

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**



**NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS QUE ACUDEN A
CONSULTA ODONTOLÓGICA, HOSPITAL REGIONAL
VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS – 2017**

Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Autora : Bach. Rosa Grández Mestanza

Asesor : Dr Policarpio Chauca Valqui

**CHACHAPOYAS – PERÚ
2017**

DEDICATORIA

A Dios por darnos la vida y guiar nuestros pasos por el camino correcto.

A Rosita y Humberto, mis padres, y a mi familia por su apoyo incondicional y por las fuerzas necesarias que me dieron para seguir adelante y cumplir mis metas trazadas.

A Velasquez, Litzy, Jack y Eliut por todo su amor y ternura.

A mis compañeros de la facultad, gracias por las cosas que pasamos.

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud, en especial a los docentes de la Escuela Profesional de Estomatología por sus enseñanzas impartidas, las cuales permitieron realizar el presente trabajo de investigación.

Al Dr. Policarpio ChaucaValqui, por su asesoría, sus aportes fueron importantes para culminar con este trabajo.

A las autoridades del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, y al personal del Servicio de Odontología por su apoyo para la recolección de datos.

A los padres de familia y niños que participaron en el estudio, gracias por sus apoyo, sin ello no hubiera sido posible la recolección de datos.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dr. Jorge Luis Maicelo Quintana

Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres

Vicerrector Académico

Dra. María Nelly Luján Espinoza

Vicerrectora de Investigación

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Oscar Pizarro Salazar

Director de la Escuela Profesional de Estomatología

JURADO EVALUADOR

(Resolución de Decanato N° 183-2017-UNTRM-VRAC/F.C.S)

.....

Mg. Oscar Pizarro Salazar

Presidente

.....

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

Vocal

.....

Mg. Franz Tito Coronel Zubiato

Secretario

VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo, Policarpio ChaucaValqui, Identificado con DNI N° 25852185 con domicilio legal en la calle Higos Urco s/n, actual docente principal de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, DECLARO BAJO JURAMENTO estar asesorando la tesis titulada: NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA ODONTOLÓGICA, HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS – 2017, de la Bachiller en Estomatología Rosa Grández Mestanza.

Para lo cual firmo en conformidad.

Chachapoyas, 15 de junio del 2017

Dr. Policarpio ChaucaValqui

DNI N° 25852185

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES	iii
HOJA DE JURADO	iv
VISTO BUENO DEL ASESOR	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	05
III. MARCO TEÓRICO	06
IV. MATERIAL Y MÉTODO	26
4.1. Tipo y diseño de la investigación	26
4.2. Población Muestral	26
4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
4.4. Análisis de datos	29
V. RESULTADOS	30
VI. DISCUSIÓN	36
VII. CONCLUSIONES	44
VIII. RECOMENDACIONES	45
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Nivel de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. (Test de Corah)	31
Tabla 2:	Nivel de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. (Test de Venham)	33
Tabla 3:	Expresiones de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. (Test de Venham)	35

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1:** Nivel de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. (Test de Corah) 31
- Figura2:** Nivel de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. (Test de Venham) 33
- Figura 3:** Expresiones de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. (Test de Venham) 35

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

Anexo 02: Operacionalización de variables

Anexo 03: Test de Venham

Anexo 04: Test de Corah

Anexo 05: Consentimiento informado

Anexo 06: Tablas anexas

RESUMEN

El presente estudio de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, prospectivo, trasversal se realizó con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad en niños que acuden a la Consulta Odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. La muestra estuvo conformada por 42 niños entre 8 a 12 años. Para la recolección de datos se utilizó como instrumentos la Escala de Ansiedad Dental de Corah y el Test de Venham, Los resultados según la Escala de Corah muestran que del 100 % (42) de los niños en estudio; el 33.3 % (14) presenta ansiedad severa, el 31 % (13) ansiedad elevada, el 28.6 % (12) ansiedad moderada, el 2.4 % (1) ansiedad leve y solamente el 4.8 % (2) se encuentra sin ansiedad; por otra parte según el Test de Venham el 16.7 % (7) presenta ansiedad severa, el 66.3 % (28) ansiedad moderada, el 9.5 % (4) ansiedad leve y solamente el 7.1 % (3) no tiene ansiedad. Conclusión: una mayor proporción de niños presentaron ansiedad severa, seguida de ansiedad elevada y ansiedad moderada, y menores proporciones ansiedad leve y nula según el Test de Corah; por otro lado la mayoría de los niños presentó ansiedad moderada y menores porcentaje presentaron ansiedad severa o leve según el Test de Venham.

Palabras claves: *ansiedad dental, temor dental, odontopediatría*

ABSTRACT

The quantitative, descriptive, prospective and cross - sectional quantitative study was carried out with the objective of determining the level of anxiety in children attending the Dental Consultation at the Virgen de Fátima Regional Hospital of Chachapoyas - 2017. The sample consisted of 42 children between 8 and 12 years old. The Corah Dental Anxiety Scale and the Venham Test were used as instruments for the data collection. The results according to the Corah Scale show that 100% (42) of the children under study; 33.3% (14) have severe anxiety, 31% (13) high anxiety, 28.6% (12) moderate anxiety, 2.4% (1) mild anxiety and only 4.8% (2) are without anxiety; On the other hand, according to the Venham test, 16.7% (7) have severe anxiety, 66.3% (28) moderate anxiety, 9.5% (4) mild anxiety and only 7.1% (3) have no anxiety. Conclusion: a higher proportion of children presented severe anxiety, followed by elevated anxiety and moderate anxiety, and lower levels of mild and null anxiety according to the Corah Test; On the other hand most of the children presented moderate anxiety and lower percentage presented severe or mild anxiety according to the Test of Venham.

Key words: *dental anxiety, dental fear, pediatric dentistry*

I. INTRODUCCIÓN

Es indudable que para muchas personas la atención dental es una situación que genera ansiedad, siendo esta una respuesta emocional de alerta ante la percepción de una amenaza externa (CA, 2014, p. 1). Esta respuesta usualmente es mayor en los niños cuando entran en una situación o experiencia nueva (MedlinePlus, 2017, p.1).

A nivel mundial, durante la década pasada la comunidad dental ha mostrado una creciente preocupación por la atención odontológica sobretodo en niños. El niño experimenta sensaciones no reales que pueden ocurrir ante experiencias nuevas. En el tratamiento odontopediátrico es necesario conocer cuando un niño está ansioso ante la consulta odontológica. La ansiedad y el miedo son alternativas de conducta de los niños ante una situación extraña, como sucede en las consultas dentales, donde el niño se encuentra con un adulto que no conoce y en un ambiente desconocido, con ruidos que pueden alterar su mundo armonioso. (Lazarus & Folkman, 1986, p. 261).

La posición que adopta el niño en el sillón lo deja en un estado indefenso, sumado a que debe enfrentarse a estímulos auditivos, visuales y olfativos presentes en ella, los cuales le resultan nuevos y extraños, contribuyendo a la generación de este estado emocional como la ansiedad (Ciencia Odontológica, 2015, p 107).

Existen diferentes factores que determinan la conducta del niño en la consulta, como son: el miedo de los padres, el carácter del odontopediatra, las experiencias negativas escuchadas y transmitidas por los amigos o familiares, las experiencias médico-odontológicas negativas previas, la separación de los padres, el miedo a lo desconocido, la edad, el sexo, la cultura y la hora y duración de la consulta(Humphris& King; citados en Juárez, Retana & Delgado, 2013, p. 2).

Un estudio realizado por Wogelius et al (2003) sobre ansiedad dental en niños daneses de entre 6 y 8 años, encontró que 3 de cada 4 niños que relataron los más altos niveles de ansiedad presentaron problemas de manejo de comportamiento durante sus sesiones de

tratamiento. Y de los niños que ya habían asistido antes al dentista, un 37.2% presentaba problemas de manejo de comportamiento. Es importante considerar que usualmente en las historias clínicas no existe un ítem específico sobre el comportamiento del paciente, y sólo en ocasiones y dependiendo del servicio, especialidad, o profesional se escribe un comentario en la evolución sobre el comportamiento del paciente (Espinoza, 2013, p.6).

Por otro lado la ansiedad dental presenta una importante prevalencia, con tasas que van del 4% al 23% en países europeos, siendo un fenómeno "sumamente extendido" en el Reino Unido. En Sudamérica, estudios dan cuenta de tasas del 34,7% en preescolares, mostrando a su vez que los padres de dichos niños también presentan una alta incidencia de ansiedad dental (41,1%). En Estados Unidos, de 10 a 12 millones de personas sufren de una severa ansiedad dental, mientras que 35 millones de personas sufren de ansiedad dental. (Uribe, 2013, p.3).

Diversas investigaciones a nivel nacional consideran que la atención de pacientes pediátricos en odontología no es una labor fácil debido al poco conocimiento del manejo de los pacientes niños o al incorrecto trato que se les da. Los futuros odontólogos necesitan tener un previo conocimiento sobre la prevalencia de ansiedad dental en su centro de práctica (Ciencia Odontológica, 2017 p.23).

Tal es así que se realizó un estudio en Perú acerca del tratamiento dental, estrés y ansiedad en niños de 6 a 12 años, en el cual la muestra fue de 28 alumnos, (17 del sexo masculino y 11 del sexo femenino), los escolares objeto de estudio, respondieron el "Cuestionario para medir el grado de estrés y ansiedad" para determinar el nivel de los mismos. Se obtuvo como resultado que en cuanto al estrés presentado en los pacientes 5 minutos después del tratamiento dental invasivo, se observó que aumentó con respecto al estrés y ansiedad medida 5 minutos antes del tratamiento odontológico (Ciencia Odontológica, 2017 p.24).

A nivel Regional no se han encontrado estudios e informes de las instituciones de salud sobre la ansiedad en niños durante la consulta odontológica, pese a que se sabe que existen diversos servicios tanto en la parte pública como en la privada para la atención

odontológica. Los establecimientos de salud del MINSA atienden diariamente en sus puestos y centros de salud a pacientes tanto adultos y niños en número considerable, sin embargo el sistema de información de problemas dentales y datos relacionados lamentablemente no se encuentra implementado en la región; por tanto no se cuenta con estadísticas reales sobre la ansiedad dental en adultos mucho menos en niños.

Durante las prácticas clínicas se observa el comportamiento poco cooperativo del niño en la consulta odontológica se observa la actitud del niño frente al tratamiento dental que con usual frecuencia este suele dificultar el tratamiento disminuyendo la colaboración haciendo aparecer una conducta negativa que se podría deber a varios factores: ambiente odontológico, relación con el personal auxiliar, las actitudes de los padres y además el tipo de conducta que presenta cada niño en particular. Los padres refieren que los niños se resisten a acudir a la consulta odontológica, además mencionan que sus niños tienen temor a ingresar al consultorio dental.

Teniendo en cuenta la realidad problemática a nivel internacional, nacional y local se formuló el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el Nivel de Ansiedad en niños que acuden a consulta odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2017?.

Considerando que los problemas de ansiedad durante la consulta odontológica afectan a un gran número de niños, como se sabe el niño asocia a menudo la odontología con el daño, ha aprendido que el dentista puede dañarle y asocia su dolor con el “ser malo,” ya que en ocasiones recibió una sanción por su mal comportamiento e interpreta que la odontología y el dentista son un castigo; por tanto la no atención adecuada de los problemas de ansiedad en el niño podría complicar la consulta dental. El estudio cobra importancia porque es un tema que de todas maneras los odontólogos debemos abordar porque se presentará constantemente durante el desempeño de la profesión con la finalidad de mejorar la atención de forma integral.

Por tanto los resultados de este estudio servirán como diagnóstico de la ansiedad de los niños relacionado a la consulta odontológica, esta información válida y formal servirá de referencia para proponer alternativas de solución a esta problemática en quienes estén encargados de dirigir las intervenciones en salud bucal a nivel regional. Además tratándose de que no existen estudios sobre este aspecto en la región tendrá un valor teórico considerable y servirá de referencia para posteriores estudios sobre el tema. Al realizar la medición de la ansiedad con un instrumento válido los resultados arribados serán consistentes y nos permitirán conocer de cerca la realidad de la ansiedad dental en niños.

En los siguientes capítulos de la tesis se presentan los objetivos, el marco teórico utilizado para la investigación, los materiales y métodos, los resultados y discusión así como las conclusiones y recomendaciones.

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar el nivel de ansiedad en niños que acuden a la Consulta Odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017.

Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017, según el test de Corah
- Identificar el nivel de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas - 2017, según le test de Venham.
- Caracterizar a la muestra objeto de estudio.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes del Problema.

Internacionales

Juárez, F., Retana, L., Delgado, F. (2013). México. “Factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad en niños de cuatro a seis años de edad que acuden por primera vez con el odontopediatra”. El estudio se realizó con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad en los niños de cuatro a seis años de edad que asisten a la Clínica Reforma (FES Zaragoza, UNAM) para su primera consulta con el odontopediatra. Se realizó un estudio a 100 niños de cuatro a seis años de edad utilizando la escala visual análoga de rostros. Los resultados evidencian que el 44% de los pacientes evaluados presentó ansiedad. En la distribución por sexo, el 50% de los sujetos de sexo femenino mostró ansiedad, a diferencia de los de sexo masculino, donde sólo el 38.5% la manifestó. El 87.5% de los hijos de aquellos padres que sintieron confianza al dejarlos pasar solos con el odontopediatra no presentó ansiedad ($p < 0.001$). Por otro lado, la escolaridad fue determinante, ya que el 86.4% de los niños de nivel preescolar presentó ansiedad ($p < 0.0001$). Asimismo, el 72.7% de los menores que no entendieron las explicaciones de sus padres de por qué asistían a la consulta también mostró ansiedad ($p = 0.032$), así como los que reaccionaron negativamente al separarse de sus padres (70.5% con [$p < 0.0001$] $p = 0.0001$). Finalmente, 70.5% de los menores que reportaron temor a las inyecciones presentaron ansiedad ($p < 0.0001$). Conclusiones: La prevalencia de ansiedad en la población de estudio fue de un 44%; los factores de riesgo asociados fueron: padres ansiosos, grado escolar del paciente, reacción negativa al separarse de los padres; temor hacia el personal de salud, a las inyecciones, al llegar a su cita y al reconocer la clínica.

Caycedo, C., Cortés, O., Gama, R., Rodríguez, H., Colorado, P. (2008). Colombia. Hicieron un estudio del reporte de los odontólogos en relación a la ansiedad que tienen sus pacientes y las respuestas de dos escalas de ansiedad tomadas

antes del tratamiento odontológico en Bogotá, Colombia. La escala MDAS (Escala de Ansiedad Dental Modificada) y la SDAI (Inventario de Ansiedad Dental), les dieron un resultado similar en los diferentes niveles de ansiedad en la muestra de este estudio. Los procedimientos que tenían que ver con jeringas y agujas (47,2%), la anticipación de la exodoncia de una pieza dental (34,7%) y la anticipación del uso de la fresa dental (25,4%) tuvieron más niveles de ansiedad. Se observó niveles de ansiedad levemente mayores más en mujeres que en hombres.

Rivera, I., Fernández, A. (2005) Honduras. En este trabajo se estudió la ansiedad dental de una muestra de 170 escolares (6-11 años). La evaluación se realizó mediante la Escala de Ansiedad de Corah Modificada (EACM), el Test de Dibujos de Venham, y la Escala de Evaluación de los Miedos (CFSS). La ansiedad media según la EACM fue de 10,21 puntos. Los padres informaban de mayor ansiedad ante la posibilidad de realizar una visita al dentista al día siguiente, la limpieza dental y la espera de tratamiento en el sillón del dentista, en este orden. Según el test de dibujos de Venham (TDV) los datos indican que la mayoría de niños de la muestra no presentaban niveles elevados de ansiedad dental; los escolares que fueron muestra para el estudio mostraban niveles moderados de ansiedad dental, y sólo entre el 14-15 % de ellos presentaban niveles de ansiedad clínicamente significativos. Por otra parte el 15.9%, según el cuestionario CFSS, mostraban niveles clínicamente significativos de ansiedad dental. Los resultados demuestran la relevancia de la ansiedad dental infantil y su relación con ciertas experiencias previas.

Rodríguez, L., et al (2000). Estados Unidos En su estudio Estrés en pacientes de las unidades de salud bucodental de Atención Primaria cuyo objetivo es determinar la prevalencia de pacientes con miedo al dentista entre los usuarios de las unidades de salud bucodental en 804 pacientes, el instrumento utilizado fue una escala visual analógica (EVA). Los resultados fueron pacientes que presentan grado de ansiedad, de los que un 10,1% reflejó altos valores (>7,5 en la escala). Estos valores resultaron estar influenciados por el sexo ($p=0,000$), lugar de residencia ($p=0,025$) y por la presencia de un acompañante en la consulta ($p=0,008$).

Sánchez, F., Toledano, M., Osario, R., (2003) Alemania. En este estudio se realizó para determinar la estimación de la ansiedad, participaron 81 niños de edades comprendidas entre los 8 y 12 años de edad que no habían acudido antes a una consulta dental. El nivel de ansiedad fue medido con una Escala de Imagen Facial (FIS), los resultados muestran que no existen diferencias significativas de ansiedad entre niños y niñas antes de comenzar el tratamiento. La ansiedad está relacionada con el comportamiento que presenta un niño durante su tratamiento dental. Los valores de ansiedad antes del tratamiento son superiores a la ansiedad mostrada tras la realización del mismo, lo que nos indica una experiencia dental no traumática.

Marqués, K., et al (2010). Brasil. Tuvieron como objetivo identificar los principales factores causantes de ansiedad dental en niños previo al tratamiento dental en 10 niños entre las edades de 4 y 6 años. Utilizaron el Test de Imágenes de Venham Modificado antes de la consulta y luego de ésta le pidieron a cada niño realizar un dibujo que reflejara el consultorio dental y el personal. Los resultados mostraron que 9 niños presentaron ansiedad moderada a severa de acuerdo al Test de Imágenes de Venham.

Nacionales.

Tasayco, M. (2011) Perú. En su estudio titulado “nivel de ansiedad en relación a la aplicación de musicoterapia en niños de 6 a 8 años atendidos en la clínica odontológica de la universidad Norbert Wiener”. El nivel de ansiedad fue medido con una Escala de Imagen Facial (FIS), de acuerdo al sexo no hubo diferencia significativa de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y los resultados mostraron que existe un nivel de ansiedad más alto antes del tratamiento que después del tratamiento.

Cerrón, M. (2010) Perú. En su estudio titulado “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”. Se aplicó la Escala de ansiedad dental modificada de

Corah. Se observó que del total de niños el 84.5% presentaron bajo miedo dental, 13.2% alto miedo y solo el 2.3% de los niños no presentaron miedo; el grupo de niños entre 4 – 6 años de edad tuvieron niveles de miedo dental significativamente más elevados que los otros grupos de edad, disminuyendo el miedo a medida que aumentaba la edad. Del total de niños el 27.9% presentaron alto miedo a los procedimientos altamente invasivos, del total de niños el 7.8% presentaron alto miedo a los procedimientos menos invasivos y del total de niños el 8.5% presentaron alto miedo a los aspectos médicos generales. Se observa que si existe asociación estadística entre el grupo etáreo y el nivel de miedo dental en niños, lo que significa que la edad influye en el nivel de miedo dental en niños, así como en el miedo que se tiene a los procedimientos altamente invasivos y procedimientos menos invasivos.

Urbina, S. (2006) Perú. En su estudio titulado “Relación entre Ansiedad y Respuesta Fisiología en Niños de 5 a 8 años en su Primera Visita Odontológica”. Estuvo conformada por 44 pacientes que acudieron por primera vez a la consulta odontológica. El 56.8% fueron niñas y el 43.2% niños. Encontrando según la medida de valores de ansiedad (medido a través del Test VPT) según sexo y edad antes de su primera visita odontológica. Los niños presentaron un mayor puntaje (2.21 + 2.76 puntos) que en las niñas (1.44 + 1.83), Además se encontró que los niños de 6 años presentaron mayor puntaje (2.20 + 2.49) a diferencia de los niños de 8 años que presentaron el menor valor (1.56 + 2.22). También se encontró niños con ansiedad según sexo y edad ($VPT \geq 1$) y sin ansiedad ($VPT = 0$) antes de su primera visita odontológica. Dentro del grupo con ansiedad, el 60.9% eran niñas mientras que en grupo sin ansiedad el 52.4% eran niñas, sin diferencia estadísticamente significativa entre grupos ($p = 0.570$). Concluyendo que al comparar la ansiedad entre el grupo de niños y niñas en las diferentes edades se encontró que la mayor proporción de pacientes ansiosos estuvo en el grupo de niñas antes de la consulta odontológica.

A nivel local

No se encontraron estudios sobre el tema.

3.2.Base Teórica

3.2.1. Ansiedad.

a) Definición.

La ansiedad la palabra viene del vocablo latino que significa “preocupación por lo desconocido”, y también está relacionado con la palabra griega que significa “comprimir o estrangular” (Trickett, 2009, p.13). Mientras que para Baeza & Balaguer definen a la ansiedad como un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir situaciones que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o perder. La función de la ansiedad es advertir y activar al organismo, movilizarlo, frente a situaciones de riesgo cierto o probable.

Para Ros (2004) la ansiedad es un proceso absolutamente normal en el ser humano, una respuesta automática que se produce en el cerebro primitivo cuando interpreta que existe un peligro para la vida.

Según Freud (1894) se define la ansiedad como una respuesta al peligro percibido o al estrés. Refiere que la ansiedad es causada por una estimulación que excede la capacidad del organismo para manejarla. Por otra parte Freud supuso que la energía psíquica (libido) se acumula si las inhibiciones y tabúes evitan que se expresen. Esta energía acumulada puede aumentar hasta el punto que pueda abatir los controles del “yo” cuando esto sucede produce un estado traumático de pánico o ansiedad.

La ansiedad es definida por la Real Academia Española (RAE) como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. En relación a la medicina se define como la angustia que suele acompañar a muchas enfermedades. La RAE define el término miedo como la perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario y el término fobia como el temor irracional compulsivo.

La ansiedad dental presenta una importante prevalencia. En términos generales las tasas van del 4% al 23% en países europeos, siendo un fenómeno extendido en el Reino Unido. En Sudamérica, se detallan tasas del 34,7% en preescolares, mostrando a su vez que los padres de dichos niños presentan una alta incidencia de ansiedad dental de 41,1%. En Estados Unidos, de 10 a 12 millones de personas sufren de una severa fobia dental, mientras que 35 millones sufren de ansiedad dental. (Ríos & Herrera & Rojas 2014 p. 39). Así mismo, alrededor de 5% de la población de países occidentales reportan un alto grado de ansiedad dental (Rivera, 2005, p. 461)

b) Tipos

Freud (1894) menciona tres tipos de ansiedades:

- La primera es la ansiedad de realidad, la cual puede llamarse en términos coloquiales como miedo. De hecho, Freud habló específicamente de la palabra miedo, pero sus traductores consideraron la palabra como muy mundana. Podríamos entonces decir que si uno está en un pozo lleno de serpientes venenosas, uno experimentará una ansiedad de realidad.
- La segunda es la ansiedad moral y se refiere a lo que sentimos cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado del Super “yo”. Es otra terminología para hablar de la culpa, vergüenza y el miedo al castigo.
- La última es la ansiedad neurótica. Esta consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello. Si en alguna ocasión se siente como si fuésemos a perder el control, su raciocinio o incluso su mente, está experimentando este tipo de ansiedad. “Neurótico” es la traducción literal del latín que significa nervioso, por tanto podríamos llamar a este tipo de ansiedad, ansiedad nerviosa.

3.2.2. Niveles de ansiedad

La ansiedad no es algo rígido, se da en muchos matices y existen diferentes niveles de la misma, dependiendo de cómo se reaccione a las diferentes presiones. Dentro de cada uno de estos niveles se pueden reconocer diferentes síntomas. Como ya se sabe la ansiedad altera en una manera global, por lo cual se puede presentar sensaciones físicas, alteraciones en la capacidad de pensamiento, así como comportamiento y emociones. Cada nivel de ansiedad afectará de manera diferente y esto, evidentemente, varía de persona a persona, sin embargo, sí está comprobado que algunas sensaciones van surgiendo conforme se acumula la ansiedad. (Socmedia, 2015, p.1)

- **Ansiedad leve**

Cuando se tiene ansiedad en este nivel, se siente una cierta incomodidad y es normal tener una sensación constante de que algo no encaja. No se debe olvidar que la ansiedad es una respuesta natural del organismo, no es una enfermedad, el ser humano está hecho para tolerar una cierta cantidad de ansiedad sin que esto sea algo negativo. En este punto los sentidos y percepción están alerta y estas reacciones hacen que sea más fácil concentrarse, aprender, resolver problemas y ponerse a salvo, entre otras cosas.

- **Ansiedad moderada**

La ansiedad moderada ya produce sensaciones inquietantes, normalmente trae sentimientos de nerviosismo o agitación. Cuando se presenta ansiedad moderada, se pierde la percepción general de las cosas y se comienza a centrarse más en los detalles.

- **Ansiedad severa**

La ansiedad severa se experimenta cuando hay preocupación constante y hay sentimientos que hay algo que puede salir mal. En este punto se agudiza el temor. Cuando se alcanzan niveles tan fuertes de ansiedad, se puede experimentar lo que se conoce como “ataque de pánico” que es, a grandes rasgos la respuesta completa de lucha o huida, en la cual el cuerpo dispara las reacciones necesarias para que se ponga a salvo, dado que hay algo diferente y no es una amenaza: se muestra la respuesta de miedo y angustia. (Socmedia, 2015, p.2)

c) Componentes de la ansiedad (Baeza &Guillamón, 2008, p.2).

- Cognitivos o de pensamiento: anticipaciones amenazantes, cálculo de consecuencias evaluaciones de riesgo, pensamientos automáticos o negativos, imágenes importunas, etc.
- Fisiológicos: activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, que implica cambios vasculares, respiratorios, etc.
- Motores y de conducta: inhibición o sobreactivación motora, comportamiento defensivo, etc.

d) Mecanismos de defensa de la ansiedad según Freud.

La ansiedad llega ser abrumadora, el Yo debe defenderse a sí mismo. Esto lo hace bloqueando inconscientemente los impulsos o distorsionándoles, logrando que sean más aceptables y menos amenazantes. Estas técnicas se han llamado mecanismos defensivos yoicos y tanto Freud como su hija Anna, así como otros seguidores han señalado los siguientes.

- La Negación se refiere al bloqueo de los eventos externos a la consciencia. Si una situación es demasiado intensa para poder manejarla, simplemente nos negamos a experimentarla. Como podrían

suponer, esta defensa es primitiva y peligrosa (nadie puede desatender la realidad durante mucho tiempo). Este mecanismo usualmente opera junto a otras defensas, aunque puede funcionar en exclusiva.

- El Desplazamiento es la “redirección” de un impulso hacia otro blanco que lo sustituya. Si el impulso o el deseo es aceptado por ti, pero la persona al que va dirigido es amenazante, lo desvías hacia otra persona u objeto simbólico.
- Agresión contra el propio Usualmente se usa cuando nos referimos a la rabia, irritabilidad y la agresión, más que a impulsos más positivos.
- La Formación reactiva, o “creencia en lo opuesto”, como Anna Freud llamó, es el cambio de un impulso inaceptable por su contrario.

3.2.3. Ansiedad en niños

La ansiedad puede definirse como la aprensión o temor excesivo provocado por circunstancias reales o imaginarias. Se caracteriza por una preocupación que provoca una excesiva inquietud. Esta preocupación puede interferir en las habilidades de los niños. Es normal que los niños y niñas experimenten ansiedad en determinados momentos, esto ayudará a elaborar estrategias para enfrentarla de manera positiva. Pero cuando los niveles de ansiedad en los niños son demasiado altos e interfieren en el funcionamiento diario de los pequeños se debe prestar especial atención y tomar medidas (Educap, 2017, p. 1).

La ansiedad es una de las formas más comunes de estrés y está relacionada con el temor a que algo malo sucederá. Es una reacción humana natural, cuya función es servir de alarma ante situaciones que puedan dañar o amenazar al individuo y se expresa a nivel físico y emocional. Los niños también pueden sentirse ansiosos, especialmente frente a situaciones de tensión. Veamos cómo se expresa la ansiedad infantil, cuáles son sus patrones de normalidad y qué tratamiento puede seguirse para ayudar a que nuestros hijos la superen (Lelyen, 2016, p. 1).

Ansiedad normal en los niños

Al ser un mecanismo defensivo muy útil, la ansiedad puede ser considerada normal en cierto rango. Si un niño debe enfrentar una situación desconocida o desafiante, como puede ser un examen, conocer nuevas personas, comienzo de la escuela, etc., lo más probable es que se sienta ansioso. Su mente se centra en qué sucederá y en la posibilidad de que ocurra algo no planeado. Esta dosis de ansiedad es completamente natural y puede servir como elemento de motivación. Prepara al pequeño para estar alerta y hacer su mayor esfuerzo. Sin embargo, un exceso de ansiedad puede ser abrumador para los niños y afectar su capacidad de realizar bien las tareas. Los casos severos pueden hacerlos sentir tan mal que se pierdan lo bueno de la vida, robándoles lo más importante en la infancia: la alegría (Lelyen, 2016, p. 2).

Trastornos de ansiedad en niños

Uno de los problemas mentales más comunes en los niños son los trastornos de ansiedad, que se dan de manera variada en los distintos casos. Pueden aparecer bruscamente o de forma gradual, y muchas veces desarrollan un sentimiento de predestinación o presagio. Los trastornos infantiles de la ansiedad incluyen:

- **Ansiedad generalizada:** es la más común y lleva al niño a preocuparse excesivamente por cosas como la escuela, la salud o seguridad de los miembros de la familia, el futuro, etc. Por lo general, piensan que sucederá lo peor y esta sensación se hace acompañar de alteraciones físicas: dolores de cabeza, tensiones musculares, fatigas, trastornos estomacales, entre otras. Como consecuencia de ello, evitan ir a colegio o a cualquier otra actividad social.

- Trastorno obsesivo-compulsivo: esta ansiedad se expresa en forma obsesiva y compulsiva. El niño tiene pensamientos fijos de preocupación y repite determinadas acciones para tratar de aliviar la sensación.
- Fobias: se trata de miedos a cosas o situaciones específicas que no son dañinas, las cuales son evitadas por el niño.
- Ataque de pánico: se trata de episodios de ansiedad que ocurren sin razón aparente y se expresan en síntomas físicos y emocionales abruptos y severos: mareos, taquicardias, miedos, entre otros.
- Estrés post-traumático: es un resultado de alguna experiencia traumática en el pasado. Los síntomas incluyen retrospectivas mentales, pesadillas, miedos irracionales y negación del evento que causó el trauma (Lelyen, 2016, p. 3).

Tratamiento de la ansiedad infantil en niños

A diferencia de los miedos evolutivos, los trastornos de ansiedad en los niños no desaparecen por sí solos, sino que, por el contrario, se intensifican y predisponen a quien los padece a sufrir otros trastornos emocionales, así como también dificultades en el aprendizaje. Los estudios que relacionan ansiedad y aprendizaje determinan que los altos niveles de ansiedad, como así también como los bajos niveles de ansiedad dificultan el aprendizaje (Ima, 2015, p. 4).

Los trastornos de ansiedad infantil deben ser tratados por profesionales de la salud. El terapeuta valora los síntomas y, a partir de su diagnóstico, elabora un plan de acción curativo. Por lo general se le enseñan al niño nuevas estrategias para pensar en las situaciones que le causan ansiedad y para que las maneje de la mejor manera posible. Los pequeños desarrollan habilidades y aprenden nuevas técnicas (relajación, ejercicios de respiración) que les permiten lidiar con el estrés. Los medicamentos pueden ayudar en casos puntuales, pero el tratamiento de los

problemas de ansiedad en niños prioriza el mejoramiento de los recursos de personalidad.(Lelyen, 2016, p. 4).

La relación entre el funcionamiento neurocognitivo y la ansiedad es bidireccional, ya que los trastornos de ansiedad interfieren en dicho funcionamiento y, de manera inversa, determinado funcionamiento neurocognitivo puede incrementar patológicamente la ansiedad. .Por ejemplo: un niño con dificultades en el habla puede desarrollar, por esa causa, una fobia social y, a la inversa, una fobia social severa puede conducir a una dificultad en la expresión del habla. Por estas razones y para ahorrarle al niño años de padecimiento, es fundamental el abordaje de estos trastornos en el momento de su aparición, para prevenir el desarrollo de complicaciones como las ya explicitadas o, por ejemplo, el abuso de sustancias.(Ima, 2015, p. 5).

3.2.4. Técnicas de manejo de conducta en Odontopediatría

El manejo de conducta del paciente infantil es un componente clave para el éxito en la Odontopediatría, considerando estas técnicas como modelos de aprendizaje. Uno de los principales retos de la Odontología Pediátrica es el manejo de la conducta, lo cual constituye un elemento fundamental del éxito en la especialidad. Las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones. Sin embargo el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas de situaciones específicas, son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro o aún de una cita a otra. (Soto, 2005, p. 16)

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo, rama de la psicología que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las condiciones ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones. Los métodos que utilice el odontólogo para abordar y tratar a una niño son determinantes de las reacciones y actitudes en la

situación odontológica, para ello las técnicas que se emplean para manejar las emociones del niño, comprenden de aquellos procedimientos que creen cambios en su comportamiento, incrementando su autocontrol. Las principales técnicas son:

- **Desensibilización:** técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Se hace de uso frecuente en odontología, iniciando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para más adelante. Conjuntamente se utiliza también el enfoque Decir-Mostrar-Hacer, que consiste en permitir que el niño conozca los procedimientos que se les va a realizar.
- **Modelamiento:** cambio del comportamiento que resulta de la observación de otra persona. Es efectivo para aliviar la ansiedad, ya que lo que resultaba desconocido al niño pasa a ser conocido a través de la experiencia de otros.
- **Reforzamiento Positivo:** esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado, es la más común para motivar a los niños a aprender. Es necesario aplicar inmediatamente el refuerzo y repetirlo con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento del niño. Los reforzadores pueden ser materiales, verbales y no verbales.(Soto, 2005, p. 16)

Los métodos para controlar el comportamiento en una consulta de odontopediatría están centrados en evitar conductas desagradables e improductivas, crear un ambiente que pueda facilitar la accesibilidad del niño y desarrollar actitudes positivas frente al cuidado dental en el futuro. Las técnicas de modificación de la conducta servirán como herramientas útiles para desarrollar y mantener comportamientos en niveles óptimos deseables o incrementar y reducir una conducta dada, observable, medible y seleccionable en el paciente infantil que muestre poca colaboración ante el tratamiento odontológico (Teixeira, Guinot y Bellet, 2008, p. 4).

Varios autores han reportado las técnicas de imitación y desensibilización como efectivas a la hora de proporcionar familiarización y progreso de la conducta del niño en el ámbito dental. Además, facilita la presencia de un comportamiento deseable en los niños aprensivos que no hayan tenido ningún tipo de experiencia dental. Patrones complejos de conducta son aprendidos muy rápidamente por imitación. Por ello, la técnica de imitación es un buen modo de enseñanza, ya que proporciona muchos beneficios en comparación con el esfuerzo que representa llevarla a cabo (Teixeira, Guinot y Bellet, 2008, p. 5).

3.2.5. Ansiedad y entorno del paciente pediátrico durante la consulta odontológica.

Un fundamento importante para la práctica odontológica dirigida a niños es la habilidad de poder guiarlos a través de sus experiencias dentales, este autor indica que el proceso de encaminar al niño en el transcurso de una cita odontológica, se lo conoce ya hace varios años como “manejo de la conducta” (Narváez, 2015, p. 6)

Nahás (2002) define la ansiedad como un tipo de fenómeno que puede desempeñar un papel primordial para la formación de síntomas, ya sean de índole físico o psicológico, además indica que estos episodios se manifiestan por un estado de inquietud que puede ir aumentando de forma progresiva si el paciente se siente de alguna forma amenazado, o en situaciones de peligro, tensión o estrés.

Escobar (2004) sugiere que, dependiendo el entorno en el que se desenvuelva el niño va a direccionar su comportamiento ante la visita odontológica, Barbería (2011), señala que no se debe relacionar cualquier aumento de ansiedad directamente como algo perjudicial para el niño, puesto que en muchos casos que esta reacción esté presente ayuda como un modo de supervivencia innata, es decir es una señal de alerta para alejarnos de cualquier tipo de peligro, pero si el paciente presenta esta conducta en un rango fuera de límites aceptables durante su tratamiento, no habrá colaboración plena hacia el odontólogo encargado, provocando pérdida de tiempo e insatisfacción durante el trabajo que se esté

llevando a cabo, además que se puede favorecer la aparición de algún tipo de accidente innecesario al momento de la consulta. Y es en donde Barbería, en el 2001 manifiesta: “La manera en que el niño aprende a manejar su ansiedad en la consulta dental será decisiva de cara a su futura conducta a la hora de continuar buscando o evitando el tratamiento dental”.

3.2.6. Comportamiento durante la atención dental.

El comportamiento del niño en el entorno odontológico es un fenómeno multifactorial. Varios factores, incluyendo características psicológica comportamentales, temperamento, nivel socio-económico, y edad, afectan el comportamiento del niño en diferentes situaciones clínicas dentales (Aminabadi et al, 2011, p.22).

Aminabadi et al. (2011) evaluaron el comportamiento de los niños en un entorno odontológico, y su relación con el temperamento y la edad. Entre sus resultados obtuvieron que los niños de 1-3 años manifestaran conductas “definitivamente negativas”, “negativas”, y “positivas” en cuanto a su comportamiento, en un 65%, 30%, y 5%, respectivamente. Ninguno de los sujetos mostró un comportamiento “definitivamente positivo” en este grupo etario. Las frecuencias para el grupo de 4-5 años fueron 36.1%, 34.4%, 18%, y 11.5%, en el mismo orden. En el grupo de 6-7 años, solo un 20% tuvo un comportamiento “definitivamente negativo”, seguido de un 39.1% “negativo”, 23.5% “positivo”, y un 17.4% de “definitivamente positivo”. Por lo tanto concluyeron que a medida que los niños tienen más edad, el comportamiento dental se vuelve más positivo.

3.2.7. Factores específicos que aumentan el nivel de ansiedad.

Tal cual existen factores externos o ambientales que condicionan la visión del niño hacia la consulta odontológica, dentro de esta encontramos factores específicos los cuales están bajo la custodia del odontólogo, el cual será el encargado de disminuir su impacto ante los ojos del paciente para que no causen una impresión errónea. Entre estos encontramos los siguientes. (Luna, 2015, p. 11).

- Actitud del Odontólogo. Sobre la actitud, Dean, Avery & McDonald (2011), señalan que “Hay un acuerdo general que la actitud o las expectativas del odontólogo pueden afectar el estado de una cita odontológica. El niño va a responder con el tipo de comportamiento que espera”.
- Vestimenta del Odontólogo. Ripa & Barenie (1984) sostienen que pocas veces los niños asocian la vestimenta con algo negativo, salvo ciertos pacientes a los cuales el mandil blanco o colores neutros en vestimenta implican relación directa con hospitales y sobre todo con inyecciones. Por lo cual se recomienda, generalmente en Odontopediatría, el uso uniformes con diseños llamativos para que los pacientes tengan en estos otro tipo de distracción favorable.
- Duración de la Visita. Es recomendable que las visitas sean cortas y preferiblemente en la mañana, o en un horario en el que no interfiera con horas de descanso del niño, tales como siestas u horas de alimentación puesto que, se requiere una máxima colaboración del paciente para que el tratamiento se lo pueda realizar sin contratiempos. (Luna, G., (2015) p 10 citado en Ripa et al., 1984).
- Ambiente Odontológico. La sala de espera deberá contar con un diseño agradable, dedicado especialmente para niños, paredes con colores pasteles, mueblería acorde a su estatura, contar con pasatiempos como rompecabezas, libros para colorear sobre una mesa, libros de lectura corta, juguetes de género neutral, videos que indiquen diversos procedimientos para la higiene bucal, al igual que dibujos o cuadros infantiles. (Luna, G., (2015) p 11).

3.2.8. Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad.

Baeza y Balaguer (2008), afirman que los síntomas de la ansiedad son muy variados, y que pueden clasificarse en diferentes grupos:

- **Físicos:** taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. En casos muy extremos, alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- **Psicológicos:** inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones y en casos más extremos, temor a la muerte, la locura o el suicidio.
- **De conducta:** Escala de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.
- **Intelectuales o cognitivos:** dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, pensamientos distorsionados o inoportunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.
- **Sociales:** irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos.

3.2.9. Paciente niño durante la consulta odontológica.

Se define al niño como un ser en desarrollo físico, psíquico y social que recibe influencias natas y adquiridas, por tanto se desarrolla en tres sentidos básicos: Céfalo-caudal, mesio-distal y del genérico al específico. Estas direcciones contribuirán a la maduración de las funciones básicas iniciales y fundamentales para la supervivencia, adaptación y para la ejecución de las funciones de maduración y del aprendizaje (Walter, Ferelle & Issa, 2000, p.7).

Cuando un paciente niño llega para ser atendido por el odontólogo, trae más que una molestia en sus tejidos bucales, una carga emocional, de experiencias propias o de su entorno cercano, ya que es un ser humano que tiene miedo, ansiedad y gran preocupación por las sensaciones dolorosas. Ellos son más ansiosos y temerosos que los adultos, debido a que están expuestos a experiencias nuevas y desconocida para ellos. (Castillo, 1996, p.22)

El miedo y la ansiedad están juntos en la infancia y no pueden ser separados. Estas emociones comienzan a desarrollarse en edad pre-escolar con el inicio de la conformación de nuevos patrones de comportamientos; los cuales se van adquiriendo en el contacto social con amigos y otros adultos, incluyendo al dentista y a su ambiente odontológico (Beltrán, 2006, p.22 citado en Spencer & Frankl & Helmi & Fogels, 1962, p.150)

Barbería (2001) manifiesta: “La manera en que el niño aprende a manejar su ansiedad en la consulta dental será decisiva de cara a su futura conducta a la hora de continuar buscando o evitando el tratamiento dental”.

3.2.10. Perfil psicológico del paciente niño

La infancia se caracteriza principalmente por cambios que ocurren gradualmente, sus capacidades físicas y mentales van evolucionando en complejidad y función. Las emociones como el miedo y la ansiedad hacen parte de las reacciones del organismo, y están presentes durante toda la vida del ser humano y muchas veces ocurren durante el tratamiento odontológico, siendo su superación uno de los mayores desafíos para el niño y para el odontopediatra (Josgrilberg, 2009, p. 15).

El objetivo principal de la psicología aplicada a la odontología es interferir en las variables psicosociales que intervienen en los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en odontología, con el objetivo de promover y mantener el estado de salud del individuo, así como prevenir y facilitar el enfrentamiento eficiente a situaciones de tratamiento dental. De este modo, para el manejo del paciente infantil durante la consulta odontológica se tornan esencial su comprensión de acuerdo con la fase de desarrollo a fin de establecer una relación profesional adecuada (Correa, 1998, p. 19).

Piaget suponía que los niños a cada edad tienen capacidad para resolver determinadas cuestiones y problemas. Comenzó estudiando los errores de los niños. Piaget se dio cuenta de que los niños con la misma edad cometían los mismos errores y él por lo tanto establece una secuencia evolutiva en el proceso cognitivo. Donde establece los siguientes periodos en el desarrollo evolutivo:

- Primer periodo, 0 a 2 años: llamado periodo sensorio motor. En este periodo el niño utiliza sus sentidos y capacidades motoras para conocer los objetos y el mundo (ve que es lo que puede hacer con las cosas) Aprende a lo que se llama la permanencia del objeto.
- Segundo periodo, desde 2 a 6 años: llamado periodo preoperacional. Observamos que los niños son capaces de utilizar el pensamiento simbólico, que incluye la capacidad de hablar. Los humanos utilizamos signos para conocer el mundo y los niños ya los manejan en este periodo. Sin embargo, este pensamiento simbólico es todavía un pensamiento egocéntrico, el niño entiende el mundo desde su perspectiva.
- Tercer periodo, desde los 7 a los 11 años: periodo de las operaciones concretas. En este periodo el niño puede aplicar la lógica, aplica principios. El niño ya no conoce intuitivamente sino racionalmente. Sin

embargo, no maneja todavía abstracciones. Su pensamiento está anclado en la acción concreta que realiza. Es el periodo escolar.

- Cuarto periodo, de los 12 años en adelante: periodo de las operaciones formales. Hablamos del adolescente y del adulto. Es la etapa del pensamiento abstracto, no solo piensa de la realidad, sino cómo puede hacer las cosas, ya puede hipotetizar.

3.2.11. Clasificación del paciente de Odontopediatría.

Clasificación Según Frankl, & McDonald (2011) indican que la Escala de Valoración de Comportamiento de Frankl, se ha utilizado para diversas investigaciones en la ciencia que involucra escalas de comportamiento en pacientes de odontopediatría, esta escala presenta cuatro divisiones:

- Tipo I, Definitivamente negativo. Hay rechazo total hacia el tratamiento, presenta actitud indiscutible de negación extrema que se manifiesta como llanto enérgico, miedo, pánico, etc.
- TIPO II, Negativo. Resistencia a recibir el tratamiento, escasa cooperación, episodio pasajeros de actitud negativa.
- TIPO III, Positivo. El paciente es capaz de aceptar el tratamiento pero con cierta cautela, sigue las instrucciones y los pasos que se le indica y es cooperador.
- TIPO IV, Definitivamente positivo. Existe una excelente relación con el profesional, hay interés hacia el procedimiento que se realice y lo disfruta mientras se lo practica.

3.2.12. Definiciones de términos básicos

- **Ansiedad:** la ansiedad es un proceso absolutamente normal en el ser humano, una respuesta automática que se produce en el cerebro primitivo cuando interpreta que existe un peligro para la vida.

- **Consulta odontológica:** Proceso encargado de la atención integral al paciente en salud oral.
- **Consulta de odontopediatria:** Es el acto más característico de la medicina infantil.
- **Niño:** ser en desarrollo físico, psíquico y social que recibe influencias natas y adquiridas.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Diseño de la investigación

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo porque utilizó la recolección de datos para probar hipótesis con base a la medición numérica y el análisis estadístico, de nivel descriptivo porque la información fue recolectada sin cambiar el entorno y, no experimental porque no se manipuló la variable, prospectivo porque los datos se tomaron de fuentes primarias y fueron recogidos a propósito de la investigación, transversal porque la variable de estudio fue medida en un solo momento. (Supo, 2014, p. 45.)

El esquema del diseño de estudio fue el siguiente: no experimental descriptivo simple



Dónde:

M = Muestra de estudio (niños que acuden a la consulta odontológica).

O = Variable (ansiedad dental durante la consulta odontológica).

4.2. Población muestral: Estuvo conformado por los niños que acudieron a consulta odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas durante el mes de abril y mayo del 2017, los cuales fueron 42 niños. El tipo de muestreo fue el muestreo no probabilístico por conveniencia considerando criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Niños de 8 a 12 años
- Niños, cuyos padres hayan consentido la investigación
- Niños que acudieron por primera vez a consulta odontológica

Criterios de exclusión:

- Niños, cuyos padres no deseen participar en la investigación.
- Niños que tengan patología que pueda causarles ansiedad (infecciones respiratorias, heridas entre otros)

4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

a) Método de investigación

Según la investigación fue hipotético deductivo: El método hipotético-deductivo tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia. (Hernández, 2008, p. 124), el proceso específico se realizó considerando la observación del problema de manifestaciones de ansiedad en los niños, luego se formuló una hipótesis descriptiva la que se probó posteriormente con la ejecución de la investigación.

b) Técnica de recolección de datos

Se hizo uso de la técnica la encuesta y la observación. (Canales, 1994, p. 65)

c) Instrumento de recolección de datos

Se utilizó la Escala de Ansiedad Dental de Corah, cuyo autor es Norman Corah (1934-2001), psicólogo estadounidense pionero en el estudio sobre valoración y tratamiento de la ansiedad que los pacientes experimentan antes de someterse a tratamientos odontológicos. El instrumento consta de 4 ítems con 5 alternativas cada una siguiendo una escala de Likert. El instrumento entrega la siguiente medición.

- Sin ansiedad: de 4 a 5 puntos
- Ansiedad leve: de 6 a 8 puntos
- Ansiedad moderada: de 9 a 12 puntos
- Ansiedad elevada: de 13 a 14 puntos
- Ansiedad severa: de 15 puntos a más

También se utilizó el Test Gráfico de Venham, que se basa en una técnica de auto-reporte de la ansiedad. Consiste en interpretar una historia presentando cuadros que muestran a un mismo niño en dos estados de ánimo diferente. El niño deberá

elegir en cada cuadro, como se siente en ese momento. El año 2004, Ramos y Almeida realizaron en Brasil la validación de la modificación de este test que lo hacía más moderno en imágenes y lo adaptaba a su realidad.

La consistencia interna y fiabilidad de reevaluación fueron puestas a prueba durante los estudios del Venham (1979) y ambos aspectos mostraron ser adecuados. La prueba de imagen se correlacionó significativamente con los índices de ansiedad que incluían dibujos de la figura humana, las calificaciones de la ansiedad y el comportamiento cooperativo, la frecuencia cardíaca y la respuesta basal de la piel. Los resultados de dicha investigación comprobaron que la prueba de imagen es un índice válido y fiable de la respuesta del niño pequeño al estrés situacional. El test de entrega la siguiente medición:

- Sin ansiedad: 0 puntos
- Ansiedad leve: 1 a 2 puntos
- Ansiedad moderada: de 3 a 5 puntos
- Ansiedad severa: de 6 a 8 puntos

Procedimiento de recolección de datos

- Se realizó trámites correspondientes a fin de obtener el permiso del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas para la ejecución del estudio.
- Se realizaron las coordinaciones con el servicio de odontología del hospital a fin de establecer las fechas de desarrollo del plan de recolección de datos, la fecha y hora de aplicación de las encuestas.
- Se aplicaron los instrumentos de recolección de datos en la sala de espera del consultorio de odontología con el apoyo de los padres o cuidadores de los niños.
- Se registraron todos los datos relacionados al estudio en los instrumentos, considerando todas las indicaciones.
- Terminado este proceso se procesaron los datos, para ello fueron tabulados previamente.

4.4. Análisis de los datos

La información final fue procesada utilizando el programa estadístico SPSS versión 20 y la hoja de cálculo Excel 2010. Para el análisis estadístico se realizó utilizando la estadística descriptiva considerando frecuencias absolutas y porcentuales con niveles de significancia de 0.05 (confiabilidad de 95% y margen de error de 5%). Los resultados se presentan mediante tablas simples, y gráficos de barra.

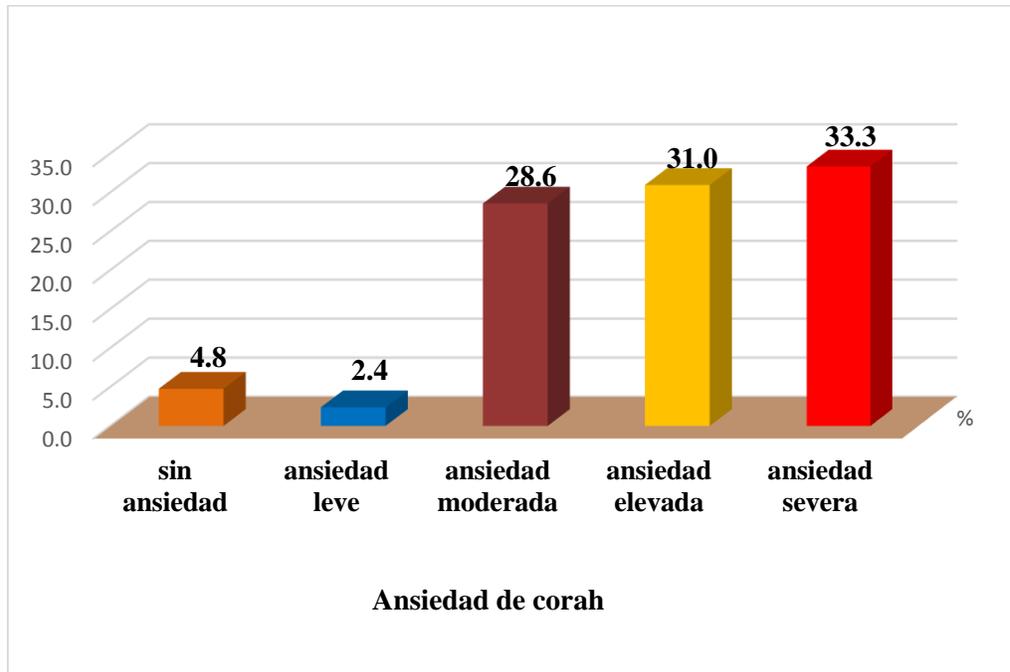
V. RESULTADOS

Tabla 1: Nivel de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. (Test de Corah)

Nivel de ansiedad	fi	%
Sin ansiedad	2	4.8
Ansiedad leve	1	2.4
Ansiedad moderada	12	28.6
Ansiedad elevada	13	31.0
Ansiedad severa	14	33.3
Total	42	100.0

Fuente: Test de Corah aplicado

Figura 1: Nivel de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. (Test de Corah)



Fuente: tabla 1

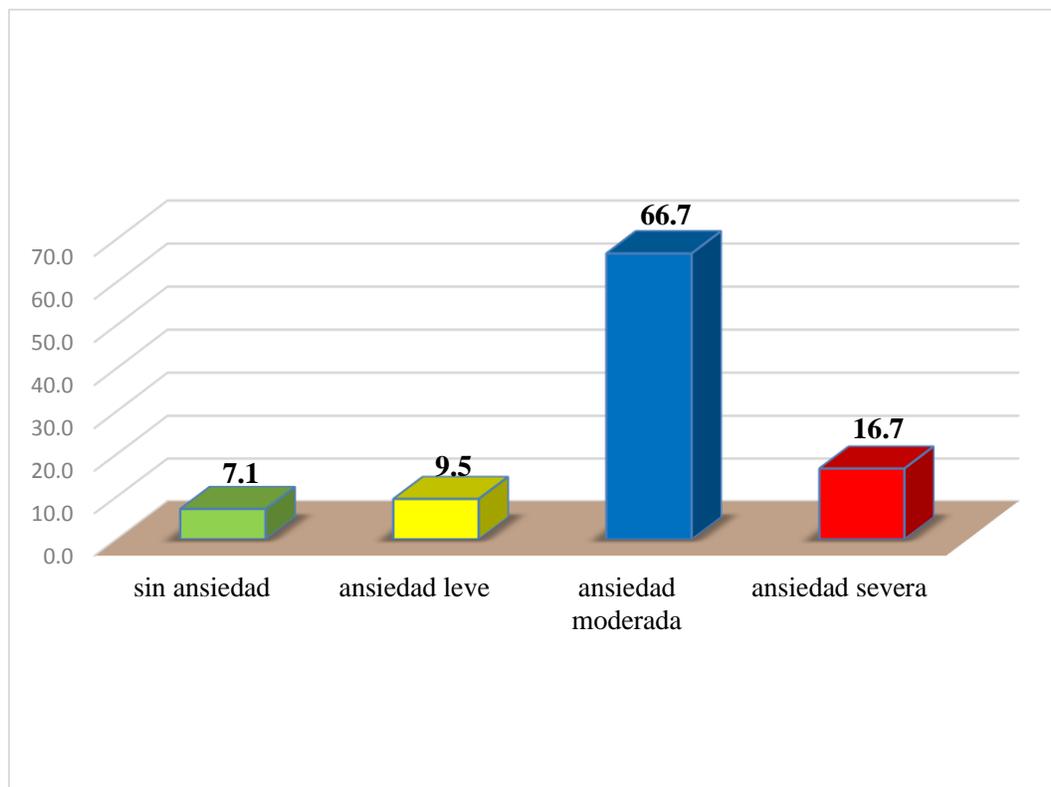
En la tabla/figura 1 se puede observar que del 100 % (42) de los niños en estudio; el 33.3 % (14) presenta ansiedad severa, el 31 % (13) ansiedad elevada, el 28.6 % (12) ansiedad moderada, el 2.4 % (1) ansiedad leve y solamente el 4.8 % (2) ansiedad nula es decir no tiene ansiedad. Como se puede ver en estos resultados los niños que acuden a consulta odontológica presentan en mayor proporción ansiedad severa según el Test de Corah aplicado.

Tabla 2: Nivel de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. (Test de Venham)

Nivel de ansiedad	fi	%
Sin ansiedad	3	7.1
Ansiedad leve	4	9.5
Ansiedad moderada	28	66.3
Ansiedad severa	7	16.7
Total	42	100.0

Fuente: Test de Venham aplicado

Figura 2: Nivel de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. (Test de Venham)



Fuente: tabla 2

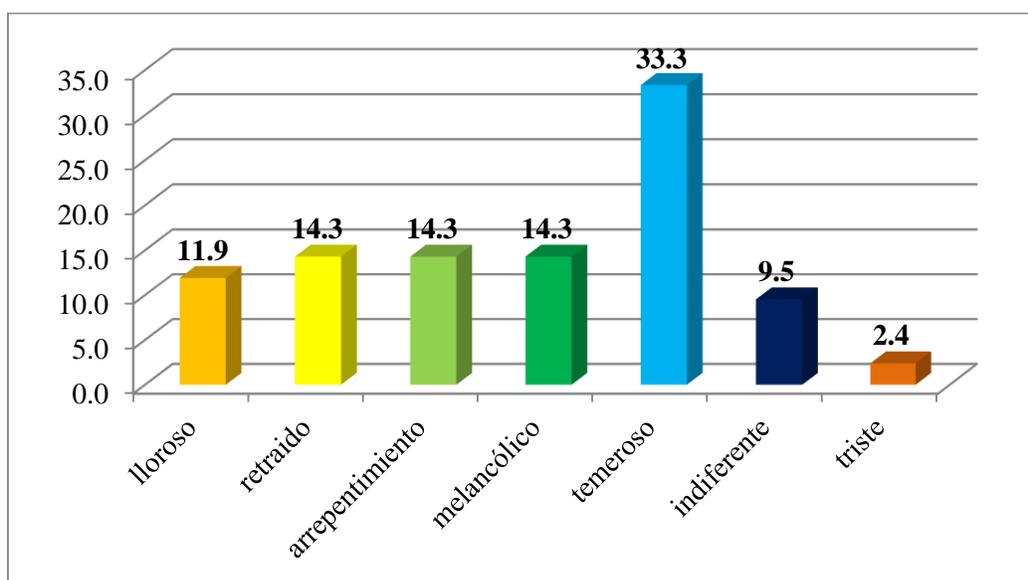
En la tabla/figura 2 se puede observar que del 100 % (42) de los niños en estudio; el 16.7 % (7) presenta ansiedad severa, el 66.3 % (28) ansiedad moderada, el 9.5 % (4) ansiedad leve y solamente el 7.1 % (3) no tiene ansiedad. Como se puede ver en estos resultados los niños que acuden a consulta odontológica presentan en mayor proporción ansiedad moderada según el Test de Venham aplicado al estudio.

Tabla 3: Expresiones de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. (Test de Venham)

Expresión predominante	fi	%
Lloroso	5	11.9
Retraído	6	14.3
Movimientos de susto	6	14.3
Melancólico	6	14.3
Temeroso	14	33.3
Indiferente	4	9.5
Triste	1	2.4
Total	42	100.0

Fuente: Test de Venham aplicado

Tabla 3: Expresiones de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017. (Test de Venham)



Fuente: tabla 3

En la tabla/figura 3 se puede observar que del 100 % (42) de los niños en estudio; el 11.9 % (5) estuvo lloroso, el 14.3 % (6) retraído, el 14.3 % (6) realizó movimientos de susto, el 14.3 % (6) estuvo melancólico, el 33.3 % (14) estuvo temeroso, el 9.5 % (4) indiferente y solo el 2.4 % (1) expresó tristeza, estos resultados nos muestran que una mayor proporción de niños sintió temor cuando acudió a la consulta odontológica.

VI. DISCUSIÓN

En la tabla/figura 1 se puede observar que del 100 % (42) de los niños en estudio; el 33.3 % (14) presenta ansiedad severa, el 31 % (13) ansiedad elevada, el 28.6 % (12) ansiedad moderada, el 2.4 % (1) ansiedad leve y solamente el 4.8 % (2) ansiedad nula es decir no tiene ansiedad. Como se puede ver en estos resultados los niños que acuden a consulta odontológica presentan en mayor proporción ansiedad severa o fobia según el Test de Corah aplicado.

Al respecto Rivera y Fernández (2005) en un estudio realizado en Honduras sobre ansiedad dental, en la que se utilizó la Escala de Ansiedad de Corah, se encontró que los escolares mostraban niveles moderados de ansiedad dental, y sólo entre el 14-15 % de ellos presentaban niveles de ansiedad clínicamente significativos. En conclusión, los escolares hondureños de Tegucigalpa tratados por el sistema sanitario público mostraron altos niveles de ansiedad dental general. Los niveles más elevados de ansiedad dental se presentaron frente a los procedimientos dentales más invasivos o potencialmente traumáticos.

Por su parte Marcano, Figueredo y Orozco (2012) en una investigación realizada en Venezuela, en la que utilizaron como instrumento la Escala de Ansiedad de Corah, se evidenció ansiedad en un 80,8%, arrojando un nivel de ansiedad alto con un 20%, destacando en la escala de evaluación de miedos dental es un porcentaje de 70,9 %.

Asimismo Ríos, Herrera y Rojas (2014) concluyeron en un estudio que la ansiedad dental presenta una importante prevalencia. En términos generales las tasas van del 4% al 23% en países europeos, siendo un fenómeno extendido en el Reino Unido. En Sudamérica, se detallan tasas del 34,7% en preescolares, mostrando a su vez que los padres de dichos niños presentan una alta incidencia de ansiedad dental de 41,1%. En Estados Unidos, de 10 a 12 millones de personas sufren de una severa fobia dental, mientras que 35 millones sufren de ansiedad dental.

Por otra lado Cerrón (2010) realizó un estudio en Lima, en cuyos resultados se muestra que un porcentaje de 84.5% de los niños presentaron miedo bajo y que el 13.2% de los niños presentaron niveles elevados de miedo al tratamiento odontológico, en el estudio se realizó como instrumentos la Escala de Ansiedad de Corah y un cuestionario de experiencias dentales de los niños.

Un estudio realizado en Guatemala por Ciriaz (2015) refiere que la fobia dental representa una forma grave de miedo dental y está caracterizada por una ansiedad desproporcionada y persistente, ya sea en relación a objetos y situaciones claramente discriminados o a la situación dental en general. 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.

Los estudios citados coinciden que existen niveles considerables de ansiedad dental en los niños, tanto las investigaciones en el ámbito internacional y nacional ponen de evidencia que la ansiedad es un problema que se debe abordar en la consulta odontológica.

En tal sentido es importante citar a Gale (1970), quien afirma que la ansiedad es "una sensación displacentera de mayor o menor intensidad, que se experimenta como desazón, intranquilidad, confusión, malestar, agitación, indecisión, inquietud difusa, angustia profunda, sensación de disolución o fragmentación, desconcierto y desintegración, y que admite muchas gradaciones de intensidad. Es así que la frecuencia de ansiedad en general varía según los investigadores, la población estudiada y los diferentes criterios de diagnóstico. Según la información aportada por Rivera (2005) la prevalencia del problema de ansiedad se mantiene relativamente constante desde hace 20 años, a pesar de las innovaciones en equipo dental y el incremento en el conocimiento de la ansiedad dental.

Así mismo Rivera y Fernández (2005) sostienen que el porcentaje de niños con altos niveles de ansiedad dental varía ampliamente dependiendo de las características de la población infantil estudiada (edad, pertenencia a población general o clínica, primera visita o no al dentista, etc.), de los procedimientos de evaluación de la ansiedad o miedo dental, y de los criterios de definición de la ansiedad o el miedo dental elevado o patológico.

Es así que Espinoza (2013) complementa que la ansiedad frente a la atención dental infantil y un mal comportamiento durante la atención odontológica pueden ser un obstáculo en el tratamiento dental, y afectar la salud oral; la ansiedad dental es un constructo multidimensional que no tiene una causa definida. Por ello Fonseca y Sanchis (2013) indican que la valoración del grado de ansiedad en las primeras visitas de pacientes pediátricos ayuda de gran manera a determinar las técnicas de manejo que se deben aplicar en cada caso para conseguir la realización del tratamiento odontológico idóneo a la patología dental presentada por el paciente.

Fonseca y Sanchis (2013) también refieren que el manejo de un paciente pediátrico es de vital importancia, ya que de ello depende el éxito del tratamiento dental. Algunos odontólogos pueden tener problemas en el manejo debido al comportamiento, a la ansiedad o al miedo dental. Y complementa Yamada, Tanabe y Sano (2002) que es importante saber identificar el grado de ansiedad y miedo de los pacientes pediátricos así como la conducta que pueden llevar a cabo durante el tratamiento dental, ya que son la principal barrera para llevarlo a cabo. Su manejo permite obtener el éxito o el fracaso del tratamiento.

Como se puede ver en la discusión de esta tabla, tanto los resultados del presente estudio como los antecedentes consultados muestran que existe ansiedad dental en los niños según el Test de Corah, y solo en algunos casos se tiene conciencia sobre este problema y se ha empezado a implementar algunas intervenciones para su abordaje. Lo que llama la atención es que existen porcentajes considerables de niños con ansiedad elevada, así como ansiedad severa.

Por tanto es importante que como profesionales de Estomatología tengamos que abordar la problemática, profundizando las investigaciones sobre la ansiedad dental en los niños, los factores de riesgo asociados y posibles medidas de intervención para reducir la ansiedad dental con la finalidad de brindar una atención odontológica efectiva y con menor riesgo para el paciente pediátrico.

En la tabla/figura 2 se puede observar que del 100 % (42) de los niños en estudio; el 16.7 % (7) presenta ansiedad severa, el 66.3 % (28) ansiedad moderada, el 9.5 % (4) ansiedad leve y solamente el 7.1 % (3) no tiene ansiedad. Como se puede ver en estos resultados los niños que acuden a consulta odontológica presentan en mayor proporción ansiedad moderada según el Test de Venham aplicado al estudio.

Similares resultados encontró Ciriáz (2015) en Guatemala, en donde se evidencia que al medir la ansiedad con el Test de Venham el 53.45% de los niños evaluados reportó ansiedad. Además el grupo que asistía entre 1 a 4 citas señaló un nivel más bajo de ansiedad en relación al grupo que asistía a 5 o más citas. Por otro lado el grupo de niños entre 5 y 7 años reportó una ansiedad mayor que los niños entre 8 y 9 años.

Además Ciriáz (2015) también complementa que en cuanto a los demás niveles de ansiedad el 31.03% de la muestra reportó ansiedad leve previa y 36.03% ansiedad leve posterior. El 13.79% reportó ansiedad moderada previo al tratamiento y 6.9% posterior al tratamiento dental. Únicamente el 1.72% de la muestra de niños evaluados señaló una ansiedad severa tanto antes del tratamiento como posterior al mismo. La ansiedad evaluada según el Test de Venham señala que los niños presentan mayor puntaje que las niñas, respecto a la edad el grupo de 6 años presentó mayor puntaje a diferencia de los 8 años que presentaron el menor valor.

Es importante mencionar que según Urbina (2006) el Test Grafico de Venham (técnica proyectiva) es una técnica de auto reporte de la ansiedad, que ha sido utilizada a partir de 1979 y fue modificado el año 2004 en Brasil por los investigadores Ramos y

Almeida, haciendo de esta técnica un instrumento moderno y adecuándole a nuestra época.

Por su parte Marcano, Figueredo y Orozco (2012) en su estudio realizado en Venezuela consideran que el miedo y la ansiedad han sido reconocidos como los principales motivos que dificultan la atención del niño en odontología, por lo cual se ha propuesto el uso de instrumentos de evaluación, para conocer los valores de éstos en pacientes odontopediátricos. Son pocas las investigación es realizadas sobre este tema en Latinoamérica, a pesar de su relevancia. El 89,17% de los niños, presentaron ansiedad según el Test de dibujos de Venham.

Un estudio realizado en España por Serrat, Quezada, Ferrer y Torrent (1995) sobre el dibujo como método para valorar la ansiedad dental en niños; ponen de evidencia que se encuentran varias características de los dibujos que son indicadores válidos de presencia o ausencia de ansiedad. De entre ellas, las más importantes son: luz potente en el equipo, instrumental exagerado, transparencia y yuxtaposición de las formas, presencia de dientes en el dibujo, uso colores rojos, simplificación del tronco de las figuras representadas, encuadre en casa o habitación, o que el paciente llore.

Como se puede apreciar tanto los autores consultados concuerdan que utilizando el test de Venham se pudo encontrar ansiedad dental en los niños; estos pueden expresar a través de imágenes los sentimientos y emociones asociadas a ansiedad, por tanto resulta importante emplear este tipo de instrumentos a fin de diagnosticar este problema en los pacientes pediátricos. En esta tabla también podemos observar que se encuentra niveles de ansiedad moderada y severa lo que se debe tener en cuenta para plantear intervenciones.

Considerando lo anterior es importante citar a Ciriáz (2015), quien indica que la ansiedad dental es definida como la angustia que siente el paciente durante la cita odontológica, por lo tanto es un problema que debe enfrentar el cirujano dentista durante su práctica profesional. Un gran porcentaje de los pacientes que acuden al

consultorio dental sufren de algún grado de ansiedad y es responsabilidad del odontólogo manejarlo de una manera adecuada.

Yamada, Tanabe y Sano (2002) complementa que el porcentaje de niños con altos niveles de ansiedad dental varía ampliamente dependiendo de las características de la población infantil estudiada, de los procedimientos de evaluación de la ansiedad o miedo dental, y de los criterios de definición de la ansiedad o el miedo dental elevado o patológico.

Con una serie de estudios encontrados que muestran cifras importantes de ansiedad dental en niños en diferentes ámbitos, es necesario que a nivel local se promuevan los estudios a fin de hacer un diagnóstico local y plantear medidas de solución a dichos problemas. En el Hospital Regional Virgen de Fátima sería importante fortalecer el Servicio de Odontología dirigido a los niños e implementar un protocolo de atención para la ansiedad dental de los niños.

En la tabla/figura 3 se puede observar que del 100 % (42) de los niños en estudio; el 11.9 % (5) estuvo lloroso, el 14.3 % (6) retraído, el 14.3 % (6) realizó movimientos de susto, el 14.3 % (6) estuvo melancólico, el 33.3 % (14) temeroso, el 9.5 % (4) indiferente y solo el 2.4 % (1) expresó tristeza, estos resultados nos muestran que una mayor proporción de niños sintió temor cuando acudió a la consulta odontológica.

Considerando que los niños se mostraron temerosos en mayor proporción en la consulta odontológica, es necesario mencionar a Klingberg (2007) quien define el miedo dental como un estado de angustia y malestar generalizado en el paciente, que va asociado a una situación de desconocimiento o de inseguridad. Es muy frecuente la presencia de miedo en los pacientes de menor edad, especialmente cuando asisten por primera vez a la consulta y desconocen por completo el ambiente, así como al odontólogo y al personal auxiliar.

Klingberg (2007) también complementa que el miedo, la ansiedad y los problemas de comportamiento parecen disminuir con los años; pero en los infantes de 2-3 años, al igual que los niños preadolescentes, parece que aumentan y son más frecuentes en niñas. Aunque hay otros estudios que demuestran lo contrario, debido a experiencias dolorosas o traumáticas en la niñez.

Es así que Versloot, Veerkamp, Hoogstraten y Martens (2004) afirman que diversos estudios han demostrado que la ansiedad, el miedo y el comportamiento tienen origen multifactorial, en el que el dolor, las experiencias negativas y las conductas disruptivas como son la timidez, la educación, la ansiedad general o la falta de autoridad son las principales razones.

También Clinical Affairs Committee (2006) indica que existe un alto porcentaje de niños a los que, sin el debido trato y sin el debido manejo, no es posible realizarles un tratamiento. A medida que crecen y maduran, tienden a presentar mayor colaboración y menos miedo. Los comportamientos del dentista y de los miembros del personal dental juegan un papel muy importante en la orientación del comportamiento pediátrico del paciente. A través de la comunicación, el equipo dental puede disipar el miedo y la ansiedad, enseñar los mecanismos adecuados para hacerles frente y guiar al niño a ser cooperativo, estar relajado y seguro de sí mismo en la configuración dental.

Por su parte Berge, Veerkamp y Hoogstraten (2001) encontraron que la etiología de la ansiedad en la odontología está relacionada principalmente con el tratamiento doloroso en combinación con la actitud negativa de los padres o del dentista, también la relacionan con el número de extracciones dentarias a que fue sometido el paciente, la primera impresión al ambiente de la sala de espera y las experiencias subjetivas dentales del niño.

Esa así que Espinoza (2013) propone una explicación psicoanalítica de las reacciones del niño ansioso a la atención dental. Esta se basa en la funcionalidad de la familia, la diada madre-hijo, el desarrollo psicológico del niño, las emociones y experiencias de

vida del niño. Esta explicación considera el desarrollo del niño desde su nacimiento hasta la adolescencia, pasando por distintas etapas fundamentadas en el cambio en la relación con la madre y los cambios propios del crecimiento.

Finalmente Toledo (1996) afirma que todo odontólogo que se disponga a asumir la responsabilidad de atender niños, debe tener en mente que su tarea no será muy fácil. Esto porque, el ejercicio de la Odontopediatría no puede limitarse únicamente a la ejecución de procedimientos técnicos – preventivos y curativos de la odontología, incluye también el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional.

Como se puede ver en la discusión de esta tabla los niños expresan una serie de sentimientos y emociones asociadas a la ansiedad durante la consulta odontológica que van desde tristeza hasta temor; en el estudio se pudo observar que una mayor proporción de niños expresaron temor en la consulta dental. Los autores citados nos ratifican que estos sentimientos se expresan en diferentes ámbitos por tanto es un problema común a nivel global. En los niños que acuden a consulta odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima se pudo observar en su mayor proporción temor.

Sería importante profundizar las investigaciones a fin de conocer con mayor detalle las emociones predominantes en los niños con la finalidad de proponer su atención, además como ya se sabe los niños son más susceptibles a desarrollar problemas derivados de una mala atención dental.

VII. CONCLUSIONES

1. Una mayor proporción de niños presentaron ansiedad severa, seguida de ansiedad elevada y ansiedad moderada, y en menores proporciones presentaron ansiedad leve y no tuvieron ansiedad, según el Test de Corah aplicado.
2. Una mayor proporción de los niños en estudio presentaron ansiedad moderada y severa, y en menor porcentaje ansiedad leve según el test de Venham aplicado.
3. Las expresiones relacionadas a la ansiedad que tuvieron los niños durante la consulta odontológica fue predominantemente el temor, seguido de retraimiento, melancolía, movimiento de susto, llanto, indiferencia y tristeza

VIII. RECOMENDACIONES

Al Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas

- Fomentar la investigación con la finalidad de profundizar sobre la ansiedad dental en niños y posibles estrategias para su manejo
- Implementar medidas dirigidas a mejorar la atención odontológica de los niños en el consultorio, para ello puede establecer protocolos de atención de la ansiedad dental de los niños.
- Capacitar al personal del Servicio de Odontología en temas referentes a la ansiedad dental de los niños.

A la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas (Escuela Profesional de Estomatología)

- Profundizar las investigaciones con enfoque cualitativo y cuantitativo sobre las emociones, sentimientos y la ansiedad de los niños durante la consulta odontológica
- Proponer medidas de solución basadas en evidencia científica para abordar el problema de la ansiedad dental en los niños.
- Mejorar la implementación del servicio de odontopediatría de la clínica.

A los profesionales de Estomatología

- Proponer alternativas en temas referidos a la ansiedad dental de los niños.
- Considerar las sugerencias dadas en el presente estudio para abordar la ansiedad dental en los niños

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

De Libros

Barbería, E., Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A. (2001) *Odontopediatría* Barcelona.

Bakarcie, D., Jokié, N., Mestrovic, M., Skrinjarie, A. (2007) *Structural analysis of dental fear in children with and without dental trauma experience*. EE. UU

Castillo, M. 1996. *Manual de odontología pediátrica*. Colombia.

Comité de Asuntos Clínicos - Subcomité de Gestión del Comportamiento. 2006. *Guía sobre la conducta orientativa para el paciente pediátrico dental*. Academia Americana de Odontología Pediátrica.

Corrêa, M.S.N.P. (1998) *Odontologia na primeira infância*. Sao Paulo.

Corrêa, M.S.N.P. (2002) *Sucesso no atendimento odontopediátrico: Aspectos psicológicos*. Sao Paulo.

Delgado, H. 2003. *Necesidades de adiestramiento de personal de salud y nutrición en los países en desarrollo*. Costa Rica.

Dean, J., Avery, D. & McDonal, R. (2011) *Odontología para el Niño y el Adolescente* New York.

Espinoza, P. (2013). *Ansiedad Dental En Niños De 6 Años Beneficiarios Del Programa De Salud Oral Integral En La Región Metropolitana – Chile*.

Freeman, R. (2007). *A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment*. New York.

Gale, E. 1970. *Miedo a la situación dental*. J Dent Res. Reino Unido

- González, S. (2005) *Miedos infantiles y estilo de educación: Diferencias y similitudes entre España y Costa Rica*. Costa Rica
- Horacio, A. (2002). *La Ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico. 1era edición*. Buenos Aires.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1986) *Estrés y Procesos Cognitivos*". Barcelona, España.
- Navarro, C., Ramírez, R. (1996) *Un estudio epidemiológico acerca de la prevalencia de ansiedad y miedos dentales entre la población adulta de la gran área metropolitana de Costa Rica*. Costa Rica.
- Nahás Pires, M. (2002) *Atendimento Odontopediátrico: Aspectos Psicológicos Sao Paulo*. Brasil
- Nuttall, N., Gilbert, A., Morris, J. (2008) *Children's dental anxiety in the United Kingdom in 2003*. Estados Unidos.
- McDonald, R. Avery, D (1995) *Odontología pediátrica y del adolescente*. Madrid: España.
- Mc Donald-Avery. (1990) *Odontología pediátrica y del adolescente. Gerald Wright. Abordaje psicológico de las conductas de los niños de Argentina*. Argentina.
- Ríos, E., Herrera, R y Rojas, A. 2004. *Ansiedad dental: evaluación y tratamiento*. Odontología. España
- Rivera. I. 2005. *Valoración del efecto de técnicas preparatorias para la reducción de conductas de ansiedad y evitación dental del niño en atención primaria odontológica*. España Venham, L., Gaulin, E. (1979) *a self measure of situational young children*.

- Rivera, I. y Fernández, A. 2005. *Ansiedad y miedos dentales en escolares Hondureños. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 37, núm. 3, 2005, pp. 461-475, Fundación Universitaria Konrad Lorenz Colombia.*
- Ríos, Herrera y Rojas. 2014. *Ansiedad Dental Evaluación y Tratamiento. Odontología España.*
- Spencer, N., Frankl's, S., Helmi, R. Fogels. S. (1962) *Should the Parent remain with the Child in the dental operatory.*
- Tasayco, M (2010) *Nivel de ansiedad en relación a la aplicación de musicoterapia en niños de 6 a 8 años atendidos en la clínica odontológica de la universidad norbertwiener, Lima-Perú.*
- Toledo, O.A. (1996) *Odontopediatría: fundamentos para a práctica Clínica. Sao Paulo: Premier.*
- Urbina, S (2006) *Relación entre ansiedad y respuesta fisiológica en niños de 5 a 8 años en su primera visita odontológica de Perú.*
- Venham L, Bengston D, Cipes M. (1978). *Parents presence and the childs response to dental stress. ASDC J Dent Child.*
- Walter, L., Ferelle, Issa, M. (2000) *Odontología para el bebé. Odontopediatria desde el nacimiento hasta los 3 años. Brasil*
- Yamada MK, Tanabe Y, Sano T., Noda T. Cooperación durante el tratamiento dental: el horario de la encuesta sobre el temor de los niños en niños japoneses. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2002; (12): 404 - 409.

De revistas

- Araya, P. 2004. *Propuesta de un sistema de vigilancia antropométrico del estado nutricional*. Rev. costarric. Salud pública vol.13 n.25 San José Dec. 2004. Costa Rica.
- BergeN, Veerkamp J, Hoogstraten.Prins. *Creencias parenterales sobre los orígenes del miedo dental infantil en los Países Bajos*. ASDC J dentista Niño 2001 enero-febrero; 68 (1): 51-54.
- Aminabad, N., Puralibaba, F., Erfanparast,L., Najafpour. E., Jamali, Z., Adhami, S. (2011) *Impact of Temperament on child behavior in the dental setting*. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.
- Albuquerque, W., Correa, M, Abanto, J. (2007) *Evaluación de la ansiedad materna en el Tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah*. Rev Estomatol Herediana.
- Fonseca y Sanchis. 2013. *Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. Revisión bibliográfica*. TERAPEÍA 5 [Julio 2013], 81-95, ISSN: 1889-6111. España.
- Gold, A. 2006. *Trastornos de ansiedad en niños*. Cátedra de Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina UDELAR. Arch Pediatr Urug 2006; 77(1): 34 – 38. Uruguay.
- Klingberg G, Broberg AG. *Dental temor ansiedad y problemas de conducta dental en niños y adolescentes: una revisión de la prevalencia y factores psicológicos concomitantes*. Revista Internacional de Odontología Pediátrica 2007; (17): 391 - 406.

- Marcano, Figueredo y Orozco (2012). *Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica*. Revista de Odontología. Universidad de Carabobo. Venezuela. Vol 2 N° 2 Julio-Diciembre 2012.
- Milson, K., Tickle, M., Humphris, G Blinkhorn, A. (2003) *The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5 – year – old children*. *British Dental Journal*.
- Perez, N., González, C., Guedes, A., Nahás, M. (2002) *Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad*. *Revista Cubana Estomatológica*.
- Lima, M., Casanova, Y. (2006) *Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico*. *Revista de Humanidades Médicas*.
- Serrat, Quezada, Ferrer y Torrent. 1995. *El dibujo como método para valorar la ansiedad dental en niños*. Nuevos materiales y fármacos. *Odontología Pediátrica*, Vol. 4, N° 1 - Enero - Abril 1995.
- Soto RM; Reyes DD. *Manejo de las emociones del niño en la Consulta Odontológica*, Publicado el 06/04/2005. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*, Caracas – Venezuela.
- Teixeira, Guinot y Bellet. 2008. *Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría*. *ODONTOL PEDIÁTR* (Madrid). Vol. 16. N.º 2, pp. 108-120, 2008. España.
- Versloot J, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J, Martens LC. *Los niños enfrentan el dolor durante el cuidado dental*. *CDOE* 2004; (32): 456 - 61.

De tesis:

Cerrón, M. 2010. *Miedo en niños de 4 a 12 años de edad en relación a sus experiencias dentales y la ansiedad materna en el instituto de salud oral de la fuerza aérea del Perú – 2010*. Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista. Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Odontología. Lima, Perú.

Ciriaz, E. 2015. *Nivel de ansiedad previo y posterior al tratamiento dental mediante el test de dibujos de Venham modificado en pacientes niños que asisten a la clínica dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala*. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Guatemala.

Espinoza, P. 2013. *Ansiedad dental en niños de 6 años beneficiarios del programa de salud oral integral en la región metropolitana*. Trabajo de investigación requisito para optar al título de cirujano-dentista, Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

Urbina, S. 2006. *Relación entre ansiedad y respuesta fisiológica en niños de 5 a 8 años en su primera visita odontológica de Perú*. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista. Facultad de Estomatología “Roberto Beltrán Neira”. Lima Perú.

De páginas web

Ciencia Odontológica. Availablefrom:

https://www.researchgate.net/publication/295903993_Ciencia_Odontologica
accessed Mar 3 1, 2017. ciencia Odontológica Vol. 12, N° 2 (Julio-Diciembre, 2015), pp. 107 - 121.).

Educap. *Ansiedad Infantil. 10 Consejos para ayudarles a manejar la ansiedad*. Recuperado de: <http://www.educapeques.com/escuela-de-padres/ansiedad-infantil.html>. Acceso el día 13 de junio del 2017.

Ima. *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Recuperado de:
<http://www.w3.org/1999/xhtml>. Acceso el día 10 de mayo del 2017.

Lelyen. *La ansiedad infantil y su tratamiento*. Recuperado de:
<http://www.vix.com/es/imj/familia/4276/la-ansiedad-infantil-y-su-tratamiento?amp>. Acceso el día 11 de junio del 2017.

Socmedia. *Síntomas de acuerdo con tu nivel de ansiedad*. Recuperado de:
<http://sintomas-de-ansiedad.com/wp-content/thesis/skins/splendid/css.css>. Acceso el día 18 de junio del 2017.

Anexos

Anexo 01
Matriz de consistencia

<u>PROBLEMA PRINCIPAL</u>	<u>OBJETIVO GENERAL</u>	<u>HIPÓTESIS GENERAL</u>	<u>Variable</u> <u>1</u>	<u>METODOLOGÍA</u>
<p>¿Cuál es el Nivel de Ansiedad en niños que acuden a consulta odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017?</p>	<p>Determinar el nivel de ansiedad en niños que acuden a la Consulta Odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017.</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas - 2017, según el test de Corah • Identificar el nivel de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas - 2017, según le test de Venham. • Caracterizar a la muestra objeto de estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por naturaleza del trabajo la hipótesis se encuentra implícita 	<p>Nivel de ansiedad</p>	<p>El método es hipotético deductivo</p> <p><u>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</u> Descriptivo</p> <p><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></p> <p>La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: según la intervención del investigador, observacional; según la planificación de la toma de datos, prospectivo; según el número de ocasiones en que se medirá la variable de estudio será transversal.</p> <p><u>MUESTRA:</u></p> <p>Para la muestra se considerará a toda la población, por tanto, estará constituida por 42 niños que acuden a la consulta odontológica del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.</p> <p><u>INSTRUMENTO</u></p> <p>Se utilizará el cuestionario el test de Corah y el Test de Imágenes de Venham</p>

Anexo 02
Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Items	Categoría	Escala
Nivel de ansiedad dental	Es un estado emocional con desproporción entre la respuesta emotiva y una situación externa dada, en el que el niño o el adolescente sienten una mezcla de desazón, inquietud, disgusto, temor difuso, intensa sensación de peligro o sentimiento de inseguridad.	Es el nivel de ansiedad de los niños que acuden a la Consulta Odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas y que será medido con el test de Corah	Test de Corah	<ul style="list-style-type: none"> • Sin ansiedad: de 4 a 5 puntos • Ansiedad leve: de 6 a 8 puntos • Ansiedad moderada: de 9 a 12 puntos • Ansiedad elevada: de 13 a 14 puntos • Ansiedad severa: de 15 puntos a más 	Ordinal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Items	Categoría	Escala
Nivel de ansiedad dental	Es un estado emocional con desproporción entre la respuesta emotiva y una situación externa dada, en el que el niño o el adolescente sienten una mezcla de desazón, inquietud, disgusto, temor difuso, intensa sensación de peligro o sentimiento de inseguridad.	Es el nivel de ansiedad de los niños que acuden a la Consulta Odontológica en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas y que será medido con el test modificado de Venham	Test modificado de Venham	<ul style="list-style-type: none"> • Sin ansiedad: 0 puntos • Ansiedad leve: 1 a 2 puntos • Ansiedad moderada: de 3 a 5 puntos • Ansiedad severa: de 6 a 8 puntos 	Ordinal



Anexo 03
UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela profesional de estomatología

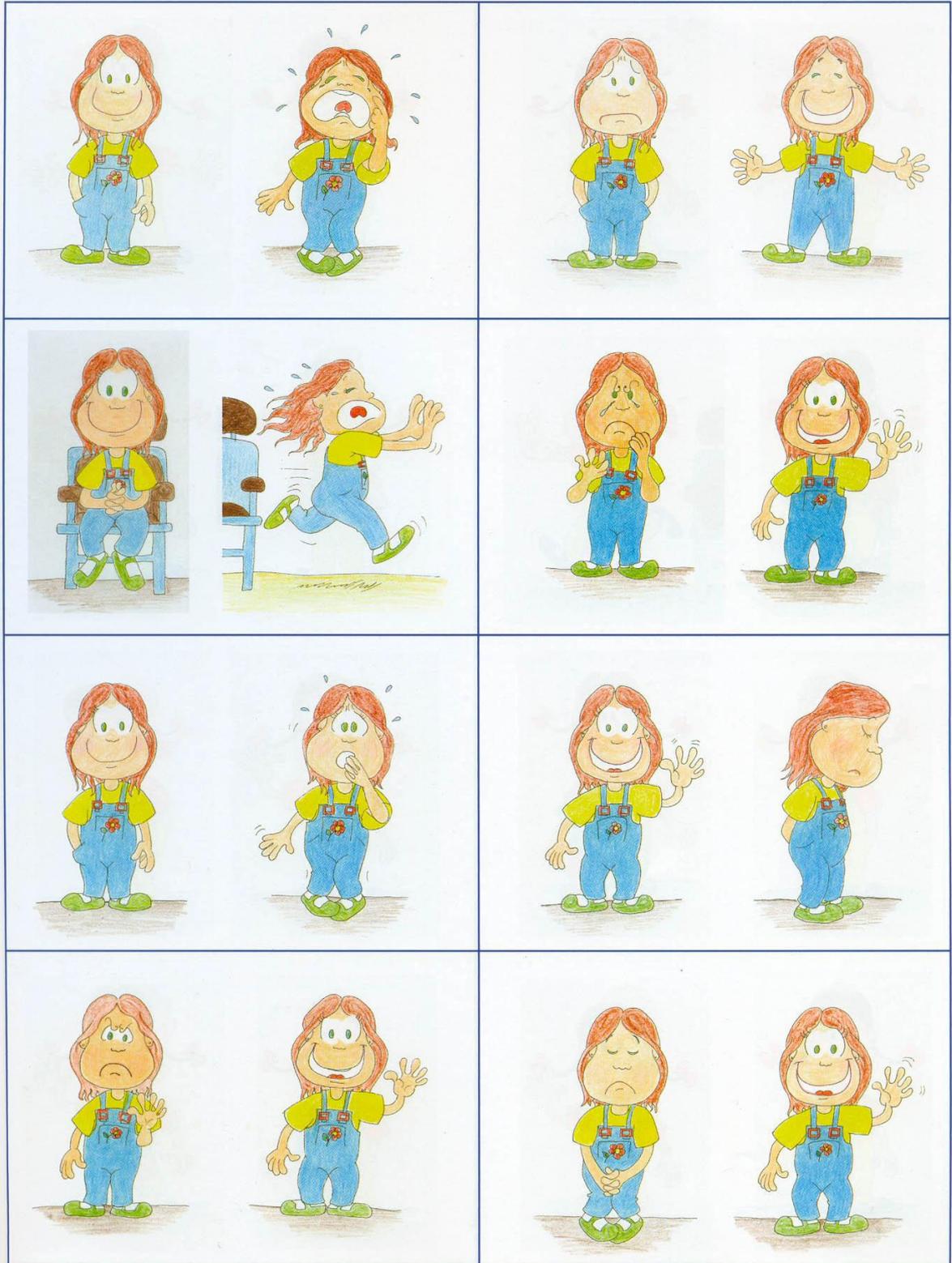


Instrumento 1

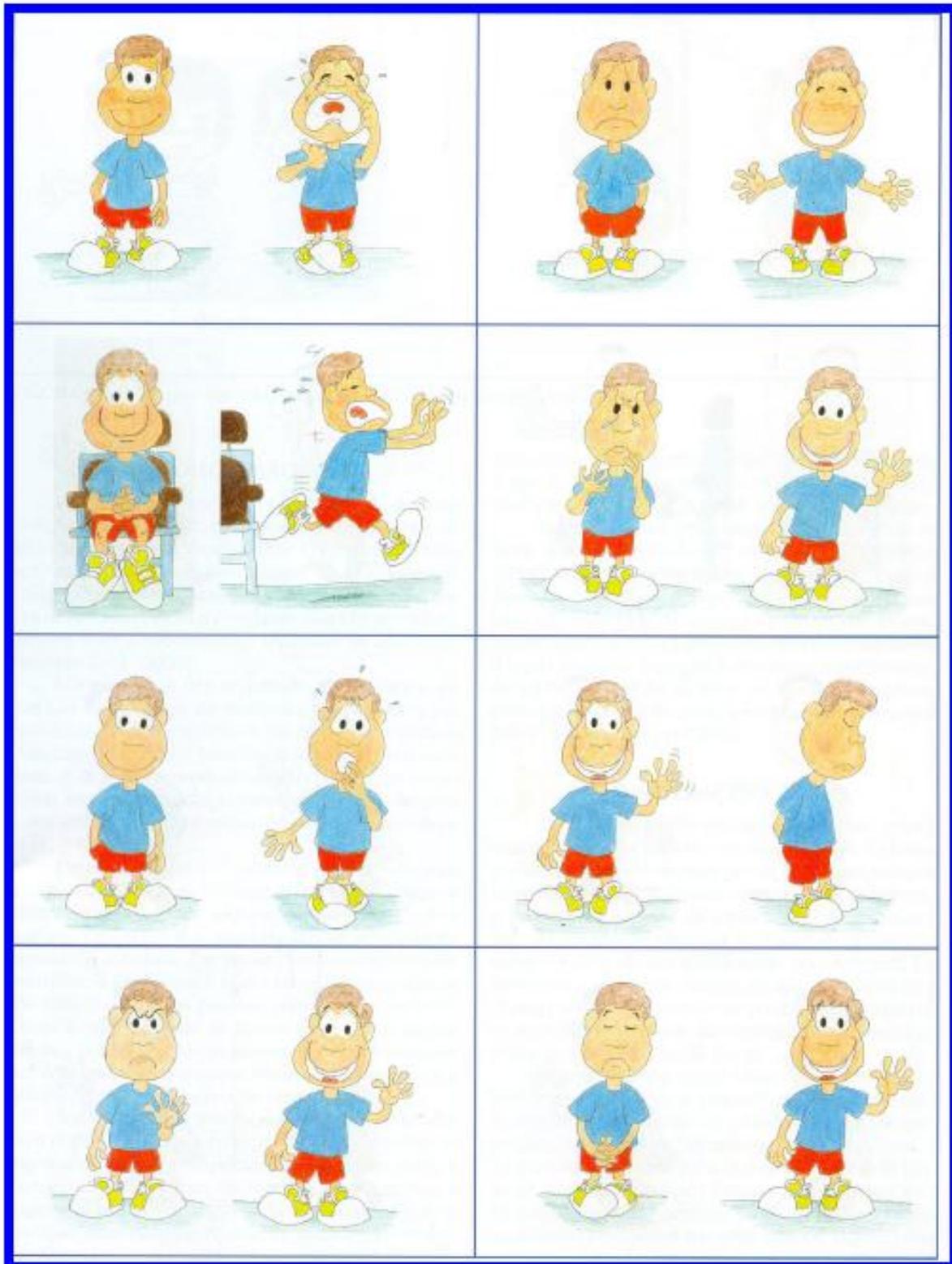
Test de Venham

- I. INSTRUCCIÓN:** A continuación se presenta los ítems, los cuales deberán ser llenados de acuerdo a lo solicitado.
- II. DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO.**
- **Nombre.**
 - **Edad.**
 - **Sexo.**
 - **Procedencia.**

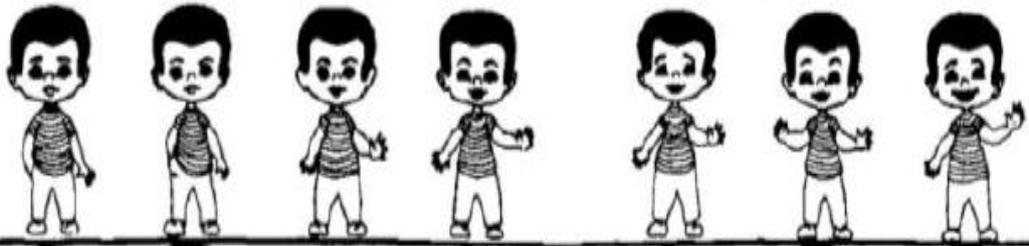
Test para mujeres



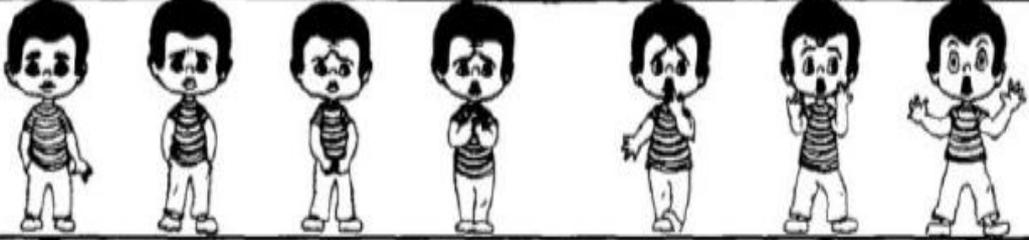
Test para varones



HAPPY



SCARED



CRYING



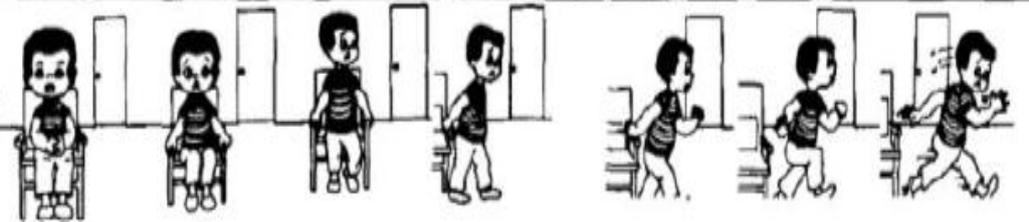
SAD



ANGRY



MOTION
SCARED





Anexo 04
UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela profesional de estomatología



Instrumento 1

Test de Corah

I. INSTRUCCIÓN: A continuación se presenta los ítems, los cuales deberán ser llenados de acuerdo a lo solicitado.

II. DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO.

- **Nombre.**
- **Edad.**
- **Sexo.**
- **Procedencia.**

III. ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH

A. Si usted tuviera que ir al dentista mañana, ¿cómo se sentiría?:

1. Pensaría en ello como una experiencia razonablemente agradable.
2. No estaría preocupado.
3. Estaría un poco intranquilo.
4. Tendría miedo que fuera desagradable y doloroso.
5. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

B. Cuándo usted está esperando su turno en la consulta del dentista; ¿cómo se siente?:

1. Relajado.
2. Un poco intranquilo.
3. Tenso.
4. Ansioso.
5. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

C. Cuándo usted está en el sillón de dentista esperando mientras él sostiene el taladro listo empezar el trabajo en sus dientes, ¿cómo se siente?:

1. Relajado.
2. Un poco intranquilo.
3. Tenso.
4. Ansioso.
5. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

D. Usted está en el sillón del dentista preparado para una limpieza dental. Mientras usted está esperando, el dentista está sacando los instrumentos que él usará para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?:

1. Se relajado.
2. Un poco intranquilo.
3. Tenso.
4. Ansioso.
5. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.



Anexo 05

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,identificado con DNI....., declaro que acepto participar con mi menor hijo en la investigación: NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA ODONTOLÓGICA, HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS – 2017, que viene siendo realizada por la bachiller de estomatología de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Rosa Grández Mestanza, asumiendo que las información recolectada serán solo de conocimiento del investigador y su asesor quienes garantizan el respeto y secreto a mi privacidad y al de mi hijo.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, sin ser mencionada mi identidad y la de mi menor hijo, así mismo teniendo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que este genere algún perjuicio y/o gasto.

Sé que de tener dudas de mi participación podré aclararlos con la investigadora

.....

Firma de la informante

.....

Firma del participante

Anexo 06
Tablas anexas

Tabla 4: Edad de los niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017.

Edad	fi	%
de 8 a 9 años	15	35.7
de 10 a 11 años	17	40.5
de 12 años a más	10	23.8
Total	42	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 4: Edad de los niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017.

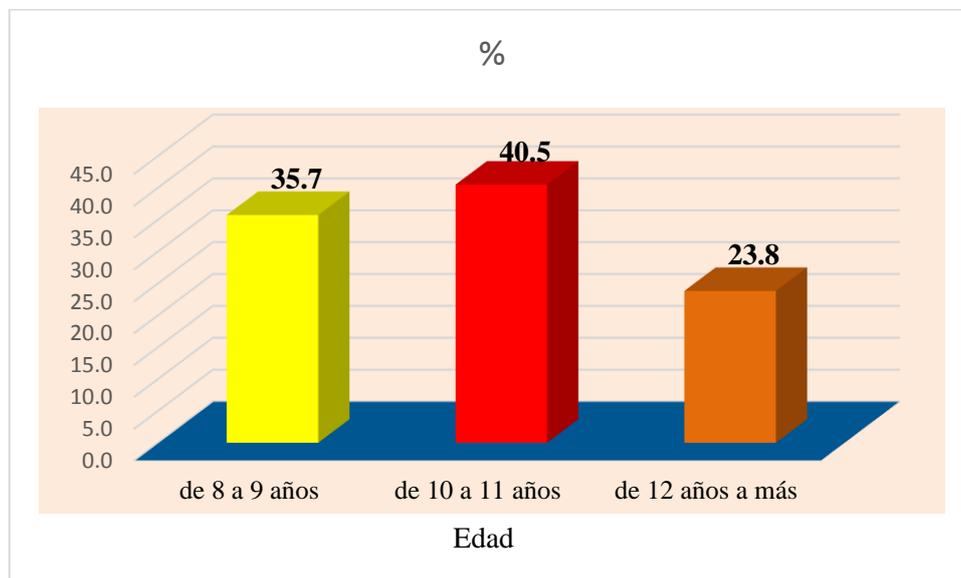


Tabla 5: Sexo de los niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017.

Sexo	fi	%
masculino	29	69.0
femenino	13	31.0
Total	42	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 5: Sexo de los niños que acuden a la consulta odontológica, Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2017.

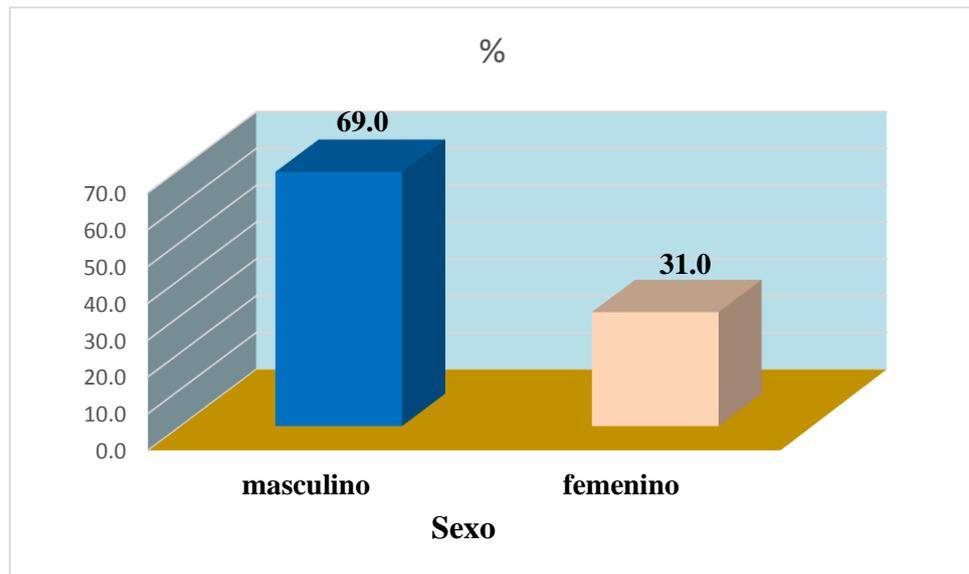


Tabla cruzada Edad*ansiedad

Recuento

	ansiedad					Total
	ansiedad nula	ansiedad leve	ansiedad moderada	ansiedad elevada	ansiedad severa o fobia	
Edad de 8 a 9 años	1	0	3	4	7	15
de 10 a 11 años	0	1	4	7	5	17
de 12 años a más	1	0	5	2	2	10
Total	2	1	12	13	14	42

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,577 ^a	8	,476
Razón de verosimilitud	8,341	8	,401
Asociación lineal por lineal	2,121	1	,145
N de casos válidos	42		

a. 12 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24.

Tabla cruzada Sexo*ansiedad

Recuento

	ansiedad					Total
	ansiedad nula	ansiedad leve	ansiedad moderada	ansiedad elevada	ansiedad severa o fobia	
Sexo masculino	2	0	9	11	7	29
femenino	0	1	3	2	7	13
Total	2	1	12	13	14	42

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,177 ^a	4	,127
Razón de verosimilitud	7,906	4	,095
Asociación lineal por lineal	1,441	1	,230
N de casos válidos	42		

a. 7 casillas (70,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,31.