

Universidad Autónoma de Baja California

Facultad de Odontología Tijuana

Especialidad en Odontología Pediátrica



**Nivel de Ansiedad en Niños de 4 a 6 Años Atendidos en la Clínica de
Especialidad en Odontología Pediátrica UABC, 2019 y Caso Clínico**

**Trabajo Terminal para obtener el DIPLOMA de ESPECIALIDAD EN
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA**

PRESENTA

CD Laura Elena Contreras Fonseca

PRESIDENTE

Dra. Haydeé Gómez Llanos Juárez

SINODAL

MP Mindy Paola Martínez Gómez

SINODAL

MC Perla Elena Núñez Serafín

SINODAL

Dra. Lucrecia Rebeca Arzamendi Cepeda

Tijuana, Baja California, México

Diciembre 2020

Índice

Introducción	13
Marco teórico	18
Planteamiento del problema	32
Justificación	34
Hipótesis	36
Objetivos	37
Materiales y métodos	38
Resultados	47
Discusión	58
Conclusiones	62
Recomendaciones	63
Caso clínico	64
Referencias	84
Anexos	90

Votos aprobatorios

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA Especialidad en Odontología Pediátrica

Tijuana, Baja California a; 18 de noviembre de 2020

**Comité de Estudios de Posgrado
Presente**

Por medio del presente, me permito informar que el trabajo: **Nivel de Ansiedad en Niños de 4 a 6 Años Atendidos en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC, 2019 y Caso Clínico**

Propuesto por la **CD Laura Elena Contreras Fonseca**, fue revisado y ha sido aprobado para su impresión.

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

ATENTAMENTE



**Dra. Haydeé Gomez Llanos Juárez
PRESIDENTE**

Ccp.- Archivo.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
Especialidad en Odontología Pediátrica

Tijuana, Baja California a; 18 de noviembre de 2020

Comité de Estudios de Posgrado
Presente

Por medio del presente, me permito informar que el trabajo: **Nivel de Ansiedad en Niños de 4 a 6 Años Atendidos en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC, 2019 y Caso Clínico**

Propuesto por la **CD Laura Elena Contreras Fonseca**, fue revisado y ha sido aprobado para su impresión.

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

ATENTAMENTE


MP Mindy Paola Martínez Gómez
SINODAL

Ccp.- Archivo.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
Especialidad en Odontología Pediátrica

Tijuana, Baja California a; 18 de noviembre de 2020

**Comité de Estudios de Posgrado
Presente**

Por medio del presente, me permito informar que el trabajo: **Nivel de Ansiedad en Niños de 4 a 6 Años Atendidos en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC, 2019 y Caso Clínico**

Propuesto por la **CD Laura Elena Contreras Fonseca**, fue revisado y ha sido aprobado para su impresión.

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

ATENTAMENTE



MC Perla Elena Núñez Serafín
SINODAL

Ccp.- Archivo.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
Especialidad en Odontología Pediátrica

Tijuana, Baja California a; 18 de noviembre de 2020

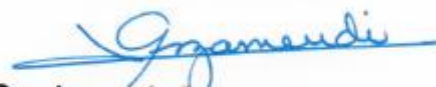
Comité de Estudios de Posgrado
Presente

Por medio del presente, me permito informar que el trabajo: **Nivel de Ansiedad en Niños de 4 a 6 Años Atendidos en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC, 2019 y Caso Clínico**

Propuesto por la **CD Laura Elena Contreras Fonseca**, fue revisado y ha sido aprobado para su impresión.

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

ATENTAMENTE



Dra. Lucrecia Rebeca Arzamendi Cepeda
SINODAL

Ccp.- Archivo.

Agradecimientos

Un trabajo de investigación es fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el que no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.

En primer lugar quiero agradecer a mi tutora, la Dra. Haydeé Gómez Llanos Juárez, quien con su experiencia, conocimientos y apoyo me guió a través de cada una de las etapas de este proyecto para lograr obtener los resultados que se buscaban. Gracias por su tiempo y confianza.

Asimismo, considero importante agradecer al Programa de Posgrado en Odontología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por brindarme los recursos y herramientas necesarias para llevar a cabo el proceso de investigación. Sin duda, no hubiese podido culminar esta investigación y mi formación como Especialista sin su apoyo.

Por su paciencia y orientación durante el desarrollo de la presente investigación, agradezco a la MP Mindy Martínez, pues fue pieza clave en la interpretación de los resultados de las escalas aplicadas a los pacientes objetos de este estudio.

Finalmente doy las gracias a mis compañeras y a mi familia, por cada palabra de aliento durante este proceso de formación.

A todos ustedes, muchas gracias.

Dedicatoria

A Dios, por darme vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi formación profesional como Especialista, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo, felicidad.

A mis Padres, Laura Elena y Arturo, por su amor, apoyo, por los valores que me han inculcado y su sacrificio para darme la oportunidad de tener una excelente educación y estudiar esta Especialidad.

A mis hermanas, Carolina y Karina, por su cariño y ser parte importante de mi vida, por sus oraciones, consejos y palabras de aliento en el momento oportuno.

A mi futuro Esposo, Rubén Luis, por ayudarme a alcanzar mis objetivos con su amor, paciencia y consejos para concluir esta meta estando a distancia.

A mis amigas Daylin, Brenda y Carolina, por motivarme a seguir adelante en los momentos difíciles y sobre todo, porque su amistad significó tener una familia cerca durante mi formación, estando lejos de casa.

Todo mi cariño y admiración para ustedes.

Resumen

Introducción: La ansiedad dental es el estado emocional de preocupación anticipada por temor al tratamiento dental. Se estima prevalencia entre el 6% y 20%. La ansiedad de los padres, experiencias previas y percepción sobre el comportamiento del niño durante el tratamiento juegan papel importante en la conducta del paciente. La psicología en odontopediatría se basa en conocimientos y técnicas para evaluar y modificar conductas en escenarios de procedimientos odontológicos. El dibujo es una manifestación simbólica de la función.

Objetivo: Evaluar el nivel de ansiedad en niños de 4 a 6 años atendidos en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica, UABC, Campus Tijuana, 2019.

Método: 60 pacientes entre 4 y 6 años, de primera experiencia, clasificados en 4 grupos de 15: 2 sin anestésico y madre presente o ausente y 2 con anestésico y madre presente o ausente. Se aplicó el test de figura humana de Koppitz al niño antes y después de la consulta y a su madre, la escala de ansiedad de Corah para determinar si existió relación entre la ansiedad del niño y la de su madre ante el tratamiento.

Resultados: 17% de los pacientes que tuvo ansiedad postoperatoria, sus tutores presentaron ansiedad elevada mientras estuvieron en espera. No hubo relevancia significativa entre la aplicación de anestésico con la ansiedad del paciente.

Discusión: El 51.7% de los pacientes entre 4 y 6 años presentó ansiedad preoperatoria, la incidencia mayor fue en el grupo de 4 y 5 años con un 73%, lo que difiere con lo reportado por Marcano y cols. La Escala de Ansiedad de Corah reportó que el 41.7% presentó nivel moderado, semejante al reporte de Kronina y cols.

Conclusión: El test de figura humana de Koppitz fue una excelente herramienta para evaluar la ansiedad dental en niños. La escala de ansiedad de Corah permitió determinar que la ansiedad y actitud de los padres frente al tratamiento influye directamente sobre el comportamiento del niño.

Palabras clave: *ansiedad, psicología infantil, conducta.*

Abstract

Introduction: Dental anxiety is the emotional state of anticipated worry due to fear of dental treatment. Prevalence is estimated between 6% and 20%. Parental anxiety, previous experiences, and perception of the child's behavior during treatment play an important role in the patient's behavior. Psychology in pediatric dentistry is based on knowledge and techniques to assess and modify behaviors in dental procedure settings. The drawing is a symbolic manifestation of the function.

Objective: To evaluate the level of anxiety in children between 4 and 6 years old attended at the Specialty Clinic in Pediatric Dentistry, UABC, Campus Tijuana, 2019.

Method: 60 first-experience patients between 4 and 6 years old, classified into 4 groups of 15: 2 without anesthetic and mother present or absent and 2 with anesthetic and mother present or absent. The Koppitz human figure test was applied to the child before and after the consultation and to his mother, the Corah anxiety scale to determine if there was a relationship between the child's anxiety and that of his mother regarding the treatment.

Results: 17% of the patients who had postoperative anxiety, their tutors presented elevated anxiety while they were waiting. There was no significant relevance between the application of anesthetic with the patient's anxiety.

Discussion: 51.7% of the patients between 4 and 6 years old presented preoperative anxiety, the highest incidence was in the group of 4 and 5 years with 73%, which differs from that reported by Marcano et al. The Corah Anxiety Scale reported that 41.7% presented a moderate level, similar to the report by Kronina et al.

Conclusion: The Koppitz human figure test was an excellent tool to evaluate dental anxiety in children. The Corah anxiety scale allowed determining that the anxiety and attitude of the parents towards the treatment directly influences the behavior of the child.

Keywords: *anxiety, child psychology, behavior.*

Introducción

La ansiedad dental se describe como el estado emocional aversivo de aprehensión o preocupación anticipada por el temor a recibir el tratamiento dental.¹ Identificar las variables comportamentales que influyen en la salud dental de las personas es imprescindible si se pretende dar un abordaje completo. Existe evidencia clara de que la ansiedad dental genera una disminución del estado de salud oral del paciente, aumentando la presencia de caries sin tratamiento y el número de órganos dentarios con lesiones cariosas.² Se estima prevalencia entre el 6% y 20% en niños de 4 a 18 años de edad.³

En odontología pediátrica el éxito a largo plazo de cualquier tratamiento depende en gran parte del nivel de cooperación del paciente. Uno de los enfoques más importantes en el manejo de conducta es la presencia o ausencia de los padres durante el operatorio dental. La ansiedad de los padres, experiencias dentales previas y su percepción sobre el comportamiento del niño durante el tratamiento dental juegan un papel importante en la conducta del paciente pediátrico durante su consulta dental.⁴

El comportamiento del paciente pediátrico varía de acuerdo a su edad, características psicosociales, personalidad, ambiente familiar y experiencias dentales objetivas traumáticas o subjetivas.⁵ Tratamientos de emergencia o con manejo del dolor que requieran utilización de anestésico local empeoran el comportamiento del paciente en citas subsecuentes puesto que la sensación de dolor durante el tratamiento dental promueve el sentimiento de la ansiedad.⁶

El miedo o ansiedad en los niños como respuesta emocional ante la percepción amenazante de procedimientos clínicos dentales genera comportamientos no cooperadores que obstaculizan las intervenciones. La psicología en odontopediatría utiliza conocimientos teóricos y técnicas para evaluar, controlar y modificar dichos comportamientos con elementos de diagnóstico como el dibujo infantil y su interpretación. Los odontopediatras deben minimizar la exposición a estímulos que desencadenan ansiedad dental y convertir el tratamiento en una experiencia eficaz. Es importante profundizar en el conocimiento de las diversas técnicas de evaluación de la ansiedad dental infantil, sin embargo los dibujos son considerados especialmente útiles por varios autores. Por tanto, se puede afirmar que el dibujo es indudablemente una manifestación de la función simbólica (reproducción grafica interna del individuo).⁷

Los factores familiares externos tales como determinantes congénitos, traumas y experiencias dentales desfavorables pasadas específicamente relacionadas con el tratamiento invasivo o doloroso constituyen potenciales generadores de ansiedad dental subjetiva del paciente pediátrico. Especialmente la capacidad de la madre para hacer frente a la ansiedad del niño juega un papel importante para el manejo de su conducta durante el tratamiento dental, por ello las motivaciones apropiadas hacia el niño previas a su consulta promueven una buena experiencia.⁸

Dentro de la literatura revisada se encontró:

Caltabiano y cols.¹ en la investigación *Dental anxiety in patients attending a student dental clinic*, utilizaron la Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS) de Corah en el año 2018 para valorar el efecto de los procedimientos dentales en los niveles de ansiedad de 102 pacientes de 18 años de edad o mayores, 56 del género masculino y 43 femeninos. Evaluaron mediante un cuestionario los factores que incrementaban la ansiedad como la duración de la consulta o el grado de invasión del procedimiento así como la disminución del miedo, tomando en cuenta la percepción de las habilidades interpersonales de los estudiantes y su capacidad clínica. El género femenino reportó puntajes de MDAS mayores (M=11.93) en comparación con el masculino (M=9.34). Encontraron reducción de la ansiedad dental previa al tratamiento y que los niveles de ansiedad preoperatoria eran mayores a los postoperatorios.

En el estudio descriptivo titulado *El dibujo como medio de evaluación del miedo y ansiedad en niños de 5 a 8 años en atención dental* publicado en el 2018 por Sías, Ayala y Pichardo⁹, utilizaron el test de dibujos de Venham y la técnica proyectiva del dibujo de la figura humana. Ambas escalas fueron aplicadas en un grupo de 29 niños de ambos géneros que acudieron por primera vez a atención dental para evaluar el grado de miedo y ansiedad. El 82% de la población estudiada presentó diversos grados de ansiedad (leve o nula, moderada, elevada y severa o fobia) siendo el grado leve el de mayor representatividad con un 62%. El 86% de los niños evaluados presentó miedo, mismo que fue manifestado principalmente por 17 pacientes de 8 años de edad correspondiendo al 58%. Determinaron que la mayoría de los niños que acuden

por primera vez a consulta dental sufren de ansiedad y miedo dental de acuerdo a los tests de dibujos de la figura humana y de Venham.

En el 2017, Kronina y cols.⁸ evaluaron la ansiedad de 240 niños de rangos de edad entre 4 y 12 años y la de sus padres en el artículo *Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety*. El 51% fueron niñas y el 49% niños reportando correlación en la ansiedad experimentada entre ambos aplicándoles la Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS) de Corah. Para la ansiedad de los padres determinaron puntuaciones promedio de 9.76 que corresponde a un nivel moderado.

González-Cademartori⁶ y cols. publicaron la investigación *Behavioral changes during dental appointments in children having tooth extractions* donde evaluaron el comportamiento durante la cita previa a la extracción dental, durante el tratamiento y la cita posterior al mismo, utilizando la Escala de dibujos de Venham. Reportaron menor prevalencia de comportamiento cooperador durante las citas de extracción dental (71.9%) que en las anteriores (89.9%) o subsecuentes (91.1%).

El artículo titulado *Prevalence of dental anxiety in 10-14 years old children and its implications* publicado en el 2016 por Mayank, Astha y colaboradores¹⁰ reportaron un estudio en el que incluyeron a 250 niños de las escuelas de la ciudad de Belgaum, India, para proporcionar información sobre la asociación entre la caries y la experiencia de miedo o ansiedad a los procedimientos dentales. Utilizaron el cuestionario de la subescala dental sobre

el miedo de los niños (CFSS-DS, por sus siglas en inglés) incluyendo a aquellos que tuvieran como resultado un puntaje mayor a 38. Llevaron a cabo exámenes orales de acuerdo a los criterios estipulados por la OMS. El 42% (105 niños) experimentaron miedo dental. Las puntuaciones fueron mayores en las infiltraciones anestésicas, seguida de la pieza de alta velocidad y la sensación de asfixia. Encontraron que las niñas son más ansiosas que los niños además de que la ansiedad dental disminuye con el aumento de la edad y la experiencia.

En el Reino Unido, la encuesta nacional *Health and social care information centre, 2013*¹² aplicada a 9,866 pacientes reportó altos niveles de ansiedad dental en el 14% y el 10% de los jóvenes de 12 y 15 años, respectivamente.

Marcano, Figueredo y Orozco¹³ evaluaron en el año 2012 la *Ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica*. Consideraron una muestra de 120 niños a quienes se les aplicó la Escala de Ansiedad de Corah, Escala de evaluación de miedos dentales y Test de dibujos de Venham. El 89.17% de los niños presentaron ansiedad según el test de dibujos de Venham, mientras la Escala de ansiedad de Corah evidenció ansiedad en un 80.8%, arrojando a los 6 años de edad un nivel de ansiedad alto con un 20%. La Escala de evaluación de miedos dentales destacó un 70.9% reportando que a los 6, 7 y 8 años los pacientes experimentaron un nivel de miedo alto entre el 16% y 22%, respectivamente, siendo a los 6 años donde las ilustraciones describieron niveles de ansiedad moderados y altos en un 76%.

Marco teórico

Ansiedad

A nivel conceptual, la ansiedad es un estado psicológico que se presenta de manera desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos, que son manifestaciones de contenido intrapsíquico. La palabra miedo proviene del latín *metus*, es una alteración del ánimo que produce angustia ante un peligro o un eventual perjuicio, ya sea producto de la imaginación o propio de la realidad.²

La ansiedad se caracteriza como un sentimiento incierto y desagradable acompañado por la premonición de que algo indeseable está a punto de suceder. Su etiología es variable, se han sugerido factores genéticos pero sobre todo ambientales, así como determinantes congénitos, traumatismos y antecedentes de experiencias dentales desfavorable influidos por la edad, género y nivel educacional. Se describe como un problema generalizado en poblaciones de diferentes países, donde estudios previos reportan nerviosismo en el 64% de los pacientes que reciben tratamiento dental. Esta condición es un problema psicológico serio de gran importancia puesto que influye en la salud física del paciente.⁶

Es un sentimiento de miedo, donde en muchas ocasiones la persona no identifica las razones de dicho sentimiento, lo que aumenta ostensiblemente la angustia manifestada o bien, es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, la cual es una experiencia individual, subjetiva que varía entre las personas y genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una

barrera importante para la búsqueda de atención dental. La ansiedad dental puede presentarse de manera anticipada, con sólo pensar en el encuentro con un estímulo que provoca miedo. Es un estado de aprensión de que algo terrible pasará en relación al tratamiento dental, lo que va acompañado de un sentido de pérdida de control. Por otra parte el miedo, a diferencia de la ansiedad no es un concepto multidimensional. Puede ser entendido como un sentimiento de inminente daño, mal, problema o una respuesta emocional que se manifiesta como un sentimiento vago de aprehensión o inquietud pero puede alcanzar niveles extremos como terror o pánico.¹²

Comúnmente se desarrolla en la infancia y más de un tercio de los niños reportan temor a visitar al dentista. El temor dental puede evitar que los niños cooperen regularmente con los servicios dentales y completen el tratamiento dental, lo que puede tener un impacto negativo en el estado de salud oral y la calidad de vida de estos niños.¹⁴

Ansiedad Dental

Puede describirse como un estado emocional aversivo de aprensión o preocupación anticipada del temor al estímulo del tratamiento dental. Se ha descubierto que la ansiedad dental juega un papel central en el deterioro de la salud oral. Los investigadores han descrito las características de evasión de las personas ansiosas y, por lo tanto, dejan que sus problemas de salud bucal empeoren. Su deterioro provoca vergüenza y evasión al dentista hasta que la experiencia de dolor o síntomas insoportables lleve al paciente a buscar

tratamiento. Este patrón refuerza el miedo al mismo y sentimientos de ansiedad. Estudios recientes establecen que las experiencias de dolor dental o trauma se asocian a experiencias negativas. Sin embargo, la literatura indica que el miedo se reduce a través de visitas regulares al dentista. Algunas implicaciones que surgen al tratar con un paciente ansioso incluyen mayor número de cancelaciones de citas, pacientes que no acuden a consulta, salud oral deteriorada y percepciones elevadas de dolor.^{1, 16}

El tratamiento dental puede ser percibido como una experiencia tortuosa que influye en el comportamiento del paciente infantil, afectando negativamente su salud dental, similar a determinadas enfermedades o problemas bucales afectan el comportamiento de aquellos que padecen de ansiedad y miedo ante la consulta, modificando considerablemente el desarrollo de una consulta rápida y exitosa, propia de un buen manejo clínico. En los niños, la ansiedad y miedo al tratamiento influyen en un comportamiento no cooperador, dificultando el tratamiento oportuno. Los odontopediatras deben minimizar la exposición a estímulos que desencadenan ansiedad y convertir el tratamiento en una experiencia eficaz.²

Una experiencia desagradable en la primera visita, puede influir negativamente en los tratamientos posteriores y desarrollar ansiedad. El miedo y la ansiedad representan un problema sustancial para pacientes infantiles y odontopediatras. Una proporción considerable de la población está preocupada por la salud oral, reconociéndose que ello puede actuar como una barrera para la rehabilitación. En los niños, la ansiedad y miedo al tratamiento han generado

una serie de complicaciones en el manejo del paciente infantil durante años, influyendo en un comportamiento no cooperador, el cual imposibilita un tratamiento dental oportuno. Dicha ansiedad ante los procedimientos clínicos crea un estado de alarma de que algo aterrador ocurrirá en relación con su visita. Tanto el miedo como la ansiedad pueden afectar la conducta del niño a lo largo de la consulta y, por tanto, influir en el resultado de su experiencia. Los principales factores que dificultan el tratamiento, asumen una etiología multifactorial que incluye: género, edad y origen cultural del niño, actitud del odontólogo y ansiedad de la madre. Cada una favorece en parte a la manifestación del cuadro. Esto conlleva a futuro efectos negativos en él como: inhibición psicológica y ocasionales evasivas a escenarios odontológicos, causando detrimento en su salud bucal e incluye problemas asociados como estigmas sociales y sentimientos de timidez y sumisión.^{2, 28}

Es un problema generalizado en poblaciones de diferentes países, representa un problema psicológico importante, una condición grave que también influye en la salud física del paciente. Su etiología es variada. Se han sugerido varios factores genéticos y ambientales, incluidos determinantes congénitos, traumas y experiencias dentales desfavorables pasadas y está específicamente relacionada con el tratamiento invasivo o doloroso. El tratamiento de pacientes con miedo y ansiedad dental es difícil para los dentistas. Los odontólogos pueden sentirse ansiosos cuando tratan con estos pacientes porque las personas con ansiedad dental son más difíciles de controlar

y, en consecuencia, los procedimientos de tratamiento dental toman mucho tiempo.⁶

Tiene una prevalencia estimada del 6 al 20% en niños de edades entre 4 y 18 años. Se asocia al aumento en la prevalencia de dientes cariados y extraídos, mayores episodios de dolor y atención profesional con síntomas presentes y pobre salud oral relacionada a la calidad de vida. A medida que la ansiedad dental progresa en pacientes jóvenes, conlleva implicaciones negativas para la salud oral que va desde la niñez hasta la etapa adulta. Según Klingberg y Broberg, el miedo y ansiedad se asoció más estrechamente con rasgos temperamentales como la timidez, la inhibición y la emocionalidad negativa, mientras que los problemas de comportamiento se relacionaron con la hiperactividad e impulsividad.¹⁰

El miedo y la ansiedad han sido reconocidos como los principales motivos que dificultan la atención del niño en odontología, por lo que se ha propuesto el uso de instrumentos de evaluación para conocer los valores de éstos en pacientes odontopediátricos. La atención odontológica destinada al abordaje de los niños ha sido estudiada durante muchos años por los numerosos factores negativos a los que se enfrenta el odontólogo al momento de la consulta, tales como el miedo, la ansiedad, falta de interés y motivación de los padres para que sus hijos reciban tratamiento odontológico entre otras.¹¹

Miedo dental

El miedo dental infantil en la actualidad para muchos expertos es considerado desde una perspectiva amplia, como una reacción fóbica aprendida y condicionada por una experiencia previa o aprendizaje social.¹¹

Presenta una importante prevalencia, con tasas que van del 4% al 23% en países europeos, siendo un fenómeno “sumamente extendido” en el Reino Unido. En Sudamérica, estudios reportan tasas de 34.7% en preescolares, mostrando a su vez que los pacientes de dichos niños también presentan una alta incidencia de ansiedad dental con un 41.1%.¹²

La ansiedad dental infantil está relacionada íntimamente con todos y cada uno de los procedimientos en lo que a salud bucodental se refiere. Se estima que afecta al 16% de los niños en edad escolar.¹¹ Es conocida como una cuestión de importancia significativa durante muchos años. Se ha informado que el 5 al 52% de los niños han experimentado algunos niveles de miedo o ansiedad dental. Por lo tanto, el manejo de la ansiedad en los niños es uno de los factores más importantes que pueden ayudar a garantizar una atención exitosa.¹⁵

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en la actualidad, cerca de 17 millones de niños y adolescentes, entre 5 y 17 años de edad, sufren algún trastorno psicológico grave que amerita tratamiento especializado (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2001). Diversas investigaciones epidemiológicas señalan que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia durante la infancia y la adolescencia e informan de tasas de

prevalencia que van desde el 2.6% al 41.2%. El trastorno de ansiedad generalizada es el segundo trastorno de salud mental más común en niños y adolescentes, afectando al 6.9% de niños entre 4 y 17 años de edad, puede causar deterioro en sus relaciones familiares y en el desarrollo social y escolar del mismo. El desarrollo de problemas de conducta es muy común, donde los principales son trastorno de hiperactividad y déficit de atención, autismo y dificultades de aprendizaje.¹⁶

Estudios epidemiológicos realizados por Meltzer, Bittner, Costello y colaboradores indican que los trastornos de ansiedad son los problemas psicológicos más diagnosticados en niños y adolescentes españoles y los de mayor demanda asistencial en las unidades de salud mental. Su prevalencia puede variar de forma considerable en función de la edad, de los instrumentos de evaluación utilizados en los estudios o de la fuente de información, entre otras variables. Se estima que entre un 15-20% de niños y adolescentes tienen un trastorno de ansiedad, aunque algunos estudios han encontrado una prevalencia menor.¹⁷

La experiencia de dolor durante el procedimiento provoca que el paciente sienta ansiedad durante las futuras citas. Por otro lado, se ha mostrado el efecto condicionante que esto representa para citas posteriores. Existe fuerte asociación entre comportamiento no cooperador y los tratamientos dentales demasiado invasivos incluidas las extracciones dentales. El cambio en el comportamiento durante una extracción es asociado a la sensación de la anestesia local, sabores familiares o desagradables, miedo al sangrado, entre

otros, que conducen a comportamientos evasivos. Sin embargo, otros estudios sugieren que la experiencia de dolor provoca a la ansiedad y un peor comportamiento del niño.¹⁸

Necesidad de atención dental infantil en México

En la actualidad, según el último reporte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) en 2015, los datos muestran que para los niños de 2 a 4 años la proporción de caries dental es superior al 66% y en aquellos de 5 a 9 años es superior al 71% en el periodo 2005-2014 en México. Las necesidades de atención odontológica infantil corresponden a un 51.1% en la población de Baja California.¹⁹

Técnicas de manejo de conducta

La mayor dificultad que enfrenta el odontopediatra es realizar procedimientos a niños no cooperadores, pues ellos presentan comportamientos que dificultan y retardan las intervenciones. La psicología en odontopediatría se basa en los conocimientos teóricos y las técnicas que proceden de la psicología en salud, para evaluar, controlar y modificar conductas que emergen en escenarios de procedimientos odontológicos. El psicólogo Jean Piaget manifiesta que la función simbólica o semiótica es adquirida entre los 1.5 a 2 años de edad, posterior al periodo sensomotor cuya función es exclusiva del ser humano, siendo la capacidad para representar un significado (objeto, acontecimiento) a través de un significante (forma de representar algo). El dibujo

es la reproducción grafica interna del individuo, es decir el niño personifica en dibujos lo que sabe del objeto, no lo que ve de él, utilizando signos para representar objetos y/o situaciones. Por tanto, se puede afirmar que el dibujo es, indudablemente, una manifestación de la función simbólica. La relación niño-odontopediatra es compleja. Su desarrollo y fortalecimiento permiten establecer la confianza necesaria para que las acciones odontológicas sean eficaces. Por ello, un abordaje psicológico del niño en el consultorio dental constituye una etapa especial en la atención suministrada. Singh H. y Rehman R, manifiestan que, en odontopediatría, las técnicas para el manejo de conducta tienen como objetivo lograr la comunicación y la educación. Para que exista una relación positiva entre el dentista y el niño, previamente se construye un procedimiento en constante cambio de actitudes entre clínicos y padres. Quiroz-Torres en el año 2012, manifiesta que el manejo de la conducta en odontopediatría consiste en usar técnicas tradicionales, posiblemente satisfactorias, pero la actitud de padres y de odontólogos hacia ellas está cambiando, debido a nuevas corrientes tecnológicas y a la tendencia actual de promoción de salud con la medicina natural o alternativa. Por esta razón han surgido nuevas técnicas no farmacológicas y no aversivas, que son efectivas y mejor aceptadas por los padres, principalmente para lograr reducir los niveles de miedo dental y ansiedad dental. Pirés-Corrêa y Tello en 2013, sugieren que la psicología ayuda a comprender y explicar las relaciones humanas. En odontopediatría es importante el conocimiento de esta ciencia para un adecuado manejo de la conducta del

niño, permitiendo que la consulta dental infantil sea una experiencia fascinante, positiva, confortable y sin traumas.^{2, 15, 28}

Las técnicas de orientación conductual se utilizan para aliviar la ansiedad, fomentar una actitud dental positiva y ayudar a realizar una atención de salud oral de alta calidad de forma segura y eficiente (Academia Americana de Odontología Pediátrica, AAPD 2015). Las técnicas básicas de guía de conducta consisten en las técnicas específicas de imágenes antes de la visita, observación directa, decir-mostrar-hacer, ask-tell-ask, control de voz, comunicación no verbal, reforzamiento positivo, distracción y reestructuración de la memoria. Además, existen técnicas avanzadas que incluyen estabilización protectora, sedación y anestesia general. La distracción desvía la atención del paciente de lo que puede percibirse como un procedimiento desagradable (AAPD, 2015). Esta técnica está bien documentada en entornos médicos para adultos y se está volviendo más popular entre los niños para aliviar la ansiedad dental, pero el número de estudios bien diseñados en este campo todavía es limitado y también existen algunas controversias con respecto a la efectividad de distracción durante el procedimiento de tratamiento dental.

Existen dos tipos principales de métodos de evaluación de la ansiedad dental:

1. Técnicas de medición que se basan en algún tipo de autoinforme (escalas psicométricas y técnicas proyectivas).

2. Técnicas basadas en las observaciones de las reacciones de los niños por parte de otros (medidas fisiológicas y calificaciones del comportamiento del niño durante las visitas al dentista).¹⁵

En una revisión sistemática de 21 estudios realizada por Goettems y cols.¹¹ en el 2016 titulada *Nonpharmacologic Intervention on the Prevention of Pain and Anxiety During Pediatric Dental Care: A Systematic Review*, la mayoría de los estudios probaron la eficacia de las técnicas de distracción. Incluyeron estudios realizados en niños y adolescentes donde evaluaron el efecto de las intervenciones en su comportamiento, la ansiedad y percepción del dolor hasta que concluyera el tratamiento dental. La ansiedad fue evaluada por diez estudios, en 4 se encontraron diferencias entre los grupos de intervención y control y dos encontraron diferencias entre el tipo de intervenciones. Cinco estudios investigaron la percepción del dolor donde 3 de ellos encontraron diferencias comparativas entre los grupos donde hubo intervención odontológica y los que no la tuvieron.

La separación del niño del padre eliminó muchos problemas relacionados con el comportamiento según el estudio de Kamp en 1992 y excluir al padre del consultorio dental le permite al dentista desarrollar una relación con el niño sin ninguna interferencia. Según Olsen, se debe evitar la separación del niño de los padres durante sus visitas iniciales, ya que su presencia puede ayudar a predecir el comportamiento futuro del niño.²⁰

Test de Figura Humana de Koppitz

El valor diagnóstico del dibujo fue estudiado por los teóricos del psicoanálisis, partiendo del concepto de “proyección”. Al hablar de proyección, la teoría dinámica hace referencia a la exteriorización de cualidades que están en el propio sujeto, provenientes de la relación con las figuras significativas de la vida y que se adjudican a un objeto o vínculo fuera de él. La interpretación de los dibujos proyectivos se basa en 3 conceptos importantes: a) el empleo de los significados simbólicos; b) la experiencia clínica con los mecanismos de desplazamiento y sustitución; y c) el desciframiento de la simbolización movilizadora en dichos dibujos. Desde esta perspectiva las técnicas proyectivas gráficas implican una significativa aportación al diagnóstico infantil.²¹

El Test del Dibujo de la Figura Humana es un instrumento que goza de gran consideración en cuanto a su utilidad aplicada en el ámbito de la psicología. La importancia de identificar pensamientos, sentimientos y vivencias cotidianas en los niños a través del dibujo tiene una larga tradición. Este valor reside en que es el medio gráfico humano por excelencia antes de la aparición de la escritura (Weschler, 1996). Permite reflejar y sintetizar en una imagen la conflictiva y los rasgos de personalidad, así como ciertos aspectos del desarrollo madurativo y cognitivo de quien lo ejecuta.^{22, 23}

Existe extensa literatura sobre la validez de los distintos sistemas del dibujo de la figura humana que evalúan la capacidad intelectual. En México, se reportó en 2018 un estudio en 151 niños indígenas yaquis a quienes se les aplicó este test como una medida de la madurez intelectual, donde concluyeron que

tiene fiabilidad y validez por sus resultados consistentes y que el instrumento mide el constructo que se pretende medir, recomendándose la utilización de las normas obtenidas para la interpretación de resultados.^{24, 25}

Escala de Ansiedad Modificada de Corah

En 1969, Corah publicó una escala para la evaluación de la ansiedad dental que contiene 5 escenarios esperando en el consultorio dental al operador, antes de la utilización de la pieza de alta velocidad y uso de ultrasónico así como durante el tratamiento.²⁶

Cada pregunta tiene cinco posibilidades de ser respondida en una escala Likert, otorgándosele una puntuación ascendente del 1 al 5, representado por “sin ansiedad” hasta “extremadamente ansioso”. Por tanto, como calificación final conlleva una posible puntuación máxima para toda la escala de 25 puntos, considerándose a partir de 14 y 19 puntos respectivamente una persona altamente ansiosa. El paciente generalmente puede completar la escala en aproximadamente 3 minutos. Es un predictor confiable, válido y útil de la ansiedad del paciente en el consultorio dental. Como ventajas de ésta, se ha reportado su facilidad de respuesta, formato corto y utilidad de los datos que muestra, así como su buena confiabilidad y validez, así como sus buenas propiedades psicométricas avaladas por su confiabilidad y validez para este fenómeno psicológico. Además, es la escala mayormente utilizada a nivel internacional para medir ansiedad ante el tratamiento estomatológico en

investigaciones, por lo que se puede considerar el instrumento indicado científicamente para evaluar ansiedad en el medio estomatológico.^{26, 27}

Planteamiento del problema

Las experiencias del niño durante la atención odontopediátrica deberían ser idealmente sin estrés ni miedo, por lo que el paciente en su primera visita debe mostrar curiosidad por conocer e involucrarse, junto con sus padres, en las técnicas y en los tratamientos preventivos, para evitar restauraciones a temprana edad que impliquen o no técnicas anestésicas, de tal manera que en estas citas se logre, por medio de las diversas técnicas del manejo de conducta, formar buenos pacientes adultos con experiencias dentales placenteras y promover la salud oral desde que se planifica la gestación de un nuevo ser.

Se ha demostrado que generar experiencias positivas durante la consulta odontológica puede reducir la ansiedad y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud oral de los niños. Existen estudios para evaluar la efectividad de recursos adicionales para el manejo del comportamiento durante el tratamiento dental que sirven de apoyo como distractores mediante la visualización de imágenes positivas de cuidado bucodental, musicoterapia, medios audiovisuales y dibujos, mismos que contribuyen en la cooperación y mejora del comportamiento del niño disminuyendo la ansiedad y percepción del dolor además de mejorar de manera proporcional el control del comportamiento del paciente por parte del profesional así como el tiempo de atención y comodidad de ambos durante el tratamiento odontológico.

El miedo y la ansiedad dentales pueden tener un efecto psicológico, cognitivo y de conducta negativa en niños. La ansiedad durante el tratamiento odontológico representa un serio problema en niños, puesto que lo asocian al dolor. Por otro lado, el comportamiento enfocado en el grado de cooperación del paciente la mayoría de las veces está condicionado, por situaciones diversas tales como nivel de desarrollo mental, temperamento y experiencias previas desfavorables, así como la actitud y ansiedad que experimentan los padres.

En la sala de espera de la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica se aprecia la ansiedad en los tutores y en los pacientes, previo a recibir atención y durante el tratamiento odontológico. Medir la ansiedad con la aplicación del Test de Figura Humana de Koppitz a los pacientes pediátricos que acuden a la clínica y con la Escala de ansiedad de Corah la de sus tutores, mediante el aprovechamiento del área lúdica y la realización de dibujos, permitirá al Odontólogo Pediatra conocer el nivel de ansiedad del paciente y seleccionar las técnicas de manejo de conducta adecuadas, con base en los resultados obtenidos de los tests. Por lo anterior expuesto, surgió la pregunta: ¿Cuál es el nivel de ansiedad en niños de 4 a 6 años atendidos en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC, Campus Tijuana, durante el 2019?

Justificación

La ansiedad y miedo dentales se reconocen como los principales motivos que dificultan la atención del niño en Odontopediatría, por lo que es importante el uso de instrumentos de evaluación para conocer los valores de éstos en pacientes infantiles.

Frente al tratamiento odontológico es común que los pacientes pediátricos presenten sensaciones de ansiedad y temor a lo que van a experimentar durante la consulta, mayormente cuando se va a requerir anestésico local, lo que representa un factor determinante para su comportamiento a lo largo de su rehabilitación. El manejo de conducta del paciente infantil es un componente clave para el éxito en la Odontopediatría, considerando estas técnicas como modelos de aprendizaje.

Mediante la utilización de la Escala de Ansiedad de Corah y el Test de Figura Humana de Koppitz, el Odontólogo Pediatra contará con herramientas para determinar el nivel de ansiedad que experimentan sus pacientes y tutores los mismos, previo y posterior al tratamiento dental, aplicándolos en aquellos cuya visita sea de primera experiencia, tanto para los que se atenderán sin necesidad de anestesia local como en los que sí será necesaria, de tal manera que le permita identificar el momento en el que el paciente se siente más ansioso y emplear el manejo de conducta adecuado, así como sensibilizar a sus tutores para lograr mayor cooperación ante el tratamiento.

Por otro lado, estas herramientas permiten determinar si el nivel de ansiedad del paciente cambia en presencia o ausencia de su tutor y al mismo tiempo, dar énfasis en la explicación que se les brinda a los padres acerca de los tipos de manejo de conducta que se le realizará a sus hijos y el plan de tratamiento que se llevará a cabo.

Hipótesis

Los pacientes pediátricos de 4 a 6 años de edad atendidos en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC, Campus Tijuana, 2019, presentan ansiedad durante el tratamiento dental.

1. Los pacientes pediátricos que no se les coloca anestésico local, no presentan ansiedad durante su tratamiento.
2. Los pacientes pediátricos que se les coloca anestésico local, presentan ansiedad durante su tratamiento.
3. La ansiedad de los pacientes disminuye ante la presencia de sus padres durante el tratamiento dental.
4. Las madres ansiosas ante tratamientos dentales transmiten el mismo sentimiento a sus hijos.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el nivel de ansiedad en niños de 4 a 6 años atendidos en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC, Campus Tijuana, durante el año 2019.

Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de ansiedad que experimentan los pacientes pediátricos mediante el Test de Figura Humana de Koppitz
2. Determinar el nivel de ansiedad que experimentan los pacientes pediátricos en tratamientos que no involucran técnica anestésica local, mediante el Test de Figura Humana de Koppitz.
3. Determinar el nivel de ansiedad que experimentan los pacientes pediátricos en tratamientos que involucran técnica anestésica local, mediante el Test de Figura Humana de Koppitz.
4. Comparar el nivel de ansiedad en presencia y ausencia de la madre durante el tratamiento dental.
5. Determinar mediante la Escala de ansiedad de Corah si el nivel de ansiedad experimentado por las madres influye en el paciente pediátrico.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Descriptivo, analítico, prospectivo, transversal

Universo de estudio

Universo finito. Pacientes ingresados a la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica durante el año 2019.

Muestra

La técnica de muestreo fue por conveniencia, por cuotas y estratos. Se eligieron 60 pacientes de 4 a 6 años de edad, mismos que se clasificaron en 4 grupos:

- A. 15 sin técnica anestésica y en presencia de su madre
- B. 15 sin técnica anestésica y en ausencia de su madre
- C. 15 con técnica anestésica y en presencia de su madre
- D. 15 con técnica anestésica y en ausencia de su madre

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

- ***Criterios de inclusión:***

- Pacientes sin experiencia dental previa acompañados de su madre.
- Pacientes de edades entre 4 y 6 años.
- Pacientes que sus padres acepten participar en la investigación.
- Pacientes que aceptaran participar en la investigación.

- ***Criterios de exclusión:***

- Pacientes con experiencia dental previa.

- Pacientes menores de 4 años.
- Pacientes mayores de 6 años.
- Pacientes que sus padres se nieguen a participar en la investigación.
- Dibujos que no expresen trazos de relevancia significativa según la evaluación de la Psicóloga asociada en la presente investigación.
- ***Criterios de eliminación:***
 - Pacientes que no acudan a sus citas periódicas de tratamiento.
 - Pacientes que no realicen el test de figura humana de Koppitz.
 - Pacientes que sus padres no respondan completa la escala de ansiedad de Corah.

Material e instrumental requerido

- ***Recursos humanos***
 - Investigadora
 - Asociada: MP Mindy Paola Martínez
 - Sujetos de estudio
- ***Recursos físicos***
 - Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica
- ***Recursos materiales***
 - Test de figura humana de Koppitz
 - Escala de ansiedad de Corah
 - Tablas de recolección de datos por la investigadora

Variables y definición operacional de cada una. Operación de variables.

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Ansiedad <i>Variable dependiente</i>	Cualitativa	Test de figura humana de Koppitz (niños) ²⁴ Escala de ansiedad de Corah (padres) ²⁷	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, intensa excitación y extrema inseguridad.	Ansioso No ansioso Leve o nula Moderada Elevada Severa
Edad <i>Variable independiente</i>	Cuantitativa	4, 5 y 6 años	Tiempo transcurrido desde el nacimiento en años cumplidos.	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Sexo <i>Variable independiente</i>	Cuantitativa	Hombre Mujer	Condición genotípica.	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Tratamiento con anestesia <i>Variable independiente</i>	Cuantitativa	Si No	Todo aquel procedimiento que se realiza posterior a la aplicación de un fármaco capaz de inhibir la transmisión de impulsos nerviosos a nivel local.	Presente Ausente
Presencia de la madre <i>Variable independiente</i>	Cuantitativa	Presente Ausente	Presencia física de la madre del paciente durante el tratamiento odontopediátrico.	Presente Ausente

Aspectos éticos y legales

El estudio se realizó en concordancia con lo establecido en la declaración de la 64ª Asamblea Mundial de Helsinki, celebrada en Brasil en Octubre del año 2013, previa consulta con la revisión y aprobación por el Comité de Estudios de Posgrado y por el Comité de Ética de la Institución (anexo 3).

También se tuvieron en cuenta los principios de bioética, la información que aportó el sujeto al estudio fue de carácter confidencial y se empleó solo con fines investigativos. Cada padre o tutor leyó y firmó el modelo de consentimiento informado donde expresó la voluntad de participar en la investigación, después de la explicación de los objetivos de la misma (anexos 4 y 5).

Una vez aprobado se llevó a cabo observando los lineamientos nacionales e internacionales sobre protección y seguridad de los pacientes muestra y de la información obtenida.

Para la obtención de la información se solicitó al paciente su aprobación para contestar una serie de preguntas. En el marco individual los padres fueron beneficiados al darles información sobre la presencia o ausencia de ansiedad y la orientación a un mejor manejo de conducta para experiencias dentales favorables del paciente.

A los sujetos que accedieron a participar en el estudio se les solicitó su firma de consentimiento informado una vez que se le fueron aclarados de manera suficiente los siguientes puntos relevantes de la investigación:

1) La participación en este estudio fue voluntaria y puede negarse a participar en el mismo, o retirarse en el momento en el que el crea pertinente sin recibir ningún tipo de sanción o pérdida de los beneficios del estudio.

2) Que el propósito de la investigación fue evaluar el nivel de ansiedad en niños de 4 a 6 años atendidos en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC, Campus Tijuana, durante el año 2019.

3) Que no se ofreció dinero ni otra gratificación por su participación.

4) Que al finalizar el estudio se informó a los sujetos de los hallazgos de la investigación en general.

5) Que los sujetos tuvieron derecho a acceder a sus datos si lo solicitan, incluso si estos datos carecen de utilidad clínica inmediata.

6) Que se esperó obtener un beneficio importante a través de la investigación para la comunidad o sociedad en general y contribuir al conocimiento científico. La finalidad principal del estudio fue Evaluar el nivel de ansiedad en niños de 4 a 6 años atendidos en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC, Campus Tijuana, durante el año 2019.

7) Que se tomaron medidas para asegurar el respeto a la privacidad de los sujetos y a la confidencialidad de los registros en los que se identifica a los sujetos.

8) Que la afiliación institucional de los investigadores corresponde a colocar la filiación de los investigadores.

9) Los investigadores solo participaron como tales, para consultas sobre su patología deberán dirigirse con su médico tratante.

10) Que un comité de evaluación ética ha aprobado y autorizado el protocolo de investigación.

11) Los sujetos no tuvieron riesgos potenciales al participar en esta investigación.

El paciente que aceptó participar una vez enterado de los puntos previamente citados firmó una carta de consentimiento informado que incluía la información señalada, así como el nombre y dirección del principal investigador para que lo pueda contactar si desea conocer los resultados individuales o el resultado global de la investigación al término de la misma (seis meses a partir de la fecha de evaluación).

Plan de análisis estadístico

Se utilizaron medidas de tendencia central como media, moda y mediana, rango de intercuartiles para la descripción general de la población. Además se emplearon medidas de dispersión como desviación estándar para una mejor concepción del estudio.

Para la asociación de variables se realizó un análisis univariado obteniéndose Anova de dos factores y T de student, según sea la categoría que

se esté estudiando, mientras que para la significancia estadística se tomó un intervalo de confianza de 95% y una p menor a 0.05.

Se realizó con las variables que sean estadísticamente significativas, un modelo de regresión lineal para poder observar el comportamiento general de la variable dependiente y las independientes.

Para el análisis estadístico se realizaron tres niveles de relación, el primer nivel un análisis univariado en donde se utilizaron medidas de tendencia central como media, mediana y moda así como medidas de dispersión tales como desviación estándar y por último se realizaron rangos para con el conjunto de estas medidas lograr comprender el comportamiento de cada una de las variables.

El análisis bivariado relacionó la variable dependiente con las variables independientes y se obtuvo razón de momios, riesgo relativo, riesgo atribuible y anova de dos factores y para la significancia estadística se utilizó la prueba Chi², se tomó el 95% como intervalo de confianza y una p menor de 0.05.

En el análisis multivariado con todas las variables estadísticamente significativas se realizó un modelo de regresión lineal con el fin de comprender el comportamiento de la variable dependiente y las independientes.

Método

Una vez seleccionado aleatoriamente el paciente de primera experiencia dental, según los criterios de inclusión establecidos, se aplicó el test de figura

humana de Koppitz antes de iniciar el tratamiento dental programado, fuera mínimamente invasivo (profilaxis, selladores de fosetas y fisuras, aplicación de barniz de fluoruro) o involucrara técnica de anestesia (pulpotomías), en el área lúdica de la clínica. De igual manera, se entregó un test en blanco con el mismo número de control una vez concluido el tratamiento para comparar la ansiedad pre y postoperatoria.

Los pacientes que fueron sujetos de estudio para esta investigación, se atendieron en el cubículo aislado de la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica, con la finalidad de que no influyeran factores externos sobre la conducta del mismo, por mencionar algunos: que viera que otro paciente tuviera mala conducta, estuviera llorando, mirara el instrumental que se utilizaría en otra unidad, que la atención odontopediátrica fuera su primera experiencia y el tiempo de consulta fuera como máximo treinta minutos.

Durante la consulta del paciente se le entregó el cuestionario de la Escala de ansiedad modificada de Corah a su madre, misma a la que se le brindaron las indicaciones necesarias para que lo resolviera en el transcurso del tratamiento programado para su hijo (a) ya fuera dentro del cubículo o en la sala de espera, de acuerdo a la selección aleatoria previa.

Se realizaron ambos procedimientos hasta completar el número de muestra establecido, 30 pacientes programados para tratamientos mínimamente invasivos y 30 con técnica de anestesia específicamente programados para pulpotomía en molares deciduos, dando un total de sesenta.

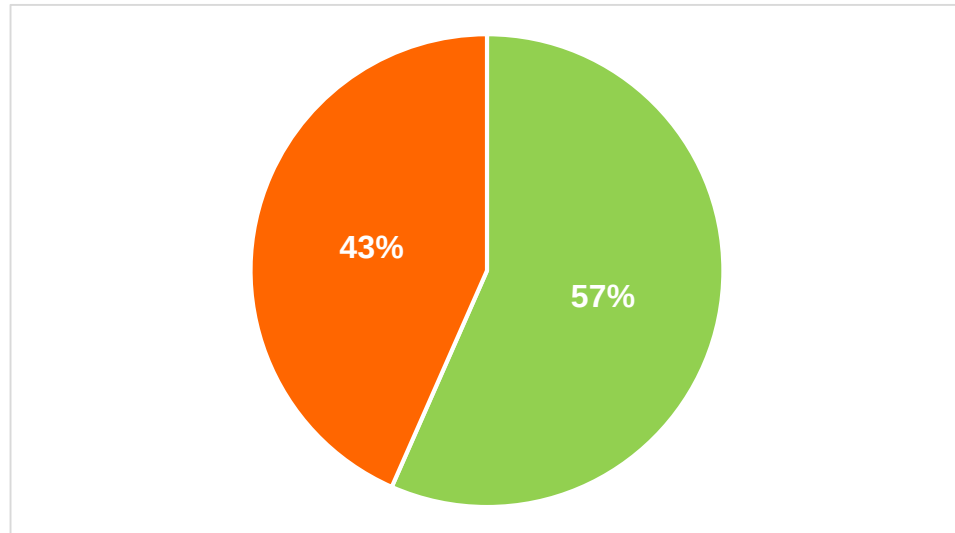
Al entregarse los tests de cada número de control, se revisó que hubieran sido debidamente realizados y contaran con su asentimiento y consentimiento informados, tomando en cuenta los criterios de eliminación para que fueran incluidos en la presente investigación los que cumplieran con todos los criterios establecidos.

Una vez obtenido el total de la muestra, se entregaron los formatos del test de figura humana de Koppitz a la Psicóloga de la Facultad de Odontología Tijuana, Mindy Paola Martínez, quien realizó el análisis psicológico de los trazos según la tabla de interpretación de los indicadores emocionales del mismo y determinar la presencia o ausencia previa y/o posterior a la consulta odontopediátrica.

Para el análisis de los resultados de la escala de ansiedad de Corah, se realizó una tabla de análisis de datos en Excel por grupo de estudio, otorgando los valores establecidos por el test a la respuesta seleccionada por la madre para determinar según el puntaje final su nivel de ansiedad y establecer la relación con el del paciente.

Resultados

Se examinaron un total de 60 niños entre 4 y 6 años de edad, representando 26 mujeres el 43% y 34 hombres el 57%.



Por grupo de edades, fueron sujetos de estudio 21 pacientes de 4 años (35%), 23 de 5 años (38.3%) y 16 de 6 años (26.7%), obteniendo un promedio de 4.91 años y una moda y mediana de 5.

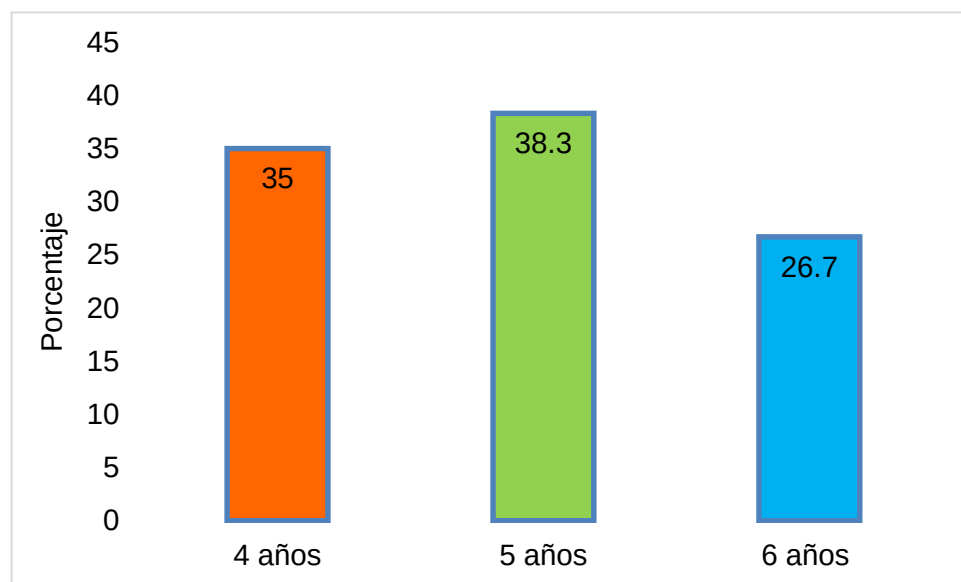
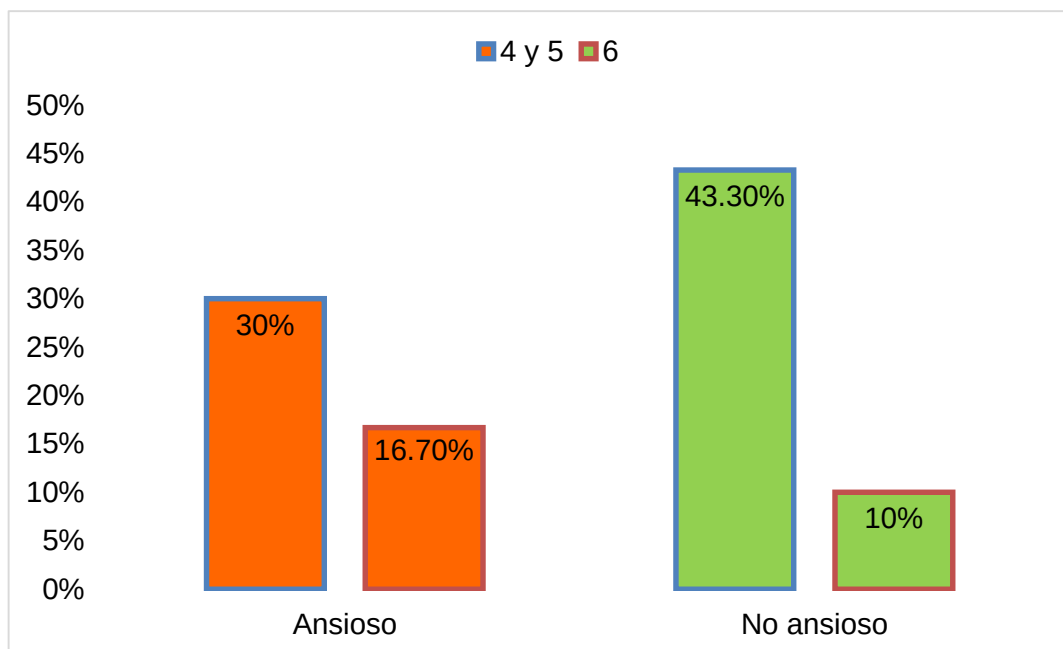


Tabla 1. Ansiedad por grupo de edad estudiado

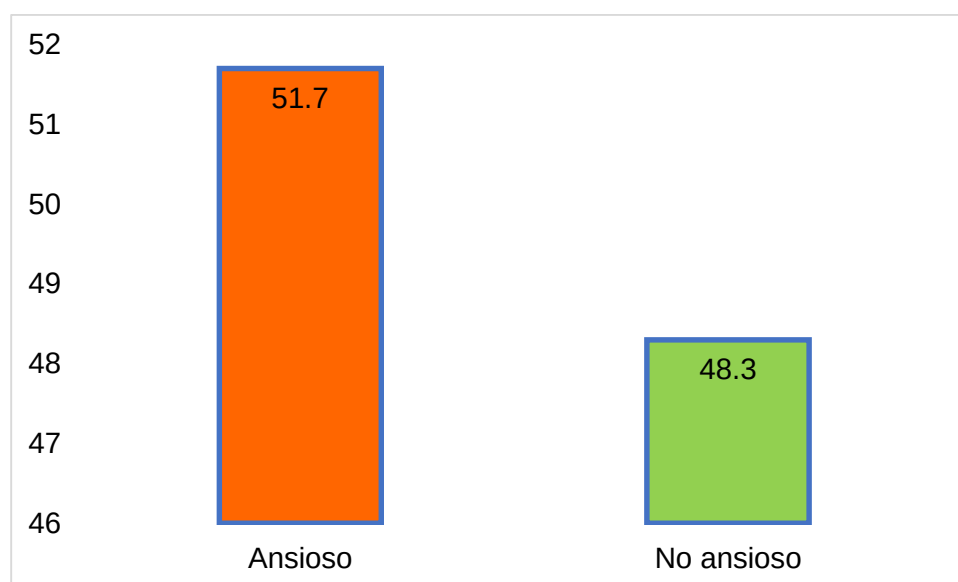
			Edad		Total
			4 y 5	6	
aniantescon	ansioso	Recuento	9	5	14
		% del total	30.00%	16.70%	46.70%
	no ansioso	Recuento	13	3	16
		% del total	43.30%	10.00%	53.30%
Total		Recuento	22	8	30
		% del total	73.30%	26.70%	100.00%



La tabla y gráfica número 1 representa porcentualmente la frecuencia de ansiedad pre y postoperatoria por grupo de edades, donde se obtuvo que el de 4 y 5 años tuvo mayor ansiedad en ambas situaciones.

Tabla 2. Ansiedad del paciente antes de la consulta

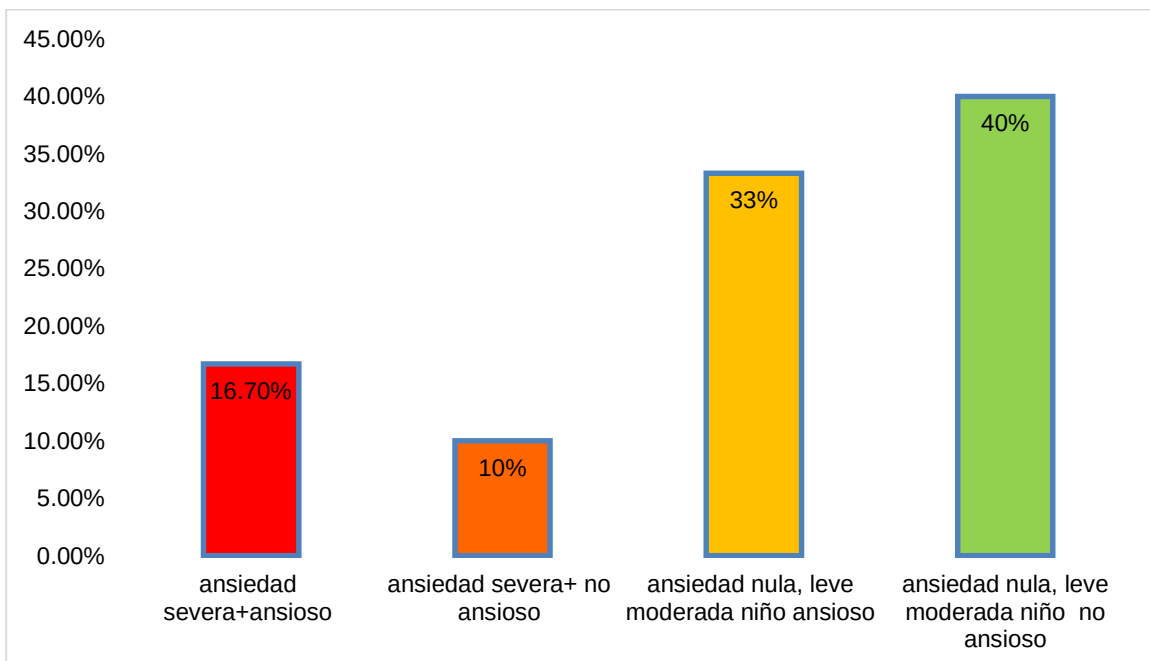
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ansioso	31	51.7	51.7	51.7
	No ansioso	29	48.3	48.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	



En la tabla número 2 y su gráfico se observó que del total de la muestra, el 51.7% correspondiente a 31 pacientes tuvo ansiedad previa a su consulta, mientras que el 48.3% representado por 29 pacientes no la presentó.

Tabla 3. Ansiedad después de la consulta odontopediátrica

			ansiedadcod		Total
			Elevada Severa	Leve o nula Moderada	
Ansiedad niño después	ansioso	Recuento	5	10	15
		% del total	16.7%	33.3%	50.0%
	no ansioso	Recuento	3	12	15
		% del total	10.0%	40.0%	50.0%
Total		Recuento	8	22	30
		% del total	26.7%	73.3%	100.0%

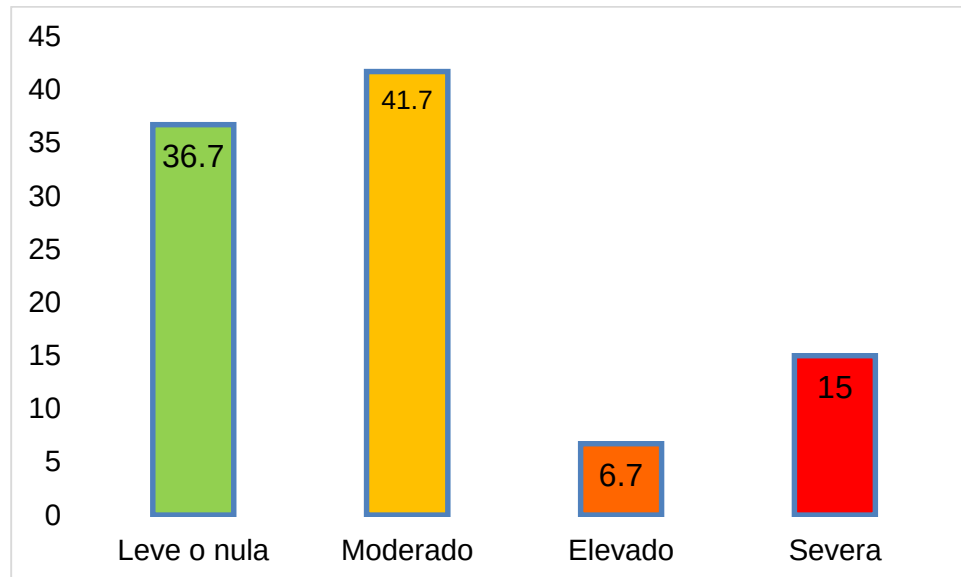


Por otro lado, en la tabla y gráfica número 3 se observó que el 16.7% de los pacientes, sus padres presentó ansiedad elevada o severa. El 40% de los

pacientes no presentó ansiedad y sus padres tuvieron ansiedad leve o moderada. Además el 33.3% de los pacientes tuvo ansiedad y sus padres presentaron ansiedad nula o moderada. $RM = 1.667$, el 62.5% de los niños que presentaron ansiedad sus padres a su vez presentaron ansiedad antes de la consulta.

Tabla 4. Ansiedad de los tutores

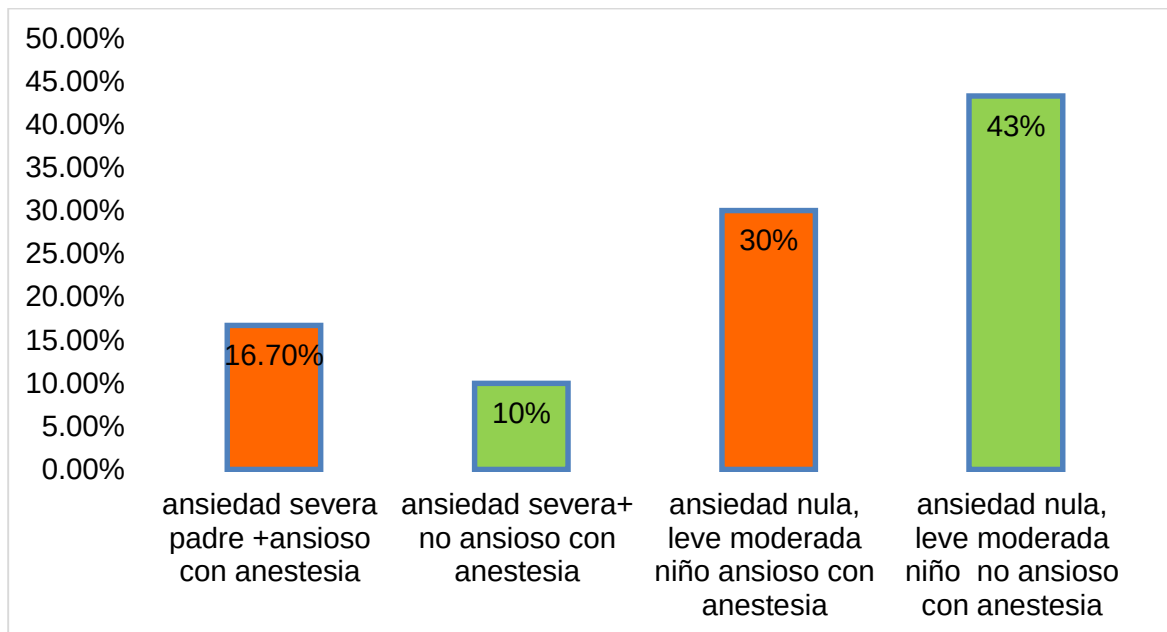
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve o nula	22	36.7	36.7	36.7
	Moderado	25	41.7	41.7	78.3
	Elevado	4	6.7	6.7	85.0
	Severa	9	15.0	15.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	



La tabla y gráfica número 4 representaron el nivel de ansiedad de los tutores de los pacientes atendidos, donde el 36.7% corresponde al nivel leve o nulo (22 tutores), ansiedad moderada el 41.7% (25 tutores), nivel elevado el 6.7% (4 tutores) y finalmente el 15% para el nivel severo o fobia (9 tutores).

Tabla 5. Ansiedad del tutor antes de la consulta odontopediátrica

			ansiedadcod		Total
			Elevada Severa	Leve o nula Moderada	
aniantescon	ansioso	Recuento	5	9	14
		% del total	16.7%	30.0%	46.7%
	no ansioso	Recuento	3	13	16
		% del total	10.0%	43.3%	53.3%
Total		Recuento	8	22	30
		% del total	26.7%	73.3%	100.0%

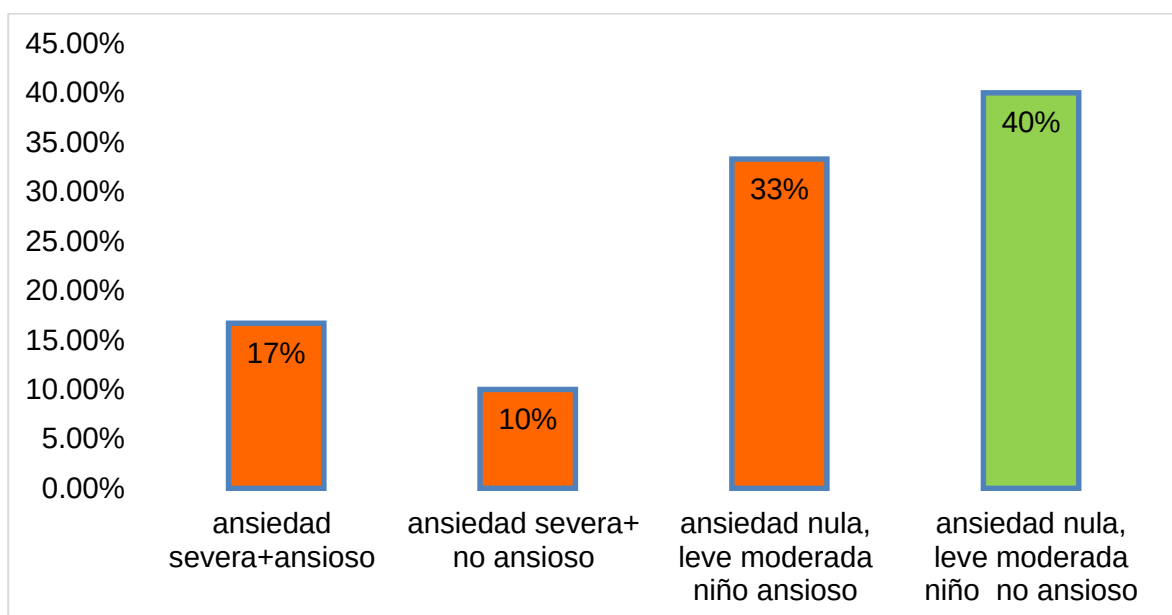


En la tabla número 5 y su gráfico, se puede observar que del 16.7% de los pacientes, sus padres presentaron ansiedad elevada o severa. El 43.3% de los pacientes no presentó ansiedad y sus padres tuvieron ansiedad leve o moderada. Mientras tanto, el 30% de los pacientes tuvo ansiedad y sus padres

presentaron ansiedad nula o moderada. $RM = 1.905$, el 65.57% de los niños que tuvo ansiedad, sus padres presentaron ansiedad antes de la consulta.

Tabla 6. Ansiedad del paciente antes de la consulta con tutor dentro

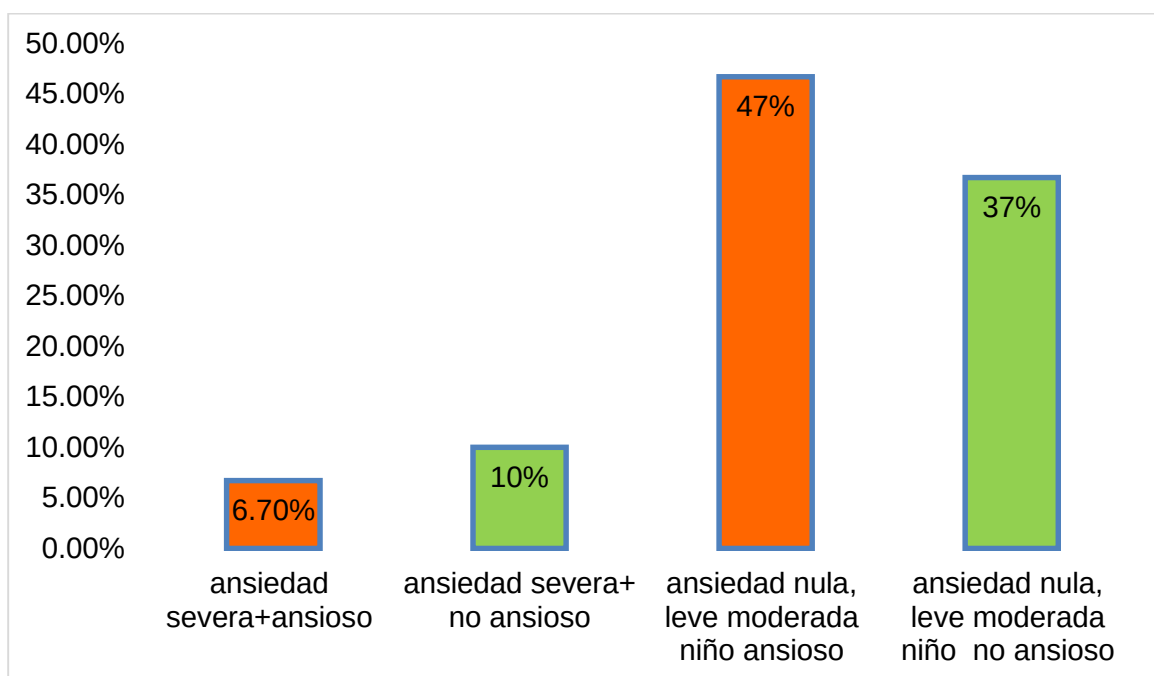
			ansiedadcod		Total
			elevado severo	nula moderada	
aniantescon	Ansioso	Recuento	4	13	17
		% del total	13.3%	43.3%	56.7%
	No ansioso	Recuento	1	12	13
		% del total	3.3%	40.0%	43.3%
Total		Recuento	5	25	30
		% del total	16.7%	83.3%	100.0%



De la tabla número 5 se obtuvo que el 75% de los pacientes que tienen ansiedad preoperatoria, sus padres igualmente la presentan en nivel elevado o severo.

Tabla 7. Ansiedad del paciente después de la consulta con tutor fuera

			ansiedadcod		Total
			elevado severo	nula moderada	
ansinidespu es	ansioso	Recuento	2	14	16
		% del total	6.7%	46.7%	53.3%
	no ansioso	Recuento	3	11	14
		% del total	10.0%	36.7%	46.7%
Total		Recuento	5	25	30
		% del total	16.7%	83.3%	100.0%



La tabla número 6 representó que sólo el 37% de los pacientes que tuvo ansiedad postoperatoria, sus tutores presentaron ansiedad elevada o severa mientras estuvieron en la sala de espera. Es decir, cuando el tutor no está

presente durante el transoperatorio, la ansiedad del paciente disminuyó el 50% posterior a su consulta aunque tuviera ansiedad preoperatoria.

Discusión

La primera experiencia del paciente infantil con el odontopediatra puede revelar la presencia de ansiedad dental. Ante tal situación, deben implementarse evaluaciones objetivas que ayuden a mejorar el diagnóstico para un manejo conductual y tratamiento exitosos. El miedo y la ansiedad relacionados al tratamiento dental son muy comunes. Evitarlo debido a la presencia de estos factores, exacerba los problemas relacionados con la salud oral de los pacientes y es por ello la necesidad de identificarlos previamente a la consulta.

El propósito de la presente investigación fue evaluar el nivel de ansiedad en niños de 4 a 6 años atendidos en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC, Campus Tijuana, durante el año 2019, en pacientes de primera experiencia dental, utilizando el Test de Figura Humana de Koppitz antes y después de su consulta, así como determinar si la ansiedad de los padres y el tratamiento con anestesia influyeron en su aumento o reducción. La hipótesis fue que los pacientes pediátricos presentan ansiedad ante el tratamiento dental que involucra anestésico y que existe relación con la presencia de los padres en su comportamiento durante el mismo.

Con base en el análisis estadístico de los resultados obtenidos en este estudio, puede afirmarse que el 51.7% de los pacientes pediátricos del grupo de edades entre 4 y 6 años presentó ansiedad preoperatoria, donde la incidencia mayor fue en el grupo de edad de 4 y 5 años con un 73%, lo que difiere con lo reportado por Marcano y cols. pues encontraron que las ilustraciones del grupo

de 6 años representó mayor frecuencia de ansiedad en un 76%. Esto puede deberse al desarrollo de habilidades cognitivas así como la manera en que los niños aprenden a lidiar con situaciones de ansiedad.²⁸ No se encontró relación estadísticamente significativa entre la utilización del anestésico local durante el tratamiento y la ansiedad del paciente.

Respecto a la ansiedad de los padres, la aplicación de la Escala de Ansiedad de Corah reportó que el 41.7% presentó nivel moderado, semejante al reporte de Kronina y cols. con puntajes promedio similares de 9.76.⁸ En la presente investigación, el 65% de los pacientes que tuvieron ansiedad, sus padres presentaron la misma sensación antes de la consulta odontopediátrica, donde sólo el 36% de los pacientes atendidos con sus tutores fuera, quienes reportaron nivel de ansiedad elevada o severa mientras estuvieron en sala de espera, tuvo ansiedad postoperatoria. Es decir, cuando el tutor no se encontró presente en el transoperatorio, la ansiedad del paciente disminuyó el 50% posterior a su consulta, aun presentando ansiedad preoperatoria.

La triada formada por el equipo dental, el niño y los padres influye en el cuidado dental pediátrico, por lo que la interrelación de los integrantes es muy dinámica. Los resultados reportaron que la ausencia del tutor favorece la relación del paciente con el Odontopediatra. Shilpa y cols.⁴ argumentan que esta diferencia se debe a factores que influyen en el comportamiento del niño, tales como su capacidad de afrontamiento, desensibilización, personalidad, carácter, ansiedad de la madre y el manejo de conducta por parte del operador. Asimismo, el desarrollo psicológico y emocional ocurre entre los 4 y 7 años de edad.

Posterior a ese periodo, hay un desarrollo de confianza y autonomía, por lo que la presencia o ausencia de los padres no juega un papel importante durante la consulta. Por lo anterior expuesto, se sugiere prescindir de su presencia para eliminar diversos comportamientos relacionados a su actitud frente al tratamiento, pues se ha propuesto que los padres a menudo reflejan su propia ansiedad.²⁹

La investigación previa de Caltabiano y cols. realizada en Australia, informó que el género femenino presentó puntajes mayores de ansiedad así como ansiedad preoperatoria mayor.¹ En este estudio, no existió relación estadísticamente significativa entre el sexo del paciente y presentar ansiedad. En lo referente a la ansiedad preoperatoria, el 51.7% de los pacientes estudiados presentó frecuencia mayor a diferencia del 48.3% que reportó mayor ansiedad postoperatoria, en concordancia con su investigación. Lo anterior puede deberse a que el apoyo de estas herramientas y técnicas psicológicas de autoinforme, le permiten al Odontólogo Pediatra identificar mediante gráficos que realiza el paciente la presencia de ansiedad, para aplicar las técnicas de orientación conductual adecuadas para manejarla y fomentar una actitud dental positiva, individualizadas a cada caso según las recomendaciones de la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD).¹⁵

Las evidencias obtenidas en esta investigación muestran diferencias al ser comparadas con los resultados de Sías y cols. donde utilizaron el Test de Figura Humana de Koppitz, siendo los indicadores emocionales encontrados con mayor frecuencia: sombreado de la cara, figuras pequeñas, brazos cortos y

pegados al cuerpo, ojos bizcos o desviados, omisión de la nariz y de la boca, rasgos cuyo significado se traducen en hallazgos de timidez y ansiedad. Además, obtuvieron que el 86% de los niños evaluados presentó miedo y ansiedad, en contraste con el presente estudio, sólo el 52%.⁷ Probablemente existan diferencias, por el rango de edades de los pacientes que fueron sujeto de estudio para ambas investigaciones, pues Mayank, Astha y cols. sugieren que el proceso madurativo y cognitivo del infante es más desarrollado con el aumento de la edad y la experiencia.¹⁰

Los autores antes mencionados, reportan aumento de la ansiedad dental infantil en las infiltraciones anestésicas. En contraste, este estudio no reportó diferencia estadísticamente significativa entre la ansiedad expresada ante los tratamientos mínimamente invasivos en comparación con aquellos donde se requirió anestésico local. Revisiones sistemáticas previas, como la publicada por Goettems y cols en el 2016, demostraron la eficacia de las técnicas de distracción como intervenciones para el comportamiento, la ansiedad y percepción del dolor¹¹ como terapia cognitivo conductual en el éxito del manejo de pacientes ansiosos.²⁸ Apoyando esta filosofía, se estandarizó el tiempo de trabajo para los 4 grupos de estudio a no más de 30 minutos a fin de evitar el estrés tóxico en los pacientes.

Conclusiones

Por lo anterior expuesto, se llegó a las siguientes conclusiones:

- El Test de Figura Humana de Koppitz fue una excelente herramienta para evaluar la ansiedad dental en niños.
- Los pacientes pediátricos de 4 a 6 años de edad presentaron ansiedad preoperatoria mayor, disminuyendo ésta en ausencia de su tutor durante el transoperatorio.
- El tipo de tratamiento realizado, fuera mínimamente invasivo o con infiltración de anestésico, no influyó en la ansiedad expresada gráficamente por los pacientes.
- La Escala de ansiedad de Corah permitió determinar que la ansiedad y actitud de los padres frente al tratamiento dental de los pacientes, influye directamente sobre el comportamiento del niño durante el transoperatorio.

Cabe mencionar la necesidad de realizar múltiples investigaciones adicionales al respecto con un número de muestra mayor, para seguir estudiando las variables planteadas en el presente trabajo.

Recomendaciones

Se sugiere para futuros estudios llevar a cabo esta investigación en un mayor número de pacientes, evaluando un grupo de edades distinto con el fin de comparar y seguir estudiando el comportamiento de los pacientes infantiles que acuden a la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica de esta institución.

Con base en los resultados de esta investigación, seguir aplicando el Test de Figura Humana de Koppitz a todo paciente que ingrese a la clínica para tratamiento, es de gran utilidad para que el operador evalúe mediante los trazos, si el paciente presenta ansiedad y poder determinar las técnicas de manejo conductual necesarias.

Caso clínico

Resumen

La ansiedad dental se describe como el estado emocional aversivo de aprehensión o preocupación anticipada por el temor a recibir el tratamiento dental. Se estima prevalencia entre el 6% y 20% en niños de 4 a 18 años. La ansiedad de los padres, experiencias dentales previas y su percepción sobre el comportamiento del niño durante el tratamiento dental juegan un papel importante en la conducta del paciente pediátrico. La psicología en odontopediatría se basa en conocimientos teóricos y técnicas para evaluar, controlar y modificar conductas que emergen en escenarios de procedimientos odontológicos. El dibujo es indudablemente una manifestación simbólica de la función. El objetivo del presente caso es evaluar la ansiedad infantil en la consulta odontopediátrica. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 5.1 años de edad sin experiencia dental previa se presenta a Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica por Caries. Al examen clínico se observó presencia de placa dentobacteriana generalizada, mordida cruzada y múltiples lesiones cariosas. El examen radiográfico reportó zonas radiolúcidas interproximales en molares superiores e inferiores. El diagnóstico fue caries y mordida cruzada anteroposterior unilateral izquierda. El tratamiento consistió en protocolo profiláctico preventivo, restauración con alcacite y resina infiltrativa, pulpotomía y corona. Para evaluar el nivel de ansiedad se aplicó el test de figura humana de Koppitz para el paciente y la escala de ansiedad de Corah para su madre. Presentó ansiedad previa y posterior a su consulta odontopediátrica a pesar de

haberse realizado tratamiento sin aplicación de técnica anestésica. Su madre reportó nivel de ansiedad moderado. **Conclusión:** El test de figura humana de Koppitz y escala de ansiedad de Corah son herramientas útiles para evaluar la ansiedad infantil y permiten al odontopediatra emplear técnicas de manejo de conducta para lograr la cooperación del paciente y su tutor.

Palabras clave: *ansiedad, psicología infantil, conducta.*

Abstract

Dental anxiety is described as the aversive emotional state of apprehension or preoccupation with fear of receiving dental treatment. Prevalence is estimated between 6% and 20% in children from 4 to 18 years old. Parents' anxiety, previous dental experiences and their perception of the child's behavior during dental treatment play an important role in the behavior of the pediatric patient. Pediatric psychology is based on theoretical and technical knowledge to evaluate, control and modify behaviors that emerge in dental procedure scenarios. The drawing is undoubtedly a symbolic manifestation of the function. The objective of the present case is to assess childhood anxiety in the pediatric dental office. **Case report:** A 5.1-year-old male patient with no previous dental experience presented to a Specialty Clinic in Pediatric Dentistry for Caries. On clinical examination, the presence of generalized dentobacterial plaque, crossbite, and multiple carious lesions was observed. The radiographic examination reported inter-proximal radiolucent zones in the upper and lower molars. The diagnosis was gingivitis, caries and left unilateral anteroposterior crossbite. The treatment consisted of a preventive prophylactic protocol, restoration with alkali and infiltrative resin, pulpotomy and crown. To assess the level of anxiety, the Koppitz human figure test was applied for the patient and the Corah anxiety scale for his mother. He presented anxiety before and after his dental visit despite having undergone treatment without applying the anesthetic technique. Her mother reported a moderate level of anxiety. Conclusion: The Koppitz human figure test and the Corah anxiety scale are useful tools to assess

childhood anxiety and allow the pediatric dentist to use behavior management techniques to achieve the cooperation of the patient and his tutor.

Keywords: *anxiety, children psychology, behavior*

Introducción

A nivel conceptual, la ansiedad es un estado psicológico que se presenta de manera desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos, que son manifestaciones de contenido intrapsíquico. Se caracteriza como un sentimiento incierto y desagradable acompañado por la premonición de que algo indeseable está a punto de suceder. Su etiología es variable, se han sugerido factores genéticos pero sobre todo ambientales, así como determinantes congénitos, traumatismos y antecedentes de experiencias dentales desfavorables influidos por la edad, género y nivel educacional. Se describe como un problema generalizado en poblaciones de diferentes países, donde estudios previos reportan nerviosismo en el 64% de los pacientes que reciben tratamiento dental. Esta condición es un problema psicológico serio de gran importancia puesto que influye en la salud física del paciente.¹

La ansiedad dental se describe como el estado emocional aversivo de aprehensión o preocupación anticipada por el temor a recibir el tratamiento dental, puede presentarse de manera anticipada, con sólo pensar en el encuentro con un estímulo que provoca miedo.² Identificar las variables comportamentales que influyen en la salud dental de las personas es imprescindible si se pretende dar un abordaje completo. Existe evidencia clara de que la ansiedad dental genera una disminución del estado de salud oral del paciente, aumentando la presencia de caries sin tratamiento y el número de órganos dentarios con lesiones cariosas.³ Comúnmente se desarrolla en la

infancia y más de un tercio de los niños reportan temor a visitar al dentista. El temor dental puede evitar que los niños cooperen regularmente con los servicios dentales y completen el tratamiento dental, lo que puede tener un impacto negativo en el estado de salud oral y la calidad de vida de estos niños.⁴ Se estima prevalencia entre el 6% y 20% en niños de 4 a 18 años de edad.⁵

En odontología pediátrica, el éxito a largo plazo de cualquier tratamiento depende en gran parte del nivel de cooperación del paciente. Uno de los enfoques más importantes en el manejo de conducta es la presencia o ausencia de los padres durante el operatorio dental. La ansiedad de los padres, experiencias dentales previas y su percepción sobre el comportamiento del niño durante el tratamiento dental juegan un papel importante en la conducta del paciente pediátrico durante su consulta dental.⁶

El comportamiento del paciente pediátrico varía de acuerdo a su edad, características psicosociales, personalidad, ambiente familiar y experiencias dentales objetivas traumáticas o subjetivas.⁷ Tratamientos de emergencia o con manejo del dolor que requieran utilización de anestésico local empeoran el comportamiento del paciente en citas subsecuentes puesto que la sensación de dolor durante el tratamiento dental promueve el sentimiento de la ansiedad.⁸

El miedo o ansiedad en los niños como respuesta emocional ante la percepción amenazante de procedimientos clínicos dentales genera

comportamientos no cooperadores que obstaculizan las intervenciones. La psicología en odontopediatría utiliza conocimientos teóricos y técnicas para evaluar, controlar y modificar dichos comportamientos con elementos de diagnóstico como el dibujo infantil y su interpretación. Los odontopediatras debemos minimizar la exposición a estímulos que desencadenan ansiedad dental y convertir el tratamiento en una experiencia eficaz. Es importante profundizar en el conocimiento de las diversas técnicas de evaluación de la ansiedad dental infantil, sin embargo, los dibujos son considerados especialmente útiles por varios autores. Por tanto, se puede afirmar que el dibujo es indudablemente una manifestación de la función simbólica.⁷ Los factores familiares externos constituyen otro factor para ansiedad dental subjetiva del paciente pediátrico. Especialmente la capacidad de la madre para hacer frente a la ansiedad del niño juega un papel importante para el manejo de su conducta durante el tratamiento dental, por ello las motivaciones apropiadas hacia el niño previas a su consulta promueven una buena experiencia. ^(1,7)

El miedo y la ansiedad han sido reconocidos como los principales motivos que dificultan la atención del niño en odontología, por lo cual se ha propuesto el uso de instrumentos de evaluación, para conocer los valores de éstos en pacientes odontopediátricos. La atención odontológica destinada al abordaje de los niños, ha sido estudiada durante muchos años por los numerosos factores negativos a los cuales se enfrenta el odontólogo al momento de la consulta, tales como el miedo, la ansiedad, falta de interés y motivación de los padres para que

sus hijos reciban tratamiento odontológico entre otras. El miedo dental infantil en la actualidad para muchos expertos es considerado desde una perspectiva amplia, como una reacción fóbica aprendida y condicionada por una experiencia previa o aprendizaje social. Presenta una importante prevalencia, con tasas que van del 4% al 23% en países europeos, siendo un fenómeno “sumamente extendido” en el Reino Unido. En Sudamérica, estudios reportan tasas de 34.7% en preescolares, mostrando a su vez que los pacientes de dichos niños también presentan una alta incidencia de ansiedad dental con un 41.1%.⁸⁻⁹

En la actualidad, según los reportes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) en 2015, las necesidades de atención odontológica infantil corresponden a un 51.1% de la población en Baja California.¹⁰

La psicología en odontopediatría se basa en conocimientos teóricos y técnicas que proceden de la psicología en salud, para evaluar, controlar y modificar conductas que emergen en escenarios de procedimientos odontológicos. El dibujo es la reproducción grafica interna del individuo, es decir el niño personifica en dibujos lo que sabe del objeto, no lo que ve de él, utilizando signos para representar objetos y/o situaciones. Por tanto, se puede afirmar que el dibujo es, indudablemente, una manifestación de la función simbólica. . En odontopediatría es importante el conocimiento de esta ciencia para un adecuado

manejo de la conducta del niño, permitiendo que la consulta dental infantil sea una experiencia fascinante, positiva, confortable y sin traumas.³

El valor diagnóstico del dibujo fue estudiado por los teóricos del psicoanálisis, partiendo del concepto de “proyección”. Al hablar de proyección, la teoría dinámica hace referencia a la exteriorización de cualidades que están en el propio sujeto, provenientes de la relación con las figuras significativas de la vida y que se adjudican a un objeto o vínculo fuera de él. La interpretación de los dibujos proyectivos se basa en 3 conceptos importantes: a) el empleo de los significados simbólicos; b) la experiencia clínica con los mecanismos de desplazamiento y sustitución; y c) el desciframiento de la simbolización movilizada en dichos dibujos. Desde esta perspectiva las técnicas proyectivas gráficas implican una significativa aportación al diagnóstico infantil.¹¹

El Test del Dibujo de la Figura Humana es un instrumento que goza de gran consideración en cuanto a su utilidad aplicada en el ámbito de la psicología. La importancia de identificar pensamientos, sentimientos y vivencias cotidianas en los niños a través del dibujo tiene una larga tradición. Este valor reside en que es el medio gráfico humano por excelencia antes de la aparición de la escritura (Weschler, 1996). Permite reflejar y sintetizar en una imagen la conflictiva y los rasgos de personalidad así como ciertos aspectos del desarrollo madurativo y cognitivo de quien lo ejecuta.^{12, 13}

Antecedentes

En un estudio descriptivo sobre el dibujo como medio de evaluación del miedo y ansiedad en niños de 5 a 8 años en atención dental publicado en 2018 por Sías, Ayala y Pichardo, utilizaron el test de dibujos de Venham y la técnica proyectiva del dibujo de la figura humana. Fueron aplicados en un grupo de 29 niños de ambos géneros, que acudieron por primera vez a atención dental para evaluar el grado de miedo y ansiedad. El 82% de la población estudiada presentó diversos grados de ansiedad, siendo leve la de mayor representatividad con un 62%. El 86% de los niños evaluados presentó miedo, éste fue manifestado principalmente por 17 pacientes de 8 años de edad correspondiendo al 58%, por lo que determinaron que la mayoría de los niños que acuden por primera vez a consulta dental sufren de ansiedad y miedo dental de acuerdo a los tests de dibujos de la figura humana y de Venham. Singh H. y Rehman R. en el 2014, manifiestan que en odontopediatría, las técnicas para el manejo de conducta tienen como objetivo lograr la comunicación y la educación. Para que exista una relación positiva entre el dentista y el niño, previamente se construye un procedimiento en constante cambio de actitudes entre clínicos y padres.¹⁵

Caltabiano y cols.² utilizaron la Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS) de Corah en el año 2018 para valorar el efecto de los procedimientos dentales en los niveles de ansiedad de 102 pacientes de 18 años de edad o mayores, 56 del género masculino y 43 femeninos. Evaluaron mediante un

cuestionario los factores que incrementaban la ansiedad tales como la duración de la consulta o el grado de invasión del procedimiento así como la disminución del miedo, tomando en cuenta la percepción de las habilidades interpersonales de los estudiantes y su capacidad clínica. El género femenino reportó puntajes de MDAS mayores ($M=11.93$) en comparación con el masculino ($M=9.34$). Encontraron reducción de la ansiedad dental previa al tratamiento y que los niveles de ansiedad preoperatoria eran mayores a los postoperatorios.

En 2017, Kronina y Malgozata¹⁶ evaluaron la ansiedad de 240 niños y sus padres, de rangos de edad entre 4 y 12 años. El 51% fueron niñas y el 49% reportando correlación en la ansiedad experimentada entre ellos y sus padres aplicándoles la Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS) de Corah y clasificando el comportamiento de los pacientes de acuerdo a la escala de Frankl.

González-Cademartori¹ y colaboradoras estudiaron los cambios conductuales de 89 niños durante citas de extracciones dentales en 2017. Evaluaron el comportamiento durante la cita previa a la extracción dental, durante el tratamiento y la cita posterior al mismo, utilizando la Escala de comportamiento de Venham. Reportaron mayor prevalencia de comportamiento no cooperador durante las citas de extracción dental que en las anteriores o subsecuentes.

Marcano, Figueredo y Orozco ¹⁷ evaluaron en el año 2012 la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. Consideraron una muestra de 120 niños a quienes se les aplicó la Escala de Ansiedad de Corah, Escala de evaluación de miedos dentales y Test de dibujos de Venham. El 89.17% de los niños presentaron ansiedad según el test de dibujos de Venham, mientras la Escala de ansiedad de Corah evidenció ansiedad en un 80.8%, arrojando a los 6 años de edad un nivel de ansiedad alto con un 20%. La Escala de evaluación de miedos dentales destacó un 70.9% reportando que a los 6, 7 y 8 años los pacientes experimentaron un nivel de miedo alto entre el 16% y 22%, respectivamente, siendo a los 6 años donde las ilustraciones describieron niveles de ansiedad moderados y altos en un 76%.

En 1969, Corah publicó una escala para la evaluación de la ansiedad dental que contiene 4 opciones múltiples para el dentista en escenarios esperando en el consultorio al operador, antes de la utilización de la pieza de alta velocidad y uso de ultrasónico así como durante el tratamiento. El paciente generalmente puede completar la escala en aproximadamente 3 minutos. Es un predictor confiable, válido y útil de la ansiedad del paciente en el consultorio dental.¹⁴

Objetivo

El presente caso clínico tiene como objetivo aplicar la psicología infantil en la consulta odontopediátrica mediante el test de figura humana de Koppitz para determinar la presencia de ansiedad en paciente de 5 años.

Reporte del caso

Paciente masculino de 5.1 años de edad sin experiencia dental previa se presenta a Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California por múltiples lesiones cariosas.

Durante la anamnesis el paciente no presentó antecedentes de intervenciones quirúrgicas ni hospitalizaciones. En cuanto a los antecedentes heredofamiliares, abuelos paternos y maternos padecen diabetes mellitus. Nació a término a los 9 meses de gestación por cesárea, no requirió uso de incubadora, recibió alimentación materna durante 2 meses y alimentación artificial con fórmula NAN durante 12 meses, actualmente recibe alimentación balanceada y mayormente de consistencia fibrosa.

En el **examen extraoral** (fig 1) se observó:

- Tipo facial braquicefálico
- Simetría facial respecto a la línea media sagital
- Tercios faciales simétricos
- Perfil convexo

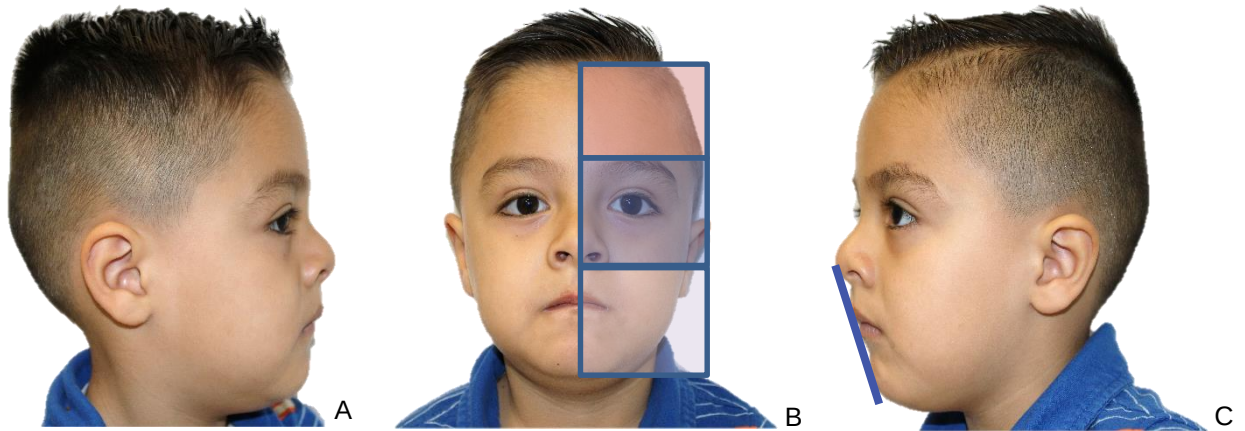


Figura 1. Examen extraoral

A. Perfil derecho **B.** Frente **C.** Perfil izquierdo

Al **examen clínico** (fig 2) se observó:

Presencia de placa dentobacteriana generalizada, mordida cruzada anteroposterior unilateral izquierda desde 61 hasta 65, mancha blanca en OD 52, 53, 62 y 63. Lesiones cariosas grupo II grado 1 en OD 75, grupo I grado 2 en OD 55 y 65, grupo II grado 2 en OD 54, 64, 74, 84 y 85 y grupo III grado 2 en OD 51 y 61.



El **examen radiográfico** (fig 3) reportó zonas radiolúcidas interproximales en molares superiores e inferiores, sin datos patológicos en los tejidos de soporte.

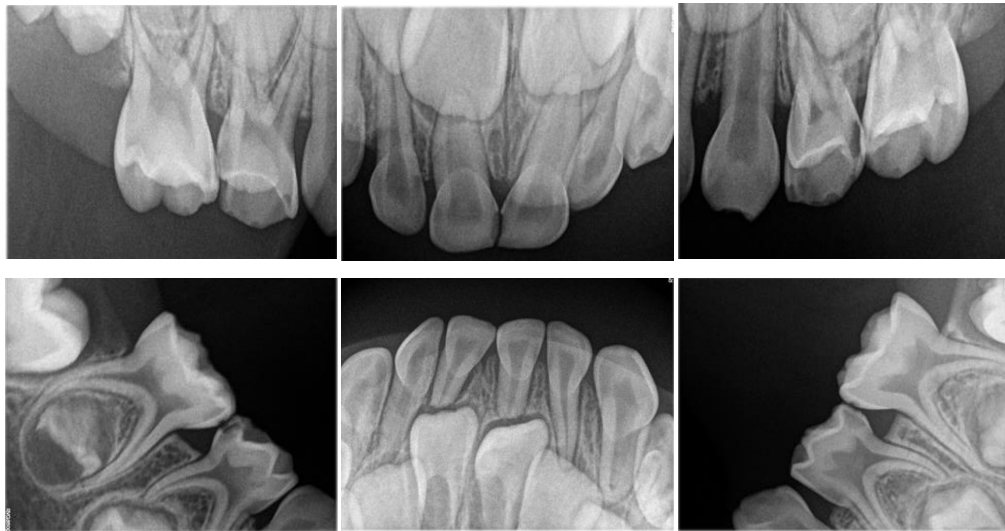


Figura 3. Examen radiográfico (tomado con técnica de bisectriz)

El **diagnóstico** fue Caries y mordida cruzada anteroposterior unilateral izquierda.

El **plan de tratamiento** (fig 5) consistió en:

- Profilaxis y aplicación de barniz de fluoruro al 5% (Colgate Duraphat ®)
- Restauración con Cention N® (Ivoclar Vivadent) en OD 64, 74 y 84
- Resina infiltrativa ICON® (DMG) en OD 75 y 85
- Restauración con resina (3M®) en OD 55 y 65
- Pulpotomía y corona acero cromo en OD 54 (IRM® Dentsply, coronas 3M®)
- Coronas celuloideas (3M®) en OD 51 y 61

- Ortodoncia interceptiva con quadhélix para descruzar mordida

Para evaluar si el paciente presentó ansiedad durante su primera consulta, que consistió en profilaxis y restauración con Cention N (Ivoclar) en OD 74 y 84, se le aplicó el test de figura humana de Koppitz previo y posterior al tratamiento (fig 4).

La madre del paciente permaneció en la sala de espera durante el procedimiento operatorio y se le entregó un cuestionario con la escala de ansiedad modificada de Corah para determinar con base en su experiencia dental, si su nivel de ansiedad influye sobre el de su hijo.

Según los trazos del paciente de acuerdo a los indicadores del test de figura humana de Koppitz, se obtuvieron los siguientes resultados:

- **Asimetría de extremidades:** Presente en niños de conducta agresiva.
- **Inclinación de la figura en 15° o más:** Indicador de inestabilidad y falta de equilibrio general.
- **Manos seccionadas (brazos sin manos ni dedos):** Frecuente en niños tímidos, sentimiento de inadecuación.
- **Más de 2 figuras representadas:** Bajo rendimiento y necesidades educativas especiales.
- **Omisión de la nariz:** Conducta tímida y retraída.

- **Omisión de la boca:** Refleja sentimientos de angustia, inseguridad y retraimiento. **Alta incidencia de miedo o angustia.**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

Nivel de Ansiedad pre y post intervención odontopediátrica en pacientes de 4 a 6 años

Alumna: CD Laura Elena Contreras Fonseca
Asesor: Dra. Haydée Gómez Llanos Juárez

Test de Figura Humana de Koppitz (previo a consulta) No. de control: _____
Edad: 4 años



A

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

Nivel de Ansiedad pre y post intervención odontopediátrica en pacientes de 4 a 6 años

Alumna: CD Laura Elena Contreras Fonseca
Asesor: Dra. Haydée Gómez Llanos Juárez

Test de Figura Humana de Koppitz (terminada la consulta) No. de control: _____
Edad: _____ años



B

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

Nivel de Ansiedad pre y post intervención odontopediátrica en pacientes de 4 a 6 años

Alumna: CD Laura Elena Contreras Fonseca
Asesor: Dra. Haydée Gómez Llanos Juárez

Escala de Ansiedad de Corah No. de control: _____

Responda las preguntas seleccionando la opción que represente cuál es su estado ante los siguientes escenarios:

- Si tuviera que ir al dentista mañana para una revisión ¿cómo se sentiría al respecto?
 - a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso o intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudor, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)
- Cuando está esperando su turno en el consultorio del dentista en la sala de espera, ¿cómo se siente?
 - a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso o intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudor, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)
- Cuando está en la silla del dentista esperando mientras prepara el "taladro" para comenzar el tratamiento dental, ¿cómo se siente?
 - a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso o intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudor, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)
- Imagine que está en la silla del dentista para una limpieza dental. Mientras espera, el dentista acomoda los instrumentos que serán utilizados para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?
 - a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso o intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudor, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)
- Si le van a inyectar con una aguja anestésico local para su tratamiento dental, ¿cómo se siente?
 - a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso o intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudor, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

C

Figura 4. Test de figura humana de Koppitz y escala de ansiedad de Corah

A. Dibujo preoperatorio B. Dibujo postoperatorio C. Test para la madre del paciente

Por lo descrito anteriormente, se determinó que el paciente **presentó ansiedad previa y posterior** a la consulta odontopediátrica a pesar de haberse realizado tratamiento sin aplicación de técnica anestésica. De acuerdo a la tabla de puntuación de la escala de ansiedad de Corah, el test aplicado a la madre del paciente reportó un puntaje de 9, representando un nivel de ansiedad **moderado**.

Fueron empleadas diferentes técnicas de manejo conductual para disminuir el nivel de ansiedad del paciente, a fin de lograr su cooperación y promover experiencias favorables posteriores, objetivo que se logró en las citas subsecuentes, trabajando con su madre fuera durante el transoperatorio.



Figura 5. Examen Clínico

A. Oclusal superior B. Lateral derecha C. Frente D. Lateral izquierda E. Oclusal inferior

Discusión

La primera experiencia del paciente infantil con el odontopediatra puede revelar la presencia de ansiedad dental. Ante tal situación, deben implementarse evaluaciones objetivas que ayuden a mejorar el diagnóstico para un manejo conductual y tratamiento exitosos. El miedo y la ansiedad relacionados al tratamiento dental son muy comunes. Evitarlo debido a la presencia de estos factores, exacerba los problemas relacionados con la salud oral de los pacientes y es por ello la necesidad de identificarlos previamente a la consulta.

De acuerdo a lo reportado por Caltabiano y colaboradores el sexo femenino (madres de familia) presentó niveles mayores de ansiedad con diferencia al resultado del presente caso que fue posterior al tratamiento odontopediátrico.

Por otro lado, los resultados de este caso concuerdan con el estudio de Kronina y colaboradores en 2017 existiendo correlación entre la ansiedad del paciente y la de sus padres.

La triada formada por el equipo dental, el niño y los padres influye en el cuidado dental pediátrico, por lo que la interrelación de los integrantes es muy dinámica. Los resultados reportaron que la ausencia del tutor favorece la relación del paciente con el Odontopediatra. Shilpa y cols⁶ argumentan que esta diferencia se debe a factores que influyen en el comportamiento del niño, tales como su capacidad de afrontamiento, desensibilización, personalidad, carácter,

ansiedad de la madre y el manejo de conducta por parte del operador. Asimismo, el desarrollo psicológico y emocional ocurre entre los 4 y 7 años de edad.

Posterior a ese periodo, hay un desarrollo de confianza y autonomía, por lo que la presencia o ausencia de los padres no juega un papel importante durante la consulta. Por lo anterior expuesto, se sugiere prescindir de su presencia para eliminar diversos comportamientos relacionados a su actitud frente al tratamiento, pues se ha propuesto que los padres a menudo reflejan su propia ansiedad.⁴

Conclusión

El test de figura humana de Koppitz y escala de ansiedad de Corah son herramientas útiles para evaluar la ansiedad infantil y permiten al odontopediatra emplear técnicas de manejo de conducta para lograr la cooperación del paciente y su tutor. Es necesario sensibilizar a los padres de familia antes de la atención dental a sus hijos de tal manera que su actitud ante el tratamiento sea positiva y esto influya en el comportamiento cooperador del paciente.

Referencias

1. Caltabiano ML, Croker F, Page L, Sklavos A, Spiteri J, Hanrahan L, et al. Dental anxiety in patients attending a student dental clinic. BMC Oral Health. 2018;18(1):1–8.
2. Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Rojas Alcayaga G. Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014;30(1):39–46. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Morgan AG, Rodd HD, Porritt JM, Baker SR, Creswell C, Newton T, et al. Children's experiences of dental anxiety. Int J Paediatr Dent [Internet]. 2017;27(2):87–97. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84994085020&doi=10.1111%2Fipd.12238&partnerID=40&md5=cbef4303dabac8b019b3e686c66c3c60>
4. Shilpa Ahuja, Kapil Gandhi, Ritika Malhotra RK. Assessment of the effect of parental presence in dental operatory on the behavior of children aged 4-7 years. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2018;36(4):167–72.
5. Doganer YC, Aydogan U, Yesil Hu, Rohrer JE, Williams MD, Agerter MD, Agerter DC. Does the trait anxiety affect the dental fear? Braz Oral Res [Internet]. 2017;31(0):1–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-

83242017000100235&lng=en&tlng=en

6. Cademartori MG, Martins P, Romano AR, Goettems ML. Behavioral changes during dental appointments in children having tooth extractions. 2017;223–8.
7. Saray S, Salas S. El dibujo como medio de evaluación del miedo y ansiedad en niños de 5 a 8 años en atención dental. Estudio descriptivo. Rev Odontopediatría Latinoam. 2018;8:179–93.
8. Kroniņa L, Rasčevska M, Care R. Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety. Stomatologija [Internet]. 2017;19(3):84–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29339671>
9. Sías S, Ayala C, Pichardo V. 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): 179-191.
10. Kakkar M, Wahi R, Takkar R. et al. Prevalence of dental anxiety in 10-14 years old children and its implications. 2016; 16(3):199-202.
11. Goettems M, Jung E, Dos Santos F et al. Nonpharmacologic Intervention on the Prevention of Pain and Anxiety During Pediatric Dental Care: A Systematic Review. 2016; 17(2):110-119.

12. Children's Dental Health Survey 2013. Country specific report: Northern Ireland. Health & Social Care Information Centre. Published March 19, 2015.
13. Marcano A, Figueredo A, Orozco G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. *Journal Odontopediatric* 2012; 2(2): 65-71.
14. Porritt J, Rodd H, Morgan A, Williams C, Gupta E, Kirby J, et al. Development and testing of a Cognitive Behavioural Therapy resource for children's dental anxiety. *J Dent Res Clin Transitional Res*. 2016;2(1):1–15.
15. Ghadimi S, Estaki Z, Rahbar P, Shamshiri AR. Effect of visual distraction on children's anxiety during dental treatment: a crossover randomized clinical trial. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2018;19(4):239–44. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40368-018-0352-x> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29949082>
16. Danchin M, Gulenc A, Efron D, Sciberras E, Symeonides C, Hiscock H. Trends in prevalence and management of childhood anxiety by Australian pediatricians. Manuscript submitted for publication. *Acad Pediatr* [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.08.001>
17. Orgilés M, Méndez X, Pedro J, Luis J, Piqueras A. Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes : diferencias en función de la edad y

el sexo en una muestra comunitaria. Rev Psiquiatr y Salud Ment [Internet]. 2012;5(2):115–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>.

18. Barreiros D. Audiovisual distraction methods for anxiety in children during dental treatment: A systematic review and meta-analysis. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2017;35(4):312–8.
19. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2020. Diez años vigilando la salud bucal de los mexicanos. Disponible en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sivepab/SIVEPAB_10moaniv.pdf
20. Chaturvedi Y, Chaturvedi S, Marwah N, et al. Salivary Cortisol and Alpha-amylase. Biomarkers of Stress in Children undergoing Extraction : An in vivo Study. Int J Clin Pediatr Dent. 2018;11 (3):214–218.
21. Maganto C, Garaigordobil M. El diagnóstico infantil desde la expresión gráfica: el test de dos figuras humanas (T2F). Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. 2009; 20(3): 237-248.
22. Carreras MA, Uriel F, Fernández L et al. Actualizaciones en el análisis del de ítemes madurativos del dibujo de la figura humana en niños escolarizados de Buenos Aires. Interdisciplinaria 2013; 30(1):101-118.

23. Brizzio A, López L, Freiberg H, et al. Estudio preliminar acerca de los indicadores emocionales del test del dibujo de la figura humana. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. 2010; 497-498.
24. Fernández MT, Ponce F, Ochoa E. La validez del dibujo de la figura humana como una medida de la madurez intelectual en niños indígenas yaquis. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica RIDEP. 2018; 564-576
25. Sánchez M, Pirela L. Estudio psicométrico de la prueba figura humana. Telos: Revista de estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales. 2012; 14(2), 210-222.
26. Corah N, Gale E, Illig S. Assessment of a dental anxiety scale. JADA 1978; 97:816-819.
27. Rodríguez H, Cázares F. Instrumentos para evaluar ansiedad al tratamiento estomatológico en el adulto. Rev Cubana de Estomatol. 2019; 56(3):e2024.
28. Abanto J, Vidigal EA, Carvalho T, Bönecker S. Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. Braz. Oral Res. 2017;21:e13.

29. Porrit J, Buchanan H, Hall M y cols. Assessing children's dental anxiety: a systematic review of current measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 41(2), 130-142. doi:10.1111/j.1600-0528.2012.00740.x
30. Priya D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*. 2016;8, 35-50.
31. Juárez LLA y cols. Ansiedad en niños de cuatro a seis años de edad que acuden por primera vez con el odontopediatra. *Revista ADM* 2014; 71 (1): 9-15.

Anexos

Anexo 1: Test de figura humana de Koppitz



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA



**Nivel de Ansiedad pre y post intervención odontopediátrica en
pacientes de 4 a 6 años**

Alumna: CD Laura Elena Contreras Fonseca

Asesor: Dra. Haydeé Gómez Llanos Juárez

Test de Figura Humana de Koppitz (**previo a consulta**)

No. de control: _____

Edad: _____ años



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA**



**Nivel de Ansiedad pre y post intervención odontopediátrica
en pacientes de 4 a 6 años**

Alumna: CD Laura Elena Contreras Fonseca

Asesor: Dra. Haydeé Gómez Llanos Juárez

No. de control: _____

Test de Figura Humana de Koppitz (terminada la consulta)

Edad: _____ años

Anexo 2: Escala de ansiedad de Corah (para madres)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA



Nivel de Ansiedad pre y post intervención odontopediátrica en pacientes de 4 a 6 años

Alumna: CD Laura Elena Contreras Fonseca

Asesor: Dra. Haydeé Gómez Llanos Juárez

Escala de Ansiedad de Corah

No. de control: _____

Responda las preguntas seleccionando la opción que represente cuál es su estado ante los siguientes escenarios:

- 1. Si tuviera que ir al dentista mañana para una revisión ¿cómo se sentiría al respecto?**
 - a. Relajado, nada ansioso
 - b. Ligeramente ansioso
 - c. Bastante ansioso
 - d. Muy ansioso o intranquilo
 - e. Extremadamente ansioso (sudor, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)
- 2. Cuando está esperando su turno en el consultorio del dentista en la sala de espera, ¿cómo se siente?**
 - a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso o intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudor, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)
- 3. Cuando está en la silla del dentista esperando mientras prepara el “taladro” para comenzar el tratamiento dental, ¿cómo se siente?**
 - a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso o intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudor, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)
- 4. Imagine que está en la silla del dentista para una limpieza dental. Mientras espera, el dentista acomoda los instrumentos que serán utilizados para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?**
 - a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso o intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudor, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)
- 5. Si le van a inyectar con una aguja anestésico local para su tratamiento dental, ¿cómo se siente?**
 - a) Relajado, nada ansioso
 - b) Ligeramente ansioso
 - c) Bastante ansioso
 - d) Muy ansioso o intranquilo
 - e) Extremadamente ansioso (sudor, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

Anexo 3: Declaración de Helsinki de la AMM.

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013

Introducción

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la

supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están sub representados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

5. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Riesgos, Costos y Beneficios

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se

investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Grupos y personas vulnerables

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

Comités de ética de investigación

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su

funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión.

En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad

que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

Uso del placebo

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o cuando por razones metodológicas científicamente

sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.

Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada.

Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

Estipulaciones post ensayo

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables

de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Intervenciones no probadas en la práctica clínica

37. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

Anexo 4: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nivel de ansiedad pre y post intervención odontopediátrica en pacientes de 4 a 6 años

Carta de consentimiento para participación de padres y sus hijos.

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Que tiene como objetivo evaluar el nivel de ansiedad pre y post intervención odontopediátrica mediante el Test de figura humana de Koppitz y Escala de Ansiedad de Corah en pacientes pediátricos de 4 a 6 años de edad que asistan a la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica de la Facultad de Odontología Tijuana.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar y que hijo(a) participe también en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. **A usted** le haremos algunas preguntas sobre los datos de identificación de su hijo antecedentes médicos, heredofamiliares y odontológicos para poder llenar correcta y verazmente su historia clínica. Ya que el menor tenga completa y autorizada su historia clínica, se establecerá un plan de tratamiento que incluye tratamiento con o sin anestésico local. Asimismo, se le entregará un cuestionario que consiste en una escala de evaluación de ansiedad para padres.
2. **A su hijo(a)** se le aplicará una revisión bucal, la cual constara de inspección de órganos dentarios y de acuerdo a las condiciones de estos, serán diagnosticados y establecido un plan de tratamiento que incluye tratamientos con o sin anestésico local. De igual manera, se le entregarán dos tests de dibujos donde él deberá marcar la figura que más se parezca a su estado de ánimo antes y después de que reciba el tratamiento dental programado para su consulta.

Beneficios: Ni Usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el Programa de Especialidad en Odontología Pediátrica de la Facultad de Odontología Tijuana, en el

Proyecto de Nivel de ansiedad pre y post intervención odontopediátrica en pacientes de 4 a 6 años.

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

Riesgos Potenciales/Compensación: No existen riesgos 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 cómo le tratan en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: **Laura Elena Contreras Fonseca** al siguiente número de teléfono 686 192 4751, en un horario de lunes a viernes 9:00 am a 4:00 pm.

Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

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

	Fecha: ____ / ____ / ____
Nombre del Padre / Madre / Tutor:	Firma:
Nombre completo testigo 1:	Firma:
Nombre completo testigo 2:	Firma:
Nombre completo de la persona que obtiene el consentimiento:	

Anexo 5: Asentimiento informado



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA
ASENTIMIENTO INFORMADO**



Nivel de ansiedad pre y post intervención odontopediátrica en pacientes de 4 a 6 años

Hola mi nombre es Laura Elena Contreras Fonseca 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 evaluar el nivel de ansiedad pre y post intervención odontopediátrica en niños de 4 a 6 años y para ello quiero pedirte que nos apoyes. Tu participación en el estudio consistirá en una revisión bucal, la realización de tratamientos con o sin anestesia local y la aplicación de dos tests para comparar los niveles de ansiedad que experimentes antes y después de tu consulta.

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 proporciones/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a identificar signos de la ansiedad que experimentes.

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: _____

Fecha: _____ / _____ / _____