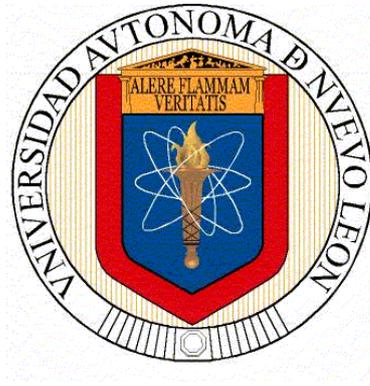


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**TESIS**

“Nivel de ansiedad en niños entre 3 a 9 años de edad durante la aplicación de anestesia en tratamiento de urgencias e inicial que asisten al Posgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la UANL.”

Por:

**Laura Otilia Salazar Fernández**

Cirujano Dentista

**Universidad Autónoma de Nuevo León**

2010

**Como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias  
Odontológicas con Orientación en Odontopediatria**

2014

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS CON**  
**ORIENTACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA**

Los miembros del jurado aceptamos la investigación y aprobamos el documento que avala la misma, que como opción a obtener el grado de Maestría en Ciencias Odontológicas con Orientación en Odontopediatría presenta la CD. Laura Otilia Salazar Fernández.

HONORABLES MIEMBROS DEL JURADO

---

Presidente

---

Secretario

---

Vocal

“Nivel de ansiedad en niños entre 3 a 9 años de edad durante la aplicación de anestesia en tratamiento de urgencias e inicial que asisten al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UANL.”

**Asesores de la Tesis**

---

CD. Posgraduada en Odontopediatría., MC PhD. Martha Elena García Martínez  
**Director**

---

CD. Posgraduada en Ortodoncia., MC. PhD. Hilda H.H. Torre Martínez  
**Co-Director**

---

MSP. Gustavo Martínez González  
**Asesor estadístico**

---

Dra. Myrthala Juárez Treviño  
**Asesor externo**

## AGRADECIMIENTOS

El término de esta tesis fue más ligero gracias a todas aquellas personas que con su apoyo me motivaron a continuar y culminar este sueño en mi vida.

Quiero agradecer antes que nada a Dios, por todas sus bendiciones, por todo el amor que me ha dado y por caminar conmigo siempre a lo largo de toda mi vida.

A mis padres por todo el amor que me han entregado, por todo su esfuerzo y por su gran dedicación a facilitarme este sueño que hoy se vuelve realidad. Gracias por apoyarme siempre incondicionalmente, por alentarme a ser mejor día a día con su ejemplo y por darme la fuerza, confianza y motivación para siempre seguir adelante. Es a ustedes a quien agradezco todo lo que soy.

A mi novio, por ser parte de este gran logro. Por esa paciencia, comprensión y amor de inicio a fin durante toda la maestría. Gracias por motivarme a crecer profesionalmente y a querer ser mejor día a día.

A mis amigas que se volvieron como mis hermanas Manny, Elsa, Manu, Judith, Cris y Tere, por compartir junto conmigo y volver realidad este sueño. Gracias por todo el tiempo y las experiencias compartidas, cada una de ustedes me enseñó algo que dejó huella en mi corazón.

Gracias a mi familia y amigos que siempre mostraron interés hacia mi crecimiento profesional y me brindaron ánimo y motivación para seguir.

A todos mis maestros que participaron a lo largo de esta formación, que a través de sus lecciones y experiencias me otorgaron la preparación adecuada para enfrentar cualquier reto en esta profesión.

A mi Directora de Tesis, Coordinadora del Posgrado y Maestra, Dra. Martha Elena García Martínez, por todo el apoyo, comprensión, y tiempo brindado. Gracias por todos los conocimientos y consejos compartidos. Sin su ayuda esta Tesis no hubiera sido terminada.

A mi Co-directora de tesis, Dra. Hilda Torre, por su tiempo, apoyo y consejos brindados para que esta Tesis se realizara.

Al Lic. Gustavo Martínez por el gran apoyo y colaboración estadística en este proyecto.

A la Dra. Myrthala Juárez y Dra Erandi Escamilla por todo el apoyo brindado a lo largo de este proyecto.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Sección</b>	<b>Página</b>
AGRADECIMIENTOS.....	IV
LISTA DE TABLAS.....	VIII
LISTA DE GRÁFICAS.....	IX
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XIII
SEDE.....	XIV
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. HIPÓTESIS.....</b>	<b>4</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
3.1 Objetivo general.....	7
3.2 Objetivos específicos.....	7
<b>4. ANTECEDENTES.....</b>	<b>8</b>
4.1 Introducción.....	9
4.2 Boca.....	10
4.3 Relación Odontopediatra-paciente.....	11
4.4 Ansiedad.....	12
4.5 Ansiedad dental.....	13
4.6 Ansiedad ante la inyección dental.....	16
4.7 Evaluación de la ansiedad.....	17
4.8 Manejo de conducta.....	19
4.9 Clasificación de Frankl.....	21
4.10 Marco referencia.....	22
<b>5. MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>26</b>
5.1 Universo de Estudio.....	27
5.2 Determinación del tamaño de la muestra.....	27
5.3 Criterios de selección.....	27
5.3.1 Criterios de inclusión.....	27
5.3.2 Criterios de exclusión.....	27
5.3.3 Criterios de eliminación.....	27
5.4 Método.....	28
5.5 Definición de variables.....	29

5.6 Método estadístico.....	30
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
6.1 Género y Ansiedad en cita de urgencia.....	33
6.2 Género y Ansiedad en cita de inicio de tratamiento.....	33
6.3 Edad y Ansiedad en cita de urgencia.....	33
6.4 Edad y Ansiedad en cita de inicio de tratamiento.....	34
6.5 Técnica de manejo y Ansiedad en cita de urgencia.....	34
6.6 Técnica de manejo y Ansiedad en cita de inicio de tratamiento.....	34
6.7 Clasificación de Frankl y Ansiedad en cita de urgencia.....	35
6.8 Clasificación de Frankl y Ansiedad en cita de inicio de tratamiento.....	35
6.9 Ansiedad y citas de urgencia e inicio de tratamiento.....	35
<b>7. DISCUSIÓN.....</b>	<b>36</b>
7.1 Selección de la muestra.....	37
7.2 Escalas de Ansiedad.....	38
7.3 Ansiedad Dental.....	39
7.4 Ansiedad e Inyección dental en cita de urgencias y de inicio de tratamiento.....	40
7.5 Ansiedad y Edad.....	42
7.6 Ansiedad y Género.....	43
7.7 Ansiedad y Manejo de Conducta.....	45
7.8 Ansiedad y Comportamiento.....	45
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>A.....</b>	<b>56</b>
<b>B.....</b>	<b>62</b>
<b>C.....</b>	<b>68</b>
<b>D.....</b>	<b>70</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Género y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia....	57
2. Género y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de inicio de tratamiento.....	57
3. Edad y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia.....	58
4. Edad y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de inicio de tratamiento.....	59
5. Técnica de manejo de conducta y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia.....	59
6. Técnica de manejo de conducta y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de inicio de tratamiento.....	60
7. Clasificación de Frankl y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia.....	60
8. Clasificación de Frankl y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de tratamiento inicial.....	61
9. Tipo de cita y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia e inicio de tratamiento.....	61

## LISTA DE GRÁFICAS

<b>Gráfica</b>	<b>Página</b>
1. Género y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia.....	63
2. Género y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de inicio de tratamiento.....	63
3. Edad y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia.....	64
4. Edad y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de inicio de tratamiento.....	64
5. Técnica de manejo de conducta y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia.....	65
6. Técnica de manejo de conducta y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de inicio de tratamiento.....	65
7. Clasificación de Frankl y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia.....	66
8. Clasificación de Frankl y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de tratamiento inicial.....	66
9. Tipo de cita y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia e inicio de tratamiento.....	67

# **RESUMEN**

## RESUMEN

Laura Otilia Salazar Fernández  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Odontología  
Maestría en Ciencias Odontológicas con Orientación en Odontopediatría

**Título de estudio:** “Nivel de ansiedad en niños entre 3 a 9 años de edad durante la aplicación de anestesia en tratamiento de urgencias e inicial que asisten al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UANL.”

**Páginas:** 80

**Introducción:** La ansiedad dental es definida como un sentimiento de aprehensión sobre el tratamiento dental. Su prevalencia se ha reportado a nivel mundial en porcentajes que van desde un 3 a 43%, lo que presenta un riesgo para la Salud Oral. Una experiencia dental traumática así como el uso de la inyección dental, producen altos niveles de ansiedad. Las inyecciones dentales son un aspecto importante en el tratamiento dental, por lo que es importante conocer el grado de ansiedad que pueden provocar.

**Propósito:** Comparar el nivel de ansiedad en los niños entre 3 a 9 años de edad durante la aplicación de anestesia en el tratamiento de urgencias e inicial.

**Material y Método:** La muestra se constituyó de 43 pacientes entre 3 y 9 años de edad. Se procedió a realizar la infiltración bucal al paciente de urgencia evaluando la ansiedad presentada en dicho procedimiento. Al regresar el paciente a su primer cita de tratamiento se realizó la misma evaluación. Se utilizó la “Escala de Ansiedad Clínica” (Clinical Anxiety Scale, CAS) para evaluar la ansiedad de los pacientes presentada durante el infiltrado del anestésico. Se registró en cada paciente: la edad, género, nivel de ansiedad, Clasificación de Frankl, y la técnica de manejo utilizada por el Odontopediatra. Los datos fueron tabulados en Microsoft Windows Excel y analizados estadísticamente con el programa IBM SPSS Statistics 19. El modelo de análisis de datos que se aplicó al estudio consistió en un análisis de las pruebas *t* y *chi cuadrada*. Considerando un nivel de confiabilidad de 95% ( $1-\alpha: 0.95$ ).

**Resultados:** Se compararon ambas citas y la ansiedad presentada durante la infiltración bucal. Se encontró que es mayor la ansiedad grave presentada en pacientes en la infiltración anestésica bucal durante la cita de inicio de tratamiento que en la cita de urgencia.

**Conclusiones:** Se presentó un aumento en la ansiedad grave durante la infiltración anestésica en la cita de inicio de tratamiento que durante la cita de urgencias, sin embargo no se encontró relación significativa ( $p>0.005$ ) entre las citas y la ansiedad. Se observó que el sexo femenino tiende a presentar una ansiedad grave a comparación del sexo masculino durante las citas, y la edad en que se tiende a presentar ansiedad grave en ambas citas es a los 3 años.

**Director de Tesis:** PhD, Martha Elena García Martínez

**Área de estudio:** Odontopediatría

**Palabras Clave:** Ansiedad, Ansiedad Dental, Inyección Dental.

# **ABSTRACT**

## ABSTRACT

Laura Otilia Salazar Fernández  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Odontología  
Maestría en Ciencias Odontológicas con Orientación en Odontopediatría

**Title of the study:** Level of anxiety in children between 3 and 9 years old during the application of anesthesia in emergency and initial treatment appointments attending to Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UANL.

**Pages:** 80

**Introduction:** Dental anxiety is defined as a feeling of apprehension about dental treatment. Its prevalence has been reported worldwide in percentages ranging from 3-43%, posing a risk to Oral Health. A traumatic dental experience and the use of dental injection, produce high levels of anxiety. The dental injections are an important aspect in dental treatment, so it is important to know the degree of anxiety that it can cause.

**Purpose:** Compare the level of anxiety in children between 3 and 9 years old during application of anesthesia in the emergency and initial treatment appointment.

**Material and Methods:** The sample consisted of 43 patients between 3 and 9 years old. We proceeded to perform oral anesthetic infiltration evaluating anxiety presented during this procedure in the patient in emergency treatment. When the patients returned to their first treatment appointment the same evaluation was conducted. The "Clinical Anxiety Scale" (CAS) was used to assess anxiety presented in patients during anesthetic infiltration procedure. Age, gender, level of anxiety, type of behavior with the Frankl Behavior Rating Scale, and management technique used by the Pediatric Dentist .

Data was registered in Microsoft Windows Excel program and was then statistically analyzed with IBM SPSS 19 Statistics program. The data analysis model that was applied to the study consisted of a t analysis test and a chi square test. Considering a confidence level of 95% ( $1-\alpha: 0.95$ ).

**Results:** Both appointments and anxiety presented during oral infiltration were compared. More severe anxiety was found in patients during oral anesthetic infiltration in the initial treatment than in the emergency appointment.

**Conclusions:** There was an increase in severe anxiety during anesthetic infiltration in initial than in emergency appointments, but there was no significant relationship ( $p>0.005$ ) found between appointments and anxiety. It was observed that females tend to have serious anxiety compared to males during both appointments, and the age at which severe anxiety presents in both events is at 3 years old.

**Thesis Director:** Dra. Martha Elena García Martínez

**Area of study:** Pediatric Dentistry

**Keywords:** Anxiety, Dental Anxiety, Dental Injection

**SEDE**

Clínica del Posgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la  
Universidad Autónoma de Nuevo León.

# **1. INTRODUCCIÓN**

En Odontopediatría es común que los pacientes presenten ansiedad frente a los tratamientos realizados. En la mayoría de las veces, ésta se presenta debido a las expectativas que los pacientes tienen acerca del dolor.

La ansiedad no es innata, sino adquirida, y puede ser desencadenada debido a la incertidumbre que se tiene acerca de algún procedimiento o la novedad, por inseguridad de que es lo que pasará ó por las expectativas que se tienen respecto a los tratamientos dentales ya vividos.

La inyección dental, es uno de los factores que incrementan la ansiedad, ya que la infiltración se ha vuelto un procedimiento común para el tratamiento dental, y en la mayoría de las ocasiones la expectativa que se tiene del dolor, es muy diferente a la que en realidad se vive.

La anestesia local dental debería proporcionar cierta tranquilidad al paciente sabiendo que con ésta, no sentirá dolor durante el tratamiento. En los pacientes pediátricos no funciona así, ya que la adaptación frente a lo desconocido junto con las expectativas del dolor, generan miedo y ansiedad frente a las consultas dentales.

En la actualidad, las técnicas de manejo de conducta ayudan a reducir la ansiedad del niño, así como también a mejorar su conducta durante el procedimiento.

Ante la duda de si la ansiedad dental generada por las expectativas o la novedad es mayor a la ansiedad dental provocada por un procedimiento ya conocido, se buscó la relación de la ansiedad presentada durante la infiltración de anestesia en pacientes que acudieron a un tratamiento de urgencia y que jamás habían acudido al dentista, la ansiedad presentada durante el inicio de tratamiento donde se realizó la segunda infiltración de anestésico y la comparación de la ansiedad en ambas citas.

Durante el presente estudio se evaluó la ansiedad durante la infiltración anestésica en la cita de urgencia y al inicio del tratamiento. Se comparó además si existía relación entre la edad y sexo con la ansiedad en cada cita.

También se observó si existía relación entre las técnicas de manejo de conducta con la ansiedad en ambas citas, y la Clasificación de Frankl con la ansiedad de igual manera.

La hipótesis es rechazada, ya que aún y que la ansiedad presentada durante la infiltración del anestésico local durante la cita de inicio de tratamiento fue mayor a la presentada durante la infiltración en la cita de urgencia, no se encontró relación significativa entre las citas y la ansiedad.

Sin embargo, se presenta relación estadísticamente significativa entre las técnicas de manejo y los niveles de ansiedad presentados en citas de urgencias y de inicio de tratamiento, así como en la Clasificación de Frankl y los niveles de ansiedad presentados en ambas citas.

Este estudio se clasificó como abierto, experimental, prospectivo y longitudinal.

## **2. HIPÓTESIS**

## **2. Hipótesis**

La ansiedad presentada por los niños de 3 a 9 años de edad, durante la aplicación de anestesia en la cita de tratamiento inicial es mayor que la presentada durante su cita de urgencias cuando asisten al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UANL.

### **3. OBJETIVOS**

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Comparar el nivel de ansiedad en los niños de 3 a 9 años de edad durante la aplicación de anestesia en urgencias y en su tratamiento inicial al asistir al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UANL.

#### **3.2 Objetivo Específico**

1. Determinar el nivel de ansiedad del paciente durante su cita en urgencias mediante la escala de CAS.
2. Evaluar el nivel de ansiedad presentado en las escalas con la cita de inicio de tratamiento.
3. Relacionar los objetivos anteriores por edad y género.

## **4. ANTECEDENTES**

## **4.1 Introducción**

La boca forma parte no sólo del cuerpo físico, sino de un cuerpo representado a nivel psíquico. En ella se representan los sentimientos que están ligados íntimamente a la identidad de uno mismo, siendo esto primordial para el desarrollo humano de todos los individuos.

Como Odontopediatras al relacionarse con el paciente infantil se debe conseguir una complicidad que es base fundamental para la prevención del miedo/ansiedad del paciente durante su consulta, agregando a ésta la aplicación del manejo de conducta para así lograr, mantener y mejorar la salud bucal. (Rojas Alcayaga y Mirashi 2004, Pérez Navarro y cols. 2002)

La visita al Odontopediatra es una de las situaciones que genera mayor ansiedad en un amplio grupo de pacientes debido a esto, se retrasan o inclusive se llega al grado de abandono de los tratamientos. (Facco y cols. 2011, Rojas Alcayaga y Mirashi 2004; Marsac y cols. 2008; Muza y cols. 2007; Milsom y cols. 2009)

La ansiedad que provoca el tratamiento dental ha sido considerada desde hace mucho como un problema universal. En Odontopediatría, el miedo y la ansiedad del paciente infantil aunado al manejo de conducta, influyen en la salud oral, la calidad de los tratamientos y en la salud mental del odontólogo. (Ramos Jorge y cols. 2006, Rojas y Misarachi 2004, Zhou y cols. 2011, Sánchez Aguilera y cols. 2004, Rivera y Fernández 2005)

## **4.2 Boca**

La boca es el primer órgano que establece contacto con el mundo, lleva al hombre a tener la primera experiencia de sí mismo a través de ella, que permanecerá como núcleo central en la estructura de la personalidad futura.

Freud la describe como la fase oral, ésta es desde el nacimiento hasta el año y medio de edad.

Freud enfatiza, que la boca es donde se satisfacen las primeras necesidades fisiológicas y emocionales de un ser vivo, ya que provee las primeras sensaciones de seguridad, placer, satisfacción y éxito.

Lo más importante de esta fase es entender el fuerte significado psicosocial que tiene la zona bucal para el ser humano ya que estamos representados íntegramente en ella y descubre nuestra intimidad. La boca juega una función importante en el sentimiento de unidad y en la construcción del yo. Constituye un intercambio con el mundo externo. Siendo evidente que mostrar una zona íntima del cuerpo a un desconocido como lo es el dentista es complicado, que además ejecutará procedimientos que pueden resultar en alguna forma de “agresión” tanto subjetiva como objetiva.

(Rojas Alcayaga y Mirashi, 2004)

### **4.3 Relación Odontopediatra - paciente**

Cuando el paciente infantil acude a la consulta dental percibe al Odontopediatra como “un ser dotado de poderes” que le permitirá aliviar sus dolores, a la vez que es una “figura amenazadora”, debido a los procedimientos invasivos y dolorosos aplicados a la boca, llevando al paciente a un estado elevado de ansiedad, a interrupciones constantes durante el procedimiento determinado por el Odontopediatra y/o a la cancelación de citas programadas.

Es responsabilidad del profesional de la Salud disminuir los estados de ansiedad. Para el Odontopediatra es fundamental establecer un estilo interpersonal en el cual se desarrolle la relación paciente-Odontopediatra. El profesional debe tener los conocimientos para evaluar en que condición psicológica se encuentra el paciente.

Es en la primera cita cuando al Odontopediatra se le presenta la oportunidad de intervenir y proveer seguridad, eliminar temores, ansiedades y tensiones ante la consulta dental.

Obtener una Salud Oral óptima es un esfuerzo entre Odontopediatra y paciente, es necesario que se maximice el estatus de igualdad.

Un buen manejo de conducta para ayudar psicológicamente al paciente redundará tanto en una mejor calidad y pronóstico del tratamiento, como en una mejor calidad de vida para el odontólogo.

(Rojas Alcayaga y Mirashi, 2004)

#### **4.4 Ansiedad**

Freud define la ansiedad como un estado o condición afectivo desagradable que se caracteriza por todo lo que se puede entender como “nerviosismo”. Indica una señal en alguna situación peligrosa.

La diferencia entre “ansiedad objetiva” y “ansiedad neurótica” es el agente causal de ese peligro es algo ocasionado por el mundo externo, o causado por impulsos internos.

May dice que algunos sucesos específicos y estímulos que evocan ansiedad son definidos por enseñanza más que por impulso. Una reacción ansiosa es completamente normal si es proporcional al peligro objetivo y no involucra represión o algún otro medio de defensa. (Han 2009)

En 1950, se definieron distintos tipos de ansiedad.

Siendo dos los factores de ansiedad: a) ansiedad- estado y b) ansiedad-rasgo.

- a) La ansiedad-estado se considera como un estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, y por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Ésta varía con el tiempo y fluctúa con la intensidad.
- b) La ansiedad-rasgo señala una relativamente estable propensión ansiosa en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras afectando acciones habituales de la persona. (Han 2009, Sánchez Aguilera y cols. 2004 )

Hoy en día el término “ansiedad” es significado de un estado emocional desagradable, que se caracteriza por sentimientos de tensión, preocupación y aprehensión subjetiva, y por la activación del sistema nervioso.

( Han, 2009)

## **4.5 Ansiedad dental**

Para muchos, la atención dental en la infancia es una situación causante de estrés, ansiedad y dolor; y es vista como una experiencia agónica.

La idea que se maneja tradicionalmente del dentista como un atormentador tiene su origen desde que los dientes y sus respectivos tratamientos provocan dolor. (Iglesias Prada, 2003; Rojas Alcayaga y Mirashi, 2004; Lima Álvarez y cols. 2007; Koller y Goldman, 2011)

Desde hace años ha sido reconocida la “ansiedad” o “el miedo” como fuente de problemas en el manejo del niño en la clínica dental. La actitud de un niño ante el tratamiento dental suele, con frecuencia, dificultar dicho tratamiento ya que disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento negativo. (Rojas Alcayaga y Mirashi, 2004; Chen-Yi y cols. 2007)

La ansiedad y el miedo dental son adquiridos y no innatos. Existen tres factores que pudieran desencadenarlos, estos son: la novedad, la inseguridad y la expectativa.

Ante la necesidad de adaptarse a lo desconocido, las nuevas experiencias y expectativas causan inseguridad ocasionando el incremento de la ansiedad. (Albuquerque y cols. 2007)

La incidencia de ansiedad dental y la fobia va del 10% al 30% de la población y depende de distintos factores, como lo son la nacionalidad, la historia sociocultural, experiencias previas y el tipo de intervención realizada. (Facco y cols. 2011)

Se estima que del 10% al 15% de la población siente ansiedad ante las visitas al dentista, lo que lo lleva a la cancelación de su cita.

Un estudio realizado en Japón afirmó que el 31% de los japoneses retrasan sus citas dentales debido al miedo que experimentan. Al igual que un 48% de la población de Indonesia, Taiwán, Singapur y Japón experimentan altos grados de ansiedad.

En Alemania, 5 millones de habitantes sufren fobia al tratamiento odontológico mientras que en México un 10.5% la padecen. (Lima Álvarez y cols. 2007)

Diversos investigadores proponen que la ansiedad dental es sólo una faceta de alta ansiedad generalizada que se expresa de distinta manera.

Otros apuntan que hay distintos factores que originan ansiedad tales como: el resultado de una experiencia negativa en edad temprana, experiencias contadas de algún familiar que sufrió alguna experiencia traumática negativa, transmisión de padres-hijos con actitudes desfavorables hacia el dentista, por aprendizaje social a través de malos relatos respecto al tratamiento dental de otras personas.

(Tickle y cols. 2010; Rojas Alcayaga y Mirashi, 2004; Sánchez Aguilera y cols. 2004; de Menezes y cols. 2011)

En la consulta dental existen diversos factores que pueden incrementar la ansiedad tales como: la percepción individual de dolor, el ruido que se genera con el uso de la pieza de alta, uso de jeringas anestésicas, sensación de ahogo y/o sofoco. (Rivera y Fernández 2005; Muza y cols. 2007, Van Wijk y Hoogstraten, 2009)

El sistema nervioso es vulnerable a estímulos nocivos durante su desarrollo, el dolor esta asociado a altos niveles de desolación y de ansiedad en eventos que tengan resultados emocionales negativos a largo plazo. (Koller D. y Goldman R.D. 2011)

Los niños entre 3 a 4 años sufren de miedo debido a distintos factores tales como: inmadurez en función del estado de desarrollo cognoscitivo, ansiedad ante la separación de la madre, ansiedad ante los extraños, etc., que hacen parte de la lista de miedos específicos de los primeros años del niño.

Algunos autores declaran que el “miedo infantil” es probablemente determinado por factores situacionales inespecíficos y que disminuyen con el aumento de años y la madurez.

La forma en la que el niño es tratado por el Odontopediatra, desde inicio del tratamiento puede suscitar cierta ansiedad y tensión en el niño. Esta ansiedad y

tensión van disminuyendo con palabras tranquilizadoras de cariño, de un toque físico y gestos delicados durante el tratamiento dental. (Pérez Navarro y cols. 2002)

Por lo tanto, se puede afirmar que una experiencia dental “no traumática” es el principal modo de disminuir la ansiedad en el niño, y así mejorar el comportamiento facilitando considerablemente el tratamiento odontopediátrico. (Sánchez Aguilera y cols. 2004)

#### **4.6 Ansiedad ante la inyección dental**

Se sabe que no toda la ansiedad y aprehensión que siente el paciente se deriva de las expectativas que tiene del dolor sino por los altos niveles generados de ansiedad debido al uso de las inyecciones dentales. La anestesia local utilizada para tratamientos dentales debiera de tranquilizar a los pacientes proporcionándoles el conocimiento que será poco factible sentir dolor durante algún procedimiento. (Van Wijk y cols. 2012)

Cualquier tipo de procedimiento dental invasivo necesita la aplicación de anestesia por medio de jeringa. Para los pacientes pediátricos, este aspecto es muy importante y puede incrementar el nivel de la ansiedad así como el miedo hacia la consulta dental. (Van Wijk y Hoogstraten, 2009, Veersloot y cols. 2007)

Las inyecciones dentales ocasionan un estímulo doloroso así como razones para generar ansiedad. En la mayoría de los casos se administra el anestésico durante los periodos de tiempo que pueden ser considerados hipotéticamente como los más críticos de ansiedad del paciente. (Van Wijk y Hoogstraten, 2009)

Una razón por la cual se genera el miedo a las inyecciones dentales, son las experiencias negativas que se han tenido. Otra, es por la idea que se tiene que el procedimiento será muy doloroso. Se han reportado dos factores que son base para el miedo a las inyecciones, “el miedo al dolor” y “el miedo a alguna lesión corporal”. (Van Wijk y cols. 2012)

Existe un gran número de factores que se asocian con el dolor que se siente al administrar estas inyecciones, por ejemplo: el tipo de fluido anestésico, el rango y lugar de la inyección, la experiencia del dentista, el uso de la anestesia tópica y el método de inyección. Cabe recalcar que los factores psicológicos juegan el papel más importante en la percepción del dolor así como en la ansiedad. (Van Wijk y cols. 2012, Van Wijk y Hoogstraten, 2009)

#### **4.7 Evaluación de la ansiedad**

Los trastornos de ansiedad, se caracterizan por respuestas desproporcionadas a una situación o estímulo estresante e interfieren en la vida cotidiana, siendo éstas, las enfermedades con alta prevalencia en la población general y en los servicios de Salud.

El aspecto más importante dentro del área de los trastornos de ansiedad es el mejorar la capacidad del médico para el correcto diagnóstico y tratamiento aplicando instrumentos de medición que valoran la gravedad de los síntomas. Estos instrumentos, necesitan presentar adecuados criterios psicométricos de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio. (Bulbena y cols. 2003)

Como se ha mencionado anteriormente, es de suma importancia que el Odontopediatra sea capaz de detectar y evaluar el nivel de ansiedad dental en los niños para poder identificar a aquellos pacientes que requieren más atención con respecto a su miedo.

El estudio de la ansiedad casi siempre involucra el uso de distintas técnicas proyectivas, observación de signos psicológicos, cuestionarios y escalas. (Ramos Jorge y cols. 2011)

Los factores que se deben tener en cuenta para elegir una evaluación son:

- Verificar que el método que se considera el ideal sea valido.
- El instrumento de evaluación tendrá que ser el adecuado para el uso en niños; es decir, debe permitir capacidades cognitivas y lingüísticas limitadas.
- Importante saber si ese instrumento es utilizado en el área odontológica y si es de uso práctico para el Odontopediatra, así como de fácil administración. (Buchanan y Niven 2002)

La **Escala de Ansiedad Clínica (CAS)** (Anexo C pg. 69) fue hecha para la observación y evaluación de la presencia y gravedad de los síntomas de los trastornos de ansiedad en el ámbito de la atención médica ambulatoria. Lo que pretende es disminuir el déficit de instrumentos para la valoración clínica de la ansiedad en la práctica asistencial y en la investigación clínica.

Es una escala heteroadministrada que valora la gravedad de la sintomatología que está presente en los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad. El lapso de la evaluación comprende las últimas 48 horas.

El diseño de la CAS fue elaborado a partir de la Escala de Ansiedad de Hamilton (conocida por sus siglas en inglés como HARS), consta de 7 ítems que tienen un puntaje en una escala de 5 puntos, que van del 0 al 4. Según sus creadores éstos ítems están orientados a la valoración de síntomas cognitivos de ansiedad, como tensión psíquica y muscular, aprensión, preocupación, hiperexcitabilidad, inquietud motora y ataques de pánico, por lo que no está influenciada por las manifestaciones somáticas de la ansiedad.

Ésta escala fue originalmente elaborada en Inglés, pero se efectuó su traducción al Español siguiendo un procedimiento de traducción directa e inversa utilizando a 4 traductores independientes, dos que tradujeron del Inglés al Español y los otros 2 del Español al Inglés. (Bulbena y cols. 2007)

Para su interpretación se proporciona una puntuación global que es la suma de las puntuaciones en los 7 ítems. El rango de puntuación posible oscila por tanto entre los 0 y 28 puntos. No existen puntos de corte adaptados a México, por lo que a mayor puntuación mayor gravedad de la sintomatología ansiosa.

Los autores de la versión original proponen los siguientes puntos de corte: (Snaith y cols., 1982).

0-4 puntos: Sin ansiedad o remisión clínica

5-10 puntos: Ansiedad leve

11-16 puntos: Ansiedad moderada

17-24 puntos: Ansiedad grave

#### **4.8 Manejo de Conducta**

Uno de los principales retos en la Odontología Pediátrica es el “manejo de conducta”, ésta es la que lleva al éxito a esta especialidad.

El “Manejo de conducta” dentro de la Odontología es un componente esencial y tiene como objetivo establecer una buena comunicación con el paciente. Se lleva a cabo por medio de procedimientos que logran cierta aceptación del paciente hacia el tratamiento y crea una actitud positiva frente a éste antes y en el sillón dental. (Pizano y Bermúdez 2004; García y cols. 2007, Howard y Freeman 2009)

Para el buen manejo de la ansiedad los pacientes pediátricos, el Odontopediatra debe tomar la iniciativa para reducir experiencias negativas y alentar al paciente a un estado de calma. (Tickle y cols. 2010).

Los niveles de miedo en el niño, están en relación a la manera en como actúa el Odontopediatra; el hablar con el niño, con los padres, hacer un alto ante la señal de dolor, informar paso a paso, el utilizar palabras tranquilizadoras ayuda a aminorar los niveles de la ansiedad y el miedo en el niño. (García y García 2000)

El Odontopediatra debe elegir que técnica es la más apropiada para cada paciente. Habrá ocasiones en que se necesiten utilizar técnicas en conjunto.

Las técnicas más comúnmente utilizadas son:

**Decir, mostrar, hacer.**- Se le explica y se muestra al paciente paso a paso lo que se hará. Se utiliza para familiarizar al paciente con los procedimientos. (Kantaputra y cols. 2007)

**Formación y refuerzo.**- Se enseña al niño como debe comportarse, cuando el comportamiento no es el indicado, se desalienta y se ignora. El refuerzo incluye modulación de voz, expresiones faciales, elogios verbales, y demostraciones físicas apropiadas. (Sharath y cols. 2009; Kantaputra y cols. 2007)

**Control del niño.**- Se apoya al niño a comunicarse con el odontopediatra, mediante la interacción en la comunicación indicándole el uso de su mano como señal de detención.

**Distracción.**- Se utilizan caricaturas, música o cuentos, para que el paciente no se centre en el tratamiento. (Sharath y cols. 2009)

**Desensibilización.**- Se realizan tratamientos cortos y sencillos hasta llegar a largos y de mayor dificultad. (Sharath y cols. 2009)

**Modelamiento.**- El paciente observa a otro paciente de edad similar con buena conducta para causar influencia positiva en el niño. (Sharath y cols. 2009)

**Mano sobre boca.**- Ante una crisis de ansiedad del paciente, consiste en colocar la mano del profesional firmemente en la boca del paciente, cuando recupere su estado de tranquilidad, ésta se remueve. Raramente utilizada. (Rombom 1981; Kantaputra y cols. 2007)

**Control por voz.**- El Odontopediatra va aumentando el tono y el volumen de voz aunado a gesticulaciones serias. (Kantaputra y cols. 2007)

**Papoose board.**- Se cubre al niño por medio de un inmovilizador físico para limitar sus movimientos disruptivos. Evitando daños físicos del paciente. (Kantaputra y cols. 2007)

#### **4.9 Clasificación de Frankl**

La Escala de Clasificación de la conducta Frankl se utiliza para evaluar el comportamiento de los pacientes pediátricos.

Comprende de cuatro grupos que van desde el comportamiento definitivamente negativo clasificado como F1 al F4 definitivamente positivo.

Proporciona un método rápido, práctico para evaluar los problemas de conducta en niños de la escuela.

Clasificación según Frankl:

**Definitivamente Negativo (F1):** Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.

**Negativo (F2):** Dificilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano).

**Positivo (F3):** Acepta el tratamiento, a veces cauteloso, muestra voluntad para hacer caso al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.

**Definitivamente Positivo (F4):** Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta. (Rodríguez y cols, 2009)

#### **4.10 Marco de Referencia**

Se eligió la Escala de Ansiedad Clínica (CAS) entre la amplia gama de posibilidades con que se cuenta para valorar la ansiedad dental, sobre aquellas escalas visuales que fundamentan su evaluación según la impresión que cause el dibujo en el niño, ni se trata de medidas de variables fisiológicas que requieran el uso de diversos instrumentos y aparatos que estén conectados al niño, lo que puede incrementar la ansiedad del paciente.

En estudios hechos sobre la Escala Clínica de Ansiedad, se llega a la conclusión que ésta a parte de su brevedad para ser efectuada, presenta adecuadas características psicométricas de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio para la valoración de pacientes con trastornos de ansiedad que son atendidos de manera ambulatoria, y que pueden utilizarse como herramienta de valoración e investigación clínica. (Bulbena y cols. 2003)

Considerando la ansiedad dental y los síntomas psicológicos que ésta causa, se puede entender su relación con la percepción del dolor. Por lo tanto, los síntomas psicológicos son de gran importancia, ya que actúan como mediadores, indican que enfocarnos sólo a eliminar la ansiedad dental no disminuirá la percepción del dolor en procedimientos dentales. Sabiendo esto, se deben tomar en cuenta los síntomas psicológicos así como la ansiedad dental para reducir el dolor en la consulta odontológica. (Marsac y Funk, 2008)

La ansiedad y el miedo son dos problemas que afectan al mundo, por lo que se han hecho diversos estudios que ayudan a identificarlos.

En Brasil, se encontró que en un grupo de 118 niños entre 48 y 71 meses de edad sin experiencia dental, 75.6% demostró algún grado de ansiedad ante un examen clínico y profilaxis dental. (Ramos Jorge y cols. 2011).

En el estudio realizado a estudiantes de la Universidad de St. Andrews en el Reino Unido, se encontró que el 11.2% de la muestra indicaba gran ansiedad dental, y el género femenino mostraba más ansiedad que el masculino. Se identificó que el procedimiento causal de niveles altos de ansiedad era generado por la pieza de alta y la inyección de anestesia, y que las mujeres con mayor frecuencia a los hombres se mostraban sumamente ansiosas ante estos procedimientos. (Humphris y King, 2011)

En los Países Bajos, el 16.1% de los pacientes reportan miedo hacia la inyección dental. De 230 pacientes el 91.9% tenían experiencia dental con las inyecciones, por lo tanto el 18.6% decían haberse sentido ansiosos, al cuestionar acerca de cómo se sentirían si tuvieran que recibir una inyección al día siguiente, 15.2% respondió que estarían ansiosos mientras que el 6.5% muy ansiosos. Los resultados demuestran que entre mas experiencias negativas con inyecciones dentales haya vivido el paciente, tiende a anticiparse a la ansiedad. (Van Wijk y cols. 2012)

En el Reino Unido, se realizó un estudio concerniente a la ansiedad dental en los niños de entre 5 a 15 años, en donde el 8.1% de los niños de 5 años se sentían “bastante ansiosos” y 2.6% “muy ansiosos”. Cuando se utilizaron medidas parecidas en Italia, 15% de los niños en edades entre 3 a 13 años decían estar sintiendo “un poco de miedo”, 7% estaban “bastante asustados”, y el 5% se sentía “mucho muy asustado”. En contraste, en Finlandia cerca del 44 al 55% en grupos de edades de, 3,6,9,12 o 15 años fueron reportados con miedo hacia el tratamiento dental. (Nuttall y cols. 2008)

Varios estudios han demostrado que la falta a la atención dental odontológica es comúnmente debido al miedo de los pacientes hacia la aguja.

El 40% de los niños entre 4 y 14 años decía sentirse muy bien en las horas previas al procedimiento dental mientras que el 6.6% que referían lo contrario.

Se encontró que los niños mostraban niveles de ansiedad más altos en los tiempos previos a “dormir los dientes”. (Miegimolle y cols. 2005)

Varias investigaciones señalan que las niñas muestran niveles más elevados de miedo y ansiedad dental respecto a los niños y que los niños son menos cooperadores durante el tratamiento. Otros estudios hablan de que no existe diferencia significativa

en los niveles de ansiedad demostrados por niños en ambos sexos. Se presentó que los niños más pequeños alcanzan niveles de ansiedad más altos que los niños mayores. Y que la inyección y la pieza de alta son las experiencias que generan más ansiedad dental y miedo. (Rivera y Fernández, 2005)

En Holanda, diversos estudios han publicado que de 147 niños el 14% de entre 4 y 11 años son ansiosos y el mayor miedo está asociado a las inyecciones dentales. Se demostró que los niños con altos niveles de ansiedad dieron puntajes más altos de dolor que los niños menos ansiosos durante su primera visita y aplicación de anestesia. En las visitas secuenciales se observó que las puntuaciones del dolor mostraban efectos significativos debido a los niveles de ansiedad. Lo contrario de la primera visita dental en la que los niños con valores bajos de ansiedad mostraron un aumento significativo en sus reportes de dolor en la segunda anestesia. (Versloot y cols. 2008)

En Suecia, se aplicaron encuestas a 383 pacientes dan como resultado que la inyección dental es más dolorosa para las niñas que para los niños, en estos análisis de la intensidad del dolor de acuerdo a reportes de ansiedad dental, se mostró que las experiencias dentales más dolorosas eran aquellas en donde los pacientes mostraban altos niveles de ansiedad. Además se dio a conocer que la inyección dental siempre resulta en primer lugar después de medir las distintas escalas de ansiedad y miedo. (Krekmanova y cols. 2009)

Estudios realizados sobre la relación que existe entre la ansiedad y la experiencia dental de niños de 5 años hacia el tratamiento dental, se encontró que había proporciones similares en cuanto a la ansiedad sufrida entre niños que fueron tratados con anestesia local y aquellos en los que se utilizó anestesia general. (Milsom y cols. 2002)

Con el uso de inyecciones dentales como estímulo para el estudio de la ansiedad y el dolor, se obtuvieron como resultados que aquellos pacientes muy ansiosos experimentaron dolor de mayor intensidad y de mayor duración que los pacientes normales.

En un estudio similar al anterior, se midió el nivel de ansiedad de la siguiente manera: antes del tratamiento, al recibir la inyección dental y al relacionarla con el tratamiento, se aplicaron 251 inyecciones, el resultado fue que los pacientes con ansiedad dental experimentan mayor dolor en intensidad y duración. Por lo tanto se concluyó que los pacientes altamente ansiosos tienden a sufrir mayor dolor. (Van Wijk y Hoogstraten, 2009)

## **5. MATERIALES Y MÉTODOS**

**5.1 Universo de estudio:** Total de pacientes entre 3 a 9 años de edad que acuden a urgencias al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León durante los meses de enero-septiembre 2013.

**5.2 Determinación del tamaño muestra:** La muestra será tomada por accidente por lo que, todos los pacientes que ingresen a urgencias de la Clínica del Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León y cumplan con los criterios de inclusión, serán tomados en cuenta para el estudio.

### **5.3 Criterios de selección**

#### **5.3.1 Criterios de Inclusión**

- Pacientes que acudieron a urgencias a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
  
- Pacientes con edades entre 3 a 9 años de edad.
  
- Pacientes que acudieron por primera vez al Odontopediatra.

#### **5.3.2 Criterios de exclusión**

- Pacientes en los cuales no fue necesario el uso de anestésico infiltrado en el tratamiento realizado.
  
- Pacientes con síndromes

#### **5.3.3 Criterios de eliminación**

- Pacientes que tardaron más de 3 meses en regresar a próxima cita.

## **5.4 Método**

A todos los pacientes se les realizó el llenado de la Historia Clínica Institucional. Se pidió al padre o tutor que firmara el Consentimiento Informado Institucional. Se procedió a realizar la infiltración bucal al paciente de urgencia evaluando la ansiedad presentada en dicho procedimiento. Al regresar el paciente a su primer cita de tratamiento se realizó la misma evaluación. Se utilizó la “Escala de Ansiedad Clínica” (Clinical Anxiety Scale, CAS) para evaluar la ansiedad de los pacientes presentada durante el infiltrado del anestésico.

Se llevó acabo la primera evaluación por medio de los 7 ítems de la Escala CAS del nivel de ansiedad que presentó el paciente al momento de la colocación de la anestesia infiltrativa, y de acuerdo al puntaje se clasificó como: Sin ansiedad o remisión clínica (0-4 puntos), Ansiedad leve (5 a 10 puntos), Ansiedad moderada (11-16 puntos) o Ansiedad grave (17-24 puntos).

Se llenó el resto de la hoja de captura de datos, incluyendo nombre, género, edad, cuadrante anestesiado, técnica de manejo utilizada y Clasificación de Frankl.

Al regreso del paciente a su cita de inicio del tratamiento, se manejó nuevamente su conducta por medio de técnicas y se llevó acabo la segunda evaluación por medio de la misma escala del nuevo nivel de ansiedad presentado en el mismo procedimiento que implica la inyección del anestésico. Se llenó nuevamente el resto de la hoja de captura de datos en cuanto al cuadrante anestesiado, técnica de manejo utilizada y Clasificación de Frankl.

## **5.5 Variables de estudio**

Se registraron las siguientes variables:

- Ansiedad
- Cita
- Edad
- Género
- Técnica anestésica.
- Conducta

Las mediciones se realizaron del modo siguiente:

- Ansiedad: Se evaluó la ansiedad presentada durante la infiltración del anestésico, con la Escala de Ansiedad “Clinical Anxiety Scale (CAS)”.
- Cita: las citas se registraron indicando si se trataba de cita de urgencia o de inicio de tratamiento.
- Edad: se registro la edad de cada paciente en años y meses.
- Género: se registró el sexo femenino o masculino de cada paciente.
- Técnica anestésica: en todos los pacientes se utilizó la técnica de anestesia infiltrativa.
- Conducta: Se registró la técnica de manejo utilizada por el Odontopediatra durante el procedimiento, así como el tipo de conducta del paciente de acuerdo a la Clasificación de Frankl.

Todos los datos obtenidos se anotaron en la hoja de registro (Anexo D, pg. 71) diseñada para el fin de captura de datos en el programa de Excel para su posterior proceso estadístico.

## 5.6 Método estadístico

Los datos fueron capturados en una base de datos en el programa IBM SPSS Statistics 19 con el que se realizaron tablas de frecuencia de dos variables (nivel de Ansiedad durante la consulta odontológica como variable independiente con edad, género, cuadrante tratado, etc. como variables independientes). Para algunos procedimientos estadísticos de clasificación y manejo de base de datos fue empleado el programa Microsoft Excel 2010.

El presente proyecto cuenta con un modelo estadístico de presentación de datos que consistió en la elaboración y descripción de tablas de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y de intervalo, así como un modelo descriptivo de medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, además del uso de gráficos para las tablas mayormente relacionadas con el análisis de los datos, posterior a este diseño se realizó una descripción detallada de los resultados.

El modelo de análisis de datos que fue aplicado al presente estudio consistió en un análisis de *prueba t* de diferencia de proporciones donde se evaluó la proporción de ansiedad de los pacientes dependiendo del momento de medición de la misma. Con éste análisis se comprobó si los resultados de ansiedad al momento de la urgencia odontológica difieren significativamente con los de la primera cita con anestesia.

El estadístico de prueba bajo el que se analizaron los resultados es el siguiente:

$$t = \frac{\bar{d} - \mu d}{s_d / \sqrt{n}} \quad \bar{d} = \frac{\sum di}{n} \quad s_d = \sqrt{\frac{\sum (di - \bar{d})^2}{n-1}} = \sqrt{\frac{n \sum d_i^2 - (\sum d_i)^2}{n(n-1)}}$$

Además se utilizó una prueba de *chi cuadrada* para identificar la relación significativa entre los niveles de ansiedad presentados por el grupo de pacientes y el momento de la cita odontológica en la que fueron atendidos, se realizó bajo la siguiente estadística de prueba:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_{io} - f_{ie})^2}{f_{ie}} \quad \chi^2 = \sum \frac{(|f_{io} - f_{ie}| - 0.5)^2}{f_{ie}} \quad c = \sqrt{\frac{\chi^2 c}{\chi^2 c + n}}$$

Todas las pruebas aplicadas al proyecto se realizaron considerando un nivel de confiabilidad de 95% (1- $\alpha$ : 0.95).

## **6. RESULTADOS**

## **6. Resultados**

### **6.1 Género y Ansiedad en cita de urgencia**

En cuanto al género y ansiedad presentado en los pacientes en cita de urgencia, se observó en la tabla y gráfica 1 (Anexo A/B pg. 57/63), que fue el sexo femenino quien presenta el mayor porcentaje correspondiendo a un 45% de ansiedad grave. El 20% presenta ansiedad leve. Y un 30% del sexo femenino se presenta a su cita de urgencia sin ansiedad. El mayor porcentaje presentado por el sexo masculino es 34.78% que corresponde a aquellos sin ansiedad y a ansiedad grave. En general tanto el sexo femenino como el masculino suman un 39.53% del total de pacientes que presentaron ansiedad grave.

### **6.2 Género y Ansiedad en cita de inicio de tratamiento**

En relación al género y los resultados de la escala de ansiedad en los pacientes que acuden al inicio de tratamiento después de la cita de urgencias, tabla y gráfica 2 (Anexo A/B pg. 57/63 ) se obtuvo que el porcentaje más alto fue el del sexo masculino correspondiendo a 43.48% sin ansiedad. Se observó que 7 pacientes del sexo femenino no presentaron ansiedad frente al tratamiento. El menor porcentaje reportado fue para la ansiedad leve en el sexo masculino que corresponde a un 8.70%, mientras que la ansiedad leve y moderada fue presentada por un 20% del sexo femenino. Sólo 5 pacientes femeninas presentaron ansiedad grave. En general tanto en pacientes masculinos como femeninos hubo mayor referencia a no sentir ansiedad frente a la anestesia durante la cita de inicio de tratamiento.

### **6.3 Edad y Ansiedad en cita de urgencia**

En la relación de la edad y ansiedad en la cita de urgencia, se observó en la Tabla 3 (Anexo A/B pg. 58/64) que a los 3 años de edad es común que los pacientes presenten ansiedad grave, ya que obtuvo el mayor porcentaje de 64.29%.

#### **6.4 Edad y Ansiedad en cita de inicio de tratamiento**

En la relación edad y ansiedad en pacientes que acuden al inicio del tratamiento después de urgencias, en la tabla y gráfica 4 (Anexo A/B pg. 59/64 ), se observó que la edad de 3 años es donde se presentó el mayor porcentaje de sufrir ansiedad grave frente al tratamiento en un 50%. A la edad de 4 años es común que no presenten o presenten una ansiedad leve ya que ambos arrojaron un porcentaje de 38.46%.

#### **6.5 Técnica de manejo y Ansiedad en cita de urgencia**

En la tabla 5 (Anexo A/B pg. 59/65 ) que muestra la relación de la técnica de manejo utilizada durante la cita de urgencia y el resultado de la escala de ansiedad, con un 53.85% la técnica de manejo que ayudó a que no se presente ansiedad durante la anestesia es la de decir-mostrar-hacer o tell-show-do. La técnica que menos función tuvo fue la de control por voz ya que en el 80% de los casos produjo una ansiedad grave. También se observó que cuando se trabajan en conjunto ambas técnicas los pacientes tienden a presentar una ansiedad grave con un porcentaje de 85.71%. Se concluyó que existe relación significativa entre la técnica de manejo de conducta empleada por el Odontopediatra y el nivel de ansiedad que presentan sus pacientes en la cita de urgencia. (p=0.0001)

#### **6.6 Técnica de manejo y Ansiedad en cita de inicio de tratamiento**

En la tabla y gráfica 6 (Anexo A/B pg. 60/65), que relaciona la técnica de manejo con la ansiedad presentada durante la primera cita, se observó que en 15 pacientes la técnica de decir-mostrar-hacer ayudó a que no se presentara ansiedad. Con la técnica de control por voz se obtuvo un 40% ansiedad moderada y grave presentada por los pacientes. Cuando ambas técnicas se utilizaban en conjunto, se presentó una ansiedad grave en 4 de los pacientes que formó un 57% . Se concluyó que existe relación significativa entre la técnica de manejo de conducta empleada por el Odontopediatra y el nivel de ansiedad que presentan sus pacientes en su primera cita. (p=0.001)

### **6.7 Clasificación de Frankl y Ansiedad en cita de urgencia**

En cuanto a la relación entre la Clasificación de Frankl y la ansiedad presentada por los pacientes durante la cita de urgencia, en la tabla y gráfica 7 (Anexo A/B pg. 60/66), se observó que los niños F4, clasificados como cooperadores o con una conducta definitivamente positiva el 63.1% no presentó ansiedad. En los pacientes F1, definitivamente negativos o no cooperadores se presentó una ansiedad grave en el 100%. Se concluyó que existe relación significativa entre la Clasificación de Frankl y la ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia. ( $p=0.002$ )

### **6.8 Clasificación de Frankl y Ansiedad en cita de inicio de tratamiento**

En la tabla 8 (A Anexo A/B pg. 61/66 ), que representa la relación de la Clasificación de Frankl con la ansiedad al el inicio de tratamiento, se concluyó que el 78.95% de los pacientes cooperadores (F4), no presentó ansiedad. El 100% de los pacientes no cooperadores (F1) presentó una ansiedad grave. Se concluyó que existe relación significativa entre la clasificación de Frankl y la primera cita del paciente. ( $p=0.00001$ ).

### **6.9 Ansiedad y citas de urgencia e inicio de tratamiento**

En relación a la ansiedad presentada en los pacientes entre la cita de urgencias y de inicio de tratamiento observadas en la tabla y gráfica 9 (Anexo A/B pg. 61/67), se observó que hubo un aumento de 17.65% de pacientes en urgencias a un 39.53% que durante la cita de inicio de tratamiento, presentaron ansiedad grave. La ansiedad moderada y leve disminuyeron durante la cita de inicio de tratamiento. De 11.76% a un 4.65% para la ansiedad moderada, y de 21.57% a 23.26% para la ansiedad leve. Hubo una disminución de 17 a 14 pacientes sin ansiedad en la cita de inicio de tratamiento. En general la ansiedad grave es mayor en la cita de inicio de tratamiento que en la cita de urgencias.

## **7. DISCUSIÓN**

## **7. Discusión**

### **7.1 Selección de la muestra**

Una de las dificultades frecuentemente reportadas por los Odontólogos durante los tratamientos odontológicos y con gran impacto en la Salud Oral, es el incumplimiento a citas y la evitación a la intervención del odontólogo, como resultado de la ansiedad ante los tratamientos odontológicos.

La adquisición de la ansiedad ante el tratamiento odontológico ha sido tradicionalmente explicada por la presentación de experiencias traumáticas para el paciente.

La inyección local de anestesia es uno de los estímulos que produce mayor ansiedad en el operatorio dental. (Parayab & Hosseinbor, 2014).

La alta incidencia reportada por diferentes estudios llamó la atención para realizar este estudio.

Spence (1998), realizó una investigación con 2,052 niños, 851 hombres y 1,201 mujeres, donde pidió que contestaran las Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) y la Escala para Niños de Ansiedad Manifestada Revisada (RCMAS).

Liddell y cols. (1997), en su estudio con 262 niños de los cuales 145 eran niñas y 132 eran niños, aplicaron las Escala de Ansiedad de Corah contestada por los niños. Rivera y Fernández (2005), estudió a 170 niños (86 niñas y 84 niños) hondureños para comparar ansiedad entre sexos. Nutall y cols. (2008) realizaron un estudio con niños de 5,8,12 y 15 años de edad, aplicando 3342 cuestionarios sobre ansiedad dental.

En un estudio realizado por Sánchez Aguilera y cols. (2004), se analizaron a 81 niños (44 niños y 37 niñas) para evaluar la ansiedad dental y establecer la relación entre el comportamiento y la ansiedad durante el tratamiento dental.

En comparación con los estudios revisados y la variaciones en sus muestras, en este estudio se llevó a cabo con una muestra de 73 pacientes de los cuales se logró evaluar a 43 pacientes entre 3 a 9 años de edad que acudieron al Posgrado de Odontopediatria con la necesidad de un tratamiento de urgencia. De los cuales 23 corresponden al sexo masculino y 20 al sexo femenino.

No existe un número constante de pacientes que acudan a la clínica de urgencias sin embargo los niños que cumplían con los criterios de inclusión, fueron evaluados por un solo operador al momento de recibir la inyección durante la cita de urgencia y en su primera cita de tratamiento.

Las variables que se tomaron en cuenta fue la ansiedad presentada al momento de la inyección, las citas, edad, género y técnica anestésica.

## **7.2 Escalas de Ansiedad**

Se decidió utilizar la Escala de Ansiedad Clínica (CAS), para la observación y evaluación de la presencia y gravedad de los síntomas de los trastornos de ansiedad en el operatorio dental.

Otras escalas como la Corah (DAS) o cuestionarios sobre fortalezas y dificultades (SDQ), son contestadas por los mismos pacientes o padres de los pacientes, quienes pueden contestar de acuerdo a lo que les gustaría mas no con la realidad.

La Escala de Caras o de expresión facial consta de un espectro de expresiones faciales que tienen una valoración numérica para representar su orden de menos a más dolor, y es más comúnmente utilizado para evaluar la intensidad del dolor en pacientes pediátricos. Esta escala tiende a tener ciertos problemas debido a que los pacientes pueden reconocer en los dibujos tristeza en vez de dolor. (Matsuoka & Fukai, 2008).

La DAS, ha sido criticada por tener un rango de puntuaciones muy reducido y por mostrar una baja resolución para niveles de ansiedad intermedios. No puede revisar todos los aspectos de la ansiedad así como puede subestimar el nivel del miedo, especialmente en pacientes con ansiedad media. (Facco y cols., 2010)

La Escala Visual Análoga es considerada para evaluar el dolor presentado por los pacientes que tienen al menos 5 años de edad. (Marsac y Funk, 2007)

Debido a lo anterior, se eligió la CAS, entre la amplia gama de posibilidades con que se cuenta para valorar la ansiedad, porque no se trata de escalas proyectivas en que la evaluación se fundamente según la impresión que cause un dibujo en el que interpreta, ni se trata de medidas variables fisiológicas que requieren el uso de instrumentos y aparataje específico que incrementa la ansiedad en el niño. (Sánchez Aguilera y cols., 2004).

Esta confinada a evaluar la ansiedad física y la tensión en la musculatura somática. Es fácil y rápida de usar. Evalúa de forma breve la presencia y gravedad de los síntomas de los distintos trastornos de ansiedad en el ámbito de la atención ambulatoria, tanto especializada como primaria. (Snaith y cols., 1982).

### **7.3 Ansiedad Dental**

La ansiedad dental es una de las razones por las que los niños evitan acudir al dentista o expresan problemas en su conducta durante la cita. Si los problemas de comportamiento del niño son debido a una personalidad y comportamiento general o está relacionado con el miedo al ambiente dental, es un problema de índole Odontopediátrico.

Ramos-Jorge y cols. (2006), realizaron un estudio con 118 niños de edades 48 a 71 meses de edad, sin experiencia dental obteniendo como resultado que un 75.6% mostraron algún grado de ansiedad previo a su examen clínico y profiláctico dental.

#### **7.4 Ansiedad e Inyección dental en cita de urgencias y de inicio de tratamiento**

El uso de anestesia puede llevar a un tratamiento dental sin dolor, la infiltración de la solución anestésica así como la punción con la aguja en la mucosa se sabe que no es placentero. Aparte del dolor y el malestar, la inyección dental puede ocasionar ansiedad, particularmente en los niños. (Versloot y cols., 2008)

Wijk y cols. (2012), encuestaron a 230 pacientes antes de su tratamiento, se midió la ansiedad y el dolor con la Escala NRS (Numeric Rating Scale) y con la DAS, durante la anestesia regional para el bloqueo mandibular. Como resultado se obtuvo que el 18.6% se sentía ansioso y el 9% muy ansioso.

En un estudio descriptivo realizado por Muza y Muza (2007), a 233 mujeres mayores de 16 años, se les aplicó el cuestionario Evaluación de preocupaciones dentales (DCA, Dental Concerns Assessment), se encontró que entre los mayores niveles de ansiedad (ansiedad severa) se encontraba la inyección dental.

Miegimolle y cols. (2005), compararon el uso del sistema de anestesia local Inyex contra la técnica convencional, para ver si había una reducción en la ansiedad del paciente infantil. La muestra fue de 15 niños y niñas de 4 a 14 años de edad. Obtuvieron que los momentos en los que los niños referían mayor ansiedad fueron los momentos que precedían a “dormir los dientes” y durante la realización del tratamiento.

Con esta revisión de la literatura se puede observar que existe un incremento en la ansiedad respecto al uso de la inyección dental. Por lo tanto si ésta es utilizada dentro de la primera visita dental del paciente pudiera ocasionar una experiencia negativa aún y cuando bloquea la sensación del dolor. En el 60% de los casos estas experiencias se producen en la infancia o adolescencia, y quienes las experimentan tienen un riesgo 22.4 veces mayor de desarrollar ansiedad dental que aquellos que no las han vivido. (Rivera y Fernández, 2005)

Rivera y Fernández (2005), concluye en su estudio que en general los grupos de niños con experiencias dentales o médicas potencialmente traumáticas mostraban niveles más altos de ansiedad que los que no tenían experiencias.

Sosa y cols. (2007), realizaron comparaciones en la tensión arterial y pulso periférico antes y después de ser sometidos a intervenciones odontológicas de tipo curativa, preventiva o invasiva, en 50 escolares con edades entre 6 y 12 años. Se encontró un mayor aumento en la frecuencia de los pacientes sometidos a tratamientos invasivos o curativos, lo que indica ansiedad por parte del niño al tratamiento.

Afshar y cols. (2011), realizaron un estudio en 67 niños de 5 años donde se dividían a estos en dos grupos, con presencia y sin presencia del padre en el operatorio. Se comparó la frecuencia cardíaca, y los niveles de ansiedad presentada por los pacientes en la primera y segunda cita. No obtuvieron resultados significativos de ambos en la 1era y 2da cita.

Milsom y cols. (2003), realizaron 1,745 encuestas a padres de niños de 5 años de edad, contenía una escala de evaluación de 5 puntos en donde se clasificaba a su hijo desde muy relajado a muy ansioso sobre el tratamiento dental. Encontraron que un paciente que haya tenido alguna restauración en el pasado no tiene una asociación significativa con el estatus de ansiedad del paciente.

En este estudio haciendo comparación entre la ansiedad presentada durante la cita de urgencias y la cita de inicio de tratamiento, tenemos que la ansiedad grave incrementó de 20.93% a 39.53%. Por lo que se estamos de acuerdo con lo concluido por Rivera y Fernández (2005), en que un niño con una experiencia dental traumática incrementa los niveles de ansiedad en futuras citas.

Sin embargo al igual que Afshar y cols., en este estudio no obtuvo resultados significativos, lo que pudiera indicar la necesidad de una mayor cantidad de pacientes. Los resultados reportados por Milsom y cols., tampoco pueden ser negados ya que en una cita de urgencias frecuentemente se realizan procedimientos curativos mas que restaurativos.

## 7.5 Ansiedad y Edad

Uno de los factores mas importantes en la ansiedad dental es la edad del paciente. (Parayab & Hosseinbor 2014)

Con respecto a la edad de nuestro estudio se incluyeron pacientes de entre 3 a 9 años de edad, ya que son esas edades las que frecuentan la clínica y debido a que los niños mayores pueden estar predispuestos a desarrollar una mayor ansiedad dental que los niños pequeños, debido al incremento en otros temores que pueden influenciar en sus experiencias dentales (Liddell y cols., 1997)

Sin embargo, algunos estudios han comprobado que los niños mas pequeños presentan niveles de ansiedad más elevados que los niños mayores. (Rivera y Fernández 2005)

Liddell y cols. (1997), en su estudio con 262 niños donde aplicaron las escala de ansiedad de Corah, observaron que entre mayor incremento en la edad las niñas tendían a incrementar su ansiedad dental.

Parayab y Hosseinbor (2013), en su estudio acerca de la ansiedad dental y problemas en el comportamiento comparó la prevalencia de ansiedad dental severa en 150 niños de edades de 6-12 años de edad, obteniendo como resultado, mayor ansiedad en el grupo de edades de 6-7 años.

Nutall y cols. (2008) realizaron un estudio con niños de 5,8,12 y 15 años donde se aplicaron 3342 cuestionarios sobre ansiedad dental, y obtuvieron como resultado que  $\frac{3}{4}$  de los niños en cada grupo no eran afectados por la ansiedad dental. Sin embargo el grupo de 12 años de edad presentó un 25.6% de ansiedad leve, un 2.5% de ansiedad moderada fue presentada por el grupo de 5 años.

El presente estudio contraría los estudios de Lindell y cols., Parayab y Hosseinbor y Nutall y cols., ya que el 64.29% de ansiedad severa durante la inyección de anestesia en la cita de urgencia se puede observar en el grupo de 3 años de edad; mismo que es corroborado con el 50% de ansiedad severa, presentado en el grupo de la misma edad, en los pacientes que acuden a su primera cita de tratamiento.

## **7.6 Ansiedad y Género**

Un gran número de estudios Euro-Americanos han reportado una alta prevalencia de ansiedad dental en niñas que en niños. (Foloyan y cols., 2004)

Spence (1998), realizó una investigación en 2,052 niños con edades de 8 a 12 años de edad donde se pidió que contestaran las escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS) y la escala para niños de ansiedad manifestada revisada (RCMAS). Llegaron a la conclusión que el sexo femenino tendía a reportar niveles mas altos de síntomas de ansiedad que el sexo masculino.

Liddell y cols. (1997), en su estudio con 262 niños donde aplicaron las Escala de Ansiedad de Corah contestada por los niños, encontraron que las niñas presentan una mayor ansiedad dental que los niños.

Humphris y King (2011), realizaron un estudio donde se comparó la prevalencia entre el sexo femenino y el masculino de una alta ansiedad dental en 1,024 estudiantes de la universidad de Reino Unido. Los estudiantes completaron encuestas en línea que contenían la escala modificada de ansiedad dental y el cuestionario de nivel de exposición a experiencias dentales. 11.2% de los estudiantes indicaron una grave ansiedad dental. El sexo femenino predominó con este tipo de ansiedad frente al sexo masculino. La inyección dental y la acción de perforación de un diente, obtuvieron puntajes de ansiedad extrema mas frecuentemente en mujeres con un 21% y 19% respectivamente, que en hombres 11% y 10% respectivamente.

Caycedo y cols. (2008), aplicaron entrevistas a una muestra de 132 odontólogos y las escalas de ansiedad aplicadas a sus 913 pacientes, mayores de 15 años. Obtuvieron como resultado que los hombres fueron clasificados en mayor medida como no ansiosos (11,4%), seguidos por los moderadamente ansiosos (8,5%). Para el caso de las mujeres, un 18% corresponde al nivel de extremadamente ansiosas, seguidas por las levemente ansiosas con 17%.

En cuanto a los ítems que mayor ansiedad ocasionaban se encuentra en primer lugar el uso de una jeringa para la inyección para anestesia (47,2%), seguido por la ansiedad anticipatoria ante la extracción de un diente (34,7%) y ansiedad anticipatoria ante el uso de la fresa dental (25,4%). En los tres casos los promedios mayores se encuentran dentro del reporte de las mujeres.

Rivera y Fernández (2005), en su estudio de 170 niños hondureños obtuvo como resultado que en general los niveles de ansiedad frente a diversos procedimientos dentales del grupo de las niñas era algo más elevado que los informados por el grupo de los niños. En cuanto a la inyección dental los datos son contrarios las niñas presentan una media de 2.72 frente a 2.86 de los niños.

En este estudio podemos decir que estamos de acuerdo con los autores Humphris y King y Caycedo y cols., debido a que se puede observar que fue el sexo femenino quien presenta un porcentaje de 45% de ansiedad grave frente a la inyección de anestesia. Mientras que el mayor porcentaje presentado por el sexo masculino es de 34.78%. En la primera cita de tratamiento se observaron niveles de ansiedad grave en un 25% y 17.39% para niñas y niños respectivamente. Sin embargo obtuvimos que el porcentaje más alto es el del sexo masculino que corresponde a 43.48% de los pacientes sin ansiedad.

## **7.7 Ansiedad y Manejo de Conducta**

El manejo de conducta del paciente infantil es un componente clave para el éxito en la Odontopediatría. (García y cols., 2007)

García y cols. (2007), aplicaron un cuestionario de actitud basado en la escala de Likert, y un cuestionario de ansiedad basado en la escala de Corah y DASS (Depression Anxiety Stress Scale) adaptados para situaciones de atención dental en 120 padres de pacientes, dividieron en 3 grupos de acuerdo al método de información transmitido: explicación oral, vídeo e información escrita. Los resultados mostraron que la técnica mejor percibida es la técnica mostrar-decir-hacer.

En este estudio se está totalmente de acuerdo con los resultados de García y colaboradores, si bien nuestras técnicas de manejo no fueron mostradas a los padres de nuestros pacientes si fueron practicadas en estos últimos. Siendo la de mayor éxito en la reducción de los niveles de ansiedad la técnica mostrar-decir-hacer. En la cita de urgencia se tuvo que por medio de esta técnica 53.85% no tuvieron ansiedad. Mientras que con el uso de la técnica control por voz el 80% demostró ansiedad grave. En la primera cita de tratamiento se obtuvo un 57.69% sin ansiedad, mientras que la técnica de control por voz causó ansiedad moderada y grave en el 40%.

## **7.8 Ansiedad y Comportamiento**

El éxito de la práctica odontológica en niños depende no solo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación infantil. La actitud de un niño ante el tratamiento dental suele, dificultar el tratamiento ya que disminuye la cooperación y provoca la aparición de un comportamiento negativo. (Sánchez Aguilera y cols., 2004)

En un estudio realizado por Sánchez Aguilera y cols. (2004), se analizaron a 81 niños con edades entre 8 y 12 años de edad que no habían ido a consulta dental anteriormente, para evaluar la ansiedad dental y establecer la relación entre el comportamiento y la ansiedad durante el tratamiento dental con la Escala de

Valoración del Perfil de Comportamiento y STAIC. Se encontró relación de dependencia entre el estado de ansiedad antes del tratamiento y el comportamiento mostrado durante el mismo.

En este estudio aún que se utilizó la Clasificación de Frankl, se puede decir que al igual que el estudio de Sánchez-Aguilera y cols., se puede decir que existe una relación significativa entre el comportamiento y la ansiedad presentadas durante las citas. En los pacientes durante la cita de urgencia, se puede observar que los cooperadores, con una conducta definitivamente positiva ó F4 que forman el 63.16% no presentan ansiedad. Así como también en los pacientes definitivamente negativos o no cooperadores F1 es común que presenten ansiedad grave.

En relación a la primera cita de tratamiento, se concluye que entre más cooperador sea el paciente (F4) 78.95%, no presentara ansiedad. Y entre menos cooperador sea y sea clasificado como F1 100%, tenderá a presentar ansiedad grave.

## **8. CONCLUSIÓN**

## **8. Conclusión**

Al observar los resultados se ha concluido lo siguiente:

1. Existe un incremento en la ansiedad del paciente considerada como grave presentada en la primer cita del tratamiento comparada con la cita de urgencias. Sin embargo la hipótesis es rechazada ya que no se encontró relación significativa entre las citas de urgencia e inicio de tratamiento y la ansiedad presentada.
2. Durante la citas de urgencias y de primera vez, frente a la inyección de anestesia durante el tratamiento dental se observó que el sexo femenino tiende a presentar una ansiedad grave a comparación del sexo masculino.
3. Los niños de 3 años de edad tienden a presentar ansiedad grave en ambas citas. Los niños de 8 años tienden a no presentar ansiedad durante la cita de urgencias mientras que en la primera cita los niños de 6 y 8 años no presentan ansiedad alguna.

## **9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Afshari H, Baradaran N.Y, Mahmoudi-Gharaei J, Paryab M., DDS, Zadhoosh S, 2011. The Effect of Parental Presence on the 5 year-Old Children's Anxiety and Cooperative Behavior in the First and Second Dental Visit, Iran J Pediatr 21 (2): 193-200.
2. Albuquerque W, Corrêa M.S.N.P, Abanto J.A, 2007. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah, Revista Estomatología Herediana, 17 (7): 22-24.
3. Buchanan H, Niven N, 2003. Further evidence for the validity of the facial image scale. International Journal of Pediatric Dentistry, 13: 368-369.
4. Bulbena A., Bobes J., Luque A., Dal-Ré R., Ballesteros J., Ibarra N. y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP), 2003. Validación de las variaciones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. Medicina Clínica (Barcelona), 121(10): 367-374
5. Caycedo C, Cortés O.F, Gama R, Rodríguez H. 2008. Ansiedad al tratamiento odontológico: Características y diferencias de género. Suma Psicológica, 15 (1): 259-278
6. Chen-Yi L, Yong-Yuan Ch, Shun-Te H, 2007. Prevalence of Dental Anxiety among 5- to 8-Year-Old Taiwanese Children. American Association of Public Health Dentistry, 67 (1): 36-41.
7. Facco E. Zanette G. Favero L. Bacci C. Sivoletta S. Cavallin F. Manani G. 2011 Toward the validation of visual analogue scale for anxiety. American Dental Society of Anesthesiology, 58: 8-13.
8. Foloyan M.O, Idehen E.E, Ojo O.O. 2004. The modulating effect of culture on the expression of dental anxiety in children: a literature review. International Journal of Paediatric Dentistry, 14: 241-245.

9. García-Islas A, Parés-Vidrio G.E, Hinojosa-Aguirre A. 2007. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. *Revista Odontológica Mexicana*, 11 (3): 135-139.
10. García Losa E, García Losa R. 2000. Variables psicológico- Comportamental del dolor en tratamiento odontopediátrico: Problemática y estrategias de afrontamiento, *Psiquiatría.com*, (4) 4, ISSN 1137-3148
11. Han Hae-Ra, 2009. Measuring Anxiety in children: A methodological review of the literatura. *Asian Nursing Research*, 3: 49-62.
12. Howard K.E, Freeman R. 2009. An evaluation of the PALS after treatment modelling intervention to reduce dental anxiety in child dental patients. *International Journal of Paediatric Dentistry*,19: 233–242.
13. Humphris G, King K. 2011. The prevalence of dental anxiety across previous distressing experiences. *Journal of Anxiety Disorders*, 25: 232-236.
14. Iglesias Prada IM, 2003. La salud oral en la dentición primaria: (y III) Estudio sobre los traumatismos dentales, las patologías orales y los problemas en el manejo de la consulta dental en una muestra de 441 niños de Vigo, *Avances en Odontoestomatología*, 19: ISSN 0213-1285.
15. Kantaputra P.N, Chiewcharnvalijkit K, Wairatpanich K, Malikaew P, Aramrattana A. 2007. Children's attitudes toward behavior management techniques used by dentist. *Journal of Dentistry for Children*, 74: 4-9.
16. Koller D, Goldman R.D, 2011. Distraction techniques for children undergoing procedures: A critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Nursing*, In press doi:10.1016/j.pedn.2011.08.001.
17. Krekmanova L, Bergus M, Robertson A, Sabel N, Hafström C, Klingberg G, Berggren U. 2009. Everyday- and dental-pain experiences in healthy Swedish

- 8-19 year olds: an epidemiological study. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 19: 438-447.
18. Lidell A, Rabinowitz E.M, Peterson C. 1997. Relationship between age changes in children's dental anxiety and perception of dental experiences. *Cognitive Therapy and Research*, 21 (6) 619:631.
19. Lima Álvarez M., Casanova Rivero Y., Toledo Amador A., Espeso Nápoles N.M., 2007, Miedo al tratamiento en pacientes de la clínica estomatológica docente provincial. *Revista Humanidades Médicas*, 7: ISSN 1727-8120.
20. Marsac M.L, Funk J.B, 2008. Relationships among psychological functioning, dental anxiety, pain perception, and coping in children and adolescents. *Journal of Dentistry for Children* 75 (3): 243-251.
21. Matsuoka Y, Kakuhiro F. 2008. Face Scales and Facial Expression Analysis to Assess Clinical Pain Intensity. *ヘルスサイエンス・ヘルスケア* 8 (1): 34-41.
22. Menezes Abreu D.M, Leal S.C, Mulder J, Frencken J.E, 2011. Patterns of dental anxiety in children after sequential dental visits. *European Archives of Paediatric Dentistry* 12 (6): 298-302.
23. Miegimolle-Herrero M, Martínez-Pérez E.V, Gallegos-López L, Planellas-del Pozo P. 2005. Evaluación del sistema de anestesia Injex en el paciente odontopediátrico. Estudio piloto. *Odontología Pediátrica*, 13: 45-53.
24. Milsom K.M, Tickle M, Humphris G.M, Blinkhorn A.S, 2003. The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5-year-old children, *British Dental Journal*, 194(9): 503-506.
25. Muza R, Muza P, 2007. Nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental. *Revista Chilena Salud Pública* 2007; Vol 11 (1): 18-22.

26. Nuttall N.M, Gilbert A, Morris J. 2003. Children's dental anxiety in the United Kingdom in 2003, *Journal of Dentistry*, 36: 857-860.
27. Paryab M, Hosseinbor M. 2013. Dental Anxiety and behavioral problems: A study of prevalence and related factors among a group of Iranian children aged 6-12. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 31(2): 82-86.
28. Pérez Navarro N., González Martínez C., Guedes Pinto A.C., Salate Nahás P. Correa M., 2002. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Revista Cubana de Estomatología*, 39: ISSN 0034-7507.
29. Pizano-Damasco M.I, Bermúdez-Rubio L.F. 2004. Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología I: Evaluación del paciente e indicación de la técnica. *Revista ADM*, 59(5): 165-170.
30. Ramos-Jorge ML, Marques LS, Paiva SM et al. 2006. Predictive factors for child behaviour in the dental environment. *Eur Arch Paediatr Dent*, 7:253-257.
31. Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J, Viera de Andrade R.G, Marques L.S, 2011. Impact of exposure to positive images on dental anxiety among children: a controlled trial. *European archives of Pediatric Dentistry*, 12 (4): 195-199.
32. Rivera-Zelaya I.C, Fernández-Parra A, 2005. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3): 461-475.
33. Rodríguez VCS, Pinto SF, Alcocer DJ. 2009 Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil. *Odontología Vital*, 2(11): 59-65.

34. Rojas Alcayaga G, Misrachi Lauunert C. 2004. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca, *Avances en Odontoestomatología*, 20(5): 239-245.
35. Rombom H.M., 1981. Behavioral techniques in pedodontics: the hand-over-technique. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 48(3): 208-210
36. Sánchez Aguilera F, Toledano M, Osario R, 2004. Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento. *Avances en Odontoestomatología*, 20: ISSN 0213-1285.
37. Sharath A, Rekka P, Muthu MS, Rathna Prabhu V, Sivakumar N. 2009. Children's behavior pattern and behavior management techniques used in a structured postgraduate dental program. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent*, 27 (1): 22-26.
38. Spence S.H. 1998. A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy* 36: 545-566.
39. Snaith R.P, Baugh S.J, Clayden A.D, Sipple M.A, 1982. The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 141:518-523.
40. Sosa C, Silva J, Oliveros J, Sosa J. 2007, Variaciones de los signos vitales como indicadores de estrés en niños que asisten a la consulta odontopediátrica de la facultad de odontología. *Odous Científica* 8(1): 29-34.
41. Tickle M, Jones C, Buchannan K, 2009. A Prospective study of dental anxiety in a cohort of children followed from 5 to 9 years of age. *International Journal of Paediatric Dentistry* 19: 225-232.
42. Van Wijk A.J, Hoogstraten J. 2009. Anxiety and pain during dental injections. *Journal of Dentistry*, 37(9): 700-704.

43. Van Wijk A, Lindeboom J.A, de Jongh Ad, Tuk J.G, Hoogstraten J. 2012. Pain related to mandibular block injections and its relationship with anxiety and previous experiences with dental anesthetics. *Oral and Maxillofacial Surgery*, in press, doi:10.1016/j.oooo.2011.08.006.
  
44. Versloot J, Veerkamp J.S.J, Hoogstraten J. 2008. Pain behaviour and distress in children during two sequential dental visits: comparing a computerised anaesthesia delivery system and a traditional syringe. *British Dental Journal*, 205 (1): 1-5.
  
45. Yuefang Z, Elaine C, Gillian F, Humphris G, 2011. Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour. *Patient Education and Counseling*, 85: 4-13.

## **ANEXO A**

Tabla 1.- Género y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013

	Sin Ansiedad		Leve		Moderada		Grave		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	6	30.00	4	20.00	1	5.00	9	45.00	20	100
Masculino	8	34.78	6	26.09	1	4.35	8	34.78	23	100
Total	14	32.56	10	23.26	2	4.65	17	39.53	43	100

X<sup>2</sup>=0.53,  
p=0.91

Tabla 2

Género y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de inicio de tratamiento, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013

	Sin Ansiedad		Leve		Moderada		Grave		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	7	35.00	4	20.00	4	20.00	5	25.00	20	100
Masculino	10	43.48	7	30.43	2	8.70	4	17.39	23	100
Total	17	39.53	11	25.58	6	13.95	9	20.93	43	100

X<sup>2</sup>=1.92,  
p=0.58

Tabla 3

Edad y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013

	Sin Ansiedad		Leve		Moderada		Grave		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3	2	14.29	3	21.43	0	0.00	9	64.29	14	100
4	5	38.46	2	15.38	1	7.69	5	38.46	13	100
5	2	33.33	2	33.33	0	0.00	2	33.33	6	100
6	2	33.33	3	50.00	0	0.00	1	16.67	6	100
7	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0
8	2	66.67	0	0.00	1	33.33	0	0.00	3	100
9	1	100	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100
Total	14	32.56	10	23.26	2	4.65	17	39.53	43	100

$\chi^2=18.87$ ,  
 $p=0.21$

Tabla 4 Edad y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de inicio de tratamiento, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013

	Sin Ansiedad		Leve		Moderada		Grave		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3	2	14.29	3	21.43	2	14.29	7	50.00	14	100
4	5	38.46	5	38.46	2	15.38	1	7.69	13	100
5	3	50.00	2	33.33	0	0.00	1	16.67	6	100
6	4	66.67	1	16.67	1	16.67	0	0.00	6	100
7	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0
8	2	66.67	0	0.00	1	33.33	0	0.00	3	100
9	1	100	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100
Total	17	39.53	11	25.58	6	13.95	9	20.93	43	100

$X^2=18.03$ ,  
 $p=0.26$

Tabla 5. Técnica de manejo de conducta y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013

	Sin Ansiedad		Leve		Moderada		Grave		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CV	0	0.00	1	10.00	1	10.00	8	80.00	10	100
TSD	14	53.85	8	30.77	1	3.85	3	11.54	26	100
TSD-CV	0	0.00	1	14.29	0	0.00	6	85.71	7	100
Total	14	32.56	10	23.26	2	4.65	17	39.53	43	100

$X^2=24.83$ ,  $p=0.0001$

Tabla 6. Técnica de manejo de conducta y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de inicio de tratamiento, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013

	Sin Ansiedad		Leve		Moderada		Grave		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CV	1	10.00	1	10.00	4	40.00	4	40.00	10	100
TSD	15	57.69	8	30.77	2	7.69	1	3.85	26	100
TSD-CV	1	14.29	2	28.57	0	0.00	4	57.14	7	100
Total	17	39.53	11	25.58	6	13.95	9	20.93	43	100

$\chi^2=23.06$ ,  
 $p=0.001$

Tabla 7. Clasificación de Frankl y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013

	Sin Ansiedad		Leve		Moderada		Grave		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Definitivamente Negativa	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00	3	100
Negativa	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	100.00	4	100
Positiva	2	11.76	5	29.41	2	11.76	8	47.06	17	100
Definitivamente Positiva	12	63.16	5	26.32	0	0.00	2	10.53	19	100
Total	14	32.56	10	23.26	2	4.65	17	39.53	43	100

$\chi^2=25.80$ ,  $p=0.002$

Tabla 8

Clasificación de Frankl y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de tratamiento inicial, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013

	Sin Ansiedad		Leve		Moderada		Grave		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Definitivam ente Negativa	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00	3	100
Negativa	0	0.00	1	25.00	2	50.00	1	25.00	4	100
Positiva	2	11.76	8	47.06	4	23.53	3	17.65	17	100
Definitivam ente Positiva	15	78.95	2	10.53	0	0.00	2	10.53	19	100
Total	17	39.53	11	25.58	6	13.95	9	20.93	43	100

$X^2=37.04$ ,  
 $p=0.00001$

Tabla 9

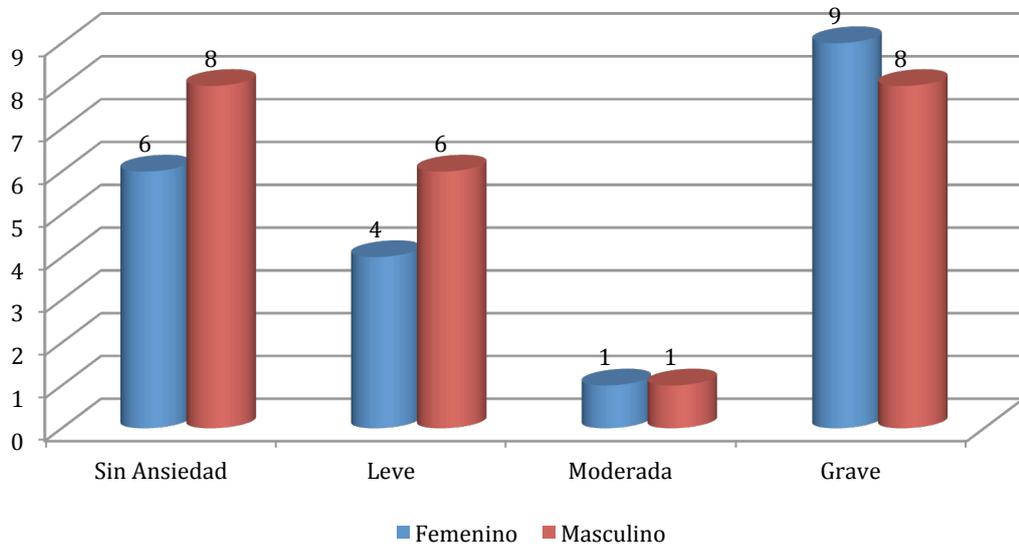
Tipo de cita y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia e inicio de tratamiento, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013

Ansiedad	Urgencia		Inicial		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grave	9	17.65	17	39.53	3	6.98
Moderada	6	11.76	2	4.65	4	9.30
Leve	11	21.57	10	23.26	17	39.53
Sin Ansiedad	17	33.33	14	32.56	19	44.19
Total	43	84	43	100	43	100

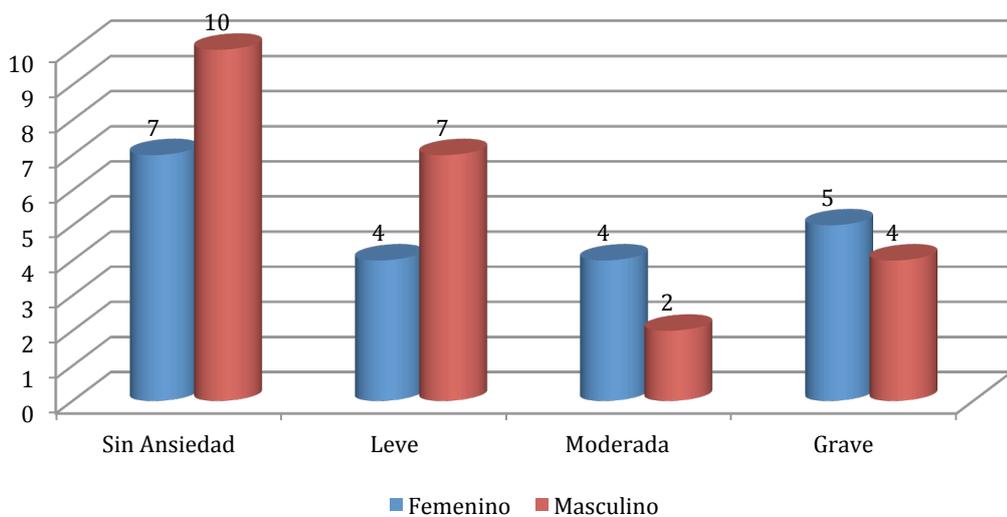
$X^2=4.79$ ,  $p=0.18$

## **ANEXO B**

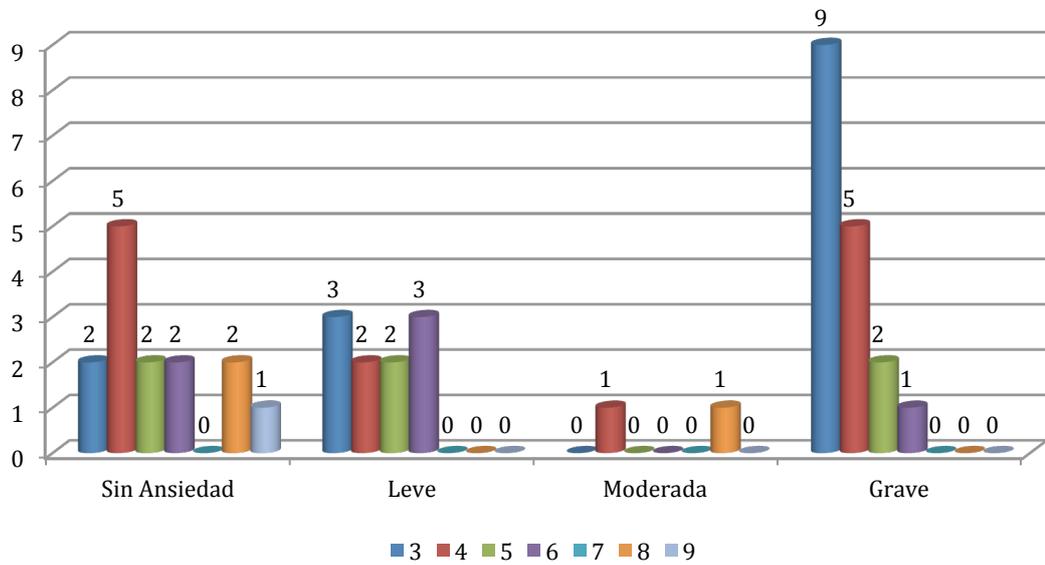
**Gráfico 1**  
**Género y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013**



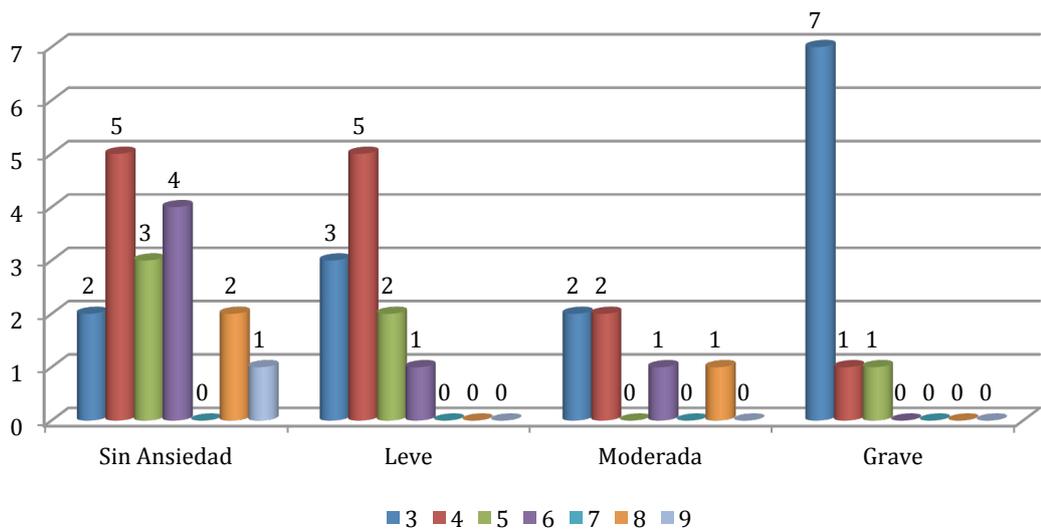
**Gráfico 2**  
**Género y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de inicio de tratamiento, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013**



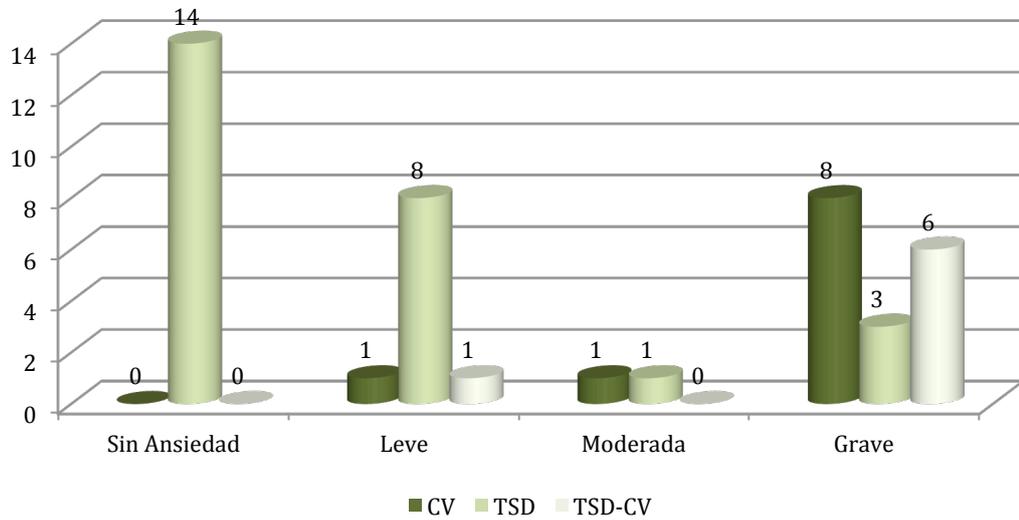
**Gráfico 3**  
**Edad y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia ,**  
**Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013**



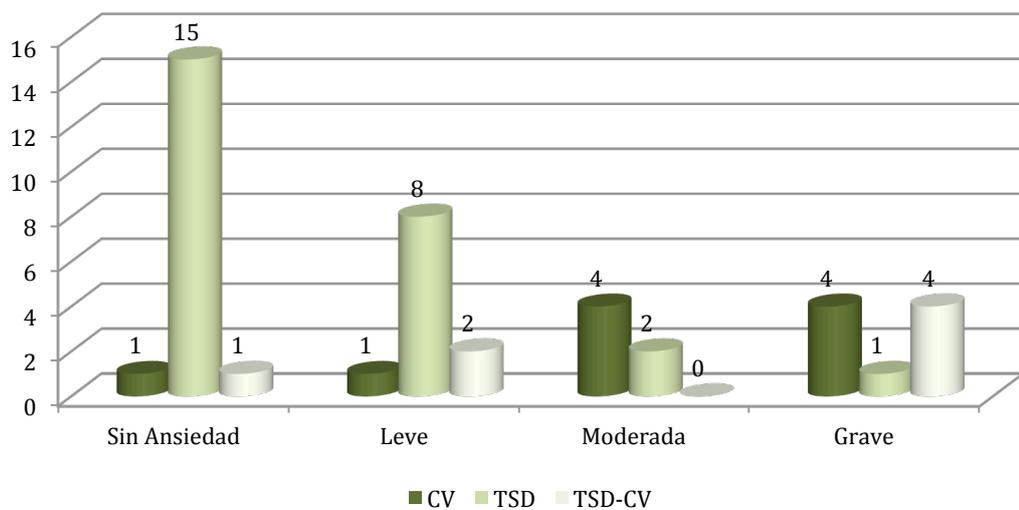
**Gráfico 4**  
**Edad y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de inicio de**  
**tratamiento, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de**  
**2013**



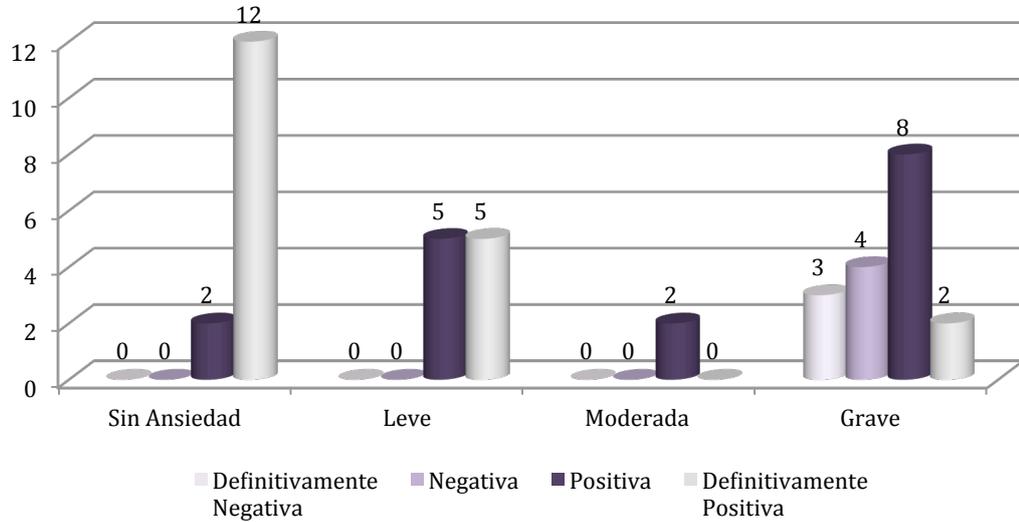
**Gráfico 5**  
**Técnica de manejo de conducta y escala de ansiedad de los**  
**pacientes en la cita de urgencia, Clínica del Posgrado de**  
**Odontopediatría, Octubre de 2013**



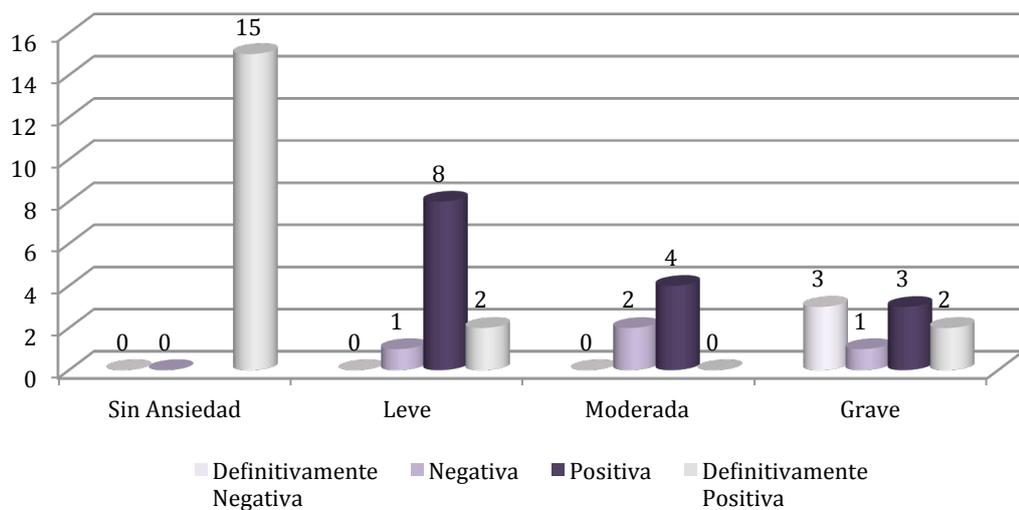
**Gráfico 6**  
**Técnica de manejo de conducta y escala de ansiedad de los**  
**pacientes en la cita de inicio de tratamiento, Clínica del Posgrado**  
**de Odontopediatría, Octubre de 2013**



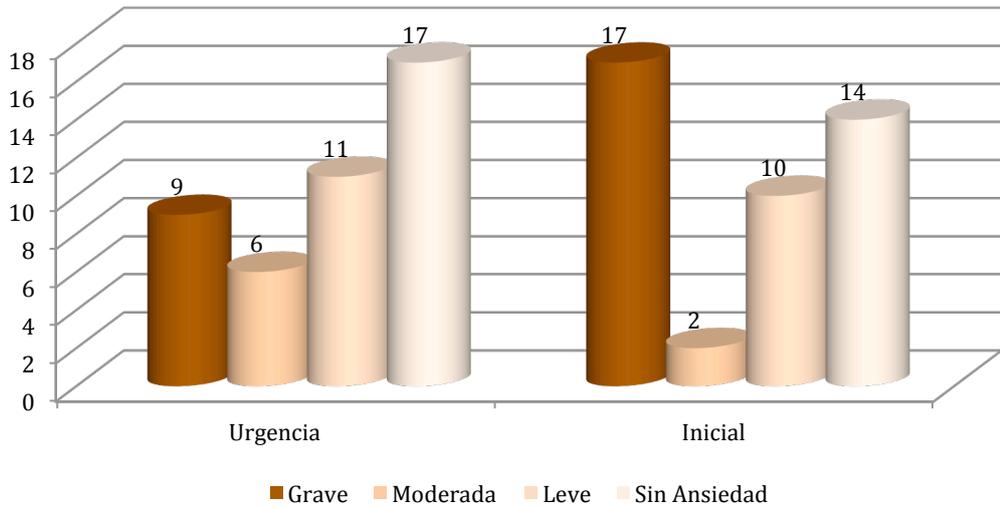
**Gráfico 7**  
**Clasificación de Frankl y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013**



**Gráfico 8**  
**Clasificación de Frankl y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de tratamiento inicial, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013**



**Gráfico 9**  
**Tipo de cita y escala de ansiedad de los pacientes en la cita de urgencia e inicio de tratamiento, Clínica del Posgrado de Odontopediatría, Octubre de 2013**



## **ANEXO C**

## Escala de Ansiedad Clínica (Clinical Anxiety Scale [CAS])

La Escala de Ansiedad Clínica es un instrumento para la valoración del estado actual de ansiedad, por lo que se deberá poner énfasis en obtener información de cómo se siente el paciente en este momento. Sin embargo, la propia entrevista puede provocar un incremento o reducción del grado de ansiedad, y el entrevistador deberá pedir al paciente que se centre en describir cómo se ha sentido en los últimos dos días. Por favor, rodee con un círculo la respuesta de cada pregunta que más se aplique al paciente en el momento actual

Ítems	Valoración
1. Tensión psíquica (deberá tenerse en cuenta la distinción entre tensión y tensión muscular, véase el siguiente ítem)	4. Sensación muy marcada y angustiosa de «tener los nervios de punta», de estar «excitado», «agitado» o «nervioso», que persiste con escasa variación durante las horas de vigilia 3. Como lo descrito anteriormente, pero con fluctuaciones de gravedad a lo largo del día 2. Vivencia clara de tensión que no causa desazón 1. Ligeras sensación de tensión que no causa desazón 0. Ninguna sensación de estar tenso fuera del grado habitual de tensión experimentado ante el estrés y que se considera normal en la población
2. Habilidad para relajarse (tensión muscular)	4. Experimenta grave tensión en la mayor parte de los músculos del cuerpo, que puede ir acompañada de síntomas como dolor, rigidez, espasmos y pérdida de control sobre los movimientos. Esta tensión está presente la mayor parte del tiempo que se encuentra en vigilia, y es incapaz de relajarse cuando lo desea 3. Como lo descrito anteriormente, pero la tensión muscular puede afectar sólo a ciertos músculos y su gravedad puede fluctuar a lo largo del día 2. Vivencia clara de tensión muscular en una parte concreta del cuerpo, suficiente para causar malestar, aunque no muy severo 1. Tensión muscular ligera y recurrente, de la que el paciente es consciente pero que no le causa malestar. Los dolores ligeros de cabeza debidos a la tensión, o dolor en cualquier otro músculo, deberían ser puntuados aquí 0. Tensión muscular no subjetiva o de tal grado que, cuando aparece, puede ser controlada con facilidad si se desea
3. Respuesta estimular exagerada (hiperexcitabilidad)	4. Un ruido inesperado causa tal inquietud que el paciente se queja diciendo algo como «me has dado un susto de muerte». La inquietud experimentada es tanto psíquica como somática, así que, además de la sensación de miedo, hay actividad muscular y síntomas vegetativos tales como sudor o palpitaciones 3. Un ruido inesperado causa una gran inquietud psíquica o somática, pero no en ambas modalidades 2. Un ruido inesperado causa una clara inquietud, pero no grave 1. El paciente reconoce que está algo inquieto, pero no se siente molesto por ello 0. El grado de sobresalto se considera totalmente normal en la población
4. Preocupación (la evaluación deberá tener en cuenta el desajuste entre preocupación y el estrés del momento)	4. El paciente experimenta preocupaciones casi continuas que implican pensamientos dolorosos que no puede suprimir de forma voluntaria y su inquietud es desproporcionada en relación con el contenido de sus pensamientos 3. Como lo descrito anteriormente, pero con fluctuaciones de intensidad a lo largo de las horas de vigilia y con posible cese de los pensamientos inquietantes durante 1 o 2 h, sobre todo si el paciente está distraído con alguna actividad que requiera su atención 2. Pensamientos angustiosos, desproporcionados para la situación que vive el paciente, continúan inmiscuyéndose en su conciencia, pero es capaz de disiparlos o alejarlos 1. El paciente admite que tiende a preocuparse algo más de lo necesario en cosas sin importancia, pero esto no le causa demasiada inquietud 0. La tendencia a preocuparse se considera normal entre la población; por ejemplo, incluso una preocupación grave debida a una brusca crisis financiera o a una inesperada enfermedad en un familiar, debería contabilizarse como 0 si se considera que está proporcionada con el grado de estrés
5. Aprensión	4. Sensación de estar al borde de algún desastre que no se puede explicar. Esta experiencia no tiene por qué ser continua y puede ocurrir varias veces al día en forma de episodios breves 3. Como lo descrito anteriormente, pero la experiencia no ocurre más de una vez al día 2. Percepción de desastre sin motivo que no es grave, aunque causa clara inquietud. El paciente quizá no utilice términos como «desastre» o «catástrofe», pero puede expresar su experiencia con alguna frase como «me siento como si algo malo fuera a suceder» 1. Aprensión leve de la que el paciente es consciente pero que no le causa inquietud 0. No hay sensación anticipatoria inmotivada de desastre
6. Inquietud motora	4. El paciente es incapaz de estarse quieto durante más de unos minutos y se dedica a caminar sin descanso o a otra actividad sin propósito 3. Como lo descrito anteriormente, pero es capaz de estarse quieto más o menos durante 1 h en cada ocasión 2. Tiene la sensación de que «necesita estar moviéndose», lo que le causa un cierto desasosiego, pero no demasiado 1. Pequeña sensación de desasosiego que no causa inquietud 0. Ausencia de inquietud
7. Ataques de pánico	4. Episodios, que se presentan varias veces a lo largo del día, de repentina sensación de terror sin motivo justificado. Se acompañan de síntomas vegetativos claros, sensación de desmayo inminente o pérdida de control sobre la razón y la integridad personal 3. Como lo descrito anteriormente, pero los episodios no ocurren más de una vez al día 2. Los episodios pueden aparecer sólo una o dos veces por semana. Suelen ser menos graves que los descritos anteriormente, pero todavía causan angustia 1. Ligeros aumentos episódicos del nivel de ansiedad que sólo son desencadenados por sucesos o actividades específicas. Por ejemplo, la experiencia de un paciente que se recupera de agorafobia y que experimenta un aumento perceptible de la ansiedad al salir de casa debería puntuarse aquí 0. No hay aumentos episódicos repentinos en el nivel de ansiedad

## **ANEXO D**

## Hoja de captura de Datos

Nombre: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_  
 Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Técnica de manejo: \_\_\_\_\_  
 Frankl: \_\_\_\_\_

Valoración escala CAS	Ítems							Cuadrante anestesiado
	1. Tensión psíquica	2. Habilidad para relajarse	3. Respuesta estimular exagerada	4. Preocupación	5. Aprensión	6. Inquietud motora	7. Ataques de pánico	
URGENCIA								
1ERA VEZ								

### Escala de Ansiedad Clínica (Clinical Anxiety Scale [CAS])

Ítems	Valoración
1. Tensión psíquica (deberá tenerse en cuenta la distinción entre tensión y tensión muscular, véase el siguiente ítem)	4. Sensación muy marcada y angustiada de «tener los nervios de punta», de estar «excitado», «agitado» o «nervioso», que persiste con escasa variación durante las horas de vigilia 3. Como lo descrito anteriormente, pero con fluctuaciones de gravedad a lo largo del día 2. Vivencia clara de tensión que no causa desazón 1. Ligera sensación de tensión que no causa desazón 0. Ninguna sensación de estar tenso fuera del grado habitual de tensión experimentado ante el estrés y que se considera normal en la población
2. Habilidad para relajarse (tensión muscular)	4. Experimenta grave tensión en la mayor parte de los músculos del cuerpo, que puede ir acompañada de síntomas como dolor, rigidez, espasmos y pérdida de control sobre los movimientos. Esta tensión está presente la mayor parte del tiempo que se encuentra en vigilia, y es incapaz de relajarse cuando lo desea 3. Como lo descrito anteriormente, pero la tensión muscular puede afectar sólo a ciertos músculos y su gravedad puede fluctuar a lo largo del día 2. Vivencia clara de tensión muscular en una parte concreta del cuerpo, suficiente para causar malestar, aunque no muy severo 1. Tensión muscular ligera y recurrente, de la que el paciente es consciente pero que no le causa malestar. Los dolores ligeros de cabeza debidos a la tensión, o dolor en cualquier otro músculo, deberían ser puntuados aquí 0. Tensión muscular no subjetiva o de tal grado que, cuando aparece, puede ser controlada con facilidad si se desea
3. Respuesta estimular exagerada (hiperexcitabilidad)	4. Un ruido inesperado causa tal inquietud que el paciente se queja diciendo algo como «me has dado un susto de muerte». La inquietud experimentada es tanto psíquica como somática, así que, además de la sensación de miedo, hay actividad muscular y síntomas vegetativos tales como sudor o palpitaciones 3. Un ruido inesperado causa una gran inquietud psíquica o somática, pero no en ambas modalidades 2. Un ruido inesperado causa una clara inquietud, pero no grave 1. El paciente reconoce que está algo inquieto, pero no se siente molesto por ello 0. El grado de sobresalto se considera totalmente normal en la población
4. Preocupación (la evaluación deberá tener en cuenta el desajuste entre preocupación y el estrés del momento)	4. El paciente experimenta preocupaciones casi continuas que implican pensamientos dolorosos que no puede suprimir de forma voluntaria y su inquietud es desproporcionada en relación con el contenido de sus pensamientos 3. Como lo descrito anteriormente, pero con fluctuaciones de intensidad a lo largo de las horas de vigilia y con posible cese de los pensamientos inquietantes durante 1 o 2 h, sobre todo si el paciente está distraído con alguna actividad que requiera su atención 2. Pensamientos angustiosos, desproporcionados para la situación que vive el paciente, continúan inmiscuyéndose en su conciencia, pero es capaz de disiparlos o alejarlos 1. El paciente admite que tiende a preocuparse algo más de lo necesario en cosas sin importancia, pero esto no le causa demasiada inquietud 0. La tendencia a preocuparse se considera normal entre la población; por ejemplo, incluso una preocupación grave debida a una brusca crisis financiera o a una inesperada enfermedad en un familiar, debería contabilizarse como 0 si se considera que está proporcionada con el grado de estrés
5. Aprensión	4. Sensación de estar al borde de algún desastre que no se puede explicar. Esta experiencia no tiene por qué ser continua y puede ocurrir varias veces al día en forma de episodios breves 3. Como lo descrito anteriormente, pero la experiencia no ocurre más de una vez al día 2. Percepción de desastre sin motivo que no es grave, aunque causa clara inquietud. El paciente quizá no utilice términos como «desastre» o «catástrofe», pero puede expresar su experiencia con alguna frase como «me siento como si algo malo fuera a suceder» 1. Aprensión leve de la que el paciente es consciente pero que no le causa inquietud 0. No hay sensación anticipatoria inmotivada de desastre
6. Inquietud motora	4. El paciente es incapaz de estarse quieto durante más de unos minutos y se dedica a caminar sin descanso o a otra actividad sin propósito 3. Como lo descrito anteriormente, pero es capaz de estarse quieto más o menos durante 1 h en cada ocasión 2. Tiene la sensación de que «necesita estar moviéndose», lo que le causa un cierto desasosiego, pero no demasiado 1. Pequeña sensación de desasosiego que no causa inquietud 0. Ausencia de inquietud
7. Ataques de pánico	4. Episodios, que se presentan varias veces a lo largo del día, de repentina sensación de terror sin motivo justificado. Se acompañan de síntomas vegetativos claros, sensación de desmayo inminente o pérdida de control sobre la razón y la integridad personal 3. Como lo descrito anteriormente, pero los episodios no ocurren más de una vez al día 2. Los episodios pueden aparecer sólo una o dos veces por semana. Suelen ser menos graves que los descritos anteriormente, pero todavía causan angustia 1. Ligeros aumentos episódicos del nivel de ansiedad que sólo son desencadenados por sucesos o actividades específicas. Por ejemplo, la experiencia de un paciente que se recupera de agorafobia y que experimenta un aumento perceptible de la ansiedad al salir de casa debería puntuarse aquí 0. No hay aumentos episódicos repentinos en el nivel de ansiedad