

# FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO Y ANSIEDAD DENTAL EN EL BINOMIO PADRES E HIJOS.

José E. Orellana Centeno<sup>1</sup>,  
Darío G. Hernández<sup>2</sup>,  
Verónica Morales Castillo<sup>3</sup>,  
Roxana N. Guerrero Sotelo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad de la Sierra Sur, Instituto de Investigación Sobre Salud Pública, Guillermo Rojas Mijangos s/n, esq. Av. Universidad, C.P. 70800, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oaxaca, México. Correo: jeorellano@unsis.edu.mx <https://orcid.org/0000-0002-9518-7319>

<sup>2</sup>Maestría en Salud Pública, Facultad de Enfermería y Nutrición, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Correo: dgaytan@uaslp.mx <https://orcid.org/0000-0002-0545-076X>

<sup>3</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona/ Unidad de Medicina Familiar No. 9, Fray Juan Bautista de Mollinedo No. 26, C.P. 79610, Rioverde, San Luis Potosí, México. Correo: veronica.moralesc@imss.gob.mx <https://orcid.org/0000-0003-4767-5032>

<sup>4</sup>Universidad de la Sierra Sur, Instituto de Investigación Sobre Salud Pública, Guillermo Rojas Mijangos s/n, esq. Av. Universidad, C.P. 70800, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oaxaca, México.

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24n1>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 01 de noviembre 2019.  
Aprobado: 02 de febrero 2020.

FACTORS ASSOCIATED WITH DENTAL FEAR AND ANXIETY IN PARENT-CHILD DYAD.

*FATORES ASSOCIADOS AO MEDO E À ANSIEDADE DENTAL NA BINOMIA DE PAIS E CRIANÇAS.*

## Resumen

**Introducción:** Las enfermedades bucales son un problema de salud pública a nivel individual y comunitaria, está relacionada a la calidad de vida de los individuos, se define como una percepción de los aspectos, funcionales, psicológicos y sociales, junto con el dolor y la comodidad. **Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, transversal analítico. Este consistió de 398 niños (muestra por conveniencia) con edades de 5 a 12 años, ambos sexos, todos pacientes de la clínica del Departamento de Pediatría de la Facultad de Estomatología de la U.A.S.L.P. que fueron tratados en de Diciembre de 2015 a Noviembre del 2016. Los padres encuestados (n=398) con edades entre los 18 a 60 años y de ambos sexos, acompañantes de sus hijos que asistieron a la Clínica. **Resultados:** Se encontró una correlación significativa positiva. Coeficiente = 0.336 y  $p < 0.001$  con lo cual, se demuestra que la percepción de la intensidad del dolor fue la misma. Los resultados de la prueba de McNemar mostraron una  $p = 1.00$  es decir, la opinión sobre la escala del dolor antes fue igual posterior del tratamiento. **Conclusión:** Existe una relación entre la ansiedad y el miedo dental con algunos factores como es el nivel socioeconómico, pero se requiere investigar mucho más en relación al tema, ampliar el tamaño de muestra.

**Palabras clave:** Odontología, miedo, ansiedad, salud pública.

## Abstract

**Introduction:** Oral diseases are a problem in public health at individual and community levels, related to life quality of individuals and defined as a perception of functional, psychological and social aspects together with pain and comfort. **Material and Methods:** Cross sectional, analytical, quantitative, observational study. It was made up of 398 children (convenience sampling) aged between 5 and 12, both sexes, all patients from the Department of Pediatrics, School of Stomatology, Universidad Autónoma de San Luis de Potosí, México, treated from December 2015 to November 2016. Surveyed parents (n=398) aged between 18 and 60, both sexes, taking the children treated at the clinic. **Results:** A significant positive correlation was found. Coefficient = 0.336 and  $p < 0.001$ ; with this it is demonstrated that perception of pain intensity was the same. Results of McNemar test showed  $p = 1.00$ , that means that opinion about the pain scale before was the same after treatment. **Conclusion:** There is a relationship between dental anxiety and fear with factors such as socioeconomic level but more research on the topic is necessary and extend sample size.

**Key words:** Dentistry, Fear, Anxiety, Public Health.

## Resumo

**Introdução:** As doenças bucais são um problema de saúde pública no nível individual e comunitário, estão relacionadas à qualidade de vida dos indivíduos, são definidas como uma percepção dos aspectos funcionais, psicológicos e sociais, juntamente com a dor e o conforto(i) . **Materiais e Métodos:** Estudo quantitativo, observacional, transversal analítico. Consistiu em 398 crianças (amostra por conveniência) de 5 a 12 anos, de ambos os sexos, todos pacientes do ambulatório do Departamento de Pediatria da Faculdade de Estomatologia da U.A.S.L.P. atendidos no período de dezembro de 2015 a novembro de 2016. Os pais pesquisados (n = 398) com idades entre 18 a 60 anos e de ambos os sexos, acompanhantes de seus filhos que compareceram à Clínica. **Resultados:** Foi encontrada uma correlação significativa positiva. Coeficiente = 0.336 e  $p < 0.001$ , o qual evidencia que a percepção da intensidade da dor foi a mesma. Os resultados do teste de McNemar mostraram  $p = 1.00$ , ou seja, a opinião sobre a escala de dor anterior foi a mesma que aquela após o tratamento. **Conclusão:** Existe uma relação entre ansiedade e medo dentário com alguns fatores como o nível socioeconômico, mas são necessárias muito mais pesquisas em relação ao tema, amplificando o tamanho da amostra.

**Palavras chave:** Odontologia, Medo, ansiedade, saúde pública.

## Introducción

Las enfermedades bucales son un problema de salud pública a nivel individual y comunitaria, está relacionada a la calidad de vida de los individuos, se define como una percepción de los aspectos, funcionales, psicológicos y sociales, junto con el dolor y la comodidad.

La ansiedad dental es caracterizada por pensamientos ansiosos acerca del dentista y su actividad, así como también el miedo a los tratamientos dentales. En ocasiones es tanto el miedo de visitar al dentista que no asiste.

Las consecuencias de problemas dentales en la infancia pueden persistir a través de la vida y ocasionar problemas en la edad adulta . Así como también puede influir en la actitud de los hijos cuando asisten al dentista, ya que los infantes copian comportamientos y características de personalidad, asimilando el miedo o ansiedad del padre, además de los que va obteniendo conforme va creciendo.

Algunos de los factores asociados es la situación socio económica, estilo de vida y comportamiento, estos contribuyen a conocer el estado de enfermedad bucal . La inequidad en el estado de salud oral debido a factores socioeconómicos y estilo de vida prevalece .

El objetivo del presente estudio es identificar factores asociados al miedo y ansiedad dental en el binomio padres e hijos en una población que asiste a consulta dental en San Luis Potosí, México.

## Materiales y Métodos

Tipo de estudio: Estudio cuantitativo, observacional, transversal analítico.

Grupo de estudio: Este consistió de 398 niños (muestra por conveniencia) con edades de 5 a 12 años, ambos sexos, todos pacientes de la clínica del Departamento de Pediatría de la Facultad de Estomatología de la U.A.S.L.P. que fueron tratados en de Diciembre de 2015 a Noviembre del 2016. Los padres encuestados (n=398) con edades entre los 18 a 60 años y de ambos sexos, acompañantes de sus hijos que asistieron a la Clínica.

Criterios de selección: Pacientes que se presentaran de primera vez a la clínica, acompañados de un mayor de edad, ambos hablen y entiendan español y no presenten algún impedimento físico o mental para poderles explicar y contestar la prueba. Niños que se presenten con una emergencia fueron excluidos.

En este estudio se obtuvo la autorización de todos los padres, se les informo de los cuestionarios que se le iban a realizar y se obtuvo autorización mediante firma de carta de consentimiento informado.

Procedimiento: A los padres de los niños que participaron en el estudio se les pidió que llenaran el cuestionario Corah's Dental Anxiety Scale, Revised (DAS-R) para evaluar su ansiedad/miedo para asistir al consultorio dental, también se les pidió que contestaran el cuestionario Regla AMAI NSE 8X7 para conocimiento del nivel socioeconómico en la que se encuentra. El llenado de los mismos se pidió que se realizara en la sala de espera afuera de la clínica, en caso de no querer contestar los cuestionarios o no estar de acuerdo se le descarta del estudio a él y a su hijo, pero esto no afecto en la atención del niño. Los niños dentro de la clínica se les pidieron tomar asiento en el sillón dental, se le realizó historia clínica dental, así como también se le pidió decir cómo se sentía previo al tratamiento con ayuda de la escala visual análoga Wong Baker Face (EVA WBF). Se solicitó autorización al padre para realizar el tratamiento requerido y se procedió a realizar. Terminado el tratamiento se le pidió al niño que nos dijera como se sintió evaluando de nueva cuenta con la escala EVA WBF.

Evaluación del dolor – Escala Visual Análoga (Wong Baker Face): La escala Wong Baker Face (EVA) evalúa el estado de dolor en los niños. Comprende una fila de seis caras que va de no duele a duele demasiado. Se les pidió a los niños que señalaran que cara sentían al retirarse el estímulo frío o eléctrico. La escala se anota un valor dando a 0 el más positivo y 5 al valor más negativo. Se realizó para conocer lo incómodo que puede ser la prueba de sensibilidad para el paciente infantil.

Análisis estadístico: Se aplicó la prueba D de Somers para variables ordinales, se probó la correlación en la escala del dolor, antes y después del tratamiento. Además se aplica la prueba de McNemar a la escala del dolor antes y después del tratamiento (dicotomizada duele o no duele) para probar el cambio antes y después del mismo.

## Resultados

En las tablas N 1 y N 2 muestra el análisis descriptivo de los binomios acompañante adulto y paciente infantil, en estas tablas se puede observar las variables estudiadas como fueron: edad, sexo, frecuencia de cepillado, uso de métodos de higiene bucal y si los usan cual es. Así como también frecuencia y porcentaje de los instrumentos con los que se

midió la ansiedad y miedo en los binomios, así como también el nivel socioeconómico con el cuestionario Regla AMAI NSE 8X7 en el caso de los adultos. Para los niños se adiciono las variables el motivo de la consulta, índice CEO (cariados, extraídos y obturados) para conocer su estado de salud bucal.

**Tabla N° 1:** Análisis Descriptivo de acompañantes Adultos.

n=398			
VARIABLE	MEDIA +/- D.E.	RANGO (Max-Min)	FRECUENCIA (%)
<b>Edad</b>	38.51+/-12.30	(18-60)	
<b>Sexo</b>			
Femenino			207(52)
Masculino			191(48)
<b>DAS-R (Ansiedad)</b>	2.41+/-0.97	(1-4)	
Normal			72(18)
Ansiedad moderada			162(41)
Ansiedad alta			94(23)
Ansiedad severa			70(18)
<b>Frecuencia de cepillado</b>	1.55+/-1.10	(0-3)	
0 veces al día			90(23)
1 vez al día			103(26)
2 veces al día			103(26)
3 veces al día			102(25)
<b>Utiliza otros métodos higiene bucal</b>	0.51+/-0.50	(0-1)	
No			197(50)
Sí			201(50)
<b>Cuales métodos de higiene bucal</b>	0.95+/-1.07	(0-3)	
Ninguno			197(50)
Hilo dental			68(17)
Enjuague bucal			90(23)
Ambos			43(10)
<b>Nivel socioeconómica</b>	3.95+/-1.34	(1-7)	
E (Extrema pobreza)			1(00)
D (Clase baja)			76(19)
C (Clase media)			276(69)
AB (Clase alta)			45(11)

**Tabla N° 2:** Análisis Descriptivo de pacientes infantiles

<b>n=398</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>MEDIA +/- D.E.</b>	<b>RANGO (MAX-MIN)</b>	<b>FRECUENCIA (%)</b>
<b>Edad</b>	8.67+/-2.36	(5-12)	
<b>Sexo</b>			
Femenino			207(52)
Masculino			191(48)
<b>VAS (Miedo)</b>	2.33+/-1.69	(0-5)	
No duele			80(20)
Duele un poco			67(17)
Duele un poco más			64(16)
Duele más			66(17)
Duele mucho más			72(18)
Duele demasiado			49(12)
<b>Frecuencia de cepillado</b>	1.44+/-1.06	(0-3)	
0 veces al día			94(24)
1 vez al día			116(29)
2 veces al día			106(27)
3 veces al día			82(20)
<b>Motivo de la consulta</b>	2.00+/-1.40	(0-4)	
Preventivo			76(19)
Obturación			83(21)
Pulpotomía			87(22)
Pulpectomía			70(18)
Extracción			82(20)
<b>Índice ceo</b>	2.15+/-1.43	(0-20)	
Cariados	4.45+/-3.01	(0-9)	1773(14)
Obturados	2.46+/-1.69	(0-6)	979(08)
Extraídos	4.39+/-2.69	(0-9)	1746(14)

**Fuente:** Propia

**Tabla N° 3:** Modelo multivariado de miedo infantil a la consulta dental

Variable	Coficiente	SE	RR	CI 95%	P valué
<b>Motivo de Consulta</b>					
Preventivo	-	-	1	-	-
Curativo	1,23	0,28	3,44	1.16 – 5.74	0.000**
<b>Nivel Socioeconómico</b>					
E	-	-	1	-	-
D	20,21	40192,97	5,51	0.24 – 5.71	1
C	0,91	0,46	2,5	0.60 – 11.20	0.047*
AB	0,78	0,37	2,18	1.35 – 11.21	0.034*
<b>Sexo</b>					
Femenino	-	-	1	-	-
Masculino	0,02	0,25	1,02	0.83 – 3.20	0,929
<b>Frecuencia de cepillado</b>					
3 veces al día	-	-	1	-	-
Menos de 3 veces al día	-0,35	0,31	0,7	0.11 – 6.06	0,259
<b>Edad</b>	0	0,05	0,99	0.55 – 6.91	0,97

Fuente: Propia SE= Desviación estándar; RR= Riesgo Relativo; CI= Intervalo de Confianza \*p < 0.05 \*\*p=0.001

En la tabla N 3 podemos observar el modelo multivariado con el que se analizaron las variables, en esta tabla se encontró estadísticamente significativa con respecto al motivo de consulta y el tratamiento curativo (p=0.000) y un riesgo relativo de 3.44 (CI 95%= 1.16-5.74) existiendo 3.44 veces mayor riesgo de que el motivo de consulta sea curativo que preventivo, lo cual este tipo de tratamientos provocan mayor molestia, dolor y miedo o angustia al paciente.

Otra de las variables que presentó significancia estadística fue en nivel socioeconómico en donde el nivel C y el AB son los de mayores recursos y presentan 2.5 y 2.18 mayor riesgo de tener miedo o ansiedad a los tratamientos odontológicos.

**Tabla N° 4:** Correlaciones de variables de estudio

		Correlaciones				
		Puntuación de DAS ansiedad adultos	Puntuación de nivel socioeconómico adultos	Escala VAS de ansiedad niños	Edad Niños	Índice ceo
Puntuación de DAS ansiedad adultos	Pearson Correlation	1	-0,069	-0,064	0,059	-0,094
	Sig. (2-tailed)		0,167	0,202	0,242	0,06
Puntuación de nivel socioeconómico adultos	Pearson Correlation		1	-.104 <sup>†</sup>	-0,024	0,055
	Sig. (2-tailed)			0,038	0,632	0,275
Escala VAS de ansiedad niños	Pearson Correlation			1	0,035	0,022
	Sig. (2-tailed)				0,49	0,666
Edad Niños	Pearson Correlation				1	-.107 <sup>†</sup>
	Sig. (2-tailed)					0,033
Índice ceo	Pearson Correlation					1
	Sig. (2-tailed)					

Fuente: Propia \* Correlación es significativa p>0.05

En la tabla N 4 se presenta la correlación de las variables en donde se encontró una correlación significativa positiva. Coeficiente = 0.336 y  $p < 0.001$  con lo cual, se demuestra que la percepción de la intensidad del dolor fue la misma.

Los resultados de la prueba de McNemar mostraron una  $p = 1.00$  es decir, la opinión sobre la escala del dolor antes fue igual posterior del tratamiento.

## Discusión

La mayoría de los estudios reportados en relación a la salud del paciente se concentran en su relación con algún otro padecimiento, así como también no se realiza una relación con el padre o cuidador, lo que hace que el binomio pudiera tener una relación por la convivencia. En los modelos multivariados ajustados como este presenta varios factores de riesgo como son edad, género, estatus socioeconómico, comportamiento dental y estado oral. Pero autores como Johansson et al. y Wide Boman et al. , incluyen además en los modelos el factor ansiedad y miedo dental.

Se muestra en este estudio que no existe relación y tampoco hay diferencia significativa entre la respuesta al miedo que presenta el niño con respecto a la ansiedad o miedo de los padres.

Conocimiento adecuado acerca de la salud oral es básico para un programa de promoción de salud preventiva. Los programas de promoción para la salud son muy importantes para conocer las necesidades básicas de salud de la población, organización de atención primaria y una efectiva referencia de los pacientes .

Debemos tomar en cuenta que el comportamiento en el consultorio dental puede iniciar de manera adecuada, pero durante el tratamiento puede irse deteriorando, por diversas situaciones dentro de la sesión y con ello aumentar miedo y ansiedad del paciente, pero esto debe de ser por experiencia propia y no por la vivida o relatada por un familiar .

Una de las limitaciones del estudio es el tamaño de la muestra, así como también que se realizó la medición de la prueba socioeconómica con un instrumento de utilidad para México para conocer esta situación. Alguna de sus fortalezas es que este estudio es que no se tienen muchos reportes en México y América Latina, así como también que la clínica en donde se realizó puede captar población tanto urbana como rural, ya que en ella asiste gente que vive en los municipios de San Luis Potosí, lo que hace muy variada nuestra población.

## Conclusiones

Existe una relación entre la ansiedad y el miedo dental con algunos factores como es el nivel socioeconómico, pero se requiere investigar mucho más en relación al tema, ampliar el tamaño de muestra. La necesidad de tratamientos preventivos y la manera de hacer que llegue de manera más importante en la población permitirá que los pacientes reduzcan su ansiedad y miedo a los tratamientos dentales y no transmitan esa sensación a sus hijos. Así como también iniciar a una edad temprana las visitas dentales favorecerán a conocer de una manera más adecuada la experiencia y evitar problemas orales de mayor manera. Es necesario explorar la relación entre la salud oral y estado socioeconómico, revela la inequidad en salud oral relacionado al grupo social .

## Bibliografía

1. Heller M. Ciencia incierta. La producción social del conocimiento. 1ªed. Buenos Atchison KA, Shetty V, Belin TR, Der-Martirosian C, Leathers R, Black E, et al. Usingpatientself-report data to evaluateorofacialsurgicaloutcomes. CommunityDent

2. Barbosa TS, Gavião MB. Oral health-related quality of life in children: part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. *Int J Dent Hyg* 2008; 6:100-107
3. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1992; 20:97-101.
4. Glendor U. Aetiology and risk factors related to traumatic dental injuries: A review. *Dental Traumatology* 2009; 25: 19-31.
5. Klaassen MA, Veerkamp JS, Hoogstraten J. Dental fear, communication, and behavioural management problems in children referred for dental problems. *Int J Paediatr Dent* 2007; 17(6): 469-477
6. Celeste RK, Nadanovsky P, Fritzell J. Trends in socioeconomic disparities in the utilization of dental care in Brazil and Sweden. *Scand J Public Health* 2011; 39(6):640-648.
7. Donaldson AN, Everitt B, Newton T, Steele J, Sherriff M, Bower E. The effects of social class and dental attendance on oral health. *J Dent Res* 2008; 87(1):60-64.
8. Johansson G, Ostberg AL. Oral health-related quality of life in Swedish young adults. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 2015; 10(1): 27125. doi: 10.3402/qhw.v10.27125.
9. Boman UW, Wennstrom A, Stenman U, et al. Oral health-related quality of life, sense of coherence and dental anxiety: An epidemiological cross-sectional study of middle-aged women. *BMC Oral Health* 2012; 12:14 doi:10.1186/1472-6831-12-14
10. Llompart G, Marin GH, Silberman M, Merlo I, Zurriaga O. Oral health in 6-year-old school children from Berisso, Argentina: Falling far short of WHO goals. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15 (1):101-5.
11. Venham L, Bengtson D, Cipes M. Children's response to sequential dental visits. *J Dent Res* 1977; 56(5): 454-459.
12. Wennström A, Ahlqwist M, Stenman U, Bjorkelund C, Hakenberg M. Trends in tooth loss in relation to socio-economic status among Swedish women, aged 38 and 50 years: repeated cross-sectional surveys 1968-2004. *BMC Oral Health* 2013; 13:63. doi: 10.1186/1472-6831-13-63