



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS A LA MISMA EN NIÑOS DE
7 A 11 AÑOS DE UNA ESCUELA FISCAL Y UNA ESCUELA PRIVADA ANTES
DE UNA REVISIÓN ODONTOLÓGICA GENERAL”.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Odontóloga

Profesora Guía

Dra. Susana Elizabeth Loayza Lara

Autora

Claudia María Reytor González

Año
2015

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Susana Elizabeth Loayza Lara
Odontopediatra
C.I. 1802912426

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

Claudia María Reytor González
C.I. 1719015636

AGRADECIMIENTOS

A Dios por todas sus bendiciones.

A mi tutora Dra. Susana Loayza por su sabia guía.

A mi amado esposo por toda su ayuda.

A mi madre y familia por su incondicional y eterno apoyo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi madre.

Por ser la mejor amiga, compañera y maestra.

Por todo el tiempo que dedicó y sigue dedicando para ayudarme a crecer como profesional y persona.

Por ser un excepcional ejemplo a seguir.

Para ti mamá, por ser la mejor de todas.

RESUMEN

La presente investigación se realizó en la ciudad de Santo Domingo de los Colorados, en la escuela fiscal “Unidad Educativa 20 de Mayo” y en la escuela privada “Unidad Educativa Antonio Neumane”. Se estudió la prevalencia de ansiedad y su relación con el nivel socioeconómico familiar, el perfil de salud bucal, edad y sexo. El estudio fue de corte transversal prospectivo de tipo observacional analítico. La muestra se tomó durante los meses de julio y agosto del 2015 en 100 niños y 100 niñas entre 7 a 11 años. Se realizó la Escala de Ansiedad Dental de Corah para conocer qué tan ansioso era cada niño, también se ejecutó el Índice de Higiene Oral Simplificado y el Índice CPOD. Los resultados demostraron que la ansiedad dental depende de la edad, el sexo y el índice CPOD. Esta se presenta en mayor proporción en niñas y a edades tempranas (7 y 8 años). También se comprobó que los escolares con los índices CPOD más deficientes generan mayores niveles de ansiedad. Se encontró que la presencia de placa bacteriana y un bajo nivel socioeconómico no están en relación directa con la ansiedad dental. Como recomendación para próximos estudios se propone valorar otros posibles factores relacionados con la ansiedad dental. También la realización de un estudio comparativo entre una escuela fiscal y privada para conocer las causas de un índice CPOD malo.

ABSTRACT

This research was conducted in Santo Domingo de los Colorados, at “20 de Mayo” public school and at the private school “Antonio Neumane.” The prevalence of anxiety and its relation to family socioeconomic status, oral health profile, age and sex were studied. The study was a prospective cross-sectional observational analytic. The sample was taken during the months of July and August 2015 in 100 boys and 100 girls aged 7-11 years. Dental Anxiety Scale of Corah was conducted to know how each child was anxious, the Oral Hygiene Index Simplified and CPOD index was also run. The results showed that dental anxiety depends on the age, sex and CPOD. This occurs at higher rates in girls and young ages (7 and 8). It was also found that schoolchildren with poor CPOD generate higher levels of anxiety. It was found that the presence of plaque and low socioeconomic status are not directly related to dental anxiety. Recommendations for future studies is proposed to assess other possible factors related to dental anxiety. Also conducting a comparative study between a public and private school to learn the causes of a bad CPOD.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	2
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 MIEDO	3
2.1.1 TIPOS DE MIEDO	4
2.2 DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD Y MIEDO	6
2.3 CAUSAS DE ANSIEDAD GENERADA POR LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	6
2.4 CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES.....	7
2.5 MANEJO	8
2.6 FACTORES QUE DETERMINAN LA CONDUCTA ANSIOSA DEL NIÑO	9
2.6.1 NIVEL SOCIOECONOMICO FAMILIAR.....	9
2.6.2 PERFIL DE SALUD BUCAL	11
2.6.3 EDAD	12
2.6.4 SEXO	14
3. HIPÓTESIS	15
4. OBJETIVOS	16
5. MATERIALES Y MÉTODOS	17
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	17
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	17
5.3 ASPECTOS BIOÉTICOS	17
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	17
5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	18
5.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	18
5.7 INSTRUMENTOS.....	19

5.7.1 VALORACIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD DENTAL (NORMAN CORAH).....	19
5.7.2 ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO	20
5.7.3 EVALUACIÓN DEL PERFIL DE SALUD BUCAL	20
5.8 MÉTODOS Y TÉCNICAS.....	21
5.9 SISTEMA ESTADÍSTICO.....	22
6. RESULTADOS	23
7. DISCUSIÓN	30
8. CONCLUSIONES.....	32
9. RECOMENDACIONES	33
PRESUPUESTO	34
CRONOGRAMA.....	35
REFERENCIAS.....	36
ANEXOS	41

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad frente al tratamiento dental ha sido reconocida como un factor importante en la atención del paciente pediátrico y puede influir de forma característica en la calidad del tratamiento dental que el infante recibe. Se sabe que sus efectos pueden persistir hasta la edad adulta y conducir al rechazo a las consultas con el profesional odontológico incluso cuando son mayores (Fernández Parra y Gil Rosales, 1994).

Se han realizado diversos estudios sobre la ansiedad dental, efectuando asociaciones entre ésta y otros factores condicionantes o predisponentes tales como nivel socioeconómico, perfil de salud bucal del infante, la edad y sexo, arrojando diversos resultados que resultan interesantes.

La ansiedad está ligada al nivel socioeconómico en el que se desenvuelve el infante, ya que los datos recolectados sugieren que los que pertenecen a clases sociales bajas se encuentran más predispuestos a padecer ansiedad dental (Bedi, Sutcliffe, Donnan y McConnachie, 1992) (Taani, 2002). El estado de salud bucal y la frecuencia de visitas al odontólogo también condicionan la generación de ansiedad, siendo así que los niños que acuden periódicamente a la consulta y tienen estado bucal sano desarrollan menos ansiedad que los otros (Pérez, González, Guedes Pinto y Nahas, 2002) (Paryab, 2013). Por último, en relación al sexo y a la edad existe controversia ya que estudios afirman que las participantes del sexo femenino generan mayores niveles de ansiedad vs otros resultados que aseguran que no hay relevancia alguna en dichos niveles dependiendo del sexo (Bedi y cols, 1992) (Lima y Casanova, 2006). Con la edad pasa lo mismo. Las conclusiones de algunos estudios afirman que a mayor edad mayor ansiedad vs otros que opinan lo contrario, a menor edad mayor ansiedad (Lima y Casanova, 2006) (Bedi y cols, 1992).

1.2 JUSTIFICACIÓN

No hay un consenso en la literatura sobre los resultados obtenidos en los estudios realizados por lo que fue necesario efectuar la presente investigación para obtener datos concluyentes acerca de la ansiedad dental y sus factores asociados, por ejemplo ¿En qué sexo y edad es más frecuente la ansiedad dental?, ¿Influye el nivel socioeconómico familiar en los niveles de ansiedad generados? o ¿El perfil de salud bucal es realmente relevante en el desencadenamiento de las conductas ansiosas?

A pesar de la importancia que presenta este tema, no existen tampoco en el país estudios que determinen la prevalencia de ansiedad en los niños, ni los factores asociados a ésta antes de la atención odontológica.

Las soluciones de estas interrogantes son un aporte de gran calidad en la práctica odontológica pediátrica y pueden ser utilizados por los estudiantes de odontología y odontopediatría para mejorar significativamente su trabajo al conocer a cabalidad la relación que existe entre la conducta ansiosa de sus pacientes y los factores asociados a la misma.

2. MARCO TEÓRICO

Se define como ansiedad a un estado psicológico desagradable de manifestación intrapsíquica (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2004) (Capponi, 2002). Otra definición propuesta por Ríos, Herrera y Rojas (2014) expresa que es un sentimiento de miedo en el cual es muy difícil de reconocer la causa que lo provoca lo que exacerba la angustia. Este malestar ha desempeñado un rol principal en la evolución de la especie, como alerta en peligros ambientales y también como mecanismo de defensa. La ansiedad se considera una respuesta adaptativa y al igual que otros instintos básicos, se desencadena cuando se detecta algún peligro inmediato, asegurando así la sobrevivencia de la especie (Mardomingo, 1994).

En lo que se refiere a Odontología se ha clasificado a la ansiedad en quinto lugar dentro de los escenarios más temidos. Debido a su alta prevalencia es de esperarse que los pacientes, especialmente los niños eviten las consultas odontológicas debido al temor que estas provocan entorpeciendo la frecuencia del tratamiento y la consulta en sí (Hmud y Walsh, 2009) (Astrom, Skaret y Haugejorden, 1997-2007).

La prevalencia de ansiedad dental es un problema altamente preocupante que afecta a un gran porcentaje de pacientes a nivel mundial. En el continente europeo existe una tasa que va del 4% al 23% (McGrath y Bedi, 2004) y según estudios en Sudamérica existe una incidencia de 34.7% en prescolares cuyos padres también presentan la misma condición ansiosa (41.1%) (Caraciolo y Colares, 2004).

2.1 MIEDO

Se define como miedo a la “perturbación angustiosa del ánimo por un peligro real o imaginario. Recelo o aprensión a que suceda una cosa contraria a lo que se desea” “Reacción a un peligro real o amenazante” (Lima y Casanova, 2006).

Bellagamba, Pereyra y Preliasco (2003) definen el miedo como:

“Un mecanismo de autodefensa que se presenta cuando el individuo considera que la situación es peligrosa o amenazante necesario para la supervivencia de la especie, al permitir que exista el instinto para actuar de manera precavida, prudente y eficaz ante lo desconocido”.

El miedo frente a una acción odontológica puede analizarse desde dos puntos de vista. Por una parte puede manifestarse como una respuesta condicionada a una experiencia dental traumática anterior o simplemente se presenta como un conocimiento social adquirido sin que haya habido una situación traumática previa. Por otro lado puede estar íntimamente relacionado con otros miedos. En este caso el sujeto puede estar predispuesto a presentar desordenes psicológicos varios, no necesariamente relacionados con la práctica del profesional odontológico (Lima y Casanova, 2006).

Gilberti (2002) expone que el desarrollo del miedo puede estar íntimamente ligado a malos tratos y prácticas de castigo dentro del núcleo familiar, ya que los resultados obtenidos en una encuesta a un grupo de madres rescatan que estas acciones educan, el odontólogo tiende a ser visto por el niño como un ejecutor de esos castigos.

2.1.1 TIPOS DE MIEDO

Se puede diferenciar tres tipos de temores: innatos, del desarrollo y por experiencias traumáticas.

2.1.1.1 Temores innatos

Como su nombre lo indica son aquellos miedos que la persona tiene desde el nacimiento. Puede ser temores a los ruidos intensos y súbitos o al acercamiento rápido de objetos. El profesional odontopediatra debe tener

conocimiento de esto para poder ofrecer al niño un trato adecuado y evitar la generación de miedos y traumas que puedan afectar de forma temporal o permanente la conducta del niño para con el odontólogo. Esto se logra por medio del acondicionamiento antes del inicio del tratamiento en sí y es el mismo odontopediatra el que debe escoger la técnica más adecuada según la edad y personalidad de su paciente.

2.1.1.2 Temores del desarrollo

Estos miedos aparecen a ciertas edades y son causados generalmente por fantasías del niño, pero pueden ser superados si el menor llega a familiarizarse con la o las cosas que le producen temor.

El miedo a la oscuridad es uno de los más básicos de esta categoría y puede asociarse con la pérdida de la madre. Es por este motivo que durante la consulta odontológica el profesional debe valorar primero la personalidad y la edad del niño antes de separarlo de su madre durante el tiempo que dure el tratamiento, ya que si se lo separa de su ser querido desarrollará mayor temor y ansiedad haciendo de la consulta algo traumatizante para él (Bordoni, Escobar y Castillo, 2010).

2.1.1.3 Temores por experiencias traumáticas

Este tipo de temor es un poco más complicado porque como su nombre lo indica está relacionado con experiencias difíciles ya vividas por el infante que marcaron su vida. Accidentes o intervenciones quirúrgicas traumáticas o dolorosas pueden ser el detonante para que el niño rechace prácticas médicas/odontológicas futuras, haciendo el trabajo del odontopediatra más prolongado debido a que estos menores requieren de mayor tiempo para confiar y adaptarse al profesional de la salud (Bordoni y cols, 2010).

2.2 DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD Y MIEDO

Durante la práctica odontológica, la ansiedad y el miedo han estado muy relacionados y es muy difícil reconocer alguna diferencia entre ambos puesto que son bastante parecidos en sus manifestaciones (Lima y Casanova, 2006). A pesar de esto, se encuentran algunas distas que se exponen a continuación. El miedo se expresa hacia alguna situación o cosa real y amenazante y la persona que lo siente puede identificar claramente a que le tiene miedo, no pasa lo mismo con la conducta ansiosa ya que las personas no tienen del todo claro que genera dicha ansiedad o cuales son las razones.

Aunque el miedo y la ansiedad se expresen de manera similar no tienen la misma base. El detonante del miedo es bastante evidente y el paciente puede reconocerlo fácilmente. La ansiedad por otro lado se genera en la mente, con pensamientos que se vuelven preocupaciones o a veces fantasías o ideas que se distorsionan o se exageran ya que se desconoce lo que en verdad va a pasar (Irwin y Sarason, 2006, p.238-239).

2.3 CAUSAS DE ANSIEDAD GENERADA POR LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

La ansiedad dental involucra un sinnúmero de factores o causas detonantes que dependen de la personalidad y apreciación del entorno de cada paciente. Entre algunas causas están:

- Características de la personalidad
- Miedo al dolor
- Experiencias dentales traumáticas anteriores
- Influencia de familiares dentalmente ansiosos
- Temor a la sangre o heridas
- Desconocimiento del estado de salud bucal
- Vista, sonido y observación de procedimientos dentales (Hmud y Walsh, 2009).

Son muy variables las causas de ansiedad que pueden presentarse en los diferentes pacientes. Locker, Shapiro y Liddell (1996) concluyen en su estudio que existe relación directa entre las experiencias traumáticas previas y la ansiedad dental, dando mayor importancia a la naturaleza de la experiencia que a la edad en que ocurrió.

Otro estudio afirma que la ansiedad se genera debido al condicionamiento clásico, cuando un estímulo por más leve que sea le recuerda a la persona una situación dental dolorosa o desagradable ya vivida se desencadena la ansiedad dental (Milgrom, Mancl, King y Weinstein, 1995) (Townend, Dimigen y Fung, 2000).

La influencia familiar se considera como otro predisponente de la ansiedad dental. Existen estudios que relacionan íntimamente la ansiedad del infante con la del padre, identificando el rol que este último tiene como mediador de la conducta ansiosa de su hijo (Lee, Chang y Huang, 2008) (Boman, Lundgren, Elfström y Berggren, 2008) (Lara, Crego y Romero, 2012).

2.4 CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES

Una de las consecuencias más significativas de las conductas ansiosas es que el paciente tiende a sobrevalorar el dolor, debido a experiencias traumáticas anteriores, siente el dolor, o lo reconstruye incluso antes de comenzar con los tratamientos, lo que provoca una evasión de los mismos (Kent, 1985).

Aun cuando los pacientes ansiosos tengan citas periódicas con el profesional dental, tienden a evitar las citas que conllevan a la culminación del tratamiento odontológico, lo que aumenta la morbilidad o prevalencia de caries y otras patologías bucales (Doerr, Lang, Nyquist y Ronis, 1998) (Eitner, Wichmann, Paulsen y Holst, 2006).

La ansiedad dental además de afectar la salud bucal de los pacientes, tiene efectos mayores en su vida pues provoca respuestas de lucha que tienden a

ocasionar sensación de agotamiento exagerado luego de una consulta dental. Los pensamientos negativos, miedo, llanto, ira, trastornos del sueño y alimenticios son algunas de las repercusiones cognitivas de la ansiedad dental. (De Jngh, Muris, Ter Horst y Duyx, 1995) (Amtz, Van Eck y Heijmans, 1990).

2.5 MANEJO

Aproximadamente el 33.3% de los profesionales odontológicos consideran que tratar a los pacientes ansiosos es un desafío en la práctica dental. El primer paso es identificar a estos pacientes para ofrecerles técnicas para reducir estas conductas ansiosas. Luego de haber identificado a los pacientes, se pueden poner en consideración las siguientes técnicas:

- Dar suficiente tiempo para las consultas dentales.
- Minimizar los factores que pueden provocar ansiedad, tales como: visualización de agujas u objetos cortopunzantes, evitar los estímulos olfativos como el olor a eugenol que evoca una reacción ansiosa automática ya que se asocia con la práctica dental, disminuir el ruido de los equipos dentales como el de la turbina, para esto puede usarse audífonos o distractores del sonido.
- Introducir métodos de relajamiento para aumentar la confianza, estas pueden ser la comunicación con el paciente o técnicas de modelamiento o de respiración que ayuden al paciente a familiarizarse con el entorno del consultorio y así disminuir su ansiedad frente al tratamiento.
- Evitar los tratamientos dolorosos o traumáticos mejorando la calidad de la técnica de anestesia.
- Evitar las citas muy largas o cansadas.
- Remitir o trabajar conjuntamente con psicólogos para tratar así la ansiedad.

Algunos profesionales proponen la hipnosis como tratamiento de la ansiedad dental, pero existen muy pocos estudios que validen esta técnica (Al-Harasi, Ashley, Moles, Parekh y Walters, 2010).

Bare y Dundes (2004) en su estudio intentaron identificar las técnicas de distracción de la ansiedad más recomendadas por los pacientes. El 89% aseguró que la música de fondo ayudaba a la relajación y el 75% expresó que la presencia de libros y revistas en la sala de espera disminuía los niveles de ansiedad. Estas técnicas buscan enfocar la atención del paciente fuera de los procedimientos que realiza el profesional y de los síntomas de dolor que pueden presentarse durante el mismo, buscando una relajación psíquica y muscular lo que ayuda en gran manera en la recuperación (Lahmann, Schoen, Henningsen, Ronel, Muehlbacher, Loew, Nickel y Doering, 2008).

Al usar o implementar todas estas estrategias se garantiza mayor porcentaje de éxito del tratamiento y control de la conducta ansiosa en el paciente (Hmud y Walsh, 2009).

En lo que al control de la ansiedad en niños se refiere varias son las técnicas que pueden ser aplicables con resultados exitosos. Algunas de estas son: decir-mostrar-hacer, modulación de la voz, manejo de la respiración y la distracción, siendo esta última muy efectiva en niños pequeños o cuando el tiempo de acondicionamiento es limitado. Entre los tipos de distracción más común se encuentra cantar, ver videos o jugar (Landier y Tse AM, 2010).

Wright, Giebartowski y McMurray (1991) en su estudio afirman que las técnicas más usadas por el odontopediatra para el manejo de la ansiedad dental son permitir al niño parar el procedimiento, jugar en el salón de espera y la técnica decir-mostrar-hacer.

2.6 FACTORES QUE DETERMINAN LA CONDUCTA ANSIOSA DEL NIÑO

2.6.1 NIVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR

El nivel socioeconómico es una dimensión económica y sociológica relacionada con la ocupación de un individuo y del estatus económico y social propio o familiar en correspondencia a otras personas. Se logra medir este nivel

relacionando los ingresos familiares, educación, y empleo, también son analizados los atributos personales de los integrantes de la familia. (National Center for Educational Statistics, 2008).

En Ecuador se realizó una encuesta de estratificación del nivel socioeconómico por parte del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en 9744 viviendas de las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato. La encuesta está basada en un sistema de puntuación donde las características de la vivienda tienen un puntaje de 236 puntos, educación 171 puntos, características económicas 170 puntos, bienes 163 puntos, TIC's 161 puntos y hábitos de consumo 99 puntos.

Los resultados obtenidos reflejan que los hogares de Ecuador se fraccionan en cinco estratos, el 1,9% de los hogares se encuentra en estrato A (el más alto), el 11,2% en nivel B, el 22,8% en nivel C+, el 49,3% en estrato C- y el 14,9% en nivel D (el más bajo) (INEC, 2011).

En lo que a educación se refiere, en Ecuador se puede observar grandes diferencias ideológicas y económicas entre las escuelas privadas y públicas, siendo esto parte importante de la categorización del estado socioeconómico de cada familia. Las escuelas públicas dependen del limitado presupuesto del Estado, poseen deficiente infraestructura y poca innovación de recursos didácticos. Generalmente los niños y niñas que asisten a estas instituciones pertenecen a un nivel socioeconómico medio bajo y bajo. Por otro lado encontramos las escuelas privadas, en principio auspiciadas por el capital de órdenes religiosas y luego por sociedades laicas que presentaron innovadores proyectos relacionados con el desarrollo pedagógico y didáctico de la malla curricular. Se puede decir que los estudiantes pertenecientes a dichas escuelas se encuentran en un nivel socioeconómico más elevado.

La relación que existe entre ansiedad y variables demográficas tal como el estatus socioeconómico aún no se ha aclarado por completo ya que diversos autores aseguran que los niveles más altos de ansiedad están ligados a niveles

de ingresos y educación bajos (Doerr, Lang, Nyquist y Ronis, 1998) (Armfield, Spencer y Stewart, 2006) (Moore y cols, 1993), mientras que otros autores no encuentran relación directa entre estas dos variables (Locker y Liddell, 1992) (Hakeberg y cols, 1992). Un estudio elaborado en Escocia para medir la prevalencia de ansiedad en niños, evalúa el nivel económico de los participantes tomando como dato principal la ocupación del padre y los resultados obtenidos sugieren que los niños que pertenecen a clases sociales bajas se encuentran más predispuestos a padecer ansiedad dental (Bedi y cols, 1992). En Jordán, otra investigación comparativa para determinar el grado de ansiedad generado por la atención odontológica en 1021 niños de diez escuelas públicas y privadas concluyó que el nivel socioeconómico de los participantes es un factor directo de producción de ansiedad, ya que los alumnos del sector privado al tener un mayor acceso al servicio odontológico, hacen uso de este con mayor frecuencia, en un porcentaje del 31.4% vs 15% del sector público, por lo que estos últimos crean un grado de ansiedad y miedo de 11.6% vs un 6.9% presente en los infantes del sector privado (Taani, 2002).

2.6.2 PERFIL DE SALUD BUCAL

En lo que refiere al perfil de salud bucal se ha encontrado relación directa entre el estado general y la ansiedad dental. Estudios afirman que los pacientes que presentan mejor estado bucal general tienden a ser menos ansiosos, no siendo así con los que tienen alto índice de caries o problemas bucales (Pérez y cols, 2002). Lo mismo ocurre con los niños que acuden periódicamente al odontólogo, ya que según una investigación realizada en 150 pacientes solo el 29.33% presenta “ansiedad dental severa” (Paryab, 2013).

La ansiedad dental ha sido asociada con un pobre estado de salud oral (Doerr, Lang, Nyquist y Ronis, 1998). En algunos estudios se encontró que la evasión del tratamiento dental está íntimamente relacionada con un alto índice de ansiedad y ésta a su vez se relaciona con un alto porcentaje de morbilidad de caries. Los pacientes que muestran conductas ansiosas presentan una

conurrencia totalmente irregular al odontólogo, y algunos la evitan por muchos años (Eitner, Wichmann, Paulsen y Holst, 2006).

La pérdida de piezas dentales es otra consecuencia de la conducta ansiosa. Al evitarse las consultas con el profesional dental se empeora el perfil de salud bucal provocando exodoncias de las piezas dentales o un mayor número de obturaciones en comparación con los pacientes no ansiosos (Locker y Liddell, 1992).

Milgrom y cols (1995) definen esta situación como un círculo vicioso en donde la ansiedad se relaciona con un bajo número de visitas al odontólogo lo que ocasiona una declinación en la salud bucal ya que imposibilita la prevención y el tratamiento de lesiones en estado leve o moderado, convirtiéndolas en graves (Slade y Spencer, 2009).

El declive de la salud bucal en el paciente ansioso genera a su vez un mayor grado de ansiedad dental por lo tanto contribuye a evitar las consultas ya que es más probable que los procedimientos requeridos sean invasivos y radicales confirmando la idea que éste tiene de que las visitas odontológicas se relacionan con dolor, peligro y malestar (Moore, Brodsgaard y Rosenberg, 2004).

En conclusión se dice que cuando se presentan mayores niveles de ansiedad aparece un peor perfil de salud bucal que requerirá mayores prácticas de rehabilitación y viceversa, mientras peor sea el perfil de salud bucal más ansiedad se fundará.

2.6.3 EDAD

La edad a la que se presentan los mayores niveles de ansiedad tampoco es un tema completamente establecido, ya que en niños es algo complicado de determinar, pese a esto, investigadores aseguran que mientras menos sea la edad del infante presentará una mayor conducta ansiosa que los que son

mayores (Pérez y cols, 2002) (Paryab, 2013), pero esta conclusión se contrapone a estudios que aseguran que conforme aumenta la edad se presenta más ansiedad debido a las experiencias anteriores que se han tenido (Lima y Casanova, 2006).

Los niños no se comportan de igual manera según avanza la edad, y tampoco el manejo por parte del odontólogo debe ser el mismo. Ya que la personalidad del infante va cambiando y reaccionan de formas distintas es deber del profesional conocer todas estas características para ofrecer un tratamiento de calidad y con calidez.

Se considera a los niños en edad escolar cuando tienen de 6 a 12 años. En esta etapa el menor está ávido de conocimientos y ya tiene conciencia del dolor, siendo esto muy importante para la labor del odontólogo. Algunas características de esta etapa comprenden un mayor interés en el aspecto físico, búsqueda de la aceptación de los compañeros y aprobación de las normas de conducta social (Boj, 2011).

Los niños de 6 a 8 años pueden experimentar cambios bruscos de humor, pasando por picos violentos bastante marcados, debido a esto no aceptan bien las críticas o el castigo. Tienen gran necesidad de aprobación y es por esto que intentan a cooperar. A medida que van creciendo la relación de dependencia hacia los padres va disminuyendo y aumenta la renuencia hacia la autoridad. En este periodo el lenguaje y el desarrollo intelectual están bastante arraigados. La actuación del profesional dental debe ir encaminado a las explicaciones detalladas de lo que se va a hacer, comprensión y muchos halagos (Boj, 2011).

A partir de los 9 hasta los 11 años el menor se vuelve muy independiente y tiende a darle mayor importancia a las amistades que a la propia familia. Aunque sigue un poco reacio a la autoridad termina por aceptarla y llega a darle mucha importancia a las leyes de la moral y justicia. Se desarrolla en gran medida los conceptos de responsabilidad personal dándole gran valor a la

higiene. Durante esta etapa el dentista debe transferir al niño que él es el mayor responsable de su actuar. Se evitarán las críticas y se promoverán los hábitos de higiene (Boj, 2011).

2.6.4 SEXO

Parecería que no hay diferencia entre femenino o masculino, ya que la ansiedad es una sensación aplicable para cualquier persona, pero no es así, ya que un estudio en niños escoceses de 13 y 14 años indica que los participantes del sexo femenino tienden a generar mayores niveles de ansiedad y evitan con mayor frecuencia el tratamiento dental que aquellos del sexo masculino, pero estos últimos se presentan más reacios y poco colaboradores con el tratamiento odontológico (Bedi y cols, 1992) (Stouthard y Hoogstraten, 1990) (Ter Horst y De Wit CA, 1992). Otro estudio realizado en Cuba por el contrario asegura que no hay gran diferencia en la ansiedad presente en relación con el sexo de los participantes en el estudio (Lima y Casanova, 2006).

3. HIPÓTESIS

La ansiedad dental tiene mayor prevalencia en escolares de bajo nivel socioeconómico, con un deficiente estado de salud bucal a edades tempranas y con mayor frecuencia en el sexo femenino.

4. OBJETIVOS

GENERAL:

- Identificar la prevalencia de ansiedad dental en niños de 7 a 11 años asociada a factores como el nivel socioeconómico, perfil de salud bucal, sexo y edad antes de una revisión odontológica general.

ESPECÍFICOS:

- Evaluar el grado de ansiedad utilizando la escala de Corah antes de la revisión dental general.
- Comparar el perfil de salud bucal con la ansiedad dental.
- Determinar la influencia del nivel socioeconómico familiar en el grado de ansiedad generada antes del tratamiento dental.
- Relacionar la edad del niño con la presencia y severidad de la ansiedad antes de recibir atención odontológica.
- Establecer el sexo en el que se presenta con mayor frecuencia e intensidad la ansiedad antes de recibir atención odontológica.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio fue de corte transversal prospectivo de tipo observacional analítico. Basado en individuos.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio se realizó en la escuela fiscal “Unidad Educativa 20 de Mayo” y en la escuela privada “Unidad Educativa Antonio Neumane” ubicadas en la ciudad de Santo Domingo de los Colorados, provincia Santo Domingo de los Tsáchilas. En el periodo de julio a agosto del 2015 se procedió a la toma de la muestra, la cual quedó conformada por 100 niños y 100 niñas de 7 a 11 años. La selección de los participantes se realizó siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.

5.3 ASPECTOS BIOÉTICOS

Para garantizar los aspectos bioéticos en la presente investigación se realizó una carta de autorización firmada por el director de cada una de las instituciones donde se efectuó el estudio. También se ejecutó un consentimiento informado mediante el cual los padres de los niños tuvieron pleno conocimiento de los procedimientos realizados y del riesgo/beneficio que la participación en la investigación implicaba, y autorizaron dicha participación.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 7 a 11 años
- Escolares de ambos sexos.
- Pacientes sanos.
- No presentar ninguno de los criterios de exclusión.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Escolares cuyos padres no desearon su participación en el estudio.
- Escolares fuera del rango de edad.
- Niños portadores de aparatología ortopédica fija o removible.
- Niños con enfermedades sistémicas.

5.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Tabla 1. Análisis y descripción de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Ansiedad	Nivel de Ansiedad previo a la revisión dental	Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas ante un estímulo o situación externa.	Escala de ansiedad de Corah	0-4 Ausencia de ansiedad 5-9 Ansiedad leve 10-12 Ansiedad moderada 13-14 Ansiedad alta 15-20 Ansiedad severa
Paciente	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Años	De 7 a 11 años
	Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.	Sexo reportado	Femenino Masculino
	Nivel Socio económico	Rango definido por variables como características de la vivienda y económicas, educación y hábitos de consumo.	Resultado de la Encuesta INEC Simplificada	A = 845.1 a 1000 puntos B = 696.1 a 845 puntos C+ = 535.1 a 696 puntos C- = 316.1 a 535 puntos D = 0 a 316
Perfil de salud bucal	Número de piezas cariadas, perdidas y obturadas	El número total de piezas dentarias que presentan un proceso carioso o se han perdido o extraído por alguna causa.	CPOD	Muy bajo = 0.0-1.1 Bajo = 1.2-2.6 Moderado = 2.7-4.4 Alto = 4.5-6.5 Muy alto = +6.6
	Placa bacteriana	Es una película incolora, pegajosa compuesta por bacterias y azúcares que se forma y adhiere constantemente sobre los dientes.	Índice de Higiene oral simplificado	Excelente = 0.0 Bueno = 0.1-1.2 Regular = 1.3-3.0 Malo = 3.1-6.0

5.7 INSTRUMENTOS

5.7.1 VALORACIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD DENTAL (NORMAN CORAH)

Tabla 2. Valores de la Encuesta de ansiedad de Corah

GRADO DE ANSIEDAD	VALOR
Ausencia de ansiedad	0-4 puntos
Ansiedad leve	5-8 puntos
Ansiedad moderada	9-12 puntos
Ansiedad alta	13-14 puntos
Ansiedad severa	15-20 puntos

La encuesta de ansiedad dental de Norman Corah fue el instrumento usado para analizar la ansiedad de los escolares. Esta encuesta consta de cuatro preguntas, cada una con un valor numérico del 1 al 5, sobre posibles situaciones que se presentan al acudir a la cita con el dentista que el niño debió contestar según lo que sentía, siendo las posibles respuestas: a. Relajado b. Un poco incómodo c. Tenso d. Ansioso e. Tan ansioso que a veces sudo o casi me siento físicamente enfermo. Luego de obtenidas todas las respuestas se suman los valores, lo que se traduce en las categorías de ansiedad: ausencia, leve, moderada, alta y severa respectivamente que se muestran en la tabla 2.

5.7.2 ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Tabla 3. Valoración del Nivel socioeconómico (INEC)

CATEGORIA	VALOR
A	845.1 a 1000 puntos
B	696.1 a 845 puntos
C+	535.1 a 696 puntos
C-	316.1 a 535 puntos
D	0 a 316

5.7.3 EVALUACIÓN DEL PERFIL DE SALUD BUCAL

Tabla 4. Valores del Índice CPOD (OMS)

INTERPRETACIÓN	VALOR
Muy bajo	0.0 a 1.1
Bajo	1.2 a 2.6
Moderado	2.7 a 4.4
Alto	4.5 a 6.5
Muy alto	+6.5

Para el análisis del perfil de salud bucal se usaron dos instrumentos: el Índice CPOD como un índice comunitario y el Índice de higiene oral simplificado.

Tabla 5. Puntuación del Índice de higiene oral simplificado

INTERPRETACIÓN	VALOR
Excelente	0.0
Bueno	0.1 a 1.2
Regular	1.3 a 3.0
Malo	3.1 a 6.0

5.8 MÉTODOS Y TÉCNICAS

Una vez obtenidos los permisos respectivos de las autoridades de cada escuela, se procedió a realizar una reunión con los padres de los escolares participantes para darles la información pertinente. Se les explicó en qué consistía la investigación y los beneficios que envolvía. Ya conseguida la autorización mediante el consentimiento informado, se procedió a la toma de la muestra.

Se ejecutó la encuesta de Ansiedad dental de Corah a cada infante antes de la revisión odontológica general.

El Índice CPOD y el Índice de Higiene Oral Simplificado se midieron en horas de la mañana, antes de que los escolares salieran al recreo, para evitar sesgos debido a la ingesta de alimentos. Una vez sentado el menor en la silla y luego de una breve explicación de las acciones que se realizarían, se observaron todas las piezas cariadas, extraídas o perdidas y los dientes obturados para llenar los datos del CPOD. Para el índice de higiene oral, se seleccionaron las piezas número 16-26-11-31-36-46 y se valoró la presencia de placa bacteriana en los tres tercios de la corona, para así asignar un valor numérico según el caso.

Luego de esta labor se impartió una charla a los niños, con el fin de reforzar sus conocimientos de higiene oral, técnica de cepillado adecuada, ingesta de alimentos beneficiosos para la salud bucal y el proceso de la caries (Fig. 1).

Los instrumentos usados para la toma de la muestra fueron las encuestas de estratificación del nivel socioeconómico del INEC, las encuestas de ansiedad dental de Corah y las encuestas para valorar el perfil de salud bucal. Para llenar los datos se utilizaron esferos y lápiz bicolor. El instrumental usado fueron equipos de diagnóstico (espejo bucal, pinza algodонера y explorador) y bandejas porta-instrumental. Aparte de lo antes mencionado se necesitaron varios insumos como: guantes, mascarillas, gorro, campos para el paciente y campos de mesa.

5.9 SISTEMA ESTADÍSTICO

La información fue obtenida mediante observación directa y convenientemente registrada en las fichas diseñadas para el efecto. Luego de un proceso de depuración y codificación fue organizada en una base de datos en el programa SPSS 23 IBM®, con el fin de determinar las frecuencias simples y conjuntas de acuerdo a los objetivos de investigación para establecer relación de dependencia entre las variables mediante la prueba de chi-cuadrado. Adicionalmente se calculó la media para las variables cuantitativas y se procedió a desarrollar la prueba de ANOVA para comparar diferencias entre grupos.

6. RESULTADOS

Los resultados estadísticos obtenidos se expresan en las siguientes tablas.

Tabla 6. Relación de la ansiedad con la edad del paciente (Fig. 2).

Edad	Frecuencia	Ausencia de Ansiedad	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Alta	Ansiedad Severa	Total
7 años	F	2	10	8	9	11	40
	%	5,0%	25,0%	20,0%	22,5%	27,5%	100,0%
8 años	F	0	10	10	5	15	40
	%	0,0%	25,0%	25,0%	12,5%	37,5%	100,0%
9 años	F	2	10	12	12	4	40
	%	5,0%	25,0%	30,0%	30,0%	10,0%	100,0%
10 años	F	0	9	14	11	6	40
	%	0,0%	22,5%	35,0%	27,5%	15,0%	100,0%
11 años	F	2	21	11	4	2	40
	%	5,0%	52,5%	27,5%	10,0%	5,0%	100,0%
Total	F	6	60	55	41	38	200
	%	3,0%	30,0%	27,5%	20,5%	19,0%	100,0%

No se observa una tendencia clara del nivel de ansiedad en relación a la edad, sin embargo resulta interesante analizar que en el grupo de menor edad (7 y 8 años) los niveles de ansiedad severa fueron los más altos, en tanto que a la edad de 11 años se presentó un nivel leve en el 52,5% de los casos y en un 5% incluso se registró ausencia de ansiedad. La prueba de chi-cuadrado determinó una significancia $p = 0,003$ que permite inferir que la ansiedad guarda relación con la edad.

Tabla 7. Relación de la ansiedad con el sexo del paciente (Fig. 3).

Sexo	Frecuencia	Ausencia de Ansiedad	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Alta	Ansiedad Severa	Total
Femenino	F	5	21	28	23	23	100
	%	5,0%	21,0%	28,0%	23,0%	23,0%	100,0%
Masculino	F	1	39	27	18	15	100
	%	1,0%	39,0%	27,0%	18,0%	15,0%	100,0%
Total	F	6	60	55	41	38	200
	%	3,0%	30,0%	27,5%	20,5%	19,0%	100,0%

Se observa que el 23% de las niñas presentaron una ansiedad severa, otro 23% presentó ansiedad alta, en tanto que en los niños solo el 15% presentó un nivel severo y el 18% un nivel alto de ansiedad dental. La prueba de chi cuadrado determinó una significancia $p = 0,035$ que permite inferir que la ansiedad guarda relación con el sexo del paciente, siendo aparentemente mayor en las niñas que en los niños.

Tabla 8. Relación de la ansiedad con el nivel socioeconómico del paciente (Fig. 4).

Nivel	Frecuencia	Ausencia de Ansiedad	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Alta	Ansiedad Severa	Total
A	F	0	3	7	0	1	11
	%	0,0%	27,3%	63,6%	0,0%	9,1%	100,0%
B	F	3	12	9	9	3	36
	%	8,3%	33,3%	25,0%	25,0%	8,3%	100,0%
C+	F	3	17	17	13	10	60
	%	5,0%	28,3%	28,3%	21,7%	16,7%	100,0%
C-	F	0	21	19	14	19	73
	%	0,0%	28,8%	26,0%	19,2%	26,0%	100,0%
D	F	0	7	3	5	5	20
	%	0,0%	35,0%	15,0%	25,0%	25,0%	100,0%
Total	F	6	60	55	41	38	200
	%	3,0%	30,0%	27,5%	20,5%	19,0%	100,0%

La tendencia parece clara entre las dos variables, ya que se observa un aumento de la proporción de pacientes que presentaron ansiedad severa conforme disminuye el nivel socioeconómico, por ejemplo en el nivel A solo 9,1% presentaron ansiedad severa, en el nivel B, 8,3% presentaron este tipo de ansiedad, incrementándose a 16,7% en el nivel C+, a 26% en el C- y a 25% en el D. No obstante en los niveles alto y moderado no se observa una relación entre las variables, de hecho la prueba de chi-cuadrado determinó una significancia $p = 0,132$ que permite inferir que la ansiedad no guarda relación con el nivel socioeconómico del paciente.

Tabla 9. Relación de la ansiedad con el Índice CPOD del paciente (Fig. 5).

CPOD	Frecuencia	Ausencia de Ansiedad	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Alta	Ansiedad Severa	Total
Muy Bajo	F	1	30	20	17	9	77
	%	1,3%	39,0%	26,0%	22,1%	11,7%	100,0%
Bajo	F	2	10	12	5	3	32
	%	6,3%	31,3%	37,5%	15,6%	9,4%	100,0%
Moderado	F	2	14	11	7	7	41
	%	4,9%	34,1%	26,8%	17,1%	17,1%	100,0%
Alto	F	0	4	5	8	7	24
	%	0,0%	16,7%	20,8%	33,3%	29,2%	100,0%
Muy Alto	F	1	2	7	4	12	26
	%	3,8%	7,7%	26,9%	15,4%	46,2%	100,0%
Total	F	6	60	55	41	38	200
	%	3,0%	30,0%	27,5%	20,5%	19,0%	100,0%

Concentrando la atención en los niveles de ansiedad severa y alta, se observa que éstas son más frecuentes en pacientes con un CPOD valorado como alto o muy alto y menos frecuentes en los niveles de CPOD muy bajo o bajo, así por ejemplo en el grupo con CPOD Muy Alto 15,4% presentaron ansiedad alta y 46,2% ansiedad severa, en el grupo de CPOD Alto, 33,3% presentó ansiedad alta y 29,2% ansiedad severa, mientras que en el grupo de CPOD bajo; 15,6% presentaron ansiedad alta y solo 9,4% ansiedad severa. Chi-cuadrado estimó una significancia $p = 0,01$ que permite inferir que las dos variables se relacionan.

Tabla 10. Relación de la ansiedad con el índice de higiene oral del paciente (Fig. 6).

IHOS	Frecuencia	Ausencia de Ansiedad	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Alta	Ansiedad Severa	Total
Regular	F	2	17	22	16	24	81
	%	2,5%	21,0%	27,2%	19,8%	29,6%	100,0%
Bueno	F	4	40	32	24	13	113
	%	3,5%	35,4%	28,3%	21,2%	11,5%	100,0%
Excelente	F	0	3	1	1	1	6
	%	0,0%	50,0%	16,7%	16,7%	16,7%	100,0%
Total	F	6	60	55	41	38	200
	%	3,0%	30,0%	27,5%	20,5%	19,0%	100,0%

Concentrando la atención en los niveles de ansiedad severa y alta, se observa que éstas son más frecuentes en pacientes con un índice de higiene oral regular y menos frecuentes en pacientes con índice de higiene oral excelente. 29,6% de los casos valorados con IHOS regular se presentó ansiedad alta, en 11,5% de pacientes con IHOS bueno también se presentó ansiedad alta y en 16,7% de los pacientes con mejor IHOS también se registró ansiedad severa. Chi-cuadrado estimó una significancia $p = 0,11$ que permite inferir que las dos variables no se relacionan.

Para profundizar el análisis estadístico se consideró conveniente realizar un análisis cuantitativo, estimando el puntaje obtenido en el test de ansiedad, el valor del CPOD y el Índice de Placa simplificado en relación al tipo de escuela de la que se extrajo la muestra (como indicador socioeconómico específico) y en relación con el nivel socioeconómico general. Los resultados se presentan en las tablas 11 y 12.

Tabla 11. Valor medio de ansiedad, CPOD e Índice de Higiene Oral por procedencia escolar (Fig. 7).

ESCUELA	ANSIEDAD	CPOD	PLACA
Privada	9,98	1,51	1,05
Fiscal	12,31	4,18	1,65
Total	11,15	2,85	1,35

Los tres parámetros considerados fueron mucho mayores para el grupo procedente de escuela fiscal en comparación al grupo de la escuela particular, así el puntaje de ansiedad fue de 12,31 para los niños de escuela fiscal y de 9,98 para los de escuela privada. El CPOD comunitario para la escuela fiscal fue de 4,18 (alto) y para la escuela privada fue de 1,51 (bajo). El índice de placa fue de 1,65 (regular) para el grupo de estudiantes de la escuela fiscal y de 1,05 (bueno) para los de la privada. La prueba t Student determinó diferencia en las tres dimensiones respecto al tipo de escuela de procedencia. ($p < 0,05$).

Tabla 12. Valor medio de ansiedad, CPOD e Índice de Salud Oral por nivel socio económico (Fig. 8).

NIVEL	ANSIEDAD	CPOD	PLACA
A	9,9	1,4	1,0
B	10,1	1,3	1,1
C+	11,1	2,4	1,2
C-	11,7	4,0	1,5
D	11,7	3,7	1,7
Total	11,1	2,8	1,3

Los resultados dan cuenta de que en el nivel socioeconómico más alto (A) los valores de ansiedad, CPOD e índice de placa son los de menor valor medio, en tanto que en el nivel socioeconómico más bajo los valores fueron mayores, aun cuando no fueron muy diferentes de su nivel precedente (C-).

La prueba ANOVA determinó que el puntaje medio de ansiedad no difirió significativamente entre los distintos rangos del nivel socioeconómico, en tanto

que el CPOD e índice de placa si presentaron diferencias significativas entre los rangos socioeconómicos.

Tabla 13. Resultados de la prueba de chi-cuadrado (independencia).

Variable	Valor	Grados de libertad	Significancia (p)
Edad	35,408 ^a	16	,003
Sexo	10,379 ^a	4	,035
Nivel Socio Económico	22,350 ^a	16	,132
CPOD	30,970 ^a	16	,014
Índice de Salud Oral	13,014 ^a	8	,111

La edad, el sexo y el CPOD guardan relación con el nivel de ansiedad ($p < 0,05$), en tanto que el nivel socioeconómico y el IHOS no parecen relacionarse con el nivel de ansiedad ($p > 0,05$).

Tabla 14. Resultados de la prueba t Student y ANOVA

VARIABLES	t	Significancia
ANSIEDAD * ESCUELA	22,936	,000
CPOD * ESCUELA	64,883	,000
PLACA * ESCUELA	78,544	,000
VARIABLES	F	Significancia
ANSIEDAD * N. SE	1,615	,172
CPOD * N. SE	9,119	,000
PLACA * N. SE	8,833	,000

Existe diferencia significativa entre el puntaje medio de ansiedad, el CPOD y el índice de placa de acuerdo al tipo de escuela de la cual procedieron las muestras, siendo menor en el grupo de la escuela privada.

La ansiedad definitivamente no tiene relación con el nivel socioeconómico ($p > 0,05$), en tanto que la salud oral; CPOD e índice de Placa si guardan relación con el nivel socio económico ($p < 0,05$).

7. DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontraron algunos de los resultados esperados y otros un poco sorprendentes. Al analizar la relación entre la ansiedad dental y la edad se vio que a edades tempranas (7 y 8 años) había mayor generación de ansiedad por parte de los escolares, lo que concuerda con los estudios de Pérez, González, Guedes Pinto y Nahas (2002) y Paryab (2013). A su vez esta información se contrapone a los resultados de los estudios de Lima y Casanova (2006) que aseguran que la edad es directamente proporcional a la ansiedad y al aumentar la primera también lo hará la segunda (Rantavuori y cols, 2004). Por otra parte algunos autores aseguran en sus investigaciones que no existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la edad (Erten, Akarlan, Bodrumulu, 2007).

Al estudiar la dependencia entre las variables ansiedad y sexo, la deducción de este estudio es que el sexo femenino es mucho más propenso a generar mayores niveles de ansiedad que el sexo masculino, conclusión semejante a la encontrada por Caycedo, Cortés, Gama, Rodríguez, Colorado, Caycedo, Barahona y Palencia (2008) en su publicación y también por Stouthard y Hoogstraten (1990), Bedi, Sutcliffe, Donnan y McConnachie (1992) y Ter Horst y De Wit CA (1992) aunque estos resultados son un poco más antiguos. Otros autores aseguran que no existe filiación alguna entre estas dos variables (Livia y Manrique, 2001) (Sánchez, Toledano y Osario, 2004) (Lima y Casanova, 2006).

El perfil de salud bucal, representado directamente por el índice CPOD, según la presente indagación se relaciona íntimamente con los niveles de ansiedad mostrados por los escolares. Los infantes que presentan un perfil de salud bucal deficiente tienden a generar mayores grados de ansiedad y esto se repite como un círculo vicioso ya que al necesitar mayor intervención para recuperar la salud perdida, los procedimientos se hacen más invasivos y los pacientes evaden con mayor frecuencia las consultas con el profesional (Locker y Liddell, 1992) (Doerr, Lang, Nyquist y Ronis, 1998) (Pérez, González, Guedes Pinto y

Nahas, 2002) (Moore, Brodsgaard y Rosenberg, 2004) (Eitner, Wichmann, Paulsen & Holst, 2006). En este punto se puede observar que todos los artículos expuestos que tratan este tema llegan a la misma conclusión: un perfil de salud bucal decadente genera mayores niveles de ansiedad.

Con lo que a nivel socioeconómico y ansiedad se refiere algunos investigadores aseguran que los estratos más bajos de educación y categoría socioeconómica están íntimamente ligados con altos grados de ansiedad dental (Moore y cols, 1993) (Doerr, Lang, Nyquist y Ronis, 1998) (Taani, 2002) (Armfield, Spencer y Stewart, 2006), lo que se contrapone con los resultados obtenidos en la presente averiguación, ya que estos expresan que la ansiedad no depende directamente del estrato socioeconómico al igual que las conclusiones de los estudios de Locker y Liddell (1992) y Hakeberg y cols (1992).

8. CONCLUSIONES

En conclusión:

- La ansiedad depende de varios factores; siendo estos la edad, el sexo y el Índice CPOD.
- El valor medio de ansiedad fue de 12,31 para los niños de escuela fiscal y de 9,98 para los de escuela privada, concluyendo así que la escuela de procedencia del niño es un indicador socioeconómico directo.
- Con respecto al perfil de salud bucal, los escolares con el índice CPOD más deficiente presentaron mayores niveles de ansiedad, demostrando que estas dos variables si se relacionan entre sí, no pasando lo mismo con el IHOS ya que a pesar que los niveles de ansiedad alta y severa aparecieron en mayor proporción en los infantes con un índice regular, estas dos variables no se relacionan.
- El CPOD comunitario para la escuela fiscal fue de 4,18 (alto) y para la escuela privada fue de 1,51 (bajo). El índice de placa fue de 1,65 (regular) para el grupo de estudiantes de la escuela fiscal y de 1,05 (bueno) para los de la privada.
- Se comprobó que el nivel socioeconómico tampoco influye en los niveles de ansiedad generados antes de la revisión dental, aunque cabe destacar que en las categorías socioeconómicas C- y D se obtuvieron elevados porcentajes de ansiedad alta y severa.
- Es necesario mencionar que aunque no se demostró la relación entre el nivel económico y la ansiedad, si se evidenció que el perfil de salud bucal depende en gran medida del estatus social y económico del escolar.
- Los resultados indicaron que los mayores niveles de ansiedad aparecieron en las niñas.
- A edades tempranas (7 y 8 años) se probó que existe un pico de ansiedad, siendo la edad de 8 años la que registró el valor más alto.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda para estudios posteriores valorar otros posibles factores involucrados en la generación de ansiedad dental tales como experiencias traumáticas previas, acceso a los servicios odontológicos y la influencia que tiene el comportamiento ansioso de los padres sobre sus hijos.
- Se sugiere también la realización de un estudio comparativo entre escuelas privadas y públicas en el cual se investiguen las causas del decadente estado de salud bucal en los niños, evaluando la calidad y cantidad de alimentos cariogénicos ingeridos y la práctica de higiene bucal dentro de las escuelas.

PRESUPUESTO

Tabla 15. Presupuesto de gastos

RUBROS	VALOR
Materiales y e insumos	\$60.00
Subcontratos y servicios	\$150.00
Recursos Bibliográficos y Software	\$80.00
Entrega final de la tesis (borradores y empastado)	\$120.00
Total	\$410.00

CRONOGRAMA

Tabla 16. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	MESES								
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
INSCRIPCIÓN DEL TEMA	X								
PLANIFICACIÓN		X							
REVISIÓN DEL TEXTO CON TUTOR			X	X					
RECOLECCION DE LA MUESTRA					X	X			
ANALISIS DE RESULTADOS							X		
REDACCION DE DISCUSION							X		
REDACCION DEFINITIVA							X		
ENTREGA DEL BORRADOR AL CORRECTOR								X	
ENTREGA DEL EMPASTADO								X	
DEFENSA DE TESIS									X

REFERENCIAS

- Alarcón, R., Mazzotti, G., Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría. El Manual Moderno*. Washington.
- Al-Harasi, S., Ashley, P., Moles, D., Parekh, S., Walters, V. (2010). *Hypnosis for children undergoing dental treatment (Review)*. Cochrane Database. 4:8.
- Armfield, J., Spencer, A., Stewart, J. (2006). *Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist?* Aust Dent J; 51:78-85.
- Arntz, A., Van Eck, M., Heijmans, M. (1990). *Predictions of dental pain: the fear of any expected evil, in worse than evil itself*. 28:29-41.
- Astrom, A., Skaret, E., Haugejorden, O. (2011). *Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007*. BMC Oral Health. 11:10.
- Bare, L., Dundes, L. (2004). *Strategies for Combating Dental Anxiety*. 68(11):1172-7
- Bedi, R., Sutcliffe, P., Donnan, P., Barret, N., McConnachie, J. (1992). *The prevalence of dental anxiety in a group of 13 and 14 year old Scottish children*. International Journal of Pediatric Dentistry. 2:17-24.
- Bellagamba, H., Pereyra, L., Preliasco, F. (2003). *Psicología. Unidad temática*. Buenos Aires.
- Boj, M., García, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven*. Madrid: Rispano S.A.
- Boman, U., Lundgren, J., Elfström, M., Berggren, U. (2008). *Common use of a Fear Survey Schedule for assessment of dental fear among children and adults*. Int J Paediatr Dent. 18(1):70-6.
- Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, M. (2010). *Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Capponi, R. (2002). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Santiago: Editorial Universitaria.

- Caraciolo, G., Colares, V. (2004). *Prevalência de medo e/ou ansiedade relacionados à visita ao dentista em crianças com 5 anos de idade nascidas do Recife*. Rev Odonto Ciênc. 19(46):348-53.
- Carrillo, M., Crego, A., Romero, M. (2012). *El miedo dental en la infancia y adolescencia. Implicaciones para la salud oral*. USA
- Caycedo, C., Cortés, O., Gama, R., Rodríguez, H., Colorado, P., Caycedo, M., Barahona, G., Palencia, R. (2008). *Ansiedad al tratamiento odontológico: Características y diferencias de género*. 15(1). Recuperado de <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/Article/26>
- Corah, N. L. (1969). *Development of a Dental Anxiety Scale*. Journal of Dental Research, 48, 596.
- De Jongh, A., Muris, P., TerHorst, G., Duyx, M. (1995). *Acquisition and maintenance of dental anxiety: the role of conditioning experience and cognitive factors*. 33:205-10
- Doerr, P., Lang, W., Nyquist, L., Ronis, D. (1998). *Factors associated with dental anxiety*. 129:1111-9.
- Eitner, S., Wichmann, M., Paulsen, A., Holst, S. (2006). *Dental anxiety – an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health*. 33:588-93.
- Erazo, J. *Sobre la educación privada y la pública. Un primer acercamiento a sus implicaciones en el Ecuador*. Recuperado de http://www.planamanecer.com/recursos/docente/basica2_7/articulospedagogicos/educprivadaypublica.pdf
- Erten, H.; Akarlan, Z.; Bodrumulu, E. (2007). *Niveles de miedo y ansiedad dental en pacientes de una clínica dental*. Recuperado de <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloid=545689>
- F.M.D. Oosterink, A. de Jongh., I.H.A. Aartman. (2009). *Negative events and their potential risk of precipitating pathological forms of dental anxiety*. Journal of anxiety disorders.

- Fernández Parra, A. y Gil Rosales, J. (1991). *Odontología Conductual: Una revisión de las áreas y procedimientos de intervención*. Barcelona: Martínez Roca
- Gilberti, E. (2002). *Los malos tratos y las violencias contra niños y niñas*. Actualidad psicológica.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos
- Irwin, G., Sarason, B. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- Lahmann, C., Schoen, R., Henningsen, P., Ronel, J., Muehlbacher, M., Loew, T., Nickel, M., Doering, S. (2008). *Brief relaxation versus music distraction in the treatment of dental anxiety: a randomized controlled clinical trial*. J Am Dent Assoc. 139(3):317-24.
- Landier, W., Tse, A. (2010). *Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure-related pain, anxiety, and distress in pediatric oncology: an integrative review*. J Pediatr Nurs. 25(6):566-79.
- Lara, A., Crego, A., Romero, M. (2012). *Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear*. Int J Paediatr Dent. 22(5):324-30.
- Lee, C., Chang, Y., Huang, S. (2008). *The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children*. Int J Paediatr Dent. 18(6):415-22.
- Lima, M., Casanova, Y. (2006). *Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico*, 6(1).
- Livia, O., Manrique, E. (2001). *Niveles de Ansiedad, Cogniciones Dentales Negativas y Capacidad de Control en la Atención Odontológica*. Revista de Psiquiatría y salud mental. 2(1). Recuperado de <http://www.hhv.gob.pe/revista/indice.htm>
- Locker, D., Liddell, A. (1991). *Correlates of dental anxiety among older adults*. 70:198-203.
- Mardomingo, M. (1994). *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos S.A.

- McGrath, C., Bedi, R. (2004). *The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain*. Community Dent Oral Epidemiology. 32(1):67-72.
- Milgrom, P., Mancl, L., King, B., Weinstein, P. (1995). *Origins of childhood dental fear*. 33 (3):313-9.
- Moore, Brodsgaard y Rosenberg. (2004). *The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study*. BMC Psychiatry.
- Moore, R., Bim, H., Kirkegaard, E., Brodsgaard, I., Scheutz, F. (1993). *Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults*. 21:292-6
- National Center for Educational Statistics. Recuperado de <http://nces.ed.gov/programs/coe/glossary/s.asp>
- Paryab M., Hosseinbor M. (2013). *Dental anxiety and behavioral problems: a study of prevalence and related among a group of Iranian children aged 6-12*. Journal of Indian society of Pedodontics and preventive dentistry. 31(2), 82-86. Doi 10.4103/0970-4388.115699.
- Pérez N., González C., Guedes A., Nahas M. (2002). *Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad*. Revista Cubana de Estomatología. 39(3).
- Rivera, Z., Fernández, P. (2005). *Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños*. Revista latinoamericana de psicología. 37(3). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0120-05342005000300002&script=sci_arttext&tlng=es
- Sánchez, A., Toledano, M., Osario, R. (2004). *Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento*. 20(4). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000400005
- Stouthard, M., Hoogstraten, J. (1990). *Prevalence of dental anxiety in the Netherlands*. Community Dent Oral Epidemiol; 18:139-42.

- Taani Q. (2002). *Dental attendance and anxiety among public and private schoolchildren in Jordan*. International dental journal. 52, 25-29.
Doi10.1111/j.1875-595X.2002.tb00593.x
- Ter Horst, G., De Wit CA. (1992). *Review of behavioural research in dentistry*. 43: 265-78.
- Tickle M., Milsom K., Crawford F., Aggarwal V. (2013). *Dental Anxiety is considerably associated with experience during dental procedures*. J Evid Base Dent Pract.13, 29-30.
- Townend, E., Dimigen, G., Diane, F. (2000). *A clinical study of child dental anxiety*. Behaviour Research and Therapy. 38(1):31-46.
- Wright, F., Giebartowski, J., McMurray, N. (1991). *A national survey of dentist's management of children with anxiety or behaviors problems*. 36(5):378-83.
- .

ANEXOS

Santo Domingo, ____ de _____ del 2015.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con número de cédula
_____, representante del niño(a)
_____ autorizo que mi hijo(a) participe en
la investigación "*Prevalencia de ansiedad y factores asociados a la misma en
niños de 7 a 11 años*" y proporcionar los datos necesarios para la realización
del estudio en la Unidad Educativa 20 de Mayo por parte de la Srta. Claudia
Reytor González.

Firma

Santo Domingo, ____ de _____ del 2015.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con número de cédula
_____, representante del niño(a)
_____ autorizo que mi hijo(a) participe en
la investigación "*Prevalencia de ansiedad y factores asociados a la misma en
niños de 7 a 11 años*" y proporcionar los datos necesarios para la realización
del estudio en la Unidad Educativa Antonio Neumane por parte de la Srta.
Claudia Reytor González.

Firma

Cuestionario de ansiedad dental Corah

Nº de formulario: _____

Fecha: __/__/__/

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Subraye la respuesta que Ud. crea en cada una de las preguntas

1. Si tuvieras que ir al dentista mañana para un chequeo, ¿Cómo te sentirías al respecto?

- a. Espero con interés a ella como una experiencia razonablemente agradable.
- b. No me importaría una manera u otra.
- c. Me sentiría un poco incómodo al respecto.
- d. Tendría miedo de que fuese desagradable y doloroso.
- e. Estaría muy asustado de lo que el dentista haría.

2. Cuando estás esperando en el consultorio del dentista su turno en la silla, ¿Cómo te sientes?

- a. Relajado
- b. Un poco incómodo
- c. Tenso
- d. Ansioso
- e. Tan ansioso que a veces sudo o casi me siento físicamente enfermo

3. Cuando estás en la silla del dentista esperando mientras el dentista pone el taladro (turbina) listo para comenzar a trabajar en los dientes, ¿Cómo te sientes?

- a. Relajado
- b. Un poco incómodo
- c. Tenso
- d. Ansioso
- e. Tan ansioso que a veces sudo o casi me siento físicamente enfermo.

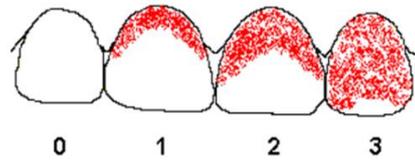
4. Imagina que estás en la silla del dentista para una limpieza dental. Mientras usted está esperando y el dentista sale con los instrumentos que se utilizarán para raspar los dientes alrededor de las encías, ¿cómo te sientes?

- a. Relajado
- b. Un poco incómodo
- c. Tenso
- d. Ansioso
- e. Tan ansioso que a veces sudo o casi me siento físicamente enfermo

VALOR TOTAL: _____

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO-CPOD

Piezas				0-1-2-3
16		17		
26		27		
11/51		21/61		
31/71		41/81		
36		37		
46		47		
Total				



18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

C	P/e	O	D

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de Inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38

Acceso a tecnología		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	20
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Poseción de bienes		porcentaje
		Resales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	54
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		porcentaje
		Resales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado Internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

FIGURAS



Figura 1. A) Firma de consentimiento informado con los padres de familia.
B) Encuesta de ansiedad a los niños. C) Revisión odontológica general.
D) Charla a los escolares.

