

EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD DENTAL PARENTAL EN LA PRIMERA
CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA, EN CLÍNICA DENTAL ESTUDIANTIL DE
LA SERENA, PERÍODO MAYO-AGOSTO 2019.

POR: FRANZISKA VALDÉS OLGUÍN

Tesina presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad del
Desarrollo para optar al Postítulo de Especialidad en Odontopediatría

PROFESOR GUÍA:

Sr. PATRICIO OLIVA MELLA

Noviembre 2020
CONCEPCIÓN

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

© Se autoriza la reproducción de fragmentos de esta obra para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

DEDICATORIA

A mis padres, por su apoyo para ser una mejor profesional.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer especialmente a Pablo, por llegar en el momento preciso a apoyarme, levantarme el ánimo y hacerme sentir que soy la mejor en lo que hago.

A mis profesoras, y a mis queridas compañeras de Postgrado, son personas de excelente calidad humana, y aprendí mucho de cada una de ellas, muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS	x
RESUMEN	xi
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Antecedentes.....	3
1.2 Problema.....	5
1.3 Justificación de la investigación.....	5
1.4 Hipótesis.....	6
1.5 Variables.....	6
1.6 Objetivos.....	7
1.6.1 Objetivo general.....	7
1.6.2 Objetivos específicos.....	7
Capítulo II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Ansiedad dental.....	8
2.2 Etiología de la ansiedad dental.....	8

2.2.1 Edad.....	9
2.2.2 Sexo.....	10
2.2.3 Ansiedad dental parental.....	10
2.2.4 Vínculo madre-hijo.....	11
2.2.5 Vínculo padre-hijo.....	11
2.2.6 Nivel socioeconómico.....	12
2.2.7 Experiencia dental	13
2.3 Manejo de la ansiedad dental.....	13
2.4 Estudiantes de odontología.....	14
Capítulo III. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	15
3.1 Tipo de estudio.....	15
3.2 Tipo de muestra.....	15
3.3 Criterios de inclusión.....	15
3.4 Criterios de exclusión.....	16
3.5 Muestreo y estrategia de recolección de sujetos.....	16
3.6 Tipo de análisis y plan de análisis.....	18
3.7 Consideraciones éticas.....	19
Capítulo IV. RESULTADOS.....	20
Capítulo V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	26
Capítulo VI. CONCLUSIONES Y PROYECCIONES.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS.....	44

ANEXO 1.....	44
ANEXO 2.....	45
ANEXO 3.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
TABLA 1 Distribución del nivel de ansiedad dental parental	20
TABLA 2 Distribución del nivel de ansiedad dental según género	21
TABLA 3 Distribución del nivel de ansiedad dental según rango etario	22
TABLA 4 Distribución del nivel de ansiedad dental según nivel de escolaridad	23
TABLA 5 Distribución del nivel de ansiedad dental según experiencia dental previa	24

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
FIGURA 1 Frecuencia del nivel de ansiedad dental según género	22
FIGURA 2 Frecuencia del nivel de ansiedad dental según rango etario	23
FIGURA 3 Frecuencia del nivel de ansiedad dental según nivel de escolaridad	24
FIGURA 4 Frecuencia del nivel de ansiedad dental según experiencia dental previa.	25

LISTA DE ABREVIATURAS

AD: Ansiedad dental

ADP: Ansiedad dental parental

NSE: Nivel socioeconómico

EDP: Experiencia dental pasada

UPV: Universidad Pedro de Valdivia

DAS: Dental Anxiety Scale o Encuesta de Corah

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: A pesar de los avances en la Odontología, la ansiedad dental y el miedo al dolor, siguen siendo generalizados entre los pacientes y persisten como una barrera importante que interfiere en la adherencia del tratamiento dental. Durante la atención dental en Odontopediatría, no sólo hay que tratar con el menor, sino que también con sus padres. Debido a esto es importante evaluar el nivel de ansiedad dental parental, y la necesidad de determinar las creencias respecto al rol que éstos cumplen durante la atención dental de sus hijos.

OBJETIVO: Describir el nivel de ansiedad dental en padres cuando acompañan a sus hijos a su primera consulta Odontopediátrica, en clínica dental estudiantil.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 padres que acudieron a la clínica dental estudiantil de la Universidad Pedro de Valdivia, de La Serena. Se realizó un cuestionario autoadministrado con datos demográficos, la encuesta de Corah, y el índice de Graffar, ambos validados.

CONCLUSIONES: Predominó con un 50% el nivel de ansiedad dental bajo entre los padres encuestados. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de ansiedad parental con respecto al género, edad, escolaridad, u al riesgo social. Se apreció una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$), entre el nivel de ansiedad parental y la experiencia dental pasada (positiva o negativa), por lo que podría existir una asociación entre dichas variables.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en la Odontología, la ansiedad dental y el miedo al dolor, siguen siendo generalizados entre los pacientes y persisten como una barrera importante que interfiere en la adherencia del tratamiento dental.²³

El ejercicio del Odontopediatra es otorgar salud oral a sus pacientes, mediante la adquisición de ciertas conductas y la evitación de otras, lo que se traduce en un estilo de vida.³¹ Es un rol complejo, que no sólo se limita a la ejecución de procedimientos preventivos y curativos, sino que también implica un manejo importante en el área psicológica y educacional; no sólo evaluando las características de cada niño en particular, sino que a diferencia de otras especialidades dentales, éste también tiene que lidiar con un segundo componente dentro de la Situación Odontológica, el de los padres.²⁶ Los cuáles pueden influir tanto de manera favorable, como desfavorable en el desarrollo de la visita dental. Se ha visto que su conducta puede moldear la del niño, pudiendo ejercer cierta influencia en su personalidad, afectando el comportamiento de éste cuando se enfrente a nuevas situaciones que puedan generar ansiedad.¹⁰

El presente estudio trata sobre evaluar el nivel de ansiedad dental de los padres que acompañan a sus hijos a su primera visita Odontopediátrica, contextualizado en una clínica dental estudiantil de La Serena. Su importancia radica en que la ansiedad dental es un problema habitual para la práctica

Odontopediátrica, se estima que el comportamiento dental de los niños pudiese estar bajo la influencia de la actitud de los padres, siendo un posible factor que influye en el comportamiento del niño.⁹ Por lo que no sólo hay que focalizarse en el paciente propiamente tal, sino que también en sus padres, y evaluar si presentan algún nivel de ansiedad dental.

La información obtenida de este estudio será de utilidad clínica tanto para Odontólogos Generales, como para Odontopediatras, brindando mayor información sobre la ansiedad dental parental, otorgando las herramientas necesarias para poder medir su nivel de ansiedad antes de la evaluación del niño, de tal manera de anticipar y prevenir posibles reacciones adversas durante el desarrollo de la atención dental, tanto de los niños, como de los padres, permitiendo minimizar dichos niveles de ansiedad dental si estuviese presente, y ayudando a planificar un tratamiento libre de tensión, ya que se deben enfrentar activamente a la influencia de los padres durante la consulta dental de sus hijos. Por lo que si son conscientes de los niveles de ansiedad que experimenten los padres, podrán anticipar los posibles niveles de ansiedad de sus hijos.⁹⁻²⁰

El problema a investigar es:

¿Los padres presentan una marcada ansiedad dental cuando acompañan a sus hijos a su primera consulta Odontopediátrica, en la clínica dental estudiantil?

Capítulo I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

Según estudio de la OMS (2017)⁴², más de un millón de Chilenos sufren ansiedad, siendo el cuarto país dentro de Sudamérica con mayor prevalencia, por lo cuál corresponde a un problema de salud pública necesario de controlar, tratar y visibilizar. A nivel mundial la prevalencia de ansiedad dental varía entre un 3% y 43%.⁴⁻⁵⁻³¹ Este extenso rango se puede deber a la selección del tamaño de la muestra, edad, variables metodológicas y culturales.²⁰⁻³⁹ En Chile no existen estudios de prevalencia de ansiedad dental a nivel nacional, sólo está el estudio de Ríos, M,et.al.(2016)³¹ realizado en la región Metropolitana, donde indicó que la prevalencia de ansiedad dental fue de un 37,9%, sin embargo el tamaño de la muestra no es representativo de la región.

El funcionamiento psicológico es la capacidad que tiene un individuo para lograr sus objetivos dentro de sí mismo y el entorno. Incluye el comportamiento, la emoción, habilidades sociales y salud mental. Lo que hace que la ansiedad dental sea un problema grave para el Odontopediatra es que muchas veces está asociada con problemas para el manejo del comportamiento. Los cuáles a veces se confunden con el miedo y ansiedad dental, y aunque estos conceptos no son sinónimos, se superponen.²⁰⁻³⁹

La ansiedad constituye una reacción biopsicológica anticipada frente a un peligro percibido como un problema real o imaginario que el individuo desconoce.⁵⁻¹⁷⁻¹⁹⁻²³

A diferencia del miedo, que es una reacción biológica frente a un peligro o amenaza conocida de naturaleza real.⁵⁻²³ Se puede temer a objetos, animales o situaciones, entre ellas a la consulta Odontológica.²²

Rachman, propuso un modelo de tres vías para adquirir miedo: directamente a través del condicionamiento directo (exposición a experiencias negativas); indirectamente a través del modelado (temores a través del modelado), o vía de información (información negativa que podría conducir al miedo).²⁰⁻²⁹ La fobia, comparte características con ansiedad y miedo, implica un temor persistente, excesivo, no razonable, a un objeto o situación, que conduce a un deseo de evitarlo, asociándose con una pérdida debilitante de la función.³⁻²³

Los niños cotidianamente se encuentran en situaciones en las que hay ciertas demandas de adaptación e interacción. Una visita al Odontólogo es una de ellas, si bien se puede esperar una ansiedad leve en los niños cuando se enfrentan a situaciones nuevas y desconocidas, muchas de ellas se consideran como "no cooperativas o disruptivas", estando relacionadas con el miedo y la ansiedad.⁴ Los cuáles han sido reconocidos por muchos años como unos de los principales fuentes de problemas en el manejo de la conducta del paciente Odontopediátrico.⁴¹ La ansiedad dental es un constructo multidimensional que posee componentes cognitivos, fisiológicos y motores.³¹ Tiene un origen multifactorial, y entre los factores ambientales, el miedo dental de los padres está fuertemente correlacionado con el del niño.⁹

1.2 Problema

Se desconoce el nivel de ansiedad dental que presentan los padres cuando acompañan a sus hijos a su primera atención dental. Ya que son una referencia importante para sus hijos;²⁰⁻³⁵ y debido a que la ansiedad dental es considerada como el principal obstáculo para poder llegar al éxito en la atención Odontológica,³⁰ representa un reto para la Odontopediatría poder controlar y disminuir ésta situación.

1.3 Justificación de la investigación

Parte de la evidencia sugiere que el miedo dental de los padres está significativamente relacionado con el miedo y la ansiedad dental infantil.⁵⁻¹² a través de la transmisión de experiencias desfavorables.¹⁴ A su vez, se ha encontrado que la ansiedad dental juega un papel central en la evitación del tratamiento dental, las cuales implica mayores cancelaciones de citas, tratamientos incompletos, resultados de salud deteriorados, y mayor percepción del dolor.⁵ Por lo que es necesario obtener datos concretos de los niveles de ansiedad que experimentan los padres cuando llevan a sus hijos a su primera visita Odontopediátrica. El nivel de ansiedad dental de los padres se puede medir por medio de cuestionarios validados,²⁰ sin embargo durante la evaluación clínica no se considera alguna escala que mida el nivel de ansiedad dental que experimenten los padres.²⁶

A través de estos datos se podrá tener estimaciones reales sobre que niveles de ansiedad predominan en los padres cuando acompañan a sus hijos a su primera visita Odontopediátrica, sirviendo como base para nuevas investigaciones; y como referencia a Odontólogos u Odontopediatras, generando consciencia sobre la ansiedad dental parental, y la posible barrera que representa para la atención dental de los niños, lo cuál ayudaría para a anteponer el abordaje tanto del paciente, como del padre, según lo amerite, para lograr un tratamiento exitoso.

1.4 Hipótesis

- H1: Existe un alto nivel de ansiedad dental parental, cuando acompañan a sus hijos a su primera visita Odontopediátrica, en clínica dental estudiantil.
- Ho: No existe un alto nivel de ansiedad dental parental, cuando acompañan a sus hijos a su primera visita Odontopediátrica, en clínica dental estudiantil.

1.5 Variables

- Padres (edad, sexo, escolaridad, experiencia dental pasada)
- Nivel de ansiedad dental parental (encuesta de Corah)
- Riesgo social (índice de graffar)

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

- El Objetivo General en la presente investigación es el siguiente: Describir el nivel de ansiedad dental en padres cuando acompañan a sus hijos a su primera visita Odontopediátrica, en clínica dental estudiantil de La Serena.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de ansiedad dental que presentan los padres, mediante la encuesta de Corah.
- Evaluar los niveles de ansiedad que presentan los padres, según género.
- Analizar los niveles de ansiedad que presentan los padres, según su experiencia dental pasada.
- Determinar los niveles de ansiedad que presentan los padres, según riesgo social.

Capítulo II. MARCO TEÓRICO

2.1 Ansiedad dental (AD)

Es un estado emocional aversivo de aprensión o preocupación acerca del tratamiento dental no necesariamente relacionado con un estímulo específico, creando expectativas negativas, pudiendo tener un comportamiento psicológico, cognitivo y conductual.⁸⁻²⁶⁻³⁵ Mientras que el "miedo dental", es una reacción emocional frente a estímulos amenazantes específicos en una situación dental. El miedo y la ansiedad leves son experiencias esperadas en el desarrollo normal del niño, sin embargo pueden volverse patológicas.²⁰ La literatura utiliza fobia, miedo y AD indistintamente, en la presente investigación se utilizará el término 'ansiedad dental'.

2.2 Etiología de la ansiedad dental

La AD tiene un origen multifactorial,⁹⁻²⁵⁻³⁹ se ha correlacionado con factores directos, como experiencias traumáticas previas, rasgos de personalidad, edad temprana, sexo femenino, y factores ambientales como la cultura, relaciones familiares, crianza, bajo nivel socioeconómico, y la AD parental,⁴⁻⁹⁻²⁸ la cuál está fuertemente correlacionada con el del niño.²⁷ Se cree que los niños tienen AD por separación de su cuidador y la sensación de impotencia en un ambiente extraño; así como su miedo al daño corporal y la percepción correspondiente de los instrumentos dentales como objetos de dolor, violencia y destrucción.³⁵⁻³⁶ Un paciente ansioso dificulta el tratamiento, amplifica tanto síntomas como

sensaciones de dolor, no coopera, generando conductas disruptivas, y aumentando el tiempo de atención.⁵⁻²⁰ La AD es angustiante tanto para el para el niño, la familia, y el Odontólogo; y se asocia con evitación de tratamiento, cancelaciones tardías, rechazos, llanto, enojo, negativa a abrir la boca, conducta agresiva, baja autoestima, conduciendo a una peor salud oral.²⁵⁻²⁶ La literatura indica que el miedo dental se reduce a través de visitas regulares al dentista,²⁰⁻³⁵ y se ha visto que éstas reacciones negativas pueden ser contrarrestadas por las cualidades personales del Odontólogo.³⁵ Sin embargo, si las condiciones orales permanecen en el tiempo sin tratamiento, tienen que incurrir en intervenciones más complejas, entrando así en un círculo vicioso, con un consiguiente impacto negativo en la calidad de vida.⁶⁻²⁵⁻²⁹⁻³⁶

2.2.1 Edad

El inicio de la AD ocurre en la infancia, alcanza su punto máximo en la edad adulta y disminuye con la edad.⁹⁻²⁴⁻²⁵⁻³⁵ Se ha planteado que a menor edad se expresan niveles más elevados de AD, asociada a la inmadurez del desarrollo psicológico del niño, pudiendo ser explicada por la Teoría Cognitiva del Desarrollo de Piaget (1970), en el periodo preoperatorio (2 a 7 años), no tienen aún la capacidad de hacer frente a los procedimientos Odontológicos; por lo cual están más propensos a la adquisición de miedos y problemas de manejo de conducta durante las visitas al Odontólogo.⁹⁻²⁷⁻²⁹ A su vez, a medida que el niño madura, disminuye la AD posiblemente por la pérdida del "miedo a lo desconocido", su habilidad cognitiva y

capacidad verbal; mientras que algunos adquieren la AD a mayor edad, posiblemente por condicionamiento directo, a través experiencias traumáticas.²⁵⁻²⁷⁻

²⁹ Más del 70% de la fobia dental comienza en la infancia o adolescencia.²⁴

2.2.2 Sexo

A lo largo de la literatura, las mujeres han sido identificadas con mayores niveles de AD que los hombres, independiente de la edad.²⁸⁻²⁹⁻³⁵ Tales diferencias, probablemente estén relacionadas con los roles de género, por un mayor miedo de las niñas a ser víctimas de abusos o agresiones por parte de extraños; y por la sociedad, las niñas pueden tener mayor facilidad de expresar sus emociones debido a la aceptación social.²⁴⁻²⁹

2.2.3 Ansiedad dental parental (ADP)

Se considera como un factor externo que influye en la transferencia de la AD y con problemas de manejo del comportamiento.⁹⁻²⁰ El miedo dental de los padres es uno de los mejores predictores de AD en niños menores de 12 años.⁴⁻³³ Se sabe que el miedo dental se transmite de padres a hijos en el entorno neural, pero no se sabe cómo el rasgo de miedo/ansiedad podría compartirse entre padres e hijos a largo plazo.²⁴ Los padres juegan un rol importante en enseñar a sus hijos a lidiar con situaciones de miedo.⁷ Influyendo indirectamente, mediante su propio comportamiento, es decir modelado; y a través de la instrucción directa, es decir por la articulación de comentarios de experiencias dentales negativas, temores, ansiedades, y actitudes, con respecto al cuidado dental y su importancia,

influyendo en la AD del niño.⁸⁻²⁰⁻²⁴⁻³³ Se ha visto que niños cuyos padres están muy involucrados y ansiosos, son más propensos a reportar ansiedad.²⁰⁻³³ Por lo que reducir el nivel de ADP, proporcionándoles información precisa y en orden, sobre el tratamiento dental de sus hijos puede beneficiar al niño.⁴⁻⁹⁻²⁰ La manera en que un niño puede aprender a manejar su AD, influenciará su futuro comportamiento en los tratamientos dentales.²⁶

2.2.4 Vínculo madre-hijo

La relación madre-hijo es uno de los parentescos más importantes que el individuo experimenta en toda su vida.²⁶ Las madres con altos niveles de ansiedad ejercen una influencia negativa en el comportamiento de sus hijos en la situación dental.⁹⁻¹³⁻²⁰ Además, se ha demostrado que las madres muestran niveles significativamente más altos de AD que los padres.⁹⁻²⁸⁻⁴¹ Generalmente, la madre acompaña al niño al dentista, sin embargo a medida que la sociedad evoluciona, la estructura convencional de la familia y crianza ha cambiado, y ambos padres participan por igual en la educación del niño.¹³⁻⁴¹ Se ha sugerido que el profesional puede comprender, predecir e influir en el comportamiento dental de un niño a través de la actitud de la madre hacia el cuidado dental, por lo que realizar una evaluación de la AD de los padres antes del tratamiento dental del niño puede ayudar al clínico a modificar las estrategias de manejo del comportamiento.¹³⁻²⁰

2.2.5 Vínculo padre-hijo

Hay poca evidencia que rodea la psicología de la relación padre-hijo en términos

de niveles de ansiedad.⁴⁻²⁰⁻²⁴ Se considera que los padres tienen un papel mediador en la transmisión del miedo dental de la madre al niño. Los niños toman los sentimientos de su padre como una fuente clave de información para decidir si un evento relacionado con la odontología puede ser peligroso o no, lo que está relacionado con el desarrollo de ansiedad posterior.⁴⁻²⁰⁻²⁴ Se demostró que los padres pueden predecir el nivel de cooperación de sus hijos durante el tratamiento dental al estimar el miedo y el comportamiento de sus hijos.⁴¹

2.2.6 Nivel socioeconómico (NSE)

Se ha encontrado que los miedos y fobias específicos se transmiten en cierta medida en las familias con una vulnerabilidad subyacente, que puede determinarse genéticamente en ciertos individuos y con mecanismos neurales que apuntalan el aprendizaje del miedo indirecto en el desarrollo.²⁴ El hecho de que los padres de bajos NSE tengan más probabilidades de tener AD que la clase media-alta merece la atención, ya que suelen estar más preocupados por el dolor durante las citas con el dentista, evitando acudir a los servicios de atención dental con sus hijos, y por consiguiente tener una peor salud oral.⁶ Las familias de bajo NSE tienen más probabilidades de tener niveles más bajos de alfabetización en salud. La cuál se define como el grado en que los pacientes pueden obtener, procesar y comprender la información y los servicios básicos de salud necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas.³⁴

2.2.7 Experiencia dental pasada (EDP)

Una mala experiencia durante un tratamiento dental pasado puede ser suficiente para que el paciente evite acudir al Odontólogo.¹² Se ha encontrado que una experiencia dental negativa puede ser un factor predictor de la ansiedad dental, donde principalmente es la naturaleza de la experiencia dental, más que la edad en la que se vivenció.³² El mecanismo por el que se genera la ansiedad se explica por el condicionamiento directo, el cual frente a la estimulación que le haga recordar la experiencia dental negativa, lo llevará a experimentar nuevamente ansiedad dental como aquella vez.³⁸

2.3 Manejo de la ansiedad dental

Para reducir la AD es fundamental una buena comunicación, mediante un lenguaje apropiado.⁸⁻³³ En padres con altos niveles de ansiedad, se pueden tomar medidas conductuales para bajar su nivel de ansiedad preoperatoria, a beneficio del niño. Medidas como proporcionar información precisa sobre el tratamiento dental que requieren sus hijos, ya sea de forma verbal, mediante imágenes o videos explicativos.³⁵ También se pueden emplear técnicas simples de relajación, o sugerir evitar decir ciertas palabras que generan más ansiedad en los niños, como aguja, dolor, anestesia, entre otras.¹⁵ El fin es que los padres tomen conciencia de sus palabras, para que eviten verbalizar sus posibles pensamientos y expectativas negativas delante de sus hijos, no sólo en el ambiente clínico, sino que en su vida cotidiana, para que puedan ayudar a mitigar o neutralizar la propagación del miedo dental a los niños. A su vez, cuando los padres presentan bajos niveles de AD,

demuestran emociones positivas como calma y alegría; o verbalizan pensamientos y experiencias positivas en el Odontólogo, que podrían ser beneficiosos para el profesional, ya que los puede ejemplificar frente a sus hijos como un modelado positivo, recibiendo señales tranquilizadoras sobre cómo interpretar las situaciones dentales.²⁰ Para comprender completamente la ansiedad, el equipo dental debe conocer sus causas en un entorno dental, sin embargo no existe una técnica específica para un adecuado manejo.¹⁵ Las estrategias de afrontamiento en los niños ocurre por parte de su entorno, a través del modelado y el condicionamiento directo.²⁴ Por lo que hay que hacer conscientes a los padres de su influencia.

2.4 Estudiantes de Odontología

La mayor parte de la literatura existente sobre AD se ha dirigido a profesionales y no a estudiantes de Odontología. El ambiente de la escuela dental puede proporcionar una configuración conveniente para evaluar la AD de los pacientes dentales pediátricos, y sus padres. Para un estudiante de Odontología tratar a un niño puede ser una situación que provoca más ansiedad, por la incertidumbre sobre cómo el niño "permitiría" el tratamiento y, por lo tanto, si los estudiantes pudieran cumplir con los requisitos clínicos.²⁸ Además, los educadores dentales pueden cumplir el papel de ser un desensibilizador de la AD para los estudiantes, padres y niños.³⁵ Dado que la AD sigue siendo un problema, es importante conocer los niveles de AD experimentados por los padres que optan por acudir una clínica dental estudiantil.

Capítulo III. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

3.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de carácter Observacional, Descriptivo de corte Transversal, Cuantitativo.

3.2 Tipo de muestra

La muestra estudiada correspondió a 60 padres de niños(as) entre 5 y 12 años, que asistieron por primera vez a la Clínica de Odontopediatría, atendidos por alumnos de cuarto y quinto año de Odontología, de la Universidad Pedro de Valdivia (UPV), sede La Serena. Los datos se recopilaron cada lunes y martes en el período de Mayo a Agosto del 2019, mediante una encuesta autoadministrada.

3.3 Criterios de inclusión

- Deben ser familiar directo del menor, madre/padre.
- Asistir por primera vez a la clínica Odontopediátrica de la UPV.
- Niños entre 5 y 12 años que requieran tratamiento dental.
- Hablar español.
- Saber leer.
- Firmar consentimiento informado.

3.4 Criterios de exclusión

- No ser familiar directo, madre/padre.
- Ser paciente antiguo.
- Niños en Situación de Discapacidad.
- Niños con alteraciones sistémicas.
- Niños con necesidad de tratamiento de urgencia.
- No firmar consentimiento informado.

3.5 Muestreo y estrategia de recolección de sujetos

Al inicio de la primera atención dental, se reclutaron en total 62 apoderados de pacientes en la sala de espera de la clínica Odontopediátrica de la UPV, donde el encuestador explica al apoderado los objetivos de este estudio y los procedimientos a realizar, obteniendo de dicha forma la autorización para su participación del estudio, mediante un consentimiento informado (CI) (Anexo1), al cuál firmaron 60 padres. Luego se les pidió que completaran una breve encuesta autoadministrada, que contenía información sociodemográfica como sexo, edad, escolaridad, experiencia dental pasada, para evaluar los factores que influyen en la ADP. Junto con esto se aplicó la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS–Dental Anxiety Scale), (Anexo 2) creado por Norman Corah en 1969, para estimar el nivel de AD del apoderado ante el tratamiento Odontológico del niño(a).³¹ La escala de ansiedad de Corah esta validada al español,⁵ tiene un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,86, y la validez se ha determinado como

buena.¹⁶⁻²⁶ Este escala fue seleccionada por ser considerada la más utilizada y estudiada en la medición de la AD en la población adulta.⁹⁻²⁵⁻³¹ Esta escala consiste en cuatro preguntas breves de opción múltiple, que tratan con las reacciones subjetivas del paciente a la situación dental, las dos primeras relacionadas con la ansiedad en general y las dos últimas con el miedo anticipado a estímulos específicos,⁹ cada una con cinco alternativas de respuesta, con puntuaciones del 1 al 5 en orden ascendente, cada pregunta lleva una posible puntuación máxima de '5', con una puntuación máxima total posible de '20' para toda la escala. A cada categorización se le atribuyen los siguientes puntajes: 0=Sin ansiedad (puntuación final igual a 4). 1= Baja ansiedad (puntuación final entre 5 y 9). 2=Moderada ansiedad (puntuación final entre 10 y 14). 3=Alta ansiedad (puntuación final entre 15 y 20). Las siguientes notaciones atribuidas para cada respuesta son: a=1, b=2, c=3, d=4, e=5. Lo que permitió identificar los niveles de ansiedad de los padres antes de su experiencia en la Clínica Dental Estudiantil.⁶⁻²¹⁻²⁸

Para categorizar el riesgo social, se aplicó el método Graffar Mendez Castellano (Anexo 3) creado en 1994, para la evaluación de aspectos socioeconómicos en comunidades, posteriormente modificado.¹¹ Siendo un instrumento valido y de buena confiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach: $0,80 < \alpha < 0,89$.² En la primera fase de la evaluación, se le atribuye a cada familia observada una puntuación para cada uno de los cinco criterios que la clasificación enumera (Ocupación de los padres, Grado de instrucción, Fuente principal de ingresos, Calidad de la vivienda^[1] Calidad del entorno donde vive la familia), posteriormente

se obtiene la escala que la familia ocupa en la sociedad basado en la suma de estas puntuaciones. La suma total de los puntos obtenidos en la clasificación de los cinco criterios provee una clasificación final que corresponda a la clase social, Clase I: Familias cuya suma de puntos va de 5 a 9, sin riesgo social; Clase II: Familias cuya suma de puntos va de 10 a 13, sin riesgo social; Clase III: Familias cuya suma de puntos va de 14 a 17, sin riesgo social; Clase IV: Familias cuya suma de puntos va de 18 a 21, con riesgo social; Clase V: Familias cuya suma de puntos va de 22 a 25, con riesgo social. Las familias con los estratos I y II pertenecen al más alto nivel de bienestar, mientras que las familias en pobreza relativa y pobreza extrema, pertenecen a los estratos más bajos, con riesgo social (IV y V). Finalmente se procedió a ingresar al paciente al box para la atención dental.

3.6 Tipo de análisis y plan de análisis

Se confeccionó una planilla en el programa Microsoft Excel 2011 para registrar los datos recogidos de la encuesta. Se realizó un análisis exploratorio mediante estadística descriptiva para caracterizar las variables demográficas y clínicas. Las variables cualitativas (sexo, AD, NSE, EDP) y los intervalos de edad, fueron medidos a través de frecuencia absoluta y frecuencia relativa, de la cuál se extrajo la información porcentual para la proporción de grado, y la representación de diagramas de sectores. Se utilizó para la variable cuantitativa (edad) medidas de tendencia central de tipo media aritmética. Así también, se aplicó estadística

inferencial para estimar el intervalo de confianza del nivel de ansiedad y la prueba Chi al cuadrado de Pearson de homogeneidad para comparar la distribución del nivel de ansiedad por sexo, género, escolaridad y experiencia dental. Se utilizó un nivel de confianza del 95%. Para el análisis de los datos se cargaron en una base diseñada en el software Excel de Microsoft Office versión 2011 y se analizaron con Spss 20.

3.7 Consideraciones éticas

Se obtuvo la autorización de realización del Estudio Clínico por parte del Rector de la Universidad Pedro de Valdivia, Don Rafael Rosell. La información obtenida fue registrada codificándose los nombres de los pacientes con el fin de garantizar la confidencialidad de éstos.

Capítulo IV. RESULTADOS

4.1 Descripción de la muestra

La muestra en estudio quedó conformada por 60 padres encuestados, que acudieron a la clínica dental estudiantil. De ellos, un 77% se distribuyó en personas de sexo femenino (entiéndase madres) con 46 registros, y un 23% en personas de sexo masculino (entiéndase padres) con 14 registros, con una proporción de 3:1. La media para la edad fue de 36,7 años, en un rango entre 20 y 60 años. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución descriptiva de variables estudiadas.

VARIABLES	n=60	100%	Media	DE
ANSIEDAD DENTAL				
A. Alta	1	1,6%		
A. Moderada	10	16,7%		
A. Baja	30	50%	1,8833	0,73857
Sin ansiedad	19	31,7%	1,8833	0,73857
SEXO				
Femenino	46	77%	1,3333	0,47538
Masculino	14	23%		
EDAD				
A. Joven	40	66,66%	36,7333	9,32259
A. Medio	20	33,33%		
ESCOLARIDAD				
Básica	0	0%		
Media	27	45%	2,8333	0,84706
Técnica	16	26,66%	2,8333	0,84706
Superior	17	28,33%		
EXPERIENCIA DENTAL				
Muy agradable	7	11,67%		
Agradable	27	61,66%	2,8333	0,64221
Desagradable	15	25%	2,8333	0,64221
Muy desagradable	1	1,67%		

(n):frecuencia absoluta; (%):frecuencia relativa por 100.

El 50% de los padres presentó una baja AD, un 31,7% no presentó ansiedad, un 16,7% ansiedad moderada, y solo un 1,6% presentó ansiedad alta. Los resultados no muestran ansiedad dental severa o fobia dental.

Estadísticamente, considerando una desviación estándar de 0,738, la media para la variable de AD fue de 1,883, siendo representada de manera descriptiva en los niveles de baja y sin ansiedad. (Tabla 1).

Para la variable sexo masculino respecto a la AD, se obtuvo un 35,7% tanto para la ansiedad moderada como para la ansiedad baja, mientras que un 28,6% señaló no tener ansiedad. Ninguno presentó ansiedad alta.

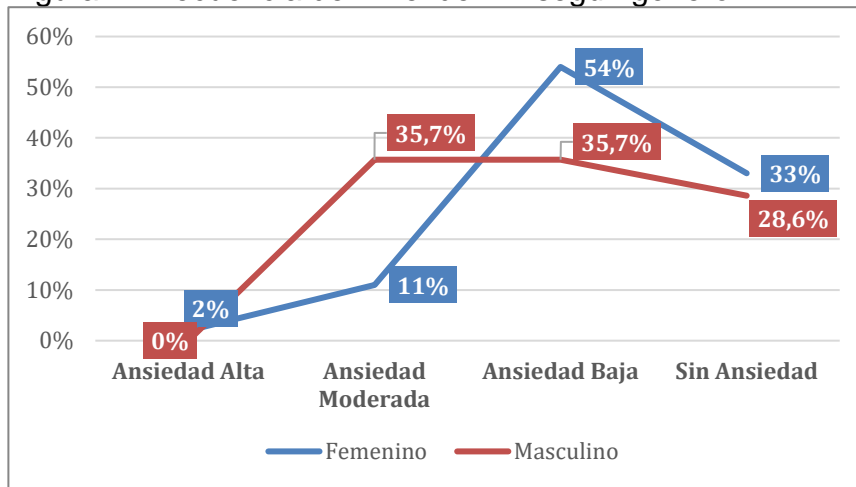
Para la variable de sexo femenino respecto a la AD, un 54% presentó baja ansiedad, un 33% no presentó ansiedad y un 11% ansiedad moderada. Un 2% presentó ansiedad alta, no obstante, esta última no es estadísticamente significativa. ($p=0,166$) (Tabla 2 y Figura 1).

Tabla 2. Distribución del nivel de AD según género.

Nivel de Ansiedad	Femenino %	Masculino %	Femenino n	Masculino n
Ansiedad Alta	2%	0%	1	0
Ansiedad Moderada	11%	35,7%	5	5
Ansiedad Baja	54%	35,7%	25	5
Sin Ansiedad	33%	28,6%	15	4
TOTAL	100%	100%	46	14

(n):frecuencia absoluta; (%):frecuencia relativa por 100.

Figura 1. Frecuencia del nivel de AD según género.



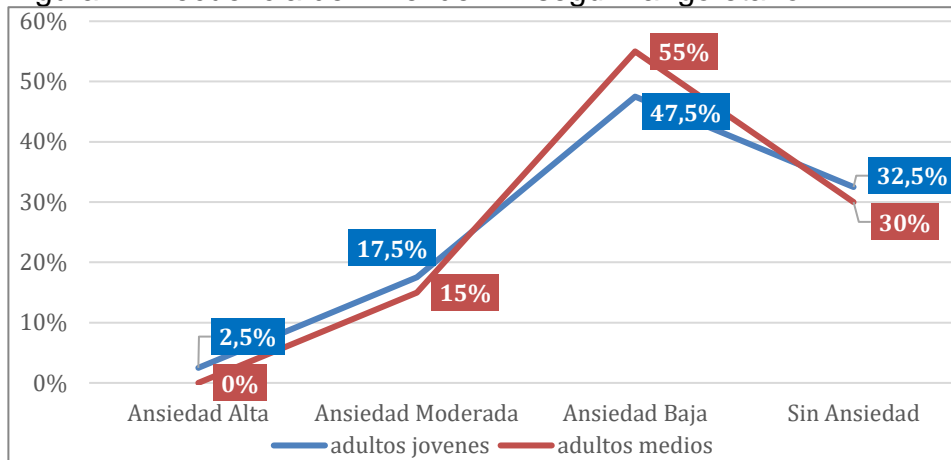
Para la variable de edad respecto la AD, los niveles de AD fueron similares en ambos grupos etarios, sin embargo, en el rango etario adulto joven se presentó el nivel de ansiedad alto, no así en el rango etario de adulto medio, no obstante, dicha presentación no es estadísticamente significativa ($p=0,867$). Para una mayor ilustración, a continuación en Tabla 3 y Figura 2 se muestran los cifras resultantes por cada variable y rango etario.

Tabla 3. Distribución del nivel de AD según rango etario.

Nivel de ansiedad	A. Joven	A. Medio	A. Joven	A. Medio
	%	%	n	n
Ansiedad Alta	2,5%	0%	1	0
Ansiedad Moderada	17,5%	15%	7	3
Ansiedad Baja	47,5%	55%	19	11
Sin Ansiedad	32,5%	30%	13	6
Total general	100,0%	100%	40	20

(n):frecuencia absoluta; (%):frecuencia relativa por 100. Adultos jóvenes corresponden al rango de 18 a 40 años mientras que adultos medios al rango de 41 a 65 años.

Figura 2. Frecuencia del nivel de AD según rango etario.



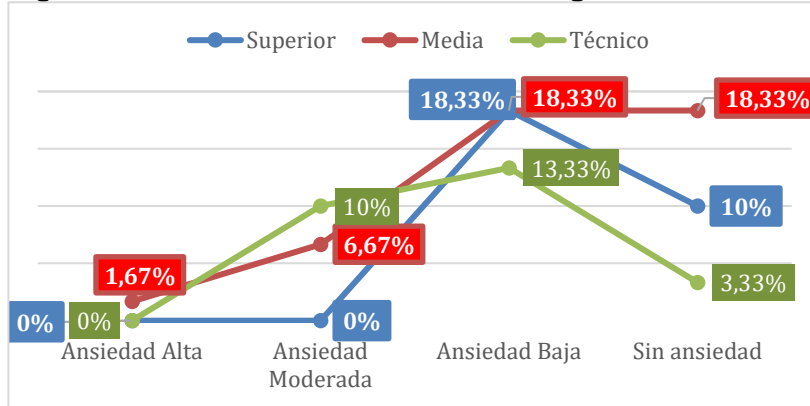
Una mirada mas práctica a los resultados de escolaridad respecto a la AD, es la que se muestra en la Figura 3. Un 45% presenta educación media, un 28,33% educación superior, y un 26,66% educación técnica. En ella se aprecia que la escolaridad superior no presentó ansiedad alta, ni moderada ansiedad. La escolaridad técnico y media, si presentó niveles de ansiedad moderada con un 10% y 6,67% respectivamente. La ansiedad alta solo se presentó en el nivel de educación media con 1,67%, sin embargo, no es estadísticamente significativa ($p=0,1669$). No se registro algún dato para educación básica.

Tabla 4. Distribución del nivel de AD según nivel de escolaridad.

Nivel de ansiedad	Superior		Técnico		Media	
	%	n	%	n	%	n
Ansiedad Alta	0	0	0	0	1,67%	1
Ansiedad Moderada	0	0	10%	6	6,67%	4
Ansiedad Baja	18,33%	11	13,33%	8	18,33%	11
Sin ansiedad	10%	6	3,33%	2	18,33%	11
TOTAL	100%					

(n):frecuencia absoluta; (%):frecuencia relativa por 100.

Figura 3. Frecuencia del nivel de AD según nivel de escolaridad.



Con respecto a la variable de EDP y AD, tal como se explica en la Tabla 5 y Figura 4, los apoderados con EDP muy agradable presentaron bajo a nulo nivel de ansiedad con un 5% y 6,67% respectivamente. Los niveles de ansiedad moderada se presentaron en los padres que tuvieron una EDP solo agradable y desagradable, con un 8,33% para ambos. Los padres que tuvieron una experiencia dental muy desagradable, presentaron AD alta de un 1,67%, cuyo porcentaje resultó ser estadísticamente significativo. (p=0,000).

Estadísticamente y tal como se muestra en la Tabla 1, la media se representa con el rango de experiencia dental agradable con un 61,66% y solo en un 25% con el nivel desagradable.

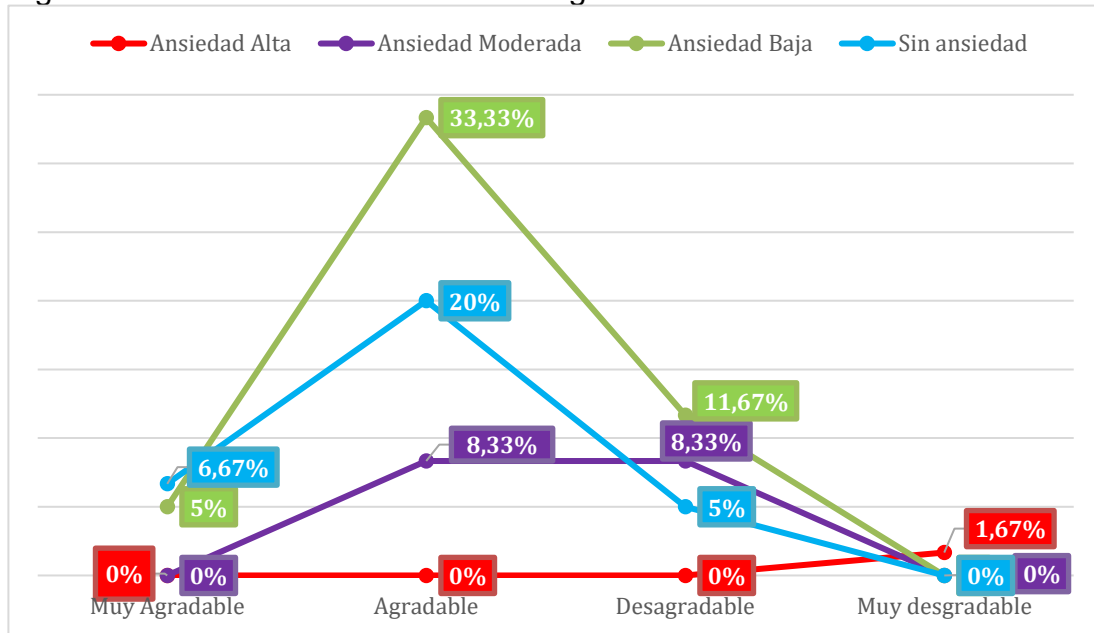
Tabla 5. Distribución del nivel de AD según EDP.

Nivel de ansiedad	Muy Agradable		Agradable		Desagradable		Muy Desagradable	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Ansiedad Alta	0	0	0	0	0	0	1,67%	1
Ansiedad Moderada	0	0	8,33%	5	8,33%	5	0	0
Ansiedad Baja	5%	3	33,33%	20	11,67%	7	0	0

Sin ansiedad	6,67%	4	20%	12	5%	3	0	0
--------------	-------	---	-----	----	----	---	---	---

(n):frecuencia absoluta; (%):frecuencia relativa por 100.

Figura 4. Frecuencia del nivel de AD según EDP.



Finalmente, la variable riesgo social no se analizó ya que los resultados fueron concluyentes, con un 100% de la muestra sin riesgo social.

Capítulo V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En general se acepta ampliamente que la ansiedad de los padres tiene cierta influencia en la capacidad de sus hijos para enfrentar el tratamiento dental.

Este estudio permitió evaluar el nivel de ansiedad que presentan los padres en la primera consulta Odontopediátrica de sus hijos, posibilitando el análisis y descripción de variables del apoderado, las cuales serán descritas a continuación.

Ansiedad

La prevalencia de ansiedad dental presentada en este estudio fue alta, un 68,4% de los padres encuestados presentaron algún tipo de ansiedad dental, sin embargo, dentro de éstos, predominó la baja ansiedad en un 50%; un 16,7% presentó ansiedad moderada; y un 1,7% ansiedad alta. Muy similar a los resultados obtenidos en los siguientes estudios citados a continuación, donde predominó una baja ansiedad, como Marya, C; et al. (2012)²³ (49,8%); De Freitas, M., et al. (2012)⁸ (G1:43,48%; G2:66,67%); Dikshit, P., et al. (2013)⁹ (62,4%); Ríos, M., et al. (2016)³¹ (31%); Viana, J, et al. (2018)⁴⁰ (53,7%); Wu, L. & Gao, X. (2018)⁴³ (madres:43,4%; padres:54,7%); y Munayco, et al. (2018)²⁶ (57%). A diferencia de Meira, C., et al. (2013),²⁵ y Ferreira, D., et al. (2018)¹² en el que predominó el nivel moderado de ansiedad dental, con un 76% y 39,06% respectivamente.

Los bajos niveles de ansiedad presentados en este y otros estudios, se pueden deber a los programas sobre educación dental del gobierno, la difusión de información por medio de los medios de comunicación y tecnología, donde se brinda un mejor y más temprano acceso a la atención de salud bucal, provocando un impacto positivo tanto en los niños como los padres.²⁴ Otro factor a considerar, es que al ser una clínica dental estudiantil, los padres pudieron haber sentido menor ansiedad, dada la presencia del supervisor clínico calificado, en una proporción 6:1 con sus estudiantes de Odontología, el tiempo estimado para la evaluación y atención dental es mayor al habitual; a su vez, los padres están en conocimiento del año que cursan los alumnos que tratarán a sus hijos, por lo que estar informados les brinda mayor seguridad.

Sexo

La mayoría de los niños fueron acompañados por sus madres durante la atención dental con un 77%, similar al estudio de Meira, C.,et.al. (2013)²⁵ con un 87%; Ratson, T.,et.al. (2016)³⁰ con un 70,6%; y Munayco, ER.,et.al.(2018)²⁶ con un 93,8%; si bien, la muestra de asistencia femenina sobrepaso a la masculina, la sociedad ha ido evolucionando, y cada vez son más los padres que acompañan a sus hijos a la consulta dental, como en el estudio de Ferreira D.,et.al.(2018),¹² donde predominó el sexo masculino en la muestra con un 54,85%. Cabe recalcar, la importancia de la no equitativa distribución por sexo, genera una diferencia muestral entre hombres y mujeres, que impiden obtener resultados concluyentes,

como la comparación por género.

Los estudios sobre las diferencias de género con respecto a la AD no son consistentes, ya que algunos estudios encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los niveles de ansiedad dental en el sexo femenino como Marya,C; et al.(2012);²³ y Erten,H.,et.al.(2006).¹¹ Sin embargo estos estudios fueron realizados en pacientes adultos, y no en padres. A su vez, en diversos estudios se cuestionan el viejo axioma de que la ansiedad dental es más frecuente entre las mujeres, como Peretz, B.,et.al.(2004);²⁸ De Freitas, M.,et.al.(2012)⁸; Dikshit, P.,et.al.(2013),⁹ Ratson, T.,et.al.(2016)³⁰; Ríos, M., et.al.(2016);³¹ y Ferreira, DDS.,et.al(2018)¹²; donde no encontraron diferencias significativas con respecto al sexo y ansiedad dental parental, concluyendo que la mayoría de los padres que acompañaban a sus hijos tenían niveles de ansiedad bajos o nulos, al igual que los resultados obtenidos en este estudio, aún que no son significativos ($p=0,166$), La ansiedad entre hombres y mujeres se mantuvieron estables y equitativas, a excepción de la categoría de ansiedad moderada, la que fue más representativa para los padres con un 35,7% respecto las madres con un 11%, junto con el hecho de que la mayoría de los participantes en nuestro estudio fueran mujeres, puede fortalecer la tendencia sugerida de que la ansiedad dental ya no es mayor entre las mujeres.

Edad

Con respecto al grupo etario, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de edad parental con respecto a la AD.

En ambos grupos, adulto joven y medio predominó la baja y nula ansiedad, cabe recalcar que el grupo adulto joven dobla en cantidad al grupo adulto medio, por lo que se analizaron por separado. Con respecto al grupo adulto joven es importante recalcar que la media para la variable edad corresponde con la de adulto joven, sin embargo, al contrastarla con la variable de AD, se puede apreciar que los índices de mayor ansiedad que se encuentran alejados respecto su media, corresponden a un 17,5% (7 personas) de ansiedad moderada y a un 2.5% (1 persona) de ansiedad alta. Con respecto al grupo etario adulto medio, la media para la variable edad se encuentra alejada para la categoría Adulto Medio (41 a 65 años), con una cantidad total de 20 personas. Por otra parte, al contrastarla con la variable de ansiedad dental, se puede apreciar que el índice de alta ansiedad no se presentó, encontrándose los índices estables respecto su media, a excepción del 15% (3 personas) que presentaron ansiedad moderada.

Diversos estudios han sugerido que existe una relación inversa entre la edad y los niveles de AD, donde a mayor edad, mayor exposición a lo largo del tiempo, permitiendo desarrollar tolerancia al tratamiento y, por lo tanto, tener menos ansiedad a medida que envejecen.⁴⁰ En el estudio de Marya,C; et al. (2012),²³ se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad (menores de 20; y 20-30 años). En contraste, Ríos, M., et.al.(2016)³¹ encontró mayores niveles de ansiedad dental, aunque no significativos, en el grupo de adulto mayor (60 a 70

años), a pesar de que este rango de edad no fue evaluado en este estudio, demuestra una importante heterogeneidad en los resultados, el hecho de que no todos los estudios tienen categorizada esta variable con los mismos rangos de edad, hace más difícil poder comparar y llegar a un consenso, siendo recomendable aumentar el tamaño muestral para chequear si estas tendencias muestran diferencias estadísticas significativas.

Riesgo social

En algunos estudios, se informa que los factores relacionados con la familia, como los ingresos del hogar y la escolarización de los padres, no influyen en los puntajes de ansiedad.³¹ Como en el estudio de Viana Filho JMC, et al.(2018),⁴⁰ en el que no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, otras investigaciones afirman lo contrario, en la investigación de Meira, C.,et.al.(2013),²⁵ se encontró que un estado socioeconómico más bajo resultó ser un factor importante relacionado con la ansiedad dental. En el presente estudio tampoco arrojó resultados concluyentes, ya que no se pudo analizar la variable riesgo social, debido a que la muestra arrojó ser sin riesgo social en un 100%. Estos resultados se pudieron ver afectados, ya que a la clínica sí asistieron niños con riesgo social, sin embargo debieron ser excluidos del mismo, porque pertenecían a un hogar de menores, por ende no se encontraban los padres presentes para poder ser encuestados.

Nivel de escolarización

En el presente estudio, en relación a la ADP con respecto al nivel de educación, no se presentaron diferencias significativas ($p=0,166$), predominando la ansiedad baja en todos los grupos. Este hallazgo está de acuerdo con otras investigaciones, Meira, C., et.al.(2013)²⁵; y Ríos, M., et.al.(2016),³¹ donde tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre dichas variables. Sin embargo, en el presente estudio, se observó que el grupo de padres con educación superior, ninguno presentó ansiedad moderada o alta, no así el grupo de educación media presentó un caso aislado con ansiedad alta, concordante aunque no significativo, con otros estudios que han demostrado que la ansiedad dental elevada esta asociada con la educación, como Erten, H., et.al.(2006);¹¹ y Ratson, T., et.al.(2016);³⁰; quienes encontraron que los pacientes con un nivel de educación primaria, tenían los niveles de ansiedad más altos. ($p<0.05$)

Experiencia dental pasada (EDP)

Una de las etiologías más frecuentes para ansiedad dental, corresponde a las experiencias traumáticas pasadas, seguida por la actitud aprendida de su entorno.²¹ En el presente estudio se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre la ADP y la EDP ($p=0,000$). Donde la media se mantuvo entre una experiencia dental agradable (61,66%); y desagradable (25%). ($X: 2,833$; $DE: 0,64221$) Al igual que el estudio de Araya, et al. (2014)¹ donde también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre dichas variables, ($p=0,03$) donde la mayoría tuvo una experiencia agradable o muy agradable. En la

investigación de Dikshit, P., et al. (2013)⁹ se destacó que el 71,3% de los padres que acompañaban a sus hijos para tratamiento dental, tuvieron una experiencia dental agradable, similar a los resultados obtenidos en este estudio, donde fue de un 61,66%. A medida que el tipo de experiencia dental fue más extrema, tanto positiva como negativa, los niveles de ADP también lo fueron. Se puede apreciar una relación inversa entre IAD y EDPP, es decir los padres que reportaron haber tenido experiencias dentales muy desagradables, presentaron niveles de ansiedad dental alto; versus los padres que describieron haber presentado experiencias dentales muy agradables, presentaron niveles de ansiedad bajos o nulos. En el estudio de Viana Filho JMC, et al. (2018),⁴⁰ también se encontró una asociación significativa entre la experiencia de la consulta (positiva o negativa) y la ansiedad dental, sin embargo se utilizó la escala VPT y fue medida en niños.

Una mala experiencia durante un tratamiento dental pasado, puede ser suficiente para que el paciente evite asistir al Odontólogo, generar retrasos u abandonar todo el tratamiento, por consiguiente, empeorar su salud bucal.¹²⁻⁴⁰ Los estudios informan que los pacientes se vuelven más ansiosos cuando son sometidos a tratamientos más invasivos.⁴⁰ También se acepta que la ansiedad se aprende observando directamente las respuestas de los padres, a las experiencias desencadenantes de ansiedad, lo que podría llevar al niño a adoptar respuestas ansiosas en situaciones similares.⁴⁴

Por lo que podría esperarse que padres con ansiedad dental alto a severo, junto con experiencias dentales muy desagradables, puedan presentar algún

impedimento para que sus hijos reciban atención dental adecuada y oportuna; una posibilidad adicional es que padres extremadamente ansiosos no acudan a la consulta, delegando su responsabilidad en el padre menos ansioso, u otra persona de su confianza, siendo una posibilidad del porqué padres extremadamente ansiosos no se presentaron en el estudio.

Limitaciones

El presente estudio presenta algunas limitaciones inherentes a los estudios transversales. El tamaño de la muestra no permite la extrapolación de los resultados a la población general. Por lo que los resultados deben interpretarse con precaución, debido al pequeño tamaño de la muestra, al amplio rango de edad, y la no distribución equitativa por género, lo que impide poder realizar una comparación.

Es importante destacar que los resultados estadísticamente significativos obtenidos en este estudio, demuestran una posible asociación entre las variables ansiedad dental parental y experiencia dental pasada propia, más no una causalidad entre dichas variables.

Este estudio al realizarse en un entorno universitario, sólo incluyó estudiantes de Odontología, por lo que se podría realizar un estudio que incorpore a Odontólogos para comprender mejor la interrelación entre Odontólogos, estudiantes, padres y niños. Se evaluó la AD en la primera visita dental, para próximos estudios se podría

evaluar el nivel de AD post tratamiento dental, para una mejor comparación, u analizar la AD del niño.

Capítulo VI. CONCLUSIONES Y PROYECCIONES

La ansiedad dental experimentada por los padres al momento de acudir a la clínica Odontopediátrica es un factor importante a considerar como futuros profesionales especialistas, por cuanto la evaluación de un menor incorpora una inclusión completa de sus esferas de interacción durante la situación dental; una de ellas, los padres. Al respecto, los resultados de este estudio pudieron establecer que al momento de acudir a la clínica Odontopediátrica estudiantil, los padres presentaron en su mayoría bajos niveles de ansiedad dental, lo cuál respalda la hipótesis nula de este estudio, en cuanto a que no existe un alto nivel de ansiedad dental en los padres cuando acompañan a sus hijos a su primera consulta Odontopediátrica, en la clínica dental estudiantil. Esto se podría deber a que los padres están cada vez más informados sobre lo que implica el tratamiento dental de sus hijos, pudiendo estar más comprometidos con una correcta alimentación, higiene dental, y controles periódicos dentales, a modo de realizar tratamientos preventivos, mucho menos invasivos; esto se traduciría en menores niveles de ansiedad dental, y por lo tanto, en experiencias dentales positivas tanto para ellos como para sus hijos.

Dada la prevalencia de la ansiedad dental, los Odontólogos deberían actualizar sus conocimientos profesionales para abordar a padres de pacientes pediátricos, especialmente sobre cuáles son las causas de la ansiedad dental; recibir formación

sobre la capacidad de control de esta variable en un contexto de consulta y su efecto frente a una posible fuente de ansiedad dental en el niño.

La adquisición de ansiedad dental en la infancia puede seguir hasta la edad adulta y es un predictor significativo de la evitación dental en la adultez.⁴³ Como se analizó en este estudio; donde se encontró una diferencia significativa entre las variables ansiedad dental parental y experiencia dental pasada propia (positiva o negativa); podría existir una asociación entre dichas variables. Se debe prestar especial atención en detectar a niños con altos niveles de ansiedad, de tal manera de aplicar las herramientas adecuadas, evitando que tengan experiencias negativas en el entorno dental, ya que pueden convertirse en un futuro en potenciales padres con altos niveles de ansiedad. Dicho lo anterior, es importante romper el ciclo de ansiedad dental que puede establecerse en la familia con respecto a la salud bucal.³⁵ El fin es prevenir o evitar que los niños sufran malas experiencias en el Odontólogo, que posteriormente les genere ansiedad dental.

Si bien fue bajo el nivel de ansiedad presentado en este estudio, de todas formas se pesquisó el nivel de ansiedad alto, por lo que podría incorporarse a través de la ficha clínica Odontológica, una evaluación de la ansiedad dental parental y la experiencia dental pasada propia, previa atención dental de sus hijos,²⁵⁻³⁵ a modo de realizar de forma rutinaria una encuesta validada de ansiedad dental a los padres (como la utilizada en este estudio). El conocimiento de esta variable de ansiedad dental proporcionará un conocimiento útil y anticipado para el Odontólogo

General, el cuál va a tener una mejor prospectiva sobre qué medidas tomar según el nivel de ansiedad que presenten los padres y podrá realizar una derivación oportuna al Odontopediatra para evitar conductas disruptivas durante la atención dental.

Para lograr el éxito terapéutico, es competencia del Odontopediatra evaluar y analizar todas las variables dentro de la situación Odontológica (Odontólogo-paciente-padres), tratando de minimizar aquellas que podrían influir en el éxito del tratamiento, por lo que no solo hay que centrarse en la condición física y estado dental del paciente, sino que también en su estado psicológico, junto con la actitud de los padres en el área dental, y su capacidad de trato con su hijo.

Un enfoque adecuado del tratamiento de la ansiedad dental, podría ayudar a establecer una buena experiencia dental futura, mediante una buena educación en salud oral, visitas regulares al dentista, una buena comunicación, y una relación de confianza entre Odontopediatra, pacientes, y padres.⁹ El manejo puede implicar tratar al niño junto con el padre, y a su vez, esta ayuda terapéutica posiblemente podría ayudar de paso a los padres ansiosos a superar sus miedos, y minimizar la eventual influencia de su ansiedad sobre sus hijos.¹³

Con respecto a las variables de ansiedad dental de los padres respecto al género, edad, escolaridad, y al riesgo social, no se encontró que existieran diferencias estadísticamente significativas y por lo tanto, por medio de los resultados de este estudio, no se podría establecer una asociación que condicionara o influyera en la

aparición o exacerbación de la ansiedad dental de los padres. De igual forma, un estudio con una muestra mayor y controlada para cada variable, podría ahondar de mejor manera el posible efecto de estas variables sobre la ansiedad dental, siendo un estudio interesante realizar de manera controlada para futuras investigaciones, debido a que no se puede descartar su naturaleza multifactorial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Araya, C., Gonzalez, C., Barra, A., & 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 el CESFAM San Pedro, período mayo a julio de 2014. (Tesis de pregrado) Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Bauce, G., & Córdova, M. (2010). Cuestionario socioeconómico aplicado a grupos familiares del Distrito Capital para investigaciones relacionadas con la salud pública. *Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel*, 41(1),14-24.
3. Bermudez, M., Diaz, R., Littman, J., Santos, J., Pérez, E., & Ocaña, F. (2014). Efectos de la musicoterapia sobre la ansiedad generada durante la atención dental en las mujeres embarazadas en el Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Perinatología. *Revista de la asociación dental mexicana*,61(2),59-64.
4. Blomqvist, M., Holmberg, K., Fernell, E., Ek, U. & Dahllöf, G.

- (2006). Problemas de salud oral, ansiedad dental y manejo del comportamiento en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *European Journal of Oral Sciences*, 114(5),385–390.
5. Caltabiano, ML., Croker, F., Page, L., Sklavos, A., Spiteri, J., Hanrahan, L., & Choi, R. (2018). Ansiedad dental en pacientes que asisten a una clínica dental para estudiantes. *BMC oral health*, 18(1),48.
 6. Copetti, J., Da Silva, L., Calixto, F., & Nogara, J. (2017). Oral Health Literacy as a Predictor of Dental Anxiety in Parents of Children Undergoing Dental Treatment. *Journal of Dentistry for Children*, 84(3),125–131.
 7. D’Alessandro, G., Alkhamis, N., Mattarozzi, K., Mazzetti, M., & Piana, G. (2016). Fear of dental pain in Italian children: child personality traits and parental dental fear. *Journal of Public Health Dentistry*, 76(3), 179–183.
 8. De Freitas, M., Marques, M., & Carneiro, E. (2012). Avaliação da Ansiedade dos Pais e Crianças frente ao Tratamento Odontológico. *Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria e Clinica Integrada*, 12(4),483–489.
 9. Dikshit, P., Limbu, S., y Bhattarai, K. (2013). Evaluación de la ansiedad dental en padres que acompañan a sus hijos para tratamiento dental. *Orthodontic Journal of Nepal* , 3(1),47-52.
 10. Echeverría, S., Rojas, S., Andrade, P., Ávalos, P., Lipari, A., & cols. (2017). *Revista de la Sociedad Chilena de Odontopediatria. Visión del*

- sur del mundo por la sonrisa de los niños IAPD Chile 2017, 30(1).
11. Erten, H., Akarlan, Z., & Bodrumlu, E. (2006). Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence International*, 37(4),304-310.
 12. Ferreira, M., Díaz, C., Pérez, N., Cueto, N., Leggio, T., Cardozo, L., Jiménez, G., González, A., Matiauda, F., Ovelar, A., & Aguilera, Z. (2018). Nivel de ansiedad de los pacientes antes de ingresar a la consulta odontológica. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(3),463-472.
 13. Folayan, M., Adekoya, C., Otuyemi, O., & Ufomata, D. (2002). Parental anxiety as a possible predisposing factor to child dental anxiety in patients seen in a suburban dental hospital in Nigeria. *International journal of paediatric dentistry*, 12(4),255–259.
 14. Freeman, R., Versloot, J., & Veerkamp. (2007). Asiste un niño temeroso: un psicoanalítico, explicación de las respuestas de los niños a tratamiento dental. *Int Paediatr Dent.*,17,407-418.
 15. Gómez, R., Durán, L., Cabra, L., Pinzón, C., & Rodríguez, N. (2012). Musicoterapia para el control de ansiedad odontológica en niños con Síndrome de Down. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2),13-24.
 16. Humphris, G., Morrison, T., & Lindsay, S. (1995). The Modified Dental Anxiety Scale: Validation and United Kingdom Norms. *Community Dental Health*, 12,143-150.

17. Kins, E., Soenens, B., & Beyers, W. (2013). Separation anxiety in families with emerging adults. *J Fam Psychol*, 27(3),495-505.
18. Kirova, D., Atanasov, D., Lalabonova, C., & Janevska, S. (2010). Dental anxiety in adults in Bulgaria. *Folia Med. (Plovdiv)*, 52(2),49-56.
19. Krahn, N., García, A., Gómez, L., & Astié, F. (2011). Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión. *Fundamentos en Humanidades, Universidad Nacional de San Luis, Argentina*,12(23),213-222.
20. Lara, A., Crego, A., & Romero, M. (2012). Contagio emocional del miedo dental a los niños: el papel mediador de los padres en la transferencia parental del miedo. *Revista Internacional de Odontología Pediátrica*, 22(5),324–330.
21. Lima, M., & Casona, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Revista Humanidades Medicas*, 6(1).
22. Maren, S., Phan, KL., & Liberzon, I. (2013). The contextual brain: implications for fear conditioning, extinction and psychopathology. *Nature Reviews Neuroscience*,14(6),417-428.
23. Marya, C.M., Grover, S., Jnaneshwar, A., & Pruthi, N. (2012). Dental anxiety among patients visiting a dental institute in Faridabad, India. *West Indian Med. J.*, 61(2),187-90.
24. McNeil, D., Randall, C., Cohen, L., Crout, R., Weyant, R., Neiswanger, K., & Marazita, M. (2019). Transmission of dental fear from parent to

- adolescent in an Appalachian sample in the USA. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 29(6),720–727.
25. Meira, C., Losso, E., Andreatini, R., & de Menezes, J. (2013). The relationship between dental anxiety in children, adolescents and their parents at dental environment. *Journal of the Indian Society of Pedodontics & Preventive Dentistry*, 31(3),175–179.
26. Munayco, ER., Mattos-Vela, MA., & Torres, RG. (2018). Relación entre la ansiedad, el miedo dental a los padres y la colaboración de los niños con el tratamiento dental. *Odovtos-Int J Dent Sc.*, 20(3),81-91.
27. Patel, H., Reid, C., Wilson, K., & Girdler, N. (2015). Inter-rater agreement between children's self-reported and parents' proxy-reported dental anxiety. *British Dental Journal*, 218(4),470-471.
28. Peretz, B., Nazarian, Y., & Bimstein, E. (2004). Dental anxiety in a students' paediatric dental clinic: children, parents and students. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 14(3),192–198.
29. Ramos, K., Alfaro, L., Madera, M., & González, F. (2018). Ansiedad y miedo en niños atendidos en consulta odontológica de la Universidad de Cartagena. *Revista Odontológica Mexicana*, 22(1),8-14.
30. Ratson, T., Blumer, S., & Peretz, B. (2016). Dental Anxiety of Parents in an Israeli Kibbutz Population and their Prediction of their Children's Behavior in the Dental Office. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 40(4),306–311.

31. Ríos, M., Herrera, A., Barahona, P., Molina, Y., Cadenasso, P., Zambrano, V., & Rojas, G. (2016). Ansiedad Dental en Adultos Chilenos que Concurren a un Servicio de Salud Primaria. *International journal of odontostomatology*, 10(2),261-266.
32. Ríos, M., Herrera, R., & Rojas, A. (2014). Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Av. Odontoestomatol*, 30(1),39-46.
33. Shahnavaaz, S., Rutley, S., Larsson, K., & Dahlöf, G. (2015). Children and parents' experiences of cognitive behavioral therapy for dental anxiety - a qualitative study. *International Journal of Paediatric Dentistry*,25(5),317–326.
34. Shin, W., Braun, T., & Inglehart, M. (2014). Parents' dental anxiety and oral health literacy: effects on parents' and children's oral health-related experiences. *Journal of Public Health Dentistry*, 74(3),195–201.
35. Shinde, S.D., & Hegde, R.J. (2017). Evaluation of the influence of parental anxiety on children's behavior and understanding children's dental anxiety after sequential dental visits. *Indian Journal of Dental Research*, 28(1),22–26.
36. Tong, H., Khong, J., Ong, C., Ng, A., Lin, Y., Ng, J., & Hong, C. (2014). Children's and parents' attitudes towards dentists' appearance, child dental experience and their relationship with dental anxiety. *European Archives of Paediatric Dentistry (Springer Science & Business Media B.V.)*, 15(6),377–384.

37. Torres, M., Dellán, G., Papale, J., Rodríguez, D., Mendoza, N., & Berné, Y. (2007). Estratificación social y antropometría nutricional en menores de 15 años. La Escalera, estado Lara, Venezuela *Investigacion clínica*, 48(3),327–340.
38. Townend, E., Dimigen, G., & Fung, D. (2000). A clinical study of child dental anxiety. *Behav Res Ther*, 38(1),31-46.
39. Vasiliki, B., Konstantinos, A., Nikolaos, K., Vassilis, K., Cor, L., Jaap, V., Cor, van L., Boka, V., Arapostathis, K., Kotsanos, N., Karagiannis, V., van Loveren, C., & Veerkamp, J. (2016). Relationship between Child and Parental Dental Anxiety with Child's Psychological Functioning and Behavior during the Administration of Local Anesthesia. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 40(6),431–437.
40. Viana, F., Clementino, M., Lima, L., García, A., Carvalho, M., & Ferreira J. (2018). Ansiedad de padres e hijos en el cuidado dental. *Rev Gaúch Odontol.*, 66(4),321-329.
41. Walley, S. (2012). The transfer of dental anxiety from parent to child. *Dental Nursing*, 8(10),620–622.
42. World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
43. Wu, L. & Gao, X. (2018). Miedo y ansiedad dental de los niños: exploración de factores relacionados con la familia. *Salud bucal de*

BMC, 18(1),100.

44.Zanette, G., Favero, R., Brunello, S., Favero, L., & Facco, E.(2019). Child dental anxiety and its relationship with parents anxiety. International Journal of Clinical Dentistry, 12(4),289-297.

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado

- Yo, _____, RUT _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación, realizada por la alumna de postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad del Desarrollo. He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es reunir información sobre los niveles de ansiedad dental del apoderado frente a la atención odontológica del infante y el tipo de comportamiento que éste presente. Se me ha indicado que previo a la atención dental de mi hijo(a), debo responder una encuesta en la sala de espera. Posteriormente se me informará el resultado de la misma. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Además comprendo los fines y beneficios que puede aportar a la población esta investigación. También he sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto durante su proceso y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Firma _____ Fecha _____

ANEXO 2: Escala de ansiedad dental de Corah.

ENCUESTA PADRES O APODERADOS

- Edad:
- Sexo:
- Escolaridad:
- Experiencia dental pasada, marque con una cruz:

() Muy desagradable () Desagradable () Agradable () Muy agradable

1. ¿Si su hijo(a) tuviera que ir al dentista mañana cómo 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) Relajado(a).
- b) Preocupado(a).
- c) Tenso(a).
- d) Ansioso(a).
- e) Tan ansioso(a), que comienzo a sudar o sentirme mal.

3. Su hijo(a) está en el sillón del dentista esperando mientras éste toma el "motorcito" para empezar a trabajar en el diente, ¿Cómo se siente?

- a) Relajado(a).
- b) Preocupado(a).
- c) Tenso(a).
- d) Ansioso(a).

e) Tan ansioso(a), que comienzo a sudar o sentirme mal.

4. Su hijo(a) está en el sillón del dentista para una limpieza dental. Mientras Ud. está esperando que el dentista tome los instrumentales que usará para raspar los dientes alrededor de la encía, ¿Cómo se siente?

- a) Relajado(a).
- b) Preocupado(a).
- c) Tenso(a).
- d) Ansioso(a).
- e) Tan ansioso(a).

ANEXO 3: Índice de Graffar

Variables		Puntos
Ocupación de los padres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ministros, gerentes, generales FFAA 2. Médicos, ingenieros, economistas, profesionales 3. Empleados diversos, obreros especializados 4. Obreros de ciertas ramas, construcción 5. Cargador, vendedor ambulante 	
Instrucción de los padres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universitaria 2. Secundaria 3. 2aria incompleta o técnica superior inkompl. 4. Básica completa 5. Básica incompleta 	
Fuente principal de ingresos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida 2. Honorarios principalmente 3. Sueldo 4. Salario semanal, diario, hora, a trato 5. Socorros públicos o privados 	
Calidad de la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casa o departamento de gran lujo y comodidad 2. Casa o departamento espacioso y confortable 3. Casa o departamento sólido y modesto 4. Según estado de la construcción y baño compartido 5. Mediagua, Mejora, pocilga, subterráneo insalubre 	
Calidad del barrio donde se habita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Residencial, elegante, sin concentraciones de comercio, con áreas verdes 2. Residencial acomodado, menos áreas verdes 3. Barrios de comercio 4. Cercanía a industrias, galpones, edificios abandonados, basurales 5. Barrio sin condición sanitaria, campamentos 	
	Puntaje total	

