



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE
LA SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL PSICOLOGÍA HUMANA

TÍTULO:

**“NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS FRENTE A UNA CONSULTA
ODONTOPEDIÁTRICA EN LA CLÍNICA DOCENTE ASISTENCIAL
DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS
PERUANAS FILIAL CUSCO EN EL MES DE
SETIEMBRE 2017”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA**

AUTOR:

VARGAS SALAS ALEIDA

ASESOR:

MEJIA PEREZ, JEANE BRIGITTE

CUSCO – PERÚ

2019

A Dios; por darme vida cada día y ser testigo de las duras luchas que pase y siempre guiado mi camino en las buenas y malas.

A mi madre Francisca, porque nunca dejo de creer en mí y en lo lejos que podría llegar al darme su apoyo incondicional, ser protagonista de los innumerables pasos que di durante todo el proceso de ser alguien en esta vida. Y darme todo el amor que solo una madre puede dar, al cual estaré agradecida una vida entera.

A mi hijo Jared Thiago, por ser mi mayor motivo, motor de todas las cosas que realice, mi más grande empuje para alcanzar las metas trazadas y ser él mi compañero intelectual y testigo de un logro concluido.

Aleida Vargas Salas

A mis amigos, por ser complemento de esfuerzo, ser
libros de mis dudas y lo más importante ser motivadores
incondicionales.

A los Señores Catedráticos: Gracias por su
motivación, por su tiempo, por su apoyo, así como
por la sabiduría que supieron transmitir en el desarrollo
de mi formación universitaria.

A la Universidad Alas Peruanas, el centro de
estudios donde adquirí aquellos conocimientos que hoy
me ayudan a valirme en la vida.

Aleida Vargas Salas

RESUMEN

La presente investigación es la recopilación de datos sobre niveles de ansiedad en niños frente a una consulta odontopediátrica, donde la problemática general es saber: Cuáles son los niveles de ansiedad que presentan los pacientes odontopediátricos, que acuden a una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre- 2017. Cuyo estudio fue evaluar los niveles de ansiedad que presentan los pacientes odontopediátricos frente a una consulta, en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre-2017.

El trabajo de investigación da a conocer de modo general y específico el nivel de ansiedad alcanzado en niños frente a una consulta odontológica. Donde la muestra estuvo constituida por los niños, quienes oscilan en las edades que son 09 a 12 años respectivamente, haciendo un total de 50 niños de ambos sexos.

El instrumento aplicado fue la Escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R, instrumento empleado en forma directa, que contiene preguntas cerradas para la investigación. Para luego procesarlas se procedió a consolidar los datos recopilados de modo informatizado (base de datos en sábana o DATA y luego en base de datos informatizado (SPSS.v24). En un siguiente paso, se llevó a cabo el trabajo estadístico de revisar las respuestas de cada niño por edad y sexo concluyendo en el tratamiento estadístico de alcanzar los resultados en función a la DATA, materia prima para efectuar la aplicación del SPSS.v.24; y obtener los datos en porcentajes; de frecuencia, promedios, media y desviaciones consecuentes de los resultados conforme a nuestros objetivos planteados.

Como resultado general, se tiene que los niveles de ansiedad son denotados en forma significativa en la población de niños evaluados dado que este fenómeno puede traer

consecuencias negativas en un futuro psicológico y dental de los niños, los cuales puedan llevar a mayores en el transcurrir de su desarrollo. Por consiguiente se concluyó que de acuerdo a la evaluación de los niveles de ansiedad que presentan los niños odontopediátricos frente a una consulta, se determinó que los niveles de ansiedad son denotados en forma significativa en la población de niños evaluados.

Palabras claves: Niñez, ansiedad y odontología.

ABSTRACT

The present investigation is the collection of data the levels of anxiety in the children in front of an odontopediatric consultation, where the general problem is to know: the levels of anxiety that the odontopediatric patients, who come to a consultation in the Teaching Assistive Clinic of Stomatology of the University "Alas Peruanas" Filial Cusco in the month of September of 2017. Whose study was evaluated the levels of anxiety that the odontopediátricos patients present in a consultation, in the Teaching Assisticial Clinic of Dentistry of the University "Alas Peruanas" Cusco subsidiary in the month of September-2017.

The research work reveals in a general and specific way the level of anxiety reached in children in front of a dental consultation. Where the sample was constituted by the children, who oscillate in the ages that are 09 to 12 years respectively, making a total of 50 children of both sexes.

The instrument applied was the Scale of manifest anxiety in children CMAS-R, instrument used directly, which contains closed questions for research. In order to process them later, the collected data were consolidated in a computerized way (database in sheet or DATA and then in computerized database (SPSS.v24) .In a next step, the statistical work of reviewing the answers was carried out. of each child by age and sex concluding in the statistical treatment of reaching the results according to the DATA, raw material to carry out the application of SPSS.v.24, and obtain the data in percentages, frequency, averages, mean and deviations consequential of the results according to our stated objectives.

As a general result, anxiety levels are significantly denoted in the population of children evaluated, given that this phenomenon can have negative consequences in the psychological and dental future of children, which can lead to greater age in the course

of its development Therefore, it was concluded that according to the evaluation of the anxiety levels presented by the pediatric dentists in front of a consultation, it was determined that the levels of anxiety are denoted in a significant way in the population of children evaluated.

Keywords: Childhood, anxiety and dentistry.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	v
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2 Formulación del problema.....	4
1.2.1 Problema principal	4
1.2.2 Problemas específicos.....	4
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación de la investigación	5
1.4.1 Importancia de la investigación.....	5
1.4.2 Viabilidad de la investigación	7
1.5 Limitaciones del estudio	7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación.....	9
2.1.1 A nivel extranjero.....	9
2.1.2 A nivel nacional.....	10

2.1.3 A nivel local.....	12
2.2 Bases Teóricas.....	14
2.2.1 La ansiedad.....	14
2.2.2 Consulta odontopediátrica.....	15
2.2.3 La ansiedad y la odontología	19
2.2.4 Características del desarrollo en la niñez.....	21
2.2.5 Niñez	25
2.2.6 Desarrollo de los niños	27
2.2.7 Desarrollo de la niñez según Piaget	28
2.2.8 Desarrollo de la niñez según Papalia.....	28
2.2.9 Ansiedad en los niños en consulta odontológica	30
2.2.10 Signos, síntomas de ansiedad.....	31
2.2.11 Factores que desencadenan ansiedad en los niños	32
2.3 Definición de términos básicos.....	33

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis.....	37
3.2 Variables, dimensiones e indicadores, definición conceptual y operacional.....	38

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico.....	39
4.2 Diseño muestral.....	39
4.2.1 Población y muestra.....	39
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	42
4.3.1 Técnicas.....	42
4.3.2 Instrumento	42
4.4 Técnicas del procesamiento de la información.....	45

4.5 Técnica estadística utilizada en el análisis de la información.....	45
4.6 Aspectos éticos contemplados.....	46

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados.....	47
5.2 Discusión.....	55
Conclusiones.....	57
Sugerencias.....	58
Bibliografía.....	59

Anexos

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Distribución de la muestra según sexo.	40
Tabla 2	Distribución según edad.	41
Tabla 3	Niveles de ansiedad que presentan los pacientes odontopediátricos.....	53
Tabla 4	Determinar los niveles de ansiedad según sexo.	47
Tabla 5	Nivel de ansiedad según la edad de los paciente odontopediátricos.	49
Tabla 6	Nivel de ansiedad según tratamiento que llevan los pacientes.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Porcentajes según sexo.....	40
Gráfico 2	Porcentajes según edad.....	41
Gráfico 3	Porcentaje del nivel de ansiedad.	53
Gráfico 4	Porcentaje según sexo del nivel de ansiedad.....	47
Gráfico 5	Porcentaje según edad de los niveles de ansiedad.....	49
Gráfico 6	Porcentaje según el tipo de tratamiento de los niveles de ansiedad.	51

INTRODUCCIÓN

La presente investigación contiene la reunión de todos los datos recopilados durante el proceso de investigación lo cual explica el resultado del miedo en los niños al tratamiento odontológico. Ello cual es un tema que se caracteriza por el impacto emocional, los miedos y las fantasías generados por la atención odontológica, tanto para los pacientes, como para el especialista. En la presente investigación se considera con mayor importancia a los pacientes, que son los que evidencian los signos negativos frente a una intervención odontopediátrica, el cual es un tema relacionado con la psicología en vista de que los signos negativos en pacientes deben ser estudiados, analizados, y solucionados por especialistas en salud psicológica.

Uno de los problemas que ha despertado poco interés entre los psicólogos es lo referente a factores psicológicos tales como la ansiedad en el transcurso de una intervención odontológica. Y aunque desde mucho tiempo se ha relacionado al miedo y a la ansiedad con los tratamientos dentales, éste es un problema muy frecuente en la consulta dental, y que puede ser un obstáculo para un lograr tratamientos odontológicos exitosos y seguros para los pacientes, los cuales tienen que ser vistos y atendidos desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud

De acuerdo a este modo de evaluar la realidad en nuestro medio, la autora del presente estudio, el objetivo fue llegar a conocer y describir, los niveles de ansiedad en niños frente a una consulta odontológica conforme a la aplicación de la Escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R, sobre la muestra en la que se trabajó. Así mismo, presentar de modo porcentual y gráfico, la ansiedad.

El contenido de la investigación está organizado en cinco capítulos fundamentales que se detalla a continuación:

Capítulo I: Planteamiento del problema, donde se sintetiza la realidad problemática que es la ansiedad en los pacientes odontopediátricos que acuden a una consulta dental, culminando en la formulación del problema, en base a preguntas de investigación, objetivos, justificación y limitaciones.

Capítulo II: Marco teórico, se especifica los antecedentes, bases teóricas, culminando con la definición de términos utilizados en la investigación.

Capítulo III: Relacionado a la hipótesis de trabajo y variables de la investigación. De tal manera que se presenta la metodología del trabajo de investigación.

Capítulo IV: Metodología del estudio, organizado en el diseño metodológico, muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez, confiabilidad, procedimientos de recopilación de los datos, técnicas estadísticas empleadas para el análisis de la información (Programas del SPSS vs 24). Termina este capítulo con un breve apartado de las consideraciones éticas.

Capítulo V: Se presentan los resultados y su respectivo análisis culminando con las conclusiones, sugerencias, referencias empleadas y anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La ansiedad tal y como se concibe actualmente, es una respuesta conductual, cognitiva y fisiológica, que se caracteriza por un estado de alerta ante una señal de peligro. Vemos así, como en la actualidad se hace una concepción multidimensional en la que interaccionan tres componentes fundamentales, que han de ser evaluados y estudiados por separado, para conocer cómo interaccionan entre ellos en el fenómeno de la respuesta de ansiedad.

El miedo en los niños al tratamiento odontológico es uno de los problemas que afronta el profesional con frecuencia durante la consulta odontológica y que ha generado gran interés; esto es debido a las complicaciones asociado a ello, pues niveles elevados de miedo pueden llevar al niño a evitar la consulta odontológica, limitar la efectividad del tratamiento dental, requiriendo más tiempo para la atención e impidiendo que se detecten patologías de gravedad diversa. Así la protección de la salud bucal de los niños se ve obstaculizada por miedos. “El impacto emocional, los miedos y las fantasías generados por la atención odontológica, deben ser analizados, pues la forma por la cual el niño

elabora internamente esta experiencia es decisiva en la formación de sus futuras expectativas y reacciones”. (Cerron Callupe, 2010).

Si tuvo experiencias traumáticas anteriores con los otros profesionales de la salud, el niño va acumulando expectativas negativas al entorno; la indiferencia también nos puede llevar a la sospecha de un problema, ya que los mismos niños tienen que tener una influencia de protección y de valoración ante una dificultad en el servicio odontológico (Barberia L. , 2001, p.196)

El miedo durante las consultas odontológicas se exterioriza con mayor frecuencia en los niños, ya que estas son sus primeras citas y en ocasiones pueden llegar a ser desagradables y dolorosas, pues no se encuentran familiarizados con los procedimientos, instrumentos y demás elementos que componen el consultorio odontológico, el no sentirse a gusto en estas citas, hace que sean momentos poco agradables y estresantes, teniendo como consecuencia un gran número en morbilidad bucal que ha llegado a ser preocupante y ha tenido una gran atención en los últimos años (Barberia L. , 2001).

Se realizó una revisión de la literatura del miedo, la ansiedad y fobia al tratamiento dental de la población y que aumenta con la edad sin diferencias significativas con el sexo. Encontraron entre las etiologías más frecuentes experiencias traumáticas pasadas y la actitud aprendida de su entorno. Y finaliza que la prevención debe tenerse en cuenta, las sugerencias al paciente para superar el miedo al dentista y la responsabilidad del especialista pertinente, las cualidades del equipo de tratamiento y las características del consultorio dental (Lima Alvarez, Casanova Rivero, Toledo Amador, & Espeso Nápoles, 2007).

“La prevalencia de la ansiedad en el ámbito dental de la infancia varía entre 3% y 43% de los pacientes” (Piedra Quispe, 17). La atención de pacientes pediátricos no es una labor

fácil debido al poco conocimiento del manejo de los pacientes niños o al incorrecto trato que se les da.

De acuerdo a la realidad social hoy en día, la situación psicológica con referencia a la atención odontológica, reconoce una serie de condiciones de forma directa o indirecta vinculada a la atención odontológica en niños.

La población del Cusco, no cuenta con una buena información necesaria respecto a temas odontológicos, dentro de la coyuntura problemática sobre todo en los niños y esta es apertura a la dificultad que tienen la mayoría de los médicos cirujanos dentistas, que es la ansiedad hacia los tratamientos.

Respecto a esta dificultad es el motivo crucial y primordial de este estudio realizado en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco, lugar en donde se realizan los diferentes tratamientos a la población en este caso niños, los cuales vienen con diferentes problemas bucales.

El tema de la ansiedad es muy fundamental en su proceso, por que describe el modo en que conllevan actuar en pro benéfico del niño. Y al no tener ese adecuado manejo esta dificultad repercute en miedo a los tratamientos odontológicos en una vida adulta y se crea el miedo y ansiedad hacia el odontólogo. Y por cual motivo es la poca concurrencia a los establecimientos de salud bucal.

Los niños que acuden a una consulta odontopediátrica en la clínica docente asistencial de estomatología de la universidad Alas Peruanas, filial Cusco en el mes de setiembre, 2017 muestran signos de ansiedad en el momento de la consulta o intervención, ya que en el proceso de intervención se ha evidenciado señales de preocupación, inquietud, miedo, sudoraciones, etc. Lo cual son signos negativos en los niños en este tipo de

situaciones, ya que con el tiempo puede generar diversos problemas psicológicos en la persona, lo que puede frustrar el desarrollo de una persona de forma integral.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, y que el presente estudio que se desarrolló, tiene como objetivo la evaluación de los Niveles de Ansiedad en niños resaltando a los pacientes de la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de Setiembre del año 2017, para poder concluir definiendo la ansiedad ante una consulta odontológica.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuáles son los niveles de ansiedad que presentan los pacientes odontopediátricos, que acuden a una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre- 2017?

1.2.2. Problemas específicos

- 1) ¿Cuál es el nivel de ansiedad según el sexo de los pacientes odontopediátricos que acuden a una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre - 2017?
- 2) ¿Cuál es el nivel de ansiedad según la edad de los pacientes odontopedriáticos que acude a una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre - 2017?
- 3) ¿Cuál es el nivel de ansiedad de los pacientes odontopedriáticos de acuerdo al tipo de tratamiento que llevan en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre - 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Evaluar los niveles de ansiedad que presentan los pacientes odontopediátricos frente a una consulta, en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre-2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Determinar los niveles de ansiedad según el sexo de los pacientes odontopediátricos frente a una consulta, en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas”.
- b) Identificar el nivel de ansiedad según edad de los pacientes odontopediátricos ante una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas”.
- c) Indicar el nivel de ansiedad según el tipo de tratamiento que llevan los pacientes odontopediátricos que acuden a una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas”.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia de la investigación

Toda consulta de salud, por lo general produce un cierto nivel de ansiedad en la persona que será atendida, pudiendo causar a su vez, diversas reacciones en su comportamiento, sobre todo los niños.

La presente investigación que se presenta nos da a conocer de modo general y específico el nivel de ansiedad alcanzado en niños frente a una consulta odontológica.

En cuanto a los beneficios de estos resultados; figuran básicamente el diseño técnico científico de una manera de hacer ciencia y un estilo del quehacer de la labor profesional del psicólogo, de tal manera que con este trabajo de investigación daremos a conocer el porcentaje de niños que presentan ansiedad, resultados obtenidos tras la aplicación del test de ansiedad, así se podrá identificar los factores condicionantes que llevan a los niños a tener ansiedad ante una consulta odontológica y así poder evaluar y buscar una alternativa de solución frente a este fenómeno. Otro grupo beneficiario son los alumnos que están integrando los semestres 8^{vo} y 9^{no} de la escuela profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco, quienes desarrollan diferentes tipos de tratamientos dentales a pacientes odontopediátricos y ser conocedores del porcentaje de niños que presentan este fenómeno en su desempeño académico práctico y puedan utilizar diferentes técnicas para su abordaje, garantizando su atención, disminuyendo factores traumáticos ya que puedan traer mayores consecuencias en el futuro y sobre todo cumpliendo el objetivo de cuidar la salud bucodental de estos niños y de esta manera garantizar y mejorar el estado de salud bucal en la Clínica Docente Asistencial donde se llevó a cabo la investigación.

De otro lado, los beneficiados de forma directa, también serán los niños que acuden a una consulta en la clínica docente asistencial de la Universidad Alas Peruanas, ya que tendrán una mejor predisposición ante alguna intervención dental, de tal manera que los alumnos que están realizando el curso de clínica, estarán al tanto de los niveles de ansiedad que les produce los diversos tipos de tratamiento que se les ofrece a los niños.

Por ultimo esta investigación servirá como base para futuros estudios sobre el tema y proponer la importancia de realizar una mejor atención odontológica, con el objetivo de promover confianza, seguridad y que sientan los niños que son atendidos por un profesional preocupado por la tranquilidad de sus pacientes durante la atención

odontológica; en miras que esta interrelación de niño y odontólogo sea una comunicación armoniosa, con la finalidad de reducir la ansiedad desde la primera visita. De esta manera contribuir con la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco, en especial con los estudiantes del 8° y 9° semestre de la Escuela Profesional de Estomatología, brindándoles un aporte científico sobre la manifestación de ansiedad de los niños.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

De acuerdo a la oportunidad y factibilidad para llevar a cabo el presente estudio, se han considerado los siguientes aspectos viables:

- a. Se ha previsto el tiempo de un mes calendario para la recopilación de datos, mediante la aplicación del instrumento utilizado.
- b. En cuanto a los recursos financieros se ha logrado obtener el costo mínimo necesario, con el cual se sustentó los gastos de material, impresión, cuadernillos y pago por servicios técnicos-informáticos.
- c. De otro lado, se ha contado con la voluntad y la autorización verbal y escrita de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco, para llevar a cabo el estudio con los niños que acudieron a una consulta en el mes de setiembre.
- d. Finalmente al haber cumplido con las normas de la Universidad para estos fines, se ha logrado contar con la literatura, acceso a páginas web, libros especializados en el tema.

1.5. Limitaciones del estudio

Concordante con los objetivos planteados, no se han encontrado mayores obstáculos en cuanto a limitantes en el proceso de evaluación, análisis y presentación de resultados del presente trabajo. Se ha contado con material teórico básico y especializado, así como con los instrumentos de suficiente respaldo científico.

En cuanto a precedentes con el empleo del test sobre ansiedad, tanto a nivel nacional, como local e internacional, se ha encontrado estudios relacionados con nuestra tesis.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

2.1.1. A nivel extranjero

(Marcano, Figueredo, & Orozco Mujica, 2015). En su estudio titulado *“Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica de la facultad de odontología universidad de Carabobo”*, para obtener el grado de licenciado en psicología. El objetivo evaluar los niveles de ansiedad y miedo dental infantil según la edad en niños que acudieron al servicio de Odontopediatria de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo en Venezuela. El método utilizado fue la aplicación de los Test de dibujos de Venham. Obteniendo los resultados que el 89,17% de los niños, presentaron ansiedad según el Test de dibujos de Venham, donde las niñas indicaron una mayor distribución en un 52%. Conclusiones: Los niveles de miedo y ansiedad dental infantil disminuyeron conforme avanza la edad, expresándose a los 6 años en mayor porcentaje, en esta investigación las ilustraciones hechas por los pacientes describieron niveles de ansiedad moderados y altos en un 76%.

(Rivera Zelaya & Fernandez Parra, 2014). En su estudio *“Ansiedad y miedos dentales en escolares Hondureños”* para obtener el título de cirujano dentista. El objetivo evaluar la ansiedad dental en escolares de una muestra aleatoria de 170 escolares (6-11 años) de la

región metropolitana de Tegucigalpa. Utilizaron las herramientas del El Test de Dibujos de Venham, y la Escala de Evaluación de los Miedos. Dando como resultado que los escolares mostraban niveles moderados de ansiedad dental, y sólo entre el 14-15 % de ellos presentaban niveles de ansiedad clínicamente significativos. No se encontraron diferencias respecto a la ansiedad dental entre niños y niñas. Los niños que tenían experiencia dental previa mostraban niveles más elevados de ansiedad. Conclusiones: Los resultados demuestran la relevancia de la ansiedad dental infantil y su relación con ciertas experiencias previas.

(Redondo Meza, 2016). En su estudio *“Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad”* para obtener el título de cirujano dentista. El objetivo fue evaluar los cambios que produce una estrategia de intervención educativa basada en la implementación de un protocolo para disminuir miedo y ansiedad dental en niños entre cinco y nueve años de edad. Metodología. Estudio de intervención cuasi experimental, en el cual se identificaron 81 niños con miedo y ansiedad dental con edades entre 5 y 9 años, mediante la implementación de dos escalas una para evaluar miedo dental (CFSS-DS) y otra para evaluar ansiedad dental (MDAS). Donde se obtuvo resultados de la relación con la edad y el nivel de miedo y ansiedad dental, los niños entre 5 y 7 años de edad son los que más presentaron miedo y ansiedad dental. En el miedo dental no hubo diferencia significativa entre los estratos. En cuanto al nivel de escolaridad el protocolo tuvo más efectividad en los grados mayores tanto para miedo y ansiedad dental. Lo que indica que la estrategia para disminuir miedo y ansiedad dental tuvo resultados estadísticamente significativos.

2.1.2. A nivel nacional

(Dominguez V. 2013). En su estudio *“Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-CMAS-R en niños y adolescentes de Lima Metropolitana”*,

estudio para optar el grado académico de licenciado en Psicología, trabajo en el cual se concluye que la CMAS-R cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para continuar estudios de validación. Conclusiones: La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R) cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para seguir con estudios de validación utilizando otras estrategias, así como para trabajarlo en otros contextos a fin de considerar su utilidad intercultural.

(Cespedes Condoma, 2015). En su trabajo titulado “Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado y ansiedad rasgo en niños y adolescentes de lima sur”, para obtener el grado académico de licenciado en psicología. Donde se arribó a las siguientes conclusiones: En el análisis de ítem-test arrojó altos índices de discriminación, donde en la escala de ansiedad estado supera el valor de 0.40 y en la escala de ansiedad rasgo es mayor a 0.30; sin embargo se observó que en los ítems 2 y 4 en la escala de ansiedad estado y el ítem 18 de la escala de ansiedad rasgo sus correlaciones se encuentran por mejorar. En la validez externa del inventario de ansiedad estado-rasgo en niños y adolescentes en Lima Sur, contrastándolo con la Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en niños de Alarcón y con el Inventario Eysenck de personalidad para niños (Neurotisisimo), arrojan puntajes “r” significativos. En la validez de constructo del inventario de ansiedad estado-rasgo en niños y adolescentes de Lima Sur, por el método de análisis factorial se obtuvo tres factores para cada escala. Al analizar la confiabilidad de consistencia externa por estabilidad con el método test- retest del inventario de ansiedad estado-rasgo en niños y adolescentes de Lima Sur, se obtuvo una correlación $r=0,703$ con una $p<.01$ para la escala de ansiedad estado y $r = 0.794$ con una $p<.01$ para Ansiedad rasgo .

(Ledesma, 2017). En su estudio “*Ansiedad y miedo ante el tratamiento odontológico en niños.*” para obtener el título de cirujano dentista. Se realizó una revisión bibliográfica

cuyo objetivo era recolectar información científica de distintos autores en todos los ámbitos sobre ansiedad y miedo ante el tratamiento odontológico con el propósito de obtener datos estadísticos respecto a ansiedad y miedo dental como una respuesta habitual hacia el tratamiento dental que va avanzando progresivamente y que puede interferir en la relación odontólogo–paciente y en la calidad de vida del niño; se analizó específicamente información que estudiaba este fenómeno en población infantil y se pudo obtener datos importantes sobre los factores de riesgo entre ellos vibración o perforación de las fresas; se proporciona información sobre las escalas de valoración más eficaces y utilizadas por los especialistas, además de dar a conocer los métodos de manejo al paciente pediátrico y tratamiento del paciente ansioso y temeroso, siendo el más destacado la musicoterapia. Conclusión: El miedo y la ansiedad son dos fenómenos que van de la mano y que han ido progresando con el tiempo; ya que los profesionales no le han dado la importancia necesaria para tratar este problema, esta reacción ha ido empeorando causando una serie de problemas futuros en los pacientes pediátricos.

2.1.3. A nivel local

(Valdez Nuñez, 2014). En el presente estudio de investigación titulado “*Nivel de ansiedad en niños de 8 - 10 años después de la consulta odontológica en el Centro Médico Metropolitano EsSalud Cusco. Noviembre - Marzo 2014*” para obtener el título de cirujano dentista. Tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad en niños de 8 a 10 años, después del tratamiento odontológico en el Centro Médico Metropolitano EsSalud Cusco. Para el presente trabajo se seleccionaron 102 pacientes de 8 a 10 años de edad. La muestra estuvo compuesta por 102 niños, 62 varones y 40 mujeres, cuyas edades varían entre 8 años (35 niños), 9 años (22) y 10 años (45), del total de niños. El nivel de ansiedad fue medido con la Escala de Imagen Facial (FIS) después del tratamiento dental. Los resultados mostraron que los niños fueron más ansiosos que las niñas con un 60.8%,

y que en general los niños del grupo de 10 años presentaron mayor ansiedad con un 44.1 % en comparación a las otras edades; y la ansiedad más predominante fue la tipo leve a moderada. Por lo tanto se concluye que los niños son más ansiosos que las niñas y que la ansiedad aumenta conforme aumenta la edad y que los tratamientos odontológicos invasivos producen mayor ansiedad que los preventivos. Conclusión: El nivel de ansiedad leve a moderado fue el que se presentó predominantemente en la población en general, mayoritariamente en ambos sexos con predominio del sexo masculino.

(Fernandez Auccapuer, 2016). La presente investigación titula *“Influencia de los distractores audiovisuales en la ansiedad de niños de 4 a 6 años en la atención odontológica del Centro de salud 7 Cuartones – Cusco 2016”* para obtener el título de cirujano dentista. El objetivo del presente trabajo de investigación es analizar el nivel de influencia de los distractores audiovisuales en la ansiedad en niños de 4 a 6 años de edad en el Centro de salud 7 Cuartones en la ciudad de Cusco, 2016. Las variables de estudio fueron: Distractores audiovisuales y ansiedad. En la metodología se utilizó un tipo de estudios cuantitativo, nivel experimental y diseño pre experimental con un solo grupo. Se trabajó con una población de 120 personas, de las cuales se seleccionó una cantidad de 78 niños mediante el muestreo no probabilístico utilizando el método criterio del investigador. El método utilizado fue la recolección de datos, donde los instrumentos a utilizar fueron un test de imagen facial para evaluar para evaluar los signos y síntomas presente en el paciente. Se procesó los datos mediante cuadros y gráficos estadísticos realizados en el programa de excel y las pruebas estadísticas en el programa estadístico SPSS, v.21. Se concluye en base a los resultados según el test de Escala de Imagen Facial un 38% de niños presentó un nivel de ansiedad moderada, seguido por el 36.7% de niños con nivel de ansiedad leve, y un 17.7% de niños con nivel de ansiedad severa, mientras que luego de aplicar el tratamiento y realizar el post test el 24,1% de niños presentó una

ansiedad leve, el 1.3% de niños una ansiedad moderada y el porcentaje de niños con ansiedad severa prácticamente disminuyó en su totalidad obteniendo un 0%. De lo considerado se evidencia que los distractores audiovisuales ayudan a disminuir el nivel de ansiedad en la atención odontológica.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. La ansiedad

La ansiedad es básicamente un mecanismo defensivo. Es un sistema de alerta ante situaciones consideradas amenazantes. Es un mecanismo universal, se da en todas las personas, es normal, adaptativo, mejora el rendimiento y la capacidad de anticipación y respuesta. La función de la ansiedad es movilizar al organismo, mantenerlo alerta y dispuesto para intervenir frente a los riesgos y amenazas, de forma que no se produzcan o se minimicen sus consecuencias. La ansiedad, pues, nos empuja a tomar las medidas convenientes (huir, atacar, neutralizar, afrontar, adaptarse, etc.), según el caso y la naturaleza del riesgo o del peligro. El peligro viene dado por la obstaculización de cualquier proyecto o deseo importante para nosotros, o bien por la degradación de estatus o logros ya conseguidos. El ser humano desea lo que no tiene, y quiere conservar lo que tiene. (Clínica de la ansiedad, Barcelona, 2012)

La ansiedad pues, como mecanismo adaptativo, es buena, funcional, normal y no representa ningún problema de salud.

El hecho anteriormente señalado es aún más llamativo si se tiene en cuenta que la prevalencia de los trastornos por ansiedad en la población general es mayor que el resto de los trastornos psicopatológicos, acarreado para quienes los padecen importantes limitaciones en sus actividades habituales o cotidianas, lo que provoca en todos los casos un intenso malestar.

Menciona que la ansiedad, desde la perspectiva de la personalidad, se caracteriza por tensiones y emociones, presentándose como estímulos internos (cognitivos) o externos (ambientales) (Ronquillo Herrera , 2012). Según este autor, la ansiedad puede manifestarse mediante tres canales:

- A) El subjetivo: La persona manifiesta verbalmente mediante pruebas psicológicas su ansiedad a través de acciones o manifestaciones de su conducta e ideas.
- B) La excitación fisiológica: La ansiedad se manifiesta a través de las diferentes respuestas fisiológicas del sistema nervioso autónomo. Así, la tensión muscular es mayor en sujetos con emotividad elevada e inestabilidad emocional.
- C) El canal somático: Se presentan reacciones del organismo ante situaciones amenazantes. Las cuales se manifiestan mediante úlceras, caída del cabello, erupciones cutáneas entre otras.

2.2.2. Consulta odontopediátrica

La odontología pediátrica es una especialidad no basada en un particular conjunto de capacidades, sino que combina todas las habilidades técnicas de la odontología, en un entorno de conocimiento del desarrollo infantil en la salud y en la enfermedad. Una visita al dentista ya no es una mera consulta dental, sino que al plantearse como una visita de salud. Los odontólogos forman parte del equipo de profesionales sanitarios que contribuyen a fomentar el bienestar del niño, tanto en un plano individual como al más amplio nivel en el ámbito de la salud.

El patrón de la enfermedad infantil ha ido cambiando y, con él, lo ha hecho también la práctica clínica. Los niños que se presentan para ser tratados pueden haber sobrevivido a un cáncer, pueden padecer una enfermedad crónica tratada de manera correcta o pueden presentar trastornos significativos del comportamiento y el aprendizaje, entre los padres

o responsables de los niños se han creado unas expectativas cada vez mayores, a veces poco realistas, en el sentido de que la asistencia a sus pequeños sea fácil y rápidamente accesible, sin que se produzca dolor y dando lugar a una estética perfecta.

Las caries y la enfermedad dental han de ser interpretados como reflejo de la condición social de la familia y el equipo dental debe estar integrado en este sentido en la comunidad.

Sus pacientes no tienen que por qué llegar a convertirse en amigos íntimos, pero forman parte de su entorno social, lo que les otorga una singular significación en su vida. Trátelos con respeto y tómelos siempre en serio. Así la práctica pasará a formar parte de su entorno inmediato, parte de la comunidad.

En la continuidad de la dinámica de la práctica dental, percibimos que es importante que se produzca un cambio de pensamiento de una tradicional naturaleza negativa de la experiencia dental. Para muchos la experiencia dental se ha percibido como algo traumático. Ello ha hecho una parte sustancial de la población adulta acceda a la asistencia dental solo de forma ocasional, para hacer que le quiten el dolor.

La práctica satisfactoria de la odontología pediátrica no se limita a la simple aplicación de procedimientos operatorios, sino que debe también garantizar resultados odontológicos positivos para el futuro comportamiento relacionado con la salud dental, tanto de la persona atendida como de su familia. En este ámbito, un adecuado conocimiento del desarrollo del niño sea físico, cognitivo y psicosocial, resulta fundamental. El odontólogo ha de sentirse cómodo y capacitado al conversar con los niños, y las aptitudes interpersonales son esenciales a tal respecto. Generalmente, cuando el dentista no consigue trabajar adecuadamente con él, la culpa no es del niño (Cameron & Widmer, 2010).

Para la evaluación del paciente, la secuencia tradicional, que parte de la historia clínica y la exploración para llegar a un diagnóstico continua siendo el mejor enfoque.

La historia odontopediátrica es una parte de la historia de la salud general del niño, la cual ayuda al odontólogo al conocimiento de la salud bucal de aquel. Ha de recoger la dimensión evolutiva asociada con el desarrollo, la participación paterna en el cuidado de dicha salud y la propia intervención profesional, que forma parte de dicha experiencia.

Una historia adecuada debe proporcionar información esencial acerca de las condiciones de salud bucal del niño, su familia, la razón de su visita, así como también sus aptitudes y prácticas de higiene bucal. Debe incluir un registro de la atención odontológica previa y todos los hechos relacionados con el paciente y sus padres respecto a esta.

Dos variables condicionan la historia y la exploración odontopediátrica: la comunicación y la cooperación del niño, ambas íntimamente relacionadas con la edad y el grado de desarrollo alcanzado por este, pero en las que influyen otros factores como las experiencias previas, propias y de su entorno familiar y social.

Estas dos variables actuarían dentro del triángulo (padre, niño y odontólogo) y favorecen o limitan su relación directa con el odontólogo y determinan la iniciativa del propio niño en el proceso.

La historia precede a la exploración odontopediátrica y en niños pequeños generalmente es relatada por un intermediario, los padres. La entrevista con el padre y el niño permite al profesional valorar la relación padre, niño y la respuesta de este al ambiente dental. El momento en que se realiza la historia es una oportunidad de establecer en tono relajado una primera relación con el paciente infantil para que faciliten su colaboración durante la exploración.

A la hora de realizar la historia y la exploración dental del niño se deben tener en cuenta ciertos datos de su afiliación que pueden ser útiles para facilitar nuestra relación con el niño. La historia odontopediátrica completa consta de una historia familiar o antecedentes familiares y una historia personal que es de relevancia en la consulta (Barberia E.).

La doctora Levin menciona en sus textos sobre odontopediátrica algunas cosas a tomar en cuenta con los pacientes cuando son niños, ya que estos entienden las experiencias odontológicas de manera diferente que los jóvenes o adultos. El niño tiene que estar motivado para situaciones diferentes de su realidad cotidiana, tales como quedarse quieto durante un rato sentado en un sillón dental e incluso acostado, tolerar sonidos fuertes como el del torno o micro motor, elementos y materiales con sabores distintos y que son extraños, cierto nivel de molestia o dolor como el pinchazo de anestesia u obturaciones sin anestesia y tratar con una o más personas que no le son familiares, como el odontólogo y su asistente.

El miedo y la ansiedad frente al acto odontológico es algo muy habitual en los niños pequeños, estos tienen miedo a lo desconocido y al daño. El dolor es una experiencia individual muy difícil de comunicar y transmitir, hay diferentes umbrales de dolor y cada niño los percibe de distinta manera. Es importante dejar sentado desde el comienzo de la relación del paciente con el odontólogo, que este contemplará aquellos miedos y mantendrá total comunicación con el niño para ir preparándole el camino de cada etapa del tratamiento (ahora vamos a poner un poco de aire sobre tus dientes que te va a dar cosquillitas, la pastilla que te voy a colocar tiene un sabor extraño y no debes tragártela). El profesional debe ser muy cuidadoso y permitir al niño tomar confianza a su propio ritmo, ya que si se apresura y fuerza la situación, puede ocasionarle odontofobia por mucho tiempo. Los niños con extrema timidez necesitan un tiempo extra para iniciar un

tratamiento; sin embargo, se debe estimular a los padres para que continúen las visitas al consultorio a fin de que el niño se vaya familiarizando gradualmente, hasta que llegue el día en que acepte sentarse en el sillón u dejar que le revisen la boca. El niño expresa su miedo con el comportamiento más que con las palabras de modo que se deberá estar atento a manifestaciones tales como hacer bromas exageradas , reaccionar con llanto inmotivado, retraerse hacia atrás, enojarse, morder o hasta patear.

Sumado al miedo de los niños, encontramos el miedo de los padres. Estos se encuentran presentes en muchas de las sesiones odontológicas y transmiten por medio de la voz, la mirada, las actitudes y gestos al niño, sus propios miedos: miedos de sus propias experiencias odontológicas, miedo de que al niño le duela, miedo a las reacciones del niño, entre otros. Estos miedos pueden interferir en el tratamiento, especialmente cuando adoptan conductas como cuestionar el uso de anestesia, la indicación de extracciones y sugerencias sobre otros abordajes una vez que el tratamiento ha sido acordado.

El cuidado de la relación paciente- profesional, cuando el paciente es un niño, será en gran parte responsable del éxito del tratamiento. El vínculo establecido con los padres será de suma importancia para que el niño se afiance en su relación con el odontopediatra y que este lo acompañe a lo largo de su niñez y de los cambios que irán ocurriendo en su boca en estos importantes años de su vida (Barrancos & Barrancos, 2006).

2.2.3. La ansiedad y la odontología

En el caso de la odontología, a mediados del siglo pasado sus profesionales observaron que el tratamiento odontológico era considerado por los pacientes como un estímulo aversivo. Que ocasionaba comportamientos disruptivos mostrados durante el tratamiento dental, con las consecuencias negativas sobre la salud de los pacientes, ya que dificultaba o retrasaba la realización de las intervenciones dentales que podían ser necesarias en un

momento determinado. En todos estos casos, el impacto del miedo y ansiedad sobre salud dental de los pacientes es uno de los principales problemas que han llevado a los odontólogos a interesarse por la psicología. El factor común de interés es que el tratamiento y la prevención de las enfermedades dentales pueden ser abordados mediante la modificación, reducción o eliminación de estos comportamientos de riesgo con el auxilio profesional de la psicología (Peñaranda Hernández, 2004).

La ansiedad en la literatura odontológica es definida como miedo a las experiencias traumáticas propias o experiencias ajenas de incomodidad. Estas emociones comienzan a desarrollarse en edad pre-escolar con el inicio de la conformación de nuevos patrones de comportamientos; los cuales se van adquiriendo en el contacto social con amigos y otros adultos, incluyendo al dentista y a su ambiente odontológico (Perez Vera, 2015).

El niño asocia a menudo la odontología con el daño, ha aprendido que el dentista puede dañarle y asocia su dolor con el “ser malo,” ya que en ocasiones recibió una sanción por su mal comportamiento e interpreta que la odontología y el dentista son un castigo. Esta actitud es percibida por el niño a través de los comentarios de sus familiares, amigos y de sus propias experiencias médicas (Ascensão Klatchoian, Noronha, & Ayrton de Toledo, 2016).

Factores ambientales como problemas emocionales en casa y los medios de comunicación influyen también en él. La televisión, radio, revistas, etc. predisponen al niño a ver la odontología como algo muy peligroso; condicionándolo a optar una actitud negativa respecto a ella y restándole credibilidad al odontólogo (Pinkham, 1994).

Encontraron que la etiología de la ansiedad en la odontología está relacionada principalmente con el tratamiento doloroso en combinación con la actitud negativa de los padres o del dentista, también la relacionan con el número de extracciones dentarias a que

fue sometido el paciente, la primera impresión al ambiente de la sala de espera y las experiencias subjetivas dentales del niño. Refieren que la etiología de la ansiedad dental en los niños es multifactorial y no tiene que ver con la edad, sexo, género, estado socio-económico etc (Chimenos Kustner, 2009).

Los niños expresan su miedo y ansiedad de acuerdo al grado de madurez y personalidad ante situaciones atemorizantes. Pueden reaccionar molestos, con agresividad, llorando; otros manifiestan dolor de estómago e incluso algunos reaccionan huyendo de la sala de espera mientras que otros pacientes ocultan su dolor (Koch, Mordeer, & Poulsen, 1995).

Nos dice que un niño pre-escolar que no ha sido acondicionado positivamente a la odontología “exhibe ansiedad en su visita odontológica”; reflejando resistencia a la atención dental, rehusándose a abrir la boca, pudiendo hablar gritando, u otros rehúsan entrar al consultorio y huyen del peligro imaginario (Lewis, 1958). Todas estas conductas y la persistencia de las mismas son los medios utilizados para manejar su propia ansiedad.

Es por ello que la ansiedad en el ámbito dental la actitud del niño es vista como evasiva, que puede inducir a cancelar o posponer la visita con el especialista, produciéndose así un efecto negativo sobre su salud buco dental. Siendo esta la razón principal para evitar el cuidado buco dental la cual tiene su origen en las primeras visitas al odontólogo. (Davis , 1984).

2.2.4. Características del desarrollo en la niñez

Empezaremos diciendo que las características de desarrollo son procesos de construcción dinámica, adaptativo, global, continuo y no uniforme.

El periodo de la niñez se inicia a los seis o siete años y finaliza con el inicio de la adolescencia que suele ocurrir entre los once y doce años. Durante la niñez, la velocidad

del crecimiento se reduce de manera considerable. Sin embargo, si bien los cambios que ocurren día tras día no son tan evidentes, su suma establece una diferencia sorprendente entre los niños de seis años, que todavía son pequeños, los de 11 años, muchos de los cuales empiezan a parecerse a los adultos (Clavijo Gamero, y otros, 2005).

Entre los seis y los once años los niños crecen entre cinco y siete centímetros y medio y casi duplican su peso. Las niñas conservan algo más de tejido adiposo que los niños, una característica que persistirá hasta la adultez.

Educativamente coincide exactamente con la educación primaria. La entrada en la educación secundaria se realiza ya en la adolescencia. Desde el punto de vista cognitivo, siguiendo de nuevo la teoría de Piaget, el niño se encuentra en el periodo de las operaciones concretas, que se caracteriza ya por un pensamiento lógico pero centrado todavía en el aquí y ahora.

Existe una creciente capacidad de abstracción y una nueva construcción de lo real. En esta etapa el niño ya no necesita la experiencia práctica para adquirir conocimiento, ahora puede imaginar y ejecutar mentalmente las acciones, establecer entre elementos y sacar conclusiones y anticipar consecuencias.

Sin embargo hay una serie de hechos que caracterizan el desarrollo de esta etapa; en ellos nos vamos a detener.

El desarrollo físico es menos rápido en la niñez media que en los primeros años. Existen grandes diferencias en estatura y tamaño. Aumentan entre 5 a 7 centímetros y duplican su peso y las niñas conservan más tejido adiposo. La nutrición adecuada y el sueño son esenciales para el crecimiento normal y la salud.

Los avances cognoscitivos son sustentados por cambios en la estructura y el funcionamiento del cerebro. Debido a las mejoras en el desarrollo motor, niños y niñas pueden participar durante la niñez media una amplia variedad de actividades motoras.

Las actividades informales en el recreo ayudan al desarrollo de las habilidades sociales y físicas. Los juegos de los niños tienden a ser más físicos y los de las niñas más verbales.

Alrededor del 10% del juego de los escolares, suelen ser informales y de organización espontánea. Los niños participan de los juegos rudos como golpes, luchas, forcejeos, volteretas y terminan en risas y gritos simulando a las peleas, pero de forma más amical.

Muchos niños, sobre todo varones, participan en deportes competitivos organizados. Un programa adecuado de educación física debería dirigirse al desarrollo de habilidades y buena condición física para todos.

Entre los siete y los doce años, el niño se encuentra en la etapa de las operaciones concretas. Los niños son menos egocéntricos que antes y más accesibles a las competencias en tareas que requieran razonamiento lógico, como pensamiento espacial, comprensión de causalidad, categorización, razonamiento inductivo y deductivo y conservación. Sin embargo, su razonamiento se limita en gran medida al aquí y ahora.

El desarrollo neurológico, la cultura y la educación parecen contribuir a la tasa de desarrollo de las habilidades piagetianas.

De acuerdo con Piaget, el desarrollo moral se relaciona con la maduración cognoscitiva y ocurre en tres etapas a media que el niño avanza de un pensamiento rígido a otro más flexible.

- Operaciones concretas.
- Seriación.

- Inferencia transitiva.
- Inclusión de clase.
- Razonamiento inductivo.
- Razonamiento deductivo.

Durante los años escolares mejoran las habilidades ejecutivas, el tiempo de reacción, la meta memoria y el uso de estrategias de mnemotecnias.

- Función ejecutiva.
- Meta memoria.
- Estrategias de mnemotecnia.
- Ayudas externas de memoria.
- Repaso.
- Organización.
- Elaboración.

El uso del vocabulario, la gramática y la sintaxis es cada vez más complejo, pero el área de crecimiento lingüístico más importante es la pragmática.

El auto concepto adquiere mayor realismo durante la niñez media, cuando según el modelo neo piagetiano, los niños forman sistemas representacionales.

De acuerdo con Erikson, la fuente principal de autoestima es la opinión que tienen los niños de su competencia productiva. Esta virtud se desarrolla por medio de la solución del cuarto conflicto psicosocial, laboriosidad frente a inferioridad. Los niños de edad escolar ya internalizaron la vergüenza y el orgullo y pueden entender y regular mejor las emociones negativas.

El crecimiento emocional es afectado por la reacciones de los padres a la exhibición de emociones negativas.

El grupo de compañeros adquiere mayor importancia en la niñez media. Por lo general, estos grupos están formados por niños de edad, sexo, origen étnico y posición socioeconómica similares, que viven cerca o que van juntos a la escuela.

El grupo de compañeros ayuda a desarrollar habilidades sociales, les permite probar y adoptar valores de manera independiente a los padres, les da un sentido de pertenencia y los ayuda a desarrollar su auto concepto e identidad de género. También puede fomentar la conformidad y el prejuicio.

Muchos niños experimentan estrés como resultado de la presión de la vida moderna. Suelen preocuparse por la escuela, la salud y la seguridad personal y pueden ser traumatizados por la exposición al terrorismo o la guerra.

Los niños resilientes son más capaces que otros de resistir el estrés. Los factores protectores involucran las relaciones familiares, la capacidad cognoscitiva, la personalidad, el grado de riesgo y las experiencias compensatorias (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2010).

2.2.5. Niñez

“Periodo de la vida humana que se extiende desde el nacimiento hasta los 12 años de vida. Durante la etapa de la niñez en la vida de toda persona se originan cambios importantes en el desarrollo intelectual y social desde el ingreso del niño a la escuela, suceso que significa la convivencia con seres de su misma edad, Los niños y niñas a estas edades están en constante crecimiento y desarrollo, Adquiriendo diversas capacidades y habilidades. En este período los niños y niñas crecen entre 5 y 8 cm y aumentan entre 2,5 y 3,5 Kg. por año”.

La Niñez coincide con la escolarización o ingreso del niño en la escuela, lo que significa la convivencia con otros seres humanos de su misma edad y por lo tanto, iguales

en derechos, deberes y requerimientos de atención. El contacto con otros niños influye en su proceso de socialización y en la adquisición de capacidades de relación con otros seres humanos.

Dentro de la niñez, se pueden distinguir a grandes rasgos 2 sub etapas: la etapa de la niñez temprana que abarca desde los 3 hasta los 6 años, y la etapa intermedia de la niñez que comprende desde los 6 hasta los 11 o 12 años. (Latorre Román & Herrador Sánchez, 2003(

Primera etapa:

- Los niños tienen un aspecto atleta y delgado.
- Aparecen los dientes de leche.
- Comienzan a controlar su sueño nocturno y los estados de vigila.
- Empiezan a coordinar las funciones de la vista y de las manos. Desde la mitad de esta etapa hasta la finalización de la misma controlan sus habilidades motoras gruesas (correr, trepar y saltar con autodominio)
- Genera el desarrollo del auto-concepto, reconociéndose el mismo como persona. De esta forma puede registrar y caracterizarse frente a otras personas.
- Emociones. En cuanto a las emociones puede establecer varias al mismo tiempo dado que no tiene la capacidad aún de diferenciarlas completamente.
- Surge el concepto y la valoración del término de autoestima. De esta forma le permite valorar sus capacidades.
- Surge la construcción de la personalidad. Esto puede ser definitorio para su adultez. Es por esta razón que durante esta etapa el niño que sufre violencia física, verbal y agresiones u otras cuestiones violetas puede incidieren su personalidad de adulto.

Segunda etapa:

- Durante esta segunda etapa el crecimiento se lentifica.
- Mejoran la capacidad atlética y la fuerza corporal.
- El nivel egocéntrico disminuye.
- El auto-concepto se hace más notorio, lo que afecta a la autoestima del niño de esta etapa.

2.2.6. Desarrollo de los niños

“Entre las actividades de control del niño se incluyó: medición del peso y la talla, evaluación del desarrollo psicomotor, consejería y evaluación nutricional, tamizaje de agudeza visual, fluorización, promoción de la salud bucal, test de salud mental, prevención de accidentes, evaluaciones auditivas, medición de la presión arterial, inmunizaciones, despistaje de anemia, dislipidemias, detección temprana de autismo y de cáncer infantil; evaluado según la edad.

En relación a la frecuencia de controles cada país en Latino América, se ha establecido sus normas, donde indica que una rutina de atención que va desde el nacimiento hasta los 12 años, considerándose como niños.” (Instituto Nacional de Salud, 2016).

El instituto Nacional de salud confirma mediante un análisis a nivel internacional, que la edad promedio considerada para un niño es desde el nacimiento hasta los 12 años, pues se ha tomado en consideración que el ser humano deja la etapa de la niñez cuando ha perdido los dientes de leche por completo, que usualmente ocurre a antes de los 12 años, y 12 años como máximo, por ende se ha considerado que la etapa de la niñez culmina a esa edad de forma estandarizada.

Las características más importantes de los niños son: el contacto con otros niños, lo cual influye en su proceso de socialización y en la adquisición de capacidades de relación con otros seres humanos, pues es la etapa donde desarrolla capacidades cognitivas

como la percepción, memoria y el razonamiento. En esta etapa también se adquieren el sentido del deber, el respeto al derecho ajeno, el amor propio entre otras capacidades.

Por otro lado los niños también se desarrollan su pensamiento lógico y su capacidad de distinguir entre realidad e imaginación.

2.2.7. Desarrollo de la niñez según Piaget

Piaget es uno de los psicólogos más famoso de la historia por sus descubrimientos sobre la infancia y el desarrollo de la inteligencia en niños. Dedicó su vida a investigar las diferentes etapas del crecimiento, y a entender cómo evolucionan en ellas nuestros patrones del aprendizaje, pensamiento y desarrollo cognitivo. Brevemente se hará mención de las 4 etapas de desarrollo por las que atraviesa el niño según este autor.

- Etapa sensorio-motora (desde el nacimiento hasta los 2 años). El niño aprende a través del tacto.
- Etapa pre-operacional (desde los 2 hasta los 7 años). Utilizan el juego como medio de expresión que se caracteriza por ser un proceso libre y no medido. Elabora pensamientos un poco complejos como contar y diferenciar.
- Etapa de las operaciones concretas (desde los 7 hasta los 11 años). Comienza a pensar lógicamente.
- Etapa de operaciones formales (desde los 11 años en adelante). Desarrollo de pensamientos abstractos.

2.2.8. Desarrollo de la niñez según Papalia

“La Niñez, es una etapa del desarrollo que comprende hasta los doce años. En esta etapa se aprecian distintos cambios; tanto físicos, psicológicos, cognitivos y sociales.” (Papalia D. E., 2001). Desde el punto de vista del autor la segunda etapa de la niñez es

donde se lleva a cabo el mayor desarrollo cognoscitivo de los niños, lo cual es base importante para la presente investigación ya que la población estudiada es la mencionada, Papalia menciona entonces las características más relevantes de este aspecto.

Características más relevantes

- El crecimiento es más lento.
- La fuerza y las habilidades atléticas mejoran.
- Las enfermedades respiratorias son comunes pero, en general, la salud es mejor que en cualquier otra época de la vida.
- El egocentrismo disminuye. Los niños comienzan a pensar de manera lógica pero concreta.
- Las destrezas de memoria y lenguaje aumentan.
- Los logros cognoscitivos permiten a los niños beneficiarse de la educación formal.
- Algunos niños muestran necesidades y fortalezas especiales en el área educativa.
- El auto concepto se hace más complejo, afectando la autoestima.
- La correlación refleja el cambio gradual del control de los padres hacia el niño.
- Los compañeros adquieren una importancia central.

En el transcurso de la edad de 7 hasta 12 años. El niño puede solucionar problemas lógicamente si están dirigidos al aquí y al ahora, pero no puede pensar en forma abstracta. Así mismo se desarrolla temores en la niñez, pues entre los 7 y 8 años: Seres sobrenaturales, oscuridad, noticias (como informes sobre la amenaza de una guerra nuclear o el secuestro de un niño), permanecer sólo, lesiones en su cuerpo. Seguidamente en el lapso de la edad de 9 a 12 años: Pruebas y exámenes escolares, resultados escolares, lesiones en su cuerpo, aspecto físico, rayos y truenos, muerte, oscuridad. El proceso de crecimiento se da mediante el desarrollo físico es menos rápido en la niñez intermedia que en los años anteriores. Al comienzo de este periodo, los muchachos son ligeramente

más grandes que las niñas, pero ellas presentan el crecimiento repentino de la adolescencia a una edad más temprana y por tanto tienden a ser mayores que los muchachos al final de la niñez intermedia. Existen amplias diferencias de estatura y peso entre los individuos y los grupos. Una nutrición apropiada es esencial para el crecimiento y la salud normales. En promedio, los niños necesitan 2400 calorías por día. La desnutrición puede afectar el desarrollo cognoscitivo y psicosocial.

Debido a que los dientes permanentes salen en la niñez intermedia, el cuidado dental se vuelve indispensable. Los índices de caries dental descendieron en las dos últimas décadas en los Estados Unidos, principalmente, por el uso de flúor y el mejoramiento en el cuidado dental.

2.2.9. Ansiedad en los niños en consulta odontológica

Los estudios realizados con población infantil indican que los niños informan de más miedo o ansiedad frente a las experiencias dentales que son más invasivas y dolorosas. Entre estas destacan el uso de la pieza de mano e inyecciones, así como los procedimientos dentales que provocan náuseas o la sensación de ahogo. (García Vera, 2016).

El trato con extraños, posiblemente implicado en el trato con dentistas y auxiliares, también destaca entre las fuentes de ansiedad, así como la separación de las madres durante el tratamiento de niños de corta edad. No debe extrañar, por tanto, que se considere con frecuencia que las causas de los miedos dentales están directamente relacionadas con experiencias dentales traumáticas durante su primer contacto con el dentista en la infancia o la adolescencia.¹⁹ Cuando un paciente niño llega para ser atendido por el odontólogo, trae más que una molestia en sus tejidos bucales, una carga emocional, de experiencias propias o de su entorno cercano, ya que es un ser humano que

tiene miedo, ansiedad y gran preocupación por las sensaciones dolorosas. Ellos son más ansiosos y temerosos que los adultos, debido a que están expuestos a experiencias nuevas y desconocidas para ellos. Los fundamentos de la práctica de la odontología para niños se basa en la capacidad de guiarlos a través de sus experiencias odontológicas, a corto plazo, esta capacidad constituye un requisito previo para 30 proporcionarles las atenciones odontológicas más inmediatas. A largo plazo, tendrá efectos ventajosos si se planifica ya en edades tempranas la futura salud dental del adulto. El objetivo profesional del odontólogo consiste en alentar en las personas una preocupación por su dentadura y en mejorar la salud dental de la sociedad. Lógicamente los niños son elementos clave para conseguir esa perspectiva de futuro.

2.2.10. Signos, síntomas de ansiedad

A nivel cerebral, los dos hemisferios difieren en el gobierno de las emociones, siendo más importante la participación del hemisferio derecho. Los signos más evidentes de la activación emocional comprenden cambios en la actividad del sistema nervioso autónomo con participación tanto del sistema simpático como parasimpático. (Menezes D, 2011).

La ansiedad, se expresa a través de cambios fisiológicos, que son respuestas motoras estereotipadas, sobre todo de los músculos faciales. Los centros que coordinan las respuestas emocionales están vinculados con el sistema límbico.

Podemos encontrar, en diverso grado, los siguientes signos y síntomas de ansiedad: Taquicardia, boca seca, malestar gástrico, alteraciones de la respiración (apnea, hiperventilación, disnea), aumento del estado de alerta, sudoración facial y de manos, movimientos corporales espontáneos, tensión muscular generalizada o localizada en hombros, piernas, pies y abdomen; sobresalto fácil, micción frecuente, diarrea, impaciencia, aprensión (expectativa de que algo malo va a suceder). Ocasionalmente

algunos pacientes pueden llegar a presentar episodios sincopales y lipotimias, los cuales constituyen las complicaciones más habituales en la consulta odontológica, con una frecuencia de 1 en 160 pacientes (0,6%), o situaciones de agitación y descontrol emocional.

2.2.11. Factores que desencadenan ansiedad en los niños

Algunos autores consideran que los factores que desencadenan ansiedad dental en el niño son: ansiedad materna, historia médica y conocimiento del problema odontológico. A esto (Jeffrey, Avery, & McDonald, 2014) corrobora diciendo que el conocimiento del motivo de consulta también predispone al paciente menor a una tendencia hacia una conducta negativa.

Townend, Dimigen, Fung, nos dicen que las variables que desencadenan ansiedad dental están influenciadas con las experiencias subjetivas de dolor, número de experiencias traumáticas y ansiedad materna (Carrillo , Greco, & Romero , 2012).

Se realizaron estudios en el año 2002 acerca de los factores que desencadenan ansiedad dental en los niños, concluyendo que la edad del niño, educación de los padres, hospitalizaciones médicas, historia de dolor dental son factores que desencadenan ansiedad en la consulta odontológica. Los padres evaluaron a sus niños, encontrando como principales causas de no cooperación: miedo (57%), dolor (24%), ambiente extraño (17%), conducta del niño (17%), anestesia (14%), conducta negativa al dentista (13%) (Colares & Richman, 2012).

La influencia del hermano mayor es también trascendental ya que a través de los comentarios de sus experiencias positivas o negativas dentales pasadas, predisponen al paciente, a una actitud o situación ansiosa.

Gaton, sostiene que existen tres vínculos que desencadenan ansiedad en la consulta odontológica, los cuales son: una nueva experiencia o situación a conocer, incertidumbre a lo desconocido y la expectativa; que es la causa del aumento del nivel de ansiedad (De Lurdes Alvarado Velazco, 2015).

2.3. Definición de términos básicos

1. Ansiedad

El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino anxietas. Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Para la medicina, la ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente. (Boj, Catala, Garcia, & Mendoza, 2007).

2. Niñez

Desde la perspectiva psicológica: Comprende hasta la edad de 12 años, se caracteriza porque se realiza la mayor inserción social, un significativo desarrollo de habilidades intelectuales, y mayor reciprocidad en los intercambios afectivos (Dewey, 2006).

3. Niñez desde la perspectiva de la odontológica.

Considerado desde el nacimiento, hasta la edad de 12 años, en vista de que se evidencia, el fin del desarrollo de los dientes de leche (caída, pérdida de los dientes de leche). (Minsa, 2016).

4. Niño

Es un ser humano que aún no ha alcanzado la pubertad. Por lo tanto, es una persona que está en la niñez y que tiene pocos años de vida (Unicef, s.f.).

5. Ansiedad infantil

Son situaciones objetivamente no peligrosas, considerada como pequeños eventos cotidianos, que se da en un tiempo determinado, donde se evidencia un gran malestar al niño que la padece dificultándole tareas y situaciones cotidianas. (Centro de psicología; Santiago CID, 2016).

6. Preocupación infantil

Es la sensación de sentirse triste o desesperanzado en algunas ocasiones es parte de la vida de todos los niños. Sin embargo, algunos niños se sienten tristes o sin interés en las cosas que antes suelen disfrutar, o se sienten indefensos o desesperanzados en situaciones en las que podrían hacer algo para cambiarlas. Cuando el niño siente tristeza y desesperanza persistentes, puede que se diagnostique hasta depresión. (CDC, Centro para el control y prevención de enfermedades, 2013).

7. Odontopediatría

La odontopediatría es la rama de la odontología encargada de tratar a los niños. El odontopediatra será, por tanto, el encargado de explorar y tratar a niños y recién nacidos. También se encarga de detectar posibles anomalías en la posición de los maxilares o dientes para remitir al ortodoncista, especialista en ortodoncia, y de hacer un tratamiento restaurador en caso de necesitarlo. El tratamiento restaurador principalmente se compone de tratar los traumatismos, usar selladores que tienen la función de obturar levemente los surcos y fisuras de las piezas dentales sin apenas quitar material dental para evitar posibles caries, y en tratar las caries producidas y sus consecuencias. (Estudi Dental, s.f.).

8. Miedo dental

Miedo implica la evaluación intelectual de un estímulo amenazante. (Carrillo, Greco, & Romero, 2012).

9. Trauma

Trauma proviene de un concepto griego que significa “herida”. Se trata de una lesión física generada por un agente externo o de un golpe emocional que genera un perjuicio persistente en el inconsciente. El trauma físico está vinculado a una avería que sufre el cuerpo. (Colares & Richman, 2012).

10. Biopsicosociales

El Modelo biopsicosocial es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad. (Barberia L. , 2001).

11. Ansiogenas

Aplicase a la situación o al objeto susceptible de provocar angustia o ansiedad en un sujeto. (Koch, Mordeer, & Poulsen, 1995).

12. Preocupación

Una preocupación es aquella intranquilidad o miedo que algo le despierta a una persona. Por otra parte, cuando algo despierta interés o atención, es decir, el objeto o sujeto de máximo interés de alguien se suele expresar en términos de preocupación. (Jeffrey, Avery, & McDonald, 2014).

13. Agitación/ tensión emocional en niños

Son situaciones muy diversas, ya que por un lado denota inseguridad en el niño frente a ciertas situaciones de presión, y por el otro se asemeja a reacciones relacionadas con la histeria. (Ruiz Jiménez, 2003).

14. Tranquilidad para el niño

La calma es la tranquilidad de ánimo, la fortaleza emocional del sujeto que no se deja afectar de un modo negativo por las circunstancias externas. Tener la capacidad de mantener la tranquilidad en momentos de dificultad, mantener la serenidad para poder pensar con tranquilidad, es una excelente habilidad emocional. (CDC, Centro para el control y prevención de enfermedades, 2013).

15. Psicogénesis

Termino que denota el origen y el desarrollo de la mente y de los fenómenos mentales, así como la teoría de la evolución mental. (Piaget, 1998).

16. Cavidad oral

La boca, también conocida como cavidad bucal o cavidad oral, es la abertura corporal por la que se ingieren alimentos. Está ubicada en la cara y constituye en su mayor parte el aparato estomatognático, así como la primera parte del sistema digestivo. La boca se abre a un espacio previo a la faringe llamado cavidad oral, o cavidad bucal. (Jeffrey, Avery, & McDonald, 2014).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis

Las investigaciones de tipo descriptivo, no necesariamente llevan hipótesis, sin embargo pueden estas ser propuestas durante el proceso de investigación (Hernández Sampieri, 2014). Bajo esta consideración consultada mediante la fuente primaria antes indicada y según las características del presente estudio no se propuso hipótesis alguna.

3.2. Variables, dimensiones e indicadores, definición conceptual y operacional

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM / PREGUNTAS	INSTRUMENTO
ANSIEDAD	Es el nivel de respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación	La variable ansiedad en este grupo etario se expresa como: Bajo Normal Significativo según la escala de Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R. Autor: Reynold y Richmond (1997). Adaptación: Sergio Domínguez (2013).	Síntomas físicos	-Taquicardia, palpitaciones, dolor u opresión precordial. -Palidez. -Exceso de calor. -Nauseas. -Dolor de cabeza, vértigo o mareos. -Temblores, hormigueo. -Sudoración y resequedad en la boca.	Ansiedad fisiológica: 10 reactivos (1,5,9,13,17,19,21, 25,29 y 33) Inquietud/hipersensibilidad: 11 reactivos (2,6,7,10,14,18,22, 26,30,34 y 37) Preocupaciones sociales/concentración: 07 reactivos (3,11,15,23,27,31 y 35) Mentiras: 09 reactivos (4,8,12,16,20,24,28,32 y 36)	Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R
			Síntomas psicológicos	-Preocupación, nerviosismo. -Sensación de ahogo, dificultad para respirar. -Miedo. -Irritabilidad, inquietud. -Desasosiego, ausencia de calma y tranquilidad -Ideas erróneas.		
			Síntomas cognitivos	- dificultad para concentrarse - estar distraídos, - incapacidad para llevar a cabo sus tareas habituales - olvidos		

Fuente: Elaboración propio

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

La presente investigación corresponde al enfoque cuantitativo; de diseño no experimental en cuanto no se manipularon variables; de tipo descriptivo porque se trató de conocer la presencia de los niveles de ansiedad que presentan los niños que acudieron a una consulta odontológica en la clínica docente asistencial de la Universidad Alas Peruanas, así mismo tiene un corte transversal, es decir que la recolección de datos se realizó en un solo momento y en un tiempo único. (Hernández S. 2014).

4.2. Diseño muestral

4.2.1 Población y muestra

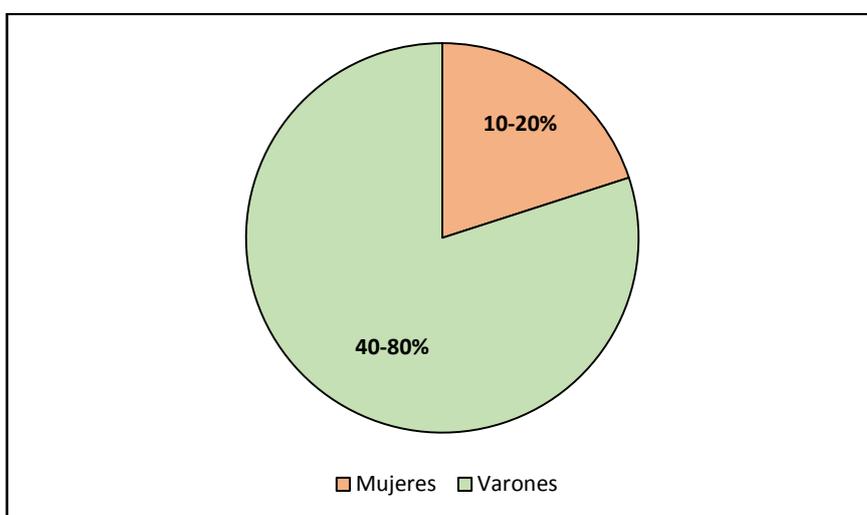
La población y muestra está constituida por 50 niños que concurren a una consulta odontológica en la Clínica Docente Asistencial de la Universidad Alas Peruanas Filial Cusco en el mes de setiembre.

Tabla 1. Distribución de la muestra según sexo.

Sexo	F	%
Mujeres	10	20,0
Varones	40	80,0
Total	50	100,0

Fuente: Datos de Investigación

Gráfico 1. Porcentajes según sexo.



Interpretación

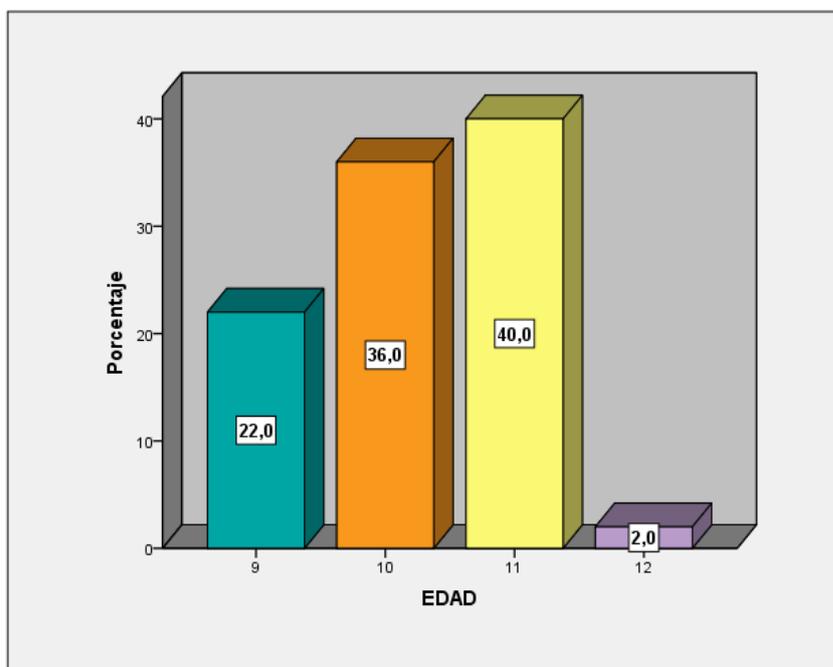
En la tabla y gráfico 1, se observa que el 20% son mujeres y el 80% son varones que es el mayor porcentaje. Es un indicador que los varones son los pacientes que acuden a una cita en la clínica Docente Asistencia de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco.

Tabla 2. Distribución según edad.

Edad	F	%
9	11	22,0
10	18	36,0
11	20	40,0
12	1	2,0
Total	50	100,0

Fuente: Datos de Investigación

Gráfico 2. Porcentajes según edad.



Interpretación

En la Tabla y gráfico 2, se observa que el 40% tiene como edad promedio 11 años, el 36% tiene 10 años el 22% tiene 9 años y un 2% tiene 12 años. Considerando el indicativo del promedio más alto es de los niños de 11 años que acuden a una cita en la clínica Docente Asistencia de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

4.3.1 Técnicas

- Observación

La cual se utilizó para apreciar el comportamiento de los evaluados durante la aplicación del instrumento de nuestra investigación.

- Entrevista

Se empleó una entrevista semiestructurada con un guion previo con cierto grado de libertad para proponer cuestiones sobre el tema y poder establecer un buen rapport con el niño encuestado.

4.3.2 Instrumento

- Nombre: Escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R

- Autor: Reynold y Richmond.

- Adaptación: Sergio Domínguez Lara.

- Procedencia: Los Ángeles California EEUU.

- Administración: Individual o Colectiva.

- Duración: Variable, 15 minutos aproximadamente.

- Aplicación: Personas de 06 a 19 años de edad.

- Calificación: manual.

- Objetivo: Determinar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes.

- Usos: Clínico, educativo y neuropsicológico.

- Materiales: Manual, cuestionario y plantilla de calificación.

- Validez: De contenido, constructo y criterio.

- Confiabilidad: para el cálculo de confiabilidad se utilizó el coeficiente KR20. Se obtuvo un indicador de .838 en la puntuación total para toda la muestra, así de .822 para varones y .839 para mujeres. Dentro de la escala, para el factor Ansiedad

Cognitiva se obtuvo un KR20 de .610 para la muestra total, .613 para varones y .603 para mujeres. En el segundo factor preocupaciones Sociales/ Concentración, de .701 para toda la muestra, .688 para varones y .705 para mujeres. El factor Ansiedad Fisiológica obtuvo un KR20 de .751 para todos los participantes, .726 para varones y .751 para mujeres. Por último, en la escala Mentiras se obtuvo un KR20 de .758 para todos los participantes, .740 para varones y .773 para mujeres.

- Descripción: Consta de 37 reactivos, diseñados para valorar la naturaleza de la ansiedad. Brinda cuatro puntuaciones de subescalas además de la puntuación de ansiedad total, estas subescalas se denominan ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad, preocupaciones y la subescala de mentiras. Le responde a cada afirmación encerrando con un círculo la respuesta SI o NO.

I Ansiedad fisiológica (reactivos)	II Inquietud/ hipersensibilidad (11 reactivos)	III Preocupaciones sociales/ concentración(7 reactivos)	Mentira (L) (9 reactivos)
1 Me cuesta trabajo tomar decisiones. 5 Muchas veces siento que me falta el aire. 9 Me enoja con mucha facilidad. 13 En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido. 17 Muchas veces siento asco y nauseas. 19 Me sudan las manos. 21 Me canso mucho. 25 Tengo pesadillas. 29 Algunas veces me despierto asustado(a). 33 Me muevo mucho en mi asiento.	2 Me pongo nervioso. 6 Casi todo el tiempo estoy preocupado. 7 Muchas cosas me dan miedo. 10 Me preocupa lo que mis papas me vayan a decir. 14 Me preocupa lo que la gente piense de mí. 18 Soy muy sentimental. 22 Me preocupa el futuro 26 Me siento muy mal cuando se enojan conmigo. 26 Me siento preocupado cuando me voy a dormir. 34 Soy muy nervioso. 37 Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.	3 Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí. 11 Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas. 15 Me siento solo(a) aunque este acompañado. 23 Los demás son más felices que yo. 27 Siento que alguien me va decir que hago las cosas mal. 31 Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares. 35 Muchas personas están contra mí.	4 Todas las personas que conozco, me caen bien. 8 Siempre soy amable. 12 Siempre me porto bien. 16 Siempre soy bueno. 20 Siempre soy agradable con todos.. 24 Siempre digo la verdad 28 Nunca me enoja. 32 Nunca digo cosas que no debo decir. 36 Nunca digo mentiras.

Fuente: Escala de ansiedad manifiesta en niños

Confiabilidad y validez del Instrumento para los efectos del presente trabajo de investigación en la Clínica Docente Asistencial de la Universidad Alas Peruanas Filial Cusco en el mes de setiembre -2017. (Anexo 2,)

Confiabilidad del Instrumento

El índice de consistencia permite medir si un instrumento tiene la fiabilidad suficiente para ser aplicado, si su valor está por debajo de 0.6 el instrumento que se está evaluando, presenta una variabilidad heterogénea en sus ítems y por tanto nos llevará a conclusiones equivocadas.

Para calcular el valor de α , se utilizó la fórmula:

Donde los valores son:

α = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

V_i = Varianza de cada ítem

V_t = Varianza total

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

En ese sentido a continuación se calculó la varianza de los ítems, para lo cual se utilizó el estadístico SPSS, v. 24; mediante la prueba de varianzas de los ítems del instrumento formulado, los rangos de confiabilidad establecidos son:

Rangos para interpretación del Coeficiente Alpha de Cronbach

Rango	Magnitud
0.01 a 0.20	Muy baja
0.21 a 0.40	Baja
0.41 a 0.60	Moderada
0.61 a 0.80	Alta
0.81 a 1.00	Muy alta

Fuente: Datos de Investigación

De acuerdo a los rangos establecidos, se analizó el índice Alpha de Cronbach obteniéndose los siguientes resultados para el instrumento establecido bajo la denominación prueba para medición de la variable nivel de ansiedad manifiesta en niños.

Índice Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach para el instrumento nivel de ansiedad manifiesta en los niños

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,779	37

Fuente: Datos de Investigación

El valor de Alpha calculado se encuentra en el intervalo comprendido de $0.61 < \text{Alfa} < 0.80$, por tanto el instrumento aplicado recoge datos confiables y el valor obtenido es 0,779 lo cual permite manifestar que dicho instrumento presenta una confiabilidad alta.

4.4. Técnicas del procesamiento de la información

La recopilación de los datos, se llevó a cabo mediante una carta (oficio N° 25-2017-FMHyCS-FILIAL-Cusco. 26 de julio del 2017, ver anexo 06) dirigido a la director general de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco, a fin de contar con la autorización para proceder a la aplicación formal de los instrumentos (Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada CMAS-R) en los niños que acudieron a una consulta odontológica en la clínica docente asistencial de la Universidad Alas peruanas filial Cusco ,se llevó a cabo dichas aplicaciones de la escala en la disposición de cada uno de ellos.

4.5. Técnica estadística utilizada en el análisis de la información

Luego de la aplicación del instrumento citado, se procedió a consolidar los datos recopilados de modo informatizado (base de datos se empleó el software EXCEL 2016).

En un siguiente paso, se llevó a cabo el trabajo estadístico de revisar las respuestas de cada niño por edad y sexo concluyendo en el tratamiento estadístico de alcanzar los resultados en función a la DATA, materia prima para efectuar la aplicación del SPSS.v.24; y obtener los datos en porcentajes; de frecuencia, promedios, media y desviaciones consecuentes de los resultados conforme a nuestros objetivos planteados.

4.6. Aspectos éticos contemplados

El presente estudio de investigación se realizó siguiendo las normas de ética ya establecidas en la declaración de Helsinki, donde:

1. La identidad del entrevistado fue mantenido en reserva.
2. Los niños y sus padres tenían conocimiento de los objetivos del estudio.
3. Los padres firmaron un consentimiento informado aceptando se realice el estudio así como se tuvo el asentimiento informado de los niños.
4. La información individual que se obtuvo del estudio que se manejó en forma confidencial y fue comunicada de manera personal.
5. Se cuidó la integridad física y psicológica de los entrevistados que participaron en este trabajo de investigación antes, durante y después del estudio.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Resultados

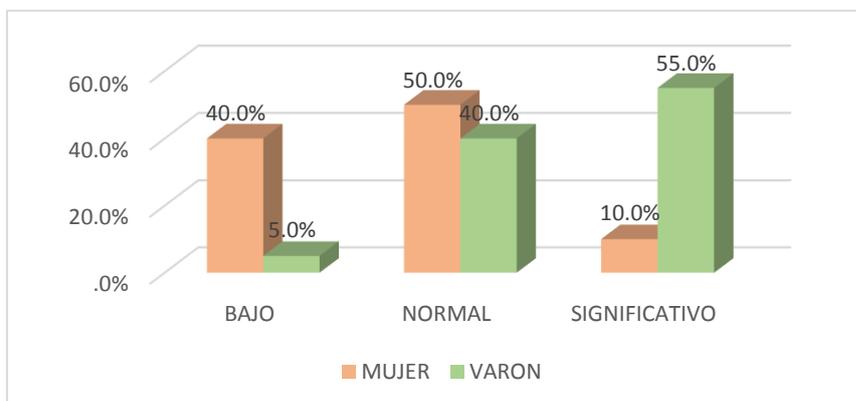
De acuerdo al primer objetivo específico determinar los niveles de ansiedad según el sexo que presentan los pacientes odontopediátricos frente a una consulta, en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas”.

Tabla 3. Niveles de ansiedad según sexo

Nivel de ansiedad	Mujer	Varón	%
Bajo	40.0%	5.0%	12.0%
Normal	50.0%	40.0%	42.0%
Significativo	10.0%	55.0%	46.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Datos de Investigación.

Gráfico 3. Porcentaje según el sexo del nivel de ansiedad.



Análisis descriptivo

En el gráfico 3, Se observa en el estudio sobre los niveles de ansiedad en niños, el 55% son varones teniendo el porcentaje más elevado en un nivel significativo, mientras que un 10% son mujeres con un porcentaje bajo.

Análisis inferencial

Cómo se observa tenemos mayor porcentaje en la cantidad de varones que de un modo u otro es probable que acerque a determinar algunos factores que incremente diferencias en contra del nivel de ansiedad en varones. Eso puede explicar en alguna forma los problemas de ansiedad son mejor controlados en la niñas, ya que al modo de enfrentar los problemas sobre todo de tipo clínico son mejor afrontados en comparación de los varones. Ya que la mayor frecuencia es en niños debido a sostener una ansiedad materna influenciada previa consulta odontológica.

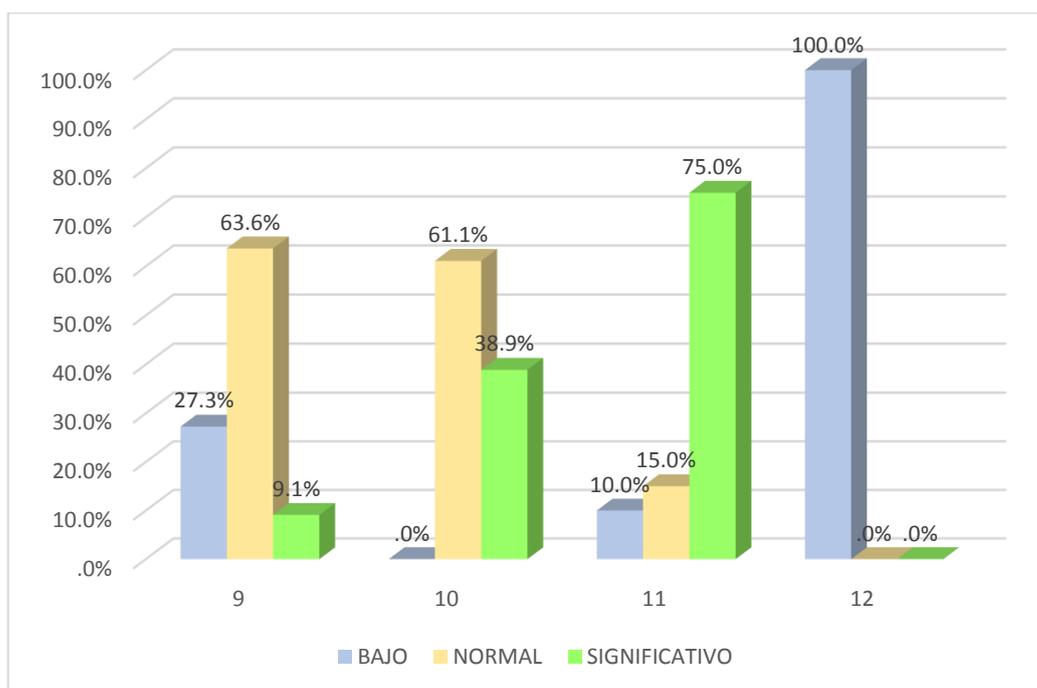
De acuerdo al segundo objetivo específico identificar el nivel de ansiedad según la edad de los paciente odontopediátricos ante una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas”

Tabla 4. Nivel de ansiedad según la edad de los paciente odontopediátricos.

	9	10	11	12	f	%
Bajo	27.3%	.0%	10.0%	100.0%	6	12.0%
Normal	63.6%	61.1%	15.0%	.0%	21	42.0%
Significativo	9.1%	38.9%	75.0%	.0%	23	46.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	50	100.0%

Fuente: Datos de Investigación

Gráfico 4. Porcentaje según la edad de los niveles de ansiedad.



Análisis descriptivo

De acuerdo al gráfico 4, conforme a los niveles alcanzados, se observa en el estudio sobre los niveles de ansiedad en niños, el 9.1% tienen 9 años, 38.9% tienen 10 años, el 75% tienen 11 que es en mayor porcentaje y el 0% tienen 12 años.

Análisis inferencial

Los niños evaluados presentan rasgos más significativos de ansiedad en la edad de 11 años, es la edad en la que están en las operaciones concretas. El pensamiento del niño se puede denominar “racional”. Comienza a dominar gradualmente las nociones de clases, relaciones y cantidades. Se hacen posibles la conservación y la seriación, y el desarrollo de estas destrezas permite al individuo formular hipótesis y explicaciones sobre acontecimientos concretos. El niño ve estas operaciones cognitivas simplemente como herramientas mentales, cuyos productos están a nivel de igualdad con los fenómenos perceptivos. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2010). En relación a su edad los hace vulnerables a la influencia social en este caso a los comentarios negativos sobre una consulta odontológica.

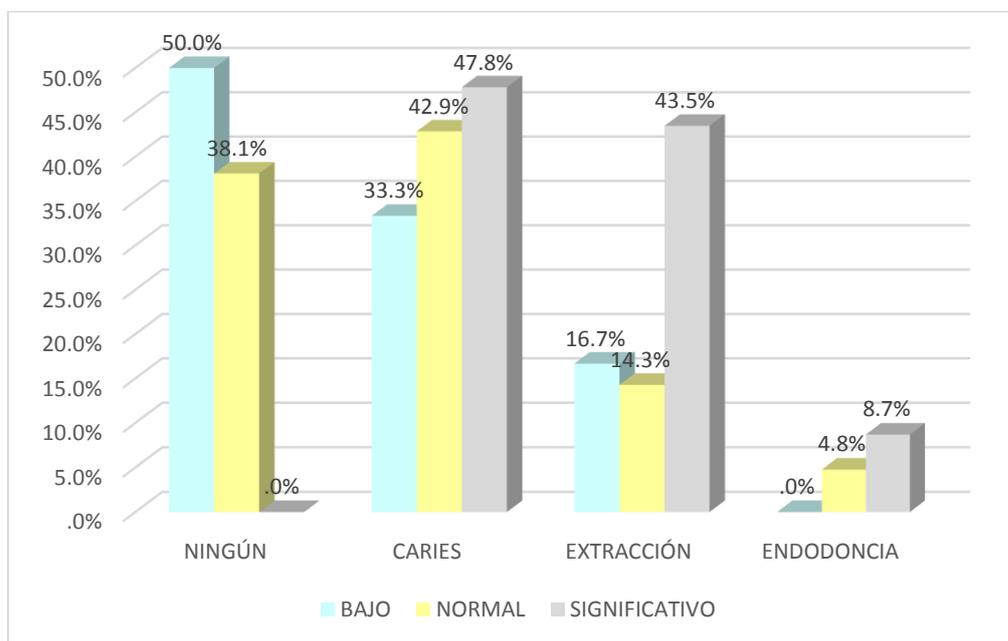
De acuerdo al tercer objetivo específico indicar el nivel de ansiedad según el tipo de tratamiento que llevan los pacientes odontopediátricos que acuden a una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas”.

Tabla 5. Nivel de ansiedad según tratamiento.

	Bajo	Normal	Significativo	%
Ninguno	50.0%	38.1%	.0%	22.0%
Caries	33.3%	42.9%	47.8%	44.0%
Extracción	16.7%	14.3%	43.5%	28.0%
Endodoncia	.0%	4.8%	8.7%	6.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Datos de Investigación

Gráfico 5. Porcentaje según el tipo de tratamiento de los niveles de ansiedad.



Análisis descriptivo

De acuerdo al gráfico 6, conforme a los niveles alcanzados, Se observa en el estudio sobre los niveles de ansiedad en una escala significativa en niños, el 47.8% presentan ansiedad al tratamiento de caries, el 43.5% presentan ansiedad al tratamiento de extracción, el 8.7% presentan ansiedad al tratamiento de endodoncia y 0% no presentan ansiedad a ningún tratamiento.

Análisis inferencial

Los niños evaluados presentan niveles de mayor ansiedad al tratamiento de caries, por ser este común, pero en donde el cirujano dentista utiliza el instrumento llamado pieza de mano y pastas que nos son muy agradables para los niños en el tratamiento odontológico.

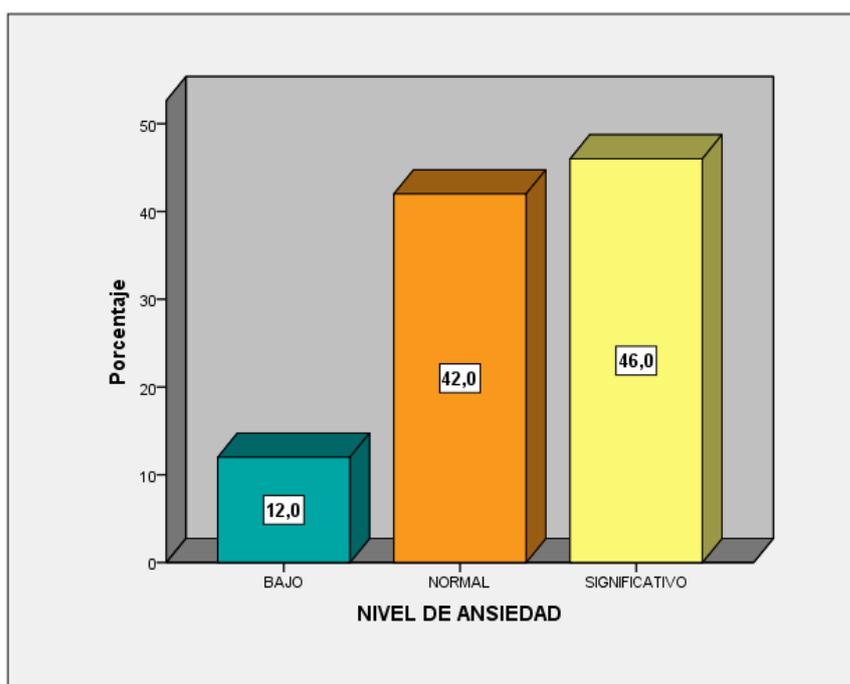
De acuerdo al objetivo general que es evaluar los niveles de ansiedad que presentan los pacientes odontopediátricos frente a una consulta, en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre-2017.

Tabla 6. Niveles de ansiedad que presentan los pacientes odontopediátricos.

Nivel de ansiedad	F	%
Bajo	6	12,0
Normal	21	42,0
Significativo	23	46,0
Total	50	100,0

Fuente: Datos de investigación

Gráfico 6. Porcentaje del nivel de ansiedad.



Análisis descriptivo

De acuerdo al gráfico 6, nuestra lectura conforme a los niveles obtenidos, la muestra adquiere a un 46.0% un nivel significativo, en cuanto a su ansiedad en general. Mientras el 42.0% en el nivel normal y el 12.0%, en el nivel bajo.

Análisis inferencial

Los niños evaluados presentan signos de ansiedad en un nivel significativo, lo cual refiere que este fenómeno es un problema de gr

an importancia sobre todo en los niños con síntomas fisiológicos como taquicardia, palpitaciones, dolor u opresión precordial, palidez, exceso de calor, sensación de ahogo, nauseas, dolor de cabeza, vértigo o mareos, temblores, hormigueo, sudoración y resequedad en la boca. Al igual que síntomas psicológicos como preocupación, sensación de ahogo, miedo, irritabilidad, inquietud, desasosiego, ideas erróneas.

5.2. Discusión

Destacamos el trabajo de (Rivera Zelaya & Fernández Parra 2005) Los niños que tenían experiencia dental previa mostraban niveles más elevados de ansiedad, lo cual demuestra la relevancia de la ansiedad dental en los niños. Hecho que contrasta con el trabajo de investigación, el cual denota un resultado significativo, como la ansiedad y miedos dentales en los niños, ya que las experiencias previas que presentan los niños tiene un valor importante ante la intervención odontológica sin embargo, no desfavorece una primera cita sin experiencia negativa. A esto (Jeffrey, Avery, & McDonald, 2014) corrobora diciendo que el conocimiento del motivo de consulta también predispone al paciente menor a una tendencia hacia una conducta negativa.

En el estudio realizado encontramos que en el sexo masculino se presentó predominantemente con un porcentaje alto de nivel de ansiedad del instrumento utilizado sobre la relación de reactivos con subescalas de un 80.0% un dato que es relevante al resultado encontrado en un estudio de (Valdez Nuñez, 2014) Los resultados mostraron que los niños fueron más ansiosos que las niñas con un 60.8%, y que en general los niños del grupo de 10 años presentaron mayor ansiedad con un 44.1 % en comparación a las otras edades; hecho que demuestra que los niños presentan un menor control de afrontamiento hacia los problemas en este caso de tipo clínico.

Al evaluar el nivel de ansiedad según edad encontramos que en general la ansiedad se presentó preponderante en los niños con el 40% que tienen 11 años que es el mayor porcentaje, el 36% tienen 10 años, el 22% tienen 9 años, y el 2% tienen 12 años, por lo cual podríamos afirmar que a más edad el nivel de ansiedad se presenta de forma más significativa, estos datos no concuerdan con los datos obtenidos por (Marcano, Figueredo, & Orozco Mujica, 2012) quien concluye que los niveles de ansiedad disminuyen

conforme aumenta la edad. Sin encontrar mucha similitud en cuanto a la edad, en los estudios de (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2010) menciona que los niños se encuentran en la etapa de operaciones concretas donde desarrollan el razonamiento lógico, como pensamiento espacial, comprensión de causalidad, categorización, razonamiento inductivo y deductivo y conservación. Sin embargo, su razonamiento se limita en gran medida al aquí y ahora. Lo cual podemos afirmar que pese a su edad los niños de más edad son vulnerables de presentar ansiedad en el momento de afrontarla.

En cuanto al nivel de ansiedad según tipo de tratamiento odontológico recibido podemos observar en nuestro estudio que en general se presenta mayores niveles de ansiedad con el 44% presentan temor al tratamiento de caries, el 28% presentan temor al tratamiento de extracción, 22% no presentan ningún temor a los tratamientos ofrecidos y 6% presentan temor al tratamiento de endodoncia. Según (García Vera, 2016). Se puede evidenciar las características mencionadas en la población estudiada que los niños evidencian miedo o ansiedad frente a las experiencias dentales, porque se han visto en una situación invasiva y dolorosa, donde se ven separados de sus apoyo familiares antes de la intervención, lo que causa molestias e incomodidades en el paciente.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la evaluación de los niveles de ansiedad que presentan los niños odontopediátricos frente a una consulta, se pudo determinar que los niveles de ansiedad son denotados en forma significativa en la población de niños evaluados ya que este fenómeno puede traer consecuencias negativas en un futuro psicológico y dental de los niños, los cuales puedan tener problemas mayores en el transcurrir de su desarrollo emocional. Con lo que la hipótesis se acepta.

El nivel de ansiedad significativo se presentó mayoritariamente en la diferencia del sexo masculino, dentro de la población intervenida. Estos resultados demuestran que los varones están predispuestos a manifestar ansiedad, lo cual es un signo psicológico, ya que mediante este resultado se deduce que el género masculino presenta mayores signos de ansiedad, frente al tema odontológico.

El nivel de ansiedad significativo fue presentado en la población de niños de 11 años de edad. Lo cual detalla que es una edad en que se presentan diversos problemas de salud dental y a lo cual son más vulnerables los niños, ya que estos son signos de angustia en ellos ante una falta de prevención e información por sus padres o tutores desde una edad más temprana.

Según al tipo de tratamiento, se presentó un nivel significativo de ansiedad en el procedimiento contra las caries en comparación con los otros tratamientos preventivos, siendo el principal fenómeno estudiado el uso de la pieza de mano por el cirujano dentista, ya que al simple hecho de escuchar el sonido producido por este instrumento pone en alerta a la mayoría de niños atendidos en el establecimiento ya mencionado, lo cual es signo de ansiedad, viendo que manifiestan actitudes de incomodidad, donde se percibió también las características psicológicas en la población aplicada.

SUGERENCIAS

Se sugiere al director de la Escuela Profesional de Psicología de la universidad Alas Peruanas, tomar un interés más profundo en el tema de la ansiedad hacia los tratamientos odontológicos que ofrece la Clínica Docente Asistencial de Estomatología para poder establecer nuevos protocolos que permitan a los docentes y estudiantes de odontología y Psicología, tener acceso a más herramientas de prevención de la ansiedad en el ámbito dental, y así seguir desarrollando el conocimiento en esta área para disponer de mejores herramientas, que reorienten la dinámica entre el especialista y el individuo en este caso los niños, de modo que favorezcan un mejor nivel de salud dental y psicológico.

A los estudiantes de la escuela profesional de Psicología, fortalecer conocimientos sobre la ansiedad en niños en este tipo de intervenciones, para poder identificar los problemas más recurrentes, analizar las posibles causas, y proponer soluciones prácticas y teóricas con el apoyo académico de los docentes y especialistas pertinentes.

Al director de la Escuela Profesional de Psicología, buscar relaciones académicas con los representantes académicos de la escuela profesional de estomatología, para poder generar conocimientos más enriquecidos acerca del tema de “Ansiedad dental en los niños”, con lo que se pueda estructurar una propuesta para la mejora física y psicológica de la persona, cuidando su integridad desde edad temprana

A las autoridades académicas de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco, generar coordinaciones entre la escuela Profesional de Estomatología y la escuela Profesional de Psicología Humana, para poder realizar un trabajo de equipo multidisciplinario, a fin de que se realicen capacitaciones y charlas sobre el fenómeno de la ansiedad y poder disminuir este problema y brindar una mejor atención a los niños y pacientes en general que concurren a una cita odontológica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) . Jeffrey, D., Avery, D., & McDonald, R. (2014). *Odontología para el Niño y Adolescente - McDonald / Avery* (9 ed.). Indiana, United: Amolca.
- 2) . Aguilera Perez, P. (2013). *Ansiedad en niños de siete a once años durante y después de la hospitalización*. Mexico: Universidad Autonoma de nuevo león.
- 3) . Angel Ardiaca, C. (2016). *Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: análisis de las*. Madrid: Universidad complutense de madrid facultad de psicología.
- 4) . Ascensão Klatchoian, D., Noronha, J. C., & Ayrton de Toledo, O. (2016). Adaptación del comportamiento pediátrico. *Revista Odontopediátrica*.(6), 1-5.
- 5) . Barberia, E. (s.f.). *Odontopediatría* (Vol. 2º). Barcelona: Masson S.A.
- 6) . Barberia, L. (2001). *Odontopediatría* (Vol. 2). Barcelona, España: Mason s.a.
- 7) . Barlow, D. (1988). *Anxiety and Its Disorders The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York, Estados Unidos.
- 8) . Barrancos, J., & Barrancos, P. (2006). *Operatoria dental Integracion Clínica* (Vol. 4º). Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana S.A.
- 9) . Boj, J., Catala, M., Garcia, C., & Mendoza, A. (2007). *Odontopediatría*. (1 ed.). España: Masson.
- 10) . Buela Casal, G., Caballo, V., & Sierra, C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (1. Madrid : Siglo Veintiuno, Ed.) Madrri, Eespaña: MC Graw Hill Interamericana.
- 11) . Cameron , A., & Widmer, R. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica* (Vol. 3º). (Selvier, Trad.) Barcelona, España: Elsevier España S.L.
- 12) . Carbajal León, C. A. (2016). Percepción de las estrategias de crianza y la ansiedad en estudiantes de 5to de primaria a 5to de secundaria en una institucion privada de Lima. Lima, Perú.
- 13) . Carrillo , M., Greco, A., & Romero , M. (2012). *El miedo dental en la infancia y en la adolescencia, implicaciones para la salud oral*. (1 ed.). United: Lulu Press inc.
- 14) . CDC, Centro para el control y prevención de enfermedades. (24 de Julio de 2013). *La Salud Mental de los Niños*. Obtenido de Ansiedad y depresión : <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/spanish/anxiety.html>
- 15) . Centro de psicología; Santiago CID. (21 de Agosto de 2016). *Ansiedad Infantil*. Obtenido de Ansiedad Infantil: <https://www.psicologoemadrid.co/psicologo-infantil-ansiedad/>
- 16) . Cerron Callupe, M. E. (2010). Miedo en niños de 4 a 12 años de edad en relación a sus experiencias dentales y la ansiedad materna en el instituto de salud oral de las fuerza area de Lima. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villareal.

- 17) . Cespedes Condoma, E. (2015). *Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado y ansiedad rasgo en niños y adolescentes de Lima sur*. Lima: Universidad Autonoma del Peru Facultad de humanidades, escuela de psicología.
- 18) . Chimenos Kustner, E. (2009). *Diccionario de odontología*. (2 ed.). (Mosby, Ed.) Barcelona, España.
- 19) . Clavijo Gamero, R., Fernandez Gonzales, C., Rodriguez Bausa, L., Patiño Alite, J., Ales Reyna, M., Gonzales Alcones , M. A., & Perez Gonzales, N. (2005). *Educador de Eeducación especial de la Generalitat Valenciana*. España, España: Mad, S,L.
- 20) . Clínica de la ansiedad, Barcelona. (2012). *Ansiedad y depresión*. Barcelona.
- 21) . Colares, V., & Richman, L. (enero.abril de 2012). *Factores asociados con el comportamiento no cooperativo de los niños preescolares brasileños en el consultorio dental*.
- 22) . Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la Adolescencia*. (4 ed.). Madrid, España: Morata SL.
- 23) . Davis , J. (1984). *Paidodoncia atlas*. (2 ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- 24) . De Lurdes Alvarado Velazco, P. (2015). Nivel de ansiedad en escolares de 7-10 años. Estudio comparativo entre el método decir-mostrar-hacer y control de la voz en la escuela consejo provincial de pichincha. Período 2015. Ecuador.
- 25) . Dewey, J. (2006). *Desarrollo humano* . E.E.U.U.
- 26) . Dominguez, S., Villegas, G., & Padilla, O. (17 de Abril de 2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-CMAS en niños y adolescentes de Lima Metropolitana. *Tesis*. Lima, Perú.
- 27) . Dominguez, S., Villegas, G., & Padilla, O. (17 de Abril de 2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-CMAS en niños y adolescentes de Lima Metropolitana. *Tesis*. Lima, Perú.
- 28) . Estudio Dental. (s.f.). *Odontopediatría*. Obtenido de Odontopediatría: <http://www.junyentestudidental.com/es/portfolio-item/odontopediatría/>
- 29) . Fernandez Aucapuer, T. A. (2016). Influencia de los distractores audiovisuales en la ansiedad de niños de 4 a 6 años en la atención odontológica del Centro de Salud 7 Cuartones – Cusco 2016. Abancay, Perú: Alas Peruanas.
- 30) . Fromm, E. (1982). *El Arte de Amar*. Madrid, España: Paidos.
- 31) . García Vera, .P) .2016 .(*Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños*).
- 32) . Hernández, R. & Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México DF, México: Mc Graw Hill Interamericana Editores.

- 33) . Hernandez, R., & Fernández, C. B. (2014). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México: Mc Graw Hill.
- 34) . Instituto Nacional de Salud. (2016). *Control de Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de 12 años*. Lima: Ministerio de Salud.
- 35) . Koch, G., Mordeer, T., & Poulsen, S. (1995). *Odontopedriatia en el enfoque clínico. El niño como paciente odontológico*. (1 ed.). Mexico: Panamericana.
- 36) . Latorre Román, P. Á., & Herrador Sánchez, J. Á.)2003(. *Prescripción de ejercicio físico para la salud en edad escolar*. Barcelona: Paidotribo.
- 37) . Ledesma, K. y. (2017). *Ansiedad y miedo ante el tratamiento odontológico en niños*. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca.
- 38) . Lewis, T. (1958). Investigación of certain autonomic responses of Children to a specific dental stress . *The Journal of the American dental association*, 57(6). Seatle, United: JADA.
- 39) . Lima Alvarez, M., Casanova Rivero, Y., Toledo Amador, A., & Espeso Nápoles, N. (2007). Miedo al tratamiento estomatológico en pacientes de la clínica estomatológica docente provincial. *Humanidades medicas*.
- 40) . Lipa Flores, L. E. (2016). Nivel de ansiedad en estudiantes del viii y ix ciclo frente al tratamiento estomatológico en niños atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas filial Tacna, 2016. Tacna, Peru: Alas Peruanas.
- 41) . Looslie Usteri, M. (1965). *La ansiedad en la infancia, estudio psicológico y pedagógico*. (2da ed.). (T. d. Hernandez, Ed.) Madrid, España: Ediciones Morata., Madrid.
- 42) . Marcano, A., Figueredo, A., & Orozco Mujica, G. (2015). Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. *Revista de Odontopedriatia Latinoamericana*, 2(2).
- 43) . Marcelo , C. (2014). <https://www.academia.edu>.
- 44) . Martens, J. & Rojas R. (2014 - 6ta Edición). *Viabilidad de la investigación* (6ta edición ed.). México D.F.: McGrawHill.
- 45) . Matos de Menezes Abreu , D., Coelho Lea, S., Mulder, J., & Frencken , J. (2011). La ansiedad dental en niños de 6 a 7 años tratados de acuerdo con Tratamiento restaurador convencional, ART y ultraconservador Protocolos de tratamiento. *Acta Odontológica Scandinavica*, (págs. 410-416). Brasilia.
- 46) . Menezes D, L. S. (2011). *Dental anxiety in 6-7-year-old children treated in accordance with conventional restorative treatment*.
- 47) . Minsa. (2016). *Control de Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de 12 años* . Lima.
- 48) . Pantoja, E. d. (2017). *Relación entre ansiedad, miedo dental de los*. Lima, Perú: Universidad nacional mayor de san marcos.

- 49) . Papalia, D. E. (2001). *Psicología del desarrollo*. Mexico: Mc graw Hill.
- 50) . Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. (M. H. S.A, Ed.) DF, Mexico: Mexicana.
- 51) . Peñaranda Hernández, P. M. (2004). *Los aportes de la psicología a la odontología*. Caracas, Venezuela.
- 52) . Perez Vera, M. (2015). 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 JULIACA, 2014. Juliaca, Perú.
- 53) . Piaget, J. (1998). *Odontología pediátrica / Pediatric Dentistry*.
- 54) . Piedra Quispe, D. (febrero de 17). Asociación entre los niveles de ansiedad dental que presentan los pacientes pediátricos en su primera cita según el test de imágenes de Venham y la ansiedad dental de las madres con la escala de ansiedad dental de Corah en el Centro Universitario de Salud. Lima, Peru: UPC.
- 55) . Pinkham, J. (1994). *Odontología pediátrica*. (2 ed.). Iowa, Unite: Nueva Editorial Interamericana SA de CV.
- 56) . Redondo Meza, A. (2016). *Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad* (Vol. 37). Cartagena: 2014.
- 57) . Rivera Zelaya, I. C., & Fernandez Parra, A. (2005). Ansiedad y Miedos dentales en escolares hondureños. *Revista latinoamericana de psicología.*, 37(3), 46-475.
- 58) . Ronquillo Herrera , H. (2012). Niveles de ansiedad rasgo-estado y desordenes temporomandibulares en un grupo de estudiantes de estomatología. *Carta Odontologica*. Lima, Perú.
- 59) . Ruiz Jiménez, M. Á. (2003). *Factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes*. Madrid: Ediciones días de Santos.
- 60) . Sierra, J. C., & Ortega , V. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetivade*, 3(1), 10-59.
- 61) . Skinner, B. (1953). *Ciencia y Conducta Humana*. (S. 1. Editorial Fontanella, Trad.) New York, Estados Unidos: Macmillan Company.
- 62) . Tobal, M. (1987). Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: Evaluacion de un instrumeto de medida. Madrid, España: U.C.M.
- 63) . Valdez Nuñez, Y. (2014). Nivel de ansiedad en niños de 8 - 10 años después de la consulta odontológica en el Centro Médico Metropolitano EsSalud Cusco. Noviembre - Marzo 2014. Cusco, Perú.
- 64) . Watson, J., & Rayner, R. (1920). *Reacciones Emocionales Condicionadas Journal of Experimental Psychology* (Vol. 3). New York, Estados Unidos.
- 65) . Weineck, J. (2005). *Entrenamiento Total* (1 ed.). (R. Polledo, Trad.) Barcelona, España: PaidoTribio.

ANEXOS

ANEXO 01

NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS FRENTE A UNA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA EN LA CLÍNICA DOCENTE ASISTENCIAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CUSCO EN EL MES DE SETIEMBRE-2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
<p>P. General.</p> <p>¿Cuáles son los niveles de ansiedad que presentan los pacientes odontopedriáticos, que acuden a una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre- 2017?</p>	<p>O. General.</p> <p>Evaluar los niveles de ansiedad que presentan los pacientes odontopedriáticos frente a una consulta, en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre-2017.</p>	<p>Nivel de ansiedad</p>	<p>-Taquicardia, palpitaciones, dolor u opresión precordial.</p> <p>-Palidez.</p> <p>-Exceso de calor.</p> <p>-Nauseas.</p> <p>-Dolor de cabeza, vértigo o mareos.</p> <p>-Temblores, hormigueo.</p> <p>-Sudoración y resequedad en la boca.</p> <p>Preocupación.</p> <p>-Sensación de ahogo.</p> <p>-Miedo.</p> <p>-Irritabilidad, inquietud.</p> <p>-Desasosiego, falta de calma</p> <p>-Ideas erróneas.</p>	<p>La presente investigación comprende a un enfoque de estudio básico, no experimental de tipo descriptivo y transeccional; así mismo se recopiló información y se realizó en un solo periodo temporal. (Hernández S. 2014).</p>	<p>Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada CMAS-R.</p>
<p>P. Específico 1:</p> <p>¿Cuál es el nivel de ansiedad según el sexo de los pacientes odontopedriáticos que acude a una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre - 2017?</p>	<p>O. Específico 1:</p> <p>Determinar los niveles de ansiedad según el sexo de los pacientes odontopedriáticos frente a una consulta, en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas”.</p>				
<p>P. Específico 2:</p> <p>¿Cuál es el nivel de ansiedad según la edad de los pacientes odontopedriáticos que acude a una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre - 2017?</p>	<p>O. Específico 2:</p> <p>Identificar el nivel de ansiedad según la edad de los pacientes odontopedriáticos ante una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas”.</p>				
<p>P. Específico 3:</p> <p>¿Cuál es el nivel de ansiedad de los pacientes odontopedriáticos de acuerdo al tipo de tratamiento que llevan en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Cusco en el mes de setiembre - 2017?</p>	<p>O. Específico 3:</p> <p>Indicar el nivel de ansiedad según el tipo de tratamiento que llevan los pacientes odontopedriáticos que acuden a una consulta en la Clínica Docente Asistencial de Estomatología de la Universidad “Alas Peruanas”.</p>				

ANEXO 02

Escala CMAS-R

LO QUE PIENSO Y SIENTO
(CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipodromo, C.P. 06100 Mexico, D.F. Carrera 13 A No. 70-0008 Bogotá, DC

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: ____ Sexo (encierra uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: ____

Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra "Sí" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "No". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques "Sí" y "No" en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate "¿Así soy yo?" Si es así, encierra en un círculo "Sí". Si no es así, marca "No".

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escalar
Total:	_____	_____	_____
I:	_____	_____	_____
II:	_____	_____	_____
III:	_____	_____	_____
IV:	_____	_____	_____

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Traducido y reimpreso con autorización. © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206, Col. Hipodromo; 06100; México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

MP
47-2

Nota: Este material está impreso en ROJO Y NEGRO.
No lo acepte si está en un solo color.



0107

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	Sí	No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	Sí	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Sí	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien	Sí	No
5. Muchas veces siento que me falta el aire	Sí	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	Sí	No
7. Muchas cosas me dan miedo	Sí	No
8. Siempre soy amable	Sí	No
9. Me enojo con mucha facilidad	Sí	No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Sí	No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Sí	No
12. Siempre me porto bien	Sí	No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	Sí	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	Sí	No
15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	Sí	No
16. Siempre soy bueno(a)	Sí	No
17. Muchas veces siento asco o náuseas	Sí	No
18. Soy muy sentimental	Sí	No
19. Me sudan las manos	Sí	No
20. Siempre soy agradable con todos	Sí	No
21. Me canso mucho	Sí	No
22. Me preocupa el futuro	Sí	No
23. Los demás son más felices que yo	Sí	No
24. Siempre digo la verdad	Sí	No
25. Tengo pesadillas	Sí	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Sí	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Sí	No
28. Nunca me enojo	Sí	No
29. Algunas veces me despierto asustado(a)	Sí	No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir	Sí	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Sí	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir	Sí	No
33. Me muevo mucho en mi asiento	Sí	No
34. Soy muy nervioso(a)	Sí	No
35. Muchas personas están contra mí	Sí	No
36. Nunca digo mentiras	Sí	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Sí	No

ANEXO 03

INTERPRETACIÓN DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA

Interpretación de las Puntuaciones de la Escala

Percentil	Clasificación de la Escala General
0-24	Bajo
25-75	Normal
>75	Significativo

PUNTUACIÓN DE ANSIEDAD TOTAL:

Punto de corte: Percentil >75

Podrían estar presentando estrés inusual en situaciones del hogar, o escolares

SUBESCALAS DE ANSIEDAD:

Para todas las subescalas el *punto de corte*: Percentil: = o >13

Ansiedad Fisiológica:

Una calificación alta sugiere que el niño tiene cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad.

Inquietud/hipersensibilidad:

Sugieren que la persona es miedosa, nerviosa, o de alguna manera hipersensible a las presiones ambientales. Una puntuación alta puede sugerir un niño que internaliza gran parte de la ansiedad experimentada y por tanto puede agobiarse al tratar de liberar esta ansiedad.

Preocupaciones sociales/concentración:

Los niños que obtienen una alta calificación en esta subescala pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos significativos en sus vidas. Su principal preocupación parece ser que ellos no son tan buenos, efectivos, o capaces como otros, lo cual seguramente es un sentimiento relacionado con la ansiedad. Cuanlquier tipo de ansiedad puede interferir con la capacidad del niño para concentrarse en tareas académicas o de otro tipo.

SUBESCALA DE MENTIRA:

Punto de corte: Percentil: = o >13

Una puntuación alta puede ser un gran indicio de autoinforme impreciso y podría proporcionar información falsa al examinador. Es probable que el niño "simule bondad" intencionalmente para convencer al examinador o alguna otra persona de que él es una "persona ideal" en mayor grado de lo que en realidad es. También podría indicar necesidad expresiva de deseabilidad o aceptación social.

En otros casos la alta puntuación en Mentira parece relacionarse con sentimientos de aislamiento o rechazo social por parte del niño

Nota: Al realizar la conversión de puntuaciones naturales a percentiles, es recomendable utilizar la muestra combinada

ANEXO 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo-----

Identificado con Documento Nacional de Identidad N°: -----padre ó tutor del menos de nombre _____ en pleno uso de mis facultades mentales, libremente, declaro que:

- He sido debidamente informado sobre el trabajo de investigación que se realizara, el problema, los objetivos y la trascendencia de él.
- Se me ha informado de los beneficios inmediatos y futuros de realizarse el presente estudio para una mejor atención de los pacientes niños.
- Toda la información obtenida en el presente estudio será absolutamente confidencial.
- Por tal motivo, acepto que mi menor hijo participe en el presente trabajo de investigación intitulado **“NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS FRENTE A UNA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA EN LA CLÍNICA DOCENTE ASISTENCIAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CUSCO EN EL MES DE SETIEMBRE-2017”**, comprometiéndome a proporcionar datos veraces y completos al momento que la Srta. Aleida Vargas Salas de la carrera profesional de Psicología de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco, realice la Ficha de recolección de datos.

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DEL NIÑO

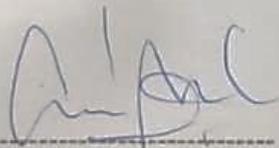
Cusco, Setiembre del 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Liliana Cruz Sarmiento
Identificado con Documento Nacional de Identidad N°: 24814782 padre ó
tutor del menor de nombre Julio Holgado Cruz
en pleno uso de mis facultades mentales, libremente, declaro que:

- He sido debidamente informado sobre el trabajo de investigación que se realizara, el problema, los objetivos y la trascendencia de él.
- Se me ha informado de los beneficios inmediatos y futuros de realizarse el presente estudio para una mejor atención de los pacientes niños.
- Toda la información obtenida en el presente estudio será absolutamente confidencial.
- Por tal motivo, acepto que mi menor hijo participe en el presente trabajo de investigación intitulado "NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS FRENTE A UNA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA EN LA CLINICA DOCENTE ASISTENCIAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CUSCO EN EL MES DE SETIEMBRE-2017", comprometiéndome a proporcionar datos veraces y completos al momento que la Srta. Aleida Vargas Salas de la carrera profesional de Psicología de la Universidad Alas Peruanas filial Cusco, realice la Ficha de recolección de datos.



FIRMA DEL PADRE



FIRMA DEL NIÑO

Cusco, Setiembre del 2017

ANEXO 06

SOLICITUD PARA BRINDAR INFORMACIÓN



“Año del buen servicio al ciudadano”

Cusco, 26 de Julio del 2017

OFICIO N° 25- 2017 – FMHyCS – FILIAL – CUSCO.

SEÑOR.

Mg. Mario ACOSTA TGAPIA
DIRECTOR GENERAL DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CUSCO.
PRESENTE.

ASUNTO : SOLICITO BRINDAR FACILIDADES PARA REALIZAR INVESTIGACION (TESIS).

Es grato dirigirme a usted; para expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que, el requisito para obtener el título profesional de Licenciado en Psicología Humana en nuestra casa de estudios es haber elaborado una tesis de investigación.

Motivo por el cual el Srta. Bachiller en Psicología Humana: ALEIDA VARGAS SALAS, procedió a la inscripción del proyecto de tesis intitulada “NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 08 A 11 AÑOS DE EDAD FRENTE A UNA CONSULTA ODONPEDIATRICA EN LA CLINICA DOCENTE ASISTENCIAL DE ESTOMATOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CUSCO EN EL AÑO 2017”

En ese sentido solicito respetuosamente a Ud., brindar facilidades que es el caso requiera para permitir que la bachiller precitado pueda aplicar las pruebas necesarias a fin de lograr y llegar a obtener resultados que beneficien a su escuela como a la universidad.

Sin otro particular y en espera que la presente tenga la atención que merezca, hago propicia la oportunidad para expresar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente



KENNYE E. MAMANI YUCRA
Aprobado para realizar Investigación de la Alumna de Psicología



S. Americo Mejia Masias
COORDINADOR ACADÉMICO ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA HUMANA

ANEXO 07

VACIADO DE DATOS

NUNCA DIGO COSAS QUE NO DEBO DECIR	ME MUEVO MUCHO EN MI ASIENTO	SOY MUY NERVIOSO	MUCHAS PERSONAS ESTAN CONTRA MI	NUNCA DIGO MENTIRAS	MUCHAS VECES ME PREOCUPA QUE ALGO MALO ME PASE	TOTAL	PUNTUA CION	TRTA MIEN TO	FISIO LOGI CA	INQ UIET UD	PREOC UPACI ONES	ME NTI RAS
0	0	0	0	0	0	4	1	1	1	2	1	2
0	0	1	0	0	1	21	3	1	2	3	2	2
0	1	1	1	0	1	18	3	2	2	3	2	2
0	1	1	0	0	1	17	3	2	1	2	2	2
0	0	1	1	0	1	24	3	1	3	3	3	2
0	1	1	1	0	1	24	3	2	3	3	3	2
0	0	1	0	0	0	16	2	0	2	2	2	2
0	0	1	0	0	1	18	3	1	3	3	2	2
0	1	1	0	0	1	20	3	2	2	3	2	2
0	0	0	0	0	0	12	2	2	2	2	2	2
0	1	1	0	0	1	22	3	2	3	3	2	2
0	0	1	0	0	1	20	3	1	3	3	3	2
0	1	1	0	0	1	17	2	1	2	2	2	2
0	1	1	1	0	1	24	3	1	3	3	3	2
0	1	0	1	0	1	11	1	1	1	2	2	2
0	0	1	0	0	1	19	3	2	2	3	3	2
0	0	1	1	0	1	20	3	3	2	3	3	2
0	0	0	0	0	1	13	2	1	2	3	1	2
0	0	1	0	0	1	15	2	1	1	3	2	2
0	0	1	0	0	1	13	2	1	2	2	2	2
0	0	1	0	0	1	16	2	0	2	2	2	2

0	1	1	1	0	1	19	2	2	2	3	2	2
0	0	1	0	0	1	21	3	3	3	3	2	2
0	1	1	0	0	1	17	3	1	2	3	2	2
0	0	0	0	0	0	10	2	0	1	2	2	2
0	0	0	0	0	1	7	1	0	1	2	1	2
0	1	1	1	0	1	20	3	1	3	3	2	2
0	1	0	1	0	1	16	2	0	2	2	2	2
0	1	1	1	0	1	19	3	1	3	3	2	2
0	0	1	0	0	0	10	2	1	1	1	2	2
0	1	1	0	0	1	19	3	2	2	3	3	2
0	0	0	1	0	1	16	2	0	2	2	3	2
0	0	0	0	0	1	6	1	0	1	2	1	2
0	0	1	1	0	1	18	3	1	2	2	3	2
0	1	1	0	0	1	18	3	2	3	1	2	2
0	1	0	0	0	1	9	2	0	1	2	2	2
0	1	1	0	0	1	22	3	2	3	3	2	2
0	0	1	0	0	1	20	3	1	3	3	2	2
0	1	1	0	0	1	10	2	1	2	2	1	2
0	0	0	0	0	0	6	1	0	1	2	1	2
0	0	0	0	0	1	9	2	1	1	2	2	2
0	0	0	0	0	1	9	1	2	1	3	1	2
0	1	0	0	0	1	10	2	2	2	2	2	2
0	0	0	1	0	1	18	3	1	2	3	3	2
0	1	0	0	0	1	13	2	0	2	2	2	2
0	1	1	0	0	1	17	2	3	2	3	2	2
0	0	1	0	0	1	17	2	0	2	3	3	2
0	0	0	0	0	1	15	2	1	3	2	2	2
0	1	1	0	0	1	20	3	2	3	3	2	2
0	1	1	0	0	0	10	2	1	2	2	1	2

ANEXO 08

Equivalentes percentiles y conversiones de puntuación escalar para la muestra de varones

APÉNDICE B

EQUIVALENTES PERCENTILES Y CONVERSIONES DE PUNTUACIÓN T O ESCALAR PARA LA MUESTRA DE MUJERES COMBINADA

Cuadro B-1		
Muestra combinada de mujeres (n = 200)		
Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	19
1	1	26
2	2	30
3	3	32
4	4	35
5	5	34
6	6	35
7	9	37
8	13	39
9	17	40
10	21	42
11	25	43
12	30	45
13	36	46
14	41	48
15	50	50
16	53	51
17	60	52
18	65	54
19	70	55
20	76	57
21	81	59
22	84	60
23	88	62
24	91	64
25	94	66
26	96	67
27	97	69
28	99	72

Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	1	1
1	5	5
2	11	6
3	19	7
4	28	8
5	40	9
6	54	10
7	71	11
8	84	12
9	92	14
10	98	16

Cuadro B-2 (continuación)		
Muestra combinada de mujeres (n = 200)		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	1	2
1	5	4
2	10	6
3	18	7
4	26	8
5	38	9
6	45	9
7	54	10
8	64	11
9	76	12
10	87	13
11	97	15

Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	4	4
1	14	6
2	28	8
3	40	9
4	53	11
5	77	12
6	88	13
7	97	15

Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	1	2
1	2	4
2	6	5
3	11	6
4	15	6
5	23	7
6	40	9
7	65	11
8	75	12
9	96	15

CUADRO B-2
Muestra combinada de mujeres
7 años de edad

Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	1	23
1	1	28
2	3	31
3	4	32
4	5	33
5	6	35
6	9	36
7	11	38
8	13	39
9	15	40
10	19	41
11	24	43
12	29	44
13	34	46
14	39	47
15	46	49
16	55	51
17	64	54
18	73	56
19	79	58
20	83	59
21	86	61
22	88	62
23	92	64
24	94	66
25	96	67
26	97	69
27	98	71
28	99	76

Ansiedad fisiológica

Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	2	3
1	5	4
2	9	5
3	15	6
4	25	8
5	40	9
6	55	10
7	70	11
8	83	12
9	93	14
10	98	16

CUADRO B-2 (continuación)
Muestra combinada de mujeres
7 años de edad

Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	2	3
1	6	5
2	10	6
3	16	6
4	23	7
5	32	8
6	45	9
7	57	10
8	70	11
9	82	12
10	92	14
11	98	16

Preocupaciones sociales/concentración

Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	5	5
1	17	7
2	31	8
3	47	9
4	65	11
5	81	12
6	91	14
7	98	15

Mentira

Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	1	2
1	3	4
2	7	5
3	13	6
4	21	7
5	33	8
6	50	10
7	71	11
8	88	13
9	98	15

CUADRO B-3 Muestra combinada de mujeres: 8 años de edad		
Ansiiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	18
1	1	22
2	1	25
3	2	29
4	3	32
5	6	34
6	9	37
7	13	39
8	16	40
9	20	41
10	24	43
11	29	44
12	34	46
13	38	47
14	43	48
15	49	50
16	56	51
17	63	53
18	70	55
19	75	57
20	80	59
21	85	61
22	90	63
23	93	65
24	96	67
25	98	70
26	99	73
27	99	76
28	99	79
Ansiiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	1	2
1	4	4
2	9	5
3	17	7
4	29	8
5	42	9
6	56	10
7	71	11
8	85	13
9	95	14
10	99	17

CUADRO B-3 (continuación) Muestra combinada de mujeres: 8 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	2	4
1	7	5
2	12	6
3	17	7
4	26	8
5	36	8
6	47	9
7	59	10
8	72	11
9	84	12
10	92	14
11	98	16
Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	4	4
1	15	6
2	30	8
3	48	9
4	67	11
5	82	12
6	93	14
7	98	16
Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	3	4
1	10	6
2	18	7
3	28	8
4	39	9
5	52	10
6	67	11
7	82	12
8	92	14
9	98	16

CUADRO B-4		
Muestra combinada de mujeres 9 años de edad		
Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	1	18
1	1	27
2	3	32
3	6	35
4	9	36
5	11	38
6	14	39
7	18	41
8	23	43
9	27	44
10	32	45
11	38	47
12	45	49
13	52	51
14	58	52
15	63	53
16	66	54
17	72	56
18	77	57
19	82	59
20	86	61
21	90	63
22	94	65
23	96	68
24	98	70
25	99	73
26	99	74
27	99	76
28	99	80

Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	1	3
1	6	5
2	13	6
3	24	7
4	35	9
5	53	10
6	69	11
7	81	12
8	90	13
9	96	15
10	99	17

CUADRO B-4 (continuación)		
Muestra combinada de mujeres 9 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	4	4
1	11	6
2	20	7
3	29	8
4	37	8
5	45	9
6	56	10
7	69	11
8	81	12
9	90	13
10	95	15
11	99	16

Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	7	5
1	23	7
2	39	9
3	55	10
4	69	11
5	82	12
6	93	14
7	99	16

Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	8	5
1	22	7
2	36	8
3	48	9
4	59	10
5	70	11
6	81	12
7	91	14
8	98	16
9	99	19

CUADRO B-5
Muestra combinada de mujeres:
10 años de edad

Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	28
1	4	32
2	6	34
3	9	36
4	12	38
5	15	40
6	19	41
7	23	43
8	28	44
9	32	45
10	37	47
11	43	48
12	49	50
13	55	51
14	60	53
15	64	54
16	69	55
17	73	56
18	77	58
19	81	59
20	84	60
21	88	62
22	91	64
23	94	66
24	96	68
25	98	70
26	99	72
27	99	74
28	99	79

Ansiedad fisiológica

Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalada
0	4	4
1	12	6
2	20	7
3	32	8
4	47	9
5	62	10
6	75	12
7	85	13
8	92	14
9	96	15
10	99	17

CUADRO B-5 (continuación)
Muestra combinada de mujeres:
10 años de edad

Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalada
0	3	4
1	10	6
2	17	7
3	25	8
4	34	8
5	43	9
6	55	10
7	67	11
8	77	12
9	85	13
10	92	14
11	98	15

Preocupaciones sociales/concentración

Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalada
0	8	5
1	24	7
2	40	9
3	55	10
4	70	11
5	83	12
6	92	14
7	97	15

Intera

Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalada
0	9	6
1	27	8
2	42	9
3	55	10
4	68	11
5	79	12
6	87	13
7	93	14
8	97	15
9	99	16

Cuadro B-6		
Muestra combinada de mujeres: 11 años de edad		
Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	27
1	3	31
2	5	33
3	7	35
4	10	37
5	13	39
6	17	41
7	22	42
8	26	44
9	32	45
10	38	47
11	43	48
12	49	50
13	53	51
14	58	52
15	63	53
16	69	55
17	73	56
18	78	58
19	82	59
20	85	60
21	87	61
22	90	63
23	92	64
24	94	65
25	96	67
26	97	69
27	99	73
28	99	78
Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	3	4
1	11	6
2	22	7
3	37	8
4	51	10
5	65	11
6	75	12
7	84	12
8	91	13
9	96	15
10	99	17

Cuadro B-6 (continuación)		
Muestra combinada de mujeres: 11 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	3	4
1	9	5
2	16	6
3	25	7
4	35	8
5	45	9
6	56	10
7	66	11
8	76	12
9	85	13
10	92	14
11	98	16
Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	7	5
1	22	7
2	38	9
3	53	10
4	66	11
5	79	12
6	89	13
7	97	15
Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	12	6
1	35	8
2	53	10
3	68	11
4	80	12
5	88	13
6	93	14
7	96	15
8	99	16
9	99	18

Cuadro B-7 Muestra combinada de mujeres: 12 años de edad		
Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	26
1	3	31
2	6	34
3	8	36
4	12	38
5	18	41
6	24	43
7	28	44
8	32	45
9	38	47
10	43	48
11	47	49
12	51	50
13	56	51
14	60	52
15	63	53
16	68	55
17	73	56
18	76	57
19	79	58
20	84	60
21	88	62
22	92	64
23	94	66
24	95	67
25	97	69
26	99	72
27	99	78
28	99	87

Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	4	4
1	14	6
2	26	8
3	40	9
4	53	10
5	65	11
6	75	12
7	84	13
8	92	14
9	96	15
10	99	17

Cuadro B-7 (continuación) Muestra combinada de mujeres: 12 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	4	4
1	12	6
2	21	7
3	30	8
4	39	9
5	49	9
6	58	10
7	66	11
8	75	12
9	84	12
10	92	14
11	98	15

Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	8	5
1	25	7
2	40	9
3	54	10
4	69	11
5	82	12
6	92	14
7	98	15

Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	14	6
1	40	9
2	57	10
3	67	11
4	75	12
5	82	12
6	90	13
7	95	14
8	97	15
9	97	15

CUADRO B-8 Muestra combinada de mujeres 13 años de edad		
Ansiedad total		
Puntuación	Percentil	Puntuación T
0	1	28
1	4	32
2	7	35
3	10	37
4	14	39
5	18	41
6	24	43
7	30	45
8	35	46
9	40	48
10	47	49
11	55	51
12	62	53
13	68	55
14	72	56
15	76	57
16	80	58
17	84	60
18	86	61
19	88	62
20	90	63
21	92	64
22	95	66
23	96	68
24	98	70
25	99	72
26	99	74
27	99	87
28	99	87
Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	6	5
1	18	7
2	30	8
3	43	9
4	57	10
5	73	11
6	85	13
7	93	14
8	97	15
9	99	16
10	99	19

CUADRO B-8 (continuación) Muestra combinada de mujeres 13 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	5	4
1	13	6
2	21	7
3	32	8
4	45	9
5	58	10
6	68	11
7	76	12
8	83	12
9	89	13
10	94	14
11	98	15
Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	9	6
1	28	8
2	46	9
3	63	11
4	77	12
5	87	13
6	93	14
7	99	16
Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	17	7
1	47	9
2	63	11
3	71	11
4	78	12
5	84	13
6	89	13
7	92	14
8	94	14
9	96	15

CUADRO B-9		
Muestra combinada de mujeres:		
14 años de edad		
Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	20
1	1	25
2	3	31
3	8	36
4	13	38
5	16	40
6	21	42
7	27	44
8	32	45
9	38	47
10	44	48
11	51	50
12	57	52
13	62	53
14	66	54
15	72	56
16	77	57
17	82	59
18	87	61
19	91	63
20	94	66
21	96	68
22	97	69
23	98	71
24	99	73
25	99	76
26	99	78
27	99	87
28	99	87
Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	5	4
1	16	6
2	31	8
3	47	9
4	62	10
5	77	12
6	90	13
7	98	16
8	99	19
9	99	19
10	99	19

CUADRO B-9 (continuación)		
Muestra combinada de mujeres:		
14 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	3	4
1	10	6
2	17	7
3	26	8
4	38	9
5	51	10
6	65	11
7	75	11
8	82	12
9	88	13
10	93	14
11	99	16
Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	7	5
1	22	7
2	39	9
3	56	10
4	72	11
5	86	13
6	94	14
7	98	15
Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	15	6
1	40	9
2	56	10
3	67	11
4	78	12
5	87	13
6	94	14
7	97	15
8	98	15
9	98	16

Cuadro B-10		
Muestra combinada de mujeres		
15 años de edad		
Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	22
1	1	28
2	4	32
3	7	35
4	12	38
5	16	40
6	21	42
7	28	44
8	38	47
9	47	49
10	54	51
11	59	52
12	64	54
13	70	55
14	76	57
15	81	59
16	84	60
17	88	62
18	90	63
19	93	65
20	95	66
21	96	67
22	96	68
23	97	69
24	98	70
25	98	71
26	99	73
27	99	75
28	99	77
Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	4	4
1	16	6
2	34	8
3	55	10
4	73	11
5	85	13
6	92	14
7	96	15
8	98	16
9	99	17
10	99	18

Cuadro B-10 (continuación)		
Muestra combinada de mujeres		
15 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	3	4
1	9	6
2	19	7
3	30	8
4	43	9
5	54	10
6	65	11
7	75	12
8	84	12
9	91	13
10	95	15
11	99	16
Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	10	6
1	31	8
2	52	10
3	68	11
4	80	12
5	90	13
6	97	15
7	99	19
Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	15	6
1	42	9
2	61	10
3	72	11
4	81	12
5	89	13
6	94	14
7	97	15
8	99	17
9	99	19

CUADRO B-11
Muestra combinada de mujeres
16 años de edad

Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	22
1	1	27
2	2	30
3	5	34
4	9	37
5	15	39
6	20	41
7	24	43
8	30	45
9	38	47
10	44	49
11	50	50
12	57	52
13	64	54
14	70	55
15	75	57
16	79	58
17	83	59
18	88	62
19	92	64
20	95	67
21	97	69
22	98	71
23	99	72
24	99	75
25	99	79
26	99	83
27	99	83
28	99	84

Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	5	4
1	15	6
2	31	8
3	51	10
4	69	11
5	82	12
6	91	13
7	97	15
8	99	18
9	99	19
10	99	19

CUADRO B-11 (continuación)
Muestra combinada de mujeres
16 años de edad

Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	2	3
1	8	5
2	15	6
3	25	7
4	35	8
5	45	9
6	55	10
7	67	11
8	77	12
9	86	13
10	94	14
11	99	17

Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	8	5
1	26	8
2	45	9
3	63	10
4	79	12
5	90	13
6	97	15
7	99	19

Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	13	6
1	36	8
2	52	10
3	63	11
4	73	11
5	82	12
6	90	13
7	95	15
8	98	16
9	99	16

CUADRO B-12
Muestra combinada de mujeres:
17 años de edad y mayores

Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	1	26
1	2	30
2	4	32
3	6	34
4	10	37
5	15	40
6	21	42
7	28	44
8	35	46
9	43	48
10	50	50
11	58	52
12	65	54
13	72	56
14	77	57
15	82	59
16	86	61
17	89	62
18	91	63
19	93	64
20	94	66
21	96	67
22	97	70
23	99	72
24	99	74
25	99	74
26	99	74
27	99	74
28	99	77

Ansiedad fisiológica

Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	4	4
1	15	6
2	31	8
3	51	10
4	69	11
5	83	12
6	91	14
7	96	15
8	99	16
9	99	19
10	99	19

CUADRO B-12 (continuación)
Muestra combinada de mujeres:
17 años de edad y mayores

Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	3	4
1	10	6
2	17	7
3	27	8
4	39	9
5	52	10
6	65	11
7	77	12
8	84	13
9	90	13
10	94	14
11	98	16

Preocupaciones sociales/concentración

Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	10	6
1	28	8
2	48	9
3	68	11
4	85	13
5	95	14
6	98	16
7	99	19

Mentira

Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	16	7
1	46	9
2	66	11
3	78	12
4	86	13
5	90	13
6	93	14
7	95	14
8	97	15
9	98	15

Cuadro A-2
Muestra combinada de varones:
7 años de edad

Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	19
1	1	25
2	2	29
3	4	33
4	6	35
5	9	36
6	11	38
7	14	39
8	18	41
9	23	43
10	30	45
11	36	46
12	42	48
13	47	49
14	52	51
15	58	52
16	63	53
17	69	55
18	76	57
19	82	59
20	87	61
21	89	62
22	92	64
23	95	66
24	97	69
25	99	73
26	99	83
27	99	87
28	99	87

Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	1	2
1	3	4
2	7	5
3	14	6
4	26	8
5	43	9
6	62	10
7	78	12
8	88	13
9	95	14
10	99	16

Cuadro A-2 (continuación)
Muestra combinada de varones:
7 años de edad

Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	3	4
1	11	6
2	19	7
3	27	8
4	37	8
5	49	9
6	60	10
7	70	11
8	78	12
9	88	13
10	96	15
11	99	17

Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	6	5
1	19	7
2	35	8
3	51	10
4	68	11
5	84	12
6	94	14
7	99	17

Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	2	3
1	5	5
2	9	6
3	15	6
4	22	7
5	33	8
6	52	10
7	75	12
8	92	14
9	99	17

Grado A-3		
Muestra combinada de varones:		
5 años de edad		
Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	26
1	3	31
2	4	33
3	6	34
4	8	36
5	10	37
6	14	39
7	19	41
8	24	43
9	29	45
10	36	46
11	42	48
12	49	50
13	55	51
14	61	53
15	66	54
16	72	56
17	77	57
18	81	59
19	85	60
20	89	62
21	92	64
22	94	65
23	95	67
24	97	68
25	98	70
26	98	71
27	99	74
28	99	78
Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	2	3
1	6	5
2	13	6
3	24	7
4	38	9
5	54	10
6	69	11
7	83	12
8	92	14
9	96	15
10	99	16

Grado A-3 (continuación)		
Muestra combinada de varones:		
5 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	3	4
1	11	6
2	21	7
3	32	8
4	43	9
5	54	10
6	66	11
7	76	12
8	84	13
9	90	13
10	95	14
11	98	16
Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	6	5
1	20	7
2	37	8
3	54	10
4	69	11
5	82	12
6	92	14
7	99	16
Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	4	4
1	13	6
2	23	7
3	32	8
4	42	9
5	54	10
6	68	11
7	83	12
8	93	14
9	99	16

Cuadro A-4
Muestra combinada de varones:
9 años de edad

Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	24
1	2	29
2	4	33
3	8	36
4	13	39
5	17	40
6	21	42
7	26	43
8	31	45
9	36	47
10	43	48
11	48	50
12	53	51
13	57	52
14	62	53
15	68	55
16	73	56
17	78	58
18	83	59
19	87	61
20	90	63
21	93	65
22	95	66
23	96	68
24	97	69
25	98	70
26	99	72
27	99	73
28	99	76

Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	2	3
1	7	5
2	16	7
3	29	8
4	43	9
5	57	10
6	70	11
7	83	12
8	92	14
9	98	15
10	99	18

Cuadro A-4 (continuación)
Muestra combinada de varones:
9 años de edad

Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	6	5
1	18	7
2	28	8
3	39	9
4	49	9
5	60	10
6	71	11
7	80	12
8	87	13
9	93	14
10	96	15
11	99	17

Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	7	5
1	22	7
2	38	9
3	55	10
4	69	11
5	81	12
6	91	13
7	97	15

Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	7	5
1	21	7
2	35	8
3	48	9
4	61	10
5	71	11
6	80	12
7	90	13
8	96	15
9	99	17

CUADRO A-5
Muestra combinada de varones:
10 años de edad

Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	26
1	3	31
2	6	34
3	9	37
4	12	38
5	15	40
6	19	41
7	22	42
8	26	44
9	32	45
10	38	47
11	44	49
12	51	50
13	59	52
14	66	54
15	71	56
16	77	57
17	81	59
18	84	60
19	88	62
20	92	64
21	94	66
22	97	68
23	98	70
24	99	72
25	99	75
26	99	78
27	99	84
28	99	84

Ansiedad fisiológica

Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	3	4
1	9	5
2	17	7
3	28	8
4	42	9
5	60	10
6	75	12
7	87	13
8	94	14
9	99	16
10	99	19

CUADRO A-5 (continuación)
Muestra combinada de varones:
10 años de edad

Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	4	4
1	14	6
2	23	7
3	34	8
4	46	9
5	60	10
6	73	11
7	82	12
8	87	13
9	92	14
10	96	15
11	99	16

Preocupaciones sociales/concentración

Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	7	5
1	21	7
2	38	9
3	55	10
4	70	11
5	84	13
6	94	14
7	99	17

Monstru

Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	10	6
1	29	8
2	46	9
3	61	10
4	74	11
5	84	12
6	90	13
7	95	14
8	98	16
9	99	17

CUADRO A-6
Muestra combinada de varones:
11 años de edad

Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	27
1	3	32
2	7	35
3	11	38
4	17	40
5	24	43
6	30	45
7	35	46
8	39	47
9	44	49
10	51	50
11	57	52
12	62	53
13	67	54
14	73	56
15	77	58
16	80	59
17	83	60
18	86	61
19	90	63
20	92	64
21	94	66
22	97	68
23	98	71
24	99	72
25	99	74
26	99	79
27	99	87
28	99	87

Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	5	5
1	16	7
2	29	8
3	42	9
4	54	10
5	68	11
6	82	12
7	91	14
8	96	15
9	99	17
10	99	19

CUADRO A-6 (continuación)
Muestra combinada de varones:
11 años de edad

Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	6	5
1	18	7
2	31	8
3	45	9
4	57	10
5	67	11
6	76	12
7	84	12
8	90	13
9	94	14
10	97	15
11	99	16

Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	9	5
1	26	8
2	43	9
3	59	10
4	73	11
5	84	13
6	92	14
7	98	16

Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	14	6
1	39	9
2	59	10
3	73	11
4	82	12
5	88	13
6	93	14
7	96	15
8	98	16
9	99	16

CUADRO A-7 Muestra combinada de varones 12 años de edad		
Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	26
1	3	31
2	6	35
3	10	37
4	14	39
5	19	41
6	26	44
7	32	45
8	37	47
9	43	48
10	49	50
11	55	51
12	60	52
13	65	54
14	70	55
15	74	57
16	77	58
17	81	59
18	86	61
19	90	63
20	92	64
21	94	65
22	95	67
23	97	68
24	97	70
25	98	71
26	99	72
27	99	75
28	99	78
Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalada
0	4	4
1	14	6
2	26	8
3	41	9
4	56	10
5	70	11
6	82	12
7	89	13
8	94	14
9	97	15
10	99	17

CUADRO A-7 (continuación) Muestra combinada de varones, 12 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	5	5
1	16	7
2	27	8
3	36	8
4	48	9
5	62	10
6	74	11
7	84	12
8	91	14
9	95	15
10	98	16
11	99	19
Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	9	5
1	26	8
2	41	9
3	55	10
4	70	11
5	84	13
6	94	14
7	98	16
Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	15	6
1	42	9
2	61	10
3	72	11
4	81	12
5	87	13
6	93	14
7	96	15
8	98	16
9	99	16

CUADRO A-8
Muestra comunitaria de varones
13 años de edad

Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	1	25
1	3	31
2	6	35
3	13	39
4	20	41
5	26	44
6	31	45
7	35	46
8	41	48
9	49	50
10	58	52
11	67	54
12	73	56
13	77	57
14	80	58
15	85	60
16	88	62
17	90	63
18	91	64
19	94	66
20	97	69
21	99	73
22	99	74
23	99	75
24	99	77
25	99	87
26	99	87
27	99	87
28	99	87

Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	6	5
1	21	7
2	41	9
3	61	10
4	76	12
5	85	13
6	90	13
7	94	14
8	98	15
9	99	17
10	99	19

CUADRO A-8 (continuación)
Muestra comunitaria de varones
13 años de edad

Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	4	4
1	14	6
2	25	8
3	39	9
4	53	10
5	65	11
6	77	12
7	87	13
8	94	14
9	98	15
10	99	18
11	99	19

Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	9	6
1	27	8
2	45	9
3	62	10
4	78	12
5	91	13
6	97	15
7	99	19

Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	17	7
1	45	9
2	63	11
3	74	11
4	82	12
5	88	13
6	92	14
7	95	15
8	97	15
9	98	15

CUADRO A-9		
Muestra combinada de varones, 14 años de edad		
Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	2	29
1	6	34
2	11	38
3	17	41
4	23	43
5	29	44
6	35	46
7	42	48
8	49	50
9	54	51
10	59	52
11	63	53
12	70	55
13	77	57
14	81	59
15	83	59
16	85	60
17	88	62
18	91	63
19	93	65
20	96	67
21	98	70
22	99	73
23	99	76
24	99	76
25	99	77
26	99	87
27	99	87
28	99	87
Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	7	5
1	23	7
2	40	9
3	55	10
4	68	11
5	79	12
6	87	13
7	93	14
8	98	15
9	99	17
10	99	19

CUADRO A-9 (continuación)		
Muestra combinada de varones, 14 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	8	5
1	24	7
2	39	9
3	53	10
4	64	11
5	75	12
6	83	12
7	89	13
8	94	14
9	99	16
10	99	19
11	99	19
Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	6	5
1	21	7
2	40	9
3	59	10
4	74	11
5	85	13
6	93	14
7	98	16
Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escalar
0	14	6
1	38	9
2	53	10
3	65	11
4	75	12
5	82	12
6	88	13
7	93	14
8	97	15
9	98	15

CUADRO A-10
Muestra combinada de varones,
15 años de edad

Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	1	28
1	5	33
2	8	36
3	13	39
4	20	42
5	28	44
6	33	46
7	42	48
8	49	50
9	56	51
10	63	53
11	69	55
12	74	56
13	79	58
14	82	59
15	84	60
16	87	61
17	90	63
18	93	65
19	96	67
20	98	70
21	98	72
22	99	72
23	99	74
24	99	78
25	99	87
26	99	87
27	99	87
28	99	87

Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	7	5
1	24	7
2	44	9
3	61	10
4	75	12
5	86	13
6	94	14
7	97	15
8	99	17
9	99	19
10	99	19

CUADRO A-10 (continuación)
Muestra combinada de varones,
15 años de edad

Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	6	5
1	18	7
2	31	8
3	46	9
4	61	10
5	72	11
6	80	12
7	86	13
8	92	14
9	96	15
10	98	16
11	99	17

Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	8	5
1	26	8
2	45	9
3	62	10
4	76	12
5	87	13
6	95	14
7	99	19

Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	17	7
1	46	9
2	64	11
3	75	11
4	81	12
5	87	13
6	91	14
7	94	14
8	96	15
9	98	16

Cuadro A-11		
Muestra combinada de varones: 16 años de edad		
Ansiedad total		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación T
0	1	27
1	3	31
2	6	34
3	11	38
4	18	41
5	27	44
6	37	47
7	45	49
8	52	51
9	58	52
10	63	53
11	67	55
12	72	56
13	78	58
14	83	60
15	87	61
16	89	62
17	91	63
18	93	65
19	94	66
20	95	66
21	96	67
22	98	70
23	99	72
24	99	73
25	99	74
26	99	76
27	99	77
28	99	77

Ansiedad fisiológica		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	6	5
1	22	7
2	42	9
3	63	11
4	78	12
5	87	13
6	92	14
7	96	15
8	99	16
9	99	19
10	99	19

Cuadro A-11 (continuación)		
Muestra combinada de varones: 16 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	8	5
1	25	7
2	40	9
3	52	10
4	63	10
5	72	11
6	80	12
7	87	13
8	92	14
9	97	15
10	99	17
11	99	19

Preocupaciones sociales/concentración		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	6	5
1	21	7
2	40	9
3	60	10
4	76	12
5	87	13
6	94	14
7	98	16

Mentira		
Puntuación natural	Percentil	Puntuación escolar
0	13	7
1	49	9
2	68	11
3	78	12
4	85	13
5	89	13
6	93	14
7	96	15
8	98	15
9	98	16