



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

TESIS

RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD DE LOS ALUMNOS Y
LA CONDUCTA DEL PACIENTE EN LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA I, DE LA UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS, MARZO DEL 2017.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: QUIJANO LOYA, CRISTHIAN WALTHER

ASESORA: CD. LEYLA BAMONDE SEGURA

LIMA – PERÚ

2017

TESIS

RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD DE LOS ALUMNOS DE
LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA I Y LA
CONDUCTA DEL PACIENTE, EN LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS
PERUANAS, MARZO DEL 2017.

PRESENTADO POR:

BACHILLER: QUIJANO LOYA, CRISTHIAN WALTHER

ASESORA: CD. LEYLA BAMONDE SEGURA

EJE TEMATICO: ANSIEDAD EN LOS OPERADORES.

LIMA – PERÚ

2017

Este trabajo lo dedico a mis padres Walter y Santosa, hermano Klein que me guía desde el cielo, familiar y mi novia Sandra, los que confiaron siempre y son de gran inspiración para mí.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor, la Dra. Bamonde , por su tiempo y gran apoyo incondicional durante la ejecución de todo el proyecto de investigación.

A la Dra. Esp. Miriam Del Rosario Vásquez Segura, Directora de la Escuela Profesional de Estomatología, por ser guía y ejemplo.

A los odontólogos que colaboraron en el estudio y a los alumnos de la Clínica Pediátrica de la UAP, por su apoyo incondicional en el estudio.

A todos los docentes de la Universidad Alas Peruanas, por su aprendizaje y confianza, durante mi etapa universitaria.

A Sandra Ortiz, mi compañera; quien me brindó su apoyo incondicional en la elaboración de este proyecto de investigación.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre la ansiedad de los alumnos y la conducta del paciente niño atendido en la Clínica Estomatológica Pediátrica I en marzo del 2017. El diseño del estudio fue de tipo cualitativo, no experimental, transversal y correlacional. Se consideró como población a 115 niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I de la Universidad Alas Peruanas y a los estudiantes que los atendían. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de dos instrumentos: la Escala de Frankl, la que mide el comportamiento de los niños durante la atención dental, y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, la que mide el estado ansioso de los alumnos operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I. Las asociaciones de variables fueron realizadas mediante las pruebas de Chi cuadrado y Kruskal Wallis, y el análisis de correlación de Spearman con un nivel de significancia de 0,05.

Los resultados obtenidos demostraron que la mayor parte de alumnos de ambos sexos presentan un nivel de ansiedad media durante la atención de niños, sin que haya relación significativa entre el género y el nivel de ansiedad. Asimismo, la mayor parte de estudiantes de 21 a 23 años presentan un nivel de ansiedad alto, los de 24 a 26 años y mayores de 26 un nivel de ansiedad medio, aunque no existe relación significativa entre la edad y el nivel de ansiedad. La mayor parte de los niños atendidos de ambos sexos presentan una conducta positiva, sin que haya relación significativa entre el género y la conducta. Asimismo, la mayor parte de niños de 6 a 7 años presentan una conducta positiva durante la atención, los de 8 a 9 años presentan tanto conducta positiva como

definitivamente positiva y los niños de 10 a 12 años presentan principalmente una conducta definitivamente positiva, aunque no existe relación significativa entre la edad y la conducta en la atención odontológica.

Se llegó a la conclusión que entre el estado de ansiedad de los alumnos operadores y la conducta del paciente niño atendido en la Clínica Estomatológica Pediátrica I si hay relación

Palabras clave: Ansiedad, comportamiento, atención dental.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the relationship between the anxiety of the students and the behavior of the pediatric patient attended in the Pediatric Dental Clinic I in March, 2017. The study design was of a quantitative, non-experimental, cross-sectional and correlational type. A total of 115 children attended at the Pediatric Dental Clinic I of Alas Peruanas University and the students who attended them were considered as a population. Data collection was done through the application of two instruments: the Frankl Scale, which measures the behavior of children during dental care, and the Trait-State Anxiety Inventory, which measures the anxious state of student operators of the Pediatric Stomatologic Clinic I. The associations of variables were performed using the Chi square and Kruskal Wallis tests and the Spearman correlation analysis with a significance level of 0.05.

Results showed that most of students of both genders present an average level of anxiety during the care of children, with no significant relationship between gender and level of anxiety. Likewise, the majority of students aged 21 to 23 years have a high level of anxiety, those aged 24 to 26 years and over 26 have an average level of anxiety, although there is no significant relationship between age and level of anxiety. Most of the children cared for by both sexes present positive behavior, with no significant relationship between gender and behavior. Likewise, most children from 6 to 7 years of age present positive behavior during the care, those from 8 to 9 years present both positive and definitively positive behavior and children from 10 to 12 years present mainly positive behavior, although there is no significant relationship between age and behavior in dental care.

It was concluded that there is a relation between the anxiety state of the student operators and the behavior of the patient child attended in the Pediatric Dental Clinic I.

Key words: Anxiety, behavior, dental attention.

CARATULA.
DEDICATORIA.
AGRADECIMIENTO.
RESUMEN.
ABSTRACT.

ÍNDICE

	Pág.
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática	15
1.1.1 Formulación del problema	16
1.1.2 Problema principal	16
1.1.3 Problemas específicos	16
1.2 Objetivo de la investigación	16
1.2.1 Objetivo principal	16
1.2.2 Objetivos específicos	17
1.3 Justificación	17
1.3.1 Justificación del estudio	17
1.3.2 Importancia del estudio	17
1.3.3 Limitaciones	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio	20
2.2 Base teórica	29
2.3 Definición de términos	46
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Hipótesis de investigación	48
3.2 Variables de investigación	48
CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO	
4.1 Diseño metodológico	50
4.2 Diseño muestral.	50

4.2.1 Población	50
4.2.2 Muestra	51
4.3 Técnica de recolección de datos	52
4.4 Técnicas de procesamiento de la información	53
4.5 Técnicas estadísticas para el análisis de la información	55

CAPITULO IV: RESULTADOS

5.1 Descripción de resultados	56
5.2 Contrastación de hipótesis	67
5.3 Análisis inferencial	68
5.4 Discusión	69
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
FUENTES DE INFORMACIÓN	76

ANEXOS	80
--------	----

ANEXO 1: Consentimiento informado

ANEXO 2: Ficha de recolección de datos – Inventario IDARE

ANEXO 3: Ficha de recolección de datos – Escala de Frankl

ANEXO 4: Matriz de consistencia

ANEXO 5: Ilustraciones

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla N°1 Nivel de ansiedad que presentan los alumnos de la CEP I, según el género.	56
Tabla N°2 Nivel de ansiedad que presentan los alumnos de la CEP I, según la edad.	58
Tabla N°3 Comportamiento del niño atendido en la CEP I, según el género.	61
Tabla N°4 Comportamiento del niño atendido en la CEP I, según la edad.	63
Tabla N°5 Correlación entre el nivel de ansiedad del operador y el comportamiento del niño atendido en la CEP I.	65

LISTA DE GRAFICOS

	Pag.
Gráfico N°1A Estado de ansiedad que presentan los alumnos de la CEP I, según el género.	57
Gráfico N°1B Rasgo de ansiedad que presentan los alumnos de la CEP I, según el género.	58
Gráfico N°2A Estado de ansiedad que presentan los alumnos de la CEP I, según la edad.	60
Gráfico N°2B Rasgo de ansiedad que presentan los alumnos de la CEP I, según la edad.	60
Gráfico N°3 Comportamiento del niño atendido en la CEP I, según el género.	62
Gráfico N°4 Comportamiento del niño atendido en la CEP I, según la edad.	64
Gráfico N°5 Correlación entre el nivel de ansiedad del operador y el comportamiento del niño atendido en la CEP I.	66
FOTOS	88
Foto # 1	88
Foto # 2	88
Foto # 3	88

INTRODUCCIÓN

La odontología puede ser una profesión que provoque ansiedad. Esta declaración indudablemente invocaría una gran cantidad de discusiones de acuerdo a la experiencia de muchos dentistas practicantes. Los dentistas encuentran numerosas fuentes de ansiedad y estrés comenzando en los estudios de pregrado en la universidad, al entrar en la práctica clínica pueden encontrar que el número y la variedad de factores de estrés y ansiedad a menudo crecen. Los estudiante en la clínica experimentan numerosos problemas en el lugar de estudios, financieros, de gestión de práctica y de la sociedad a la que atiende para los que a menudo no están preparados. Para algunos, estos problemas pueden afectar significativamente su salud física, salud mental o ambos. Pueden producirse trastornos clínicos como el estrés laboral (burnout), la ansiedad extrema y la depresión. Estos trastornos pueden crear ciertos efectos negativos sobre las relaciones profesionales de los dentistas con sus pacientes, siendo impredecible en el caso de los pacientes pediátricos, ya que éstos pueden modificar su comportamiento afectando a la atención brindada. Afortunadamente, las modalidades de tratamiento y las estrategias de prevención pueden ayudar a los dentistas a superar y evitar estos trastornos.

La naturaleza de la relación entre el operador y el paciente pediátrico es de suma importancia. Los pacientes tienden a ser más tranquilos cuando el dentista proyecta confianza. Los estudiantes de odontología que se preparan para una carrera profesional no sólo debe aprender las técnicas dentales, sino también cómo hacer frente a los pacientes, el miedo y la ansiedad en niños así como también a su propias emociones.

El propósito del presente estudio es conocer la relación que existe entre la ansiedad de los alumnos y la conducta del paciente niño atendido en la Clínica Estomatológica Pediátrica I en marzo del 2017.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En la actualidad vemos que la labor del Odontólogo es muy diversa, muchas veces tomando el trabajo en el consultorio dental en forma rutinaria, incluyendo factores que desencadenan estrés y ansiedad. Al igual que ellos, los estudiantes de odontología que cursan ciclos de clínica estomatológica, requisito indispensable para completar el plan de estudios de la carrera, además del trabajo académico característico de cualquier estudiante universitario, deben tratar pacientes tan igual como lo haría un profesional. En ciertos casos, como en los pacientes pediátricos, se genera aún más ansiedad puesto que ellos requieren cierto ambiente de tranquilidad, seguridad y amistad que muchas veces es alterada por el grado de ansiedad del operador generando una barrera entre la relación odontólogo – padre – niño.

El estudiante de odontología en el cumplimiento del plan curricular de la carrera debe conseguir a los pacientes ideales para cada tratamiento requerido, asegurarse que éste asista a sus citas y por si fuera poco tratar de mantener la calma ante los tratamientos que deba realizar, generando unos más ansiedad que otros.

El paciente niño puede cambiar de actitud a cada momento. Si bien la observación ectoscópica asiste al odontólogo en conocer al niño, es muy difícil predecir la conducta que éste tomará cuando es atendido en el sillón dental. Para un operador inexperto, como son los estudiantes, lidiar con niños que pueden presentar desde un normal miedo a la aguja hasta niños que lloran, se niegan a abrir la boca o no se pueden mantener sentados en el sillón se consideran

factores relevantes. Sumado a ello la presión del alumno para completar el tratamiento por razones de calificación académico, hace que la ansiedad sea muy prevalente en las prácticas profesionales. Sin embargo no todos los estudiantes reaccionan de la misma manera ante las mismas conductas de los pacientes.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es la relación entre la ansiedad de los alumnos y la conducta del paciente niño atendido en la Clínica Estomatológica Pediátrica I en marzo del 2017?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad que presentan los alumnos de la Clínica estomatológica pediátrica I en marzo del 2017, según el género y la edad?
- ¿Cuál es la conducta del paciente niño durante la atención en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en marzo del 2017, según el género y edad?
- ¿Cuál es la correlación entre el nivel de ansiedad y la conducta del paciente niño durante la atención en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en marzo del 2017?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo principal

Determinar la relación entre la ansiedad de los alumnos y la conducta del paciente niño atendido en la Clínica Estomatológica Pediátrica I en marzo del 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

- Conocer el nivel de ansiedad que presentan los alumnos de la Clínica estomatológica pediátrica I en marzo del 2017, según el género y la edad.
- Determinar la conducta del paciente niño atendido en la clínica durante la atención en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en marzo del 2017, según el género y edad.
- Conocer la correlación entre el nivel de ansiedad y la conducta del paciente niño durante la atención en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en marzo del 2017.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación.

La importancia de este trabajo se basa en determinar y dar a conocer el nivel de ansiedad de los operadores de la clínica estomatológica pediátrica I. Esto nos lleva a despertar el interés por realizar estudios e investigaciones en el futuro que ayuden a encontrar métodos y hábitos para controlar dichos niveles de ansiedad, de esta manera la salud tanto mental como física no tenga incidencia en los procedimientos odontológicos de los pacientes pediátricos, por lo tanto

asegurar el éxito de los tratamientos y controlar el estado de ansiedad del alumno para lograr un mejor desempeño en su trabajo clínico – académico.

En la biografía existen numerosos estudios centrados en la ansiedad que puede presentar el paciente pediátrico al tratamiento odontológico, así como también sobre la ansiedad del alumno de odontología como operador del paciente niño.

El presente estudio tiene una importancia clínica ya que podremos evidenciar la asociación entre el nivel de ansiedad de los operadores en relación al tipo de conducta que presentan los pacientes niños, en el desempeño del trabajo clínico, ayudando así al operador a identificar el nivel de ansiedad que presenta y poder utilizar recursos que le ayuden a controlar la ansiedad.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

El presente estudio es viable ya que el investigador cuenta con los recursos financieros y materiales para realizar la recolección de datos, así como el conocimiento necesario y la ayuda de su asesora para el desarrollo de la investigación. Por otro lado, el estudio se realizará en los ambientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, institución de donde el investigador ha egresado.

1.4.3 Limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio se basan en la subjetividad que presenta la ansiedad, con varios factores de impacto, sería imposible estudiar las variables intervinientes en la relación entre la ansiedad y la conducta del paciente odontopediátrico.

En la toma de la muestra el operador podría modificar su estado emocional al ser observado por personas ajenas que se encuentren al momento de ser encuestados y eso puede alterar en los resultados, la inasistencia de los pacientes a sus respectivas citas debido a diversos inconvenientes en casa no permite realizar el cuestionario de los operadores.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales.

María Patricia Lopera Ossa et al. (2012) realizaron un estudio donde determinaron el manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. Se realizó un estudio transversal y descriptivo, en una población de 211 estudiantes, con una muestra representativa de 137 estudiantes de semestres de séptimo a décimo. La técnica de muestreo utilizada fue el muestreo aleatorio simple, y la participación del estudiante fue voluntaria. A cada estudiante se le realizó una encuesta de 15 preguntas de selección múltiple, algunas de las cuales requerían justificación. Se indagó sobre diferentes aspectos relacionados con la clínica de Odontopediatría, entre otros: el tipo de comportamiento según la escala de Frankl y las técnicas de manejo de la conducta del paciente pediátrico; por otra parte, la influencia del motivo de consulta, el acompañamiento del docente y familiar como factores que podrían influir en el comportamiento del niño. Se encuestaron 137 estudiantes matriculados en las clínicas de Odontopediatría entre los semestres séptimo a décimo; de estos, el 25,5% estaba en séptimo semestre, el 27,0%, en octavo, el 24,1%, en noveno, y el 23,4%, en décimo. El rango de edad estuvo entre los 19 y 45 años, con un promedio de $23,6 \pm 3,5$ años; el 70,1%. El 47,4% de los estudiantes expresa que el motivo de consulta influye en el comportamiento del niño, y el 57% no ven este como un determinante en el comportamiento, y lo explican al relacionarlo con

otros factores como miedo y ansiedad, comportamientos subjetivos o la relación del niño con el entorno familiar. Los estudiantes refieren que el tipo de conducta más frecuente del paciente pediátrico al momento de la consulta es la positiva y totalmente positiva en un 70%. En la clínica del niño, la técnica más utilizada fue decir-mostrar-hacer, en 78,1%, seguida de refuerzo positivo en 45,3%, y la menos utilizada fue la técnica mano sobre boca en 58,4%. El 91,9% de los estudiantes refiere entre muy fácil y fácil la utilidad de la técnica de manejo decir-mostrar-hacer. Cuando se relacionan las técnicas de manejo con el tipo de comportamiento del paciente pediátrico, el 74,5% de los estudiantes recurre a la técnica decir-mostrar-hacer en un comportamiento positivo; el 65,7%, a la misma técnica en un comportamiento totalmente positivo; el 41,6%, a la técnica control de voz en un comportamiento negativo, y el 56,9% a la técnica restricción física, en un comportamiento totalmente negativo. En relación con las técnicas de manejo con edades comprendidas entre los 2 a 4 años, 5 a 7 años y 8 a 10 años de edad, la técnica más utilizada fue: decir - mostrar - hacer, en 47,8, 54,4 y 55,5%, respectivamente. Durante la atención clínica del niño, el estudiante estuvo casi siempre acompañado en 48,9%, y siempre estuvo con el acompañamiento del docente en 35%, contra 12,4% casi nunca, que respondió que nunca tuvieron el acompañamiento del docente. De igual manera, se atribuyó en gran parte el éxito del tratamiento por el acompañamiento del docente en 79,6%, pues el docente es una guía y es quien aprueba el tratamiento. Acompañamiento del docente durante la atención clínica del paciente pediátrico por el estudiante.¹

Corsini MG et al. (2013) realizó un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia de los niveles de ansiedad (rasgo y estado) en los alumnos de Odontología de la Universidad de Temuco en la ciudad de Temuco - Chile. Se realizó un estudio de corte transversal basado en una cohorte estratificada por avance curricular, edad y sexo, evaluada con el cuestionario IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo Estado). La muestra fue constituida por 269 alumnos de primer a quinto año quienes consintieron participar y estar presentes en la actividad. El 56,9% correspondió a mujeres y 43,1% a hombres, la edad promedio fue 21,9 años (DE \pm 2,94). Los puntajes promedios de escala Ansiedad-Estado fueron 45,3 (2° semestre); 46,4 (4° semestre); 48,7 (6° semestre); 48,8 (8° semestre) y 55,5 (10° semestre) ($p=0,0002$). En la escala Ansiedad-Rasgo, los promedios fueron 36,4; 41,5; 43,9; 41,5 y 47,0 respectivamente ($p=0,0000$). Según sexo, en las escalas Ansiedad-Estado y Ansiedad- Rasgo no se observaron diferencias significativas ($p>0,05$). Según edad, la escala Ansiedad-Estado presenta asociación significativa y correlación baja ($p=0,0122$, $r=0,1523$). La correlación no fue significativa para edad en la escala de Ansiedad-Rasgo ($p=0,0597$, $r=0,1147$). La ansiedad aparece como fenómeno frecuente en nuestros estudiantes con tendencia al aumento según su avance curricular. La relación de estos niveles con sexo y edad no fue significativa.¹

Shankarapillai R. et al. (2013) evaluaron la eficacia del yoga en la reducción de la ansiedad de los estudiantes de odontología antes de su primera cirugía periodontal. Un estudio controlado aleatorio utilizando un diseño de dos vías se llevó a cabo en el departamento de periodoncia del Pacific Dental College,

Udaipur, India. Cien estudiantes de odontología clínicos que estaban listos para realizar su primera cirugía periodontal fueron seleccionados. Los estudiantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos y se les dio una sesión de 60 min en la reducción del estrés. Grupo A, grupo de intervención con yoga, fueron instruidos para hacer yoga y sus actuaciones fueron monitoreados durante un periodo de una semana y el Grupo B, grupo de control, se les dio una conferencia sobre la reducción de la ansiedad y sin ninguna instrucción de yoga. El investigador que desconocía los grupos había tomado la puntuación de ansiedad rasgo –estado de los estudiantes tres veces a) antes de asignar a cada grupo, b) antes para el procedimiento quirúrgico y c) inmediatamente después de la actuación de la cirugía. Análisis estadístico de ocasión: Los análisis de varianza (ANOVA) por SPSS V.16. Los resultados estadísticos mostraron una reducción significativa en la VAS y el estado de ansiedad rasgo del Grupo A en comparación con Grupo B (ANOVA, $p < 0,001$), sin haber diferencia entre edad ni sexo. Este estudio concluyó que la respiración yóguica tiene un efecto significativo en la reducción del nivel de ansiedad rasgo Estado de los estudiantes de odontología.⁹

Martínez C. (2013) realizó un estudio donde midió el nivel de ansiedad de los estudiantes de Odontología, respecto a la atención de pacientes atendidos en la clínica del Área de Odontopediatría de la facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, Guatemala. La investigación se realizó con una muestra de ciento cincuenta odontólogos practicantes, divididos en tres grupos, cada uno de cincuenta estudiantes, de acuerdo al nivel académico, en este caso, cuarto año, quinto y quinto pendientes de requisitos clínicos, los cuales fueron

seleccionados al azar, sin tomar en cuenta el género, ni edad. La recaudación de los datos se hizo mediante test psicológicos de ansiedad IDARE; dicho test evalúa en su primera parte la ansiedad de tipo situacional (SE), y la segunda parte se refiere a una ansiedad residente (SR), es decir determina si la persona es ansiosa durante toda su vida y no solamente en ocasiones específicas. Se les pidió a los estudiantes que voluntariamente respondieran al test, contando cada parte de este con veinte preguntas, y cuatro opciones en cada pregunta de acuerdo al nivel, debiendo marcar una opción solamente, la prueba no tiene un tiempo determinado, pero de acuerdo al inventario evaluativo, se contempla que un tiempo de 15 minutos es razonable, aunque ningún estudiante se excedió de 10 minutos. Se determinó que los odontólogos practicantes, experimentan niveles ansiosos elevados en la clínica odontopediátrica, no importando el nivel académico, y que hay una leve diferencia ascendente de cuarto año, que no es significativa. Es decir el comportamiento de los tres grupos es similar.¹²

Piazza-Waggoner C. et al. (2013) en su estudio describieron el nivel de ansiedad de los estudiantes de odontología durante su formación. La ansiedad de los estudiantes es probable que sea especialmente alta cuando realizan su primer procedimiento de restauración pediátrica. Los objetivos de este estudio fueron proporcionar una descripción del nivel de ansiedad de los estudiantes de odontología “y típicas estrategias de afrontamiento y evaluar el uso de una gestión de la angustia, intervención para reducir la ansiedad en torno a su primer procedimiento restaurador pediátrico. Los estudiantes fueron asignados aleatoriamente a un manejo de la ansiedad y un grupo de control de atención. El grupo de gestión recibió capacitación sobre estrategias de relajación (respiración

profunda, relajación muscular progresiva). El grupo control asistió a una conferencia sobre la relación entre el estrés, la ansiedad y la salud. No se encontraron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad de los grupos relacionados con su primer procedimiento restaurador pediátrico.¹³

Méndez A. (2014) midió el nivel de ansiedad de los odontólogos generales, respecto a la atención de pacientes niños atendidos en una clínica privada, ciudad universitaria, Guatemala . La investigación se realizó con una muestra de 68 odontólogos graduados, divididos en cuatro grupos, sobre la base del tiempo de experiencia en la profesión, se dividieron así: de 0-5 años de experiencia, 6-10 años, de 11-15 y de 16 años a más; los cuales fueron seleccionados al azar, sin tomar en cuenta el género, ni la edad. La muestra se tomó de una población total de 804 odontólogos y se incluyó solamente aquellos que referían atender pacientes niños, los cuales fueron de 289. La recolección de los datos se hizo mediante el inventario IDARE. Se determinó que los odontólogos que tienen un nivel de experiencia de 0-5 años presentan mayores niveles de ansiedad previa a la consulta del paciente niño en la clínica privada comparado con profesionales que tienen más tiempo de experiencia. Asimismo no hubo diferencia significativa de género ya que tanto los odontólogos como las odontólogas presentan similares proporciones en cuanto a distribución de los niveles de ansiedad. En general, el mayor porcentaje de los profesionales de la Odontología no presenta niveles de ansiedad residente muy elevados que puedan ocasionar trastornos de personalidad.⁶

Esser de Rojas J. et al. (2015) realizaron un estudio con el propósito de medir los niveles de ansiedad rasgo-estado y establecer su correlación con la autovaloración afectiva en estudiantes de Odontología de la Universidad de Carabobo, Venezuela. La muestra estuvo constituida por 82 estudiantes de primero y cuarto año. Se utilizaron como instrumentos de medición el inventario IDARE y la Escala de Autovaloración Afectiva. Estadísticamente se calcularon las pruebas “t” de Student, y Correlación de Pearson. Los resultados establecen que 78% de los estudiantes de cuarto año y 79 % de primer año, evidencian “muy alto” grado de valoración afectiva; 86% y 91% de los estudiantes respectivamente, presenta niveles de ansiedad “moderada”. Hay una relación significativa (0.0328), entre las variables. Se concluye que se está en presencia de un grupo satisfecho de su ámbito familiar, académico y social, pero, que presentan significativos niveles de ansiedad rasgo-estado, y que a mayor nivel de autovaloración afectiva, menor es el estado de ansiedad manifiesta.¹¹

Chipchase S. et al. (2017) Realizaron un estudio con el propósito de desarrollar una medida de la ansiedad de los dentistas en situaciones clínicas; además, buscaron establecer si la ansiedad de los dentistas en situaciones clínicas afectó su auto-reporte de toma de decisiones clínicas, y si el estrés ocupacional, como el burnout, está asociado con la ansiedad en situaciones clínicas y la toma de decisiones clínicas. Para ello utilizaron un diseño descriptivo transversal. Ajuste del cuidado dental primario. Una batería de cuestionarios [Inventario de burnout de Maslach (IBM), Cuestionario de toma de decisiones de Melbourne (CTDM), Cuestionario sobre afrontamiento de incertidumbre (CAI), y la Escala de ansiedad de los dentistas ante situaciones clínicas (EADS), para medir la

ansiedad y los cambios en el tratamiento, fueron distribuidos a los dentistas de Nottinghamshire y Lincolnshire. Los datos demográficos fueron recolectados y los dentistas dieron ejemplos de situaciones que provocan ansiedad y sus respuestas a ellas. Los encuestados reportaron la ansiedad en varias situaciones clínicas en una escala de Likert de 11 puntos (EADS-A) y los cambios autoinformados en los procedimientos clínicos (Sí / No; EADS-C). La EADS se validó mediante múltiples pruebas t y un análisis de componentes principales. Se exploraron las diferencias en las calificaciones del EADS-A y burnout, la toma de decisiones y el manejo de la incertidumbre usando correlaciones de Pearson y análisis de regresión múltiple. El EADS-A reveló una estructura de cuatro factores y tenía una alta fiabilidad interna (α de Cronbach = 0,94). Aquellos con mayor puntaje de EADS-A fueron más propensos a informar los cambios en los procedimientos clínicos (puntaje EADS-C). La ansiedad se asoció con la autoestima y el estilo de toma de decisiones según lo medido por el CTDM y el IBM, aunque no con puntuaciones en la escala CAI. Se concluyó que la ansiedad de los odontólogos en situaciones clínicas afecta la forma en que los dentistas trabajan clínicamente, según se evalúa utilizando el EADS recién diseñado y validado. Esta ansiedad se asocia con medidas de burnout y con la toma de decisiones.¹⁰

2.1.2 Antecedentes nacionales

Mejía G. (2013) realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal que tuvo como propósito evaluar el nivel de ansiedad de los estudiantes de Estomatología, respecto a la atención de pacientes odontopediátricos en la clínica de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo, en una muestra de 57

estudiantes, divididos en dos grupos, cuarto y quinto año. Se aplicó el test psicológico, inventario IDARE, a los estudiantes antes y después de la realización de tratamiento invasivos y no invasivos. Los resultados muestran que el nivel de ansiedad-estado antes de realizar un tratamiento no invasivo fue bajo en 58.6% en estudiantes de quinto año, y en el 50% de cuarto año; al finalizar fue bajo en el 71.4% en cuarto año y 69% en quinto año. El nivel de ansiedad-estado antes de realizar un tratamiento invasivo en alumnos de cuarto año fue alto en 60.7% y en estudiantes de quinto año fue medio en 51.7%. Al concluir el tratamiento el nivel de ansiedad en cuarto año fue bajo en 50% y 51.7% en quinto año. Se concluye que los estudiantes experimentan niveles elevados de ansiedad antes de realizar un tratamiento invasivo en niños, con una diferencia estadísticamente significativa en cuarto año y que los estudiantes presentan niveles de ansiedad bajo y medio como parte de su vida cotidiana.⁸

Miler Perez Vera (2015). El presente trabajo de investigación titulado Grado de Ansiedad en el tratamiento dental y su relación con la Conducta de los niños atendidos en la Clínica Odontológica de La Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de la ciudad de Juliaca, 2014 tuvo como objetivo Relacionar la ansiedad en el tratamiento dental con la conducta de los niños atendidos en la clínica odontológica de la UANCV de Juliaca, 2014. Se estudió a los niños que asistieron a la clínica odontológica durante el periodo académico del 2014 II en niños de 7 a 11 años de edad. (Operaciones concretas Piaget). Siendo 500 niños atendidos. La muestra fue de 77 niños atendidos en la Clínica Odontológica. En la investigación se empleó para la variable grado de ansiedad la técnica comunicacional empleando el instrumento de escala de medición el (CFSS-DS),

para la variable comportamiento se utilizó la técnica de observación con la ficha de Escala de Valoración de la conducta de Frankl. Se llegó a los resultados. Los niños que no tuvieron ansiedad dental tuvieron una conducta positiva con 55,00% le sigue el 35,00% que optaron una conducta definitivamente positiva a diferencia de los niños con mucha ansiedad que su mayor porcentaje de 88,57% optaron una conducta definitivamente negativa; la prueba estadística es altamente significativa donde el grado de ansiedad tiene relación con la conducta en el tratamiento dental.¹⁰

2.2 Base Teórica

2.2.1. Ansiedad

La ansiedad es un estado o sensación de aprehensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor; resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más externo, cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse. En donde la causa permanece oculta para el observador y para el propio sujeto.⁶

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

2.2.1.1. Ansiedad y angustia

Se conoce la ansiedad por la vivencia de la misma, pero es difícil hablar de ella, aunque forme una parte muy importante, en algún momento dado, de la estructura de la vida de los sentimientos. Muchos psicólogos y psiquiatras investigadores la confunden con la angustia, de modo que las definen a la vez, aunque hagan ligeras diferencias etiológicas o fenomenológicas.¹⁴

La ansiedad se considera más psíquica, mientras que la angustia posee un carácter más somático. La angustia es la sensación de espera e inmovilización, mientras la ansiedad es la sensación de inquietud.^{14,15}

Durante mucho tiempo, el término angustia fue diferenciado de la ansiedad, caracterizando a la angustia como una expresión predominantemente somática en forma de constricción y opresión, vivenciada en un presente sufriente, es decir, por un sufrimiento físico general además de esa sensación difusa y generalizada de anticipación a un peligro, común a la ansiedad. Actualmente se lo utiliza como sinónimo de ansiedad, debido a que se considera a ambos como un estado psicológico desagradable acompañado frecuentemente de síntomas fisiológicos, descritos como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso. Aunque no se dispone de estudios epidemiológicos que estimen la prevalencia de los trastornos de ansiedad en general consensualmente se los considera trastornos muy frecuentes. Las cifras que se tienen oscilan entre un 15 y un 25% de probabilidad de incidencia de los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida.⁶

La ansiedad es un sentimiento experimentado prácticamente por todos los seres humanos. Es una sensación normal que acompaña a las personas durante todo su desarrollo, estando presente al vivir cambios y situaciones nuevas, como pueden ser el primer día de escuela, una primera cita, los exámenes, entrevistas de trabajo, enfrentarse a la muerte.⁶

2.2.1.2. Ansiedad normal

Se dice que es normal la ansiedad, cuando su intensidad y su carácter convienen a una situación dada y cuando sus efectos no causan desorganizaciones ni malas adaptaciones. La ansiedad normal cumple funciones útiles, pues incrementa la prontitud de la persona para la acción inmediata y vigorosa, le da sabor a la espera de algo placentero y suele ser la raíz de la risa y del goce.⁶

La ansiedad normal se caracteriza por una sensación de aprensión difusa, indiferenciada y generalizada ante una amenaza inespecífica, vaga u originada por algún conflicto. La persona ansiosa suele sentirse inquieta y puede presentar síntomas corporales como dolor de estómago, sequedad bucal, sudoración, dolor de cabeza. También se considera a la ansiedad como un signo de alerta que permite a las personas prepararse para enfrentar las amenazas ordinarias del ambiente, como un mecanismo para la supervivencia, es decir, se activa el sistema defensivo frente a una situación de peligro real. La ansiedad desaparece una vez que el peligro ha pasado.⁶

La ansiedad es una experiencia común a todos los seres humanos en mayor o menor medida y una característica constante de todos los comportamientos patológicos. Podríamos decir que todos o casi todos los comportamientos

patológicos del ser humano están acompañados por la experiencia y manifestaciones visibles de la ansiedad.^{14,15}

Sin embargo la ansiedad normal tiene desventajas. Si una persona no puede hacer nada en una situación que justificadamente la pone ansiosa, sufrirá sin propósito ninguno una sensación de tensión, de preocupación y de expectativa vaga. Con el tiempo tal tipo de reacción fatiga y agota los recursos de una persona. Incluso si la ansiedad prepara a la persona normal para una acción rápida y eficiente, la hace perder su libertad y su flexibilidad. La persona se limita sus intereses en la búsqueda de posibles peligros, a una predisposición a reaccionar y a una evitación de que se le pesque descuidada con posibles reacciones de agresividad o violencia.⁷

2.2.1.3. Ansiedad patológica

Al referirse a la ansiedad patológica, se habla de una respuesta inapropiada a un estímulo concreto en función de su intensidad o su duración. Se trata de un padecimiento importante sin un referente externo válido que es vivenciado por la anticipación de un futuro incierto, inseguro y amenazante acompañando de un sentimiento de inseguridad predominante. A diferencia de la ansiedad normal en la ansiedad patológica la persona no puede detener la reacción defensiva una vez que el peligro ha pasado.⁶

Esta ansiedad patológica puede generar una serie de trastornos que se denominan trastornos de ansiedad, que en líneas generales son una respuesta disfuncional basada en la sobrevaloración del grado de peligro (tanto de una estímulo interno como externo) y una subestimación de las habilidades o

recursos personales para afrontarlo. Un trastorno de ansiedad puede ser conceptualizado metafóricamente como un sistema de alarma hipersensitivo. El paciente patológicamente ansioso experimenta innumerables “falsas alarmas” lo que lo mantiene en un estado de estrés constante.⁶

En algunos casos, la ansiedad representa el único elemento patológico observable y entonces puede considerarse como una entidad nosográfica suficientemente individualizada (neurosis de ansiedad), mientras que en otros casos es solo uno más de los numerosos síntomas representados por el paciente y entra a formar parte de la sintomatología específica de diversos cuadros patológicos.^{14,15}

2.2.1.4. Ansiedad elevada y muy elevada

Se menciona como ansiedad elevada y muy elevada a la que interfiere con la conducta normal, con frecuencia necesita tratamiento terapéutico y farmacológico. La ansiedad elevada y muy elevada se cuantifica por medio de un test de psicometría y no es el mismo en todos los pacientes ya que hay parámetros por edad y sexo que determina la misma. La ansiedad elevada y muy elevada se puede determinar en cualquier momento por medio de un test.¹⁴

2.2.1.5. Estrés y ansiedad.

En relación a estrés, debemos saber que “stress” es una palabra inglesa que significa carga y “strain” tensión o esfuerzo. Selye, por no tener un buen conocimiento del inglés tomó equivocadamente la palabra “stress” en lugar de “strain” para designar la reacción fisiológica de un organismo ante cualquier demanda. Cuando quiso rectificar ya el vocablo “stress” se había impuesto y tuvo

que acuñar el neologismo “stressor” para designar en el léxico médico el factor demanda o amenaza. Selye definió el estrés como la respuesta del organismo a contrarrestar o prevenir las amenazas, es decir, a conseguir la homeostasis; mientras Lazarus, la consideró como factor de riesgo al conceptualizarla como “las exigencias impuestas a un individuo que agotan o rebasan la capacidad de adaptación”. En el estrés es indispensable un estresor (demanda, amenaza) y en la ansiedad no. La ansiedad puede formar parte del estrés integrando la respuesta fisiológica de defensa ante una amenaza o como producto del análisis que hace una persona cuando no puede superar una demanda. El estrés no necesariamente se acompaña de ansiedad: por ejemplo si alguien entra a una competencia de maratón, tendrá una gran demanda que provoca estrés, pero se acompañará de alegría, ansiedad o enojo de acuerdo a la expectativa de ganar o perder la competencia.¹⁷

2.2.2. Síntomas de ansiedad

La ansiedad se manifiesta a través de tres grupos de síntomas usualmente presentes de manera simultánea, pero que pueden estar representados de diferente manera en cada paciente: en ocasiones basta uno de tales síntomas para suponer un estado de ansiedad y un examen más profundo permitirá generalmente descubrir la esencia de las otras alteraciones.⁶ Tal grupo de síntomas están constituidos por:

2.2.2.1 Trastornos somáticos (fisiológicos)

Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago,

alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad.

Las alteraciones más graves cursan con insomnio, trastornos de la alimentación y disfunciones sexuales.¹⁸

2.2.2.2 Trastornos psíquicos (cognitivos)

Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

Inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos extremos, temor a la muerte, a la locura, suicidio.¹⁸

2.2.2.3 Trastornos conductuales (motora o relacional)

Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.¹⁸

Estas tres áreas de respuesta no se activan por igual en todos los sujetos y lo que es más importante, tampoco tiene que hacerlo en el mismo sujeto. Es decir, se puede encontrar pacientes que presenten una mayor repercusión de la ansiedad en un área que en otra. Este fenómeno llamado disociación o fraccionamiento de respuestas, puede tener importancia clínica y de cara al tratamiento del paciente por parte del psicólogo.⁶

2.2.3. Clasificación de trastornos de ansiedad

2.2.3.1. Trastorno de ansiedad por separación

Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos; provocando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.¹⁹

2.2.3.2. Mutismo selectivo

Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones, esta alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la

comunicación social, cuya duración es como mínimo de un mes. El fracaso de hablar no se atribuye a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.¹⁹

2.2.3.3. Fobia específica

Miedo o ansiedad intensa de respuesta inmediata por un objeto o situación específica (p.ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre), En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.¹⁹

Las fobias específicas se basan en miedos circunscritos a un objeto, situación o actividad en concreto. El síndrome tiene tres componentes:

1. Ansiedad anticipatoria, que aparece ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo fóbico.
2. El temor central en sí mismo.
3. La conducta de evitación que el paciente utiliza para minimizar la ansiedad.

2.2.3.4. Subtipos

Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica (p. ej., fobia específica, tipo animal).

-Tipo animal. Hace referencia a animales o insectos y suele iniciarse en la infancia.

-Tipo natural. Referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

-Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter

invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

-Tipo situacional. El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de incidencia familiar y su edad de inicio son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia.

-Otros tipos. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los «espacios» (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.^{16,19}

2.2.3.5. Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).¹⁹

2.2.3.6. Trastorno de pánico

Se trata de ataques de pánico imprevistos recurrentes. Para definir, un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización o despersonalización.
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

La aparición súbita de un trastorno de pánico se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

2.2.3.7. Agorafobia

Este trastorno hace referencia al miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones que presentaremos:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

En estos casos la persona teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia). Este miedo es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural, tiene una duración típicamente de seis o más meses.

El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

2.2.3.8. Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (T.A.G.) es la principal categoría diagnóstica para los estados de ansiedad elevada y crónica en ausencia de un trastorno de angustia en la que existe Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).^{6,19}

Los pacientes con T.A.G. se preocupan constantemente por asuntos triviales, sienten mayor temor y anticipan lo peor siéndoles difícil controlar este estado de

preocupación. La tensión muscular, la inquietud, la dificultad de concentración, el insomnio, la irritabilidad, la hipervigilancia y la fatiga son signos característicos de T.A.G.⁶

Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.¹⁶

2.2.3.9 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Esta categoría está reservada para aquellos casos en los que la ansiedad manifestada por el sujeto se considere secundaria a los efectos de una droga, fármaco o toxico. Intoxicaciones por alcohol, anfetaminas, alucinógenos, cafeína, cannabis, cocaína, etc. Pueden provocar este trastorno. Se necesita que los síntomas antecedan al consumo de sustancias o medicamento, persistiendo durante alrededor de un mes después del periodo agudo de abstinencia o intoxicación; o que sean claramente excesivos en función al tipo y cantidad de sustancia ingerida.⁶

2.2.3.10. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Desarrollo de ataques de pánico o ansiedad considerados secundarios a los efectos fisiológicos de una patología médica. Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones. Si bien estos síntomas son un fenómeno común, la prevalencia va a depender de la enfermedad médica en cuestión. Por ello es necesario poseer evidencias mediante exámenes físicos, historia clínica, hallazgos de laboratorio.^{6,16}

2.2.3.11. Otro trastorno de ansiedad especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico.¹⁹

2.2.3.12. Otro trastorno de ansiedad no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).¹⁹

2.2.4. Comportamiento del niño frente a la atención odontológica

El comportamiento del niño frente al tratamiento odontológico es el resultado de una serie de variables del ambiente en que se desarrolla física y psicológicamente.

2.2.4.1. Influencia de los padres

Dentro de la triada: odontólogo-niño-padres, el papel de la madre, puede ser de doble efecto. Unas veces de gran ayuda por su comprensión con el profesional y en otras su posición es negativa incluso en ocasiones obstaculiza el buen manejo de su niño, a los que podemos llamar "padres problema".

2.2.4.2. Influencia de hermanos y otros familiares

En este grupo debemos considerar también los factores positivos y los negativos. Por ejemplo aquellas que "inocentemente" los hermanos aumentan los miedos por experiencias vividas y en forma maliciosa la transmiten, muchas veces falseando la verdad de los hechos.²³

2.2.4.3. Influencia de la escuela

En este punto se puede influir de manera positiva si la información llega correctamente. Sin embargo, puede ocurrir que la información llegue de forma maléfica causando una imagen negativa del odontólogo.

2.2.4.4. Influencia de la información masiva no dirigida

Los niños están expuestos a, en muchas ocasiones, a bastante información y los cuales pueden quedar grabados en el subconsciente y aflorar inmediatamente cuando van a tener alguna experiencia relacionada con la información previamente recibida. Por ejemplo en periódicos, revistas, televisión, películas con frecuencia presentan al odontólogo como aquel que causa dolor y ansiedad, creando de esta manera, miedo.

2.2.4.5. Influencia de antecedentes: médico- odontológicos

Esta es una variable muy difícil de corregir, ya que el niño ha tenido una mala experiencia previa odontológica y sabe qué procedimiento le causara dolor. Por tal motivo, no se le puede engañar al niño.

Lo más recomendable es comprender la experiencia previa que el niño refiere, que podría haber sido mal manejado y más bien, ofrecerle un mejor método que debe ser exitoso para finalmente alcanzar su confianza.

Existen otras variables que están bajo el control directo del odontólogo, las que influyen directa o indirectamente en la conducta del niño.

2.2.4.6. Efecto de la actividad del odontólogo y sus actitudes

Existen actitudes odontológicas que apoyan a un niño en su intento de establecer una conducta adecuada.

- **Atuendo del odontólogo**

La vestimenta del odontólogo de color blanco y de diseño hospitalario, describe a un personaje que en edades tempranas, ha causado algún tipo de malestar al niño. El odontólogo debe usar una vestimenta atractiva pero sobria, sport pero seria, cómoda pero elegante, sin exageraciones con el objetivo de inspirar confianza al niño y hacerlo sentir cómodo.

- **Duración y hora de la cita**

Serán mejor aceptadas por los niños aquellas citas de duración corta, volviéndose como un paseo o una distracción que es de carácter agradable.

Cuando se trata de niños infantes o pacientes problema, las mejores horas son las mañanas, debido a que el odontólogo como el niño se encuentra emocionalmente mejor dispuesto a abordar una acción delicada.

2.2.4.7. Efecto del ambiente físico y su atmósfera

Un lugar agradable y cómodo, ofrece mejores posibilidades de buen comportamiento; si a esto se agrega un equipamiento sencillo, que cause extrañeza al niño el manejo se beneficia.²³

2.2.5 Clasificación del paciente niño según Frankl

La escala de comportamiento descrita originalmente por Frankl y Wright es el instrumento que más se ha reportado y aplicado en los estudios sobre manejo de comportamiento, a su vez es ampliamente utilizada en la clínica debido a que se trata de una medición sencilla, practica y fácil de aplicar. La clasificación consiste en cuatro categorías: ²⁴

2.2.5.1. Definitivamente negativo

- Rechaza el tratamiento
- Llanto intenso
- Movimientos fuertes de las extremidades
- No es posible a la comunicación verbal
- Comportamiento agresivo

2.2.5.2. Levemente negativo

- Rechaza el tratamiento
- Llanto monotónico
- Movimientos leves de las extremidades
- Comportamiento tímido-bloquea la comunicación

-Acepta y acata algunas órdenes.

2.2.5.3. Levemente positivo

-Acepta tratamiento de manera cautelosa

- Llanto esporádico

-Es reservado

-Se puede establecer comunicación verbal

-Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo

2.2.5.4. Definitivamente positivo

-Cooperación

-Buena comunicación

-Motivación e interés por el tratamiento

-Relajación y control de las extremidades. ²⁴

2.3. Definición de términos.

- **Agorafobia:** Temor obsesivo ante los espacios abiertos o descubiertos que puede constituir una enfermedad.¹⁴
- **Aprehensión:** Captación y aceptación subjetiva de un contenido de consciencia, donde existe una activación emocional por miedo.¹⁴
- **Crispación:** Contracción brusca y momentánea de un músculo, nervio o miembro.¹⁵
- **Desasosiego:** Falta de tranquilidad.¹⁵

- **Entidad nosográfica:** Tipo de enfermedad con características específicas para su reconocimiento.¹⁷
- **Esimismamiento:** Recogimiento en la intimidad de uno mismo, desentendido del mundo exterior.¹⁵
- **Hipersensitivo:** Que tiende a sentirse afectado en sus sentimientos por cosas que para los demás resultan poco importantes.¹⁷
- **Neologismo:** Palabra o expresión de nueva creación en un idioma.²⁵
- **Rumiación:** Trastorno infantil que consiste en que el niño vuelve la comida ingerida a la boca para volver a masticarla. No se debe a ningún problema físico.¹⁴
- **Subestimación:** Valoración de una persona en menos de lo que merece o vale.¹⁵
- **Verborrea:** Empleo excesivo de palabras al hablar.¹⁴

CAPÍTULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION

3.1 Formulación de hipótesis

La ansiedad de los alumnos de la clínica Estomatológica Pediátrica I está relacionada con la conducta del paciente niño en la clínica estomatológica UAP en marzo del 2017.

3.2 Variables.

- **Nivel de Ansiedad.**- Respuesta involuntaria frente a estímulos, de origen interno, acompañado de nerviosismo. Es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios físicos y psíquicos.

- **Conducta del paciente.**- Manera de desempeñarse una persona de acuerdo al ambiente. La conducta en general está referida a la manera de como el individuo se guía o se comporta en su vida. En base a esto, se establece que la conducta humana es el conjunto de acciones que presenta el hombre a través de su existencia en la sociedad. El individuo nace dentro de una sociedad y en ella realiza todas sus actividades, las cuales implican acciones o comportamiento.

3.3 Definición operacional

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Nivel de ansiedad	Ansiedad estado	IDARE	Cualitativa	Ordinal	Alta Moderada Baja
	Ansiedad rasgo				
Conducta del niño	Conducta durante el tratamiento	ESCALA DE FRANCK	Cualitativa	Ordinal	Definitivamente negativo Negativo Positivo Definitivamente positivo
COVARIABLES					
Género	Operador	DNI	Cualitativa	Nominal dicotómico	Masculino
	Niño	DNI			Femenino
Edad	Operador	DNI	Cualitativa	Ordinal	18-20 21-23 24-26 >26
	Niño	DNI	Cualitativa		6-7 8-9 10-12

CAPITULO IV:

METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

El diseño del presente estudio es de tipo trasversal y descriptivo – correlacional y experimental.

Descriptivo correlacional: Se consideró descriptivo correlacional ya que busca establecer relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales. Se fundamenta en planteamientos e hipótesis correlacionales.²⁶

Transversal: Se le considero transversal ya que midió el fenómeno estudiado en un solo momento del tiempo, sin realizar ningún seguimiento.²⁶

4.2 Diseño muestral

4.2.1. Población

A partir del universo de niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, se conoció que el número poblacional es 115, los que fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de selección siguientes:

Criterios de Selección

- Alumnos matriculados en Clínica Estomatológica Pediátrica I.
- Operadores que asistan a las clases prácticas.
- Alumnos que firmen el consentimiento informado.
- Operador que este atendiendo a un niño entre los 6 y 12 años.

- Alumnos que no padezcan de alguna enfermedad sistémica, psicológica y psiquiátrica.

4.2.2 Muestra

La muestra del estudio está constituida por un grupo representativo de la población. El cálculo se basará en la siguiente fórmula:

$$n^{\circ} = \frac{Z^2 * Pq}{e^2} \quad n' = \frac{n^{\circ}}{1 + (n^{\circ} - 1) / N}$$

Dónde:

n: es el tamaño de la muestra; N= tamaño de la población; Z= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%); e= límite de error = 0.05; p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05); q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.5).

Desarrollo de la fórmula:

$$n^{\circ} = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = \frac{3.84 * 0.25}{0.0025} = 384$$

$$n' = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{120}} = \frac{384}{1 + \frac{383}{120}} = 90$$

Luego de aplicar la fórmula mediante la aplicación señalada, se determinó un número muestral de 92 alumnos, los que cumplan los criterios de selección. Se utilizó una técnica de muestreo de tipo probabilística por conglomerados.

4.3 Técnica de recolección de datos

Se solicitó una carta de autorización a la directora de la Escuela Profesional de Estomatología, con el fin de autorizar la recolección de datos en la Clínica Estomatológica Pediátrica (CEP) para lo cual el investigador se presentó como Bachiller de Estomatología.

La carta de autorización fue presentado por el investigador al docente responsable de la Clínica Estomatológica Pediátrica, luego se presentó a cada uno de los doctores encargados de los módulos pertenecientes a la CEP I y II, a los que se les informo sobre el procedimiento de intervención y recolección de datos. A su vez se les pidió información sobre qué alumnos (operadores) realizaron algún tratamiento pulpar en el día.

La recolección de datos se realizó en un solo tiempo (minutos antes de empezar el tratamiento odontológico), para ello se preguntó en cada módulo qué alumnos realizaron algún tratamiento pulpar durante el día; contando con ellos se presentó la misma información brindada a los docentes explicándoles cómo se llevó a cabo el estudio y entregando el consentimiento informado para ello evitaremos utilizar las palabras "ansiedad, miedo, evaluación"; una vez que el operador acepte y firme el consentimiento se precederá a entregarle el inventario IDARE rasgo-estado para su respectivo llenado por el mismo operador.

Luego se procedió a la observación del comportamiento del niño estando el investigador en un lugar estratégico (mesa del docente a cargo del módulo) que le permitió la visión del desempeño del tratamiento por parte del operador. Se procede a clasificar al niño según el Sistema de Frankl.

Frankl encuadra el comportamiento del niño en una de las cuatro categorías:

- Tipo 1: Definitivamente negativa.

Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremado.

- Tipo 2: Negativo.

Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano).

- Tipo 3: Positivo

Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.

- Tipo 4: Definitivamente positivo.

Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.

4.4 Técnicas de procesamiento de la información

Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado

Se proporcionó una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, que toman valores de 20 a 80 puntos.

Primer paso. Se debe determinar la suma del puntaje alcanzado en cada ítem para los reactivos directos (A) en la escala A-estado como en la escala A-Rasgo.

Segundo paso. Debemos restar la suma del puntaje alcanzado en cada ítem para los reactivos inversos (B) en ambas escalas.

Tercer paso: Se añade la constante apropiada, que es igual a cinco veces el número total de reactivos inversos en cada escala; siendo para A- Estado la constante (+50) y para A-Rasgo la constante (+35).

Cuarto paso. Las cantidades resultantes son las calificaciones adecuadas determinadas para las escalas A- Estado y A- Rasgo.

A- Estado

Items de la escala A-Estado: Para este paso sumamos los valores que fueron marcados por los encuestados en las preguntas:

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18 = A \text{ (reactivos directos)}$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20 = B \text{ (reactivos inversos).}$$

Luego restamos reactivos directos (A) menos los reactivos inversos (B) y al resultado lo sumamos 50 como en la formula $(A-B)+50$. El resultado lo buscamos en la escala según corresponda.

___ Alto ($> = 45$)

___ Medio (30-44)

___ Bajo ($< = 29$)

A- Rasgo

Items de la escala A-Rasgo: De igual manera sumamos los valores que fueron marcados por los encuestados en Las preguntas:

$$22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 = A \text{ (reactivos directos)}$$

$$21+26+27+30+33+36+39 = B \text{ (reactivos inversos)}$$

Luego restamos los reactivos directos menos los reactivos inversos y al resultado lo sumamos 35 como en la formula $(A-B)+35$. El resultado lo buscamos en la escala según corresponda.

___ Alto (≥ 45)

___ Medio (30-44)

___ Bajo (≤ 29)

Terminado el proceso de selección de la población de estudio y obteniéndose la muestra final, se registró de forma ordenada los datos de interés en la ficha de recolección de datos, según la operacionalización de variables. Los datos fueron registrados y tabulados en una hoja de cálculo (Microsoft Excel 2013), para el análisis correspondiente

4.5 Técnicas estadísticas para el análisis de la información

Para la presentación de resultados se utilizó tablas simples y de contingencia, acompañadas de gráficos de sectores y barras. Se tomaron distribuciones de frecuencia y medidas de tendencia central. Para el análisis de las relaciones de variables, se tomó la Prueba de Chi cuadrado para observar las relaciones entre variables categóricas, también utilizamos kruskal Wallis para asociación de variables pero que son ordinales (ansiedad y edad) y Correlación de Spearman cuando ninguna de las variables es cuantitativa como es el caso.

CAPÍTULO V:

RESULTADOS

5.1 Descripción de resultados

Tabla N°1

Nivel de ansiedad que presentan los alumnos de la CEP I, según el género

		Género operador				
		Masculino		Femenino		
		<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	Valores p
Estado	Alto	6	25,0%	21	31,8%	
	Medio	13	54,2%	36	54,5%	
	Bajo	5	20,8%	9	13,6%	
	Total	24	100,0%	66	100,0%	
Rasgo	Alto	6	25,0%	20	30,3%	
	Medio	14	58,3%	35	53,0%	
	Bajo	4	16,7%	11	16,7%	
	Total	24	100,0%	66	100,0%	

En la Tabla N°1 se observa que, del 100% de operadores de sexo masculino, 25% presenta un estado de ansiedad alto, 54,2% medio y 20,8% bajo; mientras que 25% presenta un rasgo de ansiedad alto, 58% medio y 16,7% bajo. Por otro lado, del 100% de operadores de sexo femenino, 31,8% presenta un estado de ansiedad alto, 54,5% medio y 13,6% bajo; mientras que 30,3% presenta un rasgo de ansiedad alto, 53% medio y 16,7% bajo.

Luego del análisis con la prueba de chi cuadrado, se observa que no existe relación significativa entre el género de los operadores y su estado ni rasgo de ansiedad ($p > 0,05$)

Gráfico N°1A
Estado de ansiedad que presentan los alumnos de la CEP I, según el género

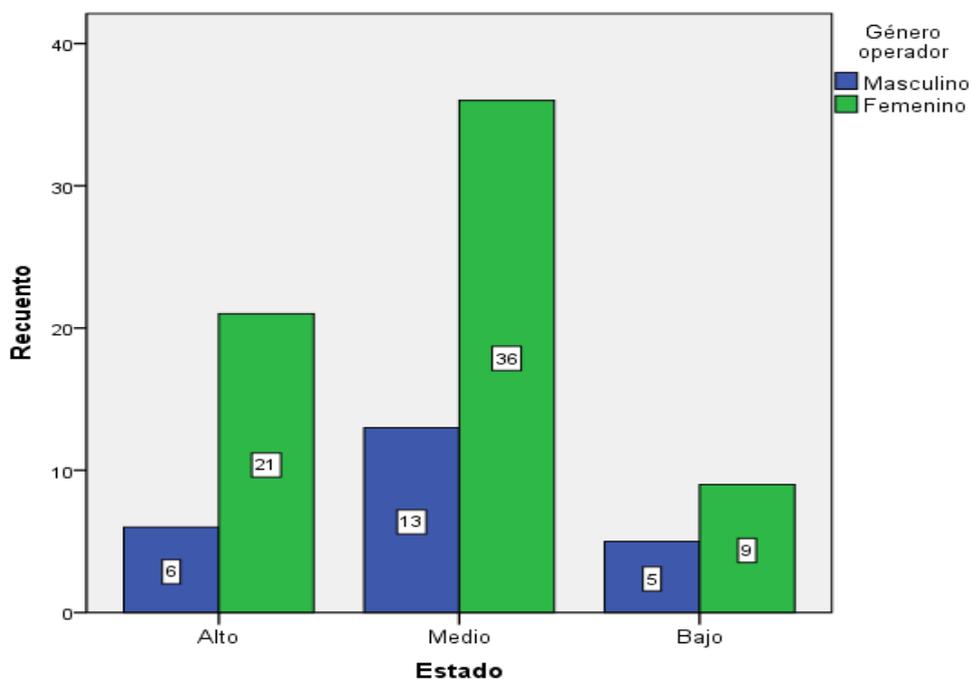


Gráfico N°1B

Rasgo de ansiedad que presentan los alumnos de la CEP I, según el género

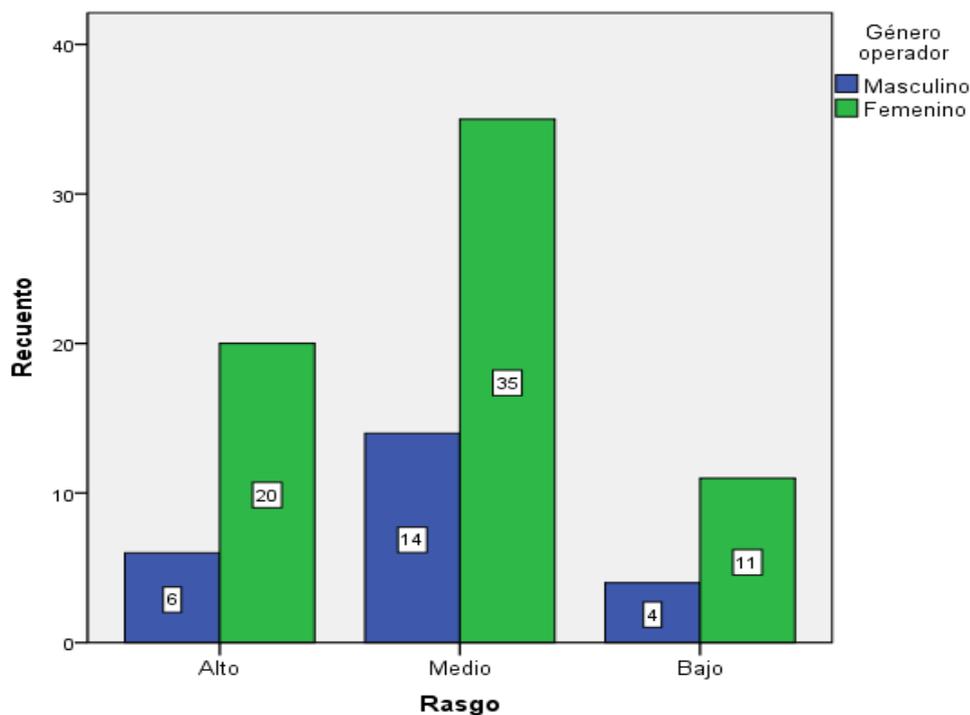


Tabla N°2

Nivel de ansiedad que presentan los alumnos de la CEP I, según la edad

		Edad operador							
		18 a 20		21 a 23		24 a 26		Mayor 26	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Estado	Alto	0	0,0%	15	48,4%	5	26,3%	7	18,4%
	Medio	2	100,0%	12	38,7%	11	57,9%	24	63,2%
	Bajo	0	0,0%	4	12,9%	3	15,8%	7	18,4%
	Total	2	100,0%	31	100,0%	19	100,0%	38	100,0%
Rasgo	Alto	0	0,0%	14	45,2%	4	21,1%	8	21,1%
	Medio	2	100,0%	14	45,2%	12	63,2%	21	55,3%
	Bajo	0	0,0%	3	9,7%	3	15,8%	9	23,7%
	Total	2	100,0%	31	100,0%	19	100,0%	38	100,0%

VALORES p : $p_E = 0,132$ $p_R = 0,107$

En la Tabla N°2 se observa que, el 100% de operadores de 18 a 20 años presenta un estado y rasgo de ansiedad medio. Del 100% de operadores de 21 a 23 años, 48,4% presenta un estado de ansiedad alto, 38,7% medio y 12,9%; mientras que 45,2% presenta un rasgo de ansiedad alto, 45,2% medio y 9,7% bajo. Del 100% de operadores de 24 a 26 años, 26,3% presenta un estado de ansiedad alto, 57,9% medio y 15,8%; mientras que 21,1% presenta un rasgo de ansiedad alto, 63,2% medio y 15,8% bajo.

Luego del análisis con la prueba de Kruskal Wallis, se observa que no existe relación significativa entre la edad de los operadores y su estado ni rasgo de ansiedad ($p > 0,05$)

Gráfico N°2A

Estado de ansiedad que presentan los alumnos de la CEP I, según la edad

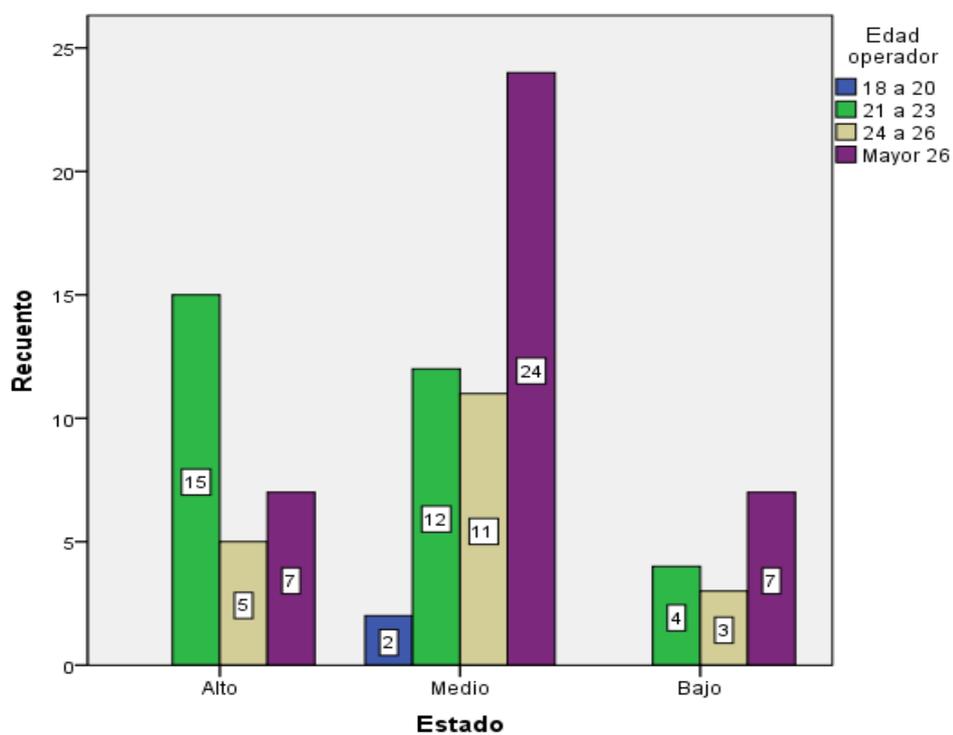


Gráfico N°2B

Rasgo de ansiedad que presentan los alumnos de la CEP I, según la edad

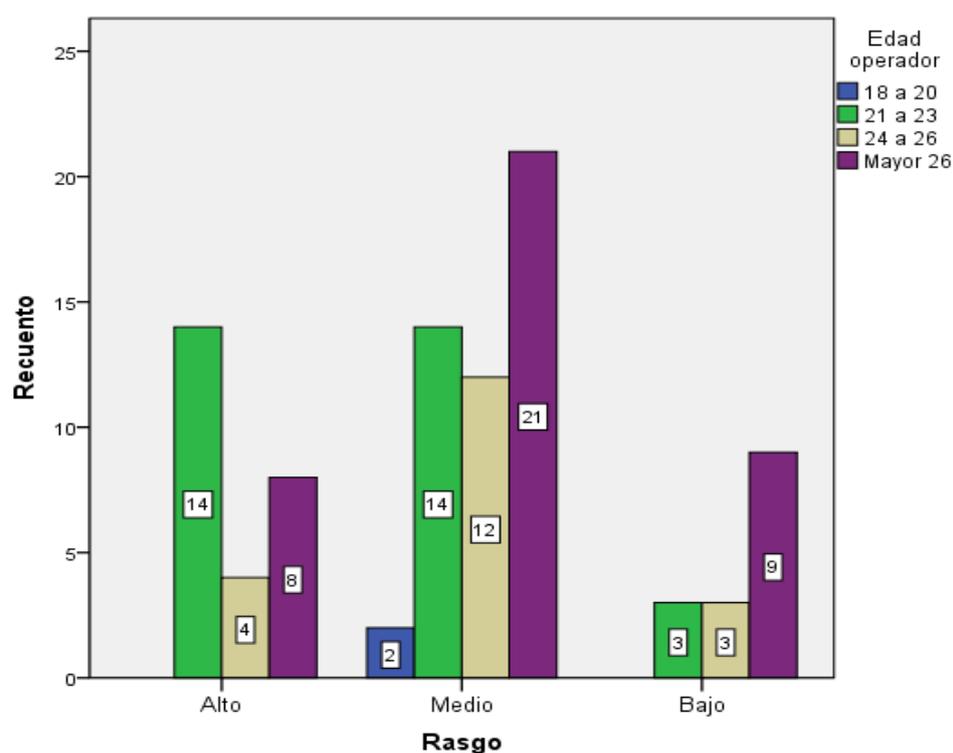


Tabla N°3
Comportamiento del niño atendido en la CEP I, según el género

	Género niño			
	Masculino		Femenino	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
Definitivamente negativo	0	,0%	0	,0%
Negativo	10	15,9%	0	,0%
Positivo	31	49,2%	15	55,6%
Definitivamente positivo	22	34,9%	12	44,4%
Total	63	100,0%	27	100,0%

$p= 0,087$

En la Tabla N°3 se observa que, del 100% de pacientes niños de sexo masculino, 15,9% presenta un comportamiento negativo, 49,2% un comportamiento positivo y 34,9% definitivamente positivo. Por otro lado, del 100% de pacientes niños de sexo femenino, 55,6% presenta un comportamiento positivo y 44,4% un comportamiento definitivamente positivo.

Luego del análisis con la prueba de chi cuadrado, se observa que no existe relación significativa entre el género de los niños y su comportamiento ($p>0,05$)

Gráfico N°3

Comportamiento del niño atendido en la CEP I, según el género

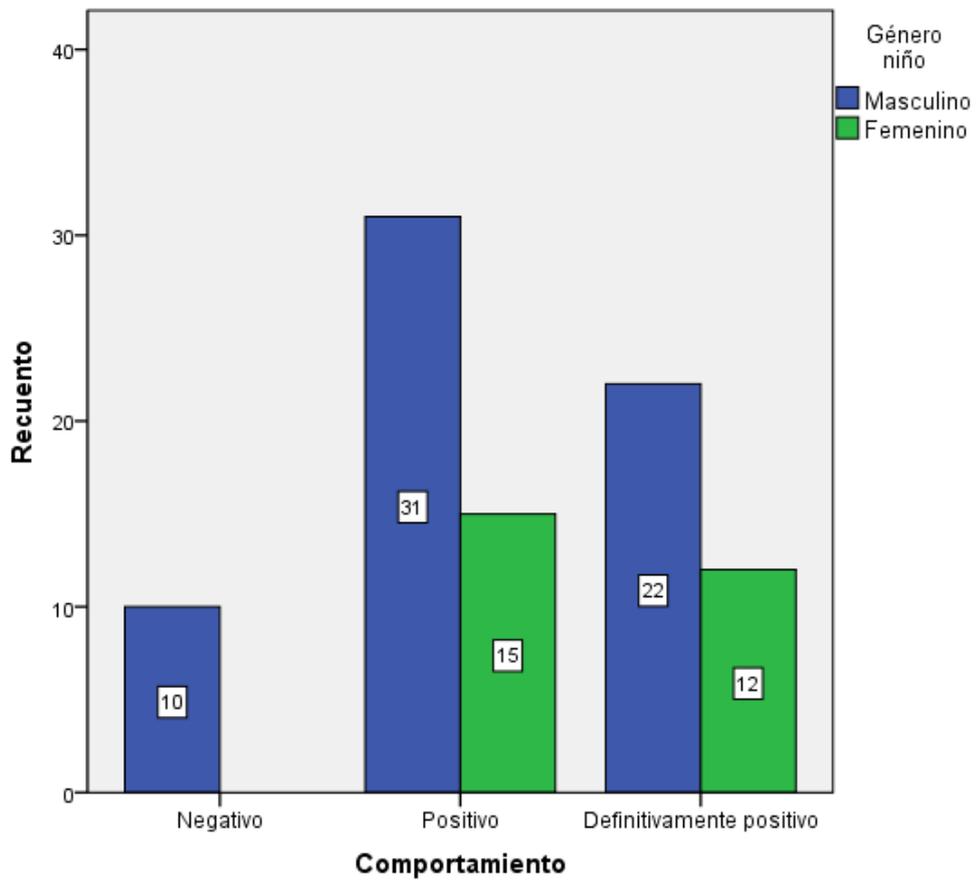


Tabla N°4
Comportamiento del niño atendido en la CEP I, según la edad

		Edad niño					
		6 a 7		8 a 9		10 a 12	
		<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Comportamiento	Definitivamente negativo	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Negativo	9	13,6%	1	5,3%	0	,0%
	Positivo	35	53,0%	9	47,4%	2	40,0%
	Definitivamente positivo	22	33,3%	9	47,4%	3	60,0%
Total		66	100,0%	19	100,0%	5	100,0%

$p= 0,216$

En la Tabla N°4 se observa que, del 100% de pacientes niños de 6 a 7 años, 13,6% presenta un comportamiento negativo, 53% un comportamiento positivo y 33,3% definitivamente positivo. Del 100% de pacientes niños de 8 a 9 años, 5,3% presenta un comportamiento negativo, 47,4% un comportamiento positivo y 47,4% definitivamente positivo. Por otro lado, del 100% de pacientes niños de 10 a 12 años, 40% presenta un comportamiento positivo y 60% un comportamiento definitivamente positivo.

Luego del análisis con la prueba de Kruskal Wallis, se observa que no existe relación significativa entre la edad de los niños y su comportamiento ($p>0,05$)

Gráfico N°4

Comportamiento del niño atendido en la CEP I, según la edad

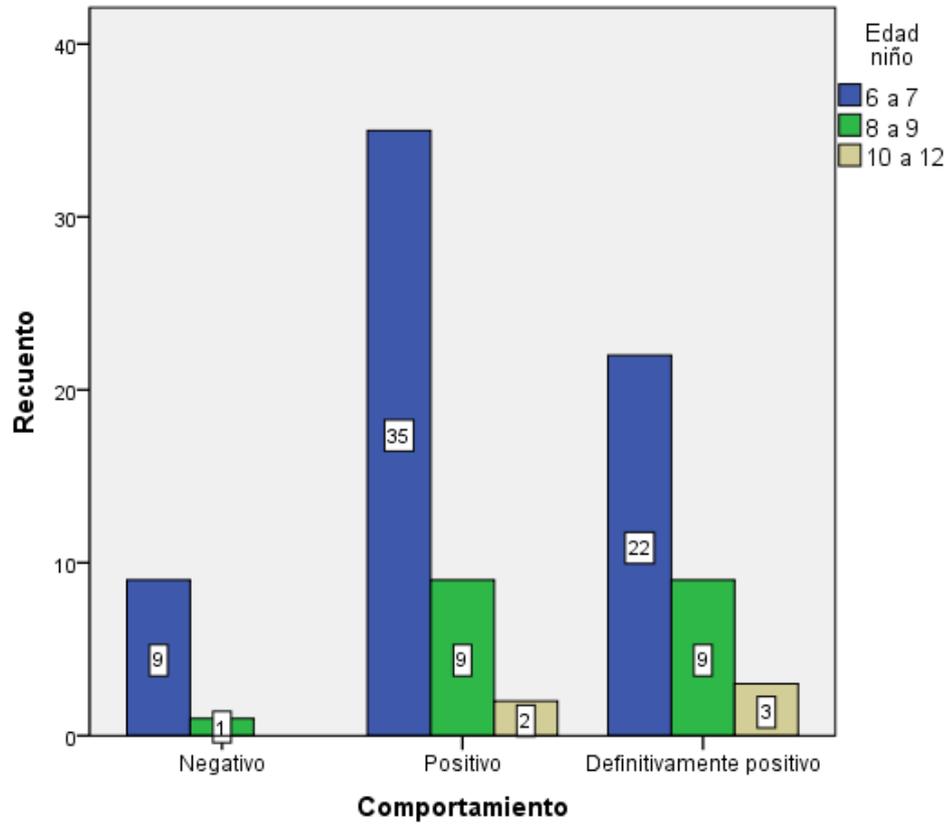


Tabla N°5
Correlación entre el nivel de ansiedad del operador y el comportamiento del niño atendido en la CEP I

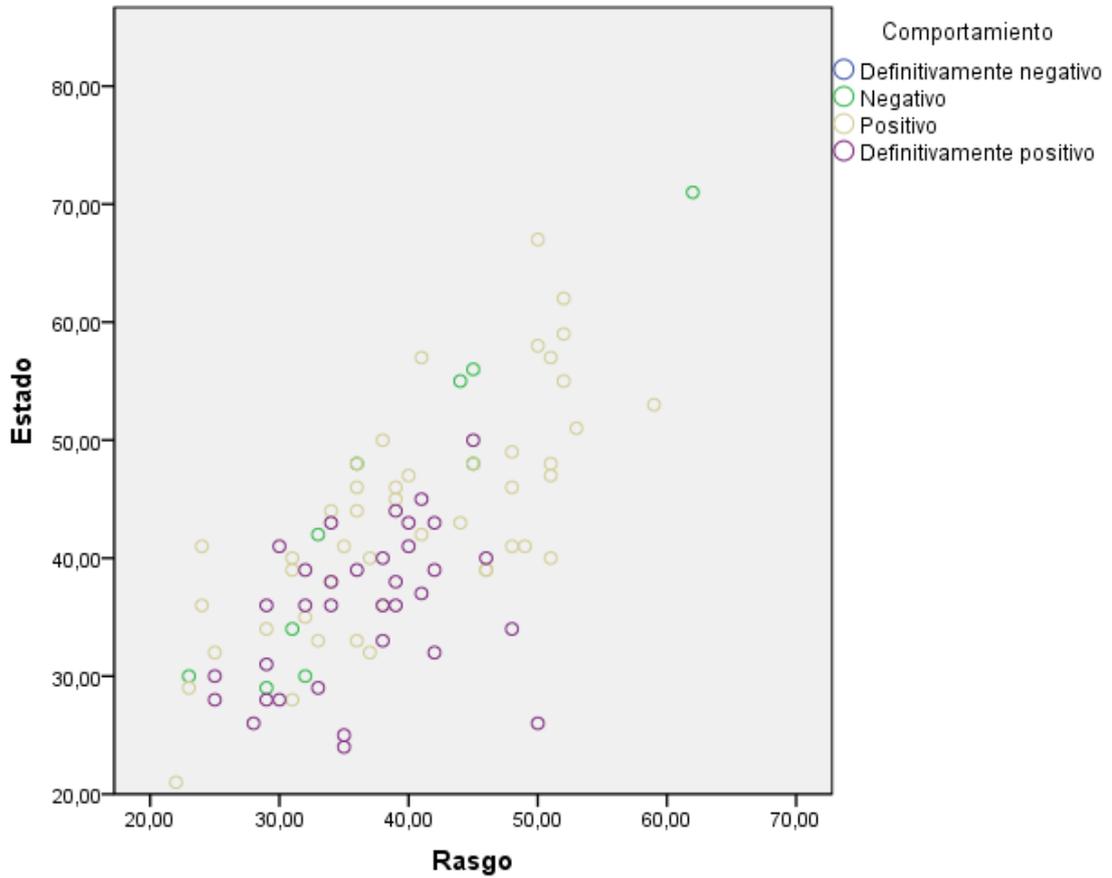
		Comportamiento	
Rho de Spearman	Estado	Coefficiente de correlación	0,384**
		Valor p	0,000
		N	90
	Rasgo	Coefficiente de correlación	0,178
		Valor p	0,094
		N	90

** . La correlación es significativa al nivel 0,01.

En la Tabla N°5 se observa que, según la prueba de correlación de Spearman, la correlación entre el estado de ansiedad del operador y el comportamiento del niño atendido es altamente significativa ($p < 0,01$), mientras que la correlación entre el rasgo de ansiedad y el comportamiento no es significativa ($p > 0,05$).

Gráfico N°5

Correlación entre el nivel de ansiedad del operador y el comportamiento del niño atendido en la CEP I



5.2 Contrastación de hipótesis

De acuerdo a los resultados, las hipótesis de contraste son las siguientes:

Hipótesis 1:

Ho: No existe relación significativa entre el género de los operadores y su nivel de ansiedad.

Hi: Existe relación significativa entre el género de los operadores y su nivel de ansiedad.

Se comprobó que no existe relación significativa entre ambas variables, aceptando la hipótesis nula.

Hipótesis 2:

Ho: No existe relación significativa entre la edad de los operadores y su nivel de ansiedad.

Hi: Existe relación significativa entre la edad de los operadores y su nivel de ansiedad.

Se comprobó que no existe relación significativa entre ambas variables, aceptando la hipótesis nula.

Hipótesis 3:

Ho: No existe relación significativa entre el género de los niños atendidos y su comportamiento.

Hi: Existe relación significativa entre el género de los niños atendidos y su comportamiento.

Se comprobó que no existe relación significativa entre ambas variables, aceptando la hipótesis nula.

Hipótesis 4:

Ho: No existe relación significativa entre la edad de los niños atendidos y su comportamiento.

Hi: Existe relación significativa entre la edad de los niños atendidos y su comportamiento.

Se comprobó que no existe relación significativa entre ambas variables, aceptando la hipótesis nula.

Hipótesis 5:

Ho: No existe correlación significativa entre el nivel de ansiedad de los operadores y el comportamiento de los niños atendidos.

Hi: Existe correlación significativa entre el nivel de ansiedad de los operadores y el comportamiento de los niños atendidos.

Se comprobó que sí existe relación significativa entre el estado de ansiedad de los operadores y el comportamiento de los niños atendidos, rechazando la hipótesis nula, no así para el rasgo de ansiedad.

5.3 Análisis inferencial

En el presente estudio, para conocer la asociación de las variables categóricas fueron utilizados dos análisis: la prueba de chi cuadrado fue aplicada para analizar la asociación entre el nivel de ansiedad y el género, así como el comportamiento y el género, siendo ésta última variable nominal; y la prueba de Kruskal Wallis, modificación de la prueba chi cuadrado para su uso en variables ordinales, utilizada para conocer la asociación entre el nivel de ansiedad y el comportamiento con la edad, siendo las tres variables de escala ordinal.

Para conocer la correlación entre las variables principales fue utilizada la prueba de correlación de Spearman, siendo seleccionado un análisis no paramétrico por ser ambas de naturaleza cualitativa y escala ordinal, no siendo posible una prueba de normalidad, reservada a variables de naturaleza cuantitativa.

5.4 Discusión.

La presente investigación tuvo como finalidad determinar la relación entre la ansiedad de los alumnos y la conducta del paciente niño atendido en la Clínica Estomatológica Pediátrica I en marzo del 2017. El propósito de este estudio fue medir el grado de ansiedad del operador en la clínica pediátrica en relación a la conducta del paciente niño. Para ello se utilizó una muestra de 92 alumnos los cuales eran operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica y el instrumento que se utilizó fue el Inventario De Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE), que nos sirve para medir el nivel de ansiedad de los alumnos, y la escala de Frankl para determinar el comportamiento del niño el cual lo clasifica como: Definitivamente negativo, negativo, positivo y definitivamente positivo.

La odontología está catalogada como una profesión que demanda un alto nivel de ansiedad en la actualidad. La causa de esta tensión podría tener su origen en el transcurso del proceso educativo, ya que estos experimentan altos niveles de ansiedad o estrés durante su entrenamiento. El estilo de vida de los estudiantes de odontología se ve modificado por las exigencias académicas sobre cómo preparar sus trabajos, exposiciones teóricas, intervenciones en clase, administrar su tiempo y principalmente por sus prácticas clínicas y todo lo que

esto demanda, por lo que muchos estudiantes exhiben conductas de ansiedad ante la multiplicidad de tareas que tienen que realizar.³

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.¹⁴

La ansiedad se describe como activación del sistema nervioso y del sistema endocrino, cuyo inicio se relaciona con estímulos externos y como resultado de un trastorno endógeno de la función cerebral.

Corsini y colaboradores no observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad, tanto para el estado como para el rasgo en ambos sexos ($p > 0,05$), en el presente estudio tampoco existe relación estadísticamente significativa entre el género de los operadores, estado y rasgo de ansiedad ($p > 0,05$). Sin embargo **Corsini y colaboradores** sí observaron relación significativa entre el estado de ansiedad y la edad ($p = 0,0122$), a diferencia del presente estudio que no se observó relación estadísticamente significativa entre la edad de los operadores y el estado de ansiedad ($p > 0,05$).

Shankarapillai R. y colaboradores nunca encontraron relación significativa en el estado ni en el rasgo de ansiedad entre ambos sexos y edades, por lo tanto existe coincidencia con el presente estudio porque observamos que no existe relación significativa entre la edad de los operadores y su estado ni rasgo de ansiedad ($p > 0,05$).⁹

Méndez Martínez determinó que los odontólogos practicantes experimentan niveles de ansiedad medio y alto en la atención de pacientes niños, coincidiendo con el presente estudio que nos muestra que el nivel de ansiedad de los estudiantes, tanto en estado como en rasgo, es medio seguido de un nivel alto en la escala de IDARE.⁶

Esse de Rojas y colaboradores en su investigación concluyeron que los estudiantes de último año presentan niveles más altos de ansiedad en comparación con los estudiantes de años menores, de esta forma encontramos coincidencia porque observamos en el presente estudio, niveles de ansiedad alto en los alumnos de la clínica pediátrica I que son de último año de estudio.¹¹

A diferencia de ello, **Méndez** determinó que los odontólogos que tienen un nivel de experiencia de menor de 5 años, presentan mayores niveles de ansiedad previa a la consulta del paciente niño en la clínica privada, comparado con profesionales que tienen más de 5 años de experiencia.⁶ En general, el mayor porcentaje de los profesionales de la Odontología no presenta niveles de ansiedad tan elevados que puedan ocasionar trastornos de personalidad.

En el estudio de **Piazza-Waggoner y colaboradores** no encontraron relación entre los niveles de ansiedad de los estudiantes de odontología con su primer procedimiento restaurador pediátrico, lo que se entiende que la ansiedad es anterior y posterior a este evento, por lo que indica que es una preocupación constante para el estudiante.¹³

Por otro lado, el estudio de **Mejía** mostró que el nivel de estado de ansiedad antes de realizar un tratamiento invasivo en alumnos de cuarto año fue alto, y

en estudiantes de quinto año fue de nivel medio, niveles que se vio modificado después de realizado dicho estudio.⁸

Es importante observar el estudio de **Chipchase y colaboradores** quienes concluyeron que la ansiedad de los odontólogos en situaciones clínicas, afecta la forma en que estos profesionales logren realizar el trabajo clínico¹⁰.

Es por esto que la atención de un paciente pediátrico puede provocar en el profesional una serie de cambios, tanto físicos como mentales, tales como: latidos del corazón, respiración irregular y defectuosa, pérdida del apetito, tendencia a orinar con frecuencia, mareos, propensión a sudar y anomalías en el funcionamiento de la conducta.²⁴

Debemos recordar que el niño está pendiente de las actitudes del profesional, por lo que el Odontólogo debe mostrarse calmado al momento de la atención, debe ser cuidadoso con su personalidad y su expresión, en general debe estar seguro en cada procedimiento que realice.

El comportamiento del niño frente al tratamiento odontológico está influenciado por los padres y otros familiares, la escuela, información masiva no dirigida, antecedentes médico odontológicos, y con las actitudes del propio odontólogo. Sobre esto último, si el niño ha tenido una mala experiencia previa odontológica y sepa qué procedimiento le causará dolor, hará más complicada la atención. Las primeras citas deberán ser importantes para que el niño se dé cuenta que el ambiente no es hostil y que debe recibir el procedimiento, que requiere sin que ello signifique que la experiencia sea desagradable. Si se comprende la experiencia previa que el niño refiere, por un manejo incorrecto por parte del

profesional, se le podría ofrecer un mejor método que debe ser exitoso para finalmente alcanzar su confianza.⁷

Desde el punto de vista propio del odontólogo, no es unidireccional la relación entre la ansiedad del operador y la conducta del niño, de tal manera que uno podría ser la causa del otro y viceversa. Un estudio como el presente, por su diseño metodológico, no permite establecer esta direccionalidad en la causalidad de las variables, por lo que serían necesarios estudios longitudinales o ensayos clínicos.²⁶

Por lo tanto, es importante que el odontólogo refleje confianza, y para ello deberá controlar su ansiedad durante la atención del niño. Además deberá tomar en cuenta el cuidado de ciertos factores que podrían modificar el comportamiento. Éstos pueden incluir la vestimenta del odontólogo, la que deberá ser sobria pero atractiva para el niño, que no le haga recordar episodios pasados con otros profesionales de la salud. Esto no solo mejoraría el comportamiento del niño, sino también disminuiría la ansiedad. Las citas deben ser cortas volviéndose como un paseo o una distracción que es de carácter agradable, de preferencia en la mañana, debido a que el odontólogo como el niño se encuentra emocionalmente mejor dispuesto a abordar una acción delicada. Un lugar agradable y cómodo, ofrece mejores posibilidades de buen comportamiento; si a esto se agrega un equipamiento sencillo, que cause extrañeza al niño el manejo se beneficia.²⁴

CONCLUSIONES

- Existe relación entre el estado de ansiedad de los alumnos operadores y la conducta del paciente niño atendido en la Clínica Estomatológica Pediátrica I.
- El 54.2% del sexo masculino y el 54.5% del sexo femenino de operadores presentan un nivel de ansiedad medio durante la atención de niños en la Clínica Estomatológica Pediátrica I, sin que haya relación significativa entre el género y el nivel de ansiedad. Asimismo, la mayor parte de estudiantes de 21 a 23 años presentan un nivel de ansiedad alto, los de 24 a 26 años y mayores de 26 un nivel de ansiedad medio, aunque no existe relación significativa entre la edad y el nivel de ansiedad.
- El 49.2% de niños de sexo masculino y el 55.6% de sexo femenino atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I presentan una conducta positiva, sin que haya relación significativa entre el género y la conducta. Asimismo, el 53% de niños de 6 a 7 años presentan una conducta positiva durante la atención de niños en la Clínica Estomatológica Pediátrica I, los de 8 a 9 años presentan tanto conducta positiva como definitivamente positiva y los niños de 10 a 12 años presentan principalmente una conducta definitivamente positiva, aunque no existe relación significativa entre la edad y la conducta en la atención odontológica.
- La correlación entre el estado de ansiedad del operador y el comportamiento del niño atendido es altamente significativa, mientras que la correlación entre el rasgo de ansiedad y el comportamiento no es significativa.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios similares al presente observando factores intervinientes, tanto en la ansiedad de los estudiantes como en el comportamiento de los niños atendidos en la Clínica de la universidad Alas Peruanas.
- Incluir en el plan curricular de la carrera de estomatología horas de estudios de módulos abocados al aspecto psicológico, enfocados al manejo de ansiedad tanto de manera interpersonal como grupal dirigidos a los alumnos, especialmente a los que cursan las prácticas clínicas, dando paso a la posible creación de un grupo de asesoramiento estudiantil dado por los propios alumnos que ya cursaron dichas asignaturas satisfactoriamente , con el apoyo de algunos docentes que permita detectar el momento en el cual los alumnos necesiten de orientación.
- Dar a conocer los resultados obtenidos en el presente estudio a todo interesado, en especial alumnos operadores de las clínicas de estomatología para que se informen de la importancia del tema, y lo útil que sería poder controlarlo debido a que puede influir en el desempeño normal de sus actividades tanto profesionales como cotidianas.
- Dar paso a nuevas investigaciones enfocados a definir más a fondo los factores que causan o influyen los diferentes niveles de ansiedad; tomando en cuenta una población netamente más homogénea en número y condiciones.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Lopera Ossa MP, Cardeño Chaverra V, Muñetones Correa D, Serna Salazar E, Díaz Garavito MV, Bermúdez Reyes P. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. Revista Nacional de Odontología. 2013; 9(16): 59-65.
2. Corsini MG, Bustos ML, Fuentes NJ, Cantin M. Niveles de ansiedad en la comunidad estudiantil odontológica. Universidad de La Frontera, Temuco - Chile. Int. J. Odontostomat [Internet] 2013; 6(1): 51-7. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v6n1/art07.pdf>
3. Terán CH E. Asociación de la percepción de estrés de los estudiantes que cursan asignaturas preclínicas con los que cursan asignaturas clínicas en la escuela de odontología de la UPC durante el 2013. [Tesis] Lima: UPC, 2014.
4. Morales E. La ansiedad social en el ámbito universitario. Universidad de Puerto Rico. Revista GRIOT [Internet] 2011; 4(1). Disponible en: <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1870>
5. Buela G, Sierra J. Manual de evaluación y tratamiento psicológico. 2° ed. México DF: Mc Graw-Hill interamericana; 2001.
6. Virues, RA. Estudio sobre ansiedad. Revista Psicología Científica [Internet]; 2005; 7(8). Disponible en: <http://www.psicoloacientifica.com/ansiedad-estudio>

7. Méndez AL. Medición del grado de ansiedad en odontólogos generales, respecto a la atención de pacientes niños en la práctica privada [Tesis] Guatemala: Universidad de San Carlos; 2014.
8. Carpio C. Grado de ansiedad en pacientes niños atendidos por odontólogos practicantes en las clínicas de la disciplina de odontología del niño y del adolescente de la facultad de odontología de la Universidad San Carlos de Guatemala, y los factores que modifican su comportamiento ante el tratamiento dental [Tesis] Guatemala: Universidad de San Carlos; 2002.
9. Mejía GE. Nivel de ansiedad en estudiantes de estomatología ante el tratamiento odontológico en niños atendidos en la clínica estomatológica de la universidad Nacional de Trujillo, 2013 [Tesis] Trujillo: UNT; 2014.
10. Miler Eyner Perez vera para optar el grado académico de magíster en salud con mención en estomatología Juliaca – Perú 2015.
11. Shankarapillai R, Ananthakrishnan M, George R. The effect of yoga in stress reduction for dental students performing their first periodontal surgery: A randomized controlled study. International Journal of Yoga [Internet] 2013 Jan-Jun; 5: 5-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3276933/>
12. Chipchase SY, Chapman HR, Bretherton R. A study to explore if dentists' anxiety affects their clinical decision-making. British Dental Journal [Internet] 2017; 22(4). Disponible en: <https://www.nature.com/bdj/journal/v222/n4/abs/sj.bdj.2017.173.html>
13. Esser de Rojas J, Couto CM, López DB, Tirado I, Viaña F. Ansiedad y autovaloración afectiva en estudiantes de odontología. Odous científica

- [Internet] 2015 Jul- Dec; 6(2): 27-31. Disponible en:
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v6n2/6-2-3.pdf>
14. Martínez CG. Medición del nivel de ansiedad en odontólogos practicantes, respecto a la atención de pacientes atendidos en la clínica del área de odontopediatría de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala [Tesis] Guatemala: Universidad de San Carlos; 2004.
 15. Piazza- Waggoner C, Cohen L, Kohli K, Taylor B. Stress Management for Dental Students Performing Their First Pediatric Restorative Procedure [Internet] Journal of Dental Education. 2013 May; 67(5): 542-8. Disponible en: <http://www.jdentaled.org/content/67/5/542.long>
 16. Mishel W. Teorías de la personalidad. México DF: Mc Graw-Hill. 1998.
 17. Pancheri P. Manual de psiquiatría clínica. México DF: Trillas. 1982.
 18. Pichot P, López-Ibor J, Valdés M. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
 19. Reyes J. Trastornos de ansiedad Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. 2010.
 20. Brai R. Psicosis Psicología y Nutrición: Consejo y Orientación Terapéutica de los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos de la Alimentación [Internet] Buenos Aires; 2010. Disponible en: <https://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/>
 21. Arlington VA. Guía de consulta de los criterios de diagnósticos del DSM-5. Boston: Asociación Americana de Psiquiatría. 2013.

22. Spielberger Ch. IDARE-Inventario de ansiedad rasgo-estado. Bogotá: El manual moderno; 1975.
23. Gonzáles F. Instrumentos de Evaluación Psicológica. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.
24. Arias-Galicia LF. Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. Rev Intercont Psicol Educ [Internet] 1990;3:49-85. Disponible en: [http://biblat.unam.mx/es/revista /revista-intercontinental-de-psicologia-y-educacion/articulo/investigaciones-sobre-el-idare-en-cuatro-paises-latinoamericanos-argentina-ecuador-mexico-y-peru](http://biblat.unam.mx/es/revista/revista-intercontinental-de-psicologia-y-educacion/articulo/investigaciones-sobre-el-idare-en-cuatro-paises-latinoamericanos-argentina-ecuador-mexico-y-peru)
25. Castillo R. Manejo del Comportamiento del Niño. Bogotá: AMOLCA; 1996.
26. Cárdenas D. Fundamentos de odontología, Odontología pediátrica. 3°ed. Medellín: CIB; 2003.
27. Diccionario de la Lengua Española. 28° ed. Madrid: RAE; 2014.
28. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6° ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2014.

ANEXOS

ANEXO N°1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

Fecha.....

Yo, identificado con DNI N° he sido informado por el Bachiller Cristhian Quijano Loya acerca del estudio que va a realizar, donde se realizarán preguntas mediante un cuestionario escrito a mi persona acerca de mi percepción sobre la atención de niños en la Clínica Estomatológica.

Además del cuestionario, el investigador me ha informado que no me someterá a ninguna experiencia incómoda, solo se limitará a realizarme preguntas acerca de la ansiedad, en un intervalo de tiempo no mayor a quince minutos.

Mi participación en el presente estudio es voluntaria, siendo libre de retirarme en el momento que lo requiera, sin que ello me perjudique de alguna manera con el en mi labora clínica ni académica.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para ser parte del presente estudio.

.....

Firma del estudiante

DNI

.....

Firma del investigador

DNI 43070850

ANEXO N°2: INVENTARIO IDARE



Género: _____ Edad: _____ N° de cursos que lleva: _____

Comportamiento del niño: _____ Edad del niño: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque con un círculo la alternativa que indique **cómo se siente ahora mismo**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate describa cómo se siente en este momento.

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento agitado	1	2	3	4
14. Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen al
 cada frase y marque con un círculo el número que indique **cómo se siente** gener
 hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, per
 la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como todos parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila , serena y sosegada "	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancias	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas con excesiva preocupación	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de no enfrentarme a la crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos en que me ocupo me pongo tenso y alterado.	1	2	3	4

Calificación del IDARE

A-Estado

A Reactivos Directos	B Reactivos Inversos

$$(A - B) + 50 = X \text{ puntos}$$

$$(\text{___} - \text{___}) + 50 = \text{___} \text{ puntos}$$

___ Alto (≥ 45)

___ Medio (30-44)

___ Bajo (≤ 30)

A-Rasgo

A Reactivos Directos	B Reactivos Inversos

$$(A - B) + 35 = X \text{ puntos}$$

$$(\text{___} - \text{___}) + 35 = \text{___} \text{ puntos}$$

___ Alto (≥ 45)

___ Medio (30-44)

___ Bajo (≤ 30)

ANEXO 3: ESCALA DE FRANKL



ESCALA DE FRANKL

Características	X
Tipo 1: Definitivamente negativa. Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremado.	
Tipo 2: Negativo. Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano).	
Tipo 3: Positivo Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.	
Tipo 4: Definitivamente positivo. Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.	

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Relación entre la ansiedad de los alumnos de la Clínica estomatológica pediátrica I y la conducta del paciente, en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, marzo 2017.

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema principal ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad de los alumnos y la conducta del paciente niño atendido en la Clínica Estomatológica Pediátrica I en marzo del 2017?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre el nivel de ansiedad de los alumnos y la conducta del paciente niño atendido en la Clínica Estomatológica Pediátrica I en marzo del 2017.</p>	<p>Hi el nivel de ansiedad de los alumnos de la clínica Estomatológica Pediátrica I están relacionados con la conducta del paciente niño en la clínica estomatológica UAP en marzo del 2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de ansiedad • Conducta del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuantitativo - No experimental - Descriptivo correlacional - Transversal
<p>Problema secundario PS1 ¿Cuáles es el nivel de ansiedad que presentan los alumnos de la Clínica estomatológica pediátrica I en marzo del 2017, según el género y la edad? PS2 ¿Cuál es la conducta del paciente niño durante la atención en la clínica estomatológica de la Universidad Alas</p>	<p>Objetivos específicos OE1 Conocer el nivel de ansiedad que presentan los alumnos de la Clínica estomatológica pediátrica I en marzo del 2017, según el género y la edad. OE2 Definir la conducta del paciente niño atendido en la clínica durante la atención en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en marzo del</p>	<p>Ho el nivel de ansiedad de los alumnos de la clínica Estomatológica Pediátrica I no están relacionados con la conducta del paciente niño en la clínica estomatológica UAP en marzo del 2017.</p>	<p>Covariables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género 	<p>Población Alumnos operadores en la Clínica Estomatológica Pediátrica I de la Universidad Alas Peruanas.</p>

<p>Peruanas en marzo del 2017, según el género y edad?</p> <p>PS3 ¿Cuál es la correlación entre el nivel de ansiedad y la conducta del paciente niño durante la atención en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en marzo del 2017?</p>	<p>2017, según el género y edad.</p> <p>OE3 Conocer la correlación entre el nivel de ansiedad y la conducta del paciente niño durante la atención en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en marzo del 2017.</p>			
--	---	--	--	--

ANEXO 5:

FOTOS



Foto #1

Preparandose para la toma de muestra.



Foto #2

Conducta del niño antes del tratamiento.



Foto #3

Ansiedad de los
alumnos previo al
tratamiento de sus
pacientes.

