

UAEH
UAEM
UAC
UDEG
UASLP

Red de
Investigación
en Estomatología

DE CARA A LA PRÁCTICA
ESTOMATOLÓGICA:
INFLUENCIA DE LA INVESTIGACIÓN
EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

ISBN 978-607-8907-07-6

UAC
Universidad Autónoma
de Campeche

Carlo Eduardo Medina Solís
Norma Leticia Robles Bermeo
Rogelio José Scougall Vilchis
Taurino Amilcar Sosa Velasco
Carmen Celina Alonso Sánchez
Mauricio Escoffié Ramírez
Mirna Minaya Sánchez



UAC

Universidad Autónoma
de Campeche

"Del Enigma sin Albas a Triángulos de Luz"

De cara a la práctica estomatológica: influencia de la investigación en la atención del paciente

Revisado por pares

EDITORES/COORDINADORES

Carlo Eduardo Medina Solís
Norma Leticia Robles Bermeo
Rogelio José Scougall Vilchis
Taurino Amílcar Sosa Velasco
Carmen Celina Alonso Sánchez
Mauricio Escoffié Ramírez
Mirna Minaya Sánchez

Editoras de idioma inglés

María Alejandra Sarmiento Bojórquez
Sara Ananny Iturbe Peñaloza
Claudia García Chávez

Diagramación

Paola Heredia
Gonzalo Heredia

ISBN: 978-607-8907-07-6

San Francisco de Campeche, Campeche junio de 2023



Sobre la presente edición
Universidad Autónoma de Campeche
Facultad de Odontología
Av. Agustín Melgar s/n
Entre Juan de la Barrera y Calle 20
Colonia Buenavista. CP. 24039
1ra Edición
Junio de 2023
ISBN: 978-607-8907-07-6
Revisado por pares

Los comentarios, interpretaciones y conclusiones de este libro son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del editor.



De cara a la práctica estomatológica: influencia de la investigación en la atención del paciente by Universidad Autónoma de Campeche & Red de Investigación en Estomatología is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).



DIRECTORIO

Dr. José Alberto Abud Flores
Rector

Mtro. Fernando Medina Blum
Secretario General

Mtro. Juan Carlos Limón López
Director General de Estudios de Posgrado e Investigación

Dra. Gladys Remigia Acuña González
Directora de la Facultad de Odontología

De cara a la práctica estomatológica: influencia de la investigación en la
atención del paciente

ISSN: 978-607-8907-07-6

Agradecimiento a revisores

Alejandro José Casanova Rosado
América Patricia Pontigo Loyola
Ana Alicia Vallejos Sánchez
Blanca Silvia González López
Carmen Celina Alonso Sánchez
Cesar Tadeo Hernández Martínez
Edith Lara Carrillo
Eduardo Cerón Zamora
Elena Saraí Baena-Santillán
Gladys Remigia Acuña González
Horacio Islas Granillo
José de Jesús Navarrete Hernández
Juan Alejandro Casanova Sarmiento
Juan Fernando Casanova Rosado
Juan José Villalobos Rodelo
María de Lourdes Márquez Corona
Mariana Mora Acosta
Martha Mendoza Rodríguez
Mauricio Escoffié Ramírez
Miriam Alejandra Veras Hernández
Mirna Minaya Sánchez
Norma Leticia Robles Bermeo
Nuria Patiño Marín
Rogelio José Scougall Vilchis
Rosa Alicia García Jau
Rosalina Islas Zarazúa
Rubén de la Rosa Santillana
Salvador Eduardo Lucas Rincón
Sandra Isabel Jiménez Gayosso
Taurino Amílcar Sosa Velasco
Vicente Rueda Ibarra
Víctor Jesús Delgado Pérez

CONTENIDO

	Pag.
Capítulo 1. Microorganismos presentes en biofilm de coronas níquel-cromo de pacientes infantiles atendidos en la clínica de la especialidad en Odontopediatría del CIEAO, UAEMEX. Adriana Alejandra Morales-Valenzuela, Elías Nahúm Salmerón-Valdés, Edith Lara-Carrillo, Rogelio José Scougall-Vilchis, Víctor Hugo Toral-Rizo.	1
Capítulo 2. Defectos de desarrollo del esmalte en pacientes de 5 a 14 años que acuden a clínicas universitarias. Mariana Ángeles-Vázquez, Martha Mendoza-Rodríguez, Sara Celina Conde-Pérez, Sonia Márquez-Rodríguez, Miriam Alejandra Veras-Hernández, Taurino Amílcar Sosa-Velasco, Carmen Celina Alonso-Sánchez, Mauricio Escoffié-Ramírez, Mirna Minaya-Sánchez, Carlo Eduardo Medina-Solís.	8
Capítulo 3. Estandarización y calibración de la nueva clasificación de periodontitis: un estudio de casos. Eligio Valera-González, Dalia Abril Guzmán-Gastelum, Alma Graciela García-Calderón, Juan Carlos Cuevas-González, Luis Felipe Fornelli-Martín Del Campo, Alejandro Donohue-Cornejo, León Francisco Espinosa-Cristóbal.	18
Capítulo 4. Osteointegración de micro-implantes ortodónticos: un estudio experimental. Josie Gerany Ortiz-Esquivel, Efigenia Moreno-Terrazas, Julio Carlos Garnica-Palazuelos, Rosa Alicia García-Jau, Julio Benítez-Pascual, Daniel Lizarraga-Rodríguez, Fernando Rosas-López Portillo.	25
Capítulo 5. Autoreporte de caries y enfermedad gingival en niños escolares: estudio transversal. Michel Iván Delgado-Pérez, Rubén de La Rosa-Santillana, Juan Fernando Casanova-Rosado, Víctor Jesús Delgado-Pérez, Toshio Kubodera-Ito, Taurino Amílcar Sosa-Velasco, Mariana Mora-Acosta, Mauricio Escoffié-Ramírez, José de Jesús Navarrete-Hernández, Carlo Eduardo Medina-Solís.	35
Capítulo 6. Frecuencia del segundo conducto mesiovestibular en primeros molares superiores permanentes en población mestiza duranguense. Guillermo Vargas-Sánchez, Graciela Zambrano-Galván, Nohe Vargas-Chávez, Juan Carlos Cuevas-González, Oscar Eduardo Almeda-Ojeda, Víctor Hiram Barajas-Pérez, Alma Graciela García-Calderón.	42
Capítulo 7. Correlación del vínculo parental y tipo de práctica parental, en relación con la conducta y nivel de ansiedad que presentan los niños en la consulta dental. Abigail Ruiz-Ramírez, Norma Leticia Robles-Bermeo, Josué Roberto Bermeo-Escalona, Sarai Carmina Guadarrama-Reyes, Carlo Eduardo Medina-Solís, Blanca Silvia González-López, Juan Alejandro Casanova-Sarmiento, Juan José Villalobos-Rodelo.	49

Capítulo 8.

Prevalencia de extracción dental por motivos protésicos en pacientes que acuden para su atención dental a las clínicas de una universidad pública.

Alberto Márquez-Conde, Sara Celina Conde-Pérez, Salvador Eduardo Lucas-Rincón, Juan Pablo Loyola-Rodríguez, Gladys Remigia Acuña-González, Norma Leticia Robles-Bermeo, Rogelio José Scougall-Vilchis, Sandra Isabel Jiménez-Gayosso, Elena Sarai Baena-Santillán, Carlo Eduardo Medina-Solís. 60

Capítulo 9.

Estrés percibido y factores asociados a su desarrollo en estudiantes de la Licenciatura de Cirujano Dentista.

Ivonne Álvarez-Fuentes, Lucero González-Mendoza, Verónica Soto-Dueñas, Julio César Bermúdez-Barajas, Leopoldo Javier Díaz-Arizmendi. 68

Capítulo 10.

Índice de estética dental, necesidad de tratamiento ortodóntico y satisfacción del tratamiento ortodóntico en una población de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Oswaldo Marín-Delgado, Fabian De León-Chacón, León Francisco Espinosa-Cristóbal, Alejandro Donohué-Cornejo, Juan Carlos Cuevas-González, Diana Juana García-Zamarrón, Denise Constandse-Cortés. 76

Capítulo 11.

Análisis comparativo del ion flúor en muestras de esmalte y dentina con diferentes grados de fluorosis dental.

Ana Josefina Monjarás-Ávila, Carlos Enrique Cuevas-Suárez, Norma Verónica Zavala-Alonso, Carlo Eduardo Medina-Solís, Eva María Molina Trinidad, César Ulises Monjarás-Ávila. 86

Capítulo 12.

Caries dental no tratada y estado nutricional en infantes menores de 4 años asistentes a guarderías

Ana Gabriela Zúñiga-Manríquez, María de Lourdes Márquez-Corona, Sandra Aremy López-Gómez, Rosalina Islas-Zarazúa, Norma Leticia Robles Bermeo, Rogelio José Scougall-Vilchis, América Patricia Pontigo-Loyola, Carmen Celina Alonso-Sánchez, Alejandro José Casanova-Rosado, Carlo Eduardo Medina-Solís. 94



UAC
Universidad Autónoma
de Campeche

"Del Enigma sin Albas a Triángulos de Luz"

CAPÍTULO 7

Correlación del vínculo parental y tipo de práctica parental, en relación con la conducta y nivel de ansiedad que presentan los niños en la consulta dental

Abigail Ruiz-Ramírez,¹ Norma Leticia Robles-Bermeo,² Josué Roberto Bermeo-Escalona,¹ Sarai Carmina Guadarrama-Reyes,¹ Carlo Eduardo Medina-Solis,^{2,3} Blanca Silvia González-López,¹ Juan Alejandro Casanova-Sarmiento,^{4,5} Juan José Villalobos-Rodelo.⁶

¹Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. ²Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Odontología "Dr. Keisaburo Miyata" de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. ³Área Académica de Odontología del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México. ⁴Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Campeche. Campeche, México. ⁵Universidad Vizcaya de las Américas, campus Campeche. Campeche, México. ⁶Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Culiacán, México.

Correspondencia

Josué Roberto Bermeo Escalona: Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. e-mail: jbermeo@delasalle.edu.mx

Resumen

Introducción: El nivel de ansiedad que el infante expresa al recibir un tratamiento dental podría relacionarse con el tipo de vínculo parental que la madre tiene con su madre y la práctica parental que la madre tiene con su hijo. **Objetivo:** Evaluar si existe asociación del vínculo parental de las madres con sus respectivas madres y del tipo de práctica parental que ellas ejercen sobre el grado de ansiedad que sus hijos experimentan en la consulta dental. **Material y Métodos:** Estudio cuantitativo de tipo prospectivo, observacional, descriptivo y transversal en 92 madres encuestadas y los 92 hijos entre 3 y 12 años, de ambos géneros sometidos a algún tratamiento odontológico. Se identificó el nivel de ansiedad de los niños mediante la escala de imagen facial y se aplicó el instrumento de vínculo parental en las madres de familia y el cuestionario breve de prácticas parentales, los cuales son instrumentos validados. **Resultados:** No se identificaron diferencias estadísticas significativa en la percepción de ansiedad de los niños antes, durante, ni después del tratamiento dental con respecto a los vínculos de sus madres con sus propias madres (χ^2 de Pearson $p=0.288$, 0.636 y 0.303 , respectivamente) ni con respecto a la práctica parental que ellas ejercen en sus hijos (χ^2 de Pearson $p=0.926$, 0.457 y 0.926 , respectivamente). **Conclusiones:** Los resultados de este estudio indicaron en términos generales que los niveles de ansiedad en los niños varían de una intensidad leve a moderada, siendo pocos los casos que se encontraron con ansiedad severa. No se logró identificar asociación de la ansiedad de los niños con los vínculos ni las prácticas parentales.

Palabras clave: Vínculo parental, práctica parental, conducta y ansiedad.

Correlation of the parental bond and type of parental practice, in relation to the behavior and level of anxiety that children present in the dental office.

Abstract

Los trastornos de la ansiedad son todos aquellos desórdenes que afectan al comportamiento del individuo y que tienen como causa la ansiedad, estos a su vez se contemplan como un grupo de trastornos dentro de la clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la OMS.¹ Se ha documentado que pueden iniciar en la niñez (hasta un 75%) hacia los 11 años, que siguen un curso de deterioro hacia la adolescencia y la adultez y que se vinculan con problemas tales como el bajo rendimiento escolar, deficiencias en la interacción social y conductas de aislamiento.⁴

Ansiedad en niños de edad escolar en consulta odontológica

Para el caso de la ansiedad ante el tratamiento odontológico, llamada también fobia dental, ansiedad dental u odontofobia, se consideran los mismos criterios diagnósticos establecidos en el "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5) para esta categoría (palpitaciones, aumento de la respiración, aumento de la frecuencia cardíaca e hiperhidrosis).⁵

Existe una estrecha relación entre ansiedad y salud oral, considerando el valor emocional que tienen los dientes y la boca en el individuo desde un punto de vista sensorial, estético y nutricional, para mantener la salud de estos órganos en general se requieren maniobras odontológicas consideradas la mayoría de las veces como traumáticas e invasivas, realizadas con instrumental amenazante, ruidos y vibraciones que se transmiten al macizo craneal.⁵

Es común que los pacientes se sientan inmovilizados en el sillón dental; lo cual conduce a pensamientos de escape.¹ Esto es consecuencia de la ansiedad y el miedo ante el tratamiento odontológico y conduce a la interrupción de este, haciendo que las citas posteriores se aplacen, evadiendo el contacto con odontólogos e higienistas, lo que en ocasiones termina en la interrupción e inasistencia por periodos prolongados de tiempo, hasta presentar algún evento dental en el cual es inevitable la visita al especialista favoreciendo la complicación de los tratamientos.⁶

Asociados al "dolor" de los procedimientos restaurativos, que incluyen fase anestésica, rehabilitadora o de limitación del daño y sus posibles manifestaciones posoperatorias que producen estrés en el paciente, están los factores que van relacionados directamente a aumentar o disminuir el nivel de ansiedad que expresan los pacientes.⁷ El ejercicio de la odontología pediátrica es una tarea difícil para un odontólogo general u odontopediatra, porque no puede ni debe limitarse solo a la prevención y solución de los problemas bucodentales, lleva implícito el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional donde la relación humana entre odontólogo, niño y padres es fundamental para el éxito del tratamiento frente a diversas situaciones. La aplicación de los conocimientos de psicología favorece a una mejor integración de esta relación, pues permite un diagnóstico global que envuelva síntomas somáticos y psicológicos que necesitan estar correlacionados.^{8,9}

Se ha sugerido que los niños que han tenido experiencias dentales previas podrían tener niveles más altos de ansiedad dental.¹⁰ La actitud y estrés por parte de los padres a la práctica odontológica también es fuente importante en la ansiedad que muestran sus hijos en la consulta dental.⁷ La consulta de odontopediatría podría generar ansiedad en casos muy extremos desde la separación de la madre, cuando se acomoda en el sillón, los sonidos, una mala técnica anestésica, tratamientos complejos, etc.¹¹ Existen actualmente algunos instrumentos validados que permiten evaluar la ansiedad en los niños como La Escala de Imagen Facial (FIS-The Facial Image Scale).¹² Esta escala se utiliza para evaluar la ansiedad dental de los niños de 4 a 16 años y comprende una fila de caras, que van desde "muy feliz" a "muy infeliz". Todas las caras se anotan al dar un valor de 1 a la cara más feliz y 5 a la cara más triste.⁷ Presenta la ventaja de tener validez internacional y tiene como antecedente usarse en estudios de

odontología,¹² por lo que se aplicó en este estudio para medir el nivel de ansiedad de los niños y niñas en 3 tiempos, antes, durante y después del tratamiento dental (Figura 1).

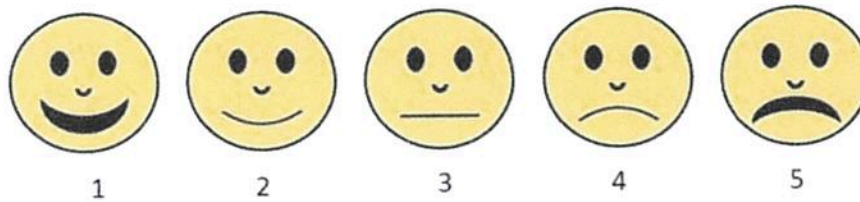


Figura 1. Escala de imagen facial para evaluar ansiedad dental en niños (Facil Image Scale, FIS) 1. Ansiedad leve, 2. Ansiedad leve moderada, 3. Ansiedad moderada, 4. Ansiedad moderada a severa, 5. Ansiedad severa.

La ansiedad que sienten los niños en el consultorio podría tener relación con el vínculo y estilo parental de los padres o tutores y en particular con la figura materna en nuestro contexto, por lo que es importante evaluar si existe esta relación.¹¹

Prácticas parentales

Las practicas parentales podrían impactar en la ansiedad de los niños en el consultorio dental y en este sentido debemos recalcar que no se identifican modelos fijos o “puros” de crianza, ya que los estilos educativos suelen ser mixtos y varían con el desarrollo del niño, no son estables a lo largo del desarrollo del niño y pueden cambiar de acuerdo a múltiples variables: el sexo, la edad, nivel sociocultural, el lugar que ocupa el niño/a entre los hermanos, religión, etc.¹³

Mediante la aplicación de un cuestionario tipo Likert; el estilo parental es determinado como:

- **Estilo autoritario:** padres exigentes, que prestan poca atención a las necesidades de sus hijos.
- **Estilo autoritativo:** padres exigentes que atienden las necesidades de sus hijos; supervisan y establecen normas claras para la conducta. Son asertivos, pero no intrusivos ni restrictivos. Sus métodos disciplinarios son de apoyo, más que punitivos.

Conviene señalar que muchos padres no utilizan un solo estilo educativo, sino una combinación de ellos en función de las circunstancias y el momento. Por lo que la práctica parental estaría sometida a ajustes permanentes, variando según el proceso de madurez del niño y los nuevos y diversos desafíos que enfrentan los padres, pero asumiendo un nivel de estabilidad en el estilo parental durante períodos largos.^{14,15}

Vínculo parental

Fue indispensable incluir en este estudio, el “Vínculo parental” de la madre con sus propias madres, pues se reconoce a la familia como el contexto de crianza más importante en los primeros años de vida, donde se adquieren las primeras habilidades y los primeros hábitos que permitirán conquistar la autonomía y las conductas cruciales para la vida, haciendo la aplicación del instrumento “Vínculo parental en las madres de familia”.¹³

El instrumento validado mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia, hasta los 16 años, es decir una especie de historia de las relaciones vinculares. Para este estudio solo se respondió el instrumento en relación a la madre, las preguntas tipo Likert se enfocan a:

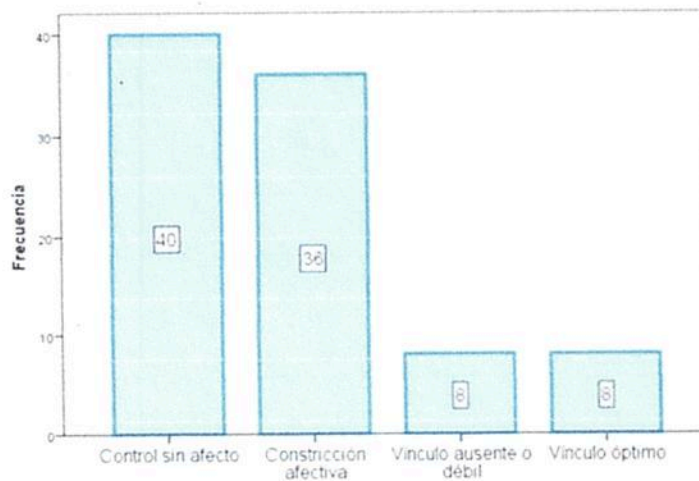
1. **Cuidado (12 ítems)** que se refiere por un lado a la afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, y por otro, la frialdad emotiva, indiferencia, negligencia.

investigaciones médicas en seres humanos” del año 2008. Además, nos apegamos en todo momento a las normas implementadas por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, actualmente vigente en la República Mexicana, plasmadas en el título segundo “De los Aspectos Éticos, de la Investigación en Seres Humanos” en su capítulo I; así como al manual de la Comisión Nacional de Bioética, lo que garantiza tanto la libertad de participar, como la confidencialidad de la información de los participantes del estudio.

Resultados

Mediante estadística descriptiva encontramos los siguientes resultados:

La edad de los niños y niñas evaluados estuvo en el rango de los 4 a los 8 años. En cuanto al vínculo parental, la mayoría de las mamás refirieron tener un vínculo de control sin afecto con sus madres. Las frecuencias de los vínculos parentales se observan en la Gráfica 1.



Gráfica 1. Frecuencias de vínculos parentales de las madres

Al evaluar las prácticas parentales de las madres con respecto a sus hijos se encontró que la mayoría de ellas resultaron autoritativas, solo una resultado autoritaria (Gráfica 2). Los datos descriptivos de la ansiedad de los niños con respecto a la práctica parental mostraron que la media de ansiedad de los niños con madres autoritativas fue mayor durante el tratamiento ($2.62 \pm 1.24de$), posteriormente antes del tratamiento ($1.86 \pm 1.11de$) y el nivel más bajo fue después del tratamiento ($1.77 \pm 1.06de$).

Con respecto al vínculo parental, la media de ansiedad de los niños antes del tratamiento fue mayor cuando sus madres tuvieron un vínculo de constricción afectiva con su madre ($2.11 \pm 1.19de$), seguido de las madres con un vínculo de control sin afecto ($1.73 \pm 1.19de$), vínculo ausente o débil ($1.63 \pm 1.19de$) y finalmente vínculo óptimo ($1.50 \pm 0.54de$).

Durante el tratamiento se encontró que la media de ansiedad en los niños de madres que manejan un vínculo óptimo con sus madres son los que presentan un nivel más alto de ansiedad ($3.13 \pm 1.25de$), seguidos de los pacientes con constricción afectiva ($2.69 \pm 1.22de$), control sin afecto ($2.45 \pm 1.24de$) y el nivel más bajo de ansiedad lo presentan los niños cuyas madres tienen un vínculo débil o ausente con sus madres ($2.38 \pm 1.41de$).

La media encontrada del nivel de ansiedad de los niños después de recibir tratamiento dental fue con el nivel más alto para los hijos de madres que presentaron un vínculo de control sin afecto con sus

2. **Sobreprotección (13 ítems)** que apunta al control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma.

Cada escala puede ser utilizada de manera independiente o conjunta, obteniendo así un puntaje para cuidado y otro para sobreprotección. El obtener puntajes de ambas escalas permite determinar cinco tipos de vínculos parentales:

1. **Vínculo óptimo:** padres afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente y, a su vez, favorecen la independencia y la autonomía.
2. **Vínculo ausente o débil:** frialdad emotiva, indiferencia y negligencia; al mismo tiempo son padres que favorecen la independencia y la autonomía.
3. **Constricción afectiva:** afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, por un lado, y al mismo tiempo son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma de sus hijos.
4. **Control sin afecto:** frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma.
5. **Promedio:** Son aquellos padres que obtienen puntajes promedio en ambas escalas.¹³

El presente escrito tiene como objetivo evaluar si existe asociación del vínculo parental de las madres con sus respectivas madres y del tipo de práctica parental que ellas ejercen sobre el grado de ansiedad que sus hijos experimentan en la consulta dental.

Material y Métodos

Se trata de un estudio cuantitativo de tipo prospectivo, observacional, descriptivo y transversal. En donde el Universo estuvo conformado por los pacientes de la Facultad de Odontología de la UAEMex que acudieron por atención a las clínicas de Odontopediatría.

Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados, obteniendo un total de 92 pacientes de 3 a 12 años que acuden a consulta con sus madres, las cuales deben haber vivido al menos hasta los 16 años con la madre. El tamaño de muestra se obtuvo con la fórmula para estimar una proporción sin conocer a la población, considerando un intervalo de confianza al 95% para un test bilateral, una prevalencia de ansiedad dental en niños del 6.3%¹⁶ y un error del 5%.

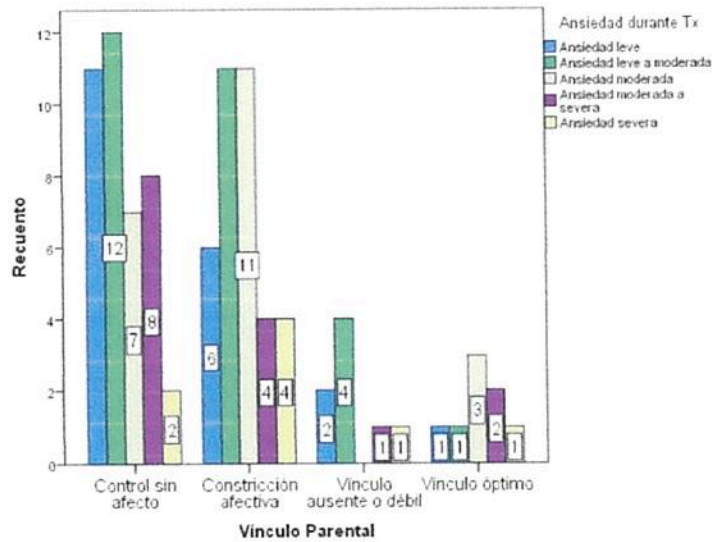
El procedimiento consistió en aplicar el instrumento de vínculo parental y el cuestionario breve de prácticas parentales en las madres de familia y a los niños se les aplicó la escala de imagen facial antes, durante y después del tratamiento.

Los datos fueron tabulados y analizados en el paquete estadístico SPSS vs. 20 (IBM; Chicago, USA). Mediante estadística descriptiva e inferencial, se determinó si existe asociación entre el vínculo parental (variable independiente) de la madre con su propia madre y el tipo de práctica parental (variable independiente) que ejerce con el grado de ansiedad que sus hijos experimentan en la consulta dental (variable dependiente) mediante pruebas de Chi² de Pearson considerando los valores de $p \leq 0.05$ como estadísticamente significativos.

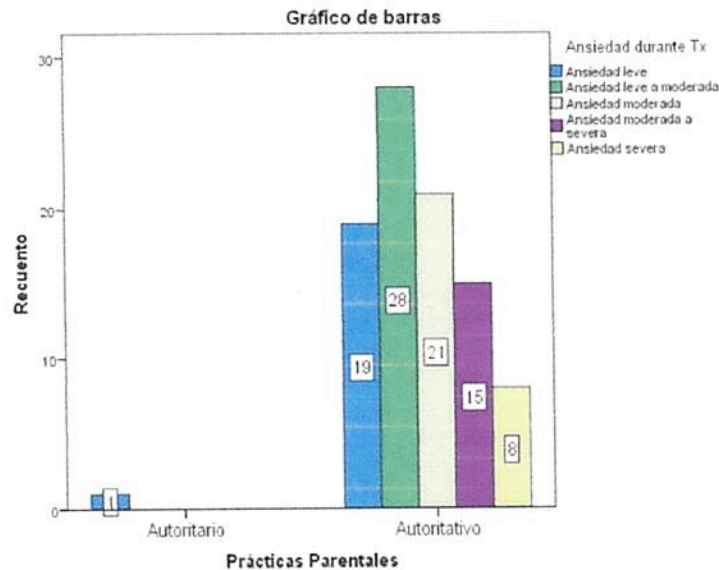
Las madres que aceptaron participar firmaron la carta de consentimiento informado y se pidió el asentimiento de los niños y niñas involucrados. Durante el desarrollo de la investigación se respetaron las normas establecidas para la investigación médica y odontológica en seres humanos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y no se transgredieron las normas bioéticas establecidas por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su capítulo "Principios éticos para las

Gráfica 3. Asociación entre el vínculo y la práctica parental

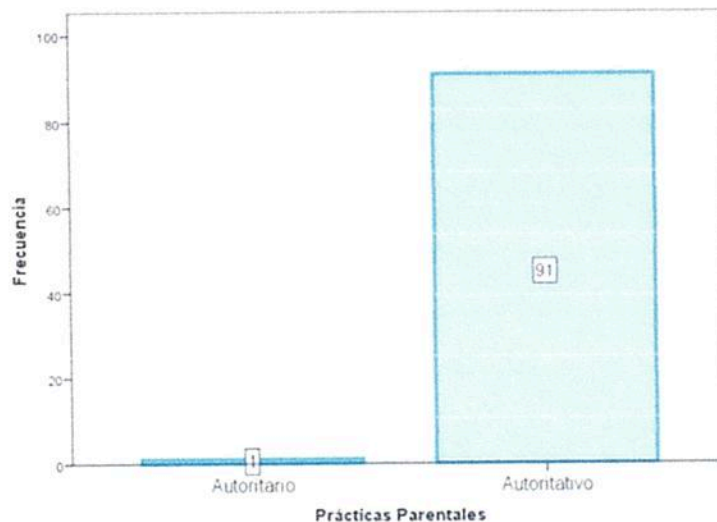
Se observó que el nivel de ansiedad más expresado fue el leve antes del tratamiento en las madres que percibieron su vínculo parental como control sin afecto y constricción afectiva, pero no hubo diferencias estadísticas significativas (χ^2 de Pearson $p=0.288$). Tampoco se encontraron diferencias entre el vínculo parental y la ansiedad durante (χ^2 de Pearson $p=0.636$) ni después del tratamiento (χ^2 de Pearson $p=0.303$). Sin embargo, durante el tratamiento fue cuando se expresaron las mayores variaciones, el nivel de ansiedad mostró que las madres que percibieron tener un vínculo de constricción afectiva con sus madres son las que tienen hijos que expresan niveles más altos de ansiedad moderada y severa (Gráfica 4).



Gráfica 4. Asociación entre el vínculo parental y la ansiedad de los niños durante el tratamiento.



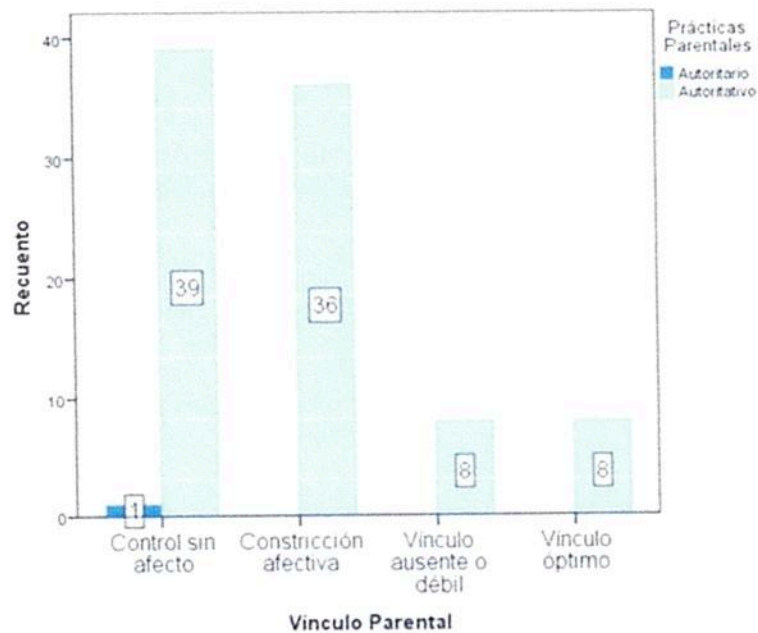
madres ($1.88 \pm 1.18de$), seguidos por las que tuvieron un vínculo óptimo ($1.75 \pm 0.71de$), constricción afectiva ($1.72 \pm 1.06de$) y finalmente vínculo ausente o débil ($1.38 \pm 0.52de$).



Gráfica 2. Frecuencias de Prácticas parentales

En el promedio de ansiedad de las medias de los resultados antes descritos, se muestra que los pacientes con un nivel más alto de ansiedad antes, durante y después del tratamiento, son los hijos de madres que mantuvieron un vínculo óptimo con sus madres ($2.12 \pm 0.59de$), seguido de los niños de madres con vínculos de control sin afecto ($2.00 \pm 1.00de$), vínculo ausente o débil ($1.83 \pm 0.75de$) y constricción afectiva ($1.66 \pm 0.80de$).

Mediante estadística Inferencial; no se observó diferencia significativa entre el vínculo y la práctica parental (χ^2 de Pearson $p=0.726$); pero la mayoría de las madres autoritativas percibieron su vínculo parental como control sin afecto seguido de constricción afectiva (Gráfica 3).



Gráfica 5. Asociación entre prácticas parentales y nivel de ansiedad de los niños durante el tratamiento.

Al evaluar las diferencias entre la práctica parental y la ansiedad de los niños antes, durante y después del tratamiento no se encontraron diferencias estadísticas significativas (χ^2 de Pearson $p=0.926$, 0.457 y 0.926 , respectivamente). La mayor variación se observó en el segundo tiempo, la ansiedad de los niños durante el tratamiento fue de leve a moderada y severa con la práctica autoritativa. El niño con madre autoritaria no mostro cambios en su nivel de ansiedad, se mantuvo leve (Gráfica 5).

Discusión

No existen estudios previos para conocer cómo es que el vínculo parental con que la madre fue criada y el modo parental que la madre ejerce sobre el niño modifican los niveles de ansiedad que el niño expresa antes, durante y después del tratamiento dental.

En cuanto al vínculo parental, la mayoría de las mamás refirieron haber sido criadas con un vínculo de "control sin afecto", seguido de constrictión afectiva y en la misma proporción de la muestra, vínculo óptimo y vínculo ausente, estos datos expresan el grado de apego con el que las madres de los niños refirieron haber sido criadas por sus madres; lo cual contrasta con la cantidad de vínculos óptimos que se observaron en los resultados y vínculo de control sin afecto, debido a la dinámica familiar, en la cual influyen factores como, nivel socioeconómico, cantidad de integrantes de la familia, ocupación, religión, entre otras.

Limitaciones del estudio

Un inconveniente, fue lo poco eficaz que resultó aplicar el instrumento "cuestionario breve de prácticas parentales (versión para padres)", ya que encontramos oportunidades para optimizarlo después de hacer el análisis estadístico inicial, revalidamos el instrumento y modificamos también la forma en la que se establecían las partidas (estos datos no se muestran en este estudio).

Perspectiva

En muchas ocasiones nos dedicamos a resolver el problema clínico y pasamos por alto analizar de una manera un poco más profunda, la respuesta del niño a nuestro trabajo. A pesar de que existen técnicas de manejo de conducta que con el tiempo han ido evolucionando desde materiales y que ayudan a facilitar y optimizar tiempos de trabajo para la comodidad del paciente y evitar lo más posible provocar ansiedad en el sillón dental, estos no consideran los contextos familiares de los niños. Estos últimos son particularmente importantes hoy en día con el auge de los derechos humanos y la sensibilidad hacia el trato a las personas.

Dentro de nuestra búsqueda de información para esta investigación, encontramos pocos estudios, algunos con posturas cualitativas y poca información en la parte de odontología o algunos que si bien eran sustanciosos eran aplicados por psicólogos y enfocados a ellos.

El instrumento original para evaluar las prácticas parentales, parecía condicionar la respuesta de las madres y estar encaminado a obtener siempre el mismo resultado hacia una práctica parental autoritativa, debido a que usaba ítems como: "Disciplino a mi hijo por medio del castigo más que usando la razón", "ofendo y critico a mi hijo para que mejore", "amenazó a mi hijo con poca ninguna justificación" y contrastantemente reactivos como "muestra comprensión cuando mi hijo se encuentra herido o frustrado", "me preocupo por sus necesidades". Por lo que en un estudio aparte realizamos la validación matemática nuevamente, pero nos dimos cuenta de que requiere la revalidación cualitativa de ítems.

La asociación que se crea entre el tratamiento dental y la experiencia negativa es alta, aunado a lo anterior, encontramos que pareciera cultural la manera en la que se ha asimilado la odontología, como

episodios traumáticos y dolorosos. Así mismo, el estado ansioso del paciente, influye en la calidad de los tratamientos y la salud y comodidad del odontólogo.

Aunque debe evaluarse, es común ver en la clínica que los niños presentan mayor nivel de ansiedad durante el tratamiento dental, ante un procedimiento invasivo o doloroso, cuando presentan sensación de ahogo con el flush de la pieza de alta y mayormente en niños con experiencias negativas al recibir un tratamiento dental con anterioridad.

Entre las situaciones que generan mayor ansiedad entre la población infantil se encuentra la asistencia a la consulta con el odontólogo; aun cuando los métodos de aplicación de la odontología han evolucionado, y aun cuando estos métodos hayan mejorado, no es una sorpresa encontrarnos con pacientes ansiosos, ya que esta es una respuesta normal ante un peligro o amenaza, es una función protectora a experiencias negativas y traumáticas anteriores.

Conclusiones

Los resultados de este estudio indicaron en términos generales que los niveles de ansiedad son representativos en todos los niños ante una consulta dental, en su mayoría con intensidad de ansiedad de leve a moderada, fueron pocos los casos que se encontraron con ansiedad severa.

Estos resultados nos permiten establecer las características de la ansiedad ante el tratamiento dental en la muestra evaluada y nos indican que independientemente del contexto familiar, es posible regular la conducta mediante las diferentes técnicas que existen descritas en odontopediatría, pero habrá que estudiar, adaptar y estandarizar las mismas a los diferentes niveles de ansiedad que presentan los pacientes pediátricos.

Declaraciones

Financiamiento: Ninguno.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Aprobación ética: Aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Odontología.

Consentimiento para participar: Los participantes firmaron carta de consentimiento informado.

Disponibilidad de datos y material: Los datos están disponibles previa solicitud a los autores.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de las enfermedades mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. C.I.E. 10 capítulo V (F). Meditor, Madrid, 1993.
2. Caycedo C, Cortés OF, Gama R, Rodríguez H, Colorado P, Caycedo M, *et al.* Ansiedad al tratamiento odontológico: Características y diferencias de género. *Suma Psicológica.* 2008;15(1):259-278.
3. Castillo R. Manual de Odontología Pediátrica. Primera edición. Colombia: Editorial Amolca; 1996.
4. Pérez NN, González MC, Guedes Pinto AC, Salete NPM. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Rev Cubana de Estomatología.* 2002;29(3).
5. Tortella-Feliu M. Trastornos de la ansiedad en el DSM-V. *C. Med. Psicosom.* 2014;10:62-69.
6. Oliveira MM, Colares V. The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months: a study in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(4):743-50.
7. Lima AM, Casanova RY. Miedo ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Rev Hum Med.* 2006;6(1):46-58.
8. Barberia E, Boj J, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. *Odontopediatría.* Segunda edición. Barcelona - España: Editorial Masson; 2002.

9. Boj J, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. *Odontopediatría*. Primera edición. Barcelona - España: Editorial Masson; 2005.
10. Lazo A, Ramos R, Mercado P. Nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico, en niños de 4 a 8 años de edad: *Rev estomatol del Altiplano*. 2014; 1(1).
11. Buchanan H, Niven N, Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent*. 2002; 12(1):47-52.
12. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent*. 2007;17(6):391-406.
13. Gonzalez RM, Landero HR. Diferencias en la percepción de estilos parentales entre jóvenes y adultos de las mismas familias. *Summa Psicológica Ust*. 2012; 9(1):53-64.
14. Franco NN, Pérez NMA, De Dios PMJ. Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *RPCNA*. 2014; 1(2):149-56
15. Wright GZ, Kupietzky A.. *Behavior Management in Dentistry, Children's Behavior in the Dental Office for Children* [Internet]. Somerset: John Wiley & Sons, Incorporated. 2014. Disponible en: <http://drmirkarimi.ir/wp-content/uploads/2017/07/Behavior-Management-in-Dentistry-for-Children.pdf>.
16. Chhabra N, Chhabra A, Walia G. Prevalence of dental anxiety and fear among five to ten year old children: a behaviour based cross sectional study. *Minerva Stomatol*. 2012;61(3):83-9.