

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LA ANSIEDAD INFANTIL EN
PADRES DE NIÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DENTAL**

POR

MIRIAM FERNÁNDEZ TAMAYO

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA**

ENERO, 2018

**MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA**

**CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LA ANSIEDAD INFANTIL DE PADRES DE
NIÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DENTAL**

Comité de Tesis

Presidente

Secretario

Vocal



Este trabajo fue realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León bajo la dirección del Dr en C. Juan Manuel Solís Soto.

JUAN MANUEL SOLÍS SOTO
DIRECTOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Dios Nuestro Señor, por todo lo que me ha dado durante lo largo de mi vida; a mis Papás por todo el amor que me han brindado, su apoyo incondicional y por estar conmigo en todo momento ayudándome a cumplir mi sueño. También quiero agradecerle a mi familia y a todos los que me acompañaron en este camino. Especialmente a mi Papá Guillermo Fernández González que falleció un mes antes de terminar mi maestría, se que siempre está conmigo y que desde el cielo esta muy contento y orgulloso de este gran logro que no hubiera sido posible sin su ayuda.

Así como también quiero agradecerle al Dr en C. Juan Manuel Solís Soto Asesor de mi tesis por su paciencia y el tiempo que invirtió en orientarme y darle forma a terminar esta tesis; y a la M en C. Sonia Martha López Villarreal coordinadora del posgrado de odontopediatría, por sus valiosas sugerencias e interés, en la revisión del presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

SECCIÓN	Página
AGRADECIMIENTOS	IV
LISTA DE TABLAS	VII
NOMENCLATURA	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
1. INTRODUCCIÓN	11
2. HIPÓTESIS	12
3. OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo general	13
3.2 Objetivos particulares	13
4. ANTECEDENTES	14
4.1 Definición de Ansiedad	14
4.2 Ansiedad Infantil	14-16
4.3 Etiología de la ansiedad infantil	16-17
4.4 Epidemiología de la ansiedad infantil	17
4.5 Diagnóstico de la ansiedad infantil	18
4.6 Manifestaciones la ansiedad infantil	19
4.7 Tratamiento de ansiedad infantil	20-21
5. MÉTODOS	22
5.1 Diseño de estudio	22
5.2 Universo de estudio	22
5.3 Criterios de selección	22
5.4 Diseño de la encuesta	22
5.5 Validación de la encuesta	23
5.6 Descripción de procedimientos	23
5.7 Análisis estadístico	23
6. RESULTADOS	24
6.1 Presentación de resultados	24-27

7. DISCUSIÓN	28-29
8. CONCLUSIONES	30
10. ANEXOS	31
11. LITERATURA CITADA	32-37
RESUMEN BIOGRÁFICO	38

LISTA DE TABLAS

Fig. 1 Conocimiento y manejo de ansiedad infantil general.....	Pág 24
Fig 2. Conocimiento y manejo de ansiedad infantil en hombres y mujeres.....	Pág 25
Fig 3. Presupuesto económico bajo, medio y alto.....	Pág 25
Fig 4. Escolaridad de los padres primaria / secundaria y prepa/ licenciatura.....	Pág 26
Fig 5. Padres de niños de 3-6 y de 7-9 años de edad.....	Pág 27
Fig 6. Padres de 15-30,31-45 y 46 a más años de edad.....	Pág 27

NOMENCLATURA

UANL	Universidad Auntonoma de Nuevo Leon
Fig.	Figura
AAPD	Academia Americana de Odontologia Pediatrica
DMH	Decir Mostrar Hacer
ANS	Sistema nervioso autonomo
CFSS	Escala de Evaluacion de Miedos
VPT	Venham Picture Test
CFSS-DS	Children's Fear Survey Schedule- Dental Subscale
BMP	Behaviour Management Problems

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La ansiedad dental infantil es un tema de suma importancia en Odontopediatría, ya que esta se presenta frecuentemente en los pacientes sin importar género, edad, posición socioeconómica o continente. Los odontopediatras pueden informar a los padres acerca de la ansiedad infantil en la consulta dental para trabajar en mancuerna por el bien de sus hijos. **OBJETIVO:** Evaluar el conocimiento y manejo de la ansiedad de padres de pacientes pediátricos en la clínica de Odontopediatría de la UANL analizando diferencias en cuanto a su perfil socioeconómico, escolaridad, género, edad de los padres, y edad del paciente. **METODOLOGÍA:** Se aplicó una encuesta sobre el conocimiento y manejo de la ansiedad infantil a padres de niños de 3 a 9 años de edad, que acuden a la clínica de Posgrado de Infantil de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Así mismo, en este estudio se obtuvo y validó una nueva encuesta, obtenida de diferentes preguntas de estudios ya validados, para así poder certificarla, y que sea de gran utilidad para investigar acerca del conocimiento y manejo de los padres de niños con ansiedad que acuden a la consulta dental. **RESULTADOS:** El conocimiento y manejo de ansiedad general fue 50.13%, el conocimiento fue 40.38% y el manejo 59.89%. Los padres obtuvieron un conocimiento mayor que el de las madres encuestadas. Un conocimiento de ansiedad de los padres de 40.99%, mientras que las madres 40.19% ($p=0.137$). El manejo de la ansiedad de los padres fue de 62.16% y el de las madres 59.21%. **CONCLUSIÓN:** El conocimiento y manejo de la ansiedad infantil es deficiente en padres de familia, y no están relacionados a la escolaridad, sexo, perfil socioeconómico o edad de los niños.

PALABRAS CLAVE: **Ansiedad infantil, miedo, odontopediatría, conocimiento, manejo**

Dr. Juan Manuel Solís Soto _____

ABSTRACT

INTRODUCTION: Infant dental anxiety is a very important issue in Pediatric Dentistry, as it frequently occurs in patients regardless of gender, age, socioeconomic status or continent. Pediatric dentists can inform parents about child anxiety in the dental office to work on dumbbell for the sake of their children. **AIMS:** To evaluate the knowledge and management of anxiety of parents of pediatric patients in the pediatric dentistry clinic of UANL, analyzing differences in socioeconomic profile, schooling, gender, age of parents, and age of the patient. **METHODS:** A survey on the knowledge and management of child anxiety was applied to parents of children aged 3 to 9 years who attend the postgraduate clinic of children of the faculty of dentistry of the Autonomous University of Nuevo León. In this study, a new survey was obtained and validated, obtained from different questions of validated studies, in order to be able to certify it, and that is useful for investigating the knowledge and management of the parents of children with anxiety who attend To the dental office. **RESULTS:** Knowledge and management of general anxiety was 50.13%, knowledge was 40.38% and management 59.89%. The parents gained greater knowledge than the mothers surveyed. A knowledge of anxiety of parents of 40.99%, while mothers 40.19% ($p = 0.137$). The anxiety management of the parents was 62.16% and that of the mothers 59.21%. **CONCLUSION:** The knowledge and management of child anxiety is deficient in parents, and are not related to schooling, gender, socioeconomic profile or age of children.

KEYWORDS: Child anxiety, fear, knowledge, management, pediatric dentistry.

1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad dental infantil es un tema de suma importancia en Odontopediatría, ya que esta se presenta frecuentemente en los pacientes sin importar género, edad, posición socioeconómica o continente.

Los odontopediatras pueden informar a los padres acerca de la ansiedad infantil en la consulta dental para trabajar en mancuerna por el bien de sus hijos.

En una revisión de la literatura actual, se encontraron muchos estudios que hablan acerca de la ansiedad dental infantil, como su etiología, tratamiento, diagnóstico; mas no del conocimiento y manejo de los padres de niños que asisten a la consulta dental, por lo cual es necesario hacer estudios ya que actualmente no existe en la literatura una investigación que hable sobre el conocimiento y manejo de padres de niños que asisten a la consulta odontológica.

Se ha observado durante la práctica clínica como influyen los padres para aumentar o disminuir la ansiedad. Es por eso que el principal objetivo de la tesis es evaluar el conocimiento y manejo de los padres acerca de la ansiedad dental infantil.

En este trabajo se aplicó una encuesta de 28 preguntas sobre el conocimiento y manejo de la ansiedad infantil a 200 padres de niños que acuden a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UANL.

Se encontró que tanto el conocimiento como el manejo de la ansiedad son deficientes en los padres de familia. Se analizó la influencia del sexo de los padres, el perfil socioeconómico, la escolaridad, e incluso la edad de los niños, se encontró que ninguno de estos cuatro factores influye.

2. HIPÓTESIS

Los padres tienen un adecuado conocimiento y manejo de la ansiedad infantil en la consulta dental.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Generales

*Objetivo General

Evaluar el conocimiento y manejo de la ansiedad de padres de pacientes pediátricos en la clínica de Odontopediatría de la UANL.

3.2 Objetivos específicos

Objetivos específicos

*Examinar el conocimiento y manejo de la ansiedad conforme al perfil socioeconómico de los padres de pacientes pediátricos que acuden a la clínica de Odontopediatría de la UANL.

*Diferenciar el conocimiento y manejo de la ansiedad conforme a la escolaridad de los padres de pacientes pediátricos que acuden a la clínica de Odontopediatría de la UANL.

*Comparar el conocimiento y manejo de la ansiedad infantil conforme al sexo de los padres de hijos con ansiedad que acuden a la consulta dental.

*Analizar el conocimiento y manejo de la ansiedad infantil conforme a la edad de los padres de hijos con ansiedad que acuden a la consulta dental

4 ANTECEDENTES

4.1.- Definición de Ansiedad

La ansiedad se ha definido como un estado de cosas desagradables con miedo asociado al peligro dentro de un proceso aprendido del propio medio ambiente (Khawja SG et al, 2015); así la ansiedad surge debido a la anticipación del miedo y tiene la función adaptativa de evitar o prevenir la recurrencia de estímulos dolorosos (Bagchi A et al, 2017).

Es también un estado de ánimo de transición que varía de leve a severo en el nivel de intensidad (Doganer YC, et al 2017) y la anticipación de cualquier situación desagradable evoca una sensación de miedo que puede clasificarse como ansiedad. (Bagchi A et al, 2017). Las emociones de la ansiedad son, sin embargo, más difusas que el miedo específico y se unen a muchas situaciones y acontecimientos diferentes (Rajwar AS y Goswami M, 2017).

Existen trastornos como ansiedad generalizada, de pánico , ansiedad social, obsesivo-compulsivo , estrés postraumático y fobias simples son enfermedades psiquiátricas más comunes que afecta a un estimado de 18% de las personas en los Estados Unidos (Maron E y Nutt D, 2015).

4.2.- Ansiedad dental infantil

Los niños pequeños responden comúnmente al estrés de las visitas dentales con cierto miedo y ansiedad (Venham et al, 1980). Antecedentes culturales y la actitud a la atención dental se sugieren como más importante en la determinación de los niveles de ansiedad dental de los niños (Jefferson KA, 2015). La ansiedad es una emoción similar al miedo, surge sin ninguna fuente objetiva de peligro (Tiwari N et al, 2015). Los resultados del estudio confirmaron la eficacia del programa de manejo del estrés utilizando el enfoque cognitivo-conductual en la salud mental de las madres de los niños con trastorno de hiperactividad y déficit de atención (Sharif F et al, 2015). Las niñas y los niños más pequeños suelen ser reportados como más temerosos que los niños y los

niños mayores (Raj S et al, 2017). La ansiedad dental, miedo al dentista y fobia dental se han utilizado en la literatura sin una clara diferenciación entre ellos (Simon AK et al, 2015). La ansiedad dental se define como un miedo anormal o temor de visitar al dentista para la atención preventiva y la ansiedad injustificada durante procedimientos dentales (Assunção CM et al, 2013). La ansiedad se ha definido como un estado de cosas desagradables con miedo asociado al peligro dentro de un proceso aprendido del propio medio ambiente (Khawja SG et al, 2015). Los niños pueden desarrollar ansiedad debido a la presencia de personas ansiosas alrededor de ellos (Porrirt J et al, 2012). La ansiedad dental es frecuente en todo el mundo y no se limita a una población o país (Masoud Saatchi et al, 2015). El miedo y la ansiedad logran un aumento de la transpiración, frecuencia respiratoria, cardíaca, pulso y presión arterial por la liberación del cortisol, adrenalina, y no- epinefrina (Tiwari N et al, 2015). Otra herramienta para detectar el nivel miedo dental de un niño es con la Alfa-amilasa en la saliva (Noorani H et al , 2014).

Existe una relación directa entre las madres y la ansiedad de sus hijos, es necesario que los padres obtengan la información previa acerca de la anestesia, cirugía y cuidados postoperatorios para disminuir la ansiedad (Sadegh Tabrizi J; Sartori J et al, 2015). Los pacientes pediátricos pueden aceptar fácilmente el tratamiento dental o pueden ser extremadamente temerosos, resistentes o negarse a cualquier tratamiento (Prabhakar AR et al, 2007), estos pueden desarrollar ansiedad debido a la presencia de personas ansiosas alrededor de ellos (Porrirt J et al ,2012). Existe una relación significativa entre los padres y el miedo dental infantil (Themessl-Huber M et al, 2010). Las causas más comunes de la ansiedad dental son por experiencia dental traumática y la actitud del odontólogo (Lara A et al, 2012). Otra causa es el uso de las batas blancas, lo cual se relaciona con miedo, y es transmitido de los padres hacia los hijos (Kamavaram Ellore VP et al, 2015). La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) recomienda centrarse más en la intervención no farmacológica en futuros estudios. La musicoterapia es una intervención segura, sencilla, barata y no invasiva, que puede aliviar significativamente los pacientes (Forooghy M et al, 2015). La distracción con audio es la técnica en el que el paciente oye música en un tratamiento (Singh D et al, 2014). El Modelado

Audiovisual puede reducir el miedo en general (Mungara J et al, 2013), por otro lado, el Modelado filmado puede ser un método alternativo eficaz de decir mostrar hacer (DMH), técnica previa a la designación de los niños de 4-6 años de edad durante el tratamiento dental (Paryab M y Arab Z2, 2014). DMH Se dicta que antes de realizar cualquier cosa, a decir al niño lo que se hará a continuación, se muestra por simulación exactamente lo que va a pasar antes de que se inicie el procedimiento (Townsend JA , 2013) (Wright GZ, 2011).El estilo de crianza de los hijos debe ser considerado en la selección de las técnicas de orientación según el comportamiento (Aminabadi NA et al, 2015). Se utilizan modelos en vivo, como sus compañeros, hermanos o padres para la enseñanza, previo a la cita (Howard KE, 2009). Estudios anteriores han demostrado que la distracción es la técnica más común, utilizada para reducir el dolor en procedimientos médicos poco invasivos (Wang ZX et al, 2008). La distracción parece ser segura y barata y da lugar a una experiencia relajada eficaz en procedimientos dentales (Prabhakar AR et al ,2007) para distraer a un niño se incluye ver televisión, escuchar música, contando el mobiliario de las habitaciones y no médicos diálogos, que sirven para distraer la atención del niño a partir de los estímulos que provocan ansiedad (Wismeijer AA et al, 2005) (Al-Khotani A, Bello LA, Christidis N 2016). El midazolam y ketamina son dos bien conocidos fármacos sedantes con características únicas (Bahetwar SK et al, 2011)(Roelofse JA, 2010).

El "triángulo de odontología infantil" se divide en partes iguales entre el niño, los padres y el dentista, y debe haber un diálogo permanente entre todas las partes del triángulo para mejorar la atención dental (Venkataraghavan K et al,2016). Existen varios estudios en donde se demuestran que la presencia de los padres en el operatorio reduce las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad en los niños en su primera visita al dentista (Pani SC et al,2016). Los niños se encuentran más ansiosos en el consultorio dental que en el Kinder (Kilinc G et al,2016).

4.3.- Etiología de la ansiedad dental infantil

La etiología de la ansiedad infantil puede ser multifactorial causada por experiencias directas o indirectas del niño y de sus familiares o compañeros (Mungara J et al, 2013).

Muchos factores contribuyen a la ansiedad dental; como el analfabetismo, la falta de conciencia dental, asistencia dental irregular, la ansiedad de los padres y el nivel socioeconómico (Lara A et al, 2012). La ansiedad dental está influenciada por características de la personalidad, el miedo al dolor, experiencias dentales traumáticas en la infancia y familiares o dentalmente ansiosos (Porrit J et al, 2012). La cita dental es una situación estresante lo que eleva el nivel de ansiedad y la conducta de los niños (Paryab M y Arab Z, 2014). El dolor y la ansiedad son sentimientos desagradables y experiencias emocionales, que están asociados con traumas reales o posibles a los tejidos (Aminabadi N et al, 2012).

4.4.- Epidemiología

La ansiedad dental es frecuente en todo el mundo y no se limita a una población o país (Masoud Saatchi et al ,2015). La prevalencia del miedo y ansiedad de niños y adolescentes, varía de un 5 a un 20 % en varios países, considerándolo fobia dental (Gao X1 et al, 2013). Los trastornos como ansiedad generalizada, de pánico, ansiedad social, obsesivo-compulsivo, estrés postraumático y fobias simples son enfermedades psiquiátricas más comunes que afecta a un estimado de 18% de las personas en los Estados Unidos (Maron E, Nutt D, 2015). La prevalencia de la ansiedad infantil de 5-8 años fue de 20.6 % en Taiwan (Diercke K et al 2012). Los trastornos de ansiedad en edad preescolar representan un importante problema de salud mental, con estimaciones de prevalencia que van del 9% al 19% (Egger HL, Angold A 2006). En la población de la India, se estima que 6.3 a 9.4 % de los niños entre las edades de 10-15 años sufren de miedo dental (Naithani M, Viswanath D 2014). La prevalencia de la ansiedad infantil de 5-8 años de edad fue de 20.6 % en Taiwán (Diercke K et al 2012). Los trastornos de ansiedad en edad preescolar representan un importante problema de salud mental, con estimaciones de prevalencia que van del 9% al 19% (Franz L, et al 2013). Varios estudios entre niños de 6-12 años mostraron que el 20% -43% exhibían un alto miedo dental (Vishwakarma AP, et al 2017).

4.5.- Diagnóstico

Varios métodos han sido utilizados en la literatura para la evaluación de la ansiedad dental (Shetty RM et al, 2015). Existen diversos instrumentos de evaluación de la ansiedad dental infantil y cuestionarios sobre experiencias dentales como la Escala de Ansiedad de Corah, Test de Dibujos de Venham, Escala de Evaluación de Miedos Dentales en Niños, Cuestionario sobre Experiencias Dentales (Rivera IC, Fernández A 2007). Ningún método o herramienta de evaluación es completamente exacto en la predicción del comportamiento de un niño para el tratamiento dental (Sharma A, et al 2017). Es importante conocer los predictores de ansiedad dental para ayudar al odontopediatra a analizar y comprender que es más susceptible a desarrollar ansiedad dental (Soares FC et al, 2016). Las imágenes dentales positivas tienen un efecto sobre la reducción de la ansiedad en comparación con las imágenes neutras cuando se mide por Venham Picture Test (VPT) (Gangwal RR et al, 2014). Existen medidas fisiológicas por la medición de la frecuencia del pulso, la presión sanguínea, tensión muscular (Sullivan C et al 2000). Una medición fisiológica de ansiedad es el registro de la frecuencia del pulso usando oxímetro de pulso (Navit S et al, 2015). La frecuencia del pulso se rige por el sistema nervioso, especialmente del sistema nervioso autónomo (ANS) que refleja las emociones negativas en términos de parámetros fisiológicos tales como la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y cuerpo (Kreibig SD 2010). La frecuencia del pulso es una medida directa de la activación fisiológica y su aumento se atribuye a la tensión durante los procedimientos dentales debido a que es un índice de la respuesta del paciente a los estímulos dentales (Yelderman M, New W Jr 1983). En la actualidad existen varios estudios para evaluar la ansiedad infantil, los más usados son los exámenes para valorar la ansiedad ya sea por medio de preguntas, dibujos etc. disponibles desde hace más de 30 años. Ahora también podemos contar con instrumentos mas precisos como el oxímetro para para medir la ansiedad infantil en niños.

4.6.- Manifestaciones

La influencia de la ansiedad de los padres en el comportamiento de los niños es bien reconocida por los dentistas en situaciones clínicas (Shinde SD, Hedge RJ 2017). La ansiedad dental de las madres puede actuar como una barrera para buscar asesoramiento profesional acerca de la experiencia de caries de sus hijos (Khawja SG et al, 2015). Logra el cambio fisiológico en el cuerpo, tales como aumento de la transpiración, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia del pulso, que se debe principalmente a la liberación de las hormonas del estrés en la sangre, como el cortisol, la adrenalina (Tiwari N et al, 2015). La ansiedad dental de las madres puede actuar como una barrera para buscar asesoramiento profesional acerca de la experiencia de caries de sus hijos (Khawja SG et al, 2015). Evaluaciones que incorporan métodos estandarizados para evaluar discretamente la ansiedad pueden ser beneficiosos para la identificación temprana y los esfuerzos de la intervención clínica (Mian ND et al, 2015). Existe una correlación entre el cortisol salival y el estrés en el procedimiento dental. La preparación de la cavidad es el procedimiento más estresante en los niños, por lo que los métodos alternativos se pueden utilizar en niños ansiosos. El estrés asociado con la extracción persiste a un período postoperatorio. No existe correlación entre la escala de ansiedad y salival de cortisol de Coré (Patil SJ et al, 2015). Los niños experimentaron mayor ansiedad antes de recibir el tratamiento dental que después. El tratamiento implica el examen radiográfico exacerba la ansiedad y los niños de origen asiático dental estaban más ansiosos antes de recibir tratamiento. Se indica una mayor investigación (Mahiepala NA et al, 2015) por lo tanto, indica una relación directa entre la presencia de trastorno de ansiedad y la aparición de bruxismo en los niños (Oliveira MT et al, 2015). El dolor temporo mandibular en niños y adolescentes esta asociado a lo emocional, comportamiento y funcionamiento somático, con frecuencias más altas de ansiedad, depresión, problemas somáticos, comportamiento agresivo y problemas de pensamiento (Al- Khotani A et al, 2016).

4.7.- Tratamiento

Algunas de las técnicas utilizadas en la práctica para manejar el comportamiento del paciente infantil son las técnicas Decir-mostrar-hacer (DMH), refuerzo positivo, modelado, control de voz, restricción física, sedación N₂O-O₂ y anestesia general (Venkataraghavan K, et al 2016). La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) recomienda centrarse más en la intervención no farmacológica en futuros estudios (American Academy of Pediatric Dentistry , 2013). La distracción es una técnica de manejo de la conducta que reduce con éxito el dolor y la angustia de comportamiento al desviar la atención de los niños lejos de los estímulos dolorosos durante los procedimientos dentales invasivos (Abdelmoniem SA Y Mahmoud SA 2016). La distracción con audio es la técnica en el que el paciente oye música en un tratamiento (Singh D et al, 2014). La musicoterapia es una intervención segura, sencilla, barata y no invasiva, que puede aliviar significativamente los pacientes (Forooghy M et al, 2015). La distracción con audio es la técnica en el que el paciente oye música en un tratamiento (Singh D et al, 2014). El Modelado Audiovisual puede reducir el miedo en general (Mungara J et al, 2013) por otro lado, el Modelado filmado puede ser un método alternativo eficaz de decir mostrar hacer (DMH), técnica previa a la designación de los niños de 4-6 años de edad durante el tratamiento dental (Paryab M y Arab Z2, 2014) (Townsend JA, 2013) (Wright GZ, 2011). El estilo de crianza de los hijos debe ser considerado en la selección de las técnicas de orientación según el comportamiento (Aminabadi NA et al, 2015). Se utilizan modelos en vivo, como sus compañeros, hermanos o padres para la enseñanza, previo a la cita (Howard KE, 2009). La distracción parece ser segura y barata y da lugar a una experiencia relajada eficaz en procedimientos dentales (Prabhakar AR et al, 2007) (Wang ZX et al, 2008) para distraer a un niño se incluye ver televisión, escuchar música, contando el mobiliario de las habitaciones y no médicos diálogos, que sirven para distraer la atención del niño a partir de los estímulos que provocan ansiedad (Wismeijer AA et al, 2005).

Se utilizan modelos en vivo, como sus compañeros, hermanos o padres para la enseñanza cita previa del comportamiento esperado para el paciente niño (Howard KE, 2009). Estudios anteriores han demostrado que la distracción es la técnica más común utilizada para reducir el dolor en procedimientos médicos invasivos cortos (Wang ZX et

al, 2008). El principal objetivo de la sedación farmacológica leve y moderada en odontología pediátrica es modificar la conducta del paciente en una medida que permite la aplicación de técnicas de manejo de conducta (Vika Met al, 2009).

El uso de gafas de vídeo y anestesia por computadora ha demostrado mayor cooperación que las intervenciones psicológicas de rutina en procedimientos invasivos largos de la terapia pulpar en los niños pequeños (Fakhruddin KS et al, 2015). La AAPD ha esbozado una serie de técnicas de manejo de conducta para lidiar con el problema, que van desde el control de voz, a la distracción, a la restricción física. Cuando todo lo demás falla, la sedación con medicamentos como el óxido nitroso se ha defendido (Aartman IHA et al, 2016). Técnicas de manejo de la conducta que impliquen ayudas de audio y medios audiovisuales han demostrado ser eficaces técnicas de distracción para controlar la ansiedad en pacientes pediátricos (Prabhakar AR et al, 2007). Hay una reducción de la ansiedad de la primera visita a la segunda visita para el tratamiento de restauración cuando se utiliza el microscopio de operatoria dental (Sayed A et al, 2007). La sedación dental es una estrategia en la que la utilización de un medicamento o medicamentos producen una condición de depresión del sistema sensorial de autorización de tratamiento central para ser completado durante el cual el contacto verbal con el paciente se mantiene durante todo el tiempo de la sedación (Done V et al, 2016).

5 MÉTODOS

5.1 Diseño del estudio

Fue un estudio comparativo, abierto, observacional, prospectivo y transversal.

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

5.2 Universo de estudio

Se aplicó una encuesta sobre el conocimiento y manejo de la ansiedad infantil a 200 (154 mujeres, 46 hombres) tutores de niños de 3 a 9 años de edad, que acudieron a la Clínica del Posgrado de Infantil de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se tomaron encuesta los diferentes grupos como edad, género, escolaridad y perfil socioeconómico de los padres, así como también la edad del niño.

5.3 Criterios de selección

Padres de niños de 3-9 años de edad sin una discapacidad psicomotriz, mental, intelectual, visual que acudieron a la clínica de odontopediatria del posgrado de la UANL; y se eliminaron las encuestas mal llenadas.

5.4 Diseño de la encuesta

Se elaboró un cuestionario de 28 preguntas en base a estudios ya utilizados y publicados en revistas de alto impacto tales como; Subescala dental, del inventario de miedo para niños CFSS, (Scherer MW y Nakamura CY, 1968) Escala de Evaluación de Miedos Dentales en Niños CFSS, (Cuthbert y Melamed 1982) Cuestionario sobre Experiencias Dentales(Rivera IC y Fernandez A. 2005).Escala de Ansiedad de Corah (Corah NL 1969) y la Escala de Ansiedad de Corah Modificada(Whright, Lucas & McMurray, 1980); acerca del conocimiento y manejo de la ansiedad infantil en los Padres de Niños.

5.5 Validación de la encuesta

Se realizó una encuesta piloto sobre el conocimiento y manejo de la ansiedad infantil de los padres de niños que acuden a la Facultad de Odontología de la UANL. Se aplicaron 20 encuestas al azar, en la cual se encontró algunos errores y falta de comprensión a algunas de las preguntas; es por ello que se modificaron las preguntas para realizar la encuesta definitiva. Al modificar la encuesta de 28 preguntas se aplicó a 200 padres de niños que acuden a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UANL. Se eliminaron encuestas incompletas, o mal llenadas.

5.6 Descripción de procedimientos

Se aplicó el cuestionario a los Padres, se capturaron los resultados en excel, posteriormente se obtuvieron los porcentajes los cuales fueron obtenidos en tablas y/o gráficas.

5.7 Análisis estadístico

Se empleo la prueba de Chi-cuadrada con corrección de Yates (2 colas) para analizar diferencias entre el conocimiento y manejo de los diferentes grupos.

6. RESULTADOS

En este estudio se analizó el conocimiento y manejo de ansiedad infantil a 200 padres de niños que acuden a consulta al Posgrado de Odontopediatría de la UANL. En el cual 154 fueron mujeres y 46 hombres.

6.1 Presentación de resultados

Los datos fueron capturados en excel obteniendo los porcentajes de las diferentes variables como edad de los padres, edad del niño, escolaridad de los padres, género, perfil socioeconómico.

El conocimiento y manejo de ansiedad infantil fue de 50.13 % (Fig. 1) en general, mientras que los tutores manejan mejor de lo que conocen acerca de esto, aunque no se encontró diferencia significativa ($p=0.137$).

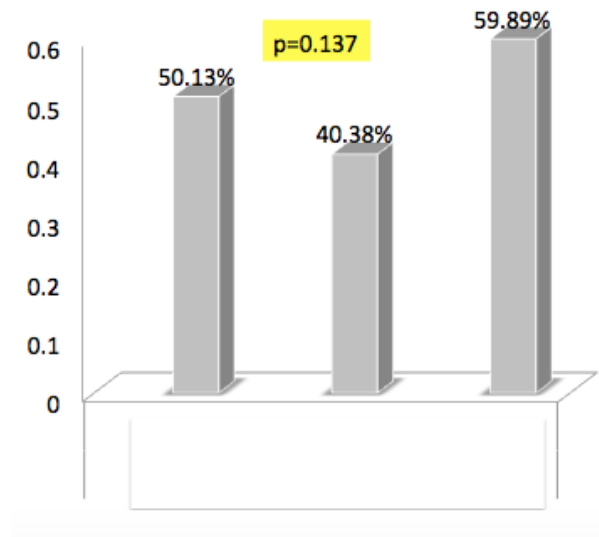


Fig. 1 Conocimiento y manejo de ansiedad infantil general

Aunque se obtuvo un mejor conocimiento y manejo de la ansiedad infantil (Fig. 2) de los padres que de las madres, no hubo diferencia significativa ($p=0.9309$). En ambos grupos se encontró un mejor manejo que conocimiento.

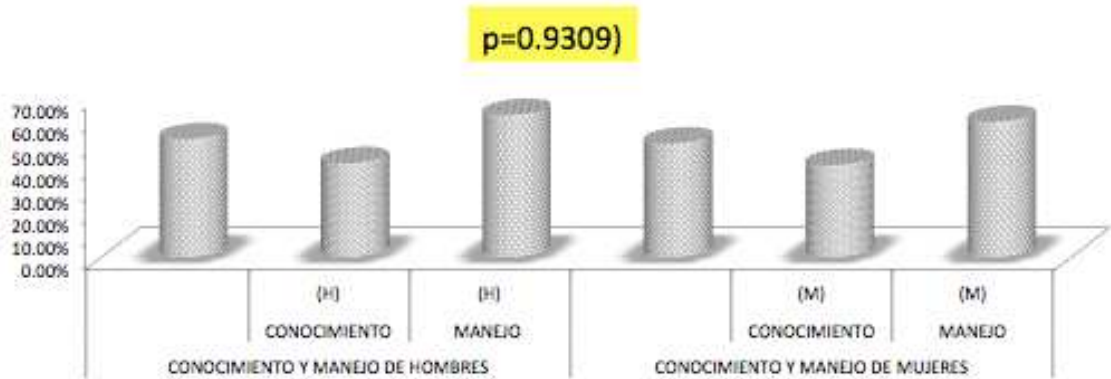


Fig 2. Conocimiento y manejo de ansiedad infantil en hombres y mujeres.

En cuanto al ingreso económico de los padres se obtuvo mejor manejo que conocimiento de la ansiedad infantil sin importar su ingreso, sin embargo no se encontró diferencia entre presupuesto bajo y presupuesto medio ($p= 0.7099$), ni entre presupuesto medio ni alto ($p=0.5635$), ni entre presupuesto alto y bajo ($p=0.2753$).

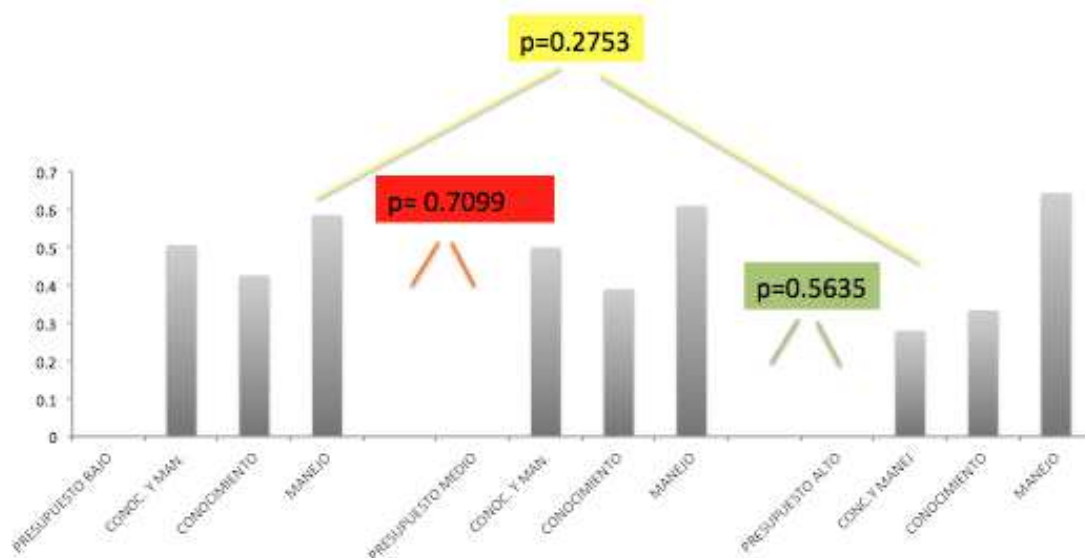


Fig 3. Gráfica de presupuesto económico bajo, medio y alto.

No hubo diferencia relevante en cuanto a la escolaridad de los padres en cuanto al manejo y conocimiento de la ansiedad infantil, en el cual se observó que los padres manejaban mejor de lo que conocían la ansiedad. No se encontró diferencia entre padres con escolaridad de primaria-secundaria con los de preparatoria-licenciatura ($p=0.8852$). 133 madres, 117 padres habían estudiado hasta primaria o secundaria, 63 madres, 79 padres prepa o licenciatura, 4 madres y 4 padres maestría/ especialidad o doctorado. Debido a que el tamaño de muestra de padres con posgrado fue muy bajo, no se pudo realizar el análisis estadístico de éstos.

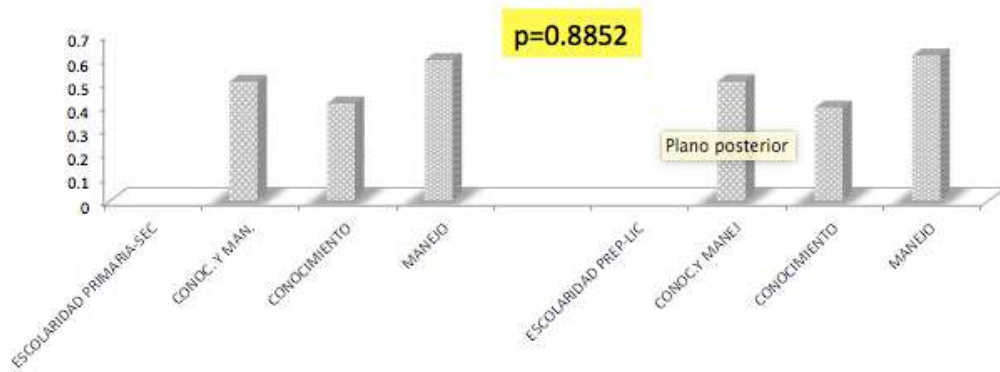


Fig 4. Escolaridad de los padres primaria / secundaria y prepa/ licenciatura

Se dividió en dos grupos en cuanto a la edad de los niños obteniendo como resultado mejor manejo que conocimiento de la ansiedad infantil, sin embargo sin diferencia significativa ($p=0.9316$). 137 eran padres de niños de 3-6 años de edad y 63 de 6-9 años de edad.

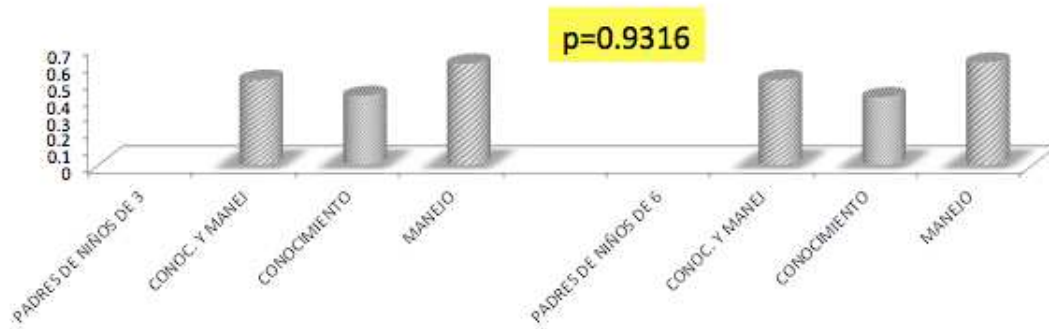


Fig 5. Padres de niños de 3-6 y de 7-9 años de edad

De las 200 encuestas 98 de los encuestados eran padres de 15-30 años de edad, 92 de 31-45 y 10 de 46 ó más. No se encontraron diferencias entre padres de 15-30 años con padres de 31-45 ($p=0.8855$). Ni entre padres de 31-45 con 46 o más ($p=0.8891$). Ni entre 15-30 años con 46 ó más ($p=0.8866$).

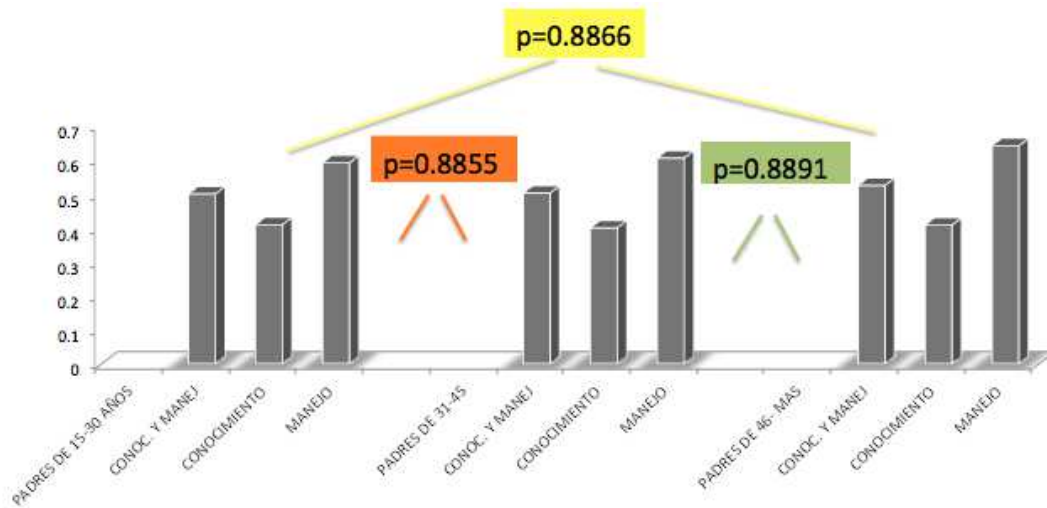


Fig 6. Padres de 15-30,31-45 y 46 a más años de edad.

7. DISCUSIÓN

Se encontraron estudios donde utilizaron diferentes instrumentos para medir la ansiedad dental infantil, en la mayoría se utilizó el Venham Picture Test (VPT) el cual a lo largo de los años ha sido el de mayor éxito por su buen diagnóstico (Venham LL, et al 1980); sin embargo en el 2015 se elaboró un nuevo instrumento para conocer la ansiedad dental infantil utilizando una nueva encuesta comparando con VPT. Así mismo en este estudio se obtuvo y validó una nueva encuesta obtenida de diferentes preguntas de estudios ya validados para así poder certificarlo y que sea de gran utilidad para conocer acerca del conocimiento y manejo de los padres de niños con ansiedad que acuden a la consulta dental.

Se ha demostrado que el miedo dental en niños de 4 a 14 años de edad disminuyó a medida que aumenta la edad (Raj et al 2017). Los puntajes de miedo total no mostraron una fuerte diferencia general en el sexo o la interacción edad por sexo; al igual que nuestro estudio el género no se vio afectado como tampoco la edad.

El componente dental de la escala Children's Fear Survey Schedule- Dental Subscale (CFSS-DS) fue estadísticamente significativa (Venkataraghavan K et al 2016). En nuestro estudio se utilizaron varias preguntas de CFSS-DS para medir el conocimiento de los padres acerca de la ansiedad de sus hijos, en el cual no hubo relevancia en cuanto a las diferentes variables.

Los niveles de ansiedad dental en los padres pueden influir en los niveles de ansiedad de los niños y también todos los niños mostraron una mejora en los niveles de ansiedad dental desde la primera visita dental a las visitas dentales posteriores (Shinde SD y Hedge RJ 2017). En este estudio solamente se aplicó la encuesta en la primera cita y no hubo diferencia en cuanto a la edad del paciente, más si observamos comentarios de los padres hacia los niños en la cita dental el cual puede influir hacia la ansiedad dental.

Se ha evaluado el miedo dental como una herramienta extremadamente útil para el dentista, que puede utilizarse para personalizar el tratamiento conductual y la gestión de los pacientes infantiles (Rajwar AS y Goswami M, 2017). En nuestro estudio se analizó el conocimiento de la ansiedad infantil por parte de los padres.

Se ha reportado un grado moderado de ansiedad dental fue frecuente entre los niños, adolescentes y padres, con correlaciones demostradas entre algunos rasgos de ansiedad y las puntuaciones de ansiedad dental (Assunção CM et al, 2013). Nuestro estudio demuestra grados de ansiedad en niños que no son detectadas de forma adecuada por los padres.

Hay cuatro factores predictivos del Behaviour Management Problems (BMP) de los niños en la clínica dental: La edad del niño, la expectativa del tutor de la conducta del niño en la clínica dental, la presencia de ansiedad alrededor de extraños y la presencia del dolor de muelas (Sharma A et al, 2017). En nuestro estudio tomamos preguntas del BMP aplicándolo a el manejo de conducta del padre a su hijo ante algunas circunstancias en la escuela, casa o clínica dental.

Vishwakarma y colaboradores (2017) recomiendan la intervención psicológica de rutina (Decir-Mostrar-Hacer) junto con la distracción visual al aplicar la anestesia bucal. En nuestro estudio incluimos varias preguntas del cuestionario sobre la técnica de decir mostrar hacer ya que es la técnica de manejo de conducta con mayor éxito.

8. CONCLUSIONES

En este estudio se evaluó el conocimiento y el manejo de la ansiedad infantil en padres de niños de 3 a 9 años de edad que acuden al posgrado de odontopediatría de la UANL; en el cual el conocimiento de los padres fue de 40.38% y el manejo de 59.89%.

El conocimiento de ansiedad de los padres de 40.99%, mientras que las madres 40.19%.

En cuanto al ingreso económico de los padres se obtuvo mejor manejo que conocimiento de la ansiedad infantil sin importar su ingreso; obteniendo un manejo de 58.47% y un conocimiento de 42.51% los padres de ingreso económico bajo, un manejo de 60.86% y un conocimiento de 38.93% los padres de ingreso económico medio, 64.28% en manejo y 33.33% en conocimiento los padres de los de ingreso económico alto.

El manejo de la ansiedad de los padres fue de 62.16% y el de las madres 59.21% ($p=9309$).

No hubo diferencia relevante en cuanto a la escolaridad de los padres en cuanto al manejo y conocimiento de la ansiedad infantil se obtuvo ($p=0.8852$) de primaria-secundaria con los de preparatoria-licenciatura.

No hubo una diferencia significativa entre el conocimiento y manejo de los padres en cuanto al género; más si se obtuvo como resultado que los padres manejan mejor la ansiedad infantil de lo que conocen.

ANEXOS

Sexo: M() F()				
DE ACUERDO AL PRESUPUESTO FAMILIAR TU NIVEL DE VIDA ES: BAJO () MEDIO () ALTO () Considerar bajo con menos de 3000 pesos por persona al mes, medio entre 3001 y 15000, alto con más de 15000 pesos				
MADRE: PRIMARIA-SECUNDARIA () PREPA-LICENCIATURA () ESPECIALIDAD-MAESTRIA-DOCTORADO() PADRE: PRIMARIA-SECUNDARIA () PREPA-LICENCIATURA () ESPECIALIDAD-MAESTRIA-DOCTORADO()				
EDAD DEL NIÑO: 3 A 6 AÑOS () 7 A 9 AÑOS ()				
SU EDAD ES DE: 15 A 30 AÑOS () 31 A 45 () 46 Ó MAS ()				
Su hijo	Siempre	Muchas veces	Focas veces	Nunca
¿ Con frecuencia es inquieto?				
¿Le presta atención cuando el niño se molesta por alguna razón?				
¿Se enoja con facilidad?				
¿ Parecería asustarse fácilmente?				
¿Habla con el niño sobre cosas que le preocupan?				
Si le da miedo una mascota trato de acariciarla yo mismo para darle confianza				
¿Tiene ansiedad si un extraño lo toca?				
¿Le preocupa estar lejos de sus padres?				
No le da miedo dormir solo?				
¿Lo corrige cuando hace algo mal?				
¿Es exigente sobre sus actividades diarias?				
Lo orienta en el trabajo escolar si lo ve indeciso				
¿Se siente enfermo al saber que irá al dentista?				
¿Anima al niño previo a la consulta dental?				
¿ Utilizo la frase "si te portas mal te voy a llevar al dentista?"				
¿Le causa ansiedad abrir la boca?				
¿Le provoca miedo las personas con ropa clinica?				
¿Usted hace comentarios negativos acerca de ir al dentista?				
¿Le disgusta que le cepillen los dientes?				
¿Le ha mostrado videos informativos acerca de ir al dentista?				
¿Anima al niño previo a la consulta dental?				
¿No le da miedo usar baños públicos?				
¿Le ayuda a perder el miedo cuando hay multitudes?				
¿Tiene temor a la oscuridad, a lo desconocido, animales grandes, trafico, multitudes?				
¿Le permito interactuar con personas desconocidas?				
¿Le permito dormir conmigo si llora y no quiere dormir solo?%				
¿ Se encuentra relajado al esperar su turno en el consultorio?				
¿Se considera un padre sobreprotector?				

LITERATURA CITADA

1. Aartman IHA, Van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AHB 1996. Appraisal of Behavioral Measurement Techniques for Assessing Dental Anxiety and Fear in Children: A Review. *J Psychopathol Behav Assess.* 18(2):153–71.
2. Abdelmoniem SA, Mahmoud Sa 2016. Comparative evaluation of passive, active, and passive-active distraction techniques on pain perception during local anesthesia administration in children. *J Adv Res.*7(3):551-6.
3. Al-Khotani A, Bello LA, Christidis N 2016. Effects of audiovisual distrsaction on children´s behaviour during dental treatment: a randomized controlled clinical trial. *Acta Odontol Scand.* 74(6):494-501.
4. American Academy of Pediatric Dentistry 2013. Guideline on caries-risk assessment and management for infants, chilren and adolescents. *Pediatr Dent.* 35(5):E157-64.
5. Aminabadi NA, Pourkazemi M, Babapour J, Oskouei SG 2012. The impact of maternal emotional intelligence and parenting style on child anxiety and behavior in the dental setting. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*17(6):1089-95.
6. Assunção CM, Losso EM, Andreatini R, de Menezes JV 2013. The relationship between dental anxiety in children, adolescents and their parents at dental environment. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 31(3):175-9.
7. Bagchi A, Lahiri B, Jalaluddin M, Kumar G, Das S, Dhull KS 2017. Quantification and Measurement of Changes in Anxiety Level in Preschool Children and Their Mothers through Multiple-visit Dental Treatment.*J. Int. Soc. Prev Community Dent.* 7(3):125-130.
8. Bahetwar SK, Pandey RK, Saksena AK, Chandra G.A 2011. Comparative evaluation of intranasal midazolam, ketamine and their combination for sedation of young uncooperative pediatric dental patients: a triple blind randomized crossover trial.*J Clin Pediatr Dent.* Summer. 35(4):415-20.
9. Corah, NL 1969. Development of a Dental Anxiety Scale. *Journal of Dental Research.* 48(4): 596.
10. Cuthbert MI, Melamed BG 1982. A screening device: Children at risk for dental fear and management problems. *ASDC J Dent Child.*49(6):432–436.
11. Doganer YC, Aydogan U, Yesil HU, Rohrer JE, Williams MD, Agerter DC 2017. Does the trait anxiety affect the dental fear? *Braz. Oral Res.*31:36.

12. Done V, Kotha R, Vasa AA, Sahana S, Jadadoddi RK, Bezawada S.A 2016. Comparison of the Effectiveness of Oral Midazolam -N2O Versus Oral Ketamine - N2O in Pediatric Patients-An in-Vivo Study. *J Clin Diagn Res.*10(4):45-8.
13. Diercke K, Ollinger I, Bermejo JL, Stucke K, Lux CJ, Brunner M 2012. Dental fear in children and adolescents: a comparison of forms of anxiety management practised by general and paediatric dentists.*Int J Paediatr Dent.* 22(1):60-7.
14. Egger HL, Angold A 2006. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology.*J Child Psychol Psychiatry.* 47(3-4):313-37.
15. Fakhruddin KS, El Batawi H, Gorduysus MO. 2015. Effectiveness of audiovisual distraction eyewear and computerized delivery of anesthesia during pulp therapy of primary molars in phobic child patients. *Eur J Dent.*9(4):470-5.
16. Forooghy M, Mottahedian Tabrizi E, Hajizadeh E, Pishgoo B 2015. Effect of Music Therapy on Patients' Anxiety and Hemodynamic Parameters During Coronary Angioplasty: A Randomized Controlled Trial.*Nurs Midwifery Stud.*4(2):e25800
17. Franz L, Angold A, Copeland W, Costello EJ, Towe-Goodman N, Egger H 2013. Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: prevalence and comorbidity.*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*52(12):1294-1303.
18. Gangwal RR, Rameshchandra Badjatia S, Harish Dave B 2014. Effect of Exposure to Positive Images of Dentistry on Dental Anxiety among 7 to 12 Years Old Children. *Int J Clin Pediatr Dent.*7(3):176-9
19. Gao XI, Hamzah SH, Yiu CK, McGrath C, King NM 2013. Dental fear and anxiety in children and adolescents: qualitative study using YouTube Med Internet Res.22;15(2).
20. Howard KE, Freeman R 2009. An evaluation of the PALS after treatment modelling intervention to reduce dental anxiety in child patients. *Int J Paediatr Dent;*19(4):233-42.
21. Kamavaram Ellore VP, Mohammed M, Taranath M 2015.Children and Parent's Attitude and Preferences of Dentist's Attire in Pediatric Dental Practice. *J.Int J Clin Pediatr Dent;* 8(2):102-7.
22. Khawja SG, Arora R, Shah AH3, Wyne AH, Sharma A 2015. Maternal Dental Anxiety and its Effect on Caries Experience Among Children in Udaipur, India. *J Clin Diagn Res.*9(6):ZC42-5.
23. Kilinc G, Akay A, Eden E, Sevin N, Ellidokuz H 2016. Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. *Braz Oral Res.*30(1).

24. Kreibig SD. Autonomic nervous system activity in emotion: a review. *Biol Psychol.* 2010. 84(3):394-421
25. Howard KE, Freeman R 2009. An evaluation of the PALS after treatment modelling intervention to reduce dental anxiety in child dental patients. *Int J Paediatr Dent.* 19(4):233-42.
26. Jefferson KA 2015. An experimental elective report examining and comparing current levels of dental anxiety and disease in child populations in Peru and the UK. *SAAD Dig.* 31:16-20.
27. Lara A, Crego A, Romero-Maroto M 2012. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *Int J Paediatr Dent.* 22(5):324-30.
28. Mahiepala NA, Phan VL, Kieu KD, Koppen JP, Hussain BH, Huang B 2015. Influencing factors of paediatric dental anxiety levels in an undergraduate dental clinic. *Eur J Paediatr Dent.* 16(2):159-62
29. Maron E, Nutt D 2015. Biological predictors of pharmacological therapy in anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 17(3):305-17.
30. Masoud Saatchi, Mansoureh Abtahi, Golshan Mohammadi, Motahare Mirdamadi, Elham Sadaat Binandeh 2015. The prevalence of dental anxiety and fear in patients referred to Isfahan Dental School, Iran. *Dent Res J (Isfahan).* 12(3): 248–253.
31. Mian ND, Carter AS, Pine DS, Wakschlag LS, Briggs- Gowan MJ 2015. Development of a novel observational measure for anxiety in young children: The Anxiety Dimensional Observation Scale. *J Child Psychol Psychiatry.* 56(9):1017-25.
32. Mungara J, Injeti M, Joseph E, Elangovan A, Sakthivel R, Selvaraju G 2013. Child's dental fear: cause related factors and the influence of audiovisual modeling. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 31(4):215-20.
33. Naithani M, Viswanath D 2014. Child's Dental Anxiety: Management by Audio and Audiovisual Distraction Technique - A Comparative Study. *Univ Res J Dent.* 4(2):101–07.
34. Navit S, Johri N, Khan SA, Singh RK, Chadha D, Navit P, Sharma A, Bahuguna R. Effectiveness and Comparison of Various Audio Distraction Aids in Management of Anxious Dental Paediatric Patients. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(12):ZC05-9.
35. Noorani H, Joshi HV, Shivaprakash P 2014. Salivary Alpha Amylase as a Noninvasive Biomarker for Dental Fear and Its Correlation with Behavior of Children during Dental

Treatment. *Int J Clin Pediatr Dent.* 7(1):19-23.

36. Oliveira MT, Bittencourt ST, Marcon K, Destro S, Pereira JR 2015. Sleep bruxism and anxiety level in children. *Braz Oral Res*;29. pii: S1806-83242015000100221.
37. Pani SC, AlAnazi GS, AlBaragash A, AlMosaihel M 2016. *J Int Soc Prev Community Dent.*6 (2): S148-52.
38. Patil SJ, Shah PP, Patil JA, Shigli A, Patil AT, Tamagond SB 2015. Assesment of changes in the stress- related salivary cortisol levels to the various dental procedures in childre. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.*33(2):04-9.
39. Paryab M, Arab Z 2014. The effect of Filmed modeling on the anxious and cooperative behavior of 4-6 years old children during dental treatment: A randomized clinical trial study. *Dent Res J (Isfahan).*11(4):502-7.
40. Porritt J, Marshman Z, Rodd HD 2012. Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. *Int J Paediatr Dent.* 22(6):397-405.
41. Prabhakar AR, Marwah N, Raju OS 2007. A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.*25(4):177-82.
42. Raj S, Agarwal M, Aradhya K, Konde S, Nagakishore V. 2017. Evaluation of dental fear in children during dental visit using children's fear survey schedule-dental subscale. *Int J Clin Pediatr Dent.* 6:12-5.
43. Rajwar AS, Goswami M 2017. Prevalence of dental fear and its causes using three measurement scales among children in New Delhi. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 35(2): 128-133.
44. Rivera IC, Fernández A 2005. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Rev. Lat Psico.*37(3):461-475.
45. Roelofse JA 2010. What's new in paediatric conscious sedation in dentistry? *Roelofse JA. SAAD Dig.*; 26():3-7.
46. Sadegh Tabrizi J, Seyedhejazi M, Fakhari A, Ghadimi F, Hamidi M, Taghizadieh N 2015. Preoperative Education and Decreasing Preoperative Anxiety Among Children Aged 8 - 10 Years Old and Their Mothers. *Anesth Pain Med.*22;5(4):e25036.
47. Sayed A, Ranna V, Padawe D, Takate V 2016. Effect of the video output of the dental operating microscope on anxiety levels in a pediatric population during restorative procedures. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.*34(1):60-4.

48. Scherer MW y Nakamura CY 1968. A fear surbey schedule for children (FSS-FC): A factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). Elsevier.2(6):173-182.
49. Sharif F, Zarei S, Alavi Shooshtari A, Vossoughi M 2015.The Effect of Stress Management Program Using Cognitive Behavior Approach on Mental Health of the Mothers of the Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Iran J Pediatr.25(3):e474.
50. Shetty RM, Shetty M, Shetty NS, Deoghare A 2015. Three-Alarm System: Revisited to treat Thumb-sucking Habit. Int J Clin Pediatr Dent.8(1):82-86.
51. Sharma A, Kumar D, Anand A, Mittal V, Singh A, Aggarwal N 2017. Factors predicting Behaviour Management Problems during Initial Dental Examination in Children Aged 2 to 8 Years. Int J Clin Pediatr Dent.10(1):5-9.
52. Shinde SD, Hegde RJ 2017. Evaluation of the influence of parental anxiety on children´s behaviour understanding children´s dental anxiety after sequential dental visits. Indian J Dent Res. 28(1) 22-26.
53. Simon AK, Bhumika TV, Nair NS. 2015. Does atraumatic restorative treatment reduce dental anxiety in children? A systematic review and meta-analysis.Eur J Dent.9(2):304-9.
54. Singh D, Samadi F, Jaiswal J, Tripathi AM 2014. Stress Reduction through Audio Distraction in Anxious Pediatric Dental Patients: An Adjunctive Clinical Study.Int J Clin Pediatr Dent. 7(3):149-52.
55. Soares FC, Lima RA, Santos Cda F, de Barros MV, Colares V 2016. Predictors of dental anxiety in Brazilian 5-7years old children. Compr Psychiatry.67:46-53.
56. Sullivan C, Schneider PE, Musselman RJ, Dummett CO Jr, Gardiner D. The effect of virtual reality during dental treatment on child anxiety and behavior. ASDC J Dent Child. 67:193-6.
57. Themessl-Huber M, Freeman R, Humphris G, MacGillivray S, Terzi N 2010. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis.Int J Paediatr Dent.20(2):83-101.
58. Tiwari N, Tiwari S, Thakur R, Agrawal N, Shashikiran ND, Singla S 2015. Evaluation of treatment related fear using a newly developed fear scale for children: "Fear assessment picture scale" and its association with physiological response. Contemp Clin Dent.6(3):327-31.
59. Townsend JA 2013. Behaviour guidance of the paediatric dental patient. In: Casa

Massimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak AJ., editors. Paediatric Dentistry — Infancy through Adolescence. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; p. 358.

60. Venham LL, Gaulin- Kremer E, Munster E, Bengstone- Audia D, Cohan J.1980. Interval rating scales for children´s dental anxiety and uncooperative behavior.Pediatr Dent.2(3):195-202.
61. Venkataraghavan K, Shah J, Kaur M, Trivedi, Shah S, Virda M 2016. Pro- Activeness of Parents in Accepting Behavior Management Techniques: A Cross- Sectional Evaluative Study. J Clin Diagn Res.10(7):ZC46-9.
62. Vika M,Skaret E, Raadal M, Ost LG, Kvale G 2009. One- vs, five-session treatment of intra-oral injection phobia: a randomized clinical study. Eur J Oral Sci.117(3):279-85.
63. Vishwakarma AP, Bondarde PA, Patil SB, Dodamani AS, Vishwakarma PY, Mujawar SA 2017. Effectiveness of two different behavioral modification techniques among 5-7 year-old children: A randomized controlled trial. J Indian Soc Pedod Prev Dent.35(2):143-149
64. Wang ZX, Sun LH, Chen AP 2008.The efficacy of non-pharmacological methods of pain management in school-age children receiving venepuncture in a paediatric department: a randomized controlled trial of audiovisual distraction and routine psychological intervention.Swiss Med Wkly. 138(39-40):579-84.
65. Wismeijer AA, Vingerhoets AJ 2005.The use of virtual reality and audiovisual eyeglass systems as adjunct analgesic techniques: a review of the literature.Ann Behav Med. 30(3):268-78.
66. Wright, FAC., Lucas, JO. & McMurray, NE.1980. Dental anxiety in 5-to-9 year-old children. Journal of Pedodontics.4:99- 115.
67. Wright GZ, Stigers JI 2011. Non-pharmacologic management of children's behaviors. In: Dean JA, Avery DR, McDonald RE, editors. Dentistry for the Child and Adolescence. 9th ed. St. Louis: CV Mosby Co. p. 30.
68. Yelderman M, New W Jr. Evaluation of pulse oximetry. Anesthesiology. 1983; 59(4):349-52.

RESUMEN BIOGRÁFICO

Miriam Fernández Tamayo

Candidato para el Grado de
Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría.

Tesis: CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LA ANSIEDAD INFANTIL EN PADRES
DE NIÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DENTAL

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 5 de Marzo de 1988, hija de
Guillermo Fernández González y Guadalupe Tamayo de la Cuesta.

Educación: Egresada del Bachillerato Anáhuac campus Saltillo, Posteriormente
egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León , grado obtenido de Médico
Cirujano Dentista .

Publicaciones: Enfoque Odontológico en Pacientes con Síndrome de Rubinstein-Taybi.
Susana Lizeth Jáuregui Garza; Miriam Fernández Tamayo; Juan Manuel SolísSoto;
Sergio Eduardo Nakagoshi Cepeda; Karen Melissa García Chávez; Sara Sáenz Rangel;
José Elizondo Elizondo; Lizeth Edith Quintanilla Rodríguez. Revista Innovación
Odontológica Suplemento 2 2017. p 34.

Diplomados: Diplomado en control de- infecciones y Bioseguridad en odontología y
área médica.

Asistencia: IX Congreso Internacional de Endodoncia, IV Congreso Internacional
Dental- Fest 2015, XXXI Curso Magno AMOP, Seminario multidisciplinario de casos
clínicos, Seminario multidisciplinario de – Casos Clínicos de Posgrados en
Odontopediatría PNPC, 2016 AAPD- Anual Session, Seminario- multidisciplinario de
Casos Clínicos en Odontopediatría de Posgrado del Programa Nacional de Posgrados de
calidad, IV Congreso internacional de odontología pediátrica y ciencias afines, "Buena
práctica clínica" investigación clínica, XXXII Curso Magno AMOP, Seminario
multidisciplinario de casos clinicos.

Participación: IV Congreso internacional de odontología pediátrica y ciencias afines"
Manejo multidisciplinario de pacientes pediátrico con distrofia muscular de Duchenne"
Exposición oral.