



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

TESIS

**“NIVEL DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO
ODONTOLÓGICO EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN
LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS
PERUANAS- CHICLAYO, 2017”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR:

Bach. SANTAMARIA HERRERA MIGUEL ANGEL

ASESOR:

Mg. C. D. ANTONIO AURELIO DURAND VASQUEZ

CHICLAYO – PERÚ

2018

**NIVEL DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DEL
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS DE 5 A 12
AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS- CHICLAYO, 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR:

Bach. SANTAMARIA HERRERA MIGUEL ANGEL

ASESOR:

Mg. C. D. ANTONIO AURELIO DURAND VASQUEZ

CHICLAYO – PERÚ

2018

Bach. SANTAMARIA HERRERA MIGUEL ANGEL

**NIVEL DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DEL
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS DE 5 A 12
AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS- CHICLAYO, 2017**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del
Título de Cirujano Dentista por la Universidad Alas
Peruanas

CHICLAYO – PERÚ

2018

Dedico esta tesis a Dios porque El hace posible lo imposible y por sus bendiciones.

A mi familia, que me ha brindado todo lo necesario para llegar hasta donde estoy, siendo el soporte necesario para mí desarrollo.

A mis maestros que en este andar por la vida académica, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparado para los retos que en este mundo competitivo, a todos y cada uno de ellos le dedico estas páginas de mi tesis.

Autor

Agradezco a Dios quien supo guiarme por el buen camino, por la fuerza que me dio para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.

A mi familia, las personas que hicieron todo en la vida para que pudiera lograr mis sueños.

A mis maestros que me guiaron y me dieron los conocimientos para la realización de mi trabajo de investigación.

Autor

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años de edad que asistieron a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas- Chiclayo, 2017.

El estudio fue no experimental, de tipo descriptivo con método cuantitativo porque sus instrumentos recogieron datos estadísticos para su análisis.

La muestra estuvo conformado por 57 niños de sexo masculino y 43 de sexo femenino siendo un total de 100 niños, cumpliendo con el documento de consentimiento informado y que sus apoderados firmaron, fue una muestra probabilística con la técnica aleatoria, cuyas edades comprendidas entre 5 a 12 años, que asistieron a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas- Chiclayo; en un periodo de dos meses del 23 de Octubre al 23 de Noviembre del 2017.

A cada niño se realizó la técnica de la Escala de Imagen Facial (FIS) donde se anotó datos como Ansiedad severa a leve; además se midió la Escala conductual de Frankl que permite de manera rápida y sencilla evaluar la conducta del paciente durante cada consulta Odontológica desde el rechazo y aceptación del tratamiento.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad, conducta, cognitivo y tratamiento dental.

ABSTRAC

The objective of this study was to determine the level of anxiety before and after dental treatment in children from 5 to 12 years of age who attended the Pediatric Clinic of Alas Peruanas University - Chiclayo, 2017.

The study was non-experimental, descriptive with quantitative method because its instruments collected statistical data for analysis.

The sample consisted of 57 male and 43 female children, a total of 100 children, complying with the informed consent document and signed by their parents, was a probabilistic sample with the random technique, whose ages range from 5 to 12 years, who attended the Pediatric Clinic of Alas Peruanas University - Chiclayo; in a period of two months from October 23 to November 23, 2017.

The technique of the Facial Image Scale (FIS) was performed on each child, where data such as severe to mild anxiety was recorded; In addition, the Frankl Behavioral Scale was measured, which allows the patient's behavior to be evaluated quickly and easily during each dental consultation, since the rejection and acceptance of the treatment.

KEY WORDS: Anxiety, behavior, cognitive and dental treatment.

INDICE

DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO.....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRAC.....	8
INDICE.....	9
INDICE DE TABLAS.....	13
INDICE DE GRAFICOS.....	16
INTRODUCCION.....	18

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	19
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	22
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	23
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
1.4.1. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION.....	25
1.4.2. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	26

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	27
2.2 BASES TEORICAS.....	32
2.2.1 LA ANSIEDAD EN EL NIÑO.....	32
2.2.2 SEMIOLOGIA DE LA ANSIEDAD.....	35
2.2.3 ETIOLOGIA DE LA ANSIEDAD.....	37
2.2.4 TIPOS DE ANSIEDAD.....	39
2.2.5 ANSIEDAD DENTAL.....	41
2.2.6 FACTORES QUE PUEDEN GENERAR ANSIEDAD EN EL NIÑO EN ODONTOLOGIA	44
2.2.7 LOS CAMBIOS EMOCIONALES EN LOS NIÑOS.....	50
2.2.8 ANSIEDAD EN LA PRIMERA VISITA ODONTOLOGICA DEL NIÑO.....	50
2.2.9 AL NIÑO Y SU ADAPTACION AL TRATAMIENTO DENTAL	51
2.2.10 EVALUACION DE LA ANSIEDAD DENTAL.....	52
2.2.11 TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD DENTAL.....	56
2.3. DEFINICION DE TERMINOS BÁSICOS.....	59

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. FORMULACION DE HIPOTESIS.....	60
------------------------------------	----

3.1.1. HIPOTESIS PRINCIPAL.....	60
3.1.2. HIPOTESIS DERIVADAS	60
3.2. VARIABLES; DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL.....	61

CAPITULO IV : METODOLOGIA

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	64
4.2. DISEÑO MUESTRAL.....	64
4.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	66
4.4. TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	69
4.5. TECNICAS ESTADISTICAS UTILIZADAS EN EL ANALISIS DE LA INFORMACION.....	70

CAPITULO V : ANALISIS Y DISCUSION

5.1. ANALISIS DESCRIPTIVO, TABLAS DE FRECUENCIA, GRAFICOS, DIBUJOS, FOTOS, TABLAS, ETC.....	71
5.2. ANALISIS INFERENCIAS, PRUEBAS ESTADISTICAS PARAMETRICAS, NO PARAMETRICAS, DE CORRELACION, DE REGRESION U OTRAS.....	97
5.3. COMPROBOCAION DE HIPOTESIS, TECNICAS ESTADISTICAS EMPLEADAS.....	107
5.4. DISCUSION.....	107
CONCLUSIONES.....	122

RECOMENDACIONES	109
FUENTES DE INFORMACION	110
ANEXOS	
ANEXO 01: CARTA DE PRESENTACION	118
ANEXO 02: CONSTANCIA DONDE SE APLICO LOS INSTRUMENTOS..	119
ANEXO 03:CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	120
ANEXO 04: TECNICAS EMPLEADAS FIS Y FRANKL.....	121
ANEXO 05: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	122
ANEXO 06: FOTOGRAFIAS.....	123
ANEXO 07: CONSTANCIA DE AUTORIZACION DE DOCENTE.....	127

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 01 : Distribucion de la muestra según sexo de los niños atendidos en la Clinica Pediatrica de la universidad Alas Peruanas 2017.....	71
Tabla N° 02 : Distribucion de la muestra según la edad de los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	73
Tabla N° 03 : Distribucion de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl antes del tratamiento odontologico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	75
Tabla N° 04: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	77
Tabla N° 05: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	79
Tabla N° 06: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	81

Tabla N° 07: Distribución de acuerdo al Diagnóstico del nivel de ansiedad antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	83
Tabla N° 08: Distribución de acuerdo al Diagnóstico del nivel de ansiedad después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	85
Tabla N° 09: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl, de acuerdo al sexo antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	87
Tabla N° 10: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl, de acuerdo al sexo después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	88
Tabla N° 11: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl, de acuerdo a la edad antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	89
Tabla N° 12: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl, de acuerdo a la edad después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	90

Tabla N° 13: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS, de acuerdo al sexo antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	92
Tabla N° 14: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS, de acuerdo al sexo después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	93
Tabla N° 15: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS, de acuerdo a la edad antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	94
Tabla N° 16: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS, de acuerdo a la edad después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	96

INDICE DE GRAFICOS

Grafico N° 01 : Distribucion de la muestra según sexo de los niños atendidos en la Clinica Pediatrica de la universidad Alas Peruanas 2017.	72
Grafico N° 02 : Distribucion de la muestra según la edad de los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	73
Gráfico N° 03: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	75
Gráfico N° 04: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	77
Gráfico N°05: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS antes del tratamiento odontológico en los niños 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	79
Gráfico N°6: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....	81

Grafico N°07: Distribución de acuerdo al Diagnóstico del nivel de ansiedad antes del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....84

Grafico N°08: Distribución de acuerdo al Diagnóstico del nivel de ansiedad después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.....85

INTRODUCCION

El presente trabajo constituye la evaluación del nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños, sabiendo que la ansiedad dental¹ es definida como un sentimiento de aprehensión sobre el tratamiento dental.

Su prevalencia se ha reportado a nivel mundial en porcentajes que van desde un 3 a 43%, lo que presenta un riesgo para la Salud Oral. Siendo una experiencia dental traumática así como el uso de la inyección dental, que producen altos niveles de ansiedad que es un aspecto importante en el tratamiento dental, para conocer el grado de ansiedad que puedan provocar³

En Perú existen pocos estudios para poder controlar la prevalencia de ansiedad dental, por lo que el profesional siempre debe de controlarla y reducirla, así como de conocer sus causas, de modo que se permita una comunicación fluida con los niños y los padres ganando la confianza de ambos, para una mejor aceptación del tratamiento como un ambiente de trabajo relajado y cómodo. Son muchos los problemas que afectan a la población como los sociales, económicos, psicológicos entre otros, que influyen en la salud bucal y aunque este tipo de problema lleva mucho tiempo afectando a los pacientes sobre todo a los niños.

Esta investigación se realizó con la recolección de datos antes y después del tratamiento odontológico teniendo como objetivo determinar, diagnosticar y conocer los niveles de ansiedad dental pudiendo ser severo o no de acuerdo a la edad y el sexo de los niños de 5 a 12 años de edad atendido en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La ansiedad es una respuesta emocional poco agradable que es ocasionado por un estímulo externo, se considera como una amenaza que produce cambios en la conducta del niño. Durante los últimos años, la práctica odontológica diaria ha ido progresando en las técnicas, la tecnología y materiales, también favoreciendo en la conciencia pública en la salud bucal. A pesar de estos avances, muchos niños en el mundo sufren de ansiedad en el entorno odontológico y tratamientos dentales específicos y sigue siendo un reto mayor en la atención dental ^{1,2}

El manejo de la conducta del niño es un factor determinante para lograr el éxito del tratamiento odontológico. A nivel local son pocos los estudios realizados, que muestran los niveles de ansiedad durante el tratamiento dental en niños. Se observa de manera anticipada la ansiedad, está relacionada con tratamientos dolorosos ^{3,4}

Según Correa y Klatchoian ⁵, los niños hasta los 3 o 4 años experimentan más miedo en la inmadurez, cuando la madre se separa del niño y ante presencia de desconocidos, que son características en los primeros años.

El miedo odontológico en niños, está establecido por factores inespecíficos que disminuyen durante la edad y la madurez.

Para determinar el tipo de comportamiento en la consulta se observa la madurez, personalidad y el estado de ansiedad del menor.

Según Rantavuori ⁵, Se encontró que el dolor puede causar mayor temor en el tratamiento dental en los niños, se tomó en cuenta para la recolección de datos después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años de edad.

Para este grupo de edad, la mayor fuente de miedo era la utilización del instrumento dental en la boca, seguido por el miedo al dolor. En general, la turbina y su sonido, la anestesia local y el dolor eran estímulos que los niños mayores temían, más que los pequeños. Los niños pequeños, manifestaban niveles de miedo más altos que los niños mayores en relación con mantener la boca abierta, las succiones en la boca, o las limpiezas de los dientes realizadas por el profesional. Otros temores, como el ser incapaz de respirar, parecían generar una ansiedad similar independientemente de la edad del niño.

Según Skaret ⁵ en relación con la atención odontológica, otra diferencia respecto al género es la presencia a revisiones periódicas. A pesar de que el sexo femenino presente en general mayor ansiedad dental, también cumple con mayor rigurosidad sus revisiones periódicas. No obstante, esto no significa que el miedo no afecte también a la frecuencia de visitas dentales entre las mujeres. Se ha encontrado que en el sexo femenino el incumpliendo de las citas odontológicas influye ansiedad y el miedo al dolor y en el sexo masculino se debe con mayor frecuencia al olvido de la cita.

En relación a la práctica odontológica, la ansiedad es el grande obstáculo para el manejo del paciente, tanto en niños como en adultos. Los niveles aumentados de ansiedad impiden que el paciente pueda

cooperar plenamente con el odontólogo, lo que implica una pérdida de tiempo para el profesional y lo más importante, pueden limitar la efectividad del tratamiento dental. La primera visita al odontólogo, es una variable importante en el posterior desarrollo de las actitudes o creencias de los niños acerca de los odontólogos y los tratamientos que realizan.

En la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, se observa la presencia de ansiedad en niños de 5 a 12 años, antes y después del tratamiento odontológico. Muchos de ellos están en su primera consulta y les produce más miedo ya que no conocen los procedimientos realizados; y de reaccionar negativamente ante los instrumentos dentales utilizados.

Es por ello que se realizó este trabajo de investigación, con la recolección de datos antes y después del tratamiento odontológico donde se determinó las diferentes escalas del nivel de ansiedad dental.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017?

1.2.2. PROBLEMA SECUNDARIO

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad de acuerdo a la edad y sexo antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión cognitiva y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión conductual y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

1.3.2. OBJETIVO ESPECIFICO

- Diagnosticar el nivel de ansiedad de acuerdo a la edad y sexo antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.
- Determinar el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión cognitiva y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.
- Identificar el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión conductual y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Al no existir datos específicos del nivel de ansiedad dental, se consideró pertinente realizar un estudio que revelara la magnitud del problema pudiendo así identificar las causas y describir las posibles consecuencias en los niños antes y después de los tratamientos dentales mediante la recolección de datos.

En este trabajo de investigación se determinó que la ansiedad dental en niños de 5 a 12 años de edad antes y después del tratamiento odontológico fue de suma importancia clínica, donde permitió conocer el desenvolvimiento en la conducta dental del niño y determinar el nivel de ansiedad que presento, se aplicó técnicas adecuadas que facilito a controlarlo, siendo más fácil el manejo en la consulta y desarrollar satisfactoriamente el tratamiento odontológico.

En este trabajo de investigación también posee importancia metodológica ya que para el estudio se utilizó dos instrumentos distintos que son, la escala de imagen facial (FIS) que sirvió para evaluar el estado de ansiedad que presento el niño durante la consulta odontológica mediante imágenes de caritas con distintas expresiones desde la más feliz a la más triste y la escala conductual de Frankl que evaluó la conducta durante cada consulta y tratamiento odontológico.

Por ello esta investigación fue descriptiva para observar la interacción del niño en la consulta odontológica, determinando el Nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños que fueron

atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo 2017.

1.4.1. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En este trabajo de investigación fue de suma importancia porque se identificó el nivel de ansiedad dental antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica Pediátrica Estomatológica, debido a que la profesión odontológica requiere de esfuerzos físicos y mentales que obligan al odontólogo a mantener su carácter durante los procedimientos dentales.

Se utilizó dos técnicas que permitió determinar el nivel de ansiedad en los niños los cuales fueron, la Escala De Imagen Facial (Fis) y Escala Conductual De Frankl.

El presente trabajo se considera de gran utilidad e importancia debido a que los pacientes pediátricos que son atendidos en la clínica Pediátrica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, presentan cierto nivel de ansiedad frente a la atención odontológica.

1.4.2. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

En este trabajo la investigación fue viable porque se tuvo acceso a la clínica de la universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo, no se necesitaron de recursos tecnológicos como tipos de laboratorio.

En la ejecución de la investigación no se atentó contra la integridad del niño.

La presente tesis se realizó en un periodo de duración de 02 meses del año 2017, que se llevó a cabo en la Universidad Alas Peruanas, el estudio poblacional de los niños atendidos en la clínica pediátrica de la facultad de estomatología, que cuenta con la cantidad de “100” niños.

El instrumento de medición que se utilizó fue confiable, son la Escala De Imagen Facial (Fis) y Escala Conductual De Frankl, ya que fueron validados por investigadores internacionales.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El siguiente plan de tesis, no tiene limitación alguna.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Jamali Z et al ⁶ (2017) Tabriz, Irán. "The relationship between children's media habits and their anxiety and behaviour during dental treatment". El objetivo fue investigar la relación entre los hábitos de los medios de comunicación de los niños y sus problemas de ansiedad y manejo del comportamiento durante el tratamiento dental. La muestra incluyó un total de 289 niños de entre 3 y 6 años; se evaluaron mediante el uso de la Escala de Valoración de Ansiedad Clínica y la Escala de Calificación de Frankl durante el tratamiento dental. Los resultados muestran que los niños con ansiedad dental tuvieron una cantidad significativamente mayor de ver televisión, jugar juegos electrónicos y navegar por Internet. Se concluyó que hubo una relación significativa entre la cantidad de uso de medios electrónicos en niños con ansiedad dental.

Kakkar M et al ⁷ (2016) India "Prevalencia de ansiedad dental en niños de 10 a 14 años y sus implicaciones" El objetivo fue proporcionar información sobre el miedo dental entre los escolares y evaluar la asociación entre la experiencia de la caries y el miedo a los procedimientos dentales. La muestra es de 250 estudiantes (ambos sexos) de entre 10 y 14 años. Antes del examen dental, se informó a cada participante sobre el estudio y se le entregó el cuestionario. Los niños que puntuaron más de 38 se incluyeron en el grupo "con miedo dental" y los que obtuvieron menos de 38 se asignaron al grupo "sin miedo dental". Los resultados fueron 105 niños (42%) que

experimentaron miedo dental, las participantes femeninas estaban más ansiosas dentalmente que los participantes masculinos. Se concluyó que el miedo disminuye con el aumento en la edad y la experiencia.

Fernández O ⁸. (2014) Nuevo León - México. “Nivel de ansiedad en niños entre 3 a 9 años de edad durante la aplicación de anestesia en tratamiento de urgencias e inicial que asisten al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UANL”. Tuvo como objetivo comparar el nivel de ansiedad en los niños entre 3 a 9 años de edad durante la aplicación de anestesia en el tratamiento de urgencias e inicial. Este estudio se clasificó como, experimental, prospectivo y longitudinal, la muestra se constituyó de 43 pacientes entre 3 y 9 años de edad. Fue evaluado mediante la “Escala de Ansiedad Clínica” (CAS) y clasificación de Frankl. En relación de la Clasificación de Frankl con la ansiedad al el inicio de tratamiento, el 78.95% de los pacientes cooperadores, no presentó ansiedad. El 100% de los pacientes no cooperadores presentó una ansiedad grave. Se concluyó que existe relación significativa entre la clasificación de Frankl y la primera cita del paciente.

Osorio A ². (2014) Carabobo-Venezuela “Niveles de ansiedad y respuesta fisiológica en el niño de 5 a 10 años de edad ante los procedimientos Odontopediátrico en Clínica Odontología de la Universidad de Carabobo”. Tuvo como objetivo determinar los niveles de ansiedad, respuesta fisiológica, motora y cognitiva en niños atendidos, a través de un estudio descriptivo- correlacional, la muestra probabilística es de 50 niños se evaluó la respuesta fisiológica, a través del estudio de

los signos vitales, la observación de la respuesta cognitiva y motora. Los resultados demostraron que los niveles de ansiedad disminuyen conforme avanza la edad; el 17% se expresó a través del grito y 50% a través del llanto, se presentó un aumento del Pulso en casi el 40% de niños. Se pudo constatar que hay una alta frecuencia de niños con ansiedad ante la consulta odontológica.

Espinoza A ⁹. (2013) Santiago-Chile “Ansiedad dental en niños de 6 años beneficiarios del Programa de Salud Oral Integral en la Región Metropolitana”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre la ansiedad dental del cuidador y la del niño. Fue un estudio de tipo observacional analítico de corte transversal; la muestra no probabilística de 75 niños. Se administró la Escala de Evaluación de Comportamiento de Frankl y la Facial Image Scale (FIS). En los resultados no se encontró diferencia estadística entre los puntajes de ansiedad de Frankl y Corah ($p=0,149$) - de FIS y Corah ($p=0,416$). Si se encontró relación entre los puntajes de ansiedad de FIS y de Frankl ($p=0,000$ y $r=-0,345$). Un 5,4% de los niños reportaron ansiedad dental en su dimensión cognitiva y un 8,7% en la dimensión conductual. En conclusión no se encontró una relación entre la ansiedad del cuidador con la ansiedad del niño, pero si entre las dos dimensiones de la ansiedad medidas en niños.

Pérez E ¹⁰. (2014) Juliaca- Perú “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”. Tuvo como objetivo relacionar la ansiedad en el tratamiento dental con la conducta de los niños. Fue una investigación correlacional – transversal,

se eligió aleatoriamente a 77 niños. Se empleó para la variable grado de ansiedad la escala de medición el (CFSS-DS), para el comportamiento la Escala de Valoración de Frankl. Se llegó a los resultados de que los niños que no tuvieron ansiedad dental tuvieron una conducta positiva con 55%, le sigue el 35% que optaron una conducta definitivamente positiva a diferencia de los niños con mucha ansiedad que su mayor porcentaje de 88,57% optaron una conducta definitivamente negativa. Se concluyó que el grado de ansiedad tiene relación con la conducta en el tratamiento dental.

Piedra D ¹¹. (2016) Lima-Perú. “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 de la UPC”. Tuvo como objetivo evaluar los niveles de ansiedad dental de los niños en su primera cita y el de sus madres. El estudio es de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, la muestra fue 159 pacientes entre 6 a 12 años de edad y de sus madres. Se utilizó el Test de Imágenes de Venham para evaluar la ansiedad de los niños y la Escala de Ansiedad Dental de Corah para las madres. Los resultados fueron que el 8.81% de niños acudieron con madres con ansiedad moderada y sólo 3.77% con madres con ansiedad alta, Se concluyó que el nivel de ansiedad dental de la madre influye de manera significativa en la ansiedad del niño durante su primera cita dental.

Ramos W, et al ¹² (2014) Puno-Perú “Nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad” El

objetivo del estudio fue comparar el nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en los niños. El estudio es descriptivo, comparativo y longitudinal, la muestra estuvo constituida por 50 pacientes, seleccionados aleatoriamente. Se identificó el nivel de ansiedad mediante la escala de imagen facial y la presión arterial, se compararon antes y después del tratamiento. Los resultados al comparar el nivel de ansiedad y presión arterial no se encontró diferencia entre hombres y mujeres. En los niños de 4, 6 y 7 años de edad tampoco existe diferencia estadísticamente significativa ($p>0.05$), mientras que en los niños de 5 y 8 años existe diferencia significativa ($p<0.05$). Concluyéndose por tanto que el nivel de ansiedad en los niños de 4 a 8 años de edad es mayor antes del tratamiento odontológico.

Paz R ¹³. (2014) Pimentel-Perú. “Relación entre miedo pediátrico y ansiedad materna frente a la primera consulta en la Clínica Estomatológica Universidad Señor de Sipán”. El objetivo fue determinar la relación entre el nivel del miedo pediátrico y el nivel de ansiedad materna. El tipo de investigación fue de tipo analítico, relacional, transversal y observacional, la muestra se conformó por 100 niños y 100 madres. Esto llevó a utilizar la escala de evaluación de miedos–Subescala dental y la Escala de Ansiedad dental de CORAH. En los resultados se obtuvo un 32% de la relación miedo/baja ansiedad como relación predominante, con un nivel de significancia del 1% y una alta confiabilidad del 99%. En conclusión si existe relación entre el nivel del miedo pediátrico y el nivel de ansiedad materna en su primera consulta odontológica.

Jiménez A ¹ (2016) Pimentel-Perú. "Influencia de la musicoterapia para el manejo de ansiedad en pacientes pediátricos atendidos en la Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán". El objetivo fue evaluar la influencia de la musicoterapia para el manejo de Ansiedad. Fue una investigación cuantitativa, experimental, transversal y analítica, la muestra fue aleatoria de 88 pacientes entre 6 y 9 años. La melodía empleada fue las cuatro estaciones de Vivaldi, durante los tratamientos dentales bajo anestesia y aislamiento absoluto. Los resultados muestran que en el grupo con musicoterapia se presentó una ansiedad leve después del tratamiento en 52.3%, moderada y severa 0%. En el grupo sin musicoterapia una ansiedad leve 0%, moderada 38.6% y severa 9.1%. Se concluyó que la Musicoterapia influye de manera positiva en el manejo de ansiedad dental en los pacientes pediátricos durante los tratamientos.

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1 La ansiedad en el niño

Según Rodríguez Jaime ¹⁴ en su artículo la ansiedad durante la infancia, es una experiencia humana que está presente desde que nace hasta que muere, sea para bien o mal durante su existencia.

Según Spielberg ¹⁵ señala que la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado

por el individuo como amenazador, produciendo ello cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto.

Según Mischel ¹⁶ sostiene que el significado o definición de la ansiedad no puede reducirse a una sola concepción. Este autor sostiene que cada individuo tiene un conjunto de amenazas personales, diferente al de otros, que le provoca la mayor ansiedad. Puesto que cada persona puede conceptualizar los estados de excitación emocional de un modo distinto, las experiencias que pueden etiquetarse como ansiedad pueden ser casi infinitas, y van desde los traumas del nacimiento y los temores hasta la muerte. Así, la manera más simple de definir la ansiedad es como un temor aprendido o adquirido.

Según Ochoa ¹⁷ consideran que la ansiedad es una reacción normal, sana y fundamental para vivir; la cual es esperada frente a determinados estímulos o situaciones; siendo un sufrimiento transitorio, sin interferir con la vida cotidiana. Pero, cuando se prolonga por mucho tiempo se convierte en patología y atenta contra la salud del paciente.

Según Sarason ¹⁸ es un sentimiento de miedo y aprensión confuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos. Además, el individuo ansioso muestra combinaciones de los siguientes síntomas: ritmo cardíaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareo, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimientos.

La ansiedad experimenta un nerviosismo y preocupación mientras que la angustia es una inquietud muy intensa por la amenaza de una desgracia o un peligro siendo estas dos experiencias humanas que están presentes en el hombre desde que nace hasta que muere, está sería la sombra del alma y la oscuridad de la patología psíquica infantil, siempre con una fuerza dinamizadora de índole excepcional.

En síntesis, la ansiedad es una reacción en la que se presenta malestar difuso y tensión frente a una posible amenaza que compromete el funcionamiento del individuo e implica una reducción de la libertad personal.

2.2.2 Semiología de la Ansiedad

Para fines prácticos conviene tratar la ansiedad como sinónimo de la angustia y relacionarla con el miedo. Si aceptamos el miedo como una emoción básica podemos describir la ansiedad con los atributos propios de toda emoción: un componente neurovegetativo, un componente motor y un aspecto cognitivo. Naturalmente no todos los síntomas se dan en un mismo sujeto sino ciertas constelaciones. Según qué constelación de síntomas y signos se encuentre, qué intensidad alcancen, cuánto persistan y qué relación tengan con los estímulos ambientales o internos podrá decidirse si se trata de ansiedad normal o patológica y de ser este el caso, el nombre que reciba el cuadro será según la constelación sintomática que predomine. En la medida que la ansiedad aumenta de intensidad, estos signos se marcan aún más alcanzando su máxima expresión en el pánico.

La ansiedad es un temor sin objeto que se diferencia del miedo clásico por el hecho de que no se relaciona con una situación objetivamente peligrosa. La ansiedad o angustia es similar al miedo.

Según Samorodnitzky et al ¹⁹ afirmaron que una persona ansiosa se ve muscularmente tensa y sus movimientos se encuentran restringidos.

Está compuesto por tres componentes que son un nivel cognitivo, un aspecto conductual y motor.

A nivel cognitivo ¹⁹ es un sentimiento de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo, inseguridad, sensación de pérdida de control, dificultad al decidir, pensamientos negativos.

Según Osorio ² consideran a la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica provocando una respuesta neurofisiológica.

A nivel conductual ^{2,9} la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) recomienda que el odontólogo debiera incluir una evaluación para ver la cooperación del niño como parte de su plan de tratamiento. Las herramientas de evaluación son eficaces en el entorno Odontopediátrico, ninguna de ellas es completamente exacta en predecir el comportamiento del niño, pero la conciencia de las múltiples influencias en el comportamiento puede ayudar en el plan de tratamiento del paciente pediátrico. La Escala de valoración de comportamiento de Frankl, evalúa el comportamiento del niño durante la sesión clínica estando en el sillón.

Según Lazo ³ la observación conductual, son observaciones directas del comportamiento del niño antes durante y después del tratamiento.

Según Osorio ² el conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas.

A nivel motor ^{2,9} Se manifiesta como inquietud motora, hiperactividad, rechazo de los estímulos condicionados a ese hecho, que nos permite reconocer el miedo y la angustia.

Según Ronquillo ²⁰ menciona que la ansiedad, desde la personalidad se caracteriza por tensiones y emociones, presentándose como estímulos internos (cognitivos) o externos (ambientales).

Según Hernández G et al ²¹ puede haber tensión muscular, incapacidad para mantenerse relajado en el mismo sitio, temblor de las manos y en la cara un extenso conjunto de sutiles movimientos como aumento del parpadeo o latido de los párpados, cambio en la tensión de los labios etc., que le dan a la cara una expresión particular que nos permite reconocer el miedo y la ansiedad. Todos hemos tenido o visto situaciones de relativa tensión y, más comúnmente en los hombres, ese movimiento repetitivo y rápido, como tembloroso, de las rodillas que se separan y juntan o suben y bajan. A veces ese movimiento y otros operan como reductores de la angustia.

2.2.3 Etiología de la Ansiedad

Las investigaciones sugieren que existen factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden tener un papel determinante en el desarrollo de este trastorno. Los factores biológicos tienen que ver con la probable disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisores, principalmente el de la dopamina y la serotonina que regulan el estado de ánimo y el comportamiento.

Se ha considerado que la presencia de eventos traumáticos en la vida de una persona lo hace vulnerable a los trastornos de ansiedad, como los padres, su forma de crianza, el ambiente familiar y cultural puede influir para que una persona sea susceptible ²²

Enfoques sobre la etiología de la ansiedad:

Perspectiva Psicofisiológica: La ansiedad es la activación del sistema nervioso, como consecuencia de estímulos externos o como resultado de un trastorno de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, una excesiva estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral se traducirá en síntomas psicológicos de ansiedad.

Teoría Psicodinámica: El creador es Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual, libido) para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal de peligro en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos, donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

Teorías Conductistas: El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que

va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

Teorías Cognoscitivistas: Consideran a la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia; sin embargo, existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.²³

2.2.4 Tipos de Ansiedad

Según Zung²⁴ a través de su Escala de Ansiedad, la clasifica en tres niveles:

Ansiedad Leve:

En este nivel de ansiedad la persona está alerta, oye, ve y domina la situación; funcionan más las capacidades de percepción y observación, debido a que se encuentra en alerta ante la situación causante de ansiedad. La ansiedad es transitoria, se observa temor, irritabilidad, intranquilidad e incomodidad.

Ansiedad Moderada:

El campo perceptual de la persona se ha limitado un poco, ve, oye y domina la situación menos que en el caso anterior, experimenta limitaciones para percibir lo que sucede a su alrededor pero puede observarlo si otra persona le dirige la atención hacia cualquier sitio. En este nivel se pueden observar manifestaciones fisiológicas y psicológicas con poca intensidad, como sequedad de boca, palpitaciones, temblores, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria.

Ansiedad Severa:

El campo perceptual se ha reducido notablemente, la persona no observa lo que ocurre a su alrededor y es incapaz de hacerlo aunque otra persona dirija su atención hacia la situación. La atención se concentra en uno o muchos detalles dispersos, se puede distorsionar lo observado, el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre un grupo de ideas. En este nivel se presentan sequedad de boca, manos frías, fatiga, mareos temblores anormales, fobias, insomnio, inquietud motora, sudoración profusa y sensación de desvanecimiento.

El CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades) considera que los trastornos emocionales de inicio en infancia y adolescencia son: ansiedad de separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad con los hermanos.

El resto de trastornos de ansiedad se delimitan según un diagnóstico sindrómico que es el mismo en los niños y adolescentes que en los adultos. Los trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de pánico, las fobias, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), las reacciones a estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático (TEP) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG); éste último conocido previamente como trastorno por ansiedad excesiva.

Aparte quedan los síndromes de ansiedad secundarios a una condición médica o al uso de sustancias ²⁵

2.2.5 Ansiedad dental

Según Márquez *et al* ²⁶ el concepto más universalmente aceptado de ansiedad en el campo de la odontología se refiere a una respuesta a estímulos internos (cognitivos y somáticos) y externos (ambientales), que pueden aparecer antes y durante el proceder odontológico en los pacientes sin que lo identifiquemos.

Según Berge ²⁷ encontró que la etiología de la ansiedad en odontología está relacionada principalmente con el tratamiento doloroso en combinación con la actitud negativa de los padres o del odontólogo, también la relacionan con el número de extracciones dentales a las que

fue sometido el niño, la primera impresión al ambiente de la sala de espera y las experiencias subjetivas dentales del niño.

La ansiedad dental también puede presentarse de manera anticipada, con sólo pensar en el encuentro con un estímulo que provoca miedo. Es así como el paciente al tener presente que tiene consulta odontológica, se siente ante la expectativa de que una experiencia desagradable se aproxima, generándole ansiedad.

Según Thompson ²⁸ afirma que un niño en etapa 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 y que otros incluso rehúsan entrar a la consulta, huyendo del peligro imaginario. Todas estas conductas y la persistencia de las mismas son los medios utilizados para manejar su propia ansiedad.

Según Folayan et al ²⁹ refieren que la etiología de la ansiedad dental en los niños es multifactorial y no tiene que ver con edad, sexo, género, ni estado socio económico.

Según Berggren ³⁰, afirma que la ansiedad dental crea su propio círculo vicioso, en el que la evasión del tratamiento dental logra un deterioro de la dentición y origina sentimientos de culpa e inferioridad en el paciente. Este nuevo conflicto social, resulta en una nueva evasión que llevara al detrimento de la salud oral del individuo a partir de la perdida de órganos

dentarios, así como a la inconformidad estética y funcional, determinando el estilo de vida de la persona y comprometiendo su bienestar social.

Según Sandín ³¹ consideró la ansiedad dental infantil Por otro lado, como aquella relacionada íntimamente con todos y cada uno de los procedimientos en lo que a salud bucodental se refiere. Se estima que afecta al 16% de los niños en edad escolar, siendo la infancia el origen, en la mayoría de los casos, de estas actitudes negativas frente a la odontología, las cuales se deben de eliminar en vista a tratamientos futuros. El éxito de la Odontopediatria depende, no sólo de las habilidades del profesional, sino también de la capacidad de este de conseguir cooperación por parte de los pacientes. En el caso de niños no colaboradores, es decisivo establecer desde el principio, una relación de confianza con situaciones como el inicio del colegio y visitas al odontólogo.

Según Guinot F ³². En relación a la práctica odontológica, la Ansiedad es el mayor obstáculo para el manejo del paciente, tanto en niños como en adultos. Además, mientras que el paciente adulto decide por sí mismo acudir a la clínica dental, para el niño, la visita odontológica infantil es resultado de una decisión paterna. Es importante tener en cuenta que los pacientes ansiosos y miedosos manifiestan sus miedos y ansiedades de distintas formas. Algunos pueden responder con conductas negativas. Otros, pueden responder con sudoración y aumento de la frecuencia cardiaca, e incluso hay pacientes que responden sin ningún signo externo de ansiedad. La ansiedad dental, el miedo y el tratamiento dental se han

considerado frecuentemente como fuente de serios problemas para la salud oral de niños. Los niveles elevados de ansiedad impiden que el paciente pueda cooperar plenamente con el odontólogo, lo que implica una pérdida de tiempo para el profesional, una innecesaria dificultad al realizar el tratamiento, incluso con imposibilidad de llevarlo a cabo en algunas ocasiones, y lo más importante, pueden limitar la efectividad del tratamiento dental.

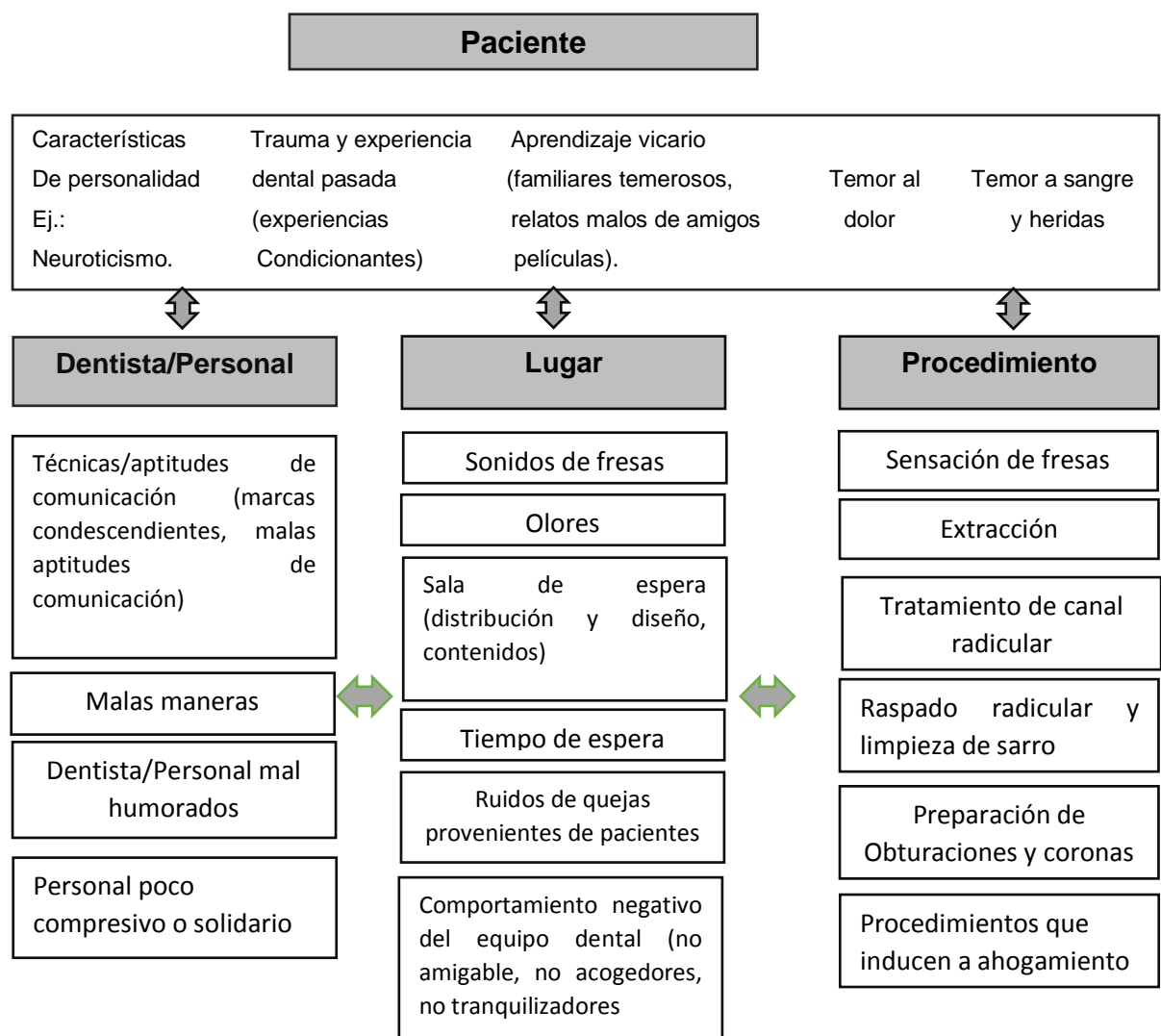
2.2.6 Factores que pueden generar Ansiedad en el niño en odontología ^{4,33}

Cuando un paciente infantil 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 tienden a ser ansiosos y miedosos en mayor proporción que los adultos, debido a que están siempre expuestos a situaciones nuevas y desconocidas.

La ansiedad y el miedo a la consulta odontológica son considerados los principales inconvenientes o dificultades ante la atención, estos tienen una etiología multifactorial que incluyen género, edad, origen cultural del niño, actitud del odontólogo. Sin embargo existen factores que desencadenan en mayor o menor medida la aparición de la ansiedad en los pacientes infantiles, por lo que el especialista en atención odontológica infantil debe estar capacitado para reconocerlos y manejarlos, logrando así una mayor colaboración y aceptación del niño ante el tratamiento dental.

Según Pérez Eyner ¹⁰ la ansiedad dental es un fenómeno complejo, y su desarrollo no se justifica exclusivamente por una sola variable (Figura 1). Dentro de la literatura, un número de factores que han sido consistentemente ligados a una mayor incidencia de ansiedad dental Incluyen: Características de personalidad, temor al dolor, experiencias dentales traumáticas, influencia de familiares y temor al instrumental.

Figura 1: INTERACCIONES, QUE CONLLEVAN A Y MODIFICAN LA ANSIEDAD DENTAL



FUENTE: NIVEL DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO EN

NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLINICA PEDIATRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS

PERUANAS-CHICLAYO, 2017 AUTOR: Pérez Eyner ¹⁰

El temor al dolor se ha relacionado fuertemente al desarrollo de ansiedad dental y al evitamiento de tratamiento dental. Estudios realizados por Kent indican que el recuerdo del dolor dental es “reconstruido” con el tiempo. Encontró que los pacientes altamente ansiosos tienden a sobreestimar el dolor que sentirán antes de llevarse a cabo el procedimiento dental, y también sobreestiman el dolor experimentado al pedirles que lo recuerden más adelante

Es importante reconocer que existen también un número de otros factores que pueden provocarla o aumentarla. Los aspectos de interacción dentista-paciente son de especial importancia. Provocadores de ansiedad dental pueden incluir declaraciones de parte del Operador, en particular cuando está molesto o si hace algún comentario condescendiente.

Los pacientes mencionan comúnmente el tiempo de espera para un tratamiento dental como factor provocador de ansiedad, ya que aumenta el tiempo en que se puede pensar sobre qué pasará (o podría pasar) y para considerar las probabilidades de los peores resultados. Esto enfatiza la necesidad de que el personal de apoyo en la práctica dental esté consciente de los pacientes ansiosos, y de que adopten medidas activamente para disminuir sus preocupaciones.

Los sentimientos negativos como pérdida de control y sentirse vulnerables en el ambiente dental, son factores que también mencionan los pacientes. Informar a los nuevos pacientes (por ejemplo mediante el uso de un panfleto) que pueden interrumpir al operador durante el tratamiento,

puede superar el temor de “pérdida de control”, y ha demostrado ser efectivo para disminuir la ansiedad. Varios dentistas usan un simple sistema de señales (como levantar la mano) para dar el control a los pacientes y es particularmente útil con niños así como con pacientes adultos.

La práctica odontológica tiene muchos factores que pueden ayudar a que aparezca la ansiedad; los miedos y temores que se generan al asistir al odontólogo, entre otros, son los principales causantes de ansiedad en los pacientes.

Unos factores que desencadenan ansiedad ante la consulta odontológica, están influenciadas con las experiencias subjetivas de dolor, número de experiencias traumáticas y ansiedad materna.

Los padres forman parte importante del tratamiento y se les considera para establecer vínculo con el niño.

Otra fuente que explica por qué se genera la ansiedad resulta ser el condicionamiento clásico, donde la sola presencia de algún estímulo que le recuerde a la persona una experiencia dental dolorosa o molesta, lo llevará a experimentar ansiedad dental.

Los niños generalmente asocian al odontólogo con dolor y daño, ha aprendido que el odontólogo puede causarle dolor y asocia el mismo con el “ser malo,” ya que en alguna oportunidad recibió una sanción por su mal comportamiento e interpreta que el asistir al odontólogo es un castigo

Esta actitud es percibida por el niño a través de los comentarios de sus familiares, amigos y de sus propias experiencias médicas.

El horario de atención es primordial en los niños, porque poseen poca tolerancia en las esperas, pues al haber esperado mucho tiempo se encontrara cansado y con riesgo de hacer un berrinche.

La primera entrevista se realiza con los padres o persona responsable para que aporte datos, experiencias y hábitos del niño; tomando en consideración las expresiones, comentarios y actitudes del niño, que contemplara la información.

El clima debe ser lo más relajado posible, inclusive se puede organizar la primera visita como un juego, sin siquiera proponerse que el niño abra su boca, pero sí que se familiarice con el profesional y con el entorno del consultorio.

Es importante por parte del profesional tener una actitud contenedora hacia el niño y sus padres, así como observar la dinámica familiar, la interacción del niño con sus padres y de ellos hacia el odontólogo.

La ansiedad y el miedo se disipan frente a una buena anticipación de todos los movimientos que realiza el odontopediatra, quien la ira informando debidamente pasó a paso, permitiendo al niño prepararse para lo que vendrá y manejar mejor sus temores.

Según Levín ¹⁹ menciona en sus textos sobre Odontopediatría 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 (incluso acostado); tolerar sonidos fuertes como el de la pieza de mano o micro motor, elementos y materiales con sabores distintos y que le son extraños, cierto nivel de molestia o dolor (pinchazo de anestesia, obturaciones sin anestesia) y tratar con una o más personas que no le son familiares, como el Odontopediátra y su asistente.

El miedo y la ansiedad frente al acto odontológico son habitual en los niños pequeños por el miedo a lo desconocido. 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 niño con el odontólogo, que éste contemplara 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 pastita que te voy a colocar tiene un sabor extraño y no debes tragarla”).

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 y dejar que le revisen la boca.

2.2.7 Los cambios emocionales en los niños ^{4,34}

La conducta de los niños ante la atención odontológica varía considerablemente, ellos expresan su miedo y ansiedad de acuerdo a su grado de madurez y personalidad ante las situaciones que les causan temor. Pueden reaccionar molestos, con agresividad, llorando, dolor de estómago e incluso algunos reaccionan huyendo de la sala de espera mientras que otros pacientes ocultan su dolor. Los niños no presentan madurez emocional a los 6 años, tienen emociones complejas. Pueden sentir amistad, ser hostiles, agresivos y experimentar sentimientos de culpa y ansiedad, pueden sentirse elogiados o también ofendidos. Las actitudes hacia los padres cambian, antes eran dependientes de los padres pero ahora ellos pueden considerarlos injustos y esto podría ocasionar resentimientos a la autoridad paterna.

2.2.8 Ansiedad en la primera visita odontológica del niño

La primera visita al odontólogo, es muy importante para futuras actitudes o creencias de los niños, acerca de los odontólogos y los tratamientos que realizan. Un resultado positivo en la relación odontólogo-paciente tendrá un efecto satisfactorio en el niño, así como en el cuidado e higiene bucal que seguirá en casa. Por el contrario una experiencia negativa en la primera visita puede influir en los tratamientos posteriores, así como desarrollar ansiedad en el niño.

Sin embargo, es común encontrar en la primera visita odontológica la presencia de ansiedad a través de actitudes negativas en los niños, aun cuando el ambiente odontológico, el odontólogo y personal auxiliar sean del

total agrado para él; más aún estas emociones se incrementan cuando el paciente conoce su problema dental o presenta dolor.

Según Berge ²⁷ sostiene que la conducta negativa de los niños en su primera consulta odontológica guarda relación con el conocimiento de su afección bucal, experiencias médicas anteriores traumáticas o negativas, influencia del hermano mayor y problemas en el seno familiar.

Por su parte, Champaman ³⁵ concluyo a través de estudios realizados que los principales factores de ansiedad dental en la primera consulta están asociados a miedo al dolor, tratamiento dental que recibirá, temor a lo desconocido y a perder el control en el consultorio.

El éxito de la primera consulta en Odontopediatría depende, no sólo de las habilidades del profesional, sino también de la capacidad de este de conseguir cooperación por parte de los pacientes. En el caso de infantes no colaboradores, que acuden ansiosos y predispuestos al tratamiento, es decisivo establecer desde el principio, una relación de confianza entre el clínico y este, así como también con los padres.

2.2.9 Al niño y su aceptación al Tratamiento dental ^{34, 36}

El niño suele adaptarse a diferentes circunstancias, principalmente si le prestan atención en primera instancia, y le explican bien y resuelven todas sus expectativas. El control durante los procedimientos odontológicos es crucial, la causa para se produzca un rechazo a la atención odontológica es el dolor; cuando el paciente siente el dolor, el grado puede ser leve o intenso pero de solo sentirlo ya se podría decir que perdimos la tranquilidad y colaboración del paciente. Para poder anular este tipo de contratiempos

debemos los odontólogos eliminar los estímulos dolorosos, aunque nuestro tiempo operatorio aumente.

La prevención del dolor puede promover la relación entre el odontólogo y el paciente, construir confianza, aliviar la ansiedad y facilitar una actitud positiva para las próximas visitas.

Cuando los niños experimentan dolor durante los tratamientos restauradores o quirúrgicos, su futuro como pacientes odontológicos puede estar dañado

Según Lazo ³ la ansiedad dental ha sido asociada fuertemente con un pobre estado de salud oral. Diversos estudios han mostrado que los pacientes altamente ansiosos tienen una probabilidad más alta de concurrencia dental irregular y/o total evasión de atención dental. Locker y Liddell encontraron que los pacientes dentalmente ansiosos tienen muchos más dientes faltantes y menos obturaciones en comparación a los pacientes no ansiosos.

El manejo de la conducta del paciente pediátrico es un factor determinante para lograr el éxito del tratamiento odontológico. Son pocos los estudios realizados a nivel local los cuales muestran que los niveles de ansiedad cuando se realiza el tratamiento odontológico en los niños. La ansiedad en odontología puede presentarse de manera anticipada, está relacionada principalmente con el tratamiento dolorosos ^{3, 4}

2.2.10 Evaluación de la Ansiedad Dental

El odontólogo debe estar capacitado para reconocer un estado de ansiedad en el niño, así como evitar producirla o agravarla. En

Latinoamérica no existen muchos reportes de estudios sobre la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico a pesar de su alta prevalencia e importancia y/o influencia en el éxito del tratamiento.

Para reconocer el nivel de ansiedad presente, es necesario evaluarla y medirla a través de instrumentos psicodiagnósticos válidos, los cuales permiten obtener un conocimiento de la actitud del niño ante la consulta dental.

Sin duda el principal instrumento que nos conlleva a diagnosticar que estamos ante la presencia de un niño con ansiedad es la Historia Clínica, a través de una anamnesis bien detallada y completa que incluya: la valoración clínica psicopatológica, la observación comportamental, el análisis familiar y una entrevista de corte clínico fenomenológico individual. Ningún instrumento debe sustituir esta vía, en la que no debe faltar un análisis evolutivo del desarrollo psicológico del niño, así como investigar cualquier alteración y/o distorsión en esta área, con especial énfasis en la valoración exhaustiva de la persistencia de una conducta alterada, que nos permita englobar el análisis clínico psicopatológico en un contexto cognitivo adecuado. Junto a estas áreas no podemos olvidar el área psicosocial con todos los problemas de adaptación personal o social que conlleven.

Por otro lado es de suma importancia evaluar los síntomas clínicos del infante, los cuales pudieran ser modificados ante la presencia de la ansiedad. Los instrumentos, Escalas, Cuestionarios e Inventarios que evalúan la presencia de ansiedad infantil han tenido un notable

desarrollo en los últimos años. Existen diversos instrumentos, ampliamente utilizados en niños.

Los métodos más comunes son: métodos proyectivos, entrevistas, escalas analógicas visuales y cuestionarios, los tres últimos son los más utilizados por la sencillez del procedimiento y porque se adaptan mejor a la evaluación rápida y fiable tan necesaria en el medio hospitalario.

La Escala De Imagen Facial (FIS)

Creado por Buchanan y Niven ^{2, 34} el cual puede ser aplicado a niños de entre 3 a 18 años.

Fue desarrollada para evaluar el estado de ansiedad dental en niños. Consiste en 5 caras en los límites de ansiedad leve a ansiedad severa en el que los niños pueden reconocer fácilmente y el odontólogo lo puede anotar en una situación clínica, el FIS es también una medida conveniente para los niños así como sus padres y dentistas. Este instrumento muestra una adecuada facilidad de aplicación, siendo utilizado tanto en contextos europeos, como latinoamericanos

5.-Ansiedad severa

4.-Ansiedad de moderada a severa

3.-Ansiedad moderada

2.-Ansiedad leve a moderada

1.-Ansiedad leve

Escala Conductual De Frankl

Según Pérez Eyner ¹⁰ el Dr. Spencer N. Frankl y colaboradores (Dr. F. R Shiere y Dr. H. R. Fogels) en 1962 después de realizar una revisión literaria crearon una escala del comportamiento de pre- escolares que es simple y objetiva, que fue adaptada para Portugal por el Dr. L: Barros en el 2005 y ha servido como marco de referencia para otros trabajos como la escala de Corah en 1969 sobre la ansiedad. (García Loza 2006.)

Es una escala que nos permite de manera rápida y sencilla evaluar la conducta del paciente durante cada consulta Odontológica; tiene cuatro escalas: tipo 1, 2, 3,4 que están presentadas por los signos (--,-,+ ,++) y tienen las siguientes características.

- Tipo 1 (--) Definitivamente negativo: rechaza el tratamiento, grita fuerte, esta temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.
- Tipo 2 (-) Negativo: Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano)
- Tipo 3 (+) Positivo: Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar órdenes, a veces reserva pero el paciente sigue las indicaciones del Odontólogo cooperando.
- Tipo 4 (++) Definitivamente positivo: Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procesos odontológicos, ríe, disfruta

Tratamientos dentales que tratamiento dentales hay en odontología en niños y en qué consisten y cuáles son los que causan más ansiedad.

2.2.11 Tratamiento de la Ansiedad Dental

Sin duda, la ansiedad dental resulta ser un tema preocupante, que dificulta enormemente el quehacer del odontólogo, y al mismo tiempo, afecta multidimensionalmente al paciente, sobre todo en lo que respecta a la salud oral de este último. Para solucionar este fenómeno de la ansiedad dental, es que durante este último tiempo se han implementado estrategias básicas para poder disminuir estos síntomas.

Según Sharif ³⁷ recomienda seguir un orden lógico de manejo para el paciente con ansiedad dental. Inicialmente, la idea es promover la comunicación entre el dentista y el paciente, por medio de la entrega de información respecto a cuáles serán los procedimientos dentales (lo que llevaría a disminuir su sensación de pérdida de control).

Existen algunos especialistas que consideran a la hipnosis como una opción válida y, si bien ésta pudiera ser una alternativa a la hora de manejar a un paciente con ansiedad dental, no existen estudios concluyentes que den cuenta de una adecuada efectividad de este tipo de técnicas, básicamente debido a la poca rigurosidad y al limitado número de estudios.

Según Bare y Dundes ³⁸ buscaron identificar cuáles eran las estrategias recomendadas por los pacientes que presentaban ansiedad dental. Un 89% de los pacientes consideró que la música de fondo los

ayudaba a relajarse, mientras que un 75% consideró que la presencia de libros y revistas disminuía su ansiedad dental.

Además de las técnicas anteriormente mencionadas, existen otras herramientas tales como el uso de técnicas de relajación y la distracción. La relajación busca una distensión tanto psíquica como muscular, facilitando la recuperación y equilibrio, hacia un estado de tranquilidad en pacientes odontológicos que presenten ansiedad, existiendo distintos estudios que dan cuenta de la efectividad de esta técnica.

Según Minsa (Ministerio de Salud) ³⁹ La distracción tiene como objetivo manejar la ansiedad, el estrés y el dolor que provocan los procedimientos clínicos, mediante la focalización de la atención fuera de los procedimientos dolorosos, siendo la música una forma de distracción. Ésta puede aliviar el dolor y la ansiedad trasladando conscientemente la atención lejos de los síntomas. Según la teoría del control del dolor, los receptores de dolor actúan en conjunto para enviar señales de sufrimiento al cerebro, por lo tanto, los distractores como la música, pueden bloquear ciertas vías de dolor y disminuir la cantidad de dolor percibido.

Según Landier ⁴⁰ También está la percepción de control, donde se le entrega al paciente la posibilidad de detener el procedimiento dental cuando lo estime conveniente, lo que llevaría a manejar adecuadamente la ansiedad. A partir de estas técnicas, es que Rojas et al. Buscaron evaluar la eficacia entre dos técnicas: la percepción de control y la relajación. Con respecto a los resultados, se pudo observar

una disminución significativa de la ansiedad dental en los pacientes apoyados por las técnicas de percepción de control, donde un 40% de éstos se ubicaron en el rango de baja ansiedad, demostrando una eficacia mayor que la relajación.

Por otra parte, en niños sin alteraciones de salud, el manejo no farmacológico es la terapia de elección de la ansiedad dental. Las técnicas que han demostrado ser eficaces son el control de la voz, el manejo de la respiración, el mostrar-decir-hacer y la distracción.

Según Wright et al ⁴¹ la distracción es particularmente efectiva en niños pequeños o cuando hay poco tiempo disponible para la preparación. Entre los tipos de técnicas de distracción se encuentran el cantar, ver un video, jugar un juego o cualquier otra cosa que mantenga la atención del niño fuera del procedimiento clínico.

Según Fernández Parra et al ⁴² un estudio australiano demostró que las técnicas más utilizadas por los dentistas, en el manejo de la ansiedad en niños, son permitirle al menor detener el procedimiento, tener juegos en la sala de espera y la técnica mostrar-decir-hacer.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS BÁSICOS

- **Niños:** Que está en la niñez ⁴³
- **Ansiedad:** Patología de tensión elevada y, a menudo, disruptiva, acompañada de un aura mal definida y temor a sufrir lesión o daño inminentes. Puede interrumpir las funciones fisiológicas a través de su efecto en el sistema nervioso autónomo. ⁴⁴
- **Cognitivo:** Relativo al proceso mental de conocimiento, percepción o conciencia; expresión de la capacidad intelectual ⁴⁴
- **Conductual:** De la conducta o relacionada con ella ⁴⁵
- **Conducta:** Manera en que actúa o se comporta una persona, alguna o todas las actividades de una persona, incluidas las acciones físicas aprendidas o no aprendidas, deliberadas o habituales ⁴⁴
- **Miedo:** Reacción emocional de alarma angustiante ante un peligro o ataques reales. Recelo de que suceda lo contrario a lo que se desea ⁴⁶
- **Tratamiento dental:** Son técnicas dentales para corregir diversas patologías dentarias ⁴⁷

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION

3.1. FORMULACION DE HIPOTESIS

3.1.1. HIPOTESIS PRINCIPAL

H_0 : No es severo el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas- Chiclayo, 2017

H_1 : Es severo el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas -Chiclayo, 2017

3.1.2. HIPÓTESIS DERIVADAS

H_0 : No es severo el nivel de ansiedad según sexo y edad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas- Chiclayo, 2017.

H_1 : Es severo el nivel de ansiedad según sexo y edad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas- Chiclayo, 2017.

H_0 : No es severo el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión cognitiva y de

acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

H₁: Es severo el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión cognitiva y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

H₀: No es severo el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión conductual y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

H₁: Es severo el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión conductual y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

3.2. VARIABLES: DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

Ansiedad infantil

Definición conceptual: Según Rodríguez Jaime ¹⁴ en su artículo la ansiedad en la infancia, nos refiere que la ansiedad es una experiencia humana que está presente en el hombre desde que nace hasta que muere, ocupando un lugar de privilegio -para bien o para mal- en todo el devenir de la existencia. Según Berge ²⁷ la ansiedad en odontología está relacionada principalmente con el tratamiento doloroso en combinación con la actitud negativa de los padres o del odontólogo.

Definición operacional:

- Facial Image Scale (FIS) ^{2, 34} valoración de nivel de ansiedad en el sillón dental de acuerdo a como se siente el niño en ese momento.
- Escala de Valoración de la Conducta de Frankl ¹⁰ Valoración de nivel de ansiedad en el sillón dental de acuerdo a comportamiento del niño evaluado por odontólogo.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Instrumento
Ansiedad del niño	Es una experiencia humana que está presente en el hombre desde que nace hasta que muere. En odontología está relacionada al dolor ¹⁴	Valoración de nivel de ansiedad en el sillón dental de acuerdo a como se siente el niño en ese momento	Cognitiva: (Sentimiento)	5.-Ansiedad severa 4.-Ansiedad de moderada a severa 3.-Ansiedad moderada 2.-Ansiedad leve a moderada 1.-Ansiedad leve	Facial Imagen Scale (FIS)
		el sillón dental de acuerdo a comportamiento del niño evaluado por odontólogo	Conductual : (Comportamiento)	Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera/(definitivamente negativo)	Escala de Valoración de la Conducta de Frankl
Antes y después del tratamiento dental	Son técnicas dentales para corregir diversas patologías dentarias ⁴⁷	Se valorara el tratamiento dental Preventivo, Rehabilitador y Tratamiento de conductos en piezas deciduas a los niños que llegan a la clínica Odontológica.	Preventivo	Flúor, sellantes	
			Rehabilitador	Restauraciones y corona	
			Tratamiento de conductos en piezas deciduas. .	Pulpectomia Pulpotomia.	

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación es de diseño metodológico no experimental ⁴⁸.

Tipo de investigación:

Es descriptivo, porque describe de manera precisa el problema, se investigó la variable en una población; con la escala ordinal.

Método: Cuantitativo, porque sus instrumentos recogen datos estadísticos para su análisis.

4.2. DISEÑO MUESTRAL

POBLACION:

La población está constituida por 100 niños que recibieron atención odontológica en la clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo del 23 de octubre al 23 de noviembre durante el periodo, 2017. Además se utilizó la técnica de selección con sus criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Población mixta (hombres y mujeres).
- Niños de edades de 5 a 12 años que fueron pacientes atendidos en la clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo del 23 de octubre al 23 de noviembre durante el periodo, 2017.

- Niños acompañados de sus padres y autorizaron mediante el documento de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Padres que no firmen el consentimiento informado.
- Niños con alteraciones mentales (habilidades diferentes, discapacidad) y citar el autor.
- Niños con problemas sistémicos

Cuadro N°01

Población de los niños que asistieron durante los meses de octubre y noviembre de la Clínica Estomatológica Pediátrica Alas Peruanas- Filial Chiclayo 2017.

CLINICA \ PACIENTES	FEMENINO		MASCULINO	
	Nº	%	Nº	%
Niños	43	43,0	57	57,0
TOTAL	100			

MUESTRA

La investigación estuvo conformado por 57 niños de sexo masculino y 43 de sexo femenino siendo un total de 100 niños, que cumplieron con el documento de consentimiento informado y que sus apoderados firmaron, fue una muestra probabilística con la técnica aleatoria, cuyas edades comprendidas entre 5 a 12 años, que asistieron a la Clínica Pediátrica de la

Universidad Alas Peruanas- Chiclayo, 2017; en un periodo de dos meses, del 23 de Octubre al 23 de Noviembre.

4.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:

LA ESCALA DE IMAGEN FACIAL (FIS) ^{2, 34}

Creado por Buchanan y Niven, el cual es aplicado en niños de 3 a 18 años de edad para evaluar el estado de ansiedad dental.

Consiste en 5 imágenes de caras para determinar el límite de ansiedad, leve a severa; el niño reconocerá fácilmente la imagen y el odontólogo anotará en una situación clínica.

El FIS es un instrumento que muestra una adecuada facilidad de aplicación, siendo utilizado tanto en contextos europeos, como latinoamericanos.

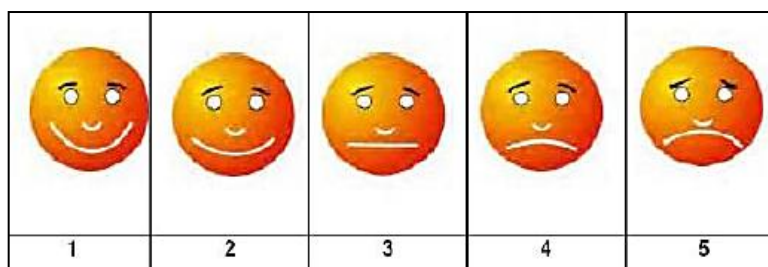
5.-Ansiedad severa

4.-Ansiedad de moderada a severa

3.-Ansiedad moderada

2.-Ansiedad leve a moderada

1.-Ansiedad leve



ESCALA CONDUCTUAL DE FRANKL

Según Pérez Eyner ¹⁰ el Dr. Spencer N. Frankl y colaboradores (Dr. F. R Shiere y Dr H. R. Fogels) en 1962 después de realizar una revisión literaria crearon una escala del comportamiento de pre- escolares que es simple y objetiva, que fue adaptada para Portugal por el Dr. L: Barros en el 2005 y ha servido como marco de referencia para otros trabajos como la escala de Corah en 1969 sobre la ansiedad. (Garcia Loza 2006.)

Es una escala que nos permite de manera rápida y sencilla evaluar la conducta del paciente durante cada consulta Odontológica; tiene cuatro escalas: tipo 1, 2, 3,4 que están presentadas por los signos (--,-,+,++) y tienen las siguientes características.

- Tipo 1 (--) Definitivamente negativo: rechaza el tratamiento, grita fuerte, esta temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.
- Tipo 2 (-) Negativo: Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano)
- Tipo 3 (+) Positivo: Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar órdenes, a veces reserva pero el paciente sigue las indicaciones del Odontólogo cooperando.

- Tipo 4 (++) Definitivamente positivo: Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procesos odontológicos, ríe, disfruta.

FICHA DE TABULACION DE DATOS

La ficha sirvió para colocar los resultados de la ESCALA DE IMAGEN FACIAL (FIS) que tiene que ver con lo cognitivo (sentimiento), donde se anotó datos como Ansiedad severa, moderada a severa, moderada, leve a moderada y leve; además se midió la Escala conductual de Frankl que también se tomó en cuenta lo siguiente: rechaza el tratamiento, grita fuerte, esta temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo que es evaluado Definitivamente negativo, Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano) evaluado Negativo, Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar órdenes, a veces reserva pero el paciente sigue las indicaciones del Odontólogo cooperando evaluado Positivo y Buena relación, armonía con el odontólogo, interesado en los procesos odontológicos, ríe y disfruta evaluado Definitivamente positivo.

Este documento, no necesito validación porque sirvió para anotación para el procesamiento de datos que fue llevado al programa spss.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es una herramienta de mediación entre los intereses de investigadores, financiadores e individuos incluidos en la investigación científica.

Es una excelente forma de ejercitar y aplicar principios éticos tan genuinamente humanos y universales donde la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y el profesional no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico. Será un consentimiento libre y esclarecido, consentimiento bajo información.

Sirve para que una o más personas participen en un estudio, así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de sus resultados ⁴⁹.

Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud bien sea por un tratamiento u operación, por una exploración o prueba diagnóstica, o en el curso de un experimento clínico con medicamentos o productos sanitarios. En caso de incapacidad o minoría de edad del paciente, pueden otorgar el consentimiento informado sus familiares más cercanos, representantes legales o tutores.

4.4. TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.

Materiales

- 100 Copias de Consentimiento Informado.
- 100 Copias de La Escala De Imagen Facial (Fis)
- 100 Copias de Escala Conductual De Frankl
- 10 lapiceros color azul.

Procedimiento

Se procedió a realizar las coordinaciones pertinentes con la Dirección de escuela de Estomatología, donde se le entrego una solicitud otorgándole el permiso respectivo (Anexo 1).

Se entregó un consentimiento informado a cada apoderado del menor de edad explicándole la metodología de la investigación (Anexo 3).

Posteriormente se realizó las encuestas de Escala de Imagen Facial (Fis) (Anexo 4) y la Escala Conductual De Frankl (Anexo 4), a cada niño que fue atendido en la clínica pediátrica odontológica.

Cada docente responsable de la clínica en sus horarios, firmaron la autorización que se realizaron las encuestas (Anexo 7).

Al final el coordinador de la Escuela Profesional de Estomatología firmó la constancia donde se aplicó los instrumentos de recolección de datos en niños que asisten a la clínica Estomatológica, siendo de mucha importancia para la recolección de datos (Anexo 2).

4.5. TECNICAS ESTADISTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACION.

En este trabajo de investigación se recopiló la información de forma estructurada en una tabla de datos, para lo que se utilizó el programa de Software Excel 2013 y SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21 en español, luego se procedió a aplicar la estadística descriptiva la cual va a caracterizar los datos recogidos y poder mostrar en tablas de frecuencias y gráficos para la comprensión de los resultados de datos del trabajo de investigación, así como a encontrar el nivel de

ansiedad antes y después del tratamiento odontológico. Asimismo se utilizó la estadística inferencial para poder probar las hipótesis planteadas.

CAPITULO V: ANALISIS Y DISCUSION

5.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

Se presentan a continuación los resultados por medio de tablas y gráficos estadísticos.

Tabla N°01: Distribución de la muestra según Sexo de los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Genero	Frecuencia	%
Masculino	57	57,0
Femenino	43	43,0
Total	100	100,0

Gráfico N°01: Distribución de la muestra según Sexo de los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

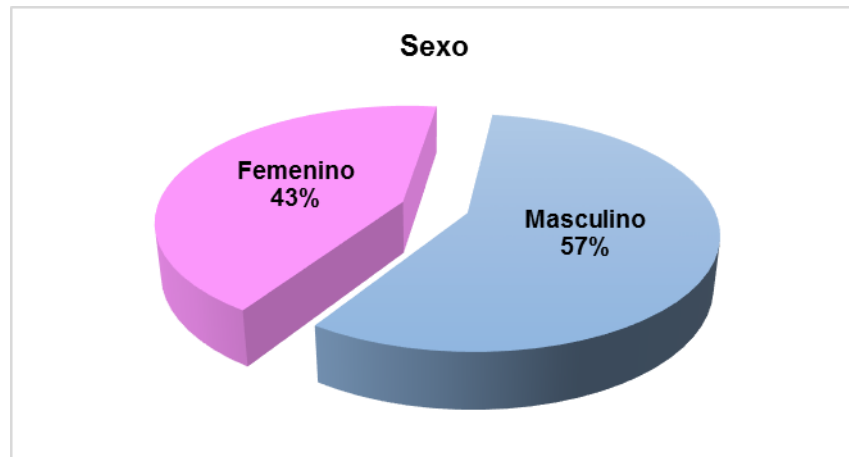


Tabla y gráfico N° 01: La muestra del presente estudio estuvo constituida por un total de 100 niños atendidos de los cuales el 57 % fueron de sexo masculino y 43% de sexo femenino; se concluye que el mayor porcentaje son de sexo masculino a diferencia de femenino y que fueron atendidos en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas durante la investigación.

Tabla N° 02: Distribución de la muestra según la Edad de los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Edad	Fa	Fr
5	11	11,0
6	16	16,0
7	16	16,0
8	15	15,0
9	22	22,0
10	9	9,0
11	6	6,0
12	5	5,0
Total	100	100,0

Gráfico N° 02: Distribución de la muestra según la Edad de los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

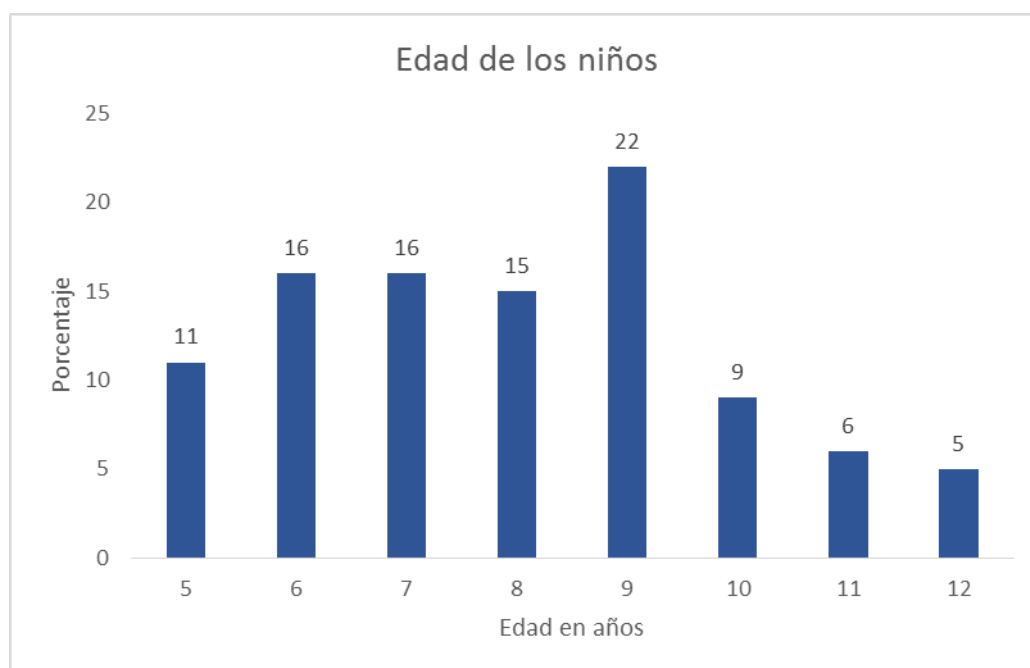


Tabla y gráfico N° 02: De la muestra de 100 niños atendidos de 5 a 12 años de edad, de los cuales el 11% fue de 5 años, el 16% de 6 años, el 16% de 7 años, el 15% de 8 años, el 22% de 9 años, el 9% de 10 años, el 6% de 11 años y el 5% de 12 años; se concluye que de la muestra de 100 niños atendidos en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas fue más concurrente los de 9 años de edad con un 22%.

Tabla N° 03: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Escala de Valoración de la conducta de Frankl	Fa	Fr
Definitivamente negativo	9	9,0
Negativo	22	22,0
Positivo	48	48,0
Definitivamente positivo	21	21,0
Total	100	100,0

Gráfico N° 03: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

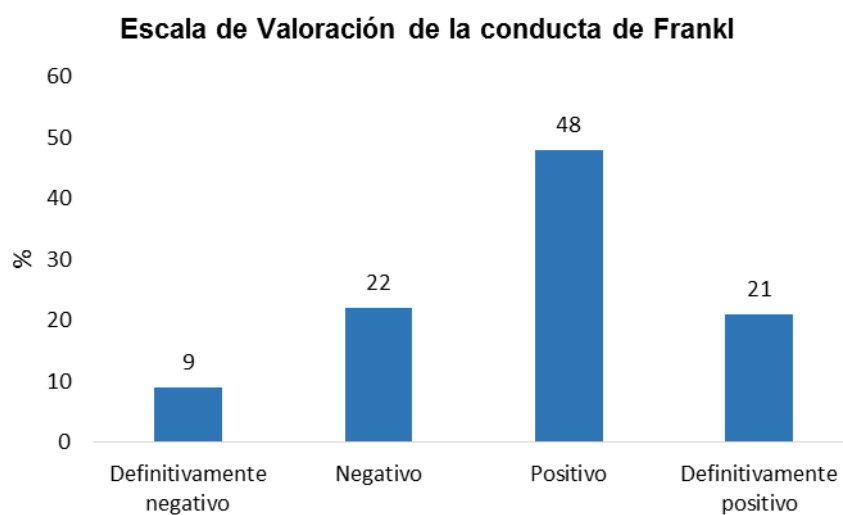


Tabla y gráfico N° 3: De la muestra de 100 niños atendidos de 5 a 12 años de edad, antes del tratamiento odontológico el 9% obtuvo un resultado definitivamente negativo, el 22% obtuvo un resultado negativo, el 48% obtuvo un resultado positivo, el 21% obtuvo un resultado Definitivamente positivo; lo que significa el 48% de niños no presentaron un índice de ansiedad alto con la valoración de la Conducta de Frank siendo beneficioso al tratamiento odontológico.

Tabla N° 04: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Escala de Valoración de la conducta de Frankl	Fa	Fr
Definitivamente negativo	0	0,0
Negativo	3	3,0
Positivo	51	51,0
Definitivamente positivo	46	46,0
Total	100	100,0

Gráfico N° 04: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

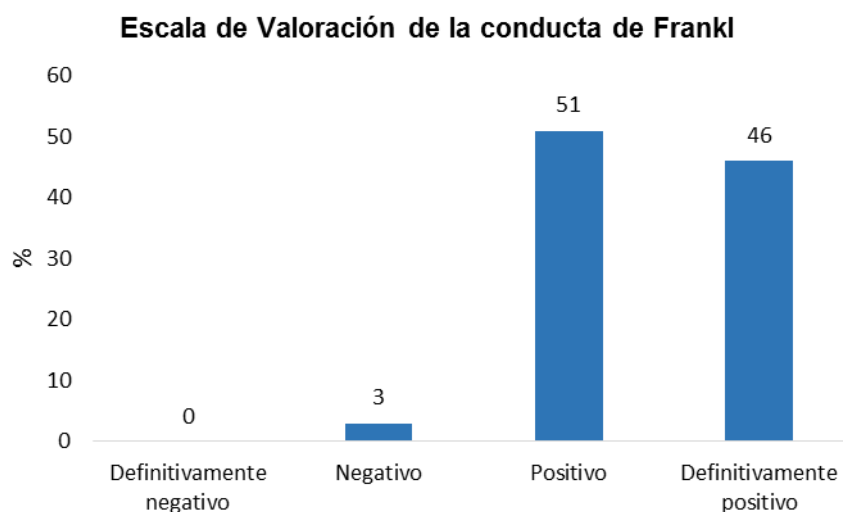


Tabla y gráfico N° 04: De la muestra de 100 niños atendidos de 5 a 12 años de edad, después del tratamiento odontológico el 0% obtuvo un resultado definitivamente negativo, el 3% obtuvo un resultado negativo, el 51% obtuvo un resultado positivo, el 46% obtuvo un resultado Definitivamente positivo; lo que significa el 51% de niños no presentaron un índice de ansiedad alto con la valoración de la Conducta de Frank siendo beneficioso al tratamiento odontológico.

Tabla N° 05: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Escala (Face Image Scale) FIS	Fa	Fr
Ansiedad leve	18	18,0
Ansiedad leve a moderada	36	36,0
Ansiedad moderada	20	20,0
Ansiedad de moderada a severa	16	16,0
Ansiedad severa	10	10,0
Total	100	100,0

Gráfico N°05: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS antes del tratamiento odontológico en los niños 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

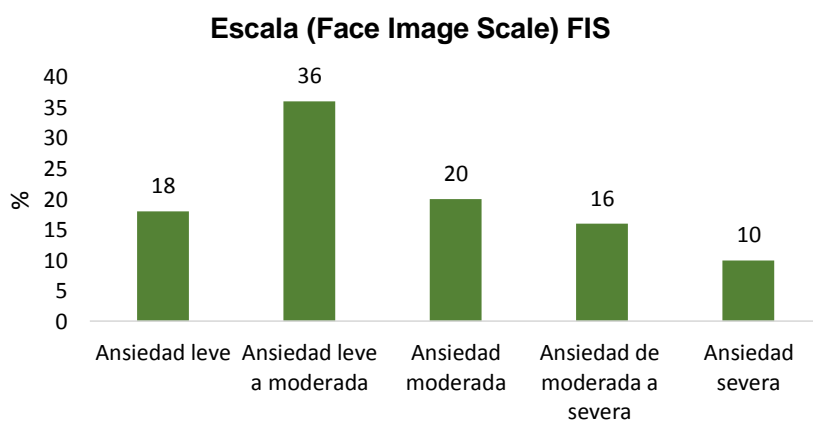


Tabla y gráfico N° 05: Del total de la muestra de 100 niños atendidos de 5 a 12 años de edad, antes del tratamiento odontológico el 18% obtuvo un resultado con ansiedad leve, el 36% obtuvo un resultado de ansiedad leve a moderada, el 20% obtuvo un resultado ansiedad moderada, el 16% obtuvo un resultado ansiedad de moderada a severa, el 10% obtuvo un resultado ansiedad severa; se concluye que existe mayor cantidad de

niños con ansiedad leve a moderada en un 36% de acuerdo a la escala de FIS.

Tabla Nº 06: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Escala (Face Image Scale) FIS	Fa	Fr
Ansiedad leve	47	47,0
Ansiedad leve a moderada	32	32,0
Ansiedad moderada	18	18,0
Ansiedad de moderada a severa	3	3,0
Ansiedad severa	0	0,0
Total	100	100,0

Gráfico Nº06: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

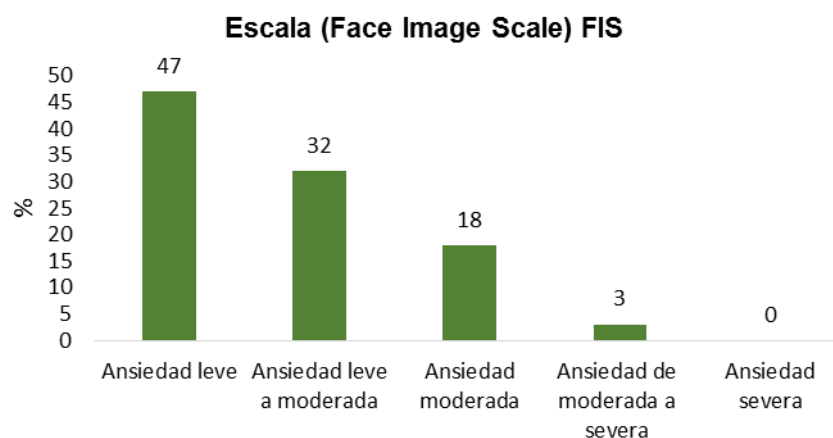


Tabla y gráfico Nº 06: Del total de la muestra de 100 niños atendidos de 5 a 12 años de edad, después del tratamiento el 47% obtuvo un resultado con ansiedad leve, el 32% obtuvo un resultado de ansiedad

leve a moderada, el 18% obtuvo un resultado ansiedad moderada, el 3% obtuvo un resultado ansiedad de moderada a severa, el 0% obtuvo un resultado ansiedad severa; se concluye que existe mayor cantidad de niños con ansiedad leve en un 47% de acuerdo a la escala de FIS.

Tabla Nº 07: Distribución de acuerdo al Diagnóstico del nivel de ansiedad antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Escala de Valoración de la conducta de Frankl			Escala (Face Image Scale) FIS		
Nivel	Fa	Fr	Nivel	Fa	Fr
Definitivamente negativo	9	9,0	Ansiedad leve	18	18,0
Negativo	22	22,0	Ansiedad leve a moderada	36	36,0
Positivo	48	48,0	Ansiedad moderada	20	20,0
Definitivamente positivo	21	21,0	Ansiedad de moderada a severa	16	16,0
			Ansiedad severa	10	10,0
	100	100,0		100	100,0

Grafico Nº07: Distribución de acuerdo al Diagnóstico del nivel de ansiedad antes del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

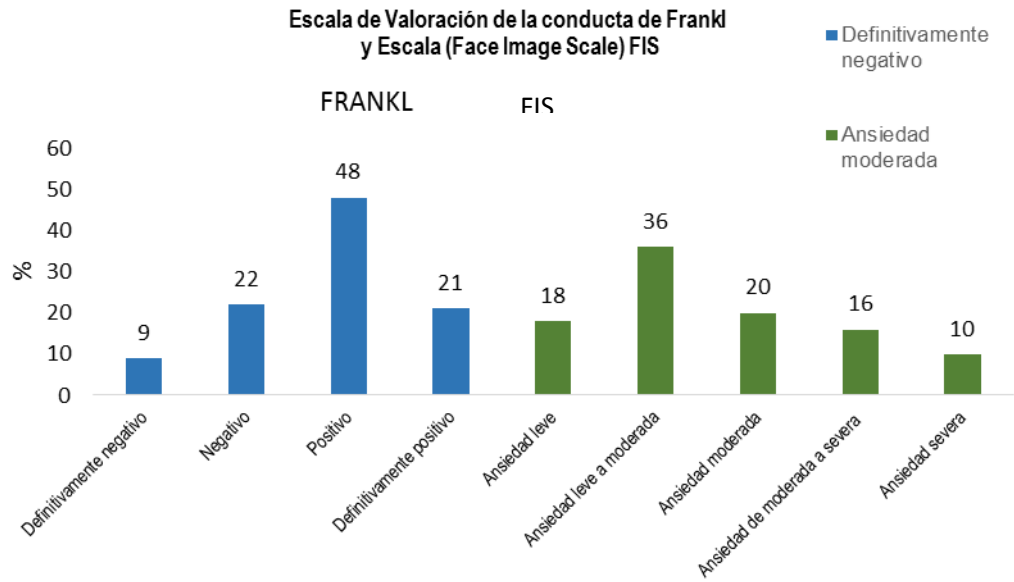


Tabla y gráfico N° 07: Del total de la muestra de 100 niños atendidos de 5 a 12 años de edad, antes del tratamiento odontológico se realizó dos tipos de análisis donde el 9% obtuvo un resultado Definitivamente negativo, el 22% obtuvo un resultado negativo, el 48% obtuvo un resultado positivo, el 21% obtuvo un resultado Definitivamente positivo, de acuerdo a la escala de valoración de Frankl; el 18% obtuvo un resultado con ansiedad leve, el 36% obtuvo un resultado de ansiedad leve a moderada, el 20% obtuvo un resultado ansiedad moderada, el 16% obtuvo un resultado ansiedad de moderada a severa, el 10% obtuvo un resultado ansiedad severa de acuerdo a la escala de FIS; y se concluye que el 48% de niños no presentaron un índice de ansiedad alto con la valoración de la Conducta de Frankl siendo positivo y ansiedad leve a moderada en un 36% de acuerdo a la escala de FIS.

Tabla N° 08: Distribución de acuerdo al Diagnóstico del nivel de ansiedad después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Escala de Valoración de la conducta de Frankl			Escala (Face Image Scale) FIS		
Nivel	Fa	Fr	Nivel	Fa	Fr
Definitivamente negativo	0	0,0	Ansiedad leve	47	47,0
Negativo	3	3,0	Ansiedad leve a moderada	32	32,0
Positivo	51	51,0	Ansiedad moderada	18	18,0
Definitivamente positivo	46	46,0	Ansiedad de moderada a severa	3	3,0
			Ansiedad severa	0	0,0
	100	100,0		100	100,0

Grafico N°08: Distribución de acuerdo al Diagnóstico del nivel de ansiedad después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

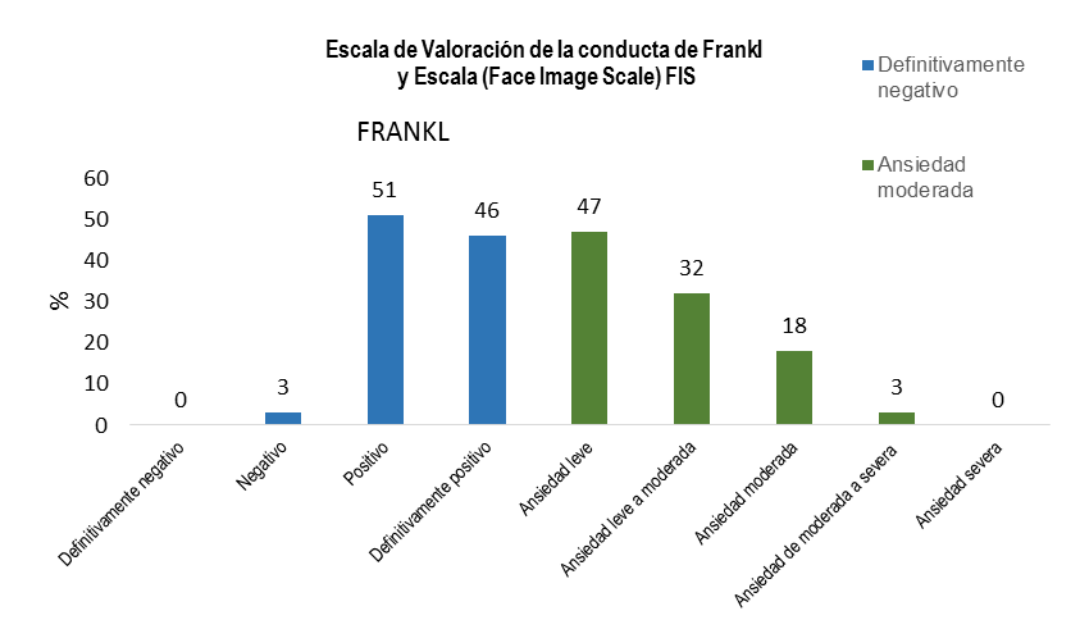


Tabla y gráfico N° 08: Del total de la muestra de 100 niños atendidos de 5 a 12 años de edad, después del tratamiento odontológico se realizó dos tipos de análisis donde el 0% obtuvo un resultado Definitivamente negativo, el 3% obtuvo un resultado negativo, el 51% obtuvo un resultado positivo, el 46% obtuvo un resultado Definitivamente positivo, de acuerdo a la escala de valoración de Frankl; el 47% obtuvo un resultado con ansiedad leve, el 32% obtuvo un resultado de ansiedad leve a moderada, el 18% obtuvo un resultado ansiedad moderada, el 3% obtuvo un resultado ansiedad de moderada a severa, el 0% obtuvo un resultado ansiedad severa de acuerdo a la escala de FIS; y se concluye que el 51% de niños no presentaron un índice de ansiedad alto con la valoración de la Conducta de Frank siendo positivo y ansiedad leve en un 47% de acuerdo a la escala de FIS.

Tabla Nº 09: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl, de acuerdo al sexo antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Escala de Valoración de la conducta de Frankl	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Definitivamente negativo	5	4	9
Negativo	13	9	22
Positivo	29	19	48
Definitivamente positivo	10	11	21
	57	43	100

Tabla Nº 09: Del total de 57 niños de sexo masculino 5 presento conducta definitivamente negativo, 13 negativo, 29 positivo y 10 definitivamente positivo; de 43 niños de sexo femenino 4 presentaron conducta definitivamente negativa, 9 negativo, 19 positivo y 11 definitivamente positivo; se concluye que el sexo masculino presenta una conducta definitivamente negativa y negativo mayor que el de femenino; la conducta positiva es mayor que el femenino y el femenino presenta una conducta definitivamente positiva que el del masculino.

Tabla Nº 10: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl, de acuerdo al sexo después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Escala de Valoración de la conducta de Frankl	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Definitivamente negativo	0	0	0
Negativo	1	2	3
Positivo	32	19	51
Definitivamente positivo	24	22	46
	57	43	100

Tabla Nº 10: Del total de 57 niños de sexo masculino 0 presento conducta definitivamente negativo, 1 negativo, 32 positivo y 24 definitivamente positivo; de 43 niños de sexo femenino 0 presentaron conducta definitivamente negativa, 2 negativo, 19 positivo y 22 definitivamente positivo; se concluye que el sexo masculino presenta una conducta definitivamente negativa y negativo mayor que el de femenino; la conducta positiva es mayor que el femenino y el femenino presenta una conducta definitivamente positiva que el del masculino.

Tabla Nº 11: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl, de acuerdo a la edad antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Edad	Escala de Valoración de la conducta de Frankl				Total
	Definitivamente negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente positivo	
5	8	3			11
6	1	9	6		16
7		3	12	1	16
8		5	10		15
9		1	14	7	22
10		1	4	4	9
11				6	6
12			2	3	5
Total	9	22	48	21	100

Tabla Nº 11: Del total de la muestra de 100 niños atendidos los de 5 años de edad 8 presentaron una conducta definitivamente negativa y 3 negativa; los de 6 años de edad 1 definitivamente negativo, 9 negativo, 6 positivo; los de 7 años de edad una conducta de 3 negativo, 12 positivo, 1 definitivamente positivo; 8 años de edad la conducta de 5 negativo y 10 positivo; de 9 años de edad una conducta 1 negativo, 14 positivo y 7 definitivamente positivo; 10 años de edad 1 conducta positiva, 4 positiva y 4 definitivamente positiva; 11 años de edad 6 con una conducta definitivamente positiva; 12 años de edad 2 con conducta positiva y 3 definitivamente positiva; se concluye los de

5 y 6 años de edad presentan una conducta definitivamente negativa y negativa, los de 7 a 10 años una conducta positiva.

Tabla Nº 12: Distribución de la Escala de Valoración de la conducta de Frankl, de acuerdo a la edad después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Edad	Escala de Valoración de la conducta de Frankl			Total	
	Definitivamente negativo	Negativo	Positivo		Definitivamente positivo
5		2	9		11
6		1	14	1	16
7			13	3	16
8			8	7	15
9			3	19	22
10			3	6	9
11				6	6
12			1	4	5
Total		3	51	46	100

Tabla Nº 12: Del total de la muestra de 100 niños atendidos los de 5 años de edad 2 presentaron una conducta negativo y 9 positivo; los de 6 años de edad 1 negativo, 14 positivo y 1 definitivamente positivo; los de 7 años de edad una conducta de 13 positivo, 3 definitivamente positivo; 8 años de edad la conducta de 8 positivo y 7 definitivamente positivo, de 9 años de edad una conducta 3 positivo y 19 definitivamente positivo; 10 años de edad 3 positivo y 6 definitivamente positivo; 11 años de edad 6 con una conducta definitivamente positivo; 12 años de edad 1 con conducta positivo y 4 definitivamente positivo; se concluye los de 5 y 6 años de edad

presentan una conducta negativa menor que una conducta positiva y los de 7 a 10 años de edad presentan una conducta positiva.

Tabla N° 13: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS, de acuerdo al sexo antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Escala (Face Image Scale) FIS	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Ansiedad leve	8	10	18
Ansiedad leve a moderada	24	12	36
Ansiedad moderada	8	12	20
Ansiedad de moderada a severa	11	5	16
Ansiedad severa	6	4	10
	57	43	100

Tabla N° 13: Del total de 57 niños de sexo masculino 8 presento una ansiedad leve, 24 leve a moderada, 8 moderada, 11 de moderada a severa, 6 severa; de 43 niños de sexo femenino 10 presento una ansiedad leve, 12 leve a moderada, 12 moderada, 5 de moderada a severa, 5 severa; se concluye que el sexo masculino y femenino presenta mayor nivel de ansiedad leve a moderada y la ansiedad severa es mayor en el masculino que el femenino.

Tabla Nº 14: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS, de acuerdo al sexo después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Escala (Face Image Scale) FIS	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Ansiedad leve	25	22	47
Ansiedad leve a moderada	17	15	32
Ansiedad moderada	14	4	18
Ansiedad de moderada a severa	1	2	3
Ansiedad severa			
	57	43	100

Tabla Nº 14: Del total de 57 niños de sexo masculino 25 presento una ansiedad leve, 17 leve a moderada, 14 moderada y 1 de moderada a severa; de 43 niños de sexo femenino 22 presento una ansiedad leve, 15 leve a moderada, 4 moderada y 2 de moderada a severa; se concluye que el sexo femenino presenta mayor nivel de ansiedad de moderada a severa y del sexo masculino presenta ansiedad leve mayor que el sexo femenino.

Tabla N° 15: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS, de acuerdo a la edad antes del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Edad	Escala (Face Image Scale) FIS					Total
	Ansiedad leve	Ansiedad leve a moderada	Ansiedad moderada	Ansiedad de moderada a severa	Ansiedad severa	
5				3	8	11
6		2	5	7	2	16
7	1	7	7	1		16
8		6	6	3		15
9	4	16	1	1		22
10	4	3	1	1		9
11	6					6
12	3	2				5
Total	18	36	20	16	10	100

Tabla N° 15: Del total de la muestra de 100 niños atendidos los de 5 años de edad 3 presentaron ansiedad moderada a severa y 8 severa; los de 6 años de edad 2 ansiedad leve a moderada, 5 moderada, 7 moderada a severa, 8 severa; los de 7 años de edad 1 ansiedad negativa, 7 ansiedad leve a moderada, 7 moderada, 1 moderada a severa; los de 8 años de edad 6 con ansiedad leve a moderada, 6 moderada, 3 moderada a severa; los de 9 años de edad 4 de ansiedad leve, 16 leve a moderada, 1 moderada, moderada a severa; los de 10 años de edad 4 ansiedad leve, 3 leve a moderada, 1 moderada y 1 moderada a severa; los de 11 años de edad 6 ansiedad leve; los de 12 años de edad 3 ansiedad leve y 2 de ansiedad leve a moderada; se concluye los de 5 y 6 años de edad presentan una

ansiedad moderada a severa y severa, los de 9 años de edad una ansiedad leve a moderada.

Tabla N° 16: Distribución de la Escala (Face Image Scale) FIS, de acuerdo a la edad después del tratamiento odontológico en los niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Edad	Escala (Face Image Scale) FIS				Total
	Ansiedad leve	Ansiedad leve a moderada	Ansiedad moderada	Ansiedad de moderada a severa	
5		3	6	2	11
6	1	8	6	1	16
7	4	9	3		16
8	6	7	2		15
9	19	2	1		22
10	6	3			9
11	6				6
12	5				5
Total	47	32	18	3	100

Tabla N° 16: Del total de la muestra de 100 niños atendidos los de 5 años de edad 3 presentaron ansiedad leve a moderada , 6 ansiedad moderada y 2 de ansiedad de moderada a severa; los de 6 años de edad 1 ansiedad leve, 8 leve a moderada, 6 moderada y 1 ansiedad de moderada a severa; los de 7 años de edad 4 ansiedad leve, 9 ansiedad leve a moderada y 3 moderada; los de 8 años de edad 6 con ansiedad leve, 7 leve a moderada y 2 moderada ; los de 9 años de edad 19 de ansiedad leve, 2 leve a moderada y 1 moderada; los de 10 años de edad 6 ansiedad leve, 3 leve a moderada; los de 11 años de edad 6 ansiedad leve; los de 12 años de edad 5 ansiedad leve; se concluye que los de 5 y 6 años de edad presentan una ansiedad de moderada a severa y del total mayor el mayor porcentaje presentan una ansiedad leve.

5.2. ANÁLISIS INFERENCIAS, PRUEBAS ESTADÍSTICAS PARAMÉTRICAS, NO PARAMÉTRICAS, DE CORRELACIÓN, DE REGRESIÓN U OTRAS. HACER LA COMPARACION DE CADA OBJETIVO VER EL COMPORTAMIENTO ANTES DEL TRATAMIENTO Y DESPUES DEL TRATAMIENTO COMPARA TABLAS ANTES Y DESPUES

H₀: No es severo el nivel de ansiedad según sexo antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas- Chiclayo, 2017.

H₁: Es severo el nivel de ansiedad según sexo antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas- Chiclayo, 2017.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Escala (Face Image Scale) FIS	Total/ Sexo	Prueba Estadística ANTES
Ansiedad leve	18	Estadístico paramétrico Proporciones H ₀ : $\pi = 0.20$ (La proporción de severo es igual al 20% de total de ansiedad) H ₁ : $\pi \neq 0.20$ La proporción de severo es diferente al 20% de total de ansiedad) Valor $Z\alpha = 1.96$; valor muestra $Z_c = -5.0$ Se rechaza la Hipótesis Nula H ₀ .
Ansiedad leve a moderada	36	
Ansiedad moderada	20	
Ansiedad de moderada a severa	16	
Ansiedad severa	10	

Se concluye estadísticamente que Es severo el nivel de ansiedad según sexo antes del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas- Chiclayo, 2017

Escala (Face Image Scale) FIS	Total/ Sexo	Prueba Estadística DESPUES
Ansiedad leve	47	Estadístico paramétrico Proporciones H0: $\pi = 0.20$ (La proporción de severo es igual al 20% de total de ansiedad) H1: $\pi \neq 0.20$ La proporción de severo es diferente al 20% de total de ansiedad) Valor $Z\alpha = 1.96$; valor muestra $Zc = -10$ Se rechaza la Hipótesis Nula H0.
Ansiedad leve a moderada	32	
Ansiedad moderada	18	
Ansiedad de moderada a severa	3	
Ansiedad severa	0	

Se concluye estadísticamente que Es severo el nivel de ansiedad según sexo después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas- Chiclayo, 2017

H₀: No es severo el nivel de ansiedad según edad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas- Chiclayo, 2017.

H₁: Es severo el nivel de ansiedad según edad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas- Chiclayo, 2017.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Escala (Face Image Scale) FIS	Total / Edad	Prueba Estadística ANTES
Ansiedad leve	18	Estadístico paramétrico Proporciones H ₀ : $\pi = 0.20$ (La proporción de severo es igual al 20% de total de ansiedad) H ₁ : $\pi \neq 0.20$ La proporción de severo es diferente al 20% de total de ansiedad) Valor $Z\alpha = 1.96$; valor muestra $Z_c = -5$ Se rechaza la Hipótesis Nula H ₀ .
Ansiedad leve a moderada	36	
Ansiedad moderada	20	
Ansiedad de moderada a severa	16	
Ansiedad severa	10	

Se concluye estadísticamente que Es severo el nivel de ansiedad según edad antes del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas- Chiclayo, 2017

Escala (Face Image Scale) FIS	Total / Edad	Prueba Estadística DESPUES
Ansiedad leve	47	Estadístico paramétrico Proporciones H0: $\pi = 0.20$ (La proporción de severo es igual al 20% de total de ansiedad) H1: $\pi \neq 0.20$ La proporción de severo es diferente al 20% de total de ansiedad) Valor $Z\alpha = 1.96$; valor muestra $Zc = -10$ Se rechaza la Hipótesis Nula H0.
Ansiedad leve a moderada	32	
Ansiedad moderada	18	
Ansiedad de moderada a severa	3	
Ansiedad severa	0	

Se concluye estadísticamente que Es severo el nivel de ansiedad según edad después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas- Chiclayo, 2017

H₀: No es severo el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión cognitiva y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

H₁: Es severo el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión cognitiva y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Escala (Face Image Scale) FIS	Masculino	Femenino	Prueba Estadística
Ansiedad leve	8	10	Estadístico paramétrico Chi cuadrado $X^2 = 5.826$ $p\text{-valor} = 0.212$ $p > 0.05$ No se rechaza la Hipótesis Nula H ₀ .
Ansiedad leve a moderada	24	12	
Ansiedad moderada	8	12	
Ansiedad de moderada a severa	11	5	
Ansiedad severa	6	4	

Se concluye estadísticamente que No es severo el nivel de ansiedad antes del tratamiento odontológico según la dimensión cognitiva y de acuerdo al sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017

Escala (Face Image Scale) FIS	Masculino	Femenino	Prueba Estadística
Ansiedad leve	25	22	Estadístico paramétrico Chi cuadrado X ² = 4.330 p-valor = 0.2228 p > 0.05 No se rechaza la Hipótesis Nula H ₀ .
Ansiedad leve a moderada	17	15	
Ansiedad moderada	14	4	
Ansiedad de moderada a severa	1	2	
Ansiedad severa			

Se concluye estadísticamente que No es severo el nivel de ansiedad después del tratamiento odontológico según la dimensión cognitiva y de acuerdo al sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017

Edad	Ansiedad leve	Ansiedad leve a moderada	Ansiedad moderada	Ansiedad de moderada a severa	Ansiedad severa	Prueba Estadística ANTES
5	0	0	0	3	8	Estadístico paramétrico Chi cuadrado $X^2 = 136.752$ $p\text{-valor} = 0.000$ $p < 0.05$ Se rechaza la Hipótesis Nula H_0 .
6	0	2	5	7	2	
7	1	7	7	1	0	
8	0	6	6	3	0	
9	4	16	1	1	0	
10	4	3	1	1	0	
11	6	0	0	0	0	
12	3	2	0	0	0	

Se concluye estadísticamente que es severo el nivel de ansiedad antes del tratamiento odontológico según la dimensión cognitiva y de acuerdo a la edad en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017

Edad	Ansiedad leve	Ansiedad leve a moderada	Ansiedad moderada	Ansiedad de moderada a severa	Ansiedad severa	Prueba Estadística DESPUES
5		3	6	2		Estadístico paramétrico Chi cuadrado $X^2 = 68.719$ $p\text{-valor} = 0.000$ $p < 0.05$ Se rechaza la Hipótesis Nula H_0 .
6	1	8	6	1		
7	4	9	3			
8	6	7	2			
9	19	2	1			
10	6	3				
11	6					
12	5					

Se concluye estadísticamente que es severo el nivel de ansiedad después del tratamiento odontológico según la dimensión cognitiva y de acuerdo a la edad en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017

H₀: No es severo el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión conductual y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

H₁: Es severo el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión conductual y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Escala de Valoración de la conducta de Frankl	Masculino	Femenino	Prueba Estadística ANTES
Definitivamente negativo	5	4	Estadístico paramétrico Chi cuadrado $X^2 = 1.030$ $p\text{-valor} = 0.794$ $p > 0.05$ No se rechaza la Hipótesis Nula H ₀ .
Negativo	13	9	
Positivo	29	19	
Definitivamente positivo	10	11	

Se concluye estadísticamente que No es severo el nivel de ansiedad antes del tratamiento odontológico según la dimensión conductual y de acuerdo al sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

Escala de Valoración de la conducta de Frankl	Masculino	Femenino	Prueba Estadística DESPUES
Definitivamente negativo	0	0	Estadístico paramétrico Chi cuadrado X ² = 1.809 p-valor = 0.405 p > 0.05 No se rechaza la Hipótesis Nula H ₀ .
Negativo	1	2	
Positivo	32	19	
Definitivamente positivo	24	22	

Se concluye estadísticamente que No es severo el nivel de ansiedad después del tratamiento odontológico según la dimensión conductual y de acuerdo al sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

Edad	Escala de Valoración de la conducta de Frankl				Prueba Estadística
	Definitivamente negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente positivo	
5	8	3			Estadístico paramétrico Chi cuadrado X ² = 139.539 p-valor = 0.000 p < 0.05 Se rechaza la Hipótesis Nula H ₀ .
6	1	9	6		
7		3	12	1	
8		5	10		
9		1	14	7	
10		1	4	4	
11				6	
12			2	3	

Se concluye estadísticamente que es severo el nivel de ansiedad antes del tratamiento odontológico según la dimensión conductual y de acuerdo a la edad en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

Edad	Escala de Valoración de la conducta de Frankl				Prueba Estadística
	Definitivamente negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente positivo	
5		2	9		Estadístico paramétrico Chi cuadrado $\chi^2 = 57.722$ $p\text{-valor} = 0.000$ $p < 0.05$ Se rechaza la Hipótesis Nula H_0 .
6		1	14	1	
7			13	3	
8			8	7	
9			3	19	
10			3	6	
11				6	
12			1	4	

Se concluye estadísticamente que es severo el nivel de ansiedad después del tratamiento odontológico según la dimensión conductual y de acuerdo a la edad en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, 2017.

5.3. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS, TÉCNICAS ESTADÍSTICAS EMPLEADAS

Para contrastar la hipótesis, se utilizó la inferencia estadística, la prueba de independencia de criterios Chi cuadrado (χ^2) al 95% de confiabilidad.

5.4. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se propuso investigar el nivel de ansiedad dental antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años edad mediante mediciones cognitivas y conductuales, que correspondió a la aplicación de la Escala de Ansiedad Dental FIS y la Escala de Valoración del comportamiento de Frankl.

Los resultados mostraron que existen estadísticamente los niveles de ansiedad leve y moderada. Esto podría ser explicado según Themessl-Huber (2010) debido a que cuando los padres tienen altos niveles de ansiedad dental, se esfuerzan por preparar a sus hijos adecuadamente para las visitas al dentista. De forma similar otros investigadores (Kyritsi y cols., 2007) ² que estudiaron como los padres podían predecir el comportamiento de sus hijos, agregan que a pesar de la ansiedad expresada por los padres, éstos no esperan la misma respuesta y actitud de sus hijos en relación a la atención odontológica.

CONCLUSIONES

- Según la Escala de Imagen Facial (FIS) los niños manifestaron que antes del tratamiento odontológico tenían una ansiedad leve a moderada, y después del tratamiento fue percibida una ansiedad leve.
- Con el uso del FIS también se percibe que existe una significancia estadística en cuanto a la edad, es así, que niños de 5 años tienen una mayor ansiedad cuando son comparados con niños de 12 años.
- Con el instrumento anteriormente mencionado, se encontró que según el sexo no existe una diferencia estadísticamente significativa, encontrándose los mismos resultados con la Escala de valoración de la conducta de Frankl. Por lo que se concluye que el sexo no es una atenuante ni agravante para modificar los resultados.
- Con la Escala de valoración de Frank (conductual), la ansiedad antes y después del tratamiento es positivo.
- Para la edad el comportamiento conductual (Frank) se concluye que antes del tratamiento los niños menores de 7 años tenían un comportamiento negativo y después del tratamiento manifestaban un comportamiento positivo, por lo que el estudiante está aplicando los conocimientos y técnicas adquiridos.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda nuevas investigaciones sobre Ansiedad dental con poblaciones de mayor tamaño, pacientes de diferentes edades, utilizando diferentes técnicas y otros indicadores o instrumentos de evaluación para manejar los estados de ansiedad en los pacientes.
- Implementar el uso de técnicas dentro del protocolo de atención al paciente pediátrico, para manejar su estado de ansiedad dental y tener mejor colaboración del paciente pediátrico durante la atención odontológica.
- Evaluar el nivel de ansiedad durante el tratamiento para ver el cambio durante el proceso.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Bach. Jiménez Vargas Anghela Beatriz. Influencia De La Musicoterapia Para El Manejo De Ansiedad En Pacientes Pediátricos Atendidos En La Clínica De Estomatología De La Universidad Señor De Sipán, Pimentel.2016. Disponible en: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/1180>
2. Od. Osorio H, Angie G. Niveles De Ansiedad Y Respuesta Fisiológica En El Niño De 5 A 10 Años De Edad Ante Los Procedimientos Odontopediátricos. Carabobo. Octubre, 2014. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/1180/1/aosorio.pdf>
3. Ana V, Lazo A, Wilfredo A, Ramos R, Jorge Mercado. Nivel De Ansiedad Antes Y Después De Un Tratamiento Odontológico En Niños De 4 A 8 Años De Edad. Vol. 1, No 1 (2014) Disponible en: <http://huajsapata.unap.edu.pe/journal/index.php/REA/article/view/44>
4. Claudia C, Omar F, Rocio G, Helena R, Patricia C. Ansiedad Al Tratamiento Odontológico: Características Y Diferencias De Género. (2008) (Citado marzo 2008), Vol. 15 N° 259- 278. Disponible en: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/26/11>
5. LIBRO El miedo dental en la infancia y adolescencia MARIA CARRILLO DIAZ, et al. 1RA EDICION DICIEMBRE 2012. PAG. 48,49 Y 181

6. Jamali Z et al (2017) Tabriz, Irán. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29105531>
7. Kakkar M et al (2016) India “Prevalencia de ansiedad dental en niños de 10 a 14 años y sus implicaciones” Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28884153>
8. Laura Otilia Salazar Fernández. Nivel de ansiedad en niños entre 3 a 9 años de edad durante la aplicación de anestesia en tratamiento de urgencias e inicial que asisten al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UANL. 2014. Disponible en:
<http://eprints.uanl.mx/4212/1/1080253870.pdf>
9. Paulina Andrea Espinoza Lara. Ansiedad Dental En Niños De 6 Años Beneficiarios Del Programa De Salud Oral Integral En La Región Metropolitana. Santiago – Chile. 2013. Disponible en:
<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117582>
10. Miler Eyner Pérez Vera. “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. Disponible en:
<http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/323>
11. Piedra Quispe, Danissa Silvina. “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 de la UPC”. Disponible en:

<http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/621022/5/PIE-DRA-Odontolog%C3%ADa.pdf>

12. Ana V, Lazo A, Wilfredo A, Ramos R, Jorge Mercado. Nivel De Ansiedad Antes Y Después De Un Tratamiento Odontológico En Niños De 4 A 8 Años De Edad. Vol. 1, No 1 (2014) Disponible en:
<http://huajsapata.unap.edu.pe/journal/index.php/REA/article/view/44>
13. Paz Saavedra, Rómulo Yampierre. Relación entre miedo pediátrico y ansiedad materna frente a la primera consulta en la Clínica Estomatológica Universidad Señor de Sipán. 2015. Disponible en:
<http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/94>
14. Jaime Rodríguez-Sacristán. La Ansiedad En La Infancia. La Experiencia De La Angustia En Los Niños. Disponible en:
<http://www.petra-udl.com/aaluja-archi/psico/recoma/ansi-infan.pdf>
15. Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C.D. Spielberger (Ed), Anxiety: Current trends in theory and research (Vol. 1).New York: Academic Press.
16. Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. Psychological Review, 80, 252-283.
17. Ochoa E. La ansiedad y sus temores. La ansiedad en el niño estudio Psicológico 4ta edición México. Ed tirilla; 2001, p31-37.
18. Sarason, I. G. (1985). Cognitive processes, anxiety and the treatment of anxiety disorders, En H. Tuma y J. Maser (Eds.), Anxiety and anxiety disorders. Hillsdale, New York: LEA.

19. Samorodnitzky G, Levin L. Self-Assessed Dental Status, Oral Behavior, DMF, and Dental Anxiety. *Journal of Dental Education*. 2005; 69 (12): 1385-1389.
20. Ronquillo H. Asociación entre condiciones Oclusales, niveles de Ansiedad rasgo-estado y desordenes temporomandibulares en un grupo de estudiantes de estomatología (tesis magistral). Lima – Perú. Cayetano Heredia Univ.; 2000.
21. Hernández G, Vidal M, Gómez A, Ibáñez C, Pérez J. Edición y redacción final: Juan M. Pérez. Documento para uso exclusivamente docente. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur Facultad de Medicina Universidad de Chile 2009.
22. Eva Marcela C, Miriam Fera, Lino Palacios, Francisco de la Peña. Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y adolescentes. México. Edición 2010. Disponible en:
http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf
23. Rosa Aurora Virues Elizondo. Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.*, Universidad Autónoma de Nuevo León, México Publicado mayo 2005.
<http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>
24. Hernandez Pozo, M. Propiedades psicometricas del inventario Zung del estado de ansiedad con Mexicanos. *Red de Revistas de America Latina*. ol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 19-46.
<https://studylib.es/doc/1455708/aosorio.pdf>

25. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia Ana María Ruiz Sancho Psiquiatra. Unidad de Adolescentes, Departamento de Psiquiatría Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Begoña Lago Pita Psicóloga, Hospital de Día Montreal. Madrid.
26. Márquez, J. Navarro. Cruz D. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista? Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. RCOE v.9 n.2 Madrid mar.-abr. 2004. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4321/S1138-123X2004000200003>
27. Berge M, Veerkamp J, Hoogstraten. Prins. Parenteral beliefs on the origin's of child dental fear in the Netherlands. ASDC J dentist Child 2001 January- February; 68(1): 51-54.
28. Thompson M, Law D. Investigation of certain autonomic responses of Children to a specific dental stress . JADA 1958;57(6): 769-777.
29. Folayan M, Idehen E, Ufomata D. The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigeria hospital. Int paediatr Dent 2003;13(1): 20-26.
30. Berggren, U, Boman, U. Common use of a Fear Survey Schedule for assessment of dental fear among children and adults. Int J Paediatr Dent. 2008; 18 (1).
31. MICHELLE Marie, OLIVEIRA Viviane. The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months: a study in Recife, Pernambuco State, Brazil. En Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009. Vol. 25. N°4. P 743-750.

<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2739/3/tesis%20documento%20final.pdf>

32. Guinot F. Efecto de la utilización de diferentes dispositivos audiovisuales durante la realización del tratamiento odontológico en el paciente infantil. [Tesis doctoral]. Barcelona. Universidad Internacional de Catalunya, 2014. Disponible en:
<http://www.tdx.cat/handle/10803/284356>.
33. Vega J. Instrumental en Odontología. [Tesis pre grado]. España- Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2010. Disponible en:
<http://eprints.ucm.es/11826/1/instrumentacion.pdf>
34. Tasayco M. Nivel de Ansiedad en relación a la aplicación de Musicoterapia en niños de 6 a 8 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Norbert Wiener, Lima-Perú, 2010. [Tesis pre grado]. Perú-Lima. Universidad Wiener, 2011. Disponible en:
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/mariadelrosariotasaycohuanca.pdf>.
35. Chapman HR, Kirby T. Dental Fear in Children – A Proposed Model. Br. Dent. J 1999; 23(8): 408 – 412.
36. Guinot F. Efecto de la utilización de diferentes dispositivos audiovisuales durante la realización del tratamiento odontológico en el paciente infantil. [Tesis doctoral]. Barcelona. Universidad Internacional de Catalunya, 2014. Disponible en:
<http://www.tdx.cat/handle/10803/284356>.
37. Al-Harasi S, Ashley PF, Moles DR, Parekh S, Walters V. Hypnosis for children undergoing dental treatment (Review). Cochrane Database Syst Rev 2010; 4:8.

38. Rojas G, Harwardt P, Sassenfeld A, Molina Y, Herrera A, Ríos M y Misrachi C. Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental. ActaOdontVen (Serie en Internet) 2011 (Citado el 13 Ago 2012); 49(4)
39. Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral para Niños y Niñas de 6 años (Guía). Santiago: MINSAL; 2008. (Citado 8 de oct. 2011)
40. Landier W, Tse AM. Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure-related pain, anxiety, and distress in pediatric oncology: an integrative review. J PediatrNurs 2010; 25(6):566-79.
41. Wright FAC, Giebartowski JE, McMurray NE. A national survey of dentist's management of children with anxiety or behaviors problems. AustrDent J 1991; 36 (5):378-83.
42. Fernández Parra A, Gil Roales - Nieto J. Odontología conductual. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 2000.
43. Diccionario De La Lengua Española. La 23.ª edición (2014)
44. Mosby. Diccionario de odontología. 2da edición. Editorial Elsevier España 2009.
45. Según la Real Academia Nacional de Medicina. Editorial medica panamericana España 2011.
46. Lexus. Diccionario de Medicina y Ciencias de la salud. Primera edición.2010.
47. Tratamientos dentales. Disponible en:
<http://dental.saludisima.com/tratamientos-dentales/>

48. Roberto Hernández Sampier, et al. Metodología De La Investigación 4^{ta} Edición.

49. Roberto Cañete, Dirce Guilhem, Katia Brito: Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. Acta bioeth. vol.18 no.1 Santiago jun. 2012. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000100011

ANEXO: 01



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"Año oficial de Buen Servicio al Ciudadano"

CARTA DE PRESENTACION

SOLICITUD: CARTA DE PRESENTACIÓN

SEÑOR : Administrador de Clínica Jorge Canario Zelada.

Yo Miguel Angel Santamaria Herrera con código 2012129549, Bachiller de la Escuela de Estomatología; solicito se me permita realizar el estudio en la clínica Pediátrica de la universidad para poder culminar mi tesis titulado **NIVEL DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS - CHICLAYO, 2017**

La información obtenida es de tipo confidencial y fines de investigación, no existiendo ningún tipo de riesgo físico ni psicológico.

Me gustaría poder concretar mi tesis para así poder optar mi título profesional.

Le agradezco de antemano y le saludo sinceramente.

Pimentel 02 de Noviembre del 2017



ANEXO 02



FACULTAD DE MEDICINA HUMANAS Y CIENCIAS DE LA
SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

CONSTANCIA

SEÑOR: **CD.MG. ANTONIO DURAND PICHU**
(COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA)

HACE CONSTAR:

Que Don Miguel Angel Santamaria Herrera identificado con DNI 44459214, con grado de Bachiller en Estomatología ha aplicado sus instrumentos de recolección de datos en niños que asisten a la Clínica Estomatológica, siendo de suma importancia para el avance su trabajo de investigación Título : **“NIVEL DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLINICA PEDIATRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS – CHICLAYO, 2017”**. En donde ha demostrado puntualidad, responsabilidad y honestidad en la aplicación de sus instrumentos en las fechas indicadas en la autorización de fecha 23 de octubre hasta el 23 de noviembre del 2017.

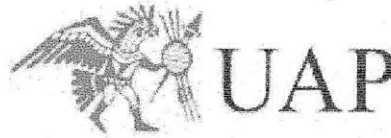
Se expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada para los fines que se estime conveniente.

Chiclayo, 28 de Noviembre del 2017.

Atentamente,



ANEXO 03



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Owens
(09-11-17)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, Leonela Omea Cordora
_____, CON DNI; 27718910 _____ padre, madre
y/o _____ apoderado del _____ menor

Madre autorizo la participación de mi hijo Joy Neymar Jimenez Omea
menor hijo (a) en el estudio del Proyecto de Tesis titulado **NIVEL DE ANSIEDAD**

ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS - CHICLAYO, 2017, realizado por el Bach. Miguel Angel Santamaria Herrera.

La información obtenida es de tipo confidencial y fines de investigación, no existiendo ningún tipo de riesgo físico ni psicológico.

Bajo estas consideraciones acepto la participación de mi menor hijo (a) para colaboración de la investigación por parte del responsable.

FIRMA DEL PADRE Y/O TUTOR



HUELLA DIGITAL

ANEXO 04

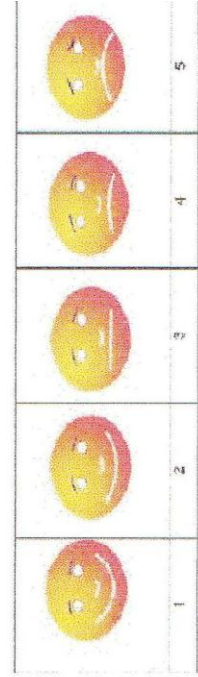
Escala (Face Image Scale) FIS

Presentación: Soy el Bach.: Miguel Angel Santamaria Herrera. Este presente instrumento forma parte del trabajo de investigación titulado: **NIVEL DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS - CHICLAYO, 2017.**

Objetivo: Recoger información sobre el test FIS

Instrucciones: "Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la total tristeza. La idea es que me digas cuál de las caras es la que mejor representa cómo te sientes en este momento" y marca con un aspa (X)

- 5.-Ansiedad severa
- 4.-Ansiedad de moderada a severa
- 3.-Ansiedad moderada
- 2.-Ansiedad leve a moderada
- 1.-Ansiedad leve (X)



Escala de Valoración de la conducta de Frankl

Presentación: Soy el Bach.: Miguel Angel Santamaria Herrera. Este presente instrumento forma parte del trabajo de investigación titulado: **NIVEL DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS - CHICLAYO, 2017.**

Objetivo: Recoger información con la Valoración de la conducta de Frankl.

Instrucciones: Evalúe el comportamiento del niño, durante la atención dental, de acuerdo a la siguiente pauta y marca con un aspa.

CATEGORIA	CONDUCTA
1	Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera
2	Acepta el tratamiento con mucha dificultad, se muestra arisco y/o lejano y ausente
3	Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece y se muestra ansioso (X)
4	Ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.

ANEXO 05: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	FROMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGIA
<p>Nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas-Chiclayo, 2017</p>	<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿Cuál es el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS ¿Cuál es el nivel de ansiedad de acuerdo a la edad y sexo antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017?</p> <p>¿Cuál es el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión cognitiva y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017?</p> <p>¿Cuál es el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión conductual y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL Evaluar el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS Diagnosticar el nivel de ansiedad de acuerdo a la edad y sexo antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017.</p> <p>Determinar el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión cognitiva y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017.</p> <p>Identificar el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según la dimensión conductual y de acuerdo a la edad y sexo en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017.</p>	<p>HIPOTESIS PRINCIPAL H₀: No es severo el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas- Chiclayo, 2017</p> <p>H₁: Es severo el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas -Chiclayo, 2017.</p> <p>HIPOTESIS DERIVADAS Existe diferencia en el nivel de ansiedad según la edad y sexo, antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas- Chiclayo, 2017.</p> <p>Tiene relación el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico según el criterio cognitivo y conductual en niños de 5 a 12 años atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017</p> <p>Tiene relación el nivel ansiedad según el tratamiento odontológico realizado y el tipo de criterio, antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas- Chiclayo, 2017.</p>	<p>DISEÑO METODOLOGICO:</p> <p>Es No Experimental</p> <p>Tipo de investigación: es descriptivo</p> <p>Nivel de investigación: No experimental</p> <p>Método: cuantitativo</p>

ANEXO 06: FOTOGRAFIAS



Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo.



Evaluación de Escala de Imagen Facial (FIS) en pacientes antes del tratamiento dental.



Evaluación de Escala de Imagen Facial (FIS) en pacientes después del tratamiento dental.



Evaluación de Escala Conductual de Frankl en pacientes antes del tratamiento dental.



Evaluación de Escala Conductual de Frankl en pacientes antes del tratamiento dental.



Evaluación de Escala Conductual de Frankl en pacientes después del tratamiento dental.

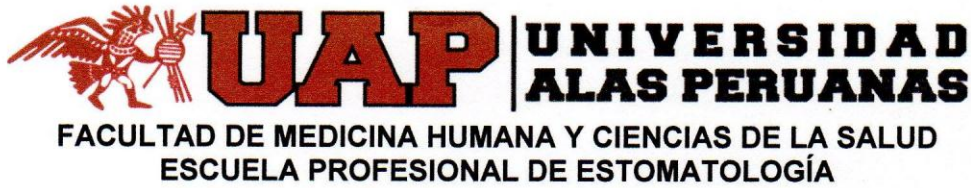


Evaluación de Escala Conductual de Frankl en pacientes después del tratamiento dental.



Autorización de los padres para realizar la investigación con sus hijos.

ANEXO 07



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

CONSTANCIA

Lo que a continuación suscribo, Docente encargada de la Clínica Estomatológica Pediátrica I de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo,

HACE CONSTAR QUE:

El Sr. Miguel Angel Santamaria Herrera, identificado con DNI N° 44459214, Bachiller en Estomatología, se ha presentado en la Clínica Estomatológica de esta Universidad, en los horarios de la Clínica Pediátrica I, los días 6 y 8 con fechas correspondientes al HORARIO DOCENTES del mes de Noviembre del 2017, durante el trabajo clínico de los estudiantes del octavo ciclo que dirijo, con el fin de recolectar información para el desarrollo de su tesis, titulado: **“NIVEL DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLINICA PEDIATRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS – CHICLAYO, 2017”**. Cabe mencionar que el investigador cumplió con su trabajo de recolección de información, demostrando puntualidad, responsabilidad y honestidad en la aplicación de su instrumento.

Se expide el presente documento a solicitud del interesado, para los fines que se estime conveniente.

Pimentel, 08 de Noviembre del 2017

Dra. C. Marisel Ramos Valenzuela Ramos
CIRUJANO DENTISTA
COP. 33438

Ph. DDS. Valenzuela Ramos Marisel

Docente de Clínica Pediátrica I

DNI: 40400629