



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

TESIS

**EVALUACIÓN DEL MIEDO EN LA PRIMERA CITA DENTAL, EN
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA
PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS LIMA 2017**

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

PRESENTADO POR:

BACHILLER: MARIELLA DANIELLA ALFARO YARMAS

ASESORA: MG. ESP. CD. ESTELA RICSE CHAUPIS

LIMA-PERÚ

2018

A Dios por ser mi guía estos años;

A mis padres y hermano por su apoyo incondicional y confianza en mí, gracias a ellos he podido lograr poco a poco lo que me he propuesto.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Estela Ricse, que amablemente acepto ser parte de esta tesis, orientándome, corrigiéndome y Brindándome sus conocimientos.

A los docentes y compañeros de la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, por brindarme su tiempo y permiso para la realización de esta tesis.

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue evaluar el nivel de miedo en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental, atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima del 2017.

Este fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo observacional y transversal. Se evaluó una muestra de 106 niños que fueron atendidos en la clínica estomatológica pediátrica en el mes de agosto, de los cuales el 48,1% pertenecieron al sexo masculino y el 51,9% al sexo femenino; con edades promedio de $7.47 \pm 1,73$ años; siendo la edad mínima 6 años y la edad máxima

12 años. Se realizó la Escala de Evaluación de Miedo en Niños – Subescala Dental, cada una constituida por 15 ítems relacionados a los diversos aspectos del tratamiento odontológico. La escala se realizó antes del tratamiento odontológico y en niños que sea su primera cita dental. Se tomó como covariable el género del niño, la edad, el género del operador, el horario de atención y el nivel socioeconómico utilizando la encuesta de Evaluación de los Niveles Socioeconómicos del APIM a los padres de cada uno de los niños.

Los resultados mostraron que el nivel de miedo en los niños de 6 a 12 años en su primera cita fue bajo; en cada uno de los grupos etáreos evaluados. Los porcentajes obtenidos de miedo bajo fueron 21,7%; 10,4%; 8,5%; 8,6%; 5,7%; 3,8% y 2,8% para los grupos etáreos de 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 años; respectivamente. Se observó que los niños de sexo femenino tenían más miedo que los niños de sexo masculino con un porcentaje de 58,8% en el sexo masculino y 60% en el sexo femenino; en niños que presentaron miedo bajo.

Mientras que, el nivel de miedo alto estuvo presente en un 39,2% del sexo masculino y 40% del sexo femenino. Se registró un mayor nivel de miedo en la mañana que en la tarde con un porcentaje 54,8%, seguido de un 45,2% en el turno de la tarde; un miedo bajo de 57,1% en el turno de la mañana y un miedo bajo de 42,9% en el turno de la tarde. Se encontró un mayor miedo cuando el operador era de sexo femenino con un porcentaje de 76,2%. En el nivel de miedo según el nivel socioeconómico fue un 26,2% alto en el nivel C; y un 73,8% alto en el nivel D; mientras que se registró un nivel de miedo bajo de 54% en el nivel D; seguido de un 34,9% en el nivel C y un 9,5% en el nivel B.

Se concluyó que no existe relación estadística significativa entre el miedo de los niños, la edad, el género, el género del operador, el horario de atención ni el nivel socioeconómico.

Palabras clave: Miedo dental; Nivel de miedo; Primera cita dental

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess the level of fear in children of 6 to 12 years during their first dental appointment; they attended at the Pediatric Stomatology Clinic of Universidad Alas Peruanas in Lima, 2017.

This was a quantitative, descriptive, observational and transversal study. A sample of 106 children who were treated at the pediatric dentistry clinic in August was evaluated, of which 48.1% belonged to the male sex and 51.9% to the female sex; with average ages of 7.47 ± 1.73 years; being the 6 years the minimum and the 12 years the maximum age. The Scale of Evaluation of Fear in Children - Dental Subscale constituted of 15 items related to the many aspects of dental treatment. The scale was performed before the first dental treatment in the Pediatric Stomatology Clinic of Universidad Alas Peruanas. The gender of the child, the age, the gender of the operator, the hours of attention and the socioeconomic level were taken as a covariate for the last was used the survey of Evaluation of the Socioeconomic Levels of the APIM for the parents of the children.

The results showed that the level of fear in children from 6 to 12 years old on their first date was low. The percentages that resulted from low fear were 21.7%; 10.4%; 8.5%; 8.6%; 5.7%; 3.8% and 2.8% for the age groups of 6,

7, 8, 9, 10, 11 and 12 years, respectively. In the sale of low fear was observed that female children were more afraid than male children with a percentage of 60% and 58.8% respectively. While in the high level of fear was present in 39.2% of the male sex and 40% of the female sex. There was a higher level of fear in the morning than in the afternoon with a percentage of 54.8% in the morning shift; followed by 45, 2% in the afternoon turn; a low fear of 57.1% in the morning turn and a low fear of 42.9% in the afternoon shift. A greater fear was found when the operator was female with a percentage of 76.2%. In the level of fear according to the socioeconomic level was 26.2% high in level C; and 73.8% high in level D; while a low level of fear of 54% was recorded at level D; followed by 34.9% in level C and 9.5% in level B.

It was concluded that there is no significant statistical relationship between the fear of the children, the age, and the gender, the gender of the operator, the hours of attention or the socioeconomic level.

Keywords: Dental fear; Fear level; First dental appointment.

INDICE

| | |
|---|------|
| DEDICATORIA | Pág. |
| AGRADECIMIENTOS | |
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| ÍNDICE | |
| ÍNDICE DE TABLAS | |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | |
| ÍNDICE FOTOGRÁFICO | |
| INTRODUCCIÓN | 16 |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 17 |
| 1.1 Descripción de la realidad problemática | 17 |
| 1.2 Formulación del problema | 20 |
| 1.3 Objetivos de la investigación | 20 |
| 1.4 Justificación de la investigación | 21 |
| 1.4.1 Importancia de la investigación | 21 |
| 1.4.2 Viabilidad de la investigación | 22 |
| 1.5 Limitaciones del estudio | 22 |

| | |
|---|----|
| CAPITULO II: MARCO TEÓRICO | 23 |
| 2.1 Antecedentes de la investigación | 23 |
| 2.2 Bases teóricas | 34 |
| 2.3 Definición términos básicos | 51 |
| CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN | 54 |
| 3.1 Formulación de hipótesis principal y derivada | 54 |
| 3.2 variables, dimensiones e indicadores, definición conceptual y operacional | 55 |
| CAPITULO IV: METODOLOGIA | 56 |
| 4.1 Diseño metodológico | 56 |
| 4.2 Diseño muestral, matriz de consistencia | 56 |
| 4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad. | 59 |
| 4.4 Técnicas de procesamiento de la información | 61 |
| 4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información. | 63 |
| CAPITULO V: ANALISIS Y DISCUSIÓN | 64 |
| 5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, Gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc. | 64 |
| 5.4 Discusión | 75 |

| | |
|------------------------|----|
| CONCLUSIONES | 86 |
| RECOMENDACIONES | 90 |
| FUENTES BIBLIOGRÁFICAS | 91 |
| ANEXOS | 98 |

Anexo N 1: Carta de presentación.

Anexo N2: Consentimiento informado.

Anexo N 3: Asentimiento informado.

Anexo N 4: Escala de evaluación de miedos en niños – subescala dental.

Anexo N 5: Ficha de recolección de datos.

Anexo N 6: Versión modificada de la Encuesta de Evaluación de los Niveles Socioeconómicos – APIM.

Anexo N 7: Matriz de consistencia.

Anexo N 8: Fotografías.

INDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla N 1: Distribución de frecuencia del género de los niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el Lima del año 2017. | 64 |
| Tabla N 2: Distribución de frecuencia de la edad de los niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en lima del año 2017. | 66 |
| Tabla N 3: Relación entre el nivel de miedo y la edad en niños de 6 a12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima del año 2017. | 68 |
| Tabla N 4: Relación entre el nivel de miedo y el sexo en niños de 6 a12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruana en Lima del año 2017. | 71 |
| Tabla N 5: Relación entre el nivel de miedo y horario de atención en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima del año 2017. | 73 |
| Tabla N 6: Relación entre el nivel de miedo y el sexo del operador en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima del año 2017. | 75 |

Tabla N 7: Relación entre el nivel de miedo y el nivel socioeconómico en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima del año 2017.

INDICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Gráfico N 1: Gráfico circular de distribución de frecuencia de género de los niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima del año 2017. | 65 |
| Gráfico N 2: Gráfico de barras de distribución de frecuencia de la edad de los niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima del año 2017. | 67 |
| Gráfico N 3: Gráfico de barras relación entre el nivel de miedo y la edad en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la universidad alas peruanas en Lima del año 2017. | 70 |
| Gráfico N 4: Gráfico de barras de relación entre el nivel de miedo y el sexo en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima 2017. | 72 |
| Gráfico N 5: Gráfico de barras de la relación entre el nivel de miedo y el horario de atención en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima, 2017. | 74 |

Gráfico N 6: Gráfico de barras de la relación entre el nivel de miedo y el sexo del operador en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima del 2017.

76

Gráfico N 7: Gráfico de barras relación entre el nivel de miedo y el nivel socioeconómico en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima del 2017.

78

INDICE DE FOTOGRAFÍAS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Fotografía N 1: Explicación del estudio a la madre o padre del menor y firma del consentimiento informado. | 109 |
| Fotografía N 2: Explicación al niño y Colocación de la huella en el asentimiento informado. | 110 |
| Fotografía N 3: Se realiza la escala de evaluación de Miedo subescala dental antes de iniciar el tratamiento, toda información se registró y sumo en la ficha de recolección de datos. | 111 |
| Fotografía N 4: Se realiza la encuesta de evaluación de los niveles Socioeconómicos – APIM, toda información se registró y sumo en la ficha de recolección de datos. | 112 |

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años el miedo y la ansiedad dental son señalados por muchos pacientes como un motivo para no acudir de forma regular al odontólogo; entre ellos; la gran mayoría de los niños tienen un cierto grado de miedo y ansiedad al tratamiento odontológico, muchas veces influenciado por la familia o transmitido de la madre al niño. El odontopediatra debe saber afrontar este problema y utilizar diferentes métodos para reducir el miedo durante el tratamiento dental.

Existen diversos instrumentos para medir el miedo dental antes y durante la consulta odontológica con diferentes escalas; entre ellas encontramos a la Escala de evaluación de miedo en niños-subescala dental (CFSS-DS), que es un cuestionario que busca identificar el nivel de miedo dental, relacionado con diversos aspectos del tratamiento, tanto procedimientos invasivos como situaciones médicas generales. Este último es un cuestionario completo, validado en varios idiomas, ampliamente utilizado y reconocido por psicólogos, por lo que se considera un instrumento altamente sensible y específico.

Por lo anteriormente mencionado, el presente estudio tiene como objetivo evaluar el nivel del miedo en la primera cita dental en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima del 2017

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El ejercicio de la Odontopediatría es una tarea difícil, porque no puede limitarse solo a la prevención y solución de los problemas buco-dentarios. Lleva implícito también el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional donde la relación humana entre el estomatólogo y el niño es fundamental para el éxito del tratamiento estomatológico.

El miedo dental es uno de los problemas más complicados que enfrentan los odontólogos, ya que éste llega a influir en el plan de tratamiento y posteriormente ejecución del procedimiento. Niveles elevados del miedo y la ansiedad limitan la efectividad del tratamiento e impiden que se detecte a tiempo procesos patológicos diversos.

Para evaluar el miedo en los niños, es necesario contar con instrumentos que permitan identificar su severidad. Es por esto que se han desarrollado numerosas escalas y subtipos para evaluar el miedo dental. Estas escalas nos permiten tener un ligero conocimiento de la actitud del niño ante el tratamiento dental.

Dentro de estas escalas que se utilizan como un método de diagnóstico del miedo dental encontramos la subescala dental de la escala de miedo (CFSS-DS), que es un cuestionario que busca identificar el nivel de

ansiedad dental, relacionado con diversos aspectos del tratamiento. La escala está constituida para niños de 4 a 12 años, quienes deben responder quince ítems, las que son de tipo ordinal, de acuerdo a la escala de Likert, y varían de 1 a 5. Es un instrumento preciso, muy utilizado y validado en diversos idiomas, considerado como el estándar de oro para medir el miedo en la atención odontológica del niño.

La clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas atiende a un gran número de pacientes pediátrico, muchos de los cuales son reciben por primera vez una atención odontológica; todo ello acompañado por las variadas procedencias, la persona que lo acompaña, la que muchas veces no es su padre ni su madre, los motivos de consulta, y el temor o miedo al tratamiento dental. Es interesante contar con un instrumento que evalúe el miedo de manera precisa, para elaborar estrategias para su manejo.

1.2 Formulación del

problema Problema

principal

¿Cuál es el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017?

Problemas secundarios

- ¿Cuál es el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según edad y género?
- ¿Cuál es el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según el horario de atención?
- ¿Cuál es el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según el sexo del operador?
- ¿Cuál es el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según el nivel socioeconómico?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según edad y género.
- Determinar el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según el horario de atención.
- Determinar el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según el sexo del operador.
- Determinar el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según el nivel socioeconómico.

1.3 Justificación de la investigación

El miedo dental es uno de los factores más importantes que complican la atención dental, especialmente en la población pediátrica. Se debe usar un instrumento válido y confiable que mida el miedo dental con el objetivo de aplicar estrategias para cambiar la conducta y manejar los episodios de miedo y ansiedad.

1.4.1 Importancia de la investigación

El consultorio dental debe contar con instrumentos de diagnósticos confiables. Es importante que los profesionales odontólogos conozcan instrumentos que permitan medir el miedo de modo que la atención logre los objetivos deseados.

Poder medir y controlar el miedo, sobretodo en niños que sea su primera cita dental es de suma importancia para la salud bucal.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Se presentó la carta de presentación a la Directora de la Escuela Profesional de Estomatología, se tuvo su permiso y apoyo para poder realizar la recolección de datos. También se pidió el permiso de la Administradora de la Clínica, la Dra. Damaris Loyola Zegarra Dra. y después de la Dra. Luz Helena Echevarría Junca y a la Dra. Jacqueline Céspedes Porras, jefes de la clínica estomatológica pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas.

Y por último se pidió el permiso y se explicó el estudio a cada uno de los docentes, operadores y padres de familia de cada sección y módulo de la clínica estomatológica pediátrica I y II.

1.4 Limitaciones del estudio

En la Clínica Estomatológica Pediátrica son atendidos niños que no son acompañados por los padres. Siendo este trabajo respetuoso de los lineamientos bioéticos para la investigación en seres humanos, es necesaria la firma del consentimiento informado, y luego del asentimiento del niño, antes de ser inducido en el estudio. La investigadora buscará el consentimiento del padre antes de la atención del niño, arriesgando el cumplimiento con el número muestral mínimo para su representatividad.

La presente investigación se ejecutó durante la atención del niño en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II, la que se realizó por un operador, alumno de la escuela, y supervisada por un docente. Al ser la recolección de datos antes la atención, ésta podrá interrumpir la labor previa del operador y del docente, por lo que habrá que coordinar con ellos para evitar la incomodidad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

Carrión K (2015) Realizó una investigación para evaluar la ansiedad dental entre una población de niños de 4 – 12 años en la Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe- Ecuador, este estudio fue de tipo cualitativo, de corte transversal y descriptivo para llegar al descubrimiento de un principio y establecer cuál es la causa que más incide en el problema para establecer conclusiones, se realizó a 150 niños(as) en el periodo Marzo-Julio 2015. El instrumento que se utilizó la escala de evaluación de la ansiedad dental infantil (FIS), el cuestionario de la escala de evaluación de los miedos dentales (CFSS-DS), las técnicas de manejo del comportamiento: Decir, Mostrar y Hacer, la técnica de aromaterapia y la musicoterapia todo esto aplicado por el investigador. En los resultados se encontró que un 20% de los niños presenta ansiedad y las niñas el 11.33% en edades de 4 a 12 años durante la consulta odontológica, debido a que su mayor temor es ver al dentista taladrando en un 15%, en menos porcentaje el 2% es tener que acudir al hospital; y al aplicar la técnica de manejo del comportamiento obtuvo mayor resultado la técnica "Decir, Mostrar y Hacer" en un 86% disminuyendo significativamente la ansiedad dental en los(as) niños(as) mejorando el estado emocional.¹

Alfaro L, Ramos K y Redondo A (2014) Realizaron un estudio de intervención cuasi experimental, en el cual se identificaron 81 niños con miedo y ansiedad dental con edades entre 5 y 9 años en el IPS MEIN SALUD, ubicada en el municipio de María la baja Bolívar en Cartagena - Colombia, mediante la implementación de dos escalas una para evaluar miedo dental (CFSS-DS) y otra para evaluar ansiedad dental (MDAS). Una vez identificados los niños miedosos y ansiosos; se realizó una intervención educativa basada en un protocolo de manejo para disminuir miedo y ansiedad dental; El cual estuvo dividido en cuatro sesiones; después de terminar la intervención, se aplicaron nuevamente a cada paciente las escalas de miedo y ansiedad con el fin de evaluar la eficacia del protocolo. Los datos se analizaron en el paquete estadístico STATA versión 11.1, realizando estadística descriptiva a través de media, desviaciones estándar y proporciones, se utilizó la prueba ShaphiroWilk para evaluar normalidad y la prueba T Student pareada para establecer diferencias entre las mediciones de ansiedad y miedo antes y después de la intervención. En el miedo dental no hubo diferencia significativa entre los estratos socioeconómicos. En cuanto al nivel de escolaridad el protocolo tuvo más efectividad en los grados mayores tanto para miedo y ansiedad dental. Lo que indica que la estrategia para disminuir miedo y ansiedad dental tuvo resultados estadísticamente significativos. Se concluyó según los puntajes obtenidos arrojados por el antes y el después de la intervención, que hubo una disminución significativa del miedo y ansiedad dental. En relación con la edad y el nivel de miedo y ansiedad dental, los niños entre 5 y 7 años de edad son los que más presentaron miedo y ansiedad dental. ²

Gómez J, Cárdenas J, Manrique R (2016) El objetivo de este estudio fue evaluar el miedo y la ansiedad dental (MAD) y usando la Escala de Evaluación de Miedo en niños – Subescala Dental (CFSS-SD) en niños de 5 a 14 años de la ciudad de Medellín. A partir de la aplicación de la encuesta a 250 niños de 18 IPS odontológicas públicas y privadas aleatorizadas en de Medellín, se realizó el análisis estadístico de datos en el programa STATA versión 12 para estimar la prevalencia general de MAD y sus factores asociados. En los resultados la muestra general de los niños se obtuvo una puntuación media total de 28.5 (DS 11,4) en la escala CFSS-DS (15-75). Valores por encima de un punto de corte de 32 se consideraron con MAD encontrando así una prevalencia de MAD de 30.4%. No se encontraron diferencias significativas cuando se asoció MAD a edad, género, estrato socioeconómico, edad de los padres o grado escolar. En conclusión, los resultados indican que la prevalencia de miedo y ansiedad dental en la ciudad de Medellín es baja. En el análisis de los posibles factores asociados a MAD no se encontraron diferencias significativas por edad, género, estrato socioeconómico o grado escolar.³

Oyanedel J (2016) Realizó un estudio en el Centro de atención odontológica de la Unidad de Policía del medio ambiente en Quito- Ecuador para determinar el nivel de ansiedad y miedo pre y post-exodoncia, las variables que influyen en la conducta de los niños durante la atención odontológica el buen manejo de la conducta infantil. Se encuestaron 94 niños, entre 6 a 12 años que haya sido expuestos a una exodoncia para lo cual se utilizó la escala análoga visual de Vasoff para preguntar cómo se sienten antes y después del tratamiento, esto ayudó a

evaluar el nivel de ansiedad y miedo. En los resultados Cualitativamente en la etapa pre-exodoncia para el nivel de ansiedad y miedo según los rangos dio un porcentaje de: ninguno en lo absoluto 10,6%, un poco 24.5%, moderadamente 35.1% y mucho 29,8%. En la etapa post-exodoncia el nivel de ansiedad fue de Moderado con un rango del 33.5% a Mucho con un rango de 45%. El nivel de miedo fue de moderado con un 36.8% a Mucho con un 41,5% durante el procedimiento dental.

Se llega a la conclusión que el mayor porcentaje de ansiedad y miedo pre exodoncia correspondió al rango muchísimo. En la etapa de post exodoncia según las preguntas y rangos se mantuvo de moderadamente a mucho en relación a todo el procedimiento, excepto cuando se hizo la explicación de los cuidados, a cuál ningún niño sintió temor, por lo que en pre exodoncia y post exodoncia se debe tener en cuenta el manejo de la conducta del paciente y existir buena comunicación odontólogo-padre-niño para poder disminuir el nivel de ansiedad y miedo durante el tratamiento.⁴

El-Housseiny A y colaboradores (2014) realizaron un estudio con el propósito de evaluar la estructura de factor de la versión árabe de la Subescala Dental de la Escala de Miedo en Niños (CFSS-DS), y evaluar la diferencia en la estructura de factor entre niños y niñas. Los participantes eran 220 pacientes pediátricos dentales de 6 a 12 años de la Facultad de Odontología de la Universidad de Rey Abdulaziz, Arabia Saudita. Los participantes completaron la versión árabe de 15 artículos del cuestionario CFSS-DS al final de la visita. La consistencia interna fue evaluada usando la alfa de Cronbach. El análisis de factores fue empleado para evaluar la estructura de factor de la escala. De los 220 niños, una muchacha fue excluida debido a datos que faltantes.

La edad promedio de los niños era 8.97 ± 1.76 años. Los niños comprendieron el 50.22 % de la muestra y tenían una edad media de 8.99 ± 1.88 años; las niñas constituyeron el 49.77 % de participantes y tenían una edad promedio de 8.96 ± 1.63 años. Ninguna diferencia significativa fue encontrada en la edad entre hombres y mujeres ($p = 0.89$). Los valores de miedo totales fueron de 15 a 57, con un valor promedio de 23.00 ± 7.75 . El total obtenido de CFSS-DS era 23.50 ± 7.66 para hombres y 23.51 ± 7.85 para mujeres, sin existir diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos ($p = 0.23$). El valor alfa de Cronbach era 0.86. Cuatro factores con valores propios encima de 1.00 fueron identificados, que en conjunto representaron un 64.45 % de discrepancia. Estos factores fueron: El factor 1, el miedo de los procedimientos habituales dentales consistidos en 8 ítems, el Factor 2, el miedo al personal de asistencia médica e inyecciones consistidas en tres ítems, Factor 3, el miedo a los extraños, consistió en 2 ítems, el factor 4, el miedo a los aspectos médicos generales de tratamiento, que consistió en 2 ítems. Notablemente, cuatro factores de miedo dental fueron encontrados en muchachas, mientras cinco fueron encontrados en muchachos. Cuatro factores con diferencias significativas del miedo dental fueron identificados en niños que hablan árabe, indicando una estructura simple. La mayor parte de artículos se mostraron con valores altos sobre el factor relacionado con el miedo de procedimientos habituales dentales. Los aspectos que provocan miedo en procedimientos dentales fueron diferenciados en muchachos y muchachas.

Los autores concluyeron que el empleo de la escala puede permitir a dentistas determinar la característica del tratamiento dental que a un niño le pueda provocar miedo y, en consecuencia, guía el comportamiento del niño.⁵

Machado C. (2016) El objetivo de este estudio fue determinar la ansiedad y miedo asociado a la consulta odontológica en individuos de 7 a 9 años de la Escuela Maria Angelica Idrobo de la ciudad de Quito, se empleó una encuesta de seis preguntas, aplicadas a 60 colaboradores de ambos géneros que habían tenido alguna experiencia en un consultorio odontológico; tomando como referencia el Índice de Corah modificado. Los resultados obtenidos reflejaron que las tres edades encuestadas, presentaron niveles de ansiedad y miedo, sin embargo, el 43.3 % reflejaron mayor ansiedad que el resto de la población, siendo el valor medio, mayor en las mujeres.

Se concluyó entonces, que todos los encuestados de 7 a 9 años expresaron ansiedad y miedo previo a la consulta dental, la ansiedad y miedo están presentes ante la consulta odontológica y van en aumento al visualizar el instrumental, en especial (turbina y carpule). Se determinó también que los colaboradores de sexo femenino manifestaron niveles ansiedad que los del sexo opuesto .⁶

Antecedentes nacionales

Jara M (2015) Realizó un estudio para determinar si existe relación entre el miedo presentado por los niños en el consultorio dental y la satisfacción por la atención realizada por parte de sus padres, en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas en el mes de abril del 2016, representado por una muestra de 96 niños, con un rango de edad entre los 6 y 12 años. Para realizar el trabajo se tomaron en cuenta dos instrumentos debidamente validados y confiables, Service Quality (SERVQUAL) y la Escala de Evaluación de Miedo en Niños – Subescala Dental. Se concluyó que la población de estudio presentaba un miedo bajo, siendo el factor “Miedo a procedimientos menos invasivos” la dimensión que presentó un mayor puntaje. Tanto los niños de sexo masculino como los de sexo femenino, no existiendo relación estadísticamente significativa entre el género de los escolares evaluados. Los padres de más de 47 años presentaron el puntaje de satisfacción más bajo, mientras que el grupo de 38 a 47 años fue el más alto. A pesar de existir una relación entre la satisfacción de los padres y el miedo de los hijos durante la atención dental, la correlación presente entre ellas fue baja ⁷

Domínguez D (2015) Realizó un estudio para poder determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Evaluación de Miedos en Niños – Subescala Dental aplicada en pacientes de 8 a 10 años de edad de dos Instituciones Educativas de Lima y Callao en los meses noviembre – noviembre del 2015, representado por una muestra de 155 escolares para

el colegio “Néstor Gambetta Bonatti” y 134 para el colegio “Liceo Naval Contralmirante Lizardo Montero” donde 136 fueron de sexo masculino y 153 de sexo femenino. El instrumento fue validado mediante un juicio de expertos, evaluando también su reproducibilidad mediante una prueba piloto en una muestra de 30 niños parte de la población, en ambos colegios, observando que todos los factores son reproducibles en forma eficiente $p (>0,75)$, siendo su similitud estadísticamente significativos ($p=0,000$). Luego se recolectaron los datos en el resto de la población, los que mostraron que los valores de miedo totales fueron de 15 a 64, con un valor promedio de $30,83 \pm 9,08$. El total obtenido de CFSS – DS era $28,05 \pm 8,34$ para hombres y $33,30 \pm 9,02$ para mujeres, existiendo una relación estadísticamente significativa entre el género de los escolares evaluados y el puntaje obtenido en todos los factores de la Escala ($p<0,05$), lo que no sucede con la edad. De acuerdo a la evaluación de la versión en español del instrumento, éste se considera confiable ($\alpha= 0,826$) y reproducible en forma eficiente $p (>0,75)$. Además, presenta validez de constructo, donde 11 de las 15 preguntas presenta un constructo positivo $p(>0,50)$. Se llegó a la conclusión que las cuatro dimensiones son válidas, siendo la de mayor validez la dimensión “Miedo a procedimientos altamente invasivos” y la de menor validez “Miedo a los extraños”.⁸

Hernández G (2016) Estudio la influencia de la ansiedad materna sobre el miedo a la consulta odontológica en niños de 7 a 12 años de edad en la clínica estomatológica UPAO en Trujillo – Perú .Se seleccionaron 124 niños atendidos en la clínica, los cuales estuvieron acompañados por sus

madres; se les aplico dos instrumentos la escala de evaluación de miedo en niños- subescala dental CFSS- SD y la escala de ansiedad de corah para medir el nivel de ansiedad en las madres. Los resultados mostraron que el 75.8% de los niños presentaron bajo miedo y el 24. 2% alto miedo al tratamiento odontológico, los niños entre los 7 y 8 años presentaban un miedo más elevado que los niños de 10 a 12 años. Del grupo de los niños con miedo más elevado el 50% de las madres presento un nivel de ansiedad moderado, mientras que 93% de las madres presentaron un bajo nivel de ansiedad. Se llegó a la conclusión que si existe influencia de la ansiedad materna en el nivel de miedo en la consulta odontológica.⁹

Pérez M (2015) Realizó una investigación para evaluar el grado de ansiedad en el tratamiento dental y su relación con la conducta de los niños atendidos en la clínica de la universidad Andina Néstor Cáceres de la ciudad de Juliaca, se estudió a niños de 7 a 11 años, siendo 500 niños atendidos, la muestra fue de 77 niños atendidos. Se empleó para la variable grado de ansiedad la escala de miedo dental subescala dental (CFSS-DS) y para la variable comportamiento se utilizó la escala de valoración de conducta de Frankl. Los resultados fueron que los niños que no tuvieron ansiedad dental tuvieron una conducta positiva de 55%, el 35 % tuvieron una conducta definitivamente positiva a diferencia de los niños con mucha ansiedad que su porcentaje fue 88.57% optaron por una conducta negativa. Concluyendo que el grado de ansiedad tiene relación con la conducta al tratamiento dental.¹⁰

Saavedra P (2015) Realizó una investigación sobre la relación entre el nivel del miedo pediátrico y el nivel de ansiedad materna frente a la primera consulta en la Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, en Chiclayo en el 2014. El tipo de investigación fue de enfoque cuantitativo y de tipo analítico, relacional, y el diseño de investigación de corte transversal y observacional. La muestra se conformó por 100 niños y 100 madres de familia que acudieron en calidad de acompañante del niño a su primera consulta odontológica.

Esto llevó a utilizar dos encuestas, Clasificación escala de evaluación de miedos en niños – Subescala dental y la Escala de Ansiedad dental de CORAH, una estructurada con un total de 15 ítems y otra con 4 ítems, tipo Likert, con un α de Cronbach de 0.87 y 0.81 respectivamente. En los Resultados se encontró un 32% de la relación bajo miedo/baja ansiedad como relación predominante, con un nivel de significancia del 1% y una alta confiabilidad del 99%.; lo que lleva a la conclusión que si existe relación entre el nivel del miedo pediátrico y el nivel de ansiedad materna en su primera consulta odontológica.¹¹

Anampa O (2014) Realizó una investigación con la finalidad de identificar los niveles de ansiedad y miedo en niños de 4 a 12 años de edad acuden a la consulta odontológica al centro de salud de Tamburco- Abancay en el 2014. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 56 niños

con edades comprendidas entre los 4 y 12 años de edad, de ambos sexos seleccionados aleatoriamente y se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos: La Escala de Ansiedad de Corah para medir el nivel de ansiedad, y la Escala de Evaluación de Miedos en Niños -Subescala Dental CFSS-SD, para medir el nivel de miedo a la consulta odontológica en los niños. Se llegó a la conclusión que un gran porcentaje de niños (99%) presentaron niveles altos de ansiedad y bastante miedo a la consulta odontológica y un 50% un nivel de ansiedad moderada y poco miedo a la consulta odontológico. Los niveles más elevados de miedo dental se presentaron frente al 1ª Factor de la CFSS-SD procedimientos altamente invasivos (pieza de mano, inyecciones, instrumentos en la boca). El grupo de niños entre 4 a 5 años tuvieron niveles de miedo significativamente más elevados que los otros grupos de edad, disminuyendo el nivel de miedo dental a medida que aumenta la edad, un nivel de ansiedad moderado a bajo en el grupo del género masculino y un nivel de miedo poco a bajo en el grupo de 6 años a más. Los niños con niveles más elevados de ansiedad también presentaron bastante miedo a la consulta odontológica fueron del sexo femenino y entre 4 a 5 años de edad.¹²

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Definición de miedo

El término proviene del latín *metus*, y se define como una emoción que puede alcanzar gran intensidad y que llega cuando el individuo se percata de un factor amenazante tanto físico como mental, emocional o social, que lo hará reaccionar de forma auto-defensiva, a través de una serie de cambios fisiológicos.²²

El miedo es un mecanismo de defensa que funciona como una alarma psicológica que avisa de amenazas para la integridad física y el bienestar de la persona, se trata de una emoción primaria provocada por una situación de peligro, que puede ser real o evocada por un recuerdo o fantasía, frecuentemente seguida por una reacción orgánica.

Muchas veces es acompañada de sensaciones de inseguridad, ansiedad, desprotección y desconfianza, convirtiéndose en una reacción, respuesta o conducta que tiene el organismo, para intentar restablecer el estado de paz (equilibrio, homeostasis, tranquilidad), que está a punto de perderse o que ya se ha perdido, y que provoca que la persona se altere física y psicosocioculturalmente.

El desarrollo biológico y psicosociocultural, propio de las diferentes etapas evolutivas (infancia, adolescencia, adultez), explica la remisión de unos miedos y la aparición de otros nuevos para adaptarse a la demanda del medio.⁹

2.2.2 Diferencia entre el miedo, ansiedad y fobia

La ansiedad proviene del latín anxietate; es el estado de inquietud del ánimo; angustia que acompaña a muchas enfermedades. Es una Reacción emocional, rasgo de personalidad, estado, síntoma, síndrome y experiencia interna, reacción a un peligro irreal o imaginario. En la ansiedad se presenta un sentimiento inmotivado de temor e incertidumbre, aprehensión y tensión frente a una amenaza no identificada que compromete el funcionamiento del individuo e implica una reducción de la libertad personal. ³³

La Fobia consiste en un temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.

La exposición al estímulo fóbico provoca una respuesta inmediata de miedo, que puede tomar la forma de una Crisis de Pánico. La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional pero no puede controlarlo. Las situaciones que provocan fobia se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

La fobia dental: La fobia dental se considera un miedo extremo e intensificado al dentista y al tratamiento odontológico. Esta fobia puede dar lugar a estados de pánico reales con ataques de sudoración y temblores que lleva a los pacientes a evitar su cuidado dental incluyendo prácticas orales de dejadez. ³³

La fobia dental representa una forma grave de un miedo dental, caracterizada por una ansiedad exagerada y que persiste ante objetos o una situación. Puede llegar a ver estados de pánico, sudoración, temblores que lleva a los pacientes al descuido dental.

Un miedo infantil se considera fóbico si reúne las siguientes características:

- A. Desproporcionado: el objeto temido es inocuo y no tiene objetivamente ninguna amenaza.
- B. Desadaptativo: la elevada intensidad de la respuesta lo convierte en un comportamiento desadaptativo. Produce malestar, preocupación y síntomas como náuseas, diarrea, mareos, desmayos o cefaleas.

22

Factores predisponentes individuales

Existen factores que pueden agravar las causas del miedo en el niño, entre los cuales

Edad

Por una parte, la ansiedad y el miedo dental parecen tener mayoritariamente su origen en la niñez con una mayor incidencia en la madurez temprana y disminuyendo con la edad, pudiendo aparecer en la edad adulta.

Sexo

Existe la impresión de que el sexo femenino muestra mayores niveles de miedo y ansiedad dental y susceptibilidad al dolor en los tratamientos dentales, con respecto al sexo masculino a ver estados de pánico, sudoración, temblores que lleva a los pacientes al descuido dental.

Un miedo infantil se considera fóbico si reúne las siguientes características:

- A. Desproporcionado: el objeto temido es inocuo y no tiene objetivamente ninguna amenaza.
- B. Desadaptativo: la elevada intensidad de la respuesta lo convierte en un comportamiento desadaptativo. Produce malestar, preocupación y síntomas como náuseas, diarrea, mareos, desmayos o cefaleas.

22

Nivel socioeconómico y cultural

La relación entre ansiedad y miedo dental y un nivel socioeconómico bajo y un nivel cultural también inferior, no ha sido determinado con claridad. Ciertos autores encuentran relación entre niveles altos de ansiedad y miedo dental y nivel socio económico y cultural menor.²

· Estados de salud del niño: los niños con una experiencia médica anterior positiva tienden a colaborar más con el estomatólogo. En este sentido, lo importante no es el número, sino la calidad emocional de las anteriores consultas médicas.

Vía Información: Adquirir información sobre los peligros asociados a un determinado estímulo puede ser suficiente en el desencadenamiento de reacciones temerosas hacia ese estímulo. La información negativa puede aumentar las creencias sobre el peligro que representa un estímulo particular. Información inducida por el miedo puede dar lugar a la evitación del estímulo o situación en particular, reduciendo así la posibilidad de corregir las expectativas erróneas. Esas formas de aprendizaje social normalmente se originan como historias o advertencias, contada por los padres, compañeros, o a través de los medios de comunicación. Recibir información puede elevar la peligrosidad percibida de los estímulos particulares. Por ejemplo, a pesar de no tener una experiencia desagradable o aversiva durante el tratamiento dental, especialmente durante la colocación de la anestesia local, la información sobre los posibles dolores y peligros de la situación podría conducir a la persona a desarrollar un miedo hacia el tratamiento odontológico.

También los dibujos animados, en los periódicos y las redes sociales suelen estar llenos de caracterizaciones de los odontólogos como causantes de tortura.

Situaciones emocionales especiales: los problemas familiares son aspectos importantes que debemos tener en cuenta a la hora de recoger datos del niño. Las familias que presentan problemas crónicos continuos determinan problemas mayores o menores en ellos, que dependen de una serie de factores que intervienen en el comportamiento del niño en el

consultorio. Los hogares destruidos pueden influir negativamente en el desarrollo de la personalidad. Pueden llevar a sentimientos de inferioridad, apatía y depresión. Sin embargo, los hogares destruidos a veces son menos perniciosos para la formación del carácter que los hogares con conflictos crónicos y completo desajuste. Así, niños que provienen de familias en que ocurren constantes discusiones entre los padres, hijos de padres separados o de padres muy ocupados por problemas de trabajo o de vanidad personal, normalmente demuestran inseguridad, una cierta ansiedad en dependencia de la falta de estructuración familiar. A veces estos problemas son pasajeros por decaída momentáneos en el comportamiento familiar, en esta situación los niños han demostrado avales emocionales, los cuales pueden en mayor o menor grado provocar cambios en el comportamiento. Discusiones entre los padres, viaje prolongado de uno de ellos, nacimiento de un nuevo hermano, entre otros, son elementos que afectan el comportamiento del niño.

- Forma en que el niño es tratado en casa y forma de comportamiento familiar: el niño que vive en el seno de una familia miedosa, también tenderá a exagerar esta característica.

- Forma en que el niño es tratado por el estomatólogo general u odontopediatra: la mayoría de los niños muestran un cierto grado de ansiedad y tensión al inicio del tratamiento.

Este grado aumenta cuanto mayores experiencias negativas haya tenido el niño, también si es que ha tenido alguna información falsa sobre el

tratamiento a estos niños debemos proporcionarles las condiciones más favorables para que ocurra la disminución de la ansiedad y la tensión, aunque para esto tengamos que provocar cierto retraso o disminución en el ritmo de trabajo clínico. Generalmente esta ansiedad y tensión disminuyen sensiblemente con palabras tranquilizadoras de cariño, un toque físico, gestos delicados durante el tratamiento odontológico.¹⁷

2.2.3 Aspecto sistémico del miedo y la ansiedad

-Características físicas del miedo

Las manifestaciones fisiológicas del miedo se dan en el cerebro, en el sistema límbico. Ocurre porque el cerebro está todo el tiempo escaneando a través de los sentidos todo lo que sucede alrededor de la persona, incluso cuando duerme. Si en algún momento detecta un peligro se producen cambios físicos inmediatos que pueden favorecer el enfrentamiento, la parálisis o la huida

También es frecuente encontrar trastornos cardiovasculares (palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, dolor precordial, desmayos, alteraciones del pulso); alteraciones respiratorias (jadeos, hiperventilaciones, disnea nerviosa, apnea); síntomas gastrointestinales (estreñimiento o diarrea, náuseas, vómitos, sequedad boca); acompañadas de un incremento en la tensión muscular (sistema nervioso somático) estas modificaciones pueden llegar a generar desórdenes en los órganos inervados por estos sistemas: sudoración palmar excesiva, poliuria, temblores, vértigos, sudores, parestesias, cefaleas, algias, etc.

-Las manifestaciones motoras: Suelen darse en el niño ansioso, la

mayoría de los cuales sufren un estado de inestabilidad psicomotriz, con una incapacidad de permanecer en reposo y de concentrar su atención de forma estable, encontramos diferentes conductas que indican inquietud motora (movimientos repetitivos, rascarse o tocarse alguna parte del cuerpo reiteradamente, movimientos rítmicos con las extremidades, moverse y hacer cosas sin una finalidad concreta, manipulación continua de objetos, etc.), así como conductas que manifiestan un exceso de tensión muscular.¹⁶

-Características físicas de la ansiedad

Estos cambios fisiológicos son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico.¹³

- Alteraciones neuro- endocrina:
 - Aumento de la adrenalina, noradrenalina, cortisol, prolactina y hormonas esteroideas
- Alteraciones psicológicas:
 - Aumento de la frecuencia cardíaca.
 - Aumento de la irregularidad del ritmo cardíaco.
 - Aumento de la frecuencia respiratoria e irregularidad del ritmo respiratorio.
 - Vasoconstricción periférica con palidez de piel y mucosas.
 - Aumento de la sudoración.
 - Aumento de la tensión muscular.

Estos dos tipos de alteraciones dan origen a dos series de síntomas.

- Síntomas físicos:
 - Resequedad de la boca.
 - Intranquilidad
 - Sudoración
 - Falta de aire
 - Nudo en la garganta
 - Nauseas, mareos
 - Palpitaciones, temores
 - Cefaleas
 - Molestias gastrointestinales

- Síntomas Psíquicos:
 - Aprehensión
 - Estado de tensión
 - Sensación de miedo
 - Inapetencia
 - Cansancio
 - Facilidad de distraerse
 - Insomnio ¹³

2.2.4 Miedo dental

El miedo al tratamiento odontológico, constituye una de las principales variables responsables de la deserción de la atención odontológica.

Dejar de ir al odontólogo, puede provocar la evolución a un estado de gravedad de un problema bucal simple, que con el pasar del tiempo exige un tratamiento más especializado, eventuales procedimientos invasivos, muchas veces lleva a destrucción y pérdida de los dientes, además de mayores costos financieros para su ejecución.

El miedo también puede afectar la calidad de la atención odontológica recibida por el paciente, requiriendo más tiempo para la atención. De hecho, el tratamiento de pacientes con miedo, es uno de los aspectos más estresantes de la práctica profesional del odontólogo.¹⁶

El niño en el consultorio odontológico

Cuando un paciente niño llega para ser atendido por el odontólogo, trae más que una molestia en sus tejidos bucales, una carga emocional, de experiencias propias o de su entorno cercano, ya que es un ser humano que tiene miedo, ansiedad y gran preocupación por las sensaciones dolorosas.²⁵

Ellos son más ansiosos y temerosos que los adultos, debido a que están expuestos a experiencias nuevas y desconocida para ellos.

Una diferencia fundamental entre el tratamiento de los adultos y el de los niños es el tipo de relación que se establece. Mientras que en los adultos la relación es de persona – persona, entre el odontólogo y el paciente,

en los niños es de persona-personas, es decir, del odontólogo con el paciente o de aquel con los padres o encargados del cuidado del niño.¹⁶

Este concepto unificador se considera como base fundamental para la prevención del miedo durante el tratamiento dental.

El miedo a la consulta odontológica suele tener sus causas; el miedo a la repetición de las experiencias negativas del pasado, miedo al dolor, por anticipado, de ser engañado/traicionado, de perder el control, miedo a lo desconocido (por falta de información o de comunicación), de procedimientos invasivos, de una agresión psicológica (regañando /critica), de los ruidos de los diferentes instrumentos dentales.

Muchas veces este tipo de ansiedad es transmitida de la madre a los hijos debido a que muchas veces sin intencionalidad, los padres y abuelos crean prejuicios en los niños, que en la mayoría de las oportunidades se transforman en barreras que los odontopediatras deben salvar con prudencia y creatividad, es por esta razón que debe aprender a manejar la relación Odontopediatra-madre-hijo debido a que éste último es muy pequeño para poder así ir familiarizándolo con el ambiente odontológico.¹⁶

El miedo hacia el odontólogo, se origina a partir de dos tipos de miedo fundamentales:

Miedos subjetivos

Son el resultado de situaciones imaginarias que se van creando en la mente, a partir de escuchar las malas experiencias que han tenido otras personas con el odontólogo y/o desde la infancia los padres lo inculquen amenazando con llevar al niño al odontólogo y todo ese tipo de circunstancias similares.²

Miedos objetivos

Este tipo de miedos se desarrollan a partir de haber experimentado personalmente situaciones desfavorables con uno o varios odontólogos.

Es muy importante reflexionar sobre las condiciones en que aparece el miedo dental, ya que al menos dos de cada tres adultos que lo padecen afirman que tuvo su origen en la infancia y adolescencia como consecuencia de una experiencia traumática.²

El comportamiento del niño

- **Cooperador.**

Son aquellos niños que entra en el consultorio con una sonrisa, salta a la silla y nunca da molestias al odontólogo. Este paciente puede pertenecer a cualquier clase social, pero generalmente viene de un hogar donde hay disciplina; la clínica no es referida como una cámara de tortura, sino como un lugar para recibir alivio y prevención del dolor. El paciente cooperador

reacciona de modo conveniente a los momentos críticos de la cita dental tales como: separación de los padres, colocación en el sillón.

- **Tímido**

La timidez es a menudo expresada por los niños pequeños, particularmente en la cita inicial.

Los temperamentos tímidos generalmente están asociados con niveles altos de ansiedad, en estos casos se observa que el paciente es muy callado y está físicamente muy cerca de la madre y no sostiene la mirada. Esta ansiedad puede hacer que el niño no esté atento a las instrucciones que da el odontólogo.

- **Temeroso**

Por lo general se tratan de pacientes con experiencias negativas previas, que lloran desde el momento de ingresar a la sala de espera y manifiestan abiertamente que tienen miedo, en muchas ocasiones se resisten a entrar y la madre debe cárgalos o trasladarlos físicamente.

- **Incorregible**

Este tipo de niño es el resultado de dos situaciones familiares: sobre indulgencia o rechazo por parte de los padres. El niño puede quejarse, pelear, patear o hacer mil cosas para tratar de persuadir a su progenitor de que lo regrese a casa. Es muy característico que su madre o padre empiecen a hacerle toda clase de promesas si permite que el doctor lo atienda, y por supuesto sin resultado, ya que el niño está acostumbrado a que se le complazcan todos sus deseos.²

2.2.5 La primera visita odontológica

En la primera cita dental es común que los niños manifiestan miedo y ansiedad a través de actitudes negativas en la visita odontológica y además estas emociones son incrementadas cuando el paciente tiene conocimiento de su problema dentario o en presencia de dolor dental. Los factores personales y externos determinan cuán vulnerable es el niño al entrar a la clínica dental, independientemente de la edad, algunos niños son muy resistentes y toleran mucho, mientras que otros son vulnerables y responden negativamente incluso a los estímulos de ansiedad de menor importancia. El personal dental debe ser sensible y adaptar su comportamiento y estrategias al tratamiento, los factores dentales son aquellos que podemos controlar, la prevención del dolor y del malestar combinados con el establecimiento de una buena relación psicológica y adecuada comunicación con el niño y sus padres.

El comportamiento del odontólogo tiene un claro impacto en la conducta del niño. Cada tentativa de tratamiento debe ser precedido por un diagnóstico y plan de tratamiento para los niños, involucrando a los padres en diversos grados. Los niños pequeños no deben ser separados de sus padres durante esta fase inicial, puesto que la ansiedad de la separación puede aumentar sus niveles de ansiedad y disminuir su posibilidad de comunicación.³⁴

2.2.6 Escalas de miedo dental

Escala de Evaluación de Miedos en Niños Subescala Dental (Dental Subscale of Fear Survey Schedule for Children)

El CFSS-DS es una versión adaptada de un cuestionario de evaluación de miedos infantiles en general (FSS-FC) desarrollado por Cuthbert y Melamed en 1982 que es utilizada hasta hoy en día para investigaciones sobre el miedo odontológico infantil en varios países. El CFSS – DS es un cuestionario considerado de fácil aplicación e interpretación. De este modo autores como, Ten Berge y Col. (2002) y Folygon y Col. (2004) sugieren la utilización clínica de este instrumento. ¹¹

Esta escala ya fue evaluada en varios países, siendo las investigaciones recientes de Aartman y Col. (1998), Ten Berge y Col. (1998) y Ten Berge y Col. (2002) confirmando la fiabilidad y validez de este instrumento de evaluación del miedo al tratamiento odontológico del paciente infantil. En el Perú, Domínguez (2015) validó la versión en español.¹¹

El análisis de factor del CFSS-DS indicado tres o cuatro factores responsables de la mayor parte de la discrepancia. Ten Berge y Col. (2002) definió su estructura en 3 factores: 1 Procedimientos altamente invasivos, 2. Procedimientos menos invasivos y 3. Aspectos médicos generales.

La escala está constituida por 15 ítems relacionados a los diversos aspectos del tratamiento odontológico, como la turbina o inyecciones y situaciones médicas.

Los niños responden en una escala tipo Lickert de 5 puntos (de 1, no tener miedo, a 5 mucho miedo). La suma total de los escores alcanzan un mínimo de 15 y un máximo de 75 puntos, siendo atribuidos los siguientes puntajes: igual a 15 (Sin miedo), puntuaciones de 16 a 37 (Bajo miedo) y puntuaciones de 38 a más (Alto miedo). Esta escala ya fue evaluada en varios países, siendo las investigaciones recientes de Aartman y Col. (1998).

Ten Berge y Col. (1998) y Ten Berge y Col. (2002) confirmando la fiabilidad, validez y alfa de Cronbach de 0.90 (1, 46) de este instrumento de evaluación del miedo al tratamiento odontológico del paciente infantil. ⁸

2.2.7 Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico es una medida económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo. ³⁵El nivel socio económico no es una característica física y fácilmente informable sino que se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares, cuya definición varía según países y momentos históricos. ³⁰

Es importante evaluar el medio ambiente que rodea al niño, desde su familia hasta la sociedad en general porque toda esta atmósfera influye en el tipo de comportamiento que desarrolla el individuo. La educación de los padres es la que hará efectiva la superación de los instintos biológicos de los niños y el éxito para cooperar durante situaciones difíciles. Por lo

tanto, el comportamiento del niño en el sillón dental está influenciado por la actitud de los padres.

El comportamiento de los padres y las actitudes con relación a la odontología es un factor clave que afecta el comportamiento del niño en el consultorio. Por causa de eso, una comunicación efectiva con los padres, ofreciendo informaciones y explicándoles sobre lo que se va a realizar, ya que no todos los padres tienen el mismo nivel de instrucción ni nivel socioeconómico. La falta de información de los padres sobre procedimientos odontológicos puede llevar a una influencia negativa en el niño.³¹

Versión modificada de la Encuesta de Evaluación de los Niveles Socioeconómicos – APIM

Encuesta realizada por la Asociación Peruana de Investigación de Mercados en el 2003.

Esta encuesta consta de 5 ítems con sus alternativas, excepto la número 4 que está dividida en dos, cada alternativa tiene una puntuación, la cual después se sumará con el total de preguntas y la suma dará un puntaje final.³⁰

Puntaje Versión

Nivel 1 A Alto 33 o más puntos

Nivel 2 B Medio 27 – 32 puntos

Nivel 3 C Bajo Superior puntos 21 –
26 puntos

Nivel 4 D Bajo Inferior 13 – 20 puntos

Nivel 5 E Marginal 5 – 12 puntos.

2.3 Definición de términos básicos

1. Miedo: Emoción que puede alcanzar gran intensidad y que llega cuando el individuo se percata de un factor amenazante tanto físico como mental, emocional o social, que lo hará reaccionar de forma auto-defensiva, a través de una serie de cambios fisiológicos.²²

2. Miedo dental: Es una reacción emocional ante una amenaza irreal o imaginaria en el contexto dental.²²

3. Fobia: Es el temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.³³

4. Ansiedad: Es el estado de inquietud del ánimo; angustia que acompaña a muchas enfermedades. Es una Reacción emocional, rasgo de personalidad, estado, síntoma, síndrome y experiencia interna, reacción a un peligro irreal o imaginario.³³

5. Nivel socioeconómico: Medida económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona, de la posición económica, social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.³⁰

6. Nivel de instrucción: Nivel de educativo o de estudios alcanzado por ambos padres o tutores.³²

7. Nivel socioeconómico A: Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 11 596 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: gerentes de empresa, altos

ejecutivos del sector privado y público o funcionarios del sector público. Tienen estudios de postgrado.

La mayoría posee una vivienda propia y cuenta con servicio doméstico. Tanto el material de las paredes como el de los pisos y los techos de sus viviendas son de primera calidad. Todos cuentan con teléfono fijo, celulares, televisión por cable e Internet.³⁰

8. Nivel socioeconómico B. Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 5 869 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: trabajadores dependientes de rango intermedio en el sector privado, pequeños comerciantes, microempresarios o empleados no profesionales de rango intermedio en empresas privadas. La mayoría tienen estudios superiores completos. Usualmente poseen una vivienda propia y pocos de ellos cuentan con servicio doméstico. Habitan viviendas confortables, con espacio suficiente, buenos acabados, aunque sin llegar a ser lujosos. Generalmente, cuentan con teléfono fijo, celulares, televisión por cable e Internet.³⁰

9. Nivel socioeconómico C. Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 3 585 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: trabajadores dependientes, obreros especializados, pequeños comerciantes, microempresarios, choferes o taxistas. La mitad tiene el nivel escolar completo, pocos llegan al nivel superior técnico y una décima parte a la universidad. Más de la mitad tiene vivienda propia, algunos la alquilan u ocupan sin pago alguno

(ocupan ambientes de alguna vivienda). Habitan viviendas relativamente acondicionadas, aunque poco cómodas. ³⁰

10. Nivel socioeconómico D. Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 2 227 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: muchos de ellos son independientes, obreros especializados, choferes, taxistas, transportistas o pequeños comerciantes. La mitad ha terminado el colegio. Unos cuantos tienen técnico completo. Más de la mitad tiene vivienda propia, algunos la alquilan, comparten con otro hogar o viven en una vivienda de invasión (sin título de propiedad). Viviendas de apariencia regular, sin embargo, más de un tercio de los hogares tiene techos provisionales.

30

11. Nivel socioeconómico E: Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 1 650 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: trabajadores independientes (pocos de ellos dependientes), obreros eventuales, comerciantes, vendedores ambulantes, servicio doméstico, etc. Más de la mitad no ha terminado el colegio. ³⁰

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de la hipótesis principal y derivada

Hipótesis

El presente estudio es de tipo observacional, donde la relación de variables no es de tipo asociativa, por lo que no se considerará la formulación de la hipótesis.

3.2 Variables definición conceptual y operacional

3.2.1 Definición

conceptual

Variable principal

- ✓ Miedo dental

Covariables:

- ✓ Género
- ✓ Edad
- ✓ Horario de atención
- ✓ Sexo del operador
- ✓ Nivel socioeconómico

3.2.2. Definición operacional

| Variable | Escala de medición | Indicadores | Valores |
|-----------------------------|---------------------------|---|---|
| Miedo dental | Ordinal | Escala de evaluación de miedo en niños – Subescala dental | Puntaje Ausencia ≤ 15 Bajo 16 - 37 Alto > 38 |
| Edad | Ordinal | Historia clínica | 6 años 7 años 8 años 9 años 10 años 11 años 12 años |
| Género | Nominal dicotómica | | Masculino Femenino |
| Horario de Atención | Nominal dicotómica | Horario donde el niño es atendido | Mañana Tarde |
| Género del operador | Nominal dicotómica | DNI | Masculino Femenino |
| Nivel socioeconómico | Ordinal | Encuesta de nivel socioeconómico | A B C D E |

CAPÍTULO IV: METODOLOGIA

4.1 Diseño metodológico

El estudio será de tipo cuantitativo, descriptivo observacional y transversal. Se considera descriptivo ya que la investigadora se limitará a recolectar los datos y presentarlos de manera fidedigna, sin intervenir en los resultados, y observacional porque se conocerá los valores de una variable principal sin buscar relaciones asociativas, solo con covariables. Además, el estudio es transversal ya que los datos se tomarán una sola vez.

El nivel de investigación es de tipo aplicado, ya que utiliza la base teórica ya descrita, aplicando un instrumento de uso universal basado en evidencia, sobre conocimiento ya obtenido.

4.2 Diseño muestral, matriz de consistencia y

población Población

La población estuvo conformada por los niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el mes de agosto del año 2017 que cumplan con los criterios de selección formulados, los que hacen un total de 106 niños que asistieron por primera vez en el mes de agosto en el periodo de un mes en la Clínica Estomatológica Pediátrica Estomatológica I y II.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.
- Niños atendidos durante el mes de agosto del año 2017.
- Niños a los que se les vaya a realizar tratamientos dentro de la clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.
- Niños que estén acompañados por sus padres o apoderados.
- Niños que sea su primera cita en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.
- Niños cuyos padres o apoderados firmen el consentimiento informado.
- Niños que acepten ser parte del estudio.

Criterios de exclusión

- Niños que tengan problemas físicos o mentales que les permita comunicarse de manera apropiada.
- Niños que presenten enfermedades sistémicas crónicas o alguna discapacidad mental.
- Niños que se encuentren en terapia psicológica.

4.1.2 Muestra

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

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N-1) e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la

muestra. N = tamaño

de la población.

σ = Desviación estándar de la población.

Z = Valor obtenido mediante niveles de

confianza. e = Límite aceptable de error

muestral.

Por lo tanto, se tiene un número muestral será de 106 individuos, los que son representativos de la población.

4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos

4.3.1 Técnica de recolección de datos Solicitud de autorización

Se redactó una solicitud de autorización dirigida a la Directora de la Escuela profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Dra. Miriam del Rosario Vásquez Segura, para recolectar los datos requeridos en los niños atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas.

En cuanto se aceptó la solicitud, se pidió permiso a la Dra. Damaris Loyola Zegarra, administradora de la clínica de la Universidad Alas Peruanas.

Coordinación con Docentes

Una vez obtenida la autorización, se solicitó los nombres y los turnos de los docentes responsables de cada una de las salas y horarios de Clínica Estomatológica Pediátrica I Y II, Se les presento la carta de autorización por parte de la Dirección de la Escuela, firmado y sellado por la Dra. Luz Helena Echeverry y la Dra. Jacqueline Céspedes, la matriz de consistencia y los instrumentos que serán utilizados.

Coordinación con operadores

El investigador presentó a cada uno de los operadores explicándoles los pasos para la toma de datos. Se explicó que el registro se va a realizar antes del tratamiento, se tomó en cuenta pacientes que sea su primera cita dental y que acudan con sus respectivos padres o apoderados. Se realizó el compromiso de no interrumpir las labores propias del operador y que la toma de datos sería rápida y no influya en el comportamiento del niño.

4.3.2 Instrumentos

- Se presentó el consentimiento informado a los padres para certificar que acepten ser parte del estudio.
- Se le explicó y dio el asentimiento informado al niño.
- Se utilizó la escala de medición de miedo subescala dental para evaluar el miedo antes del tratamiento.
- Se utilizó una encuesta de nivel socioeconómico para preguntarle al padre o la madre del menor.
- Se utilizó también una ficha de recolección de datos, donde se colocó los datos de sexo, género del operador, el horario de atención, los datos del miedo y los datos de nivel socioeconómico.

4.4 Técnicas de procesamiento de información

Procesamiento de información

Se presentó el consentimiento informado (Anexo 2) a la madre o al padre para que certifiquen su participación y la de su menor hijo en el estudio.

A los niños cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado se les será entregado el asentimiento informado, el cual expresará su libre participación voluntaria en el estudio.

Registro de los datos de miedo

Para realizar la escala se tuvo en cuenta a los pacientes que acudan por primera vez a la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, de esta forma se pudo medir el nivel de miedo que alcanzo el niño.

Se utilizó la Subescala Dental de la Escala de Miedo del Niño en su versión española, validada por Domínguez (2015)⁸, el instrumento se basa en un cuestionario de miedos infantiles en general. (Anexo 4)

La encuesta fue realizada por la investigadora, ésta se llevó a cabo antes que el niño fuera atendido, de tal manera que pueda manifestar el nivel de miedo que tuvo en la cita dental.

Para empezar con la encuesta de miedo primero se llenó el asentimiento informado, donde se le explico brevemente al niño que se le realizaran 15 preguntas, cada una de ellas con 5 alternativas diferentes y podrá responder según como este de acuerdo,

habiendo aceptado voluntariamente ser parte del estudio, se procedió a llenar sus datos en la ficha y colocar su huella digital, se procedió a realizar la encuesta, la investigadora es quien realizo las preguntas mientras que el niño solo tendrá que responder una de las cinco alternativas que habrán de acuerdo al nivel de miedo que presenta antes de su atención y así consecutivamente hasta llegar a la pregunta 15 donde culminara la encuesta. Se tomó en cuenta el sexo del operador y el turno en que se estaba atendiendo al niño y se colocó la información en la ficha de recolección de datos.

Registro de los datos de la encuesta de nivel socioeconómico

En el covariable nivel socioeconómico se utilizó para su medición una encuesta realizada por la Asociación peruana de investigación de mercados en el 2003. Esta encuesta consta de 5 ítems con sus alternativas, excepto la numero 4 que está dividida en dos, fue realizada a los padres o al apoderado del niño, se realizó después de que el padre haya firmado el consentimiento informado. La investigadora les explicó a los padres que las preguntas de la encuesta son sencillas y le pidió que las responda de manera sincera, sin ninguna obligación. (Anexo 6).

Implicaciones Éticas

El presente estudio tomará como base los principios de la Declaración de Helsinki y el Reporte Belmont, tomando en cuenta los valores de respeto, justicia y beneficencia, indispensables para la investigación con intervención en seres humanos.

El consentimiento informado (ANEXO 2) será requisito obligatorio para incluir a los sujetos de muestra, de manera que se le informe a sus padres sobre su participación y esperando su aceptación en forma voluntaria. Además, el niño deberá asentir (ANEXO 3) su participación en el estudio. Al ser un estudio no intervencionista, la investigadora no realizará ningún cambio ni intervendrá en las respuestas generadas por el sujeto de muestra, respetando en todo momento su independencia. La investigadora declara no tener ningún conflicto de interés sobre los resultados finales obtenidos en el estudio.

4.4. Técnica de procesamiento de la población

Al terminar la recolección de datos fueron registrados y tabulados en hoja de cálculo de Excel 2010, para proseguir con el análisis y poder evaluar los resultados obtenidos.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de información

Para la presentación de los resultados se utilizó tablas simples y de contingencia, acompañada de gráficos circulares, de línea y de barras. Se tomó distribuidores de frecuencia y medidas de tendencia central. Para el análisis de la relación de las variables, se tomó la prueba de chi cuadrado.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivos, tablas de frecuencia, gráficos

Tabla N° 1

Tabla de frecuencia del género de los niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017- Lima.

| | <i>F</i> | % |
|---------------|------------|-------------|
| <u>Género</u> | | |
| Masculino | 51 | 48.10% |
| Femenino | 55 | 51.90% |
| <u>TOTAL</u> | <u>106</u> | <u>100%</u> |

Fuente: Propia del investigador

Se observa la distribución de frecuencia del género de los niños evaluados, de los cuales hay 51 niños de sexo masculino (48,1%) y 55 son de sexo femenino (51,9%).

Gráfico N° 1

Gráfico circular de frecuencia del género de los niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017-Lima.

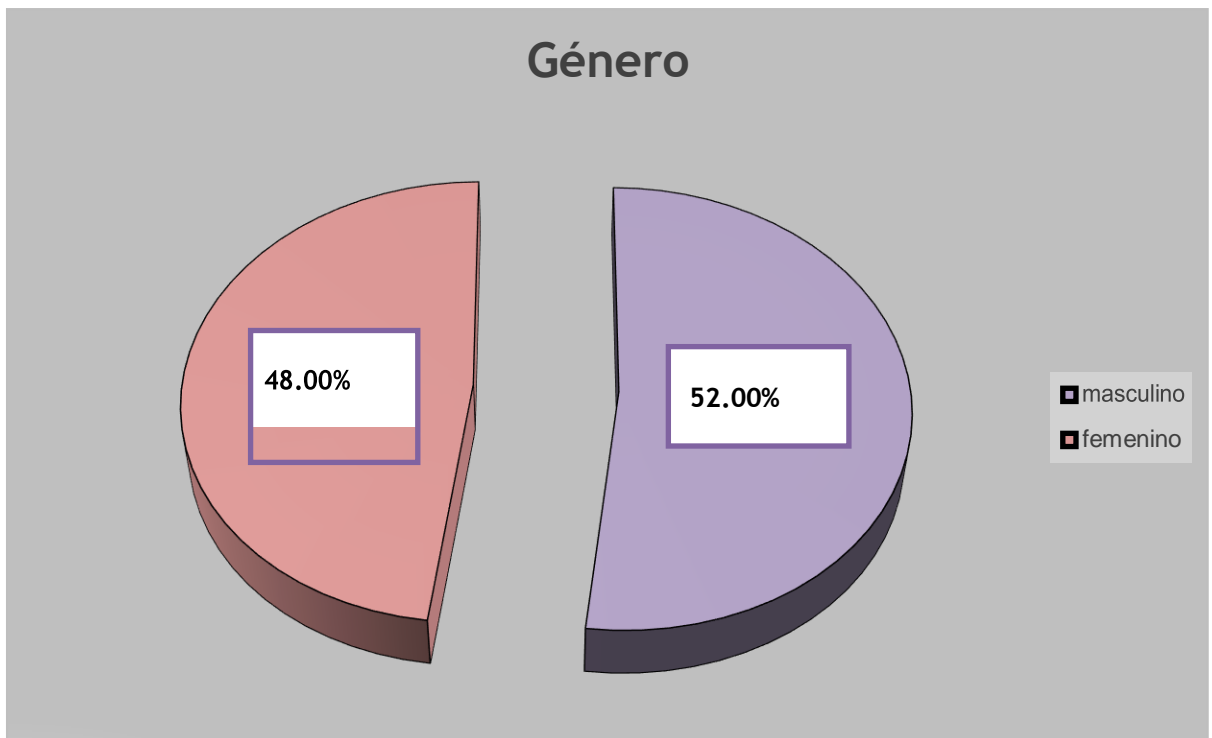


Tabla N° 2

**Distribución de frecuencia de la edad de los niños de 6 a 12 años
atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad
Alas Peruanas en el año 2017-Lima.**

| Edad | <i>F</i> | N niños | % |
|-------|----------|---------|------|
| | 6 | 44 | 42% |
| | 7 | 22 | 21% |
| | 8 | 16 | 15% |
| | 9 | 7 | 7% |
| | 10 | 8 | 8% |
| | 11 | 5 | 5% |
| | 12 | 4 | 4% |
| Total | | 106 | 100% |

Fuente: Propia del investigador

Se observa la distribución de frecuencia de la edad de los niños evaluados, donde 44 niños (42%) tienen 6 años, 22 (21%) tienen 7 años, 16 (15%) tienen 8 años, 7 (7%) tienen 9 años, 8 (8%) tienen 10 años, 5 (5%) tienen 11 años, 4(4%) tienen 12 años.

Gráfico N° 2

Gráfico de barras de distribución de frecuencia de la edad de los niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017-Lima.

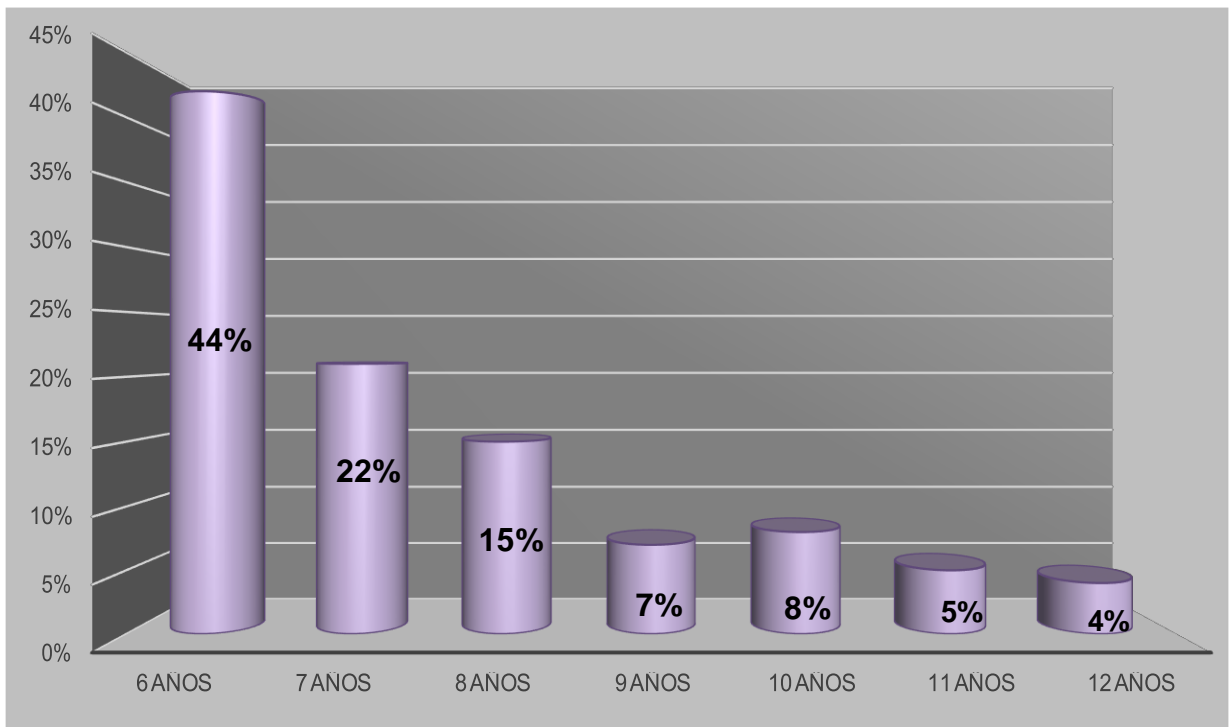


Tabla N°3

Tabla de Relación entre el nivel de miedo y la edad en niños de 6 a12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas. Lima, 2017.

| Edad | N | Nivel de Miedo | | | Total |
|---------|------------|----------------|--------|-------|---------|
| | | Ausencia | Bajo | Alto | |
| 6 años | N | 0 | 2 3 | 21 | 44 |
| | | 0.0% | 21.7% | 19.8% | 41.5% |
| 7 años | N | 0 | 1 1 | 11 | 22 |
| | | 0.0% | 10.4% | 10.4% | 20.8% |
| 8 años | N | 0 | 9 | 7 | 16 |
| | | 0.0% | 8.5% | 6.6% | 15.1% |
| 9 años | N | 0 | 7 | 0 | 7 |
| | | 0.0% | 6.6% | 0.0% | 6.6% |
| 10 años | N | 0 | 6 | 2 | 8 |
| | | 0.0% | 5.7% | 1.9% | 7.5% |
| 11 años | N | 0 | 4 | 1 | 5 |
| | | 0.0% | 3.8% | 0.9% | 4.7% |
| 12 años | N | 1 | 3 | 0 | 4 |
| | | 0.9% | 2.8% | 0.0% | 3.8% |
| | N | 1 | 6 3 | 42 | 10 6 |
| | % Total | 0.9% | 59.4% | 39.6% | 100.0% |

Fuente: Propia del investigador

Se observa que el nivel de miedo en los niños de 6 a 12 años en su primera cita fue bajo; en cada uno de los grupos etáreos evaluados. Los porcentajes obtenido de miedo bajo fueron 21,7%; 10,4%; 8,5%; 8,6%; 5,7%; 3,8% y 2,8% para los

grupos etáreos de 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 años; respectivamente. Se registró una ausencia de miedo de 0.9% en el grupo de 12 años; y un miedo alto de 19,8; 10,4%; 6,6%; 1,95% y 0,9% en los grupos etáreos de 6, 7, 8, 10 y 11 años; respectivamente. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y grupo etáreo.

Grafico N°3

Gráfico de barras relación entre el nivel de miedo y la edad en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima, 2017

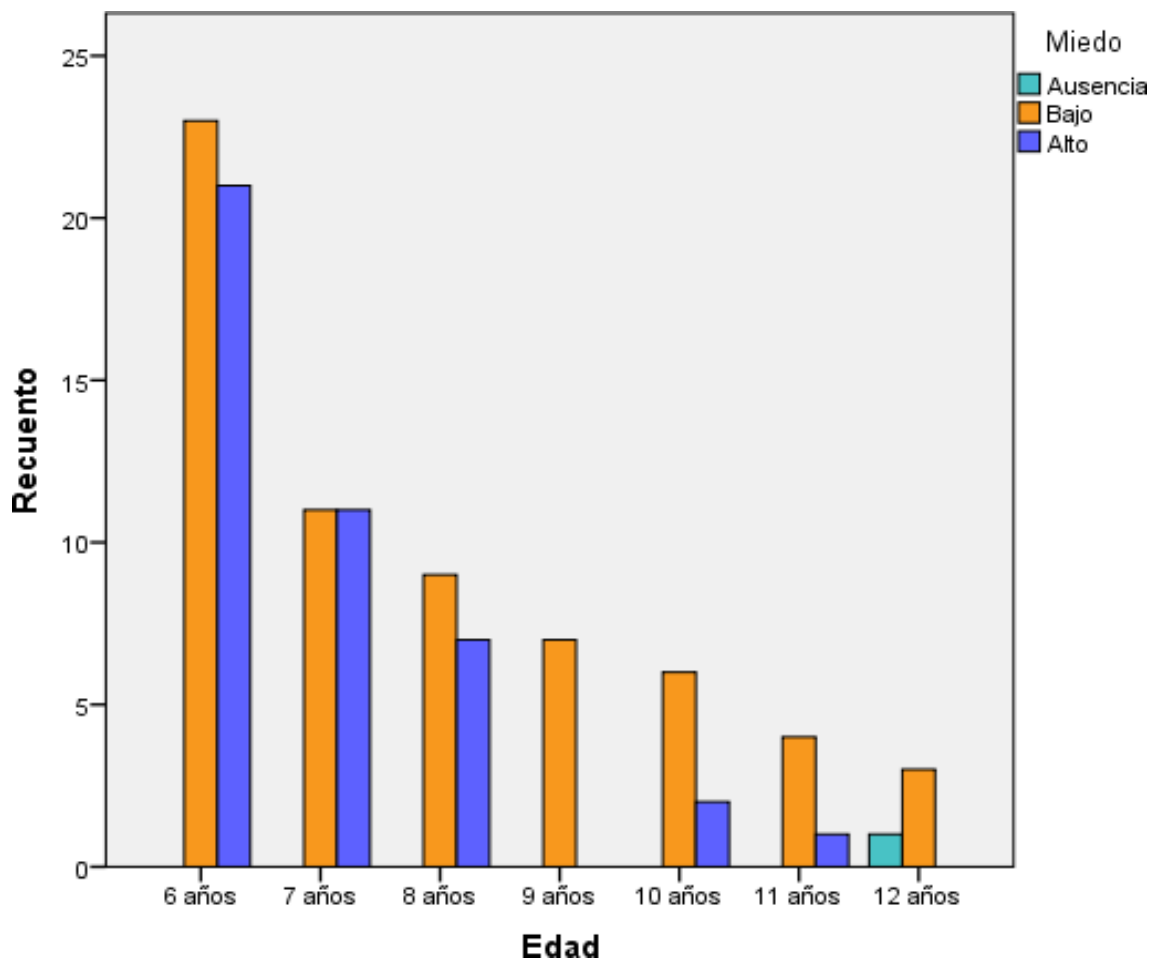


Tabla N °4

Tabla de Relación entre el nivel de miedo y el sexo en niños de 6 a12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas. Lima, 2017.

| | | | Género | | Total |
|-------|--------------|------------|---------------|--------------|------------|
| | | | Masculi no | Femeni no | |
| Miedo | Ausen cia | N | 1 | 0 | 1 |
| | | | 2.0% | 0.0% | 0.9% |
| | Bajo | N | 30 | 33 | 63 |
| | | | 58.8% | 60.0% | 59.4 % |
| | Alto | N | 20 | 22 | 42 |
| | | | 39.2% | 40.0% | 39.6 % |
| | | N | 51 | 55 | 106 |
| | | % Total | 100.0% | 100.0% | 100.0 % |

Fuente: Propia del investigador

Se observa que el nivel de miedo en los niños de 6 a 12 años en su primera cita fue bajo y alto; en cada uno de los sexos evaluados. Los porcentajes obtenidos de miedo bajo fueron de 58,8% en el sexo masculino y 60% en el sexo femenino; mientras que, el nivel de miedo alto estuvo presente en un 39,2% del sexo masculino y 40% del sexo femenino. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y el sexo del niño (Test exacto de Fisher; $p > 0,05$).

Grafico N° 4

Gráfico de barras de relación entre el nivel de miedo y el sexo en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima 2017

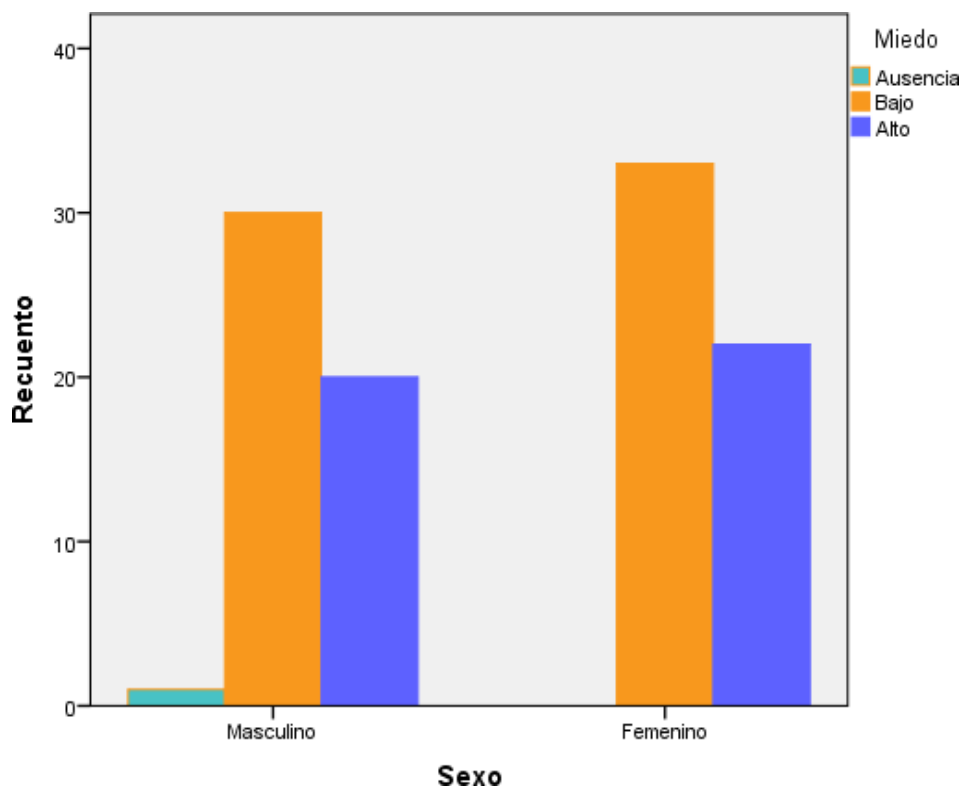


Tabla N 5

Tabla de relación entre el nivel de miedo y el horario de atención en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas. Lima, 2017.

| | | Miedo | | | Total |
|---------------------|---------|----------|--------|--------|--------|
| | | Ausencia | Bajo | Alto | |
| Horario de atención | N | 1 | 36 | 23 | 60 |
| manana | | 100.0% | 57.1% | 54.8% | 56.6% |
| tarde | N | 0 | 27 | 19 | 46 |
| | | 0.0% | 42.9% | 45.2% | 43.4% |
| | N | 1 | 63 | 42 | 106 |
| | % Total | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Fuente: Propia del investigador

Se observa que se registró un miedo alto con 54,8% en el turno de la mañana; seguido de un miedo alto de 45,2% en el turno de la tarde; un miedo bajo de 57,1% en el turno de la mañana y un miedo bajo de 42,9% en el turno de la tarde. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y horario de atención (Test exacto de Fisher; $p > 0,05$).

Gráfico N 5

Gráfico de barras de relación entre el nivel de miedo y el horario de atención en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima del 2017.

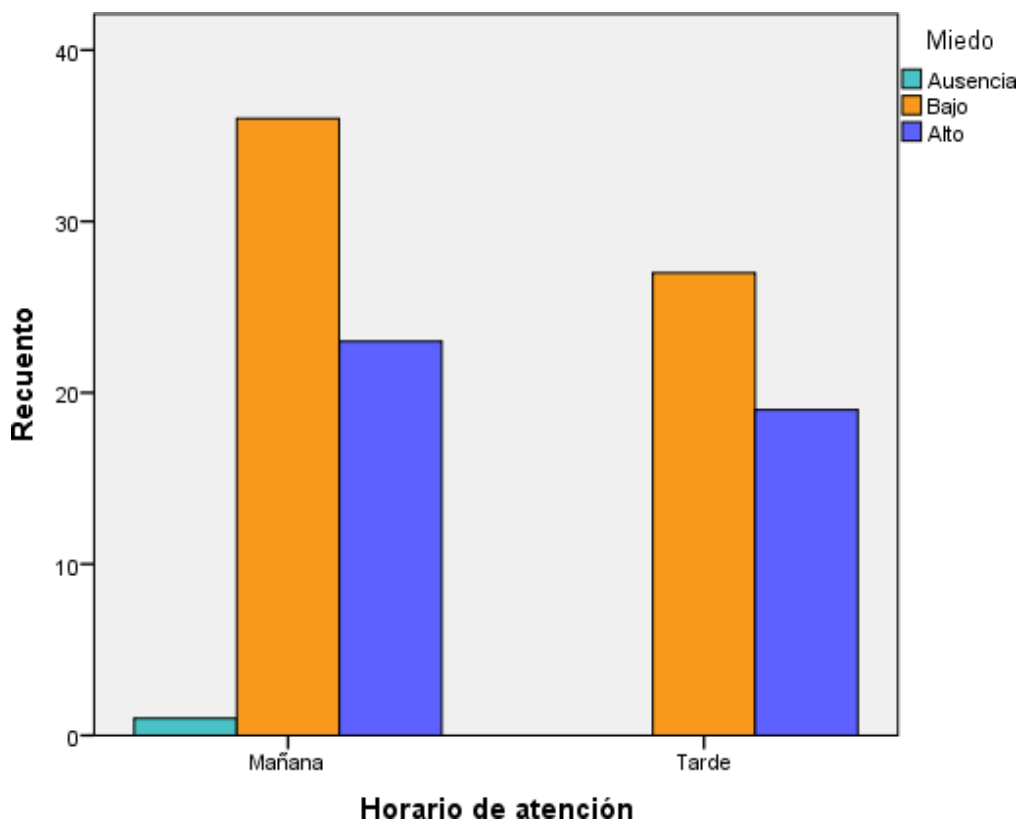


Tabla N° 6

Tabla de relación entre el nivel de miedo y el sexo del operador en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas. Lima, 2017.

| | | | Miedo | | | Total |
|---------------------|-----------|---------|----------|--------|--------|--------|
| | | | Ausencia | Bajo | Alto | |
| Género del operador | masculino | N | 1 | 18 | 10 | 29 |
| | | | 3.4% | 62% | 34.4% | 100.0% |
| | femenino | N | 0 | 45 | 32 | 77 |
| | | | 0.0% | 58.4% | 41.5% | 72.6% |
| | | N | 1 | 63 | 42 | 106 |
| | | % total | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Fuente: Propia del investigador

Se observa un nivel de miedo alto de 23,8% cuando el operador era sexo masculino y un nivel de miedo de 76,2% cuando el operador era sexo femenino; mientras que, un miedo bajo del 26,6% cuando el operador era sexo masculino y un miedo de 71,4% cuando el operador era sexo femenino. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y el sexo del operador (Test exacto de Fisher; $p > 0,05$).

Gráfico N°6

Gráfico de barras relación entre el nivel de miedo y sexo del operador en niños de 6 a12 años durante su primera cita dental atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima,2017.

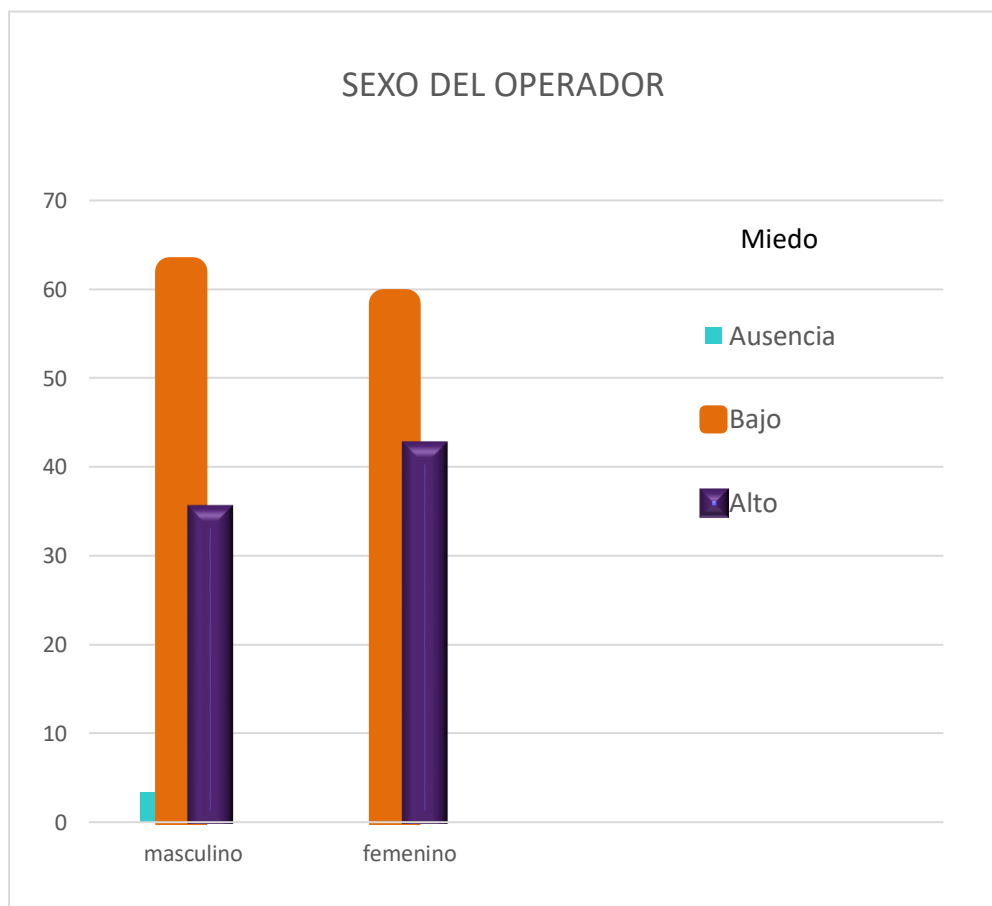


Tabla N° 7

Relación entre el nivel de miedo y el nivel socioeconómico en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas. Lima, 2017.

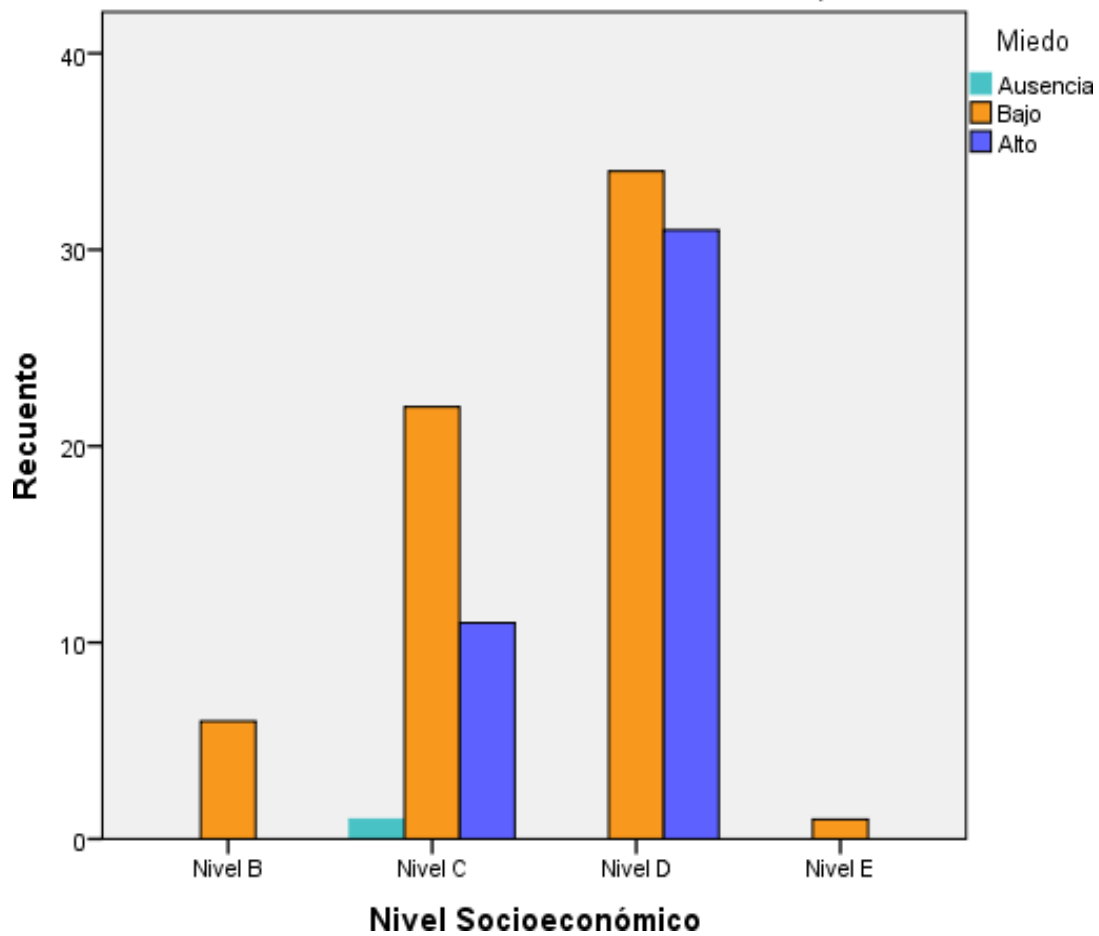
| | | | Miedo | | | Total |
|----------------------|---------|------|----------|--------|--------|--------|
| | | | Ausencia | Bajo | Alto | |
| Nivel Socioeconómico | Nivel B | N | 0 | 6 | 0 | 6 |
| | | | 0.0% | 9.5% | 0.0% | 5.7% |
| | Nivel C | N | 1 | 22 | 11 | 34 |
| | | | 100.0% | 34.9% | 26.2% | 32.1% |
| | Nivel D | N | 0 | 34 | 31 | 65 |
| | | 0.0% | 54.0% | 73.8% | 61.3% | |
| | Nivel E | N | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | | | 0.0% | 1.6% | 0.0% | 0.9% |
| | | N | 1 | 63 | 42 | 106 |
| % Total | | | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Fuente: Propia del investigador

Se observa que el nivel de miedo fue un 26,2% alto en el nivel C; y un 73,8% alto en el nivel D; mientras que se registró un nivel de miedo bajo de 54% en el nivel D; seguido de un 34,9% en el nivel C y un 9,5% en el nivel B. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y nivel socioeconómico (Prueba Chi-Cuadrado con corrección de Yates; $p > 0,05$).

Gráfico N° 7

Gráfico de barras relación entre el nivel de miedo y el nivel socioeconómico en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en Lima del 2017



5.2 Discusión

El propósito del presente estudio fue determinar el nivel de miedo en niños de 6 a 12 años durante su primera cita dental, atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, Lima, 2017. Se evaluó a una muestra de 106 niños de los cuales, el 48,1% pertenecieron al sexo masculino y el 51,9% al sexo femenino; con edades promedio de $7.47 \pm 1,73$ años; siendo la edad mínima 6 años y la edad máxima 12 años.

De acuerdo con los resultados de la presente investigación, los niveles de miedo en la primera cita dental medidos por escala de evaluación de miedo – subescala dental (CFSS-SD), mostro que un 59.4 % de la muestra presento un nivel de miedo bajo, teniendo relación con estudios realizados por Jara M. (2015)⁷ Hernández G. (2014)⁹ y Saavedra P. (2014)¹¹. Difiriendo con Anampa O. (2014)¹² que su población presento un nivel alto de miedo.

La coincidencia se puede deber a que el estudio de estos autores se dio en condiciones similares, ya que fueron en clínicas estomatológicas de diferentes universidades.

En el estudio de Anampa O. (2014)¹² se realizó en un centro de salud y utilizo una población de menor edad lo que también podría influir en el nivel de miedo. En el estudio de jara M. (2015)⁷ Llego a la conclusión que el nivel de miedo que presentaron los niños evaluados, según la (CFSS-

SD), indicó que la población de estudio presentaba un miedo bajo. Tanto los niños de sexo masculino como los de sexo femenino, no existiendo relación estadísticamente significativa entre el género de los escolares evaluados y el puntaje obtenido en todos los factores de la Escala ($p>0,05$). Por otro lado, el puntaje obtenido en todos los grupos etarios demuestra también un miedo bajo, que, a pesar que los niños de 10 a 12 años mostraron un puntaje mayor, no existió relación estadísticamente significativa entre la edad de los escolares evaluados y el puntaje obtenido en ningún factor de la Escala ($p>0,05$). Coincidiendo con el presente estudio en el cual se encontró que hubo un nivel bajo de miedo en los niños de 6 a 12 años, encontrando un mayor nivel de miedo en niños de 6 a 7 años.

La coincidencia en el nivel de miedo bajo se podría deber a que población escogida para ambos estudios fue realizada en el mismo lugar, que fue en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas que llegan pacientes de un sector socioeconómico similar y cultural; lo que puede haber influido en el estudio.

En cuanto al factor de la edad se puede deber según Machado C (2016), que, aunque utilizando la escala de corah indica que la edad ha sido uno de los factores a considerar en el ambiente odontológico, ya que los niños están en un periodo de nuevas experiencias por lo que manifiestan diferentes niveles de ansiedad y miedo.

En la variable genero difiere pues en el presente estudio se encontró que el género femenino presentaba un puntaje más alto de miedo que el sexo masculino, aunque no hubo asociación estadísticamente significativa entre ninguna de las variables en el estudio.

Domínguez D. (2015)⁸ Coincidiendo con este estudio donde el sexo femenino tuvo un 60 % de miedo sobre un 58.8% del sexo masculino en niños con nivel bajo de miedo, mientras que un nivel alto de miedo obtuvo un 39.2 % el sexo masculino y un 40% el sexo femenino. No habiendo asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y el sexo del niño.

En el nivel de miedo y la edad se encontró en este estudio que los niños de 6 (21,7%;) y 7 años (10,4%); presentaban un mayor puntaje, aunque no hubo relación estadística significativa entre las variables de nivel de miedo y grupo étnico; en la relación entre el nivel de miedo y nivel socioeconómico, aunque no se realizó la misma encuesta, difiere con este estudio en donde el nivel socioeconómico D registro un total de 61.3%. Aunque no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y nivel socioeconómico.

Esto se puede deber a que el estudio de Domínguez solo incluía en a la población de dos Instituciones Educativas de Lima y Callao a un estrato urbano y urbano marginal; mientras que en el presente estudio fueron incluidos diferentes estratos socioeconómicos y en una población que provenían de diferentes distritos.

Hernández G. (2015) Sus resultados mostraron que el 75.8% de los niños presentaron bajo miedo y el 24.2% alto miedo al tratamiento odontológico. Los niños entre 7 a 9 años de edad tenían niveles de miedo más elevados que los niños de 10 a 12 años. No observo relación estadística significativa, tampoco encontró relación estadística significativa entre el sexo y el miedo dental; lo que coincide con el presente estudio en donde los niños de 6 y 7 años tuvieron un porcentaje de un 41.5% y 20.8% y tampoco hubo relación estadística significativa. Raj y colaboradores (2013)²⁰ y Akbay y colaboradores (2010)²¹ concluyeron que el miedo dental disminuye cuando la edad aumenta.

Estudios han apoyado una relación positiva entre el miedo al tratamiento odontológico de un niño y los miembros de su familia que puede ser debido a aprendizajes indirectos. La ansiedad de los padres puede ser considerada como un factor de influencia en el miedo del niño.

El ambiente familiar puede ser una variable de importancia en el establecimiento de la etiología multifactorial del miedo odontológico.

Muchas veces el niño llega a ser influenciado no solo por la familia, sino también por las diferentes formas en que, en la actualidad, el niño se puede influenciar de una forma positiva o negativa de lo que sucede en una primera consulta odontológica.

En lo que refiere nivel de miedo dental y el sexo del operador se encontró un nivel de miedo alto de 23,8% cuando el operador era sexo masculino y un nivel de miedo de 76,2% cuando el operador era sexo femenino;

mientras que, un miedo bajo del 26,6% cuando el operador era sexo masculino y un miedo de 71,4% cuando el operador era sexo femenino. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y el sexo del operador.

En lo que refiere al nivel de miedo y horario de atención se encontró un miedo alto con en el turno de la mañana; seguido de un miedo alto en menor porcentaje en el turno de la tarde; un miedo bajo en el turno de la mañana y un miedo bajo en menor porcentaje en el turno de la tarde. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y horario de atención.

Pérez M. (2015)¹⁰ Llego a la conclusión que los mayores porcentajes de los niños de menor edad presentaron mucha ansiedad en el tratamiento dental a diferencia de los pacientes con mayor edad que presentaron poca o no manifestaron ansiedad. Se puede afirmar que los pacientes de sexo masculino presentan menos ansiedad a diferencia de los pacientes de sexo femenino. Coincidiendo con el presente estudio en donde los niños de 6 y 7 años tuvieron un nivel de miedo mayor que los niños entre 8 a 12 años; y en donde el sexo femenino también tuvo un mayor nivel de miedo.

Anampa O. (2014)¹² Concluyendo que los niveles de miedo y edad en los niños menores e igual a 5 años de edad reflejan bastante miedo a la consulta odontológica, y se obtiene el 93.5%, seguido de un 50% de

niños mayores a 6 años de edad que también muestran bastante miedo. Los niveles más elevados de miedo dental se presentaron frente al 1ª Factor de la CFSS-SD procedimientos altamente invasivos (pieza de mano, inyecciones, instrumentos en la boca). El grupo de niños entre 4 a 5 años tuvieron niveles de miedo significativamente más elevados que los otros grupos de edad, disminuyendo el nivel de miedo dental a medida que aumenta la edad, un nivel de ansiedad moderado a bajo en el grupo del género masculino y un nivel de miedo poco a bajo en el grupo de 6 años a más. Los niños con niveles más elevados de ansiedad también presentaron bastante miedo a la consulta odontológica fueron del sexo femenino y entre 4 a 5 años de edad.

Difiriendo con el presente estudio en donde se encontró un bajo nivel de miedo en los niños de 6 a 12 años en cada uno de los grupos etáreos evaluados. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y grupo etáreo.

Esto también se puede deber a que en el presente estudio no hubo un número igual de la población en cada grupo etareo.

Cerrón M. (2010)¹⁶ Llego a la conclusión que un gran porcentaje de niños (84.5%) presentaron bajo miedo al tratamiento odontológico y la prevalencia de los problemas de miedo al tratamiento odontológico en niños fue de 13.2%. El grupo de niños entre 4 a 6 años tuvieron niveles de miedo significativamente más elevados que los otros grupos de edad, disminuyendo el nivel de miedo dental a medida que aumenta la edad.

La influencia de la edad podría ser explicada por la inmadurez del

desarrollo psicológico del niño. Según la Teoría Cognitiva del Desarrollo de Piaget, los niños más pequeños en el periodo pre operatorio generalmente entre las edades de 2 a 7 años no tienen la capacidad de hacer frente a los procedimientos dentales, por lo tanto, podrían ser más propensos a la adquisición de miedos y problemas de manejo de conducta durante la visita al dentista.

Alfaro L, Ramos K, Redondo A. (2014)² Se concluyó según los puntajes obtenidos arrojados por el antes y el después de la intervención, hubo una disminución Significativa del miedo y ansiedad dental. En relación con la edad y el nivel de miedo y ansiedad dental, los niños entre 5 y 7 años de edad son los que más presentaron miedo y ansiedad dental. En el miedo dental no hubo diferencia significativa entre los estratos socioeconómicos. En cuanto al nivel de escolaridad el protocolo tuvo más efectividad en los grados mayores tanto para miedo y ansiedad dental. Lo que indica que la estrategia para disminuir miedo y ansiedad dental tuvo resultados estadísticamente significativos. Con respecto al estrato social la ansiedad dental, la diferencia fue más marcada en el estrato 1 con (8,28%), en el miedo dental no hubo diferencia significativa entre los estratos. Lo que coincide con este estudio, aunque no se haya usado la misma encuesta, se obtuvo que el nivel socioeconómico D (61.3%) tuvo un mayor puntaje en niños con un nivel de miedo bajo. No habiendo relación estadística significativa entre el nivel de miedo y el nivel socioeconómico.

Aunque en el estudio de Alfaro (2014) se aplicó el instrumento antes y después del tratamiento, se coincidió en la variable de la edad en donde

en el presente estudio se encontró mayor miedo en la edad de 6 a 7 años, mientras en el estudio fue de 5 a 7 años.

En cuanto al estrato socioeconómico no se encontró una diferencia entre la ansiedad y miedo en la población donde se aplicó la muestra.

Esto se puede deber a que la población colombiana de Cartagena, los estratos socioeconómicos no son tan marcados, ya que las oportunidades de estudio y salud son las mismas para todos.

Gómez J, Cárdenas J, Manrique R. (2016)³ No se encontraron diferencias significativas cuando se asoció MAD a edad, género, estrato socioeconómico, edad de los padres o grado escolar. Lo que coincide ya que en el estudio tampoco hubo diferencias estadísticas significativas en la covariable nivel socioeconómico, aunque la mayoría de la muestra se encontraba en estrato 3((76.8), considerado en Colombia como un estrato medio, se encontró una menor puntuación de nivel de miedo y ansiedad dental. Algunos estudios han demostrado que los niveles más altos de Miedo y Ansiedad Dental están asociados a bajos niveles de ingresos y educación (Yamada MKM y colaboradores 2002)⁴¹. El nivel socioeconómico, ha sido analizado junto con otros aspectos que tienen que ver con la forma de vida del individuo, es así como en el estudio de Gustafsson A y Col ³³(2007). Se encontraron resultados de mayor prevalencia de MAD y mal comportamiento en el tratamiento odontológico en el grupo de niños con un nivel socioeconómico bajo, aquellos que no vivían con ambos padres o que no tenían una interacción social eficiente.

Lo que coincide con estudio actual en donde, aunque no se haya usado la misma encuesta, se obtuvo que el nivel socioeconómico D (61.3%) tuvo un mayor puntaje en niños con un nivel de miedo bajo. No habiendo relación estadística significativa entre el nivel de miedo y el nivel socioeconómico.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se observó que el nivel de miedo en la primera cita dental en los niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas en Lima del 2017, fue un nivel de miedo bajo.

- La relación entre el nivel de miedo dental y la edad, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables. Se observó que los niños de 6 y 7 años presentaron un mayor puntaje y solo se presentó la ausencia de miedo en la edad de 12 años.
- El nivel de miedo encontrado fue bajo y alto en ambos sexos. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y el sexo del niño.
- La relación entre el nivel de miedo dental y el horario de atención, se observó un porcentaje mayor de miedo alto y bajo en el turno de la mañana. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y horario de atención.

- La relación entre el nivel de miedo y el sexo del operador, se observó que hubo un mayor nivel de miedo cuando el operador era de sexo femenino. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y el sexo del operador.
- Y por último la relación entre el nivel de miedo y el nivel socioeconómico, se observó un mayor nivel de miedo en el sector D, seguido del sector C y por último el sector B. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de nivel de miedo y el nivel socioeconómico.

RECOMENDACIONES

- Realizar campañas a los padres para poder darles información sobre los tratamientos que se realizan en la clínica, y que ellos influyan de una manera positiva en los niños.
- Ampliar el universo estudiado para poder obtener tal vez resultados determinantes aumentando la diversidad de la población, aumentando el rango de edad, o tomando muestras de poblaciones diferentes
- Realizar un estudio en poblaciones adultas. Sin embargo, se debe considerar que el instrumento para el miedo utilizado en el presente estudio es de uso exclusivo para la población infantil, habiendo que utilizar un instrumento adecuado y validado para cada población de acuerdo a sus características etarias.

FUENTES BIBLIOGRAFICAS

1. Carrión K. Ansiedad dental en niños de 4 a 12 años en la clínica Odontopediátrica del hospital universitario de Motupe, periodo marzo-julio del 2015. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Motupe: UNL;2015
2. Alfaro L, Ramos K, Redondo A. Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad. Cartagena: UC; 2014.
3. Gómez J, Cárdenas J, Manrique R. Prevalencia de miedo y ansiedad dental en niños entre 5 y 14 años en Medellín. 2016:1-19.
4. Oyanedel J. Nivel de ansiedad y miedo pre y post exodoncia en escolares de 6 a 12 años que acuden al centro de atención odontológica de la unidad de policía del medio ambiente en el 2015-2016. [Tesis para optar el título de licenciado en odontología] Quito: UCE;2016.
5. El-Housseiny A, Alamoudi N, Farsi N, El Derwi D. Characteristics of dental fear among Arabic-speaking children: a descriptive study. BMC Oral Health.2014; 14:118.
6. Machado C. Ansiedad y miedo asociado a la consulta odontológica en individuos de 7 a 9 años pertenecientes a la escuela María Angélica Idrobo en el 2016. [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista] Quito: UCE; 2016.

7. Jara M. Relación entre el miedo presentado por niños en el consultorio dental y la satisfacción de sus padres por la atención realizada en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas en abril del 2016. [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista] Lima: UAP; 2016.
8. Domínguez D. Validación de la versión española de un instrumento para la medición del miedo durante la atención dental en niños de dos instituciones educativas de Lima y Callao en el periodo noviembre y noviembre del 2015 [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista] Lima: UAP; 2015.
9. Hernández G. Influencia de la ansiedad materna sobre el miedo a la consulta odontológica en niños de 7 a 12 años en la clínica estomatológica UPAO en el 2015. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Trujillo: UPAO; 2015
10. Pérez M. Grado de ansiedad en el tratamiento dental y su relación con la conducta de los niños atendidos en la clínica de la universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca en el 2014. [Tesis para optar el título de Magister en salud]. Juliaca: UANCV; 2015.
11. Saavedra P. Relación entre miedo pediátrico y ansiedad materna frente a la primera consulta en la clínica estomatológica en la Universidad señor de Sipán. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Chiclayo: USS; 2014.

12. Anampa O. Nivel de ansiedad y miedo en niños de 4 a 12 años de edad que acuden a la consulta odontológica al centro de salud Tamburco en el año 2014. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Abancay: UAP; 2014.
13. Domínguez D. Validación de la versión española de un instrumento para la medición del miedo durante la atención dental en niños de dos instituciones educativas de Lima y Callao en el periodo noviembre y noviembre del 2015 [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista] Lima: UAP; 2015.
14. Hernández G. Influencia de la ansiedad materna sobre el miedo a la consulta odontológica en niños de 7 a 12 años en la clínica estomatológica UPAO en el 2015. [Tesis para optar el título decirujano dentista]. Trujillo: UPAO; 2015
15. Pérez M. Grado de ansiedad en el tratamiento dental y su relación con la conducta de los niños atendidos en la clínica de la universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca en el 2014. [Tesis para optar el título de Magister en salud]. Juliaca: UANCV; 2015.
16. Saavedra P. Relación entre miedo pediátrico y ansiedad materna frente a la primera consulta en la clínica estomatológica en la Universidad señor de Sipán. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Chiclayo: USS; 2014.

17. Anampa O. Nivel de ansiedad y miedo en niños de 4 a 12 años de edad que acuden a la consulta odontológica al centro de salud Tamburco en el año 2014. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Abancay: UAP; 2014.
18. Gonzales R. Efectos cardiorespiratorios en niños de 6 a 12 años en su primera visita odontológica a la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas peruanas en el mes de agosto 2014. [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista] Lima: UAP; 2014.
19. Beena JP. Dental subscale of children's fear survey schedule and dental caries prevalence. Eur J Dent 2013; 7:181-5.
20. Rodríguez P, Olmo B, Mourelle M, Gallardo L. Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. Rev. Clin Esp 2011: 150-64.
21. Cerrón M. Miedo en niños de 4 a 12 años de edad en relación a sus experiencias dentales y la ansiedad materna en el instituto de salud oral de la fuerza aérea del Perú-2010 [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista] Lima: UNFV; 2010
22. Marcano A, Figueredo A, Orozco. Evaluación de la ansiedad y el miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. Rev Clin.2012; 2(2): 65-1.
23. De la Cruz. Ansiedad y miedos dentales en niños de edad escolar de la escuela primaria Francisco H. Santos en el periodo febrero-marzo del 2011. [tesis para optar el Título de cirujano dentista] Veracruz: UV;2011

24. Olak J, Saag M, Honkala S, Nömmela R, Runnel R, Honkala E, Karjalainen S. Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. *Stomatologija*. 2013; 15(1):26-31.
25. Akbay Oba A, Dülgergil CT, Sönmez IS. Prevalence of dental anxiety in 7- to 11-year-old children and its relationship to dental caries. *Med Princ Pract*. 2010; 18(6):453-7.
26. Raj S, Agarwal M, Aradhya K, Konde S, Nagakishore V. Evaluation of dental fear in children during Dental Visit Using Children`s Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *Int J Clin Pediatr Dent* 2013; 6(1): 12-5.
27. Akbay Oba A, Dülgergil CT, Sönmez IS. Prevalence of dental anxiety in 7- to 11-year-old children and its relationship to dental caries. *Med Princ Pract*. 2010; 18(6):453-7.
28. Raj S, Agarwal M, Aradhya K, Konde S, Nagakishore V. Evaluation of dental fear in children during Dental Visit Using Children`s Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *Int J Clin Pediatr Dent* 2013; 6(1): 12-5.
29. Rivera Y. Valoración del efecto de técnicas preparatorias para la reducción de conductas de ansiedad y evitación dental de niños en atención primaria odontológica [Tesis doctoral] Granada: Universidad de Granada; 2009.
30. Pérez N, González C, Guedes Pinto AC, Salette Nahás MS. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Rev. Cubana Estomatol*. 2002;

39(3): 302-27.

31. Rivera IC, Fernández A. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Rev. Latino. Psicología* 2005; 37(3): 461-75.
32. Fonseca L, Sanchis C. Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. *Revisión Bibliográfica* 2013: 81-5.
33. Lima M, Carlos J, Casanova Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Rev. Hum Med* 2006; 14-6.
34. Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U. Psychosocial Concomitants to dental fear and behaviour management problems. *Int J Paediatr Dent Br Paedodontic Soc Int Assoc Dent Child*. noviembre de 2007;17(6):449-59.
35. Arrieta K, Díaz S, Verbel J, Hawasly N. Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. *Rev. Clín Med Fam* 2013; 6 (1): 17-4.
36. Vera OE, Vera FM. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev cuerpo méd HNAAA* 2013; 6(1): 41-5.
37. Vela L. Separación Padre- Hijo: Elección de los padres durante la atención dental en la Clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UANL. [Tesis para optar maestría en Ciencias Odontológicas con Especialidad en Odontopediatría] Mexico: UANL; 2011.
38. Hoyos R. Niveles socioeconómicos y motivación en la elección de la carrera profesional en estudiantes pre- universitarios. [Tesis para

optar maestría en educación con mención en docencia universitaria]. Lima: USMP; 2016

39. Aurora M, Dubraska M, María M. Técnicas para el manejo de las manifestaciones del miedo a la consulta odontológica en los pacientes que acuden a la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo. Rev clin 2007: 1-4.

40. Falcón P. Influencia del uso de un distractor audiovisual en la conducta del niño de 6 a 8 años de edad durante la atención odontológica en la clínica estomatológica pediátrica de la universidad alas peruanas. [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista] Lima: UAP; 2013.

41. Yamada MKM, Tanabe Y, Sano T, Noda T. Cooperation during dental treatment: the Children's Fear Survey Schedule in Japanese children. Int J Paediatr Dent Br Paedodontic Soc Int Assoc Dent Child. November 2002; 12(6):404-9.

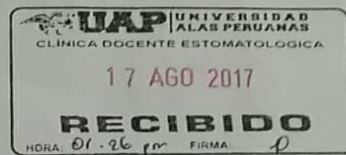
ANEXOS

Anexo N°1: Carta de presentación



Pueblo Libre, 15 de Agosto del 2017

CD. DAMARIS CANDELARIA LOYOLA ZEGARRA
Administradora de la Clínica



De mi consideración:

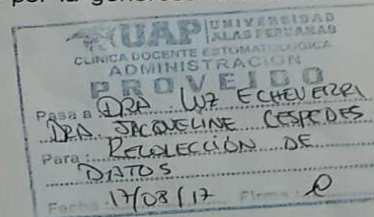
Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada ALFARO YARMAS, MARIELLA DANIELLA, con código 2009108576, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "EVALUACIÓN DEL MIEDO EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS EN SU PRIMERA CITA DENTAL ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS EN LIMA DEL 2017"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

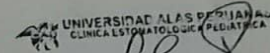
Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,



Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VÁSQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

C.C.
Dra. LUZ HELENA ECHEVERRI JUNCA
Dra. JACQUELINE CESPEDES PORRAS



Dra. Jacqueline Cespedes Porras
COP 6402 - RNE/0035

Dra. LUZ HELENA ECHEVERRI J
ODONTÓLOGA
COP. 18836

Anexo N°2: Consentimiento informado



Fecha.....

Yo, identificado con DNI N° he sido informado por la Bachiller Mariella Daniella Alfaro Yarmas acerca del estudio que va a realizar, donde se medirá mediante un cuestionario el miedo que mi menor hijo tiene durante la atención en el consultorio dental.

El investigador me ha informado que no someterá a mi menor hijo..... a ninguna experiencia incómoda, solo se limitará a realizarle preguntas en un intervalo de tiempo no mayor a diez minutos. Tampoco habrá contacto alguno, no existiendo examen clínico ni ningún tipo de intervención.

Además, mi hijo podrá aceptar voluntariamente su participación en el estudio, siendo libre de retirarse en el momento que lo requiera, sin que ello lo perjudique de alguna manera con la Bachiller o con el operador tratante, el que ha dado anticipadamente el permiso para su realización.

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

.....

Firma del padre/madre

DNI

.....

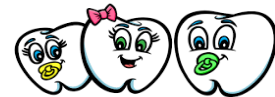
Firma del investigador

DNI 47123943

Anexo N°3: Asentimiento informado



HOLA NIÑO:

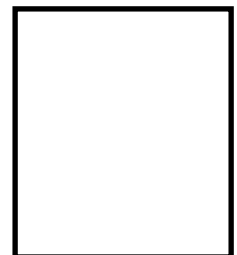


- Hoy vamos a hacerte unas preguntas para saber si hay algo que te molesta o te incomoda en tu visita al consultorio dental.
- Si aceptas que te hagamos esto, podrás realizar preguntas las veces que desees. Además, si decides no terminar la revisión puedes parar cuando desees. Nadie puede enojarse contigo si decides que no quieres continuar.
- Si pones tu nombre y tu huella en este papel quiere decir que lo leíste o te lo han leído y que desees participar en la revisión, Sino desees participar no lo firmes, recuerda que tú decides participar o no.



Iniciales del menor: _____

Huella digital



Anexo N°4: Escala de evaluación de miedos en niños – subescala dental



Sexo: M F Edad: _____

Escala de Evaluación de Miedos en Niños – Subescala Dental

¿Tienes miedo a...

| | Nada de miedo | Casi nada de miedo | Con miedo | Much o Miedo | Demasiado miedo |
|---|---------------|--------------------|-----------|--------------|-----------------|
| 1. Doctores ³ | | | | | |
| 2. Gente con uniforme blanco ³ | | | | | |
| 3. Tener que ir al hospital/clínica/posta ³ | | | | | |
| 4. Que alguien que no conozcas te mire ⁴ | | | | | |
| 5. Que te trate una persona que no conoces ⁴ | | | | | |
| 6. Inyecciones ³ | | | | | |
| 7. Dentistas ¹ | | | | | |
| 8. Alguien que examine tu boca ¹ | | | | | |
| 9. Tener tu boca abierta mucho tiempo ¹ | | | | | |
| 10. Quedarte sin aire ⁴ | | | | | |
| 11. Que alguien ponga cosas en tu boca ¹ | | | | | |
| 12. Que el dentista te limpie los dientes ¹ | | | | | |
| 13. Que curen tu diente ² | | | | | |
| 14. Mirar al dentista curando tu diente ² | | | | | |
| 15. El ruido cuando se cura un diente ² | | | | | |
| Score | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¹Factor 1: Miedo a procedimientos menos invasivos

²Factor 2: Miedo a aspectos altamente invasivos del tratamiento

³Factor 3: Miedo a los aspectos médicos

⁴Factor 4: Miedo a lo extraño

Total: Factor 1: _____

Factor 2: _____

Factor 3: _____

Factor 4: _____

Total: _____

Anexo N°5: Ficha de recolección de datos



Ficha N° _____

Horario de atención: () Mañana

 () Tarde

Edad del niño: _____

Sexo del niño: (M) (F)

Miedo presentado (según la EEMN-SD):

Factor 1: _____

Factor 2: _____

Factor 3: _____

Factor 4: _____

Total: _____

- AUSENCIA
- BAJO
- ALTO

Género del operador: (M) (F)

Nivel socioeconómico: (A) (B) (C) (D) (E)

Anexo N°6: Versión modificada de la Encuesta de Evaluación de los Niveles Socioeconómicos – APIM



N1

¿Cuál es el grado de estudios de Padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres (M= Madre y P=Padre)

- 1 Primaria Completa / Incompleta
- 2 Secundaria Incompleta
- 3 Secundaria Completa
- 4 Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros)
- 5 Estudios Universitarios Incompletos
- 6 Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)
- 7 Postgrado

N2

¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?

- 1 Posta médica / farmacia / naturista
- 2 Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad
- 3 Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía
- 4 Médico particular en consultorio
- 5 Médico particular en clínica privada

N3

¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

- 1 Menos de 750 soles/mes aproximadamente
- 2 Entre 750 – 1000 soles/mes aproximadamente
- 3 1001 – 1500 soles/mes aproximadamente
- 4 > 1500 soles/mes aproximadamente

N4-A

¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?

.....

N4-B

¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)

.....

N5 ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?

- 1 Tierra / Arena
- 2 Cemento sin pulir (falso piso)
- 3 Cemento pulido / Tapizón
- 4 Mayólica / loseta / cerámicos
5. Parquet / maderapulida / alfombra / mármol / terraza

NIVELES NSE CATEGORIA

Puntaje Versión

Modificada 2011-2012

Nivel 1 A Alto 22 – 25 puntos 33 o más puntos

Nivel 2 B Medio 18 – 21 puntos 27 – 32 puntos

Nivel 3 C Bajo Superior 13 – 17 puntos 21 – 26 puntos

Nivel 4 D Bajo Inferior 9 – 12 puntos 13 – 20 puntos

Nivel 5 E Marginal 5 – 8 puntos 5 – 12 puntos

Anexo N 7: Matriz de consistencia



| PROBLEMAS | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | METODOLOGÍA |
|---|---|---|---|--|
| <p>Problema principal ¿Cuál es el nivel de en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017?</p> <p>Problemas secundarios ¿Cuál es el nivel de miedo en niños de 6 a 12 años en su primera cita dental, atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según edad y género?</p> | <p>Objetivo general Determinar el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017.</p> <p>Objetivos específicos Determinar el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según edad y género.</p> | <p>Hipótesis principal El presente estudio es de tipo observacional, donde la relación de variables no es de tipo asociativa, por lo que no se considerará la formulación de la hipótesis.</p> | <p>Variable principal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miedo dental <p>Covariables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Género - Edad - Horario de atención - sexo del operador. - Nivel socioeconómico. | <p>Diseño metodológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuantitativo - Descriptivo - Transversal |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>-¿Cuál es el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según el horario de atención?</p> <p>-¿Cuál es el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según el sexo del operador?</p> <p>-¿Cuál es el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según el nivel socioeconómico?</p> | <p>-Determinar el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según el horario de atención.</p> <p>-Determinar el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según el sexo del operador.</p> <p>-Determinar el nivel de miedo en la primera cita dental, en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Lima 2017, según el nivel socioeconómico.</p> | | | <p>Población y muestra Niños de 6 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas durante el año 2017.</p> |
|---|---|--|--|--|

ANEXO N 8: FOTOGRAFÍAS



Fotografía N 1: Se observa a la investigadora explicando sobre el estudio a la madre del menor y haciendo el llenado del consentimiento informado.



Fotografía N 2: La investigadora le explica al niño de que trata el estudio y coloca la huella en el asentimiento informado.



Fotografía N 3: La investigadora empieza las preguntas de la escala de evaluación de miedo en niños subescala dental y toda información se registra en la ficha de datos.



Fotografía N 4: La investigadora realiza la encuesta de evaluación de los niveles Socioeconómicos – APIM, toda información se registró y sumo en la ficha de recolección de datos.