

# Universidad Autónoma de Baja California

Facultad de Odontología Tijuana

Especialidad en Odontología Pediátrica



## Evaluación de niveles de miedo hacia la consulta dental en pacientes escolares y Caso Clínico

Trabajo Terminal para obtener el DIPLOMA de

ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTA

**CD Amairany Esperano Leyva**

PRESIDENTE

Dra. Perla Elena Núñez Serafín

SINODAL

Dra. Lizzette López Yee

SINODAL

Dra. Haydeé Gomez Llanos Juárez

SINODAL

MSP Patricia Preciado Bórquez

Tijuana, Baja California, México.

NOVIEMBRE 2024



# Votos Aprobatorios

Tijuana, Baja California a, 17 de septiembre de 2024

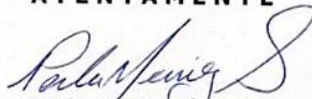
**Comité de Estudios de Posgrado  
Especialidad en Odontología Pediátrica  
Presente**

Por medio del presente, me permito informar que el trabajo: **Evaluación de niveles de miedo hacia la consulta dental en pacientes escolares y Caso Clínico.**

Propuesto por la **CD Amairany Esperano Leyva**, fue revisado y ha sido aprobado para su impresión.

Por lo que la sustentante puede continuar con el proceso del examen recepcional.

**ATENTAMENTE**



**Dra. Perla Elena Núñez Serafín**  
Director

Tijuana, Baja California a, 17 de septiembre de 2024

**Comité de Estudios de Posgrado  
Especialidad en Odontología Pediátrica  
Presente**

Por medio del presente, me permito informar que el trabajo: **Evaluación de niveles de miedo hacia la consulta dental en pacientes escolares y Caso Clínico.**

Propuesto por la **CD Amairany Esperano Leyva**, fue revisado y ha sido aprobado para su impresión.

Por lo que la sustentante puede continuar con el proceso del examen recepcional.

**ATENTAMENTE**

  
**Dra. Lizzett López Yee**  
Sinodal

Tijuana, Baja California a, 18 de octubre de 2024

**Comité de Estudios de Posgrado  
Especialidad en Odontología Pediátrica  
Presente**

Por medio del presente, me permito informar que el trabajo: **Evaluación de niveles de miedo hacia la consulta dental en pacientes escolares y Caso Clínico.**

Propuesto por la **CD Amairany Esperano Leyva**, fue revisado y ha sido aprobado para su impresión.

Por lo que la sustentante puede continuar con el proceso del examen recepcional.

**ATENTAMENTE**



**Dra. Haydeé Gomez Llanos Juárez**  
Sinodal

Tijuana, Baja California a, 23 de octubre de 2024

**Comité de Estudios de Posgrado  
Especialidad en Odontología Pediátrica  
Presente**

Por medio del presente, me permito informar que el trabajo: **Evaluación de niveles de miedo hacia la consulta dental en pacientes escolares y Caso Clínico.**

Propuesto por la **CD Amairany Esperano Leyva**, fue revisado y ha sido aprobado para su impresión.

Por lo que la sustentante puede continuar con el proceso del examen recepcional.

**ATENTAMENTE**



**MSP Patricia Preciado Borquez**  
Sinodal

## **Agradecimientos**

Agradezco primeramente a Dios por permitirme vivir esta experiencia y ayudarme a poder concluirlo. A todas las personas que me mostraron su apoyo en este arduo camino. Principalmente a mi mamá, Magaly Leyva López, por darme esa motivación día a día en lo profesional y a lo largo de mi vida, sin su apoyo nada de esto hubiera sido posible.

A mi familia, tíos y primos por abrirme las puertas de sus casas, dándome un segundo hogar cuando estuve lejos de la mía. Estar en los días malos, para ayudarme a levantarme, pero también en los buenos, disfrutando de los triunfos. Siempre les estaré agradecida.

Un agradecimiento muy especial a mi directora de tesis, la Dra. Perla Elena Núñez Serafín, por sus consejos, por sus enseñanzas, por su tiempo y dedicación. Gracias por ayudarme y alentarme a dar lo mejor.

Le brindo un gran agradecimiento a mis coordinadoras, la Dra. Betsabé de la Cruz Corona y a la Dra. Patricia Preciado Bórquez, por darme la confianza y la oportunidad de disfrutar de este privilegio de seguir aprendiendo y prepararme profesionalmente.

A mis compañeros les agradezco por hacer que estos dos años fueran inolvidables.

Asimismo, extiendo mi sincero agradecimiento a CONACYT por la beca otorgada, que me ha permitido concluir este grado con éxito.

## **Dedicatoria**

Le dedico este trabajo a mi mamá, por siempre creer en mí y apoyarme incondicionalmente, por ser mi pilar y mi motivación todos los días. Estuviste conmigo en cada momento a pesar de la distancia.

A mi abuela Florencia López, que, a pesar de no estar presente físicamente, sé que me acompañaste en cada paso.

## Resumen

**Introducción:** el miedo dental es un problema principal y es común encontrarlo en la población en general, principalmente en niños y adolescentes. Tanto así, que los pacientes temerosos pueden intentar por todos los medios posibles evitar o retrasar el tratamiento, lo que da como resultado el deterioro de la salud oral. Larrea y cols<sup>1</sup>. en su estudio reportan que personas con temor, ya sea niños o adultos, pueden resultar difíciles de tratar, requieren mayor tiempo y presentan problemas de conducta que pueden resultar en una experiencia estresante y desagradable tanto para el paciente como para el odontólogo tratante. **Material y métodos:** la muestra comprendió de 108 pacientes con edades de entre 6 a 12 años que acudieron a las clínicas de odontología pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California que cumplieran con los criterios de inclusión. Se les aplicó la Subescala de Evaluación de Miedo Dental en Niños, además de una serie de preguntas sobre edad, sexo, tratamiento que se realizará y experiencias previas en el servicio de salud odontológico antes de comenzar con la consulta dental. Utilizando la prueba estadística de contingencia de Fisher, con  $p < 0.05$  de significancia estadística. **Resultados:** no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de miedo  $P=0.60$  y el sexo de los pacientes, entre los rangos de edad  $P=0.23$ , con la experiencia previa en el servicio de salud odontológico con  $P=0.99$ , como tampoco con el tratamiento realizado en la consulta con  $P=0.55$ . **Discusión:** estudios previos realizados por Larrea en 2022 concluyen que el nivel de miedo es mayor en niños del grupo de 10 a 12 años con relación al resto de edades menores. Mayores niveles de miedo dental fueron obtenidos en niños y niñas que asistieron por vez primera al dentista en relación con los niveles bajos en aquellos niños que ya tuvieron experiencia

odontológica previa<sup>1</sup>, defiriendo con la presente investigación, donde no se presentó ninguna diferencia significativa. **Conclusión:** los niveles de miedo reportados por los participantes no representaron diferencia estadísticamente significativa entre los dos rangos de edad, entre los sexos masculino y femenino, los tratamientos dentales realizados en la consulta y los antecedentes de experiencias previas en el servicio de salud odontológico.

## Abstract

**Introduction:** dental fear is a main problem and it is common to find it in the general population, mainly in children and adolescents. So much so, that fearful patients may try in every possible way to avoid or delay treatment, resulting in deterioration of oral health. Larrea et al. In their study, they report that people with fear, whether children or adults, can be difficult to treat, require more time and present behavioral problems that can result in a stressful and unpleasant experience for both the patient and the treating dentist.

**Material and methods:** the sample included 108 patients aged between 6 and 12 years who attended the pediatric dentistry clinics of the Autonomous University of Baja California who met the inclusion criteria. The dental fear evaluation subscale in children was applied to them in addition to a series of questions about age, sex, treatment to be performed and previous experiences in the dental health service before beginning the dental consultation.

Using Fisher's statistical contingency test, with  $p < 0.05$  of statistical significance. **Results:** no statistically significant difference was found between the level of fear  $P = 0.60$  and the sex of the patients, between the age ranges  $P = 0.23$ , with previous experience in the dental health service with  $P = 0.99$ , nor with the treatment performed in the office with  $P = 0.55$ .

**Discussion:** Previous studies carried out by Larrea in 2022 conclude that the level of fear is higher in children in the 10 to 12 year old group in relation to the rest of the younger ages. Higher levels of dental fear were obtained in boys and girls who attended the dentist for the first time in relation to low levels in those children who already had previous dental experience, deferring to the present investigation, where no significant difference was presented. **Conclusion:** the levels of fear reported by the participants did not represent a statistically significant difference between the two age ranges, between

the male and female sexes, the dental treatments performed in the consultation and the history of previous experiences in the dental health service.

# Índice

Introducción .....	1
Antecedentes .....	2
Marco Teórico .....	6
Planteamiento del Problema .....	20
Justificación .....	22
Hipótesis .....	24
Objetivos .....	25
Materiales y métodos .....	26
Procedimiento .....	33
Resultados .....	36
Discusión .....	44
Conclusiones .....	47
Recomendaciones .....	48
Caso clínico .....	49
Referencias Bibliográficas .....	61
Anexos .....	64

## Introducción

En el área de la odontología es de suma importancia tomar en cuenta el desarrollo emocional del paciente infantil por los niveles de miedo que puede desarrollar al momento de la atención en el consultorio dental<sup>2</sup>.

Durante muchos años el miedo a la consulta dental ha sido reconocido como una fuente de problema en el manejo de conducta del paciente infantil que puede llevar a evitar el tratamiento dental, provocando consecuencias negativas en la salud oral y psicológica del paciente<sup>2</sup>. El miedo se puede definir como una emoción caracterizada por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o, incluso pasado<sup>3</sup>.

Las causas del miedo dental en niños han sido relacionadas por el miedo a la repetición de experiencias negativas del pasado, miedo al dolor, de ser engañados, de perder el control, miedo a lo desconocido, de procedimientos invasivos, de una agresión psicológica o miedo a los ruidos de los diferentes instrumentos dentales<sup>3</sup>.

En la mayoría de las veces este miedo es transmitido del cuidador hacia el paciente debido a que los niños menores de 5 años son más dependientes de ellos, a veces de forma inconsciente, estos crean prejuicios en los niños, que en gran parte de las ocasiones se transforman en barreras hacia el odontólogo que los especialistas en pediatría deben tratar con prudencia y creatividad<sup>2</sup>.

Es por esto que el mayor problema que enfrenta el especialista para poder llevar a feliz término las acciones para mejorar la salud bucal en la infancia es el miedo al tratamiento estomatológico, por lo que se hace necesario profundizar en estos aspectos<sup>3</sup>.

## **Antecedentes**

**Larrea C. Morales L. Evaluación del miedo dental en niños atendidos en la Clínica Odontológica Universidad Franz Tamayo-Bolivia. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2022; 12(1): 221264<sup>1</sup>.**

En su investigación se evaluó el miedo en niños de 4 a 12 años de la ciudad de El Alto, que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Franz Tamayo Bolivia, empleando para ello el cuestionario de Miedo Dental en Niños-Subescala Dental (CFSS-DS) y evaluar las diferencias en cuanto a miedo dental de acuerdo con el sexo, edad y experiencias previas de los participantes aplicando un segundo cuestionario para recabar esta información, además de la historia familiar de experiencias con el tratamiento odontológico, las encuestas fueron aplicadas a 190 niños de ambos sexos una vez sentados en la unidad dental antes de comenzar con el tratamiento. En los resultados se observó que la prevalencia de miedo dental en los 190 niños estudiados es bajo y no asociada al género, pero hay evidencia de que puede incrementarse en niños mayores y en aquellos que no tuvieron experiencias odontológicas previas.

**Yu Yon M, Jieyi K, Shiqian S, Duangthip D, Chin E, Hung C. Miedo dental y ansiedad en niños de jardín de infantes en Hong Kong: un estudio transversal. Revista internacional de investigacion ambiental y salud pública. 2020: 17; 2827<sup>4</sup>.**

Se realizó un estudio que tuvo como objetivo investigar el nivel de miedo de los niños de jardín de infantes durante la consulta dental y analizar los factores asociados con el miedo dental. Se seleccionaron a 452 niños que asistían al jardín de infantes de 3 a 5 años para

que se les aplicara el instrumento de evaluación. Se eligió la Escala de calificación de comportamiento de Frankl (FBRs) como método de observación conductual para el miedo dental y la evaluación de la ansiedad. La escala se aplicó por el operador, quien otorgó una puntuación de 1 a 4 según el comportamiento del paciente. Los autores concluyeron que en general, los niños muestran bajos niveles de miedo en una consulta dental que consistía en un examen oral no invasivo y un tratamiento preventivo. Los niños más pequeños llegan a presentar niveles más altos de miedo y ansiedad dental que los niños mayores. Es por eso que se recomienda la consulta dental de control y atención preventiva como la primera experiencia para así desarrollar actitudes positivas hacia la odontología y crear una buena salud dental.

**Delgado A, Sáez ME, Gutiérrez DH, Pérez JC, Caridad M, Ciscal Sánchez I. El miedo ante el tratamiento estomatológico en niños de ocho y nueve años. Acta Médica del Centro. 2023 ;17(1):107–14<sup>5</sup>.**

Se realizó una investigación para caracterizar el miedo ante el tratamiento estomatológico en niños de ocho y nueve años. La población objeto de estudio estuvo constituida por niños pertenecientes al área de salud. La muestra se integró de 162 niños de ambos sexos seleccionada a través de un muestreo aleatorio simple, a los que se les aplicó una Escala de miedos dentales en niños. Cada ítem tiene asignado una puntuación: sin miedo 1, poco miedo 2 y mucho miedo 3. Se suman los puntajes obtenidos y se obtiene un mínimo de 15 y un máximo de 45 puntos y una Guía de observación, para la selección se establecieron diez opciones de respuesta a través de una Escala de Lickert en la que las dimensiones para valorar la presencia de miedo son: sin miedo, puntuación de 1 a 3;

poco miedo, puntuación de 4 a 6 y mucho miedo, puntuación de 7 a 10. Para los autores fue posible evidenciar que en el sexo masculino y a mayor edad más miedo, además de mayor frecuencia de expresiones, conductas, posturas y actitudes asociadas al miedo.

**Manterola ER, Morales Manterola LM, Agasi R, Corrarello A, Finlandino G, Heredia G, Markiewicz J. El Miedo en Relación a la Odontología. Uso de la Escala del Miedo Dental. REV FAC ODONTOL, UNIV BUENOS AIRES. 2020;35(81):33-40<sup>3</sup>.**

Realizaron un estudio para registrar la prevalencia del miedo en una determinada población e identificar los miedos más frecuentes en relación a la atención odontológica donde se seleccionaron al azar 1371 niños y adolescentes de ambos sexos entre 6 y 16 años de edad concurrentes a instalaciones educativas privadas que voluntariamente respondieron a preguntas relacionadas con varios aspectos del tratamiento dental. Se utilizó la Escala del Miedo (CFSS-DS), Dental Subscale of the Childrens' Fear Survey. Esta escala consiste de 15 ítems, cada ítem tiene un puntaje que va de 1(sin miedo) a 5 (con mucho miedo). El puntaje total, por lo tanto, tiene un rango de 15 a 75. Una puntuación de 38 puntos o más está asociada al miedo dental. Los 15 ítems de la escala están relacionados con varios aspectos del tratamiento dental. Como resultado se obtuvo que a mayor edad el miedo hacia la consulta odontológica iba disminuyendo en los pacientes y siendo el sexo femenino correspondiente del 54.33% de la población afectada. registrar y reconocer los miedos dentales ofreció un espacio de reflexión y elaboración de los mismos, para desarrollar, en un tratamiento interdisciplinario con Musicoterapia, estrategias que favorezcan una mejor adherencia de los pacientes al

tratamiento odontológico y habilidades sociales inherentes a la relación odontólogo-paciente.

**Munayco E, Mattos M., Torres G, Blanco D, Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico. J. Dental Sc., 2018; 20-(3): 81-91<sup>6</sup>.**

En su investigación realizada para Determinar la relación que existe entre la ansiedad, miedo dental y colaboración de los padres y niños frente al tratamiento odontológico se estudió a 177 niños de ambos sexos de 3 a 6 años de edad que se atendían en un instituto de salud. Se confeccionó una ficha de recolección de datos para cada paciente, donde se incluyó cuatro escalas de evaluación: el cuestionario de miedos dentales, la escala de ansiedad de Corah, la escala de miedo en niños y el test gráfico de Venham. Al final del tratamiento se evaluó el comportamiento del niño con la escala de Frankl. Se pudo concluir que la ansiedad provocada por el tratamiento odontológico en los niños y los padres no está relacionada, más si el miedo. Tampoco existe relación entre la ansiedad y el miedo que pueda experimentar los padres con respecto a la colaboración del niño. Sin embargo, la colaboración del niño si está relacionada con el miedo y ansiedad que ellos puedan experimentar en el tratamiento odontológico.

## **Marco Teórico**

Para el odontopediatra es de suma importancia el primer acercamiento del paciente infantil hacia la consulta dental, ya que la primera experiencia es crucial para el manejo de conducta por el profesional. Normalmente los niños presentan con alta frecuencia reacciones emocionales como miedo e inseguridad ya que es algo desconocido para ellos y les cuesta asimilar la situación. Existe un alto porcentaje de niños a los que, sin el debido trato y sin el debido manejo, no es posible realizarles un tratamiento. A medida que crecen y maduran, tienden a presentar mayor colaboración y menos miedo. Los comportamientos del dentista y de los miembros del personal dental juegan un papel muy importante en la orientación del comportamiento pediátrico del paciente. A través de la comunicación, el equipo dental puede disipar el miedo y la ansiedad, enseñar los mecanismos adecuados para hacerles frente y guiar al niño a ser cooperativo, estar relajado y seguro de sí mismo en la consulta dental.

### **Miedo**

El miedo es una emoción caracterizada por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o, incluso, pasado. Siempre es originado por una causa externa. Se manifiesta con diferente cualidad e intensidad y puede contemplarse desde una doble perspectiva: por un lado, como reacción de temor aprendida, condicionada o ambas, por una experiencia previa o aprendizaje social y, por la otra, como una respuesta desproporcionada e irracional<sup>5</sup>.

Si bien el miedo alerta de peligros, es innato al hombre y es parte de su supervivencia, debe tener niveles tolerables para ser aceptado. En exceso perturba emocionalmente a quien lo padece. Suele decirse que el miedo paraliza: “no sabía qué hacer”, “no podía

respirar ni tragar”; “estaba oprimido”, “me sentía angustiado”. Cada persona tiene sus propios miedos y su vivencia es tan personal como su capacidad de adaptación, de acuerdo a sus características personales y a la contención que el entorno ofrece<sup>3</sup>.

El miedo puede llegar a representarse de maneras muy características y en manifestaciones fisiológica, originándose en el cerebro, específicamente en el sistema límbico. Ocurre porque el cerebro está todo el tiempo escaneando a través de los sentidos todo lo que sucede alrededor de la persona, incluso cuando duerme. Si en algún momento detecta un peligro se producen cambios físicos inmediatos que pueden favorecer el enfrentamiento, la parálisis o la huida.

Los principales signos y síntomas que comienzan a desarrollarse son cuando el corazón bombea sangre a mayor velocidad para poder llevar hormonas a las células especialmente la adrenalina, Aumente la presión arterial, las pupilas se dilatan, taquicardia, sudoración, temblores y pérdida del control sobre la conducta<sup>5</sup>.

### **Miedo dental**

El miedo dental es un problema principal y es común encontrarlo en la población general, principalmente en niños y adolescentes. Tanto así, que los pacientes temerosos pueden intentar por todos los medios posibles evitar o retrasar el tratamiento, lo que da como resultado el deterioro de la salud oral<sup>7</sup>. Personas con temor, ya sea niños o adultos, pueden resultar difíciles de tratar, requieren mayor tiempo y presentan problemas de conducta que pueden resultar en una experiencia estresante y desagradable tanto para el paciente como para el odontólogo tratante. Con respecto a los pacientes niños estos niveles de temor y estrés pueden ser provocados por sus propios padres y/o cuidadores. Este miedo también puede ser frecuente en los niños en su primera consulta, por

desconocer el lugar, el contacto con personas ajenas a él, como el odontólogo y asistentes, los nuevos ruidos y olores. Las experiencias negativas que el niño pueda haber tenido a temprana edad e interacciones con el ambiente pueden de igual manera aumentar el temor y la ansiedad<sup>8</sup>.

En los niños la intensidad del miedo puede variar según su edad, madurez emocional, nivel socio-cultural, antecedentes familiares; se puede ver incrementado cuando han tenido experiencias tempranas médicas u odontológicas disruptivas o dolorosas. El miedo que los niños suelen manifestar durante el tratamiento odontológico está en relación directa al dolor que puedan experimentar durante las maniobras operatorias o por el instrumental que use el odontólogo: agujas, inyecciones, torno, explorador, bisturí. El miedo a las agujas o inyecciones aumenta en quienes experimentaron situaciones previas dolorosas, por ejemplo, durante la aplicación de vacunas, análisis de sangre o heridas en el cuerpo<sup>3</sup>.

Si bien el porcentaje de “miedo o temor al dentista”, universalmente reconocido, no es en las últimas décadas alarmante ni elevado, la mayoría de los pacientes manifiestan miedo o alguna sensación de malestar, de ansiedad antes y/o durante el tratamiento dental, a pesar de los valiosos progresos científicos-técnicos que benefician el ejercicio de nuestra profesión<sup>1</sup>.

Uno de los deseos del profesional de la salud es crear un vínculo de entendimiento, confianza y confianza; siendo la columna vertebral para el manejo del temor y la ansiedad dental, para lograr tener una mayor calidad en el tratamiento y cambiar la expectativa del paciente.

## **Prevalencia del miedo dental**

El miedo a la consulta odontológica, ha sido clasificada en el cuarto lugar dentro de las situaciones más comúnmente temidas. Dado su alto nivel de aparición, es de esperarse que los pacientes eviten las visitas dentales; sólo una minoría de éstos afirmaron no tenerla en relación al ambiente dental<sup>3</sup>.

La estimación estadística coloca en un rango de 6% a 16%, el número de niños que presentan miedo a la consulta odontológica<sup>9</sup>, incluso podría ser más alto<sup>10</sup>. Un estudio realizado en Europa evidenció que el 35% de los niños de 5 años y el 21% de los niños de 12 años presentaban miedo en sus consultas al dentista<sup>11</sup>. Los resultados de otro estudio en Estados Unidos revelaron que el 23% de 895 niños entre 5 a 11 años presentaban miedo dental<sup>12</sup>. En poblaciones latinoamericanas (Colombia, Perú y México) se reportaron valores que oscilan entre 17 a 69% de niños con miedo dental<sup>1</sup>.

Yuyon y cols. En 2020 realizaron un estudio donde observaron que a mayor edad tengan los pacientes, el nivel de miedo va disminuyendo, así como la influencia en el tratamiento dental que se realizara, cuando se trata de procedimientos no invasivos y preventivos generalmente mostraron bajos niveles<sup>4</sup>.

## ***Evaluación de miedo en el entorno odontológico***

Dentro de medio de la odontología, existen distintos instrumentos que resultan ser bastante útiles para poder detectar el miedo hacia la consulta, siendo utilizadas alrededor del mundo por su precisión y facilidad para aplicarlas. Esos instrumentos que miden el miedo son válidos y confiables, y actúan como un método auxiliar para que el profesional prevenga el posible comportamiento<sup>13</sup>.

Los métodos comunes para evaluar el miedo hacia la consulta dental incluyen escalas psicométricas, incluida la Escala de evaluación del miedo dental en niños (CFSS-DS), calificaciones del comportamiento durante las visitas al dentista, como la Escala de Calificación del Comportamiento de Frankl (FBRF) y la Escala de Imagen Facial (FIS)

### **Escala de evaluación del miedo dental en niños**

La escala CFSS-DS por sus siglas en inglés Children's Fear Survey Schedule-Dental Subs-scale, es un cuestionario que busca identificar el nivel del miedo dental, relacionado con diversos aspectos del tratamiento, tanto procedimientos invasivos como situaciones médicas generales. La escala está construida para niños de 4 a 13 años. Consta de 15 ítems, de tipo Likert, estandarizados de 1 a 5, donde 1 no presentan miedo y 5 manifiestan mucho miedo. La suma total de los puntos alcanza un mínimo de 15 y un máximo de 75 puntos. Siendo atribuida los siguientes puntajes; menores a 32 corresponde a un bajo miedo, puntuaciones de 32 a 39 es un miedo moderado y puntuaciones mayores a 39 significa que presentan un alto miedo.

La escala CFSS-DS evalúa el miedo dental infantil, es la más usada y se considera que es la escala que aporta mayor precisión y muestra una gran validez, y está considerada como una de las "escalas de oro". Lleva menos tiempo completarla e incluye sólo los elementos más estrechamente relacionados odontológico. con el tratamiento<sup>1</sup>.

Se han encontrado estudios que traducen a otros idiomas la CFSS-DS y comprueban su validez. Se ha traducido al griego, al japonés y se ha realizado una versión para comprobarla en India. En todos los estudios esta escala mostró ser válida y fiable, como en el resto de los estudios<sup>14</sup>.

**Tabla 1.** Preguntas de la Escala CFSS-DS (Escala de evaluación de miedo dental en niños)

Nrs.	Items
1.	Dentistas
2.	Médicos
3.	Inyecciones
4.	Que alguien examine tu boca
5.	Tener que abrir tu boca
6.	Un extraño te toque
7.	Alguien te mire
8.	El motor del dentista
9.	Ver el motor del dentista
10.	Escuchar el ruido del motor del dentista
11.	Alguien colocando instrumentos en tu boca
12.	Asfixia
13.	Tener que ir al hospital
14.	Personas con uniforme blanco
15.	El dentista haciendo limpieza en tus dientes

### **Clasificación del comportamiento de Frankl**

La escala de Frankl (EF) permite de manera rápida y sencilla, evaluar el comportamiento del paciente durante la consulta odontológica con una escala numérica<sup>15</sup>. Siendo el instrumento más aplicado para la valoración del manejo de la conducta.

- TIPO I DEFINITIVAMENTE NEGATIVO: Presenta rechazo absoluto del tratamiento, llanto intenso, movimientos fuertes de las extremidades. Negativismo extremo que no permite la comunicación verbal, genera un comportamiento agresivo.
- TIPO II NEGATIVO: Escasa cooperación al tratamiento, malhumor, resentimiento, con movimientos leves de las extremidades, episodios cortos de actitud negativa, acepta algunas órdenes, llanto monotónico

- TIPO III POSITIVO: El paciente acepta el tratamiento de forma cautelosa, colabora con el dentista siguiendo sus instrucciones, llanto esporádico se puede establecer comunicación verbal.
- TIPO IV DEFINITIVAMENTE POSITIVO: Existe una cooperación total con el profesional, buena comunicación hay interés y disfruta del procedimiento que se realice, presenta relajación y control de las extremidades<sup>15</sup>.

### Escala de imagen facial

La escala de imagen facial comprende una fila de cinco imágenes de rostros expresivos que van desde muy feliz a muy infeliz; ésta da como resultado un valor de uno para el más positivo y cinco para el efecto más negativo y se le pide al niño que señale cuál de las caras representa más como se siente en ese momento<sup>16</sup>.

La escala FIS es fiable para la valoración de la ansiedad y miedo dental en niños muy pequeños y con ciertas limitaciones, presentando ventajas debido a su simplicidad y lo práctico de su aplicación, además, su reciente uso en estudios ha demostrado ser eficaz en este grupo de edad, respaldando aún más sus beneficios<sup>17</sup>.



**Figura 1.** Escala de imagen facial.

## **Técnicas de manejo conductual en odontopediatría**

La odontología ha avanzado a lo largo de los años, con muchas tecnologías<sup>8</sup>. Se han empleado distintos métodos para la disminución de la ansiedad y el miedo dental del paciente infantil, existiendo métodos convencionales y agresivos donde estas últimas son muy comúnmente rechazadas por los padres, las cuales son consideradas como potencialmente traumáticas.<sup>9</sup>

Ciertas consideraciones éticas y legales, así como cambios socioculturales en la educación, obligan a un replanteamiento de actitudes. Todo ello junto al gran avance de recursos tecnológicos, el cambio en la conducta pediátrica con menor autocontrol y la preocupación por el empleo de métodos no farmacológicos, hace que el odontólogo se eduque en otras técnicas alternativas, incorporándolas a su práctica clínica con el fin de mejorar la comunicación con el paciente infantil<sup>9</sup>.

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo. Esta rama de la psicología plantea que el comportamiento de una persona es modificable si se alteran las circunstancias ambientales que la rodean. Se basa en el control de sus emociones<sup>18</sup>.

La evaluación de la conducta del niño, previo a la consulta odontológica, es muy importante por cuanto ello permite discernir sobre cuáles serían las formas más apropiadas para su abordaje y en consecuencia ello garantiza el éxito de su intervención en la atención.

Por lo tanto, el manejo de la conducta se considera un componente esencial en la práctica odontológica infantil, que tiene como objetivo establecer una buena comunicación con el paciente y ganarse su confianza<sup>10</sup>.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica ha señalado métodos de manejo para usar con los niños, los cuales se dividen en dos tipos: técnicas comunicativas y no comunicativas.

### ***Técnicas comunicativas***

Son técnicas de uso en odontología pediátrica tanto con el niño receptivo y no receptivo. Estas técnicas pueden ayudar al niño a desarrollar una actitud positiva hacia la salud oral, minimizando el miedo y la ansiedad que suelen tener<sup>11</sup>, las cuales se incluyen:

- Decir-mostrar-hacer.
- Control de voz.
- Distracción.
- Desensibilización.
- Refuerzos positivos.

### **Decir-mostrar-hacer**

“Decir-Mostrar-Hacer” es una técnica de comportamiento usada por muchos profesionales de Odontopediatría para moldear el comportamiento del niño.

Es una técnica utilizada para familiarizar al niño con el equipo, instrumentos y procedimientos odontológicos. Emplea las habilidades de comunicación verbal, no verbal y de refuerzo positivo. Se basa en el principio de la teoría de aprendizaje<sup>12</sup>.

Varios estudios han demostrado que Decir-Mostrar-Hacer es la técnica más utilizada en odontología pediátrica, consiste en explicar y demostrar la técnica y los instrumentos utilizados durante el tratamiento. Barberia E, Boj J, (2002) señalan que “este método equivale a la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico dental, relajado y tolerante”.

La técnica Decir, Mostrar, Hacer permite que el paciente conozca con antelación los procedimientos que han de aplicarse. Esto se hace de una manera secuencial: primero se le explica, en un lenguaje adecuado para su desarrollo, el procedimiento que se va a aplicar (decir), luego se hace una demostración (mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (hacer). Se debe recordar que el vocabulario tiene que ser adecuado a la edad del niño y que el dentista y auxiliar tienen que estar familiarizados con el uso de éste. Es muy importante evitar utilizar frases que den a entender al niño que será inyectado; siempre es preferible cambiar el contexto a frases más amigables<sup>19</sup>.

### **Distracción**

Consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento, al tiempo que se condiciona su conducta mediante el manejo de contingencias. Puede hacerse con la ayuda de medios audiovisuales o auditivos, y más recientemente, con la realidad virtual. Estos medios se usan condicionados a un comportamiento adecuado. Esta técnica permite que el niño conozca los diferentes instrumentos odontológicos que se utilizarán durante el tratamiento, logrando así disminuir la ansiedad, perder el miedo de ir al dentista y así ganar su confianza. se puede utilizar en cualquier paciente, además no presenta contraindicaciones<sup>19</sup>.

## **Desensibilización**

Es una técnica para disminuir determinados miedos aprendidos o reacciones fóbicas en pacientes con o sin experiencias dentales anteriores. Con la desensibilización proveemos al niño con nuevas y más placenteras percepciones para relacionarla con la situación que provoca la ansiedad. Tratamos de condicionar ciertos estímulos presentados en un ambiente agradable y relajado para hacerlos incompatibles con la ansiedad. La desensibilización es efectiva, porque el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación<sup>18</sup>.

## **Refuerzos**

El refuerzo positivo aumenta la frecuencia y persistencia de las conductas deseadas. Este se puede aplicar de forma social, mediante la modulación de la voz, la expresión facial, alabanzas verbales y/o una apropiada demostración física de afecto por parte de todos los miembros del equipo odontológico; o de manera simbólica, a través de recompensas y premios materiales. Ambos van de acuerdo al comportamiento colaborador del niño. Las promesas que se utilicen para condicionar el comportamiento deben ser factibles, inmediatas y siempre deben cumplirse. No hacer lo prometido o no decir la verdad destruye la confianza del paciente<sup>18</sup>.

## **Control de voz**

Esta técnica consistente en alterar conscientemente la voz a través de cambios en su volumen, ritmo y tono para influir directamente en el comportamiento del paciente, con el fin de ganar su atención y confianza, muestra una clara tendencia a la disminución en su uso por odontopediatras más jóvenes, recién graduados. El aumento del tono de la voz

puede ser considerado aversivo o maltratante por parte de los padres, ya que hoy en día algunos nunca han levantado la voz a sus hijos. esta técnica era considerada como agresiva y los padres preferían el empleo de sedación o anestesia general. Aunque todavía está incluida en las guías de La Academia Americana de Odontopediatría y aún se utiliza en pacientes pediátricos, se recomienda explicar a los padres antes de realizar el tratamiento en qué consiste para evitar posibles malos entendidos<sup>20</sup>.

### ***Técnicas no comunicativas***

También llamadas técnicas avanzadas, son también objeto de consideración en numerosos trabajos en las cuales se incluyen<sup>21</sup>:

- Estabilización protectora.
- Técnica farmacológica.
- Anestesia general.
- Óxido nitroso.

### **Estabilización protectora**

En ciertas ocasiones es necesario recurrir a la inmovilización parcial o total del paciente, con el fin de proteger su propia integridad física. Se busca restringir firmemente las articulaciones, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo. Puede hacerse directamente por el odontólogo, el personal auxiliar o los mismos padres, o puede usarse un dispositivo de restricción.

La estabilización protectora, si no es bien utilizada y no hay una buena comunicación con los padres y un consentimiento previo, puede ser interpretada por ellos como una agresión contra el paciente pediátrico, por lo que requiere una exhaustiva explicación

tanto del porqué es necesaria como de la manera de instaurarla. Además, es imprescindible la aceptación explícita de los padres de su uso y la firma del consentimiento informado<sup>20</sup>.

### **Técnicas farmacológicas y anestesia general**

Por su mayor complejidad, las técnicas farmacológicas también son objeto de permanente revisión<sup>9</sup>. Hoy se distinguen 4 estrategias de sedación: 1) Sedación mínima (antes ansiólisis), estado inducido por droga en el cual el paciente responde normalmente a las órdenes verbales. Si bien la función y la coordinación cognitiva pueden estar disminuidas, las funciones de ventilación y cardiovasculares no están afectadas. 2) Sedación moderada/analgesia (antes sedación consciente) es definida como depresión de la conciencia inducida por drogas, durante la cual la paciente responde deliberadamente a las indicaciones verbales. 3) Sedación profunda (antes sedación profunda/analgesia) es una depresión de la conciencia inducida por drogas, durante la cual el paciente no puede ser despertado con facilidad, pero responde deliberadamente después de un estímulo repetido o doloroso. La capacidad de mantener la función ventilatoria puede verse disminuida. 4) Anestesia general. Consiste en una pérdida de la conciencia inducida por drogas durante la cual el paciente no se despierta, aun frente a un estímulo doloroso. La capacidad de mantener la función respiratoria está alterada. Las benzodiazepinas, seguidas por combinaciones de hidrato de cloral y demerol<sup>21</sup>.

### **Óxido nitroso**

Si bien la inhalación con óxido nitroso constituye una técnica básica, ésta pertenece a las técnicas farmacológicas. Aceptada como un método rutinario en la práctica contemporánea de numerosos países.

En los últimos años se ha observado un incremento en el uso de la sedación inhalatoria con óxido nitroso. Este aumento es debido a la buena aceptación de su empleo por parte de los padres por considerarla una técnica poco aversiva que respeta al niño y le evita sufrimiento y estrés. Administrado por personal entrenado en pacientes cuidadosamente seleccionados, con equipo y técnica apropiada, el óxido nitroso es una herramienta farmacológicamente eficaz para proporcionar una conducta colaboradora en niños con ansiedad mínima y moderada y que genera pocos efectos adversos. El óxido nitroso se utiliza también combinado con inhalación intranasal de midazolam, técnica que algunos autores consideran una alternativa eficaz de la anestesia general. Entre los efectos adversos se mencionan dolor de cabeza, desorientación y la complicación más común, los vómitos. También puede producir una inactivación irreversible de la vitamina B12, esencial para la vida y aunque constituye una consecuencia poco frecuente puede ser fatal para muchos pacientes. La aplicación del óxido nitroso resulta más un beneficio para el dentista y los padres que para el paciente. Y este punto es crucial porque esta técnica ubicada entre las estrategias básicas para conseguir la cooperación del niño, se utiliza con frecuencia en niños que podrían ser atendidos sin apelar a ella, como hemos podido apreciar en numerosas circunstancias<sup>22</sup>.

## **Planteamiento del Problema**

El miedo en los pacientes pediátricos hacia la práctica odontológica es un problema en el que los profesionales tratan todos los días en el consultorio dental, por lo que hace más complicada y tardada la práctica clínica. Este miedo puede ser desencadenado por distintos factores, como lo son, experiencias previas, temor a lo desconocido, miedo adquirido socialmente, entre otros. Niveles de miedo elevados pueden disminuir la efectividad del tratamiento odontológico e impedir que se detecten a tiempo procesos patológicos de diversas gravedades.

Se ha comprobado que los pacientes que presentan niveles de ansiedad y miedo alto, pueden llegar a padecer la presencia de múltiples lesiones cariosas, en comparación con pacientes con estos niveles más bajos. Como consecuencia a esto, se conoce que la salud oral puede afectar la calidad de vida del paciente.

Se debe tomar en cuenta que la preparación y la actitud del odontólogo profesional puede ser otro importante factor que puede afectar al comportamiento del niño. La visita por primera vez al odontólogo es un factor impactante para influir negativa o positivamente ante el tratamiento odontológico.

Dentro de la práctica de la odontología pediátrica se cuenta con diferentes técnicas para el manejo de la conducta del paciente pediátrico para hacer frente al problema, que van desde el control de voz, la distracción o hasta la restricción física. Si no se consigue el éxito con estas distintas técnicas, la sedación con base en los medicamentos o la anestesia general son también otras de las opciones.

A través de la información se les instruye a los padres sobre el miedo y la ansiedad dental considerándolos como muy importantes. Los temores de la madre pueden estar muy relacionados con el miedo dental infantil por lo que el gran problema del manejo del comportamiento se ha encontrado entre los niños de padres con miedo y ansiedad dental alta.

Por todo esto, el manejo del paciente pediátrico, desde el inicio de la consulta, debe hacerse de manera guiada, con pautas que indiquen al especialista la mejor conducta a seguir y que es lo que provoca este tipo de problemas antes, durante y después la consulta. Es por eso, que surgió la pregunta de investigación. ¿Existe diferencia entre los niveles de miedo en los pacientes pediátricos hacia la consulta dental considerando la edad y el sexo, así como a los tratamientos invasivos y experiencia previa de servicio odontológico?

## Justificación

Los miedos son comunes, especialmente entre los niños pequeños, esta emoción negativa se presenta con mayor frecuencia cuando se requiere de recibir atención dental con el odontopediatra; ya que el paciente llega en un cuarto extraño, con personas desconocidas, lo que tiende a provocar y/o potencializar el miedo. La presente investigación se enfocará en evaluar los niveles de miedo hacia la consulta en pacientes pediátricos que permitirá mostrar e identificar cuáles son los factores desencadenantes que provocan esta emoción con el que los odontopediatras tratan día a día y poder así, brindar con seguridad una atención dental de calidad, creando en los pacientes experiencias agradables y que resulta importante a la comunidad odontológica.

La prevalencia de miedo y ansiedad dental en niños representa un amplio porcentaje, presentándose que un 15% de la población evita las citas con el odontólogo por este motivo, descuidando su salud buco dental<sup>1</sup>.

El miedo dental severo es una gran barrera para buscar tratamiento odontológico profesional y sus implicaciones en términos de enfermedad en cavidad oral son significativas en lo que respecta al deterioro de la dentición y una gran parte de problemas psicosociales por lo que se ha estudiado que la exposición a imágenes positivas en odontología reduce el nivel de miedo dental en los niños<sup>7</sup>.

Para identificar cuáles son los tratamientos que proveen mayor miedo en los pacientes, es necesario clasificar los procedimientos dependiendo del grado de dificultad y tiempo que lleve este. Como también saber cuáles son los pacientes más vulnerables a este problema, ya sea su edad, sexo y antecedentes que hayan podido llegar a tener en consultas pasadas. Donde estudios han demostrado que los niños mayores son los que

comúnmente se ven más afectados, al igual que los niños que asisten a la consulta dental por primera vez<sup>1,5</sup>, ya que es una experiencia completamente nueva para ellos y no saben a qué se enfrentaran.

Existe la necesidad de entrenar y guiar al odontopediatra en el manejo y un reconocimiento del miedo y ansiedad dental del niño, de manera que pueda integrar la mayoría de técnicas existentes para usarlas en su consulta de manera coordinada a través de un protocolo que consiga incorporar de forma completa y practica el paso a paso para la atención del paciente pediátrico desde la primera consulta.

Es importante exponer a los niños temerosos, a la información o imágenes positivas de un tratamiento dental de forma que se enteren de los beneficios de la odontología, la vean divertida, y se den cuenta qué no hay nada que temer. Teniendo la información de la investigación podremos buscar alternativas para el manejo adecuado en cada paciente y en cada situación.

## **Hipótesis**

### **Hipótesis de trabajo**

Existe diferencia entre los niveles de miedo en los pacientes pediátricos hacia la consulta dental considerando la edad, siendo los pacientes mayores los que se encuentran más afectados, así como a los tratamientos invasivos y experiencia previa de servicio odontológico.

### **Hipótesis nula**

No existe una diferencia entre los niveles de miedo en los pacientes pediátricos hacia la consulta dental con respecto a la edad, sexo, tratamiento a realizar y experiencia previa de servicio odontológico

## **Objetivos**

### **General**

Evaluar los niveles de miedo hacia la consulta dental en pacientes pediátricos de 6 a 12 años de edad de las clínicas de odontopediatría de la Universidad Autónoma de Baja California.

### **Específicos**

1. Aplicar la escala de evaluación de miedo dental en niños en pacientes entre 6 y 12 años de edad que acuden a las clínicas de odontopediatría de la Universidad Autónoma de Baja California campus Tijuana en un periodo de tiempo de agosto 2023 a diciembre del 2023.
2. Determinar el nivel de miedo por rango de edad de los pacientes escolares hacia la consulta dental.
3. Relacionar el miedo en la consulta dental con la experiencia previa en el servicio de salud odontológico.
4. Analizar el nivel de miedo dental con el procedimiento odontológico que se realizará.
5. Determinar en relación al sexo y los niveles del miedo generado por la consulta odontológica.

## **Materiales y métodos**

### **Tipo de estudio**

Estudio analítico prospectivo transversal.

### **Población de estudio**

Niños de 6 a 12 años que acudieron a las clínicas de odontología pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California campus Tijuana.

### **Muestra**

La muestra que se investigo fue de un carácter no probabilística por conveniencia. Consistió en 108 pacientes pediátricos de 6 a 12 años que necesitaran la atención de algún tratamiento dental o revisión.

### **Criterios**

#### *Criterios de inclusión*

- Pacientes de 6 a 12 años que acudan a la clínica de la Universidad Autónoma de Baja California.
- Pacientes que acudan a la clínica que requieran algún tratamiento dental o revisión.

#### *Criterios de exclusión*

- Paciente pediátrico que presente una discapacidad neuronal.
- Pacientes que no acepte participar en el estudio.
- Pacientes menores de 6 años y mayores de 12 años.

- Pacientes que necesiten tratamiento de exodoncia y/o pulpectomía.

### Criterios de eliminación

- Pacientes que no acuda a su consulta dental.
- Pacientes que su expediente no cuente con su consentimiento informado firmado.

### **Variables**

1. **Nombre de la variable:** miedo.

**Definición:** sensación de angustia provocada por la presencia de un peligro real o imaginario.

**Tipo de medición:** cuantitativa nominal.

**Instrumento de medición:** cuestionario.

**Escala:** subescala dental del programa de encuesta de miedo infantil.

**Uso:** obtener el grado de miedo que existe.

2. **Nombre de la variable:** tratamiento.

**Definición:** un tratamiento es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo.

**Tipo de medición:** cualitativo.

**Instrumento de medición:** cuestionario.

**Escala:** preventivo, restaurador y tratamiento pulpar.

**Uso:** para clasificar de mayor a menor la complejidad del tratamiento.

3. **Nombre de la variable:** edad.

**Definición:** lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia medido en años cumplidos.

**Tipo de medición:** cuantitativo.

**Instrumento de medición:** preguntar por medio de un cuestionario los años cumplidos

**Escala:** 6,7,8,9,10,11 y 12 años.

**Uso:** evaluar el nivel de miedo dependiendo la edad del paciente.

4. **Nombre de la variable:** consultas previas en servicio de salud odontológico (cantidad de consultas).

**Definición:** acción, dicho o circunstancia que sirve para comprender o valorar hechos posteriores.

**Tipo de medición:** cuantitativo.

**Instrumento de medición:** cuestionario.

**Escala:** recolección del dato por medio de preguntas a los papás si han asistido o no anteriormente a una consulta dental.

**Uso:** para determinar si el paciente ha tenido consultas previas.

5. **Nombre de la variable:** sexo.

**Definición:** condición genotípica del nacimiento.

**Tipo de medición:** cuantitativa.

**Instrumento de medición:** cuestionario.

**Escala:** hombre y mujer.

**Uso:** para determinar el sexo del paciente.

## **Aspectos éticos**

### Procedimientos para mantener la identificación de los participantes.

En una hoja se colocará un numero control a cada sujeto de estudio.

### Procedimientos para salvaguardar la integridad de los sujetos de prueba durante el estudio.

Se realizarán los tratamientos odontológicos que requiera cada paciente con las medidas necesarias dándole las instrucciones de lo que se realizara y sus cuidados postoperatorios bajo la autorización del padre.

### Cumplimiento a Ley General del Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente

Las hojas se colocarán en una trituradora de papel posterior se realizará el proceso de reciclaje.

### Proceso de selección o reclutamiento.

Existe la necesidad de entrenar y guiar al odontopediatra en el manejo y un reconocimiento del miedo y ansiedad dental del niño, de manera que pueda integrar la mayoría de técnicas existentes para usarlas en su consulta de manera coordinada a través de un protocolo que consiga incorporar de forma completa y practica el paso a paso para la atención del paciente odontopediátrico desde la primera consulta.

### Carta de derecho de los animales.

No aplica.

Alternativas terapéuticas.

No aplica.

Riesgos potenciales de los sujetos de estudio y personal participante.

Riesgo de COVID- 19 e influenza.

Procedimientos para el manejo de riesgos.

Bata, guantes, careta, cubrebocas, gorro.

Beneficios potenciales.

Conocer los niveles de miedo que presenten en los niños y saber cómo tratarlo

Margen de riesgo-beneficio.

Este estudio no presento ningún riesgo para los participantes, para sus padres ni para los investigadores.

Riesgo 0 beneficio 100.

Costos e incentivos inherentes a los sujetos humanos de prueba.

El sujeto de estudio no recibirá ningún incentivo económico.

Financiamiento para el estudio.

Si. Beca de apoyo estudiantil CONAHCYT.

### Impacto colateral en personal participante.

No existe impacto colateral, el estudio solo impactara a las personas que responderán la encuesta.

### Declaración de conflicto de intereses.

No existe conflicto de intereses entre los investigadores participantes.

### Uso de especies biológicas

No se usó ninguna especie biológico

### Confidencialidad

La UABC tiene como clausula la confidencialidad protegiendo la identidad de los pacientes.

A la encuentra de cada participante se le asigno un numero de control para proteger los datos de cada uno de los participantes, además se anexa el aviso de confidencialidad de la UABC.

## **Materiales y el costo generado**

Para poder llevarse a cabo esta investigación fueron necesario los siguientes materiales para la recolección de datos y evidencia de los procedimientos.

<b>Recursos</b>	<b>Costos</b>
Cámara fotográfica Canon	\$9,000.00
Cubre bocas	\$200.00
Barreras protectoras	\$480.00
Bata Kanaus	\$700.00
Guantes ARMIDEM	\$265.00
Trituradora de papel	\$889.00
Hojas de encuesta	\$250.00
Pluma Bic	\$10.00
<b>Total</b>	<b>\$11,794.00</b>

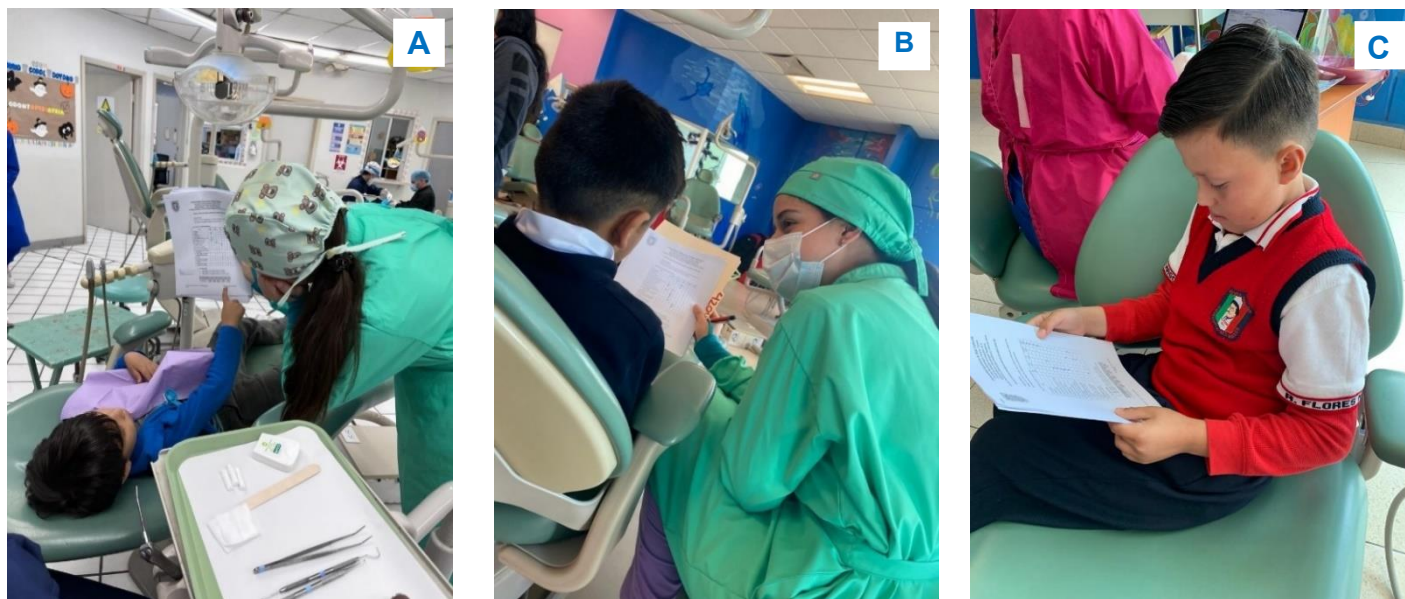
## Procedimiento

A continuación, se describirá el procedimiento que se llevó a cabo para la realización de este estudio. Se procedió a pedir los permisos en la facultad de odontología Tijuana de la Universidad Autónoma de Baja California para comenzar con la investigación en las instalaciones del programa de la Especialidad en Odontología Pediátrica. Una vez obtenidos todos los permisos se inició a la toma de muestras en el mes de mayo del año 2023. La muestra se logró de dos formas; uno, se estableció una comunicación con los doctores encargados de las clínicas de odontopediatría tanto de licenciatura como de la especialidad, para poder acudir e invitar a los pacientes a que participaran en el estudio y dos, se invitó a los niños que acudieron a las clínicas para recibir tratamiento a que también participaran en el estudio. Se acercó a los pacientes que estaban sentados en el sillón dental, aun sin comenzar ningún tratamiento, se revisaron para saber si eran candidatos a participar en la investigación, posterior a eso, se habló con los padres de familia y/o tutores que se encontraban en la sala de espera de la clínica. A los padres o cuidadores que estuvieron interesados, se les entregó en ese momento los formatos de consentimiento informado (ANEXO 1), en términos claros, entendibles, asimilables y oportunos para que decidieran si finalmente aceptaban la participación de su hijo o hija en dicha investigación. Una vez aceptado y firmado el consentimiento, se les entregó a los pacientes el asentimiento informado (ANEXO 2). A cada participante se les dio un número de identificación que fue asignado en el orden en el que se llenaron los documentos.

Una vez llenada debidamente esta documentación y antes de comenzar con el tratamiento a realizar en esa cita, se realizaron y se contestaron una serie de preguntas

que consistían en la edad del paciente, sexo, tratamiento que se le iba a realizar y si había tenido o no, atención previa en el servicio de salud odontológico, para después entregar a cada participante la CFSS-DS (ANEXO 3), que está conformada por un total de 15 preguntas en escala tipo Likert, en una escala del 1 al 5, donde 1 representa no tener miedo y el numero 5 mucho miedo, adicional a esto, para facilitar la respuesta de los participantes, se agregó una escala facial para lograr hacerlo más fácil para los niños más pequeños, siendo un método fiable y válido, donde las caras representaban el nivel de miedo que podían presentar. La escala se anota dando un valor de 1 a la cara con expresión facial más positiva y 5 a la cara con expresión facial más negativa<sup>23</sup>. El paciente señalaba o marcaba con una “x” la respuesta con la que él se sentía identificado (Figura 2).

Se tomaron fotografías con cámara fotográfica Canon T7 (Tokyo, Japón) para agregar en hojas de control de datos.



**Figura 2. Aplicación de la encuesta a los participantes.** A) Llenado de encuesta en la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología. B) Llenado de encuesta en la clínica de la especialidad en odontología pediátrica. C) Llenado de encuesta por participante.

Al terminar de contestar la encuesta se suma el número de puntos que el participante recabó, las puntuaciones obtenidas se encuentran en rangos de 15 y 75 puntos, siendo 15 puntos correspondientes a no tener miedo, de 16 a 37 puntos corresponde a bajo miedo y de 38 a 75 puntos corresponde a un alto miedo.

Todos los datos recabados se vaciaron en un formato diseñado para esta investigación apoyándonos con el paquete Microsoft Excel 2020, donde cada información fue separada por variables para que así fuera más fácil obtener el resultado. Para la variable de las edades de los participantes se realizaron dos grupos por rangos de edad, que fueron de 6 a 9 años y de 10 a 12 años, para así tener un mayor control con relación al nivel de miedo que pudieran llegar a presentar hacia la consulta dental.

### **Método de análisis de datos**

Una vez obtenidas estas tablas, mediante el programa SPSS se realizaron medidas de tendencia central como media, mediana, moda y desviación estándar de las edades de los escolares que aceptaron participar en el estudio, además de la prueba estadística de Chi Cuadrada para determinar las diferencias entre grupos. Se determinó el valor de significancia en  $p < 0.05$ .

## Resultados

El presente estudio se basó en evaluar el nivel de miedo hacia la consulta dental en las clínicas de Odontología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California.

Un total de 112 niños que cumplían con los criterios de inclusión aceptaron participar en el estudio, 4 de ellos fueron eliminados porque no completaron algún formato. La muestra comprendió de un total de 50 (46%) mujeres y 58 (54%) fueron hombres, con edad entre 6 y 12 años. En la tabla numero 2 se pueden observar las características sociodemográficas generales de la muestra participante.

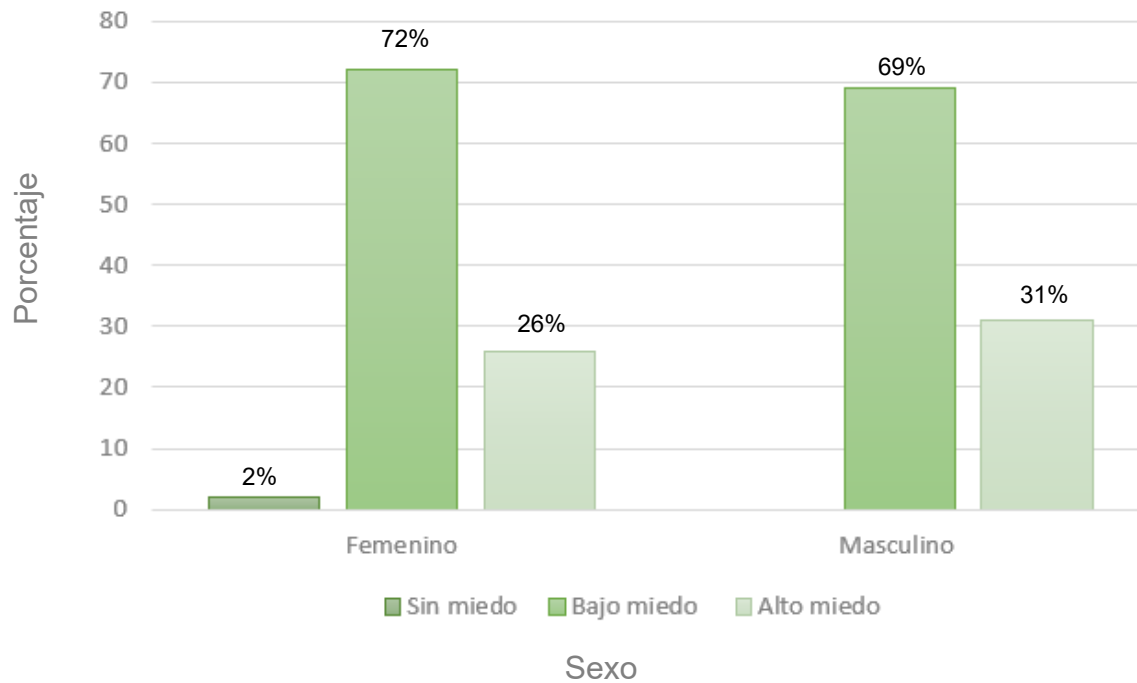
**Tabla 2.** Características sociodemográficas de la muestra participante.

Características de la muestra	Casos (N)=108
Genero de los participantes	-
Masculino	58(54%)
Femenino	50(46%)
Edad de los participantes (Media $\pm$ DE)	7,89( $\pm$ 1.75)
6-9	87(81%)
10-12	21(19%)
<i>N: muestra total de participantes</i>	
<i>DE: desviación estándar</i>	

### **Determinación en relación al sexo y los niveles del miedo generado por la consulta odontológica.**

Para poder analizar el objetivo general se aplicó la escala CFSS-DS y de acuerdo a las respuestas obtenidas del cuestionario, las puntuaciones se establecieron en tres grupos: sin miedo, bajo miedo y mucho miedo. A continuación, en la gráfica 1 se puede observar la comparación entre la relación del sexo de los participantes, se obtuvo como resultado

que se presenta más comúnmente el nivel de bajo miedo, con un total de 36 (72%) mujeres y 40 (69%) hombres. Donde también se concluyó que ninguno de los hombres participantes indicó no haber tenido miedo hacia la consulta dental y en el caso de las mujeres, solo 1 (2%) indicó esta respuesta, obteniendo un valor de significancia de  $P=0.48$ .



**Figura 3.** Frecuencia del nivel de miedo de acuerdo al sexo de los participantes

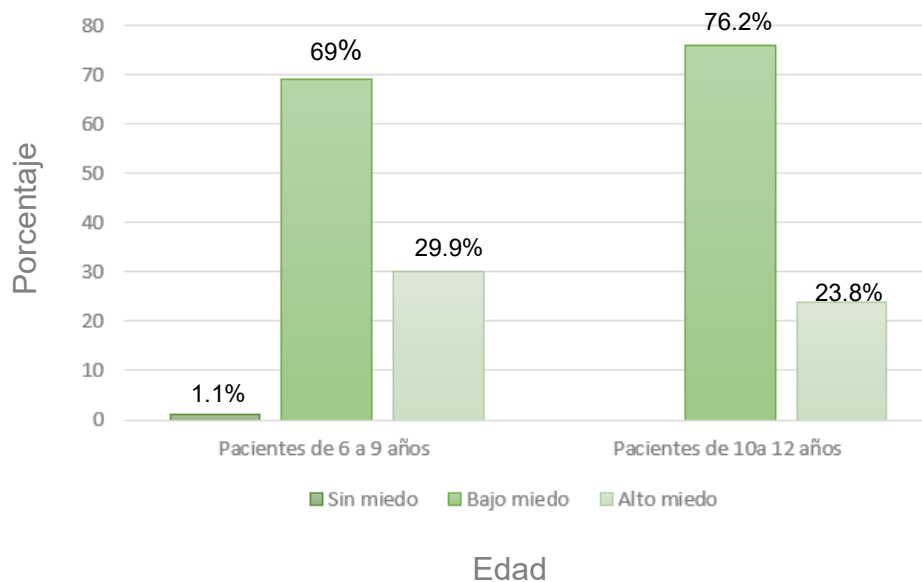
**Tabla 3.** Estadística descriptiva y relación entre el nivel de miedo y el sexo mediante la prueba estadística Chi cuadrada.

Sexo	Nivel de miedo			Total	Chi cuadrada	Valor de P
	Sin miedo	Bajo miedo	Alto miedo			
Femenino	2%	72%	26%			
Masculino	0%	69%	31%		1.432	.489
<b>Total</b>	0.9%	70.4%	28.7%	100%		

**Determinar el nivel de miedo por rango de edad de los pacientes escolares hacia la consulta dental.**

Los pacientes fueron estandarizados por rango de edades de 6 a 9 y de 10 a 12 años. En el primer grupo, que fueron los pacientes de entre 6 y 9 años, se obtuvo que solo 1 (1%) de los pacientes presentó que no tenía miedo, el nivel de miedo con mayor prevalencia sigue siendo de un bajo miedo, con un número de 61(69%) pacientes en el rango de 6 a 9 años y 15 (76%) pacientes en el rango de 10 a 12 años. Ninguno de los pacientes en el rango de 10 a 12 dijeron no tener miedo hacia la consulta dental.

El estadístico arrojó que no existió diferencia estadísticamente significativa en la relación de los niveles de miedo con la edad de los pacientes, con un valor de  $P=0.74$ .



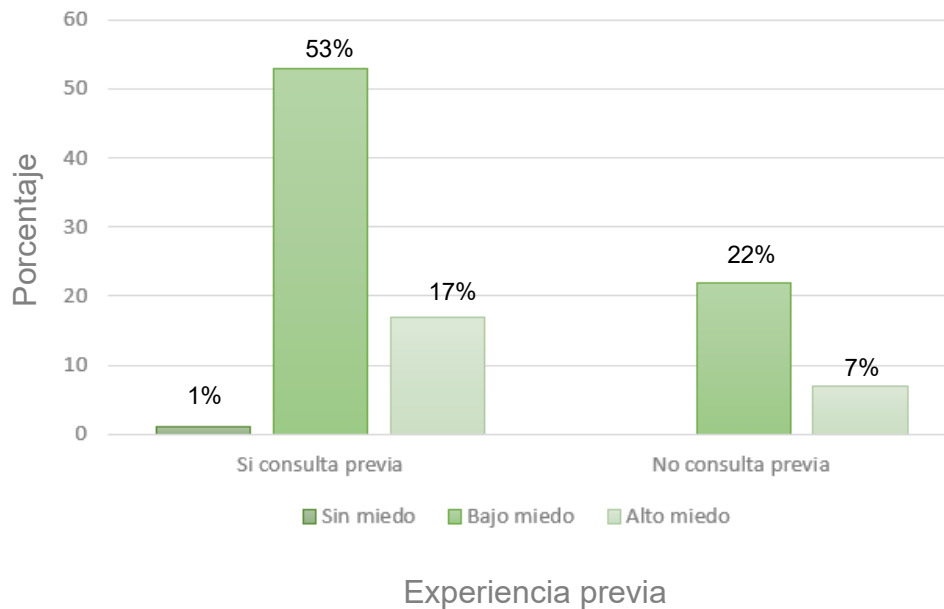
**Figura 4.** Frecuencia del nivel de miedo de acuerdo a los rangos de edad de los participantes.

**Tabla 4.** Estadística descriptiva y relación entre el nivel de miedo y la edad mediante la prueba estadística Chi cuadrada.

Edad	Nivel de miedo			Total	Chi cuadrada	Valor de P
	Sin miedo	Bajo miedo	Alto miedo			
6 a 9	1.1%	69%	29.9%			
10 a 12	0%	76.2%	23.8%		.584	.747
<b>Total</b>	0.9%	70.4%	28.7%	<b>100%</b>		

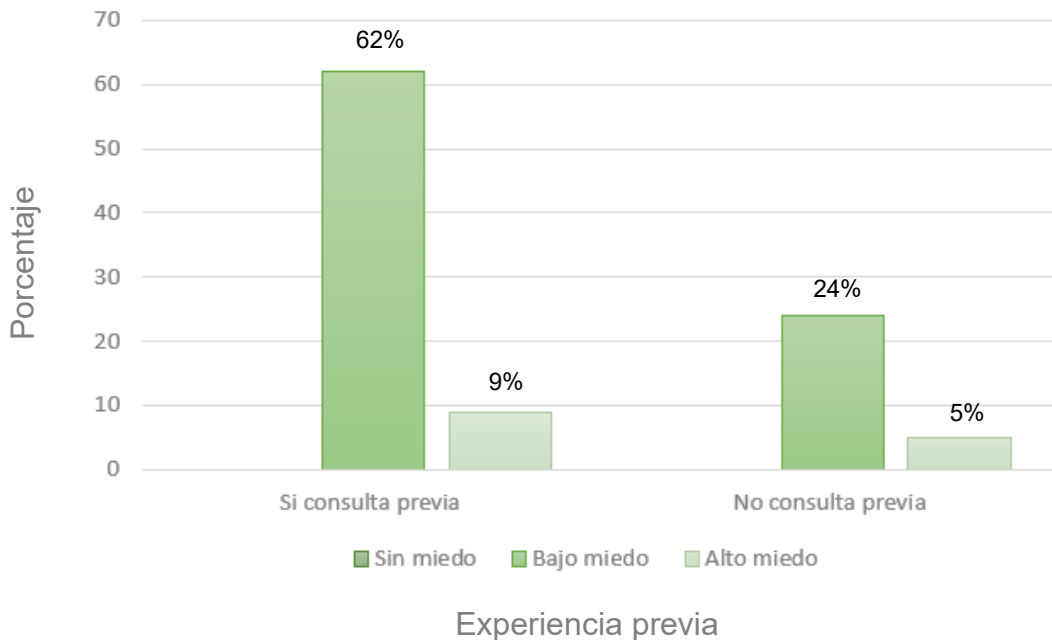
**Relacionar el miedo en la consulta dental con la experiencia previa en el servicio de salud odontológico por rango de edades.**

En el grupo de pacientes por el rango de edad de 6 y 9 años solo 1 (1%) de estos se obtuvo que no tenía miedo hacia la consulta dental, reportando ya una experiencia previa en el servicio odontológica. Para el nivel de miedo bajo 46 (53%) de los pacientes dijeron que si habían visitado anteriormente al odontólogo y 15 (17%) nunca habían ido. Por último, en el nivel de miedo alto 19 (22%) ya había tenido atención odontológica y 6 (7%) reportó que no. El estadístico arrojó que no existió significancia en esta relación, con un valor de  $P = 0.86$ .



**Figura 5.** Frecuencia de miedo de acuerdo a la experiencia previa en el servicio de salud odontológico en el rango de edad de 6 a 9 años.

En el segundo grupo de pacientes, que fue en un rango de edad de entre 10 y 12 años, sin miedo se reportó ningún paciente (0%), en el nivel de miedo bajo 13 (62%) dijeron haber ido anteriormente al odontólogo y 2 (9%) dijeron que nunca habían ido. En el nivel de miedo alto 5 (24%) ya había tenido atención odontológica y solo 1 (5%) de los pacientes reportó que no había recibido anteriormente atención odontológica. El estadístico arrojó que no existió significancia, obteniendo un valor de  $P = 0.86$ .



**Figura 6.** Frecuencia del nivel de miedo de acuerdo a la experiencia previa en el servicio de salud odontológico en el rango de edad de 10 a 12 años.

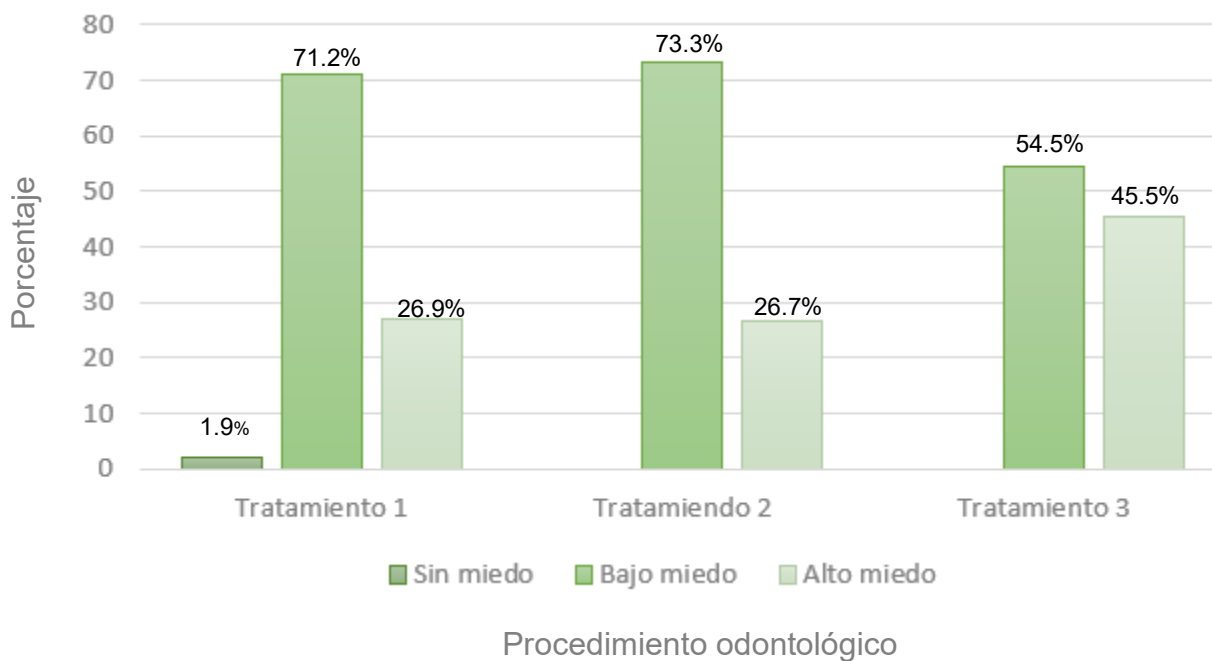
Para evaluar si existe una relación entre los resultados de las consultas previas en el servicio de salud odontológico con el miedo, en ambos grupos de edad, se utilizó la prueba estadística chi cuadrada. Donde se obtuvo que no hubo una relación estadísticamente significativa entre los pacientes que ya habían tenido experiencias con la consulta dental con los que no habían asistido antes. Con un valor de  $P=0.86$ .

**Tabla 5.** Estadística descriptiva y relación entre el nivel de miedo y la experiencia previa en ambos grupos de edad mediante la prueba estadística Chi cuadrada.

Experiencia previa	Nivel de miedo			Total	Chi cuadrada	Valor de P
	Sin miedo	Bajo miedo	Alto miedo			
Si consulta previa	1.2%	70.2%	28.6%			
No consulta previa	0%	70.8%	29.2%		.289	.865
<b>Total</b>	<b>0.9%</b>	<b>70.4%</b>	<b>28.7%</b>	<b>100%</b>		

## Analizar el nivel de miedo dental con el tratamiento odontológico que se realizará.

Para obtener el nivel de miedo según el tratamiento que al paciente se le realizó, se estandarizaron los tratamientos en 3 grupos según su gravedad e invasión en la pieza dental. Los tratamientos del grupo 1, consistían en prevención, como lo son selladores, barniz de flúor y profilaxis. En los tratamientos números dos, fueron restaurativos como resinas y ionómeros, en los tratamientos número 3 consistían en coronas, pulpotomías y recubrimientos. Dentro de los tratamientos número 1, un (1.9%) paciente no presentó miedo, 37 (71.2%) fueron un nivel de miedo bajo y 14 (26.9%) fueron un nivel de miedo alto. En el grupo de tratamientos 2 el 0% de los pacientes no reportaron miedo, 33 (73.3%) fueron de bajo miedo y 12 (26.7%) un alto miedo. Por último, en los tratamientos de grado 3 un 0% no reporto nada de miedo, 6 (54.5%) fue de un bajo miedo y de igual forma 5 (45.5%) presentaron un alto miedo. El estadístico arrojó que no existió significancia, obteniendo un valor de  $P = 0.55$ .



**Figura 7.** Frecuencia de nivel de miedo según el tratamiento dental.

**Tabla 6.** Estadística descriptiva y relación entre el nivel de miedo y tratamiento a realizar en la consulta mediante la prueba estadística Chi cuadrada.

Tratamientos	Nivel de miedo			Total	Chi cuadrada	Valor de P
	Sin miedo	Bajo miedo	Alto miedo			
Tratamiento 1	1.9%	71.2%	26.9%			
Tratamiento 2	0%	73.3%	26.7%		<b>2.727</b>	<b>.605</b>
Tratamiento 3	0%	54.5%	45.5%			
<b>Total</b>	0.9%	70.4%	28.7%	<b>100%</b>		

## Discusión

El nivel de miedo que presenta un paciente pediátrico hacia la consulta dental es considerado un problema para la salud oral que puede persistir hasta la adolescencia y adultez si el paciente no es debidamente tratado, lo cual puede ocasionar dificultades en el comportamiento que impidan la asistencia odontológica. De modo que para prevenir y atender este tipo de situación es primordial identificar el miedo dental tan pronto como sea posible a una edad temprana.

Para poder identificar los niveles de miedo dental, se diseñó el presente estudio, el cual tuvo como objetivo general evaluar los niveles de miedo hacia la consulta dental en pacientes pediátricos de 6 a 12 años, donde se les aplicó a cada participante la Subescala de evaluación de miedo dental en niños antes de comenzar con el procedimiento odontológico.

Estudios previos realizados por Larrea y colaboradores en 2022, utilizaron el CFSS-DS para obtener el nivel de miedo dental en pacientes de 4 a 12 años y aplicaron una encuesta sobre si el paciente había tenido experiencias previas en el servicio odontológico. Los resultados de su estudio indican que el nivel promedio de miedo dental que existe entre los niños y niñas en su población fue en general bajo. No hubo evidencia de diferencias significativas de miedo dental por género<sup>1</sup>, coincidiendo con los resultados del presente estudio, donde no existió relación entre el sexo de los participantes y el nivel de miedo. En el estudio anterior, el nivel de miedo es mayor en niños del grupo de 10 a 12 años con relación al resto de edades menores. Mayores niveles de miedo dental fueron obtenidos en niños y niñas que asistieron por vez primera al dentista en relación con los niveles bajos en aquellos niños que ya tuvieron experiencia

odontológica previa<sup>1</sup>. Estudio similar al de Delgado y colaboradores donde también fue utilizada el CFSS-DS y obtuvieron como resultado que a mayor edad tienen los pacientes, el nivel de miedo aumenta<sup>5</sup>. Al contrario del estudio de Yu Yon y colaboradores donde sus resultados fueron que los pacientes más pequeños presentaban un nivel de miedo más alto a comparación con los niños de mayor edad<sup>4</sup>, junto con el estudio de Manterola y colaboradores, donde la población femenina fue la más afectada<sup>3</sup>.

Los hallazgos del presente estudio no apoyan las conclusiones obtenidas en anteriores investigaciones puesto que los resultados del estadístico utilizado, arrojaron que no hay diferencia estadísticamente significativa con el nivel de miedo en los rangos de edad de los pacientes encuestados. Sin embargo, cabe señalar que se observó posterior al análisis estadístico un factor protector en los pacientes con menor edad, teniendo menos riesgo a tener miedo hacia la consulta dental. Como también los participantes que no habían tenido anteriormente una experiencia previa en el servicio de salud odontológico, su riesgo fue menor en comparación a los que ya habían tenido una experiencia.

Munayco y colaboradores en su estudio se buscó la relación que existe entre la ansiedad, miedo dental y colaboración de los padres y niños frente al tratamiento odontológico, utilizando distintos cuestionarios y métodos de evaluación del comportamiento, obteniendo que la ansiedad hacia el tratamiento no está influenciada por el comportamiento de los padres y viceversa, sin embargo, la colaboración del niño si está relacionada con el miedo y ansiedad que ellos puedan experimentar en el tratamiento odontológico<sup>6</sup>.

Además de aplicar la CFSS-DS, también se buscó relación con la edad de los pacientes, el sexo, el tratamiento a realizar en la consulta y experiencia previa en el servicio de salud

odontológico, donde según el paquete estadístico arrojó que no hubo una diferencia estadísticamente significativa. Lo que se sugiere que en futuras investigaciones el odontólogo especialista tome en cuenta otros factores por lo cual lo los pacientes pueden llegar a presentar miedo a la consulta dental, como lo es el entorno familiar o antecedentes psicológicos que pudiera llegarán presentar los pacientes. Por lo antes expuesto y para tener un escenario ideal, se recomienda que la muestra del estudio sea similar a la de los investigadores.

## Conclusiones

Este estudio se propuso evaluar el nivel de miedo hacia la consulta dental en pacientes escolares. Los niñas y niños participantes fueron un total de 108, de entre 6 y 12 años de edad, a los cuales se les aplicó la CFSS-DS.

A lo largo de este estudio se demostró que no hubo una influencia con la edad, sexo, tratamiento y experiencia previa de servicio odontológico con el nivel de miedo hacia la consulta dental, por lo tanto, se rechaza la hipótesis de trabajo y se retoma la alternativa.

De acuerdo a los objetivos específicos, las principales conclusiones de esta investigación fueron:

1. Los niveles de miedo reportados por los participantes no representaron una diferencia estadísticamente significativa con respecto al sexo.
2. Los niveles de miedo reportados por los participantes no representaron diferencia estadísticamente significativa entre los dos rangos de edad, sin embargo, se observó un factor protector, siendo los pacientes más pequeños correr un menor riesgo en tener miedo hacia la consulta dental.
3. Existe un factor protector en los participantes que no tenían una experiencia previa en el servicio de salud odontológico, presentando menor riesgo a tener miedo hacia la consulta dental a comparación con los participantes que ya habían tenido una experiencia anteriormente.
4. Los niveles de miedo reportados por los participantes no representaron una diferencia estadísticamente significativa con los tratamientos realizados en la consulta.

## Recomendaciones

Primeramente, ampliar el tamaño de la muestra en el estudio puede ser una estrategia muy útil para obtener resultados más sólidos y representativos. Al aumentar el número de participantes, se mejora la validez estadística de los resultados y se puede generalizar mejor la información obtenida, tratando así de beneficiar a más pacientes que se vean afectados por este problema, agregando datos como antecedentes psicológicos tanto del paciente como de familiares. Al beneficiar a más pacientes con la ampliación de la muestra, se aumenta la posibilidad de identificar patrones, efectos secundarios o beneficios que podrían no ser evidentes con una muestra más pequeña. Esto puede llevar a mejoras en los protocolos de tratamiento y en la atención médica en general.

De los resultados obtenidos se sugiere seguir haciendo investigaciones para mejorar a este sector de la población que se ven afectados por este problema al que no siempre se le toma la importancia debida, con el que día a día se presentan los odontopediatras, con el objetivo de que el estado de salud oral de los pacientes pediátricos mejore y acepten la consulta de una mejor manera.

## Caso clínico

### Evaluación de niveles de miedo hacia la consulta dental en paciente pediátrico

#### Resumen

**Introducción:** el miedo dental es un problema principal y es común encontrarlo en la población en general, principalmente en niños y adolescentes. Tanto así, que los pacientes temerosos pueden intentar por todos los medios posibles evitar o retrasar el tratamiento, lo que da como resultado el deterioro de la salud oral. Larrea y cols<sup>1</sup>. en su estudio reportan que personas con temor, ya sea niños o adultos, pueden resultar difíciles de tratar, requieren mayor tiempo y presentan problemas de conducta que pueden resultar en una experiencia estresante y desagradable tanto para el paciente como para el odontólogo tratante. **Objetivo:** evaluar el nivel de miedo hacia la consulta dental en paciente pediátrico de 6 años de edad. **Descripción de caso clínico:** paciente masculino de 6 años de edad, a la inspección intraoral se observó múltiples lesiones cariosas y restauraciones previas. El paciente fue rehabilitado bajo anestesia general dos años atrás debido a su mal comportamiento y rechazo hacia la consulta dental, con necesidad de gran número de piezas restauradas. El procedimiento consistió en aplicar la encuesta de Escala de Evaluación de Miedo Dental en Niños en el primer tratamiento dental, que se trató de eliminación de lesión cariosa y restauración con resina, para así saber la percepción del paciente hacia la consulta, teniendo como resultado 32 puntos correspondientes a un alto miedo, teniendo un comportamiento definitivamente negativo, categoría 1 según la Escala de Frankel. Se citó en distintas ocasiones al paciente para realizar la rehabilitación, haciendo manejo de conducta y desensibilización. Se realizó otra encuesta en la última cita, teniendo como resultado 28 puntos, correspondientes

también a un alto miedo y un comportamiento positivo, categoría 3 en la Escala de Frankel. **Conclusión:** el miedo hacia la consulta dental puede ser difícil de eliminar por completo, a pesar de que el comportamiento del paciente fue mejorando es importante buscar alternativas para identificar los distintos desencadenantes de miedo y solicitar las interconsultas con otros especialistas para corregir este problema.

**Palabras clave:** miedo dental, Subescala de evaluación de miedo dental en niños.

## Abstract

### Assessment of Levels of Fear of Dental Consultation in Paediatric Patients

**Introduction:** dental fear is a main problem and it is common to find it in the general population, mainly in children and adolescents. So much so, that fearful patients may try in every possible way to avoid or delay treatment, resulting in deterioration of oral health.

Larrea et al. in their study report that people with fear, whether children or adults, can be difficult to treat, require more time and present behavioral problems that can result in a stressful and unpleasant experience for both the patient and the treating dentist.

**Objective:** to evaluate the level of fear towards the dental consultation in a 6-year-old

pediatric patient. **Clinical case description:** 6-year-old male patient, intraoral inspection revealed multiple carious lesions and previous restorations. The patient was rehabilitated under general anesthesia two years ago due to his bad behavior and rejection of dental consultations, requiring a large number of restored teeth. The procedure consisted of

applying the dental fear evaluation scale survey in children in the first dental treatment, which involved removal of a carious lesion and restoration with resin, in order to know the patient's perception towards the consultation, resulting in 32 points corresponding to high fear, having definitely negative behavior, category 1 according to the Frankel Scale. The

patient was scheduled on different occasions to undergo rehabilitation, including behavior management and desensitization. Another survey was carried out at the last appointment,

resulting in 28 points, also corresponding to high fear and positive behavior, category 3 on the Frankel Scale. **Conclusion:** the fear of the dental consultation can be difficult to

completely eliminate. Even though the patient's behavior was improving, it is important to

look for alternatives to identify the different fear triggers and request consultations with other specialists to correct this problem.

**Key words:** Dental Fear, Dental Fear Assessment Subscale in Children.

## Introducción

Para el odontopediatra es de suma importancia el primer acercamiento de un paciente infantil hacia la consulta dental, ya que la primera experiencia es crucial para el manejo de conducta por el profesional. Normalmente los niños presentan con alta frecuencia reacciones emocionales como miedo e inseguridad ya que es algo desconocido para ellos y les cuesta asimilar la situación. Existe un alto porcentaje de niños a los que, sin el debido trato y sin el debido manejo, no es posible realizarles un tratamiento. A medida que crecen y maduran, tienden a presentar mayor colaboración y menos miedo. Los comportamientos del dentista y de los miembros del personal dental juegan un papel muy importante en la orientación del comportamiento pediátrico del paciente. A través de la comunicación, el equipo dental puede disipar el miedo y la ansiedad, enseñar los mecanismos adecuados para hacerles frente y guiar al niño a ser cooperativo, estar relajado y seguro de sí mismo.

El miedo dental es un problema principal y es común encontrarlo en la población general, principalmente en niños y adolescentes. Tanto así, que los pacientes temerosos pueden intentar por todos los medios posibles evitar o retrasar el tratamiento, lo que da como resultado el deterioro de la salud oral. Personas con temor, ya sea niños o adultos, pueden resultar difíciles de tratar, requieren mayor tiempo y presentan problemas de conducta que pueden resultar en una experiencia estresante y desagradable tanto para el paciente como para el odontólogo tratante. Con respecto a los pacientes pediátricos estos niveles de temor y estrés pueden ser provocados por sus propios padres y/o cuidadores. Las experiencias negativas que el niño pueda haber tenido a temprana edad e interacciones con el ambiente pueden también aumentar el temor y la ansiedad. Uno

de los deseos del profesional de la salud es crear un vínculo de entendimiento, confianza y confianza; siendo la columna vertebral para el manejo del temor y la ansiedad dental, para lograr tener una mayor calidad en el tratamiento y cambiar la expectativa del paciente.

La subescala dental del programa de encuesta de miedo infantil (CFSS-DS) es una de las escalas más utilizadas para medir el Miedo y Ansiedad Dental en la población escolar en diferentes culturas debido a su precisión y propiedades psicométricas en comparación con otras escalas. La escala está construida para niños de entre 4 a 13 años quienes deben responder quince preguntas, las que son de tipo likert y varían de 1 a 5 (1 no presentan miedo y 5 manifiestan mucho miedo). Las puntuaciones obtenidas se encuentran en rangos de 15 y 75 puntos, y al obtener puntajes iguales o mayores a 45 puntos, se presentan altos niveles de miedo.

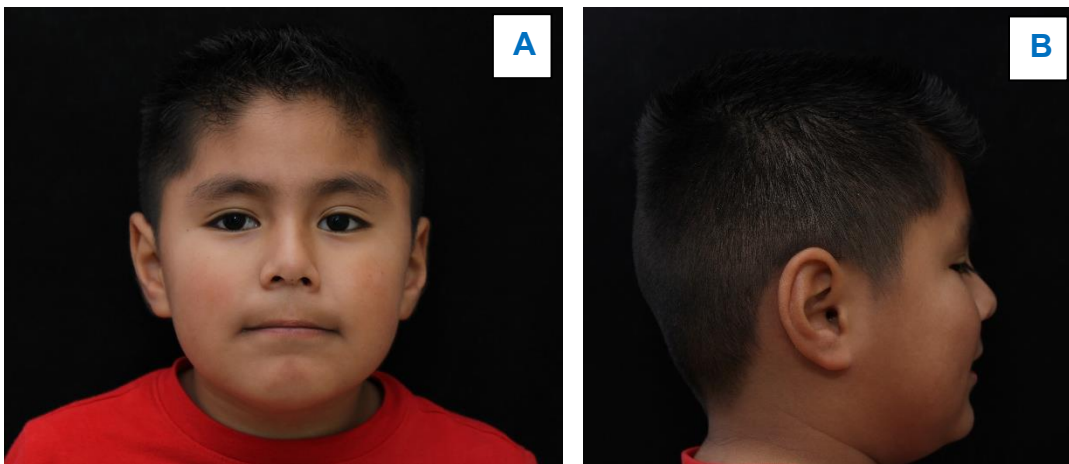
Larrea C. en 2022. En su investigación se evaluó el miedo en niños de 4 a 12 años de edad empleando para ello el cuestionario de Miedo Dental en Niños-Subescala Dental (CFSS-DS) y evaluar las diferencias en cuanto a miedo dental de acuerdo con el sexo y edad, adicionalmente se recolectó información de experiencias odontológicas previas<sup>1</sup>.

El objetivo es evaluar niveles de miedo hacia la consulta dental en paciente pediátrico de 6 años de edad.

#### Reporte de caso clínico

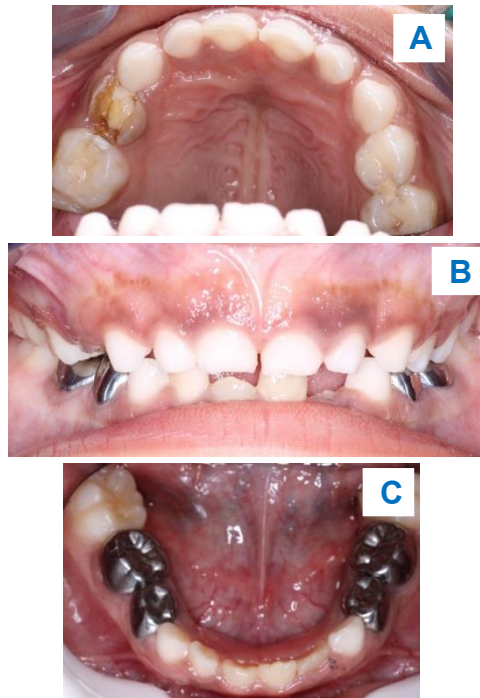
Paciente masculino de 6 años 9 meses de edad (Figura 8), nacido en Tijuana Baja California, acudió a la clínica de la especialidad en odontología pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California, México, acompañado de sus padres, el motivo

de consulta fue “le salió una bolita”. Se realizó historia clínica completa en donde se niegan datos patológicos y alergias del paciente, cuenta con un esquema de vacunación completo. Dentro de los antecedentes familiares no se encuentran datos patológicos. El padre nos informa que fue rehabilitado bajo anestesia general dos años atrás, por medio de la misma clínica, ya que era un paciente nada cooperador y una presencia de lesiones cariosas.



**Figura 8.** Fotografías extraorales A) Frontal B) Lateral.

A la exploración intra oral intraoral (Figura 9) se observó presencia de 24 órganos dentales, estadio clínico 3, relación molar clase I derecha e izquierda, arco superior e inferior con forma ovalada, con presencia de lesiones cariosas en piezas dentales, 55, 64 y 65, 54 presencia y caries secundaria con restauración desajustada y restauraciones previas en 84, 85, 75, 74 y 55.



**Figura 9.** Fotografías intraorales A) Oclusal superior B) Frontal C) Oclusal inferior.

#### Procedimiento

El procedimiento consistió en aplicar la encuesta de escala de evaluación de miedo dental en niños en el primer tratamiento dental (Figura 10) , que se trató de eliminación de lesión cariosa y restauración con resina, para así saber la percepción del paciente hacia la consulta, teniendo como resultado 32 puntos correspondientes a un bajo miedo, teniendo un comportamiento definitivamente negativo (categoría 1) según la Escala de Frankel que se caracteriza por que el paciente rechaza el tratamiento, llanto intenso, movimientos fuertes de las extremidades y no es posible la comunicación verbal y el comportamiento es agresivo.



Universidad Autónoma de Baja California  
Facultad de Odontología Campus Tijuana  
Comité de Estudios de posgrado de la  
Especialidad en Odontología Pedriátrica  
Cuerpo Académico Odontología Pedriátrica y Ciencias Afines

ESCALA DE EVALUACIÓN DE MIEDOS EN NIÑOS (CFRS-DS)

I. Instrucciones:  
Marque con una X o rotas con un círculo la respuesta a cada una de las siguientes preguntas indicando su grado de temor.

Que identifi en estas situaciones:

Item	Se avera	Poco miedo	Con miedo	Bastante miedo	Mucho Miedo
1. Dentistas	1	X	2	3	4 5
2. Médicos	1	2	X	3	4 5
3. Inyecciones	1	2	X	3	4 5
4. Que alguien examine la boca	1	2	3	X	4 5
5. Tener que abrir la boca	X	2	3	4	5
6. Un examen de sangre	X	2	3	4	5
7. Algunos te sian	X	2	3	4	5
8. El examen del dentista	1	X	2	3	4 5
9. Ver el rostro del dentista	1	X	2	3	4 5
10. Escuchar el ruido del motor del dentista	1	2	X	3	4 5
11. Tener alguien recordando un tratamiento en la boca	1	2	3	X	4 5
12. Anestesia	1	2	3	X	4 5
13. Tener que ir al hospital	X	2	3	4	5
14. Personas con uniformes blancos	X	2	3	4	5
15. El sonido producido cuando se golpea en los dientes	1	X	2	3	4 5

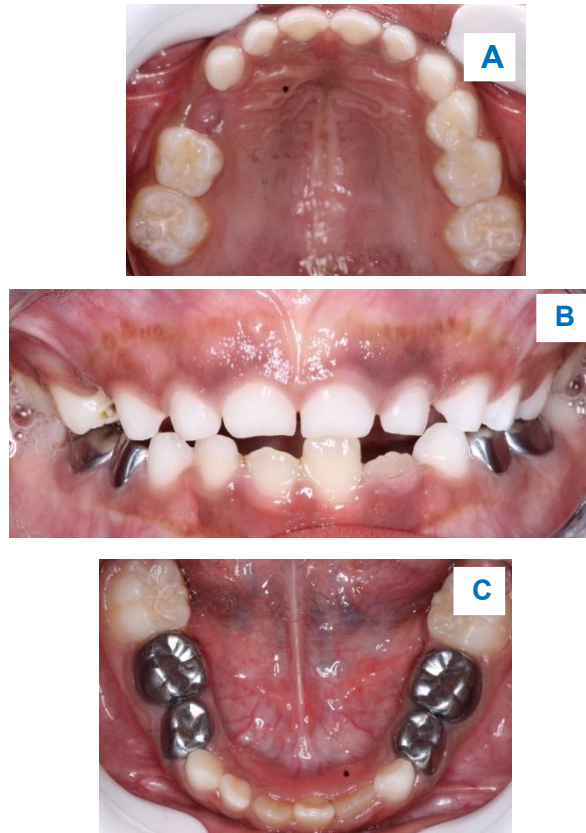
II. VALORACIÓN:  
 Sin miedo: Si el puntaje es igual a 15 puntos.  
 Bajo miedo: Si el puntaje es igual a 16 puntos.  
 Alto miedo: Si el puntaje es igual a 30 puntos o más.

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_


Nombre y firma del autor  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**Figura 10. Procedimiento. A) Aplicación de encuesta al paciente B) Encuesta número uno.**

Se citó en distintas ocasiones al paciente para realizar la rehabilitación, que consistieron en extracciones, selladores y tratamiento restaurador (Figura 11), haciendo manejo de conducta y desensibilización, donde el paciente fue cooperando con su comportamiento. Se realizo otra encuesta en la última cita (Figura 12), teniendo como resultado 28 puntos, correspondientes también a un bajo miedo y un comportamiento positivo (categoría 3) en la Escala de Frankel donde el paciente ya aceptaba el tratamiento, a veces se mostraba cauteloso, mostrando voluntad para acatar las órdenes, con un poco de reserva, pero seguía las indicaciones dadas por el odontólogo.



**Figura 11.** Fotografías intraorales con rehabilitación. A) Oclusal superior B) Frontal C) Oclusal inferior.


**Universidad Autónoma de Baja California**  
 Facultad de Odontología Campus Tijuana  
 Comité de Estudios de posgrado de la  
 Especialidad en Odontología Pediátrica  
 Cuerpo Académico Odontología Pediátrica y Ciencias Afines

**ESCALA DE EVALUACIÓN DE MIEDOS EN NIÑOS (CFSS-D5)**

**I. Instrucciones:**  
 Marque con una X o rodee con un círculo la respuesta a cada una de las siguientes preguntas indicando su grado de temor.

Que sientas en estas situaciones:

Item	Poco miedo	Con miedo	Bastante miedo	Mucho Miedo	
1. Dentistas	1	2	3	4	5
2. Médicos	1	2	3	4	5
3. Inyecciones	1	2	3	4	5
4. Que alguien examine su boca	1	2	3	4	5
5. Temor que afer la boca	1	2	3	4	5
6. Un extraño le toque	1	2	3	4	5
7. Alguien le mire	1	2	3	4	5
8. El motor del dentista	1	2	3	4	5
9. Ver el motor del dentista	1	2	3	4	5
10. Escuchar el ruido del motor del dentista	1	2	3	4	5
11. Tener alguien colocando instrumentos en su boca	1	2	3	4	5
12. Adolfo	1	2	3	4	5
13. Temor que ir al hospital	1	2	3	4	5
14. Puntaje con uniforme blanco	1	2	3	4	5
15. El dentista haciendo agujeros en sus dientes	1	2	3	4	5

**II. VALORACIÓN:**  
 Sin miedo: Si el puntaje es igual a 15 puntos.  
 Bajo miedo: Si el puntaje es igual a 16 puntos.  
 Alto miedo: Si el puntaje es igual a 38 puntos o más.

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

Nombre y firma del tutor  
 Fecha

**Figura 12.** Encuesta número dos.

A los 5 meses de haber realizado la encuesta número uno, se citó de nuevo al paciente para una cita de seguimiento donde se le aplicó la tercera encuesta, donde el tratamiento consistió en profilaxis y barniz de flúor (Figura 13). Teniendo como resultado un total de 22 puntos, correspondientes a un bajo miedo y teniendo un comportamiento definitivamente positivo (categoría 4) en la Escala de Frankel.



**Universidad Autónoma de Baja California**  
Facultad de Odontología Campus Tijuana  
Comité de Estudios de posgrado de la  
Especialidad en Odontología Pediátrica  
Cuerpo Académico Odontología Pediátrica y Ciencias Afines

**ESCALA DE EVALUACIÓN DE MIEDOS EN NIÑOS (CFSS-DS)**

**I. Instrucciones:**  
Marque con una X o rodee con un círculo la respuesta a cada una de las siguientes preguntas indicando su grado de temor.

Que sientas en estas situaciones:

Ítem	Sin miedo	Poco miedo	Con miedo	Bastante miedo	Mucho Miedo
1. Dentistas	X	2	3	4	5
2. Médicos	1	X	3	4	5
3. Inyecciones	1	2	3	4	X
4. Que alguien examine tu boca	X	2	3	4	5
5. Tener que abrir la boca	X	2	3	4	5
6. Un extraño te toque	X	2	3	4	5
7. Alguien te mire	X	2	3	4	5
8. El motor del dentista	X	2	3	4	5
9. Ver el motor del dentista	X	2	3	4	5
10. Escuchar el ruido del motor del dentista	X	2	3	4	5
11. Tener alguien colocando instrumentos en tu boca	X	2	3	4	5
12. Asfalta	1	2	X	4	5
13. Tener que ir al Hospital	X	2	3	4	5
14. Persona con uniforme blanco	X	2	3	4	5
15. El dentista haciendo limpieza en tus dientes	X	2	3	4	5

**II. VALORACIÓN:**

Sin miedo: Si el puntaje es igual a 15 puntos.  
 Bajo miedo: Si el puntaje es igual a 16 puntos.  
 Alto miedo: Si el puntaje es igual a 38 puntos o más.

Ítems	Sin miedo	Poco miedo	Con miedo	Bastante miedo	Mucho miedo
Dentistas	😊	😐	😬	😡	😱

Firma de la Coordinadora de la Especialidad: *[Firma]*  
 Nombre y firma del tutor: *[Firma]*



**Figura 13.** Seguimiento a los 5 meses. A) Respuesta de la encuesta número tres B) Aplicación de la encuesta la paciente.

## Discusión

En la investigación realizada por Larrea y colaboradores, observaron que los niños que nunca habían tenido una experiencia odontológica previa, sus niveles de miedo llegaban a ser más elevados y remarcan la importancia de que los dentistas no solo deben

considerar la condición física de sus pacientes, sino también su estado psicológico y emocional<sup>1</sup>, concordando con los resultados de este caso clínico donde el paciente mostró una puntuación muy alta en los niveles de miedo en su primera cita siendo prácticamente su primera experiencia dental, ya que había sido atendido bajo anestesia general. A lo largo de las consultas, las puntuaciones fueron bajando, sin embargo, seguían correspondiendo a un nivel de miedo alto, a pesar de que su comportamiento y su aceptación a la consulta dental mejoro completamente, siendo un paciente cooperador al terminar la rehabilitación, es por eso que es importante que el odontólogo pediatra tome en cuenta otros factores, como lo son los psicológicos y emocionales como lo menciona el estudio anterior para poder así identificar cual es el motivo principal por el cual los pacientes llegaran a seguir presentando niveles altos de miedo hacia la consulta dental.

#### Conclusión.

El miedo hacia la consulta dental puede ser difícil de eliminar por completo, a pesar de que el comportamiento del paciente fue mejorando es importante buscar alternativas para identificar los distintos desencadenantes de miedo y solicitar las interconsultas con otros especialistas para corregir este problema.

## Referencias Bibliográficas

1. Larrea Eyzaguirre C, Morales Gutierrez L. Evaluación del miedo dental en niños atendidos en la Clínica Odontológica Universidad Franz Tamayo-Bolivia. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* 2022;12.
2. Núñez-Serafín PE, la Cruz-Corona B De, Preciado-Borquez P, Ramírez-Olivas S, Verdugo-Valenzuela IA, Arzamendi-Cepeda LR. Influencia de la ansiedad dental de los acompañantes en los niveles de cortisol salival en niños con trastorno del espectro autista en la consulta odontológica. *Revista Oral* 2023;24(74):2154–2157.
3. Manterola E, Morales-Manterola L, Agasi R, et al. El Miedo en Relación a la Odontología Uso de la Escala del Miedo Dental. *Revista Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires* 2020;35(81):33–40.
4. Yon MJY, Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. Dental fear and anxiety of kindergarten children in Hong Kong: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(8).
5. Delgado C, Sáez ME, Hernández D, Pérez JC, Caridad de Rojas M, Ciscal I. El miedo ante el tratamiento estomatológico en niños de ocho y nueve años. *Acta Medica del Centro* 2023;17(1):107–114.
6. MUNAYCO E, MATTOS M, TORRES G, BLANCO D. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico. *ODOVTOS-International Journal of Dental Sciences [homepage on the Internet]* 2018;20(3):81–91. Available from: <https://doi.org/10.15517/ijds.v0i0.33332>
7. Kankaala T, Laine H, Laitala ML, et al. 10-year follow-up study on attendance pattern after dental treatment in primary oral health care clinic for fearful patients. *BMC Oral Health* 2021;21(1).
8. Navarro R, Aguilar D. Comparación de tres técnicas iatrosedativas para el control del miedo durante la aplicación de la anestesia dental. *Odontología Pediátrica* 2018;17(2):61–69.
9. Bartolomé Villar B, Méndez Zunino M, Vilar Rodríguez C, Arrieta Blanco JJ. Técnicas alternativas del manejo de la conducta en odontopediatría. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* 2021;11(1):8.

10. Ortega M, Tapia Calderón MT, Cedillo Mora GE, Ramos Montiel RR, Navas Perozo RM. Efectividad de las técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Revisión sistemática. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* 2021;11(1).
11. Pineda Mesias LI, Pariona Minaya M del C. Manejo de la conducta del paciente pediátrico mediante el método decir-mostrar-hacer. Revisión bibliográfica. *Odontología (Lima)* 2022;24(1):e3406.
12. Cordero N, Cárdenas JM, Álvarez LG. Parental acceptance of pharmacologic and non-pharmacologic behavior management techniques in pediatric dentistry. *Revista CES Odontología* 2012;25(2):24–32.
13. Willumsen T. The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(1):73–79.
14. Fonseca L, Sanchis C. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS DISTINTAS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO, ANSIEDAD Y MIEDO DENTAL EN ODONTOPEDIATRÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. *THERAPEÍA* 5 2013;81–95.
15. Villamizar J, Cardenas J, Amado J. Evaluación de la Técnica de Distracción por Sugestión Mágica (DSM) para la orientación del comportamiento de pacientes en Odontopediatría: Reporte de Casos. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* 2023;13:243.
16. Ramos Martínez K, Alfaro Zola L, Vidal Madera Anaya M, González Martínez F. Ansiedad y miedo en niños atendidos en consulta odontológica de la Universidad de Cartagena. *Revista Odontológica Mexicana [homepage on the Internet]* 2018;22(1):8–14. Available from: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
17. Mautz C, Fernández C, Saldivia C, Rodríguez C, Riquelme S, Linco J. Prevalencia de ansiedad dental en niños atendidos en los Servicios de Salud Públicos de Valdivia, Chile. *Odontoestomatología* 2017;19(30):59–64.
18. Teixeira B, GUINOT F, Bellet L. Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. Revisión bibliográfica. *Odontología Pediátrica Madrid* 2008;16(2):108–120.
19. Cuya R, Campos K. Técnicas de distracción utilizadas en Odontopediatría para la atención de niños de 5 a 10 años. Revisión de la literatura. *Odontología Pediátrica* 2023;23(1):48–57.
20. Segarra Ortells C, Ribelles Llop M, Borrell García C, Marqués Martínez L, Leyda Menéndez AM. Relaciones entre los estilos de crianza actuales, el empleo de las técnicas de orientación

del comportamiento y su enseñanza en Odontopediatría. Revisión bibliográfica. Revista de Odontopediatría Latinoamericana 2022;12(1).

21. Basso ML. Sobre técnicas y estrategias para el manejo y guía de la conducta en odontología pediátrica. Análisis de la literatura. Rev Asoc Odontol Argent 2021;109(2):124–136.
22. Padilla T. Evaluación de signos vitales, conducta y nivel de sedación en pacientes no cooperadores bajo sedación consciente con óxido nitroso. Odontología Pediátrica 2018;17(2):14–23.
23. Sias SS, Ayala C de la L, Pichardo VA. El dibujo como medio de evaluación del miedo/ansiedad en niños de 5 a 8 años en atención dental. Estudio descriptivo. Revista de Odontopediatría Latinoamericana 2018;8(2):179–193.

# Anexos

## Anexo 1



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
ESPECIALIDAD ODONTOLOGIA PEDIATRICA



**Evaluación de niveles de miedo en pacientes pediátricos hacia la consulta dental**

**Tesista: CD. Amairany Esperano Leyva**  
**Tutora: Dra. Perla Elena Núñez Serafín**

Carta de consentimiento para participación de padres y sus hijos

Estimado(a) señor/señora:

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Que tiene como objetivo evaluar los niveles de miedo en los pacientes pediátricos hacia la consulta dental.

Procedimiento:

Si usted acepta que su hijo(a) participe en el estudio, ocurrirá los siguientes:

1. A usted le haremos algunas preguntas sobre los datos de identificación de su hijo
2. A su hijo se le realizara una encuesta de subescala dental del programa de encuesta de miedo infantil

**Beneficios:** Ni usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio económico directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el Programa de especialidades en la odontología pediátrica de Tijuana, en el Proyecto de evaluación de los niveles de miedo en pacientes pediátricos hacia la consulta dental.

**Confidencialidad:** Toda la información que usted nos proporcione para el estudio como también los datos los datos que se obtendrán de su hijo(a) será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Su hijo(a) quedara identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, peros se presentarán de tal manera que no se podrán ser identificados(as).

**Riesgos Potenciales/Compensación:** No existe riesgo para ningún paciente, que se incluya en el presente estudio. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio y tampoco implicará algún costo para usted.

**Participación Voluntaria/Retiro:** La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en como le tratan en la Clínica de Especialidad de Odontología Pediátrica.

**Numero a Contactar:** Si usted tiene alguna pregunta, comentarios o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: **Amairany Esperano Leyva** al número de teléfono 6731184490, en un horario de lunes a viernes de 9:00 am a 4:00 pm.

**Consentimiento del padre/madre o tutor para la participación de su hijo(a)**

Su firma indica su aceptación para que usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio

Nombre del Padre/Madre/Tutor participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Día/Mes/Año

Firma:

Nombre completo del menor participante  
\_\_\_\_\_

## Anexo 2



**CONSENTIMIENTO DE ASENTIMIENTO**  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
ESPECIALIDAD ODONTOLOGIA PEDIATRICA



**Evaluación de niveles de miedo en pacientes pediátricos hacia la consulta dental**

**Tesista: CD. Amairany Esperano Leyva**  
**Tutora: Dra. Perla Elena Núñez Serafín**

Hola mi nombre es Amairany Esperano Leyva y estudio en el Programa de la Especialidad en Odontología Pediátrica de la Facultad de Odontología Campus Tijuana. Actualmente se está realizando un estudio para la evaluación de los niveles de miedo en pacientes pediátricos hacia la consulta dental y para ello quiero pedirte que nos apoyes. Tu participación en el estudio consistiría en unas encuestas de subescala dental del programa de encuestas de miedo infantil.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcionen/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a identificar signos y síntomas de los órganos dentales a tratar.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus resultados de las mediciones, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una  en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna , ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a \_\_\_ de \_\_\_ del \_\_\_.

# Anexo 3



**Universidad Autónoma de Baja California**  
**Facultad de Odontología Campus Tijuana**  
**Comité de Estudios de posgrado de la**  
**Especialidad en Odontología Pediátrica**  
**Cuerpo Académico Odontología Pediátrica y Ciencias Afines**

**ESCALA DE EVALUACIÓN DE MIEDOS EN NIÑOS (CFSS-DS)**

**I. Instrucciones:**

Marque con una X o rodee con un círculo la respuesta a cada una de las siguientes preguntas indicando tu grado de temor.

Que sientes en estas situaciones:

Ítem	Sin miedo	Poco miedo	Con miedo	Bastante miedo	Mucho Miedo
1. Dentistas	X	2	3	4	5
2. Médicos	1	X	3	4	5
3. Inyecciones	1	2	3	4	X
4. Que alguien examine tu boca	X	2	3	4	5
5. Tener que abrir la boca	X	2	3	4	5
6. Un extraño te toque	X	2	3	4	5
7. Alguien te mire	X	2	3	4	5
8. El motor del dentista	X	2	3	4	5
9. Ver el motor del dentista	X	2	3	4	5
10. Escuchar el ruido del motor del dentista	X	2	3	4	5
11. Tener alguien colocando instrumentos en tu boca	X	2	3	4	5
12. Asfixia	1	2	X	4	5
13. Tener que ir al Hospital	X	2	3	4	5
14. Persona con uniforme blanco	X	2	3	4	5
15. El dentista haciendo limpieza en tus dientes	X	2	3	4	5

**II. VALORACIÓN:**

- Sin miedo: Si el puntaje es igual a 15 puntos.
- Bajo miedo: Si el puntaje es igual a 16 puntos.
- Alto miedo: Si el puntaje es igual a 38 puntos o más.

Edad	6 años
Tratamiento	proti
Antecedentes de consulta dental	sellado

Ítems	Sin miedo	Poco miedo	Con miedo	Bastante miedo	Mucho miedo
Dentistas	😊	😐	😞	😡	😱

Firma de la Coordinadora de la Especialidad  
Fecha

Nombre y firma del tutor  
Fecha

## Anexo 4

### CARTA DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, ante el Comité de Estudios de Posgrado de la Especialidad en Odontología Pediátrica de la Facultad de Odontología Campus Tijuana de la Universidad Autónoma de Baja California, que la integridad de la investigación titulada **nombre del proyecto** NO esta indebidamente influenciada por un interés secundario de carácter económico o personal, en términos de lo establecido por el artículo 15.2 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de que los beneficios no deben constituir incentivos indebidos para participar en las actividades de investigación.

---

C.D. Amairany Esperano Leyva.