UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

TESIS

TITULO

"ANSIEDAD Y RESPUESTAS FISIOLOGICAS EN NIÑOS DE 5-9 AÑOS EN SU PRIMERA VISITA AL ODONTOLOGO EN EL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN - CENTENARIO, 2017"

Para optar el título de Cirujano Dentista

Presentada por:

GREYS MELANIE VILLAR JURO

Abancay - Apurímac - Perú

2017

TESIS

"ANSIEDAD Y RESPUESTAS FISIOLÓGICAS EN NIÑOS DE 5-9 AÑOS EN SU PRIMERA VISITA AL ODONTÓLOGO EN EL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN - CENTENARIO, 2017"

ASESOR

C.D. OMAR LEIVA PEREZ

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD PÚBLICA ESTOMATOLOGICA

DEDICATORIA

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mi madre Lucy, quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, por su sacrificio y esfuerzo por darme una carrera para mi futuro y por creer en mi capacidad, quien es mi ejemplo de lucha constante y enseñanza, por siempre sentirse orgullosa de cada paso que he dado, por su paciencia y apoyo incondicional.

A mi hijo Darek, posiblemente en este momento no entiendas mis palabras, pero para cuando seas capaz, quiero que te des cuenta de lo que significas para mí. Eres la razón de que me levante cada día esforzarme por el presente y el mañana, eres mi principal motivación. Como en todos mis logros, en este has estado presente. Por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme día a día para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto.

AGRADECIMIENTO

***A DIOS**: por haberme dado la fortaleza de seguir adelante en aquellos momentos de debilidad y por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera*

***A MI MADRE:** Eres una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo, te amo y no va haber manera de devolverte tanto que me has hecho por mí. Esta tesis es un logro más que llevo a cabo, y sin lugar a dudas ha sido en gran parte gracias a ti; no sé en donde me encontraría de no ser por tu ayuda, tu compañía, tu amor y tu comprensión. Gracias, por tanto, MAMI LUCY*

***A MI HIJO:** te agradezco por los momentos sacrificados en nuestra vida ,que requirió el cumplimiento de esta tesis, gracias por entender el significado del sacrificio, gracias por siempre estar presente a mi lado y nunca juzgarme.*

Gracias por ser la fuente de mi esfuerzo y todas las energías requeridas en este proceso, gracias por ser el motor de mi vida. Espero entiendas y comprendas la recompensa que espera a cada sacrificio que realizamos entre tú y yo. El tiempo será el mejor juez, y esto será el mejor testigo entre el sacrificio y el éxito.

***A MI FAMILIA:** a mis abuelos, mis tíos, que fueron parte de este proceso para poder culminar mis estudios.*

A la Universidad Tecnológica de los Andes por haberme permitido ser parte de esta casa de estudios, así mismo mis docentes universitarios por sus enseñanzas, a mi asesor por ser mi guía en cada paso de la elaboración de este trabajo de investigación.

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA III

AGRADECIMIENTO IV

INDICE DE CONTENIDO V

INDICE DE TABLAS VII

INDICE DE GRAFICOS VIII

RESUMEN IX

ABSTRACT X

I.PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN 1

1.1 Realidad problemática 1

1.2 Planteamiento del problema 3

1.2.1 Formulación del Problema 4

1.2.2 Problema General 4

1.2.3 Problemas Específicos 4

1.3 Justificación 5

1.4 Objetivo de la Investigación 7

1.4.1 Objetivo General 7

1.4.2 Objetivos Específicos 7

1.5 Limitaciones 7

II.MARCO TEORICO. 8

2.1 Antecedentes de la Investigación 8

2.1.1 Antecedentes de ámbito internacional 8

2.1.2 Antecedentes nacionales 11

2.2 Bases Teóricos 13

2.3 Marco Conceptual 26

III.METODOLOGIA 28
3.1 Hipótesis 28
3.1.1 Hipótesis General 28
3.1.2 Hipótesis Específicas 28
3.2 Método 29
3.3 Tipo de investigación 29
3.4 Nivel o alcance de investigación 29
3.5 Diseño de la investigación 29
3.6 Operacionalización de variables 29
3.7 Población, muestra y muestreo 34
3.8 Técnica e instrumentos de recolección de datos 35
3.9 Consideraciones éticas 36
3.10 Procesamiento de datos 36
IV.RESULTADOS 37
4.1 Discusión 57
4.2 Conclusión 59
4.3 Recomendaciones. 61
V.ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 63
5.1 Cronograma de actividades 63
5.2 Presupuestos 63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 64

INDICE DE TABLAS

TABLA 01: Tabla de Frecuencia de Edad y Género 42

T**ABLA 02 -** A: Tabla del Nivel de Frecuencia Respiratoria..... 43

T**ABLA 02** – B: Tabla del Nivel de Temperatura..... 44

T**ABLA 02 -** C: Tabla del Nivel del Pulso Arterial 45

T**ABLA 02 -** D: Tabla del Nivel de Saturación de Oxigeno..... 46

T**ABLA 03**: Tabla del Nivel de Ansiedad en Relación a la Edad y Genero 47

T**ABLA 04** – A: Tabla del Nivel de Temperatura en Relación de la Edad y Género..... 49

T**ABLA 04 -** B: Tabla del Nivel de Pulso Arterial en Relación a la Edad y Género..... 51

T**ABLA 04 -** C: Tabla del Nivel de Saturación del Oxígeno en Relación a la Edad y Género 53

T**ABLA 04 -** D: Tabla del Nivel de Frecuencia Respiratoria en Relación a la Edad y Género 55

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 02 - A: Nivel de Ansiedad - Frecuencia Respiratoria 43

GRAFICO 02 - B: Nivel de Ansiedad – Temperatura 44

GRAFICO 02 - D: Nivel de Ansiedad - Saturación de Oxigeno 46

GRAFICO 04 – A1: Relación de Nivel de Temperatura y Edad 49

GRAFICO 04 – A2: Relación de Nivel de Temperatura y Género 50

GRAFICO 04 - B1: Relación de Nivel de Pulso Arterial y Edad 51

GRAFICO 04 - B2: Relación de Nivel de Pulso Arterial y Género 52

GRAFICO 04 - C1: Relación del Nivel de Saturación de Oxigeno y Edad 53

GRAFICO 04 - C2: Relación del Nivel de Saturación de Oxigeno Y Genero 54

GRAFICO 04 - D1: Relación del Nivel de Frecuencia Respiratoria y Edad 55

GRAFICO 04 - D2: Relación del Nivel de Frecuencia Respiratoria y Género 56

RESUMEN

La ansiedad en niños es un problema frecuente visto en los consultorios dentales, frente a este problema el objetivo de esta investigación fue determinar la" Relación entre el nivel de ansiedad y las respuestas fisiológicas en niños de 5-9 años que acuden por primera vez a su cita odontológica en el centro de salud pueblo joven – centenario-2017". A fin de obtener resultados más certeros se decidió estudiar la frecuencia respiratoria, temperatura, pulso arterial, saturación de oxígeno con relación al género y edad de los niños.

Esta investigación es del nivel cuantitativo - transversal. Para la recolección de datos se empleó el llenado de fichas para lo cual se consideró una muestra de 60 niños a quienes realizo la medición de parámetros objetivos y subjetivos de ansiedad, mediante el Test de Venham, Escala de Imagen Facial (FISS), Escala de comportamiento de Frank, así como su valoración.

Finalmente los resultados demostraron que al comparar los valores de la ansiedad y respuestas fisiológicas se encontró asociación con la frecuencia respiratoria, temperatura, pulso arterial, saturación de oxígeno, con esto se concluye que estos factores afectan a que el niño tenga distintas valoraciones de ansiedad en su primera cita odontológica.

Palabras claves: Ansiedad, respuestas fisiológicas.

ABSTRACT

Anxiety in children is a common problem seen in dental offices, deal with this problem the objective of this research was to determine the "relationship between the level of anxiety and physiological responses in children aged 5-9 years who come for the first time his dental appointment at the health center "pueblo joven - centenario". In order to obtain more accurate results, it was decided to study the respiratory frequency, temperature, arterial pulse, oxygen saturation in relation to the gender and age of the children.

This investigation is of the quantitative level. For data collection filling chips are used for which a sample of 60 children who performed the measurement of objective and subjective parameters anxiety by test Venham, Scale Facial Image (FISS), Scale considered Frank's behavior, as well as his assessment.

Finally, the results showed that when comparing the values of anxiety and physiological responses associated with respiratory rate, temperature, blood pulse, oxygen saturation is found, with this it is concluded that these factors affect the child is different rating anxiety your first dental appointment.

Keywords: Anxiety, physiological responses.

I.PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.1 Realidad problemática

No desde muchos años atrás, la psicología ha ido ganando terreno en la odontología, especialmente aquella orientada al tratamiento de niños, esta situación nace debido al incremento de la cantidad de adultos mayores que presentan molestias o enfermedades de índole oral pero que en lugar de buscar tratamiento odontológico terminan evitando recurrir al odontólogo a fin de no pasar por periodos de ansiedad. Esta situación es considerada como la fuente de serios problemas para la salud bucal de niños y adultos, quienes limitan la efectividad de los tratamientos odontológicos, impidiendo la detección temprana de procesos patológicos leves y graves.

La importancia de la primera visita al odontólogo radica en que esta representa el inicio de las creencias y actitudes del niño respecto a los odontólogos y los tratamientos que estos brindan. Si la primera visita se convirtiera en una experiencia desagradable, se crea una influencia negativa para los futuros tratamientos que serán acompañados por periodos de ansiedad.[1]

EL niño se ve afectado por miedos, temores y sentimientos de ansiedad que terminan por afectar su conducta a lo largo de la consulta y que además pone en riesgo el éxito del tratamiento, por lo que resulta fundamental implementar acciones o medidas que controlen la ansiedad durante la consulta dental del niño, sobre todo en las primeras.[2]

Es muy común, que los niños relacionen su visita al odontólogo con el dolor y el daño, pues con sus experiencias anteriores han ido aprendiendo que el odontólogo llega a ocasionarles dolor; y además que por su mal comportamiento ha llegado a asociar que asistir al odontólogo es una sanción o un castigo, pues esto puede haber sido trasmitido por sus familiares o amigos

quienes suelen realizar este tipo de comentarios ocasionándoles temor por las consultas médicas [3]

Generalmente, el desarrollo de ansiedad o fobias en adultos tiene su origen en las experiencias negativas que estos vivieron durante su infancia, motivo por el cual se deben realizar tratamientos menores teniendo cuidado de causar el más mínimo o nulo dolor en la primera cita. La ansiedad que el paciente siente durante los procedimientos odontológicos ocasiona un sentimiento de temor, teniendo la percepción de que se vivirá algo terrible durante ese momento.[4]

1.2 Planteamiento del problema

La infancia es la etapa donde el niño refleja sus emociones respecto a nuevas situaciones que bien pueden ser reales o imaginarias, la respuesta del niño es variada, con mayor o menor intensidad, como el caso donde el niño desarrolla ansiedad ante la creencia de que un monstro vive bajo su cama o la alergia ocasionada por un pastel de cumpleaños. Entonces, las respuestas de carácter desagradable contenidas con aspectos subjetivos o cognitivos, actitudes corporales y respuestas fisiológicas, que al activar el sistema periférico permiten percibir comportamientos poco ajustados y de escasa adaptabilidad, es lo que se denomina Ansiedad, conocida como la experiencia individual del ser humano, considerada normal hasta cierto límite.[5]

Diferentes estudios han identificado, en diferentes épocas, que los niños se rehúsan a someterse a procedimientos por más que estos sean sencillos; así mismo han detectado que los principales factores que inciden y predominan durante la consulta, uno de los cuales es la intervención de la figura de autoridad, aspecto estrechamente relacionado al apego del niño a sus padres que impide una correcta interrelación entre el odontólogo y el niño. Si el profesional no tiene la capacidad de trasmitir confianza y además no puede seleccionar una correcta técnica de atención jamás logrará obtener los resultados deseados. [6]

La interrupción paulatina del tratamiento y el evitar futuros contactos con odontólogos e higienistas son algunas de las consecuencias provocadas por la ansiedad y el miedo a recibir atención odontológica; es así como se suscita la inasistencia o la postergación de intervenciones de esta índole. Por otro lado, el profesional también llega a pasar por situaciones de estrés, esto a causa de las diferentes reacciones que puede llegar a presentar el paciente, donde el personal de salud emplea diferentes métodos para intentar manejar estas

situaciones, generándose de esta manera una relación odontólogo-paciente negativa. La ansiedad y el miedo a recibir tratamiento odontológico producen que se eleve los precios de restaurativos que generalmente exceden los recursos con los que se disponen para el cuidado de la salud bucal, estos precios no son más que el resultado de evitar prolongadamente las consultas normales. [7]

1.2.1 Formulación del Problema

1.2.2 Problema General

¿Qué relación existe entre el nivel de ansiedad y las respuestas fisiológicas en niños de 5-9 años que acuden a su primera cita odontológica en el Centro de Salud Pueblo Joven-Centenario?

1.2.3 Problemas Específicos

1. **¿**Cuál será el nivel de ansiedad en niños de 5-9 años que acuden a su primera cita odontológica?
2. **¿**Cuál será el nivel de respuestas fisiológicas de la ansiedad en niños de 5-9 años que acuden a su primera cita según género y edad?
3. ¿Cuál será la relación entre el nivel de ansiedad y respuestas fisiológicas en niños de 5-9 años que acuden a su primera cita odontológica?

1.3 Justificación

Esta investigación nace en primer lugar, debido a que hasta la actualidad en el Perú no se han realizado investigaciones direccionadas a evaluar la ansiedad en pacientes odontopediátricos, pese a que estudiar la posible correlación entre la ansiedad y las respuestas fisiológicas de los niños, es valioso para el conocimiento de los profesionales de la salud, al tratarse de pacientes con alta vulnerabilidad.[7]

Además, diversos estudios han demostrado que con más frecuencia la ansiedad se desarrolla en la edad pre-escolar, porque es cuando los patrones de comportamiento se van conformando y, además el contacto social con el entorno incluyendo al dentista, es mucho mayor. Actualmente se observa que pese que las personas sienten molestias en la cavidad bucal, se resisten a acudir al odontólogo a recibir un tratamiento adecuado, principalmente por miedo, temor y ansiedad.[6]

Es básico tener el conocimiento suficiente de las causas que provocan la ansiedad y sus factores asociados, a fin de implementar medidas y acciones de prevención y para su respectivo tratamiento mediante procedimientos conductuales y/o farmacológicos; el odontólogo debe estructura en su práctica clínica diaria, la diferenciación de pacientes que presentan ansiedad y miedo. La mayoría de veces, la ansiedad se suscita durante la primera visita a la clínica o consultorio dental, por lo que resulta fundamental conocer las causas y los efectos y/o manifestaciones de la ansiedad, principalmente en los pacientes niños; de manera que el profesional este en la posición de emplear técnicas psicológicas de manejo de conducta y de esta manera disminuir o eliminar la ansiedad, favoreciendo la colaboración del paciente durante la atención.[6]

La presente investigación se propone para poder evaluar la relación entre la ansiedad y respuestas fisiológicas en los pacientes odontológicos en la ciudad de Abancay. La visualización de estos aspectos podrá aportar mecanismos que contribuyan a cambiar la percepción que tiene la sociedad acerca del profesional en odontología y en otros profesionales de la salud, adoptando métodos adecuados en el aspecto humano y profesional, por ello además de los pacientes infantiles, otros de los principales beneficiarios serán los odontólogos.[6]

Esta investigación busca obtener resultados claros que muestran datos reales sobre el nivel de ansiedad y las respuestas fisiológicas que presentan los pacientes señalados.

1.4 Objetivo de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre el nivel de ansiedad y las respuestas fisiológicas en niños de 5-9 años que acuden por primera vez a su cita odontológica en el centro de salud pueblo joven- centenario-2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

1.- Determinar el nivel de ansiedad en niños de 5-9 años que acuden a su primera cita odontológica según género y edad.

2.- Determinar las respuestas fisiológicas de la ansiedad en niños de 5-9 años que acuden a su primera cita según género y edad.

3.- Identificar la relación entre el nivel de ansiedad y respuestas fisiológicas en niños de 5-9 años que acuden a su primera cita odontológica.

1.5 Limitaciones

La principal limitación del estudio, fue que los niños evidenciaron signos de miedo al ser evaluados, debido a que era su primera cita odontológica. Asimismo el comportamiento de los niños debido al estrés generado por el ambiente.

II.MARCO TEORICO.

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes de ámbito internacional

Álvarez Z. (2012). Esta investigación fue llevada a cabo a fin de conocer la evolución de la conducta de acuerdo a la escala de Frankl en 60 niños de 4 a 8 años de edad, pacientes de la clínica de post grado de odontopediatría, se consideraron factores como la edad del paciente y el tratamiento realizado determinándose que estos influían relativamente en los cambios de conducta, pero se concluyó que estos no eran los únicos factores involucrados, por lo que no determinaban una conducta negativa. (10)

Marcano, A (2012), Investigación realizada en la ciudad de Carabobo - Venezuela, el autor evaluó los niveles de ansiedad y miedo de los niños de 6 a los 12 años de edad, que asistieron a la consulta de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo. Aplicando a Escala de Corah, se determinó que el 25% de la muestra presentaba elevados niveles de ansiedad, donde el 53,3% eran varones y el 46,7% mujeres; así mismo, mediante el empleo del Test de Venham se obtuvo que el 46,67% de los niños exhibían altos niveles de ansiedad, nivel medio el 29,17%, el 13,33% de niños presentaba un nivel bajo, aquellos que no mostraron signos de ansiedad conformaron el 10,83%.[11]

De la Cruz E. (2011), Llevo a cabo un estudio con el propósito de determinar la prevalencia de la problemática de ansiedad y miedos dentales en escolares, en la ciudad de Veracruz, México. El instrumento empleado fue la Escala de ansiedad dental de Corah modificada, donde el resultado obtenido fue que las reacciones de ansiedad se asociaban a los tratamientos dentales, como el extremo nivel de ansiedad provocado por las inyecciones evidenciado en

39 niñas y 29 niños, mientras que el sofoco e instrumentos en la boca representado por un nivel muy ansioso en 25 niñas y 20 niños. Finalmente, se observó también ansiedad durante la espera en el consultorio dental en 25 niñas y 15 niños, quienes presentaron un nivel muy ansioso.[12]

Ramos J. & cols. (2011). En Brasil, encontraron que 118 niños que tenían entre 48 y 71 meses de edad sin experiencia dental previa, el 75.6% demostraba un cierto nivel de ansiedad ante un examen clínico y profilaxis dental.[13]

Humphris & King, (2011) Mediante un estudio aplicado a alumnos de la Universidad de St. Andrews en el Reino Unido, logro determinar que el 11.2% del total demostró alta ansiedad dental, donde las mujeres mostraron mayor ansiedad que los varones. Así mismo se identificó que los niveles altos de ansiedad eran causados durante procedimientos con pieza de alta y la inyección de anestesia, y que las mujeres eran quienes se mostraban intensamente ansiosas durante los procedimientos.[14]

Toledano M & Osorio R (2009) Mediante la evaluación de 40 niños (20 del género femenino y 20 del género masculino), de 8-16 años de edad sin experiencia dental previa, fueron determinadas tres variables psicológicas: Ansiedad (State-Trait Anxiety Inventario), la Personalidad (Eysenck Personality Questionnaire - Junior) y la Inteligencia (Escala de Inteligencia Wechsler para niños). Se estableció la relación que existía entre los niveles de ansiedad y los factores de la personalidad en el comienzo de la primera visita al odontólogo y al final de la tercera visita; encontrándose que no existía relación significativa entre los niveles de ansiedad dental y la edad. Sin embargo, las niñas mostraron mayor ansiedad dental antes y después del tratamiento, respecto a los niños, también se demostró que los niños con altos coeficientes intelectuales presentaban menores niveles de ansiedad.[15]

Rodríguez & Olmo (2008), Esta investigación se llevó a cabo en Madrid, España, con el fin de evaluar la ansiedad infantil durante el tratamiento odontológico, para lo cual se conformó una muestra de 152 pacientes desde los 7 a 18 años de edad. El objetivo fue cuantificar el nivel de ansiedad y conocer los distintos factores involucrados, aplicando instrumentos como la encuesta de medida del miedo, la Sub - escala Dental (DS), el Inventario de miedo para niños de Nakamura y Scherer (CFSS) y la Escala de miedo dental de Leinkecht. Los autores concluyeron que las inyecciones eran el procedimiento que provocaba mayor ansiedad, seguida por el uso de las fresas dentales; la hipersalivación era la respuesta fisiológica que más se manifestó, y las respuestas menos frecuentes fueron las náuseas y el exceso de sudoración.[16]

Versloot & cols. (2008), Publicaron un estudio aplicado a 147 niños en Holanda, donde el 14% de ellos con edades de entre 4 y 11 años eran ansiosos, este estado era causado principalmente por el miedo a las inyecciones. Otro de los resultados de esta investigación fue que, durante la primera visita y aplicación de anestesia, los niños con altos niveles de ansiedad presentaron altos puntajes de dolor que aquellos menos ansiosos; tiempo después durante las visitas secuenciales, el puntaje del dolor evidenciaba efectos significativos a causa de los niveles de ansiedad; aquellos niños que en la primera visita dental mostraron bajos valores de ansiedad en ocasiones posteriores incrementaron significativamente sus reportes de dolor a partir de la segunda anestesia.[17]

Lima A. & cols. (2007) De acuerdo a esta investigación se afirma que, en Japón el 31% de su población posterga sus citas dentales por el miedo que estas les provocan. Situación parecida se vive en Indonesia, Taiwán y Singapur donde el 48% de sus habitantes sufren altos niveles de ansiedad. Alrededor de 5 millones de alemanes tienen fobia al tratamiento odontológico, en México se ha registrado esta situación en el 10.5% de su población. [18]

Rivera & Fernández (2005), este estudio se llevó a cabo en escolares para determinar los niveles de ansiedad y miedo al odontólogo, se concluyó que los escolares presentaban mayor ansiedad y miedo durante los procedimientos odontológicos más invasivos o traumáticos, los valores superiores de ansiedad fueron evidenciados en aquellos con experiencia dental previa, así como en los que tenían padres con miedo a los tratamientos dentales.[19]

2.1.2 Antecedentes nacionales

Urbina H. (2010). Esta investigación llevada a cabo para determinar la relación entre ansiedad y respuestas fisiológicas de acuerdo a distintos factores; en cuanto al sexo encontró que no existía la diferencia significativa entre las variables, y respecto a las variaciones de ansiedad y las respuestas fisiológicas según la edad se pudo observar un leve incremento de ansiedad en pacientes de 6 y 7 años de edad, gracias a este dato se entiende que hay etapas donde el niño se encuentra con niveles de ansiedad más altos.[8]

Benavides, J. (2007), su investigación tuvo el objetivo de determinar el nivel de ansiedad en 186 pacientes comprendidos de 8 a 12 años; el investigador evaluó la ansiedad dental mediante la Escala de Ansiedad Estado- Rasgo de Spiellberg validada en Colombia. Los datos recabados expusieron que el 6.45% presentaba un nivel de ansiedad clínicamente significativa; el factor más prevalente en la etiología de la ansiedad eran el miedo o temor 71%, postergación 39%, somatización 29%, sentimientos de ira y tristeza 26%, preocupación 16% y la tranquilidad con un 3.2%, como se detalló el último factor fue de menor prevalencia en los pacientes evaluados, pues en la mayoría de ellos se observó una elevada tendencia a presentar un cuadro clínico significativo de ansiedad.[9]

Gamonal L. 16 (2016) Chiclayo – Perú, realizó un estudio titulado "Relación entre ansiedad y respuestas fisiológicas de la primera visita al consultorio dental de niños de 6 a 8 años de edad Chiclayo 2016". En la evaluación el 91% del sexo femenino presentaron una mayor ansiedad severa que el sexo masculino, en cuanto a la edad se obtuvo un mayor porcentaje en los niños de 8 años de edad. También se pudo observar que el 82 %presentaron una temperatura corporal normal y un 18% de esta temperatura baja; el 84% presentó una presión normal, un 9% presión alta y el 7%presión baja; el 78% su respiración fue normal y un 22 % tuvo respiración lenta. Por lo que se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las respuestas fisiológicas, sin embargo, al 64% de niños se registró un pulso alto y el 36% un pulso normal, donde se concluyó que existe una relación estadísticamente significativa con el pulso.[9]

Gonzales M, Otazú C. (2015) Lima – Perú, realizaron un estudio titulado "Efectos cardio-respiratorios en niños de 6 a 12 años en su primera visita odontológica", dicho estudio fue descriptivo, prospectivo. Los resultados mostraron una temperatura corporal basal y post operatoria de 36°C y 36,1°C; respectivamente. La presión arterial sistólica basal fue de 96 mm Hg y post operatoria de 93 mm Hg, mientras que la diastólica basal fue de 63 mm Hg y post operatoria de 63 mm Hg. La saturación de oxígeno basal de 96% y post operatoria 93%. La frecuencia cardiaca basal fue de 88 ppm y post operatoria de 85 ppm. La frecuencia respiratoria basal fue de 20 rpm y post operatoria de 20 rpm. Se concluyó que existen cambios cardiorrespiratorios significativos en la primera visita odontológica, al presentar diferencias significativas en los resultados de la saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria, registradas antes y después de la atención odontológica.[8]

2.2 Bases Teóricos

Primera visita odontológica y ansiedad de los niños

Es demás conocido que al acudir al odontólogo se pueden vivir momentos de temor y ansiedad. En la primera visita odontológica, los niños suelen manifestar su miedo y ansiedad expresando actitudes negativas, estas emociones se hacen mayores cuando el paciente es consciente de su problema dental o cuando el dolor se vuelve insoportable.[20-24]

Champanan; **Turner en 1999** en uno de sus estudios encontró que los principales factores de ansiedad dental estaban relacionados al miedo a sentir dolor a causa del daño físico, temor a lo desconocido, al profesional que realiza el tratamiento dental y pérdida de control en el consultorio dental.[25]

Los investigadores Klorman R. et al. (1979) y Sanglard; Frauches (2001) analizaron los factores más influyentes en el comportamiento de los niños durante la primera visita dental, llegaron a la conclusión de que la ansiedad de la madre y el dolor dental eran dos de los factores que influían en su conducta negativa.[26,27]

Berge et al. (2001) indicaron que el comportamiento negativo del infante en la primera visita al odontólogo, se relacionada con el conocimiento de su problema oral, negativas experiencias médicas, influencia de los hermanos mayores y problemas en el hogar del niño.[28]

La ansiedad y la odontología

La literatura odontológica define a la ansiedad como el miedo suscitado por experiencias traumáticas propias o ajenas.[29]

De acuerdo a Usterio, en la infancia el miedo y la ansiedad van de la mano y no se manifiestan por separado. Estas emociones se desarrollan en la edad pre-escolar con la conformación de nuevos patrones de comportamientos adquiridos por el contacto social, incluyendo al medio odontológico.[30]

Es frecuente que el niño asocie la odontología con el dolor, ya que sus experiencias le han ido enseñando que el dentista podría dañarlo, razón por la que relaciona su dolor con que el dentista es un "ser malo", además que los padres al reñir a sus hijos por su mal comportamiento suelen expresar que los llevaran al dentista, llegándose a interpretar que la odontología y el dentista son un castigo.[31]

Algunos factores ambientales como los problemas familiares y los medios de comunicación, tienen gran repercusión en el infante. La televisión, el internet, las revistas y otros inducen al niño la idea de que la odontología es algo muy malo y peligroso, creando en él una percepción negativa y restándole credibilidad al odontólogo.[36,37]

Berge et al. señalan que la etiología de la ansiedad dental se relaciona con los tratamientos dolorosos sumando además la actitud negativa de los familiares o del profesional mismo, también está influenciada por la cantidad de extracciones dentales a las que se sometió al paciente, la impresión que genera la sala de espera y las experiencias dentales del infante. **Folayan y Ufomata** describen que la etiología de la ansiedad dental en los niños se debe a múltiples factores donde no se consideran la edad, el género y el nivel socio-económico.[28,38,39]

El infante manifiesta su miedo y ansiedad acorde a su grado de madurez y a su personalidad durante situaciones aterradoras, que puede ir desde una simple molestia hasta presentar una

actitud agresiva, de llanto o terminan por huir de la sala de espera; también hay niños que manifiestan sentir dolor físico, siendo el dolor de estómago el más común.[40]

Thompson señala que el niño en edad pre-escolar que no ha recibido suficiente información odontológica positiva razón por la que "exhibe ansiedad durante su primera visita al odontólogo" y se muestra obstinado a recibir atención dental, por lo que se rehúsa a ingresar al consultorio, a abrir la boca, grita y huye del peligro imaginario. Estas conductas no le permiten al niño controlar su propia ansiedad.[41,42]

Entonces, la ansiedad dental del niño se convierte en una actitud evasiva que llega a influir en la decisión del padre para cancelar o posponer la cita, ocasionado un efecto negativo en la salud oral del menor.[31,43,44] Siendo la infancia el origen para evitar el cuidado dental.[20,23,45,46,48,49]

La Ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional manifestada frente a situaciones de riesgo que ponga en peligro la supervivencia del ser humano.[23,27,32,49-51]

Se le denomina también como una sensación leve de temor con contenido irracional, ya que puede tener un origen no identificado, pero que genera una sensación de inconfort, ante la idea de que algo pueda atacar su integridad. Por lo que la respuesta es una función adaptativa o una actitud de defensa propia.[27,50-52]

La ansiedad provoca que el sistema nervioso y del sistema endocrino se activen, a causa de diferentes estímulos externos que provocan un trastorno endógeno de la función cerebral. La ansiedad se exterioriza con síntomas que generan "inquietud en el estado de ánimo" como los: trastornos de sueño, temores nocturnos, trastornos alimenticios (falta de apetito,

indigestión compulsiva), dolor de cabeza y de estómago, palmas de las manos con excesiva sudoración, problemas con el control de esfínteres, miedo a las personas y a determinar situaciones. Lo detallado evidencia un estado de ansiedad y angustia que, podría estar relacionarse con la familia, la sociedad o la persona misma.[53-55]

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad conducen a que el paciente este en constante alerta, donde se condiciona la activación fisiológica periférica y la hiperactivación del sistema nervioso simpático. De ser esta una emoción constante se activa el funcionamiento habitual del sistema neuroendocrino, por lo que eleva la secreción de adrenalina, noradrenalina y la liberación de catecolamina, provocándose un incremento de la frecuencia cardiaca, presión arterial, tensión muscular, respiración agitada y liberación de glucosa; estos cambios fisiológicos provocan que la persona siente incomodidad emocional circunstancial.[27,29,50,56,57]

De acuerdo a Ronquillo desde la perspectiva de la personalidad, la ansiedad se presenta una carga de tensiones y emociones, provocándose diversos estímulos cognitivos y ambientales. El autor señala que la ansiedad se manifiesta mediante los siguientes canales:

A) La excitación fisiológica. - Son las diferentes respuestas fisiológicas del sistema nervioso autónomo, como en el caso de la tensión muscular que es mayor cuando la persona presenta alta emotividad e inestabilidad emocional.

B) El canal somático. - Son las reacciones del organismo frente a situaciones de amenaza. Sus manifestaciones engloban a las úlceras, erupciones cutáneas, perdida del cabello y demás.

C) El subjetivo. - La persona expresa de forma verbal su ansiedad, esto a través de la aplicación de pruebas psicológicas que buscan provocar acciones o manifestaciones conductuales o de las ideas del paciente.[58]

Para Buela y Ochoa la ansiedad es una reacción normal, sana y esencial para la existencia del ser humano; esta reacción se espera a partir de ciertos estímulos o condiciones; convirtiéndose en un sufrimiento transitorio que no tiene mayor interferencia en la vida diaria. Pero, si, al contrario, esta se prologara más del tiempo considerado como normal, se convierte en una patología que atenta la salud de la persona.[50,59]

Factores que desencadenan ansiedad en los niños

Según **Wright G, Alpern, Domínguez, Aznar, Sierra y Sanglar** los factores inmersos en la ansiedad dental infantil son: ansiedad de la madre, historial médico y la plena conciencia del problema dental. Lo cual fue corroborado por Mc Donald quien expresa que conocer el motivo de consulta induce una conducta negativa al niño.[23,23,27,49]

Los investigadores **Townend , Dimigen , Fung (2000)** señalan que las variables desencadenantes de la ansiedad dental reciben influencia de las experiencias subjetivas de dolor, cantidad de vivencias traumáticas y ansiedad trasmitida por la madre o padre.[46]

Un estudio realizado en el 2002 por **Colares y Richman** para conocer los factores inmersos en el origen de ansiedad dental en infantes, concluyo que la edad del niño, grado de instrucción de los padres, hospitalizaciones e historia de trauma dental, eran los factores principales relacionados con la ansiedad en la consulta dental.[32] Además se les pidió a los padres que evaluaran a sus hijos para encontrar las principales causas de la no cooperación,

determinándose el miedo (57%), dolor (24%), conducta del infante (17%), ambiente desconocido (17%), anestesia (14%), conducta negativa al profesional(13%).

Otro factor trascendental es la influencia del hermano mayor, quien le trasmite sus experiencias dentales positivas o negativas mediante comentarios, predisponiendo al paciente niño una actitud ansiosa.[28,32,34]

Folayan et al. (2003) para determinar ansiedad dental y su relación con factores sociodemográficos analizaron a infantes de 8-13 años de edad; hallando la ausencia de relación entre ambas variables. Pero, lograron encontrar la existencia de una estrecha relación entre el nivel de ansiedad evidenciado durante la consulta odontológica con el tipo de escuela al que asistía el niño.[39]

Gaton (2003), afirma la existencia de tres vínculos causantes de la ansiedad en la consulta dental, que son: una nueva experiencia, la incertidumbre por lo desconocido y la expectativa; vínculos relacionados con el incremento del nivel de ansiedad.[26,34]

Técnicas que emplea la odontología en el manejo del niño ansioso

De acuerdo a la definición de **Mc Donald en 1990,** el manejo de conducta es la "dirección de la conducta" cuyo objetivo es lograr una óptima relación niño -odontólogo durante la atención. Por lo que se precisa conocer el desarrollo psicomotriz y social del niño; promoviendo una actitud positiva hacia la odontología, otorgándole un tratamiento efectivo y rápido.[20,24]

Es primordial que durante el tratamiento, el odontólogo ponga en práctica estrategias que le faciliten ganarse la confianza del infante, creando un ambiente agradable y sincero, evitando

a todo costa que el paciente se marche pensado que fue o que es “un mal paciente” por no haber aceptado el tratamiento, pues esto solo le acarrearía la imposibilidad de manejar su ansiedad en el futuro .[61]

De ser el caso, que se presenten niños ansiosos en el consultorio dental evidenciando una conducta difícil, el profesional debe conservar la calma y utilizar palabras tranquilizantes, brindado explicaciones simples para que el paciente pueda entenderlo con facilidad.[27]

Bauchman; Niven, recomiendan que el profesional trasmita la sensación de control al paciente, poniendo en práctica la técnica “Decir-Mostrar-Hacer”, “El modelo pre-tratamiento” y la “Distracción”, de esta manera el paciente percibirá una sensación de control de la situación y pondrá de su parte a fin de establecer una relación de armoniosa.[62]

Las siguientes son técnicas que permiten un exitoso manejo de control de la ansiedad en odontopediatría:

- Relación amistosa. - Radica en crear una relación de amistad con los padres y con el niño, de manera que se prepare a este último para recibir el tratamiento que requiera.[45]
- Decir- Mostrar- Hacer. – Conocida como la técnica de la fase educacional y preparativa del paciente odontopediátrico empleada para lograr un estado de relajación y tolerancia al tratamiento. Para lo cual primeramente se le debe “decir” al niño como se llevará a cabo el tratamiento, seguidamente se le debe “mostrar” como se realizará para concluir con “hacer” el tratamiento. Es importante que no se prolongue ni se dé explicaciones muy específicas, priorizando una demostración breve y sencilla, y brindarle un tratamiento rápido.[33,34,36,63]

- La técnica de Sensibilización. – Se centra en la instrucción del paciente, promoviendo su relajación y el establecimiento de una jerarquía de estímulos que generen temor y retirarlas únicamente cuando el temor este eliminado.[33,63]
- Técnica de control de voz. – El tono de voz debe proyectar quien manda en el consultorio, mientras la expresión facial refleje a su vez confianza. La eficacia de esta técnica para interceptar conductas inapropiadas, facilitan su empleo en ciertos casos con pacientes pre escolares.[36,64]
- Técnica de la familiarización. – Consiste en permitir al niño manipular aquellos instrumentos no peligrosos, con el objeto de familiarizarlo con el instrumental y el equipo odontologico.[65]
- Técnica de reacondicionamiento. - Serie de pasos implementados con el fin de que el infante pierda el miedo al tratamiento dental y se muestre dispuesto a aceptar con tranquilidad los procedimientos odontológicos.[31] Consta de:
    a. Conocer los motivos del temor excesivo del niño hacia la odontología.
    b. Familiarizarlo con el consultorio odontológico.
    c. Ganarse la confianza del niño.
- Técnica de felicitar y comunicar. – Esta debe ser empleada junto a la técnica Decir-Mostrar- Hacer, pues ambas forman una excelente combinación para el manejo de infantes mayores de tres años.[36]
- Técnica del refuerzo. - Se aplica para reforzar el comportamiento apropiado que el niño mostro durante el tratamiento dental, con el propósito de que el paciente repita esta actitud en citas posteriores. Consiste trasmitir nuestra aprobación verbal expresando “está bien”, “bien hecho”, “eres uno de mis mejores pacientes”, o por

medio de señales de aprobación como una sonrisa, finalizando la consulta no debemos olvidar expresarle palabras de felicitación pudiendo ser: “Terminamos, eres un buen niño”.[63]

- La técnica del juego. – Consta de dos pasos, primero: jugar con el niño en un ambiente correctamente acondicionado; y segundo: mostrarle al paciente el ambiente odontológico, procurando explicarle todo lo que en allí se encuentra.[66]
- Técnica mano sobre boca. – Para lo cual se debe inmovilizar delicadamente la boca del niño que protesta, colocando una mano o toalla encima de la boca del paciente para atenuar su protesta. El profesional debe hablar conservando un tono de voz bajo, pero clara al oído, explicándole que su mano no será retirada hasta que él deje de llorar.[36,63]
- Técnica de restricción física. – Recomendada solo para niños inmanejables, requiere de ambas manos, cintas, sábanas o aparatos especiales de manera que se eviten movimientos bruscos del niño que impidan el tratamiento o que puedan dañarlo a sí mismo.[36]

Cameron et al. sugieren manejar la ansiedad del niño y adolescente empleando diferentes métodos conforme a su nivel de desarrollo psicológico y la personalidad que posea cada paciente. [33]

Técnicas de evaluación de la ansiedad odontológica

Diferentes investigaciones sostienen que la ansiedad sea valorada mediante las respuestas fisiológicas, utilizando técnicas proyectivas y mediante la observación del comportamiento del infante.[41,53,57,60,67]

A.- Evaluación de la Ansiedad a través de la Observación del Comportamiento

Esta técnica se emplea únicamente en el campo de la psicología. Se basa en observar la conducta del niño durante el desarrollo de evento estresante para este.[53,68]

En odontología se utilizan las siguientes formas:

- Observación independiente. - Stricker y Howitt crearon esta técnica en el año 1965, consiste en la evaluación del comportamiento del infante durante la consulta odontológica.[53]
- Video de simulación dental. - Se desarrolla mostrando al niño un video contenido con los procedimientos clínicos, para realizar una evaluación de la ansiedad dental durante la proyección de éste, fue empleado por primera vez por Norman y Corah en 1983.[69]
- Escala de ansiedad. – Elaborada en 1969 por Norman y Corah, evalúa la ansiedad dental del infante durante el pre-examen y pre-tratamiento a través de la observación y la aplicación de un cuestionario.[70]

B.- Evaluación de la ansiedad a través de respuestas fisiológicas

La ansiedad es un estado donde el paciente se mantiene alerta condicionado por la activación fisiológica periférica, esta puede ser valorada a partir de modificaciones de las respuestas fisiológicas físicas.[27,27,33,50,56,57]

Thompson et al. (1958), con el propósito de evaluar las posibles diferencias en las respuestas fisiológicas ocasionadas por la presencia y ausencia de la madre en el consultorio en nueve niños de 5 a 7 años de edad con experiencia odontológica previa; valoraron la respuesta galvánica de la piel mediante un polígrafo. El grado de la temperatura en la cara y las manos

les permitió analizar la ansiedad, un electrocardiograma fue empleada para evaluar la frecuencia cardiaca. Se concluyó que no existían diferencias significativas en las respuestas fisiológicas relacionadas a la edad de los niños y a la presencia o ausencia de la madre durante la consulta dental.[41]

En 1965, Stricker y Howiit realizaron una investigación para evaluar la frecuencia cardiaca en 24 niños con experiencia dental previa (la mitad de ellos ansiosos y la otra mitad no ansiosos) quienes tenían de 4 a 7 años de edad. La investigación determino la existencia de una diferencia significativa entre los dos grupos, demostrando la capacidad clínica de predecir la ansiedad del paciente mediante el conocimiento de su frecuencia cardiaca.[56]

Tiempo después, en 1972 Myers et al analizaron el pulso como respuesta fisiológica durante una sesión odontológica como la restauración o la cementación de una corona. Se evaluaron a 37 infantes con experiencia dental previa, encontrándose un alto ritmo del pulso sobretodo momentos antes de aplicar la inyección. Asimismo, se registró un ritmo de pulso elevado cuando los niños recibían anestesia tópica. [67]

En el año 2003, Johnsen et al. mediante la evaluación de la velocidad de la frecuencia cardiaca y la variabilidad de ésta, lograron determinar la respuesta fisiológica que tenían 20 pacientes con ansiedad dental; los investigadores encontraron que la ansiedad estaba estrechamente relacionada con la variabilidad de la frecuencia cardíaca.[57]

C.- Evaluación de la Ansiedad a través de Cuestionarios Escritos

El propósito de esta técnica es ofrecer una imagen objetiva al encuestado, para que este perciba diferentes fenómenos. Su aplicación consta de realizar preguntas exclusivas al

paciente y a sus familiares, estas interrogantes deben ser respecto al miedo dental y a las experiencias médicas pasadas.[32,68,70]

D.- Evaluación de la Ansiedad a través de Técnicas Proyectivas

Estas técnicas proporcionan un especial medio para descubrir las emociones involuntarias o reservadas de los niños. Permiten revelar cualquier sensación que no hablada o expresada por el paciente. Un de ellas es la interpretación de dibujos libres, cuadros en historias y dibujos de la figura del ser humano.[72]

Las principales técnicas proyectivas son:

- **El Test Gráfico de Venham.** - Técnica de auto - reporte de la ansiedad, se desarrolla mediante la interpretación de una historia para lo cual el niño debe visualizar cuadros que muestran diferentes estados de ánimo. El aplicador deberá indicarle al niño que elija el cuadro que represente como se siente en ese instante. Este test fue validado en el 2004 en Brasil, gracias a que Ramos y Almeida realizaron modificaciones para hacerlo más moderno en imágenes y adaptarlo a la realidad.[67,73]
- **Escala de Imágenes Faciales.** - Requiere de mostrar cinco imágenes, cada una con diferente estado de ánimo, seguidamente el niño debe señalar la imagen facial que lo identifica.[69]
- **Dibujo de la Figura Humana**. – Se usa especialmente para la valoración de la ansiedad infantil. Son dibujos que facilitan la interpretación de fantasías, miedos y deseos conscientes y no conscientes del paciente.[70]
- **Dibujo Libre.** – La ansiedad dental del niño se valora a través de un dibujo hecho a tema libre elección. Personal capacitado debe analizar este dibujo para poder

descubrir con certeza aquellos sentimientos que esconde el niño. Domínguez y Aznar, en 1999 aplicaron esta técnica para evaluar la ansiedad, ellos concluyeron que el nivel de ansiedad, no tenía modificación significativa antes y después del tratamiento.[27,70]

Prevención de la ansiedad en el consultorio odontológico

La importancia de la prevención de la ansiedad dental está en que mediante ella se puede lograr que el paciente acepte tranquilamente el tratamiento dental que requiera y que se preocupe por el adecuado de su salud bucal. Por lo que, se requiere que el niño asista tempranamente al niño a su primera visita al odontólogo, de ser posible esta debe programarse al iniciar la erupción de la dentición primaria del niño, para de esta manera evitar posibles molestias y por ende dolor.[34]

La Psicología le brinda a la odontología, diversos métodos y técnicas para facilitar el manejo de la conducta de aquellos pacientes en edad critica como los niños y adolescentes, los profesionales en odontología deben procurar implementar estas técnicas en su ambiente en el momento adecuado, de preferencia de forma anticipada.[21]

Para manejar un paciente ansioso se precisa de un identificación rápida del estado emocional del paciente y la percepción que este tenga sobre la odontología y el odontólogo, para seguidamente idear estrategias de ayuda para que el niño aprenda a dominar su propia ansiedad.[63] Así como también, se debe procurar que en la primera visita dental no se realicen procedimientos dolorosos o invasivos.[31]

Pike (1999) recomienda que, para prevenir la ansiedad odontológica del paciente, el dentista conserve su credibilidad y que le permita al infante tomar decisiones simples, pudiendo ser

la elección del diente que se deba pulir primero o cualquier otra técnica psicológica recomendada para estos casos. El profesional debe ser sutil y no debe emplear mucha fuerza frente a niños indecisos o que pongan resistencia, de esta manera se podrá prevenir reacciones explosivas y futuras fobias al especialista.[45]

2.3 Marco Conceptual

- **Respuesta Fisiológica:** es la reacción que se produce en el organismo ante los estímulos estresores. Ante una situación de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipofisosuprarrenal y del sistema nervioso vegetativo.[40]
- **Miedo:** Estado emocional avocado por la amenaza de un peligro y caracterizado normalmente por una experiencia subjetiva displacentera, tanto con cambios fisiológicos como del comportamiento.[44]
- **Ansiedad:** Patología de tensión elevada y a menudo disruptiva, acompañada de un aura mal definida y temor a sufrir lesión o daño inminentes. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.[45]
- **Comportamiento definitivamente positivo:** Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.[39]
- **Comportamiento positivo:** Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.[38]
- **Comportamiento negativo:** Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas, pero no pronunciadas (ariscas, lejanas).[37]
- **Comportamiento definitivamente negativo:** Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.[36]

III.METODOLOGIA

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Si existe relación entre el nivel de ansiedad y las respuestas fisiológicas en niños de 5-9 años que acuden por primera vez a su cita odontológica en el centro de salud pueblo joven-centenario-2017.

3.1.2 Hipótesis Específicas

1.- El nivel de ansiedad es significativo en niños de 5-9 años que acuden a su primera cita odontológica según género y edad.

2.- El nivel de respuestas fisiológicas de la ansiedad es significativo en niños de 5-9 años que acuden a su primera cita según género y edad.

3.- Si existe relación entre el nivel de ansiedad y respuestas fisiológicas en niños de 5-9 años que acuden a su primera cita odontológica.

3.2 Método

El tipo de método que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue el método deductivo, con el cual se medirá el nivel de ansiedad y respuestas fisiológicas. Del cual para tener una conclusión valida de todos los datos obtenidos se utilizara el test modificado de Venham que consta en identificar el nivel de ansiedad y miedo de los niños.

3.3 Tipo de investigación

El presente el trabajo de investigación de tipo observacional de corte prospectivo

3.4 Nivel o alcance de investigación

El nivel o alcance de la presente investigación es de tipo correlacional debido a que se buscará la relación mutua que existe entre el nivel de ansiedad y las respuestas fisiológicas con los factores asociados como son: frecuencia respiratoria, temperatura, pulso arterial, saturación de oxígeno en el Centro de Salud Pueblo Joven-Centenario.

3.5 Diseño de la investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo transversal, comparativo, cuantitativo

3.6 Operacionalización de variables

- **ANSIEDAD:** Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad, tiene las siguientes dimensiones:
    - **Intensidad:** valoración del nivel de ansiedad a través de un instrumento diseñado para ello. Variable de tipo cuantitativa medida en escala de razón y toma los siguientes valores:

- No ansioso= 0
- Ansioso= más de 1

- **Respuesta:** valoración del nivel de ansiedad en el sillón dental de acuerdo como se sienta el niño en eses momento. Variable de tipo cuantitativa medida en escala de razón y toma los siguientes valores:
  - Ansiedad leve= 1
  - Leve a moderado= 2
  - Moderado = 3
  - Moderado a severo= 4
  - Severo = 5

- **Condiciones de entorno:** valoración del nivel de ansiedad en el sillón dental de acuerdo al comportamiento del niño. Variable de tipo cuantitativa medida en escala de razón y toma los siguientes valores:
  - **Definitivamente negativo =1**
  - **Negativo = 2**
  - **Positivo= 3**
  - **Definitivamente positivo = 4**

- **Respuestas Fisiológicas:** reacción que se produce en el organismo ante los estímulos estresores. Ante una situación de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones **fisiológicas** que suponen la activación del eje hipofisosuprarrenal y del sistema nervioso. Y toma los siguientes valores.
  - **Respuestas corporales:** reacción que tiene el cuerpo del paciente o niño y toma los siguientes valores:

- Saturación de oxigeno de 95%-97%

- **Estímulos:** que estímulos recibe cuando se manifiestan estas reacciones, y toma los siguientes valores:
  - Presión arterial sistólica 97-112 mm Hg.
  - Presión arterial diastólica 57-71 mm Hg.
- **Frecuencias:** en que frecuencias se manifiestan y tomas los siguientes valores:
  - Temperatura 36.2-37.2 GC
  - Respiraciones 15-20 rpm
  - Pulso: 60-140x min.

- **GENERO:** características físicas que son determinadas por la genética de cada persona. Variable de tipo cualitativo medida en escala nominal. Toma el siguiente valor:
  - Masculino
  - Femenino.

- **EDAD:** se define como el tiempo transcurrido que ha vivido una persona. Variable de tipo cuantitativa medida en intervalica y toma los siguientes valores:
  - 5-6 años
  - 7-9años

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA	VALORES
ANSIEDAD	Estado mental que se caracteriza por un gran inquietud, un intensa exitacion y una extrema inseguridad	Intensidad	valoracion del nivel de ansiedad a traves de un instrumento diseñado para ello	Test de ansiedad: Venham	cualitativa	ordinal	No ansioso= 0 Ansioso = 1
		Respuesta	Valoracion del nivel de ansiedad en el sillon dental de acuerdo como se sienta el niño	Test: Facial Image Scale (FISS)			Ansiedad leve= 1 Leve o moderado = 2 Moderado = 3 Moderado a severo= 4 Severo = 5
		Condiciones de entorno	Valoracion del nivel de ansiedad en el sillon dental de acuerdo al comportamiento del niño	Escala de valoracion de conducta de Franki			Definitivamente negativo = 1 Negativo = 2 Positivo = 3 Definitivamente positivo= 4
RESPUESTAS FISIOLOGICAS	Reaccion que se produce en el organismo ante los estimulos estrsores. Ante una situacion de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones fisiologicas que suponen la activacion del eje hipofisosuprarenal y del sistema nervioso	Respuestas corporales	reaccion que tiene el cuerpo del paciente o niño.	Oximetro de pulso	Cuantitativa	Intervalica	Saturacion de oxigeno de 95-97%
		Estimulos	que estimulos recibe cuando se manifiestan estas reacciones	Tensiometro			Presión arterial sistolica = 97-112 mm Hg. Presion arterial diastolica= 57-71 mm Hg.
		Frecuencia	En que frecuencia se manifiestan	Termomentro			Temperatura 36.2-37.2 ° C. Respiraciones: 15-20 rpm Pulso: 60-140 x min.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA	VALORES
Genero	Condición orgánica que diferencia al varón de la mujer.	……..	Identificación del rubro sexo en la Ficha de matrícula	Dato registrado en la ficha de matricula	Cualitativa	Nominal Dicotomica	Masculino Femenino
Edad	Se define como el tiempo transcurrido que ha vivido una persona.	……..	Corresponde a la edad cronológica según la nómina de		Cuantitativa	Discreta	5-6 años 7-9 años

3.7 Población, muestra y muestreo

3.7.1 Población:

La población en el presente trabajo de investigación está constituida por escolares de 5-9 años de edad pacientes del consultorio odontológico del Centro de Salud Pueblo Joven-Centenario, que eran un total de 110 niños.

3.7.2 Muestra:

Se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico, intencional o de conveniencia en la cual el investigador seleccionó a los participantes que firmen su consentimiento informado a través de los padres de familia y un asentimiento informado. La muestra fue conformada por 60 niños, donde cumpliesen los siguientes criterios de selección.

3.7.3. Criterios de selección

3.7.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes de 5-9 años de ambos sexos, que acuden a su primera cita al Centro de Salud Pueblo Joven- Centenario- 2017
- Pacientes de 5-9 años que presentan consentimiento y asentimiento informado.

3.7.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes de 5-9 años que acudan al centro de salud y no sea su primera cita odontológica.

3.8 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Método:

El presente trabajo de investigación se realizará con el método de encuesta.

Procedimiento:

El presente trabajo de investigación contará con el siguiente procedimiento: se solicitará permisos correspondientes al jefe del establecimiento de salud para poder realizar las encuestas correspondientes , posterior a eso se le solicitará la autorización a los padres de familia a través del consentimiento informado (anexo 004), una vez obtenida el consentimiento de los padres se accederá a la encuesta y la evaluación de los escolares de 5-9 años se le entregara un asentimiento informado (anexo 003) con los escolares de cumplan los criterios de selección se le sentara al escolar en el sillón dental para registrarles sus datos personales, posterior a eso se le aplicara el test de Venham solicitándole al niño que señale ocho pares de figuras las que reflejan distintas emociones y el escolar debe escoger la que representa más fielmente su estado de ansiedad. Esta escala se puntúa de 0 (sin ansiedad) a 8 puntos (muy ansioso).

Posteriormente se registrará los valores de las respuestas fisiológicas de temperatura, pulso, presión arterial, saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria, luego se procederá a evaluar el grado de ansiedad y su comportamiento posterior a su tratamiento mediante la escala de Imagen Facial (FISS) donde se le pedirá al niño que puntúe cuál de las caras representa más como se sintió en ese momento de entre una hilera de cinco caras que van desde mucha felicidad a mucha felicidad y se le pedirá al escolar que puntúe cuál de las caras representa más, de cómo se sintió en ese momento.

3.8.1 Descripción de instrumentos:

El instrumento del presente de trabajo de investigación consta TEST modificado de Venham que consta en identificar la ansiedad y miedo de los escolares.

3.9 Consideraciones éticas

En la presente investigación se tomaron muy en cuenta los diferentes derechos de cada estudiante en su participación para la recolección de datos, análisis y su interpretación, así mismo su anonimidad y confidencialidad.

3.10 Procesamiento de datos

Con la información recabada mediante la aplicación del instrumento diseñado en esta investigación se procederá a desarrollar una tabla de vaciado de datos en Microsoft Excel, codificando las respuestas de cada uno de los escolares del contexto seleccionado, y estimando el Test de Venham, Escala de Imagen Facial (FISS), Escala de comportamiento de Frank, Presión Arterial, Temperatura, Frecuencia Respiratoria, Pulso y Saturación de Oxígeno, así como su valoración.

La hoja de cálculo se exportará al programa SPSS 23 para sistematizar el cálculo de frecuencias absolutas y porcentuales respecto a cada respuesta.

Para comparar el nivel de ansiedad y respuestas fisiológicas según el género se empleó la prueba U de Mann Whitney, mientras que para comparar el nivel de ansiedad y respuestas fisiológicas según la edad se utilizó la prueba kruskal – Wallis.

Para comparar la proporción de género y la edad entre niños con y sin ansiedad se emplearon las pruebas Chi – cuadrado respectivamente.

IV.RESULTADOS

Tabla N° 01: se realiza una descripción Univariada donde encontramos lo siguiente: en relación a la edad se encuentran 60 pacientes evaluados, el 30%(18) pertenecen al grupo de edad de 5 años, el 25%(15) se encuentran en el grupo de 6 años, el 18.3%(11) pertenecen al grupo de 7 y8 años, y el 8.3%(5) se encuentran en el grupo de 9 años. En relación al género se encuentran 53.3%(32) son del género masculino y 46.7%(28) del género femenino.

Tabla N° 02 - A: en relación del nivel de ansiedad y frecuencia respiratoria se evidencia lo siguiente: el 46.7%(28) presento ansiedad leve a moderada, el 6.7%(4) presento una respiración normal y 40%(24) presento taquipnea; el 31.7%(19) presento ansiedad leve, el 8.3%(5) presenta respiración normal y el 23.3%(14) presenta taquipnea; el 21.7%(13) presento ansiedad severa y taquipnea. El valor p= 0.025 encontrándose una relación estadísticamente significativas.

Tabla N° 02 - B: en relación del nivel de ansiedad y temperatura se evidenció lo siguiente: el 46.7% (28) presento de ansiedad leve a moderada e hipotermia; el 31.7%(19) presento ansiedad leve, el 30%(18) presento hipotermia y 1.7%(1) temperatura normal; seguidamente el 21.7%(13) presenta una ansiedad severa e hipotermia. El valor p= 0.307 no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Tabla N° 02 - C: en relación al nivel de ansiedad y pulso arterial se evidencia lo siguiente: el 81.7%(49) presento ansiedad leve a moderada, el 21%(13) presento bradicardia, el 41.7%(25) presento una pulsación arterial normal y el 18.3%(11) presento taquicardia; el 11.7%(7) presenta ansiedad severa, el 6.7%(4) presenta bradicardia, el 3.3%(2) presenta una pulsación arterial normal y el 1.7%(1) presentó taquicardia; el 6.7%(4) presentaron

ansiedad leve, el 3.3%(2) presentó bradicardia, el 1.7%(1) presento una pulsación arterial normal y taquicardia. El valor p= 0.511 no encontrándose diferencias estadísticamente significativas

Tabla N° 02 - D: en relación del nivel de ansiedad y saturación de oxigeno se evidenció lo siguiente, el 65%(39) presento ansiedad leve a moderada, el 33.3%(20) presento normal cantidad de oxígeno en la sangre, el 16.7%(10) presenta hipoxemia y el 15%(9) presento hipertensión; el 23.3%(14) presento ansiedad severa, el 10%(6) presento normal cantidad de oxígeno en la sangre, el 8.3%(5) presento hipoxemia y el 5%(3) presento hipertensión, el 11.7%(7) presento ansiedad leve, el 6.7% (4) presento hipoxemia, el 3.3%(2) presento normal cantidad de oxigeno en la sangre, mientras que el 1.7%(1) presento hipertensión. El valor p= 0.578 no encontrándose diferencias estadísticamente significativas

Tabla N° 03: En relación al Nivel de Ansiedad y la Edad se evidenció lo siguiente: De un total de 30.0%(18) de niños de 5 años, el 18.33%(11) presentaron Ansiedad Leve a Moderada, el 18.33%(11) presentaron Ansiedad Moderada y el 6.67%(4) presento Ansiedad Leve. Asimismo, de 25.0%(15) de niños de 6 años se evidencio que el 8.33%(10) presentaron Ansiedad Leve a Moderada, el 8.33%(6) presentaron Ansiedad Moderada y el 6.67%(4) presento Ansiedad Leve. De igual modo de 18.33%(11) de niños de 8 años, el 10.0%(6) presentaron Ansiedad Moderada, el 10.0%(6) presentaron Ansiedad Leve a Moderada y el 3.33%(2) presento Ansiedad Leve. Del mismo modo de un total 18.33%(10) de niños de 7 años, el 10.0%(6) presentaron Ansiedad Leve, el 6.67%(4) presentaron Ansiedad Leve Moderada y el 6.67%(4) presento Ansiedad Moderada y finalmente de un total de 1.67%(1) de niños de 5 años, el 5.00%(3) presentaron Ansiedad Leve, el 3.33%(2) presentaron Ansiedad Leve a Moderada y el

3.33%(2) presento Ansiedad Moderada. El valor p= 0.217 encontrándose una relación estadísticamente significativas.

En relación al Nivel de Ansiedad y el género se encontró que el 53.3%(32) son del género masculino, de los cuales 23.33%(14) presentaron Ansiedad Leve a Moderada, el 18.33%(11) presentaron Ansiedad Leve y el 11.67%(7) presento Ansiedad Moderada, de igual modo se evidencio que el 46.67%(28) son del género femenino, de los cuales 23.33%(14) presentaron Ansiedad Leve a Moderada, 13.33%(8) presentaron Ansiedad Leve y el 10.00%(6) presentaron Ansiedad Moderada. El valor p= 0.867 encontrándose una relación estadísticamente significativas.

Tabla N° 04 - A: En relación del nivel de la Temperatura y la Edad se evidenció lo siguiente: de un total de 36.67%(22) de niños de 9 años, 35.0%(21) presentaron Hipotermia y 1.67%(1) presentaron temperatura Normal. Asimismo de un total de 26.67%(16) de niños de 6 años, 26.67%(16) presentaron Hipotermia. De igual modo el 18.33%(11) de niños de 8 años presentaron Hipotermia y 16.67%(10) de niños de 7 años presentaron hipotermia y finalmente el 1.67%(1) de niños de 5 años presento hipotermia. El valor p= 0.780 encontrándose una relación estadísticamente significativas.

En relación del nivel de la Temperatura y al género se encuentro que 53.3%(32) son del género masculino y 45.0%(27) del género femenino con Hipotermia y el 1.67%(1) del género femenino con temperatura normal. El valor p= 0.281 encontrándose una relación estadísticamente significativas.

Tabla N° 04 - B: En relación al Pulso y la Edad se evidenció lo siguiente: De un total de 36.67%(22) de niños de 9 años, el 31.67%(19) presentaron pulso Normal y el 5.0%(3) presentaron Bradicardia. Asimismo, de 26.67%(16) de niños de 6 años se evidencio que el 20.0%(12) presentaron pulso Normal, el 5.0%(3) presentaron Taquicardia y el

1.67%(1) presento Bradicardia. De igual modo de 18.33%(11) de niños de 8 años, el 15.0%(9) presentaron pulso normal y el 3.33%(2) presento Taquicardia. Del mismo modo de un total de 16.67%(10) de niños de 7 años, el13.33%(8) presentaron un pulso Normal y el 3.33%(2) presento Taquicardia y finalmente el 1.67%(1) de niños de 5 años presento pulso Normal. El valor p= 0.470 encontrándose una relación estadísticamente significativas.

En relación al Pulso y el género se encontró que el 53.3%(32) son del género masculino, de los cuales 43.33%(26) presentaron un pulso Normal, el 6.67%(4) presentaron Taquicardia y el 3.33%(2) presentaron Bradicardia, de igual modo se evidencio que el 46.67%(28) son del género femenino, de los cuales 38.33%(23) presentaron pulso normal, 5.0%(3) presentaron Taquicardia y el 3.33%(2) presentaron Bradicardia. El valor p= 0.970 encontrándose una relación estadísticamente significativas.

Tabla N° 04 - C: En relación al Nivel de Saturación de Oxigeno y la Edad se evidenció lo siguiente: De un total de 36.67%(22) de niños de 9 años, el 20.0%(22) presentaron Hiperventilación, el 13.33%(8) presentaron saturación Normal y el 3.33%(2) presentaron Hipoxemia. Asimismo de 26.67%(16) de niños de 6 años se evidencio que el 16.67%(10) presentaron saturación Normal y el 10.0%(6) presentaron Hiperventilación. De igual modo de 18.33%(11) de niños de 8 años, el 13.33%(8) presentaron saturación Normal y el 5.0%(3) presento Hiperventilación. Del mismo modo de un total 16.67%(10) de niños de 7 años, el 11.67%(7) presentaron Hiperventilación y el 5.0%(3) presento pulso normal y finalmente el 1.67%(1) de niños de 5 años presento Hipoxemia. El valor p= 0.001 encontrándose una relación estadísticamente significativas.

En relación al Nivel de Saturación de Oxigeno y el género se encontró que el 53.3%(32) son del género masculino, de los cuales 25.0%(15) presentaron una saturación Normal, el 25.0%(15) presentaron Hiperventilación y el 3.33%(2) presentaron Hipoxemia, de

igual modo se evidencio que el 46.67%(28) son del género femenino, de los cuales 23.33%(14) presentaron saturación Normal, 21.67%(13) presentaron saturación Normal y el 1.67%(1) presentaron Hipoxemia. El valor p= 0.885 encontrándose una relación estadísticamente significativas.

Tabla N° 04 - D: En relación al Nivel de Frecuencia Respiratoria y la Edad se evidenció lo siguiente: De un total de 36.67%(22) de niños de 9 años, el 33.33%(20) presentaron Taquipnea y 3.33%(2) presentaron Disnea. Asimismo de 26.67%(16) de niños de 6 años se evidencio que el 26.67%(16) presentaron Taquipnea. De igual modo de 18.33%(11) de niños de 8 años, el 10.0%(5) presentaron Disnea y el 8.33%(5) presentaron Taquipnea. Del mismo modo de un total 16.67%(10) de niños de 7 años, el 15.00%(9) presentaron Taquipnea y el 1.67%(1) presento Disnea y finalmente el 1.67%(1) de niños de 5 años presento Taquipnea. El valor p= 0.002 encontrándose una relación estadísticamente significativas.

En relación al Nivel de Frecuencia Respiratoria y el género se encontró que el 53.3%(32) son del género masculino, de los cuales 41.67%(25) presentaron Taquipnea y el 11.67%(7) presentaron Disnea, de igual modo se evidencio que el 46.67%(28) son del género femenino, de los cuales 43.33%(26) presentaron Taquipnea y el 3.33%(2) presentaron Disnea. El valor p= 0.111 encontrándose una relación estadísticamente significativas.

TABLA 01:

Tabla de Frecuencia de Edad y Género

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	*5 Años*	18	30.0
	6 Años	15	25.0
	7 Años	11	18.3
	8 Años	11	18.3
	9 Años	5	8.3
Genero	*Masculino*	32	53.3
	Femenino	28	46.7

TABLA 02 - A:

Tabla del Nivel de Frecuencia Respiratoria

COVARIABLES		Escala de Fiss						N	%	p- Value
		ANSIEDAD LEVE		ANSIEDAD LEVE A MODERADA		ANSIEDAD SEVERA				
		n	%	n	%	n	%			
Frecuencia Respiratoria	NORMAL (16-20)	5	8.3	4	6.7	0	0.0	9	15.0	0.025
	TAQUIPNEA (+20)	14	23.3	24	40.0	13	21.7	51	85.0	
TOTAL		19	31.7	28	46.7	13	21.7	60	100.0	

GRAFICO 02 – A

Nivel de Ansiedad - Frecuencia Respiratoria

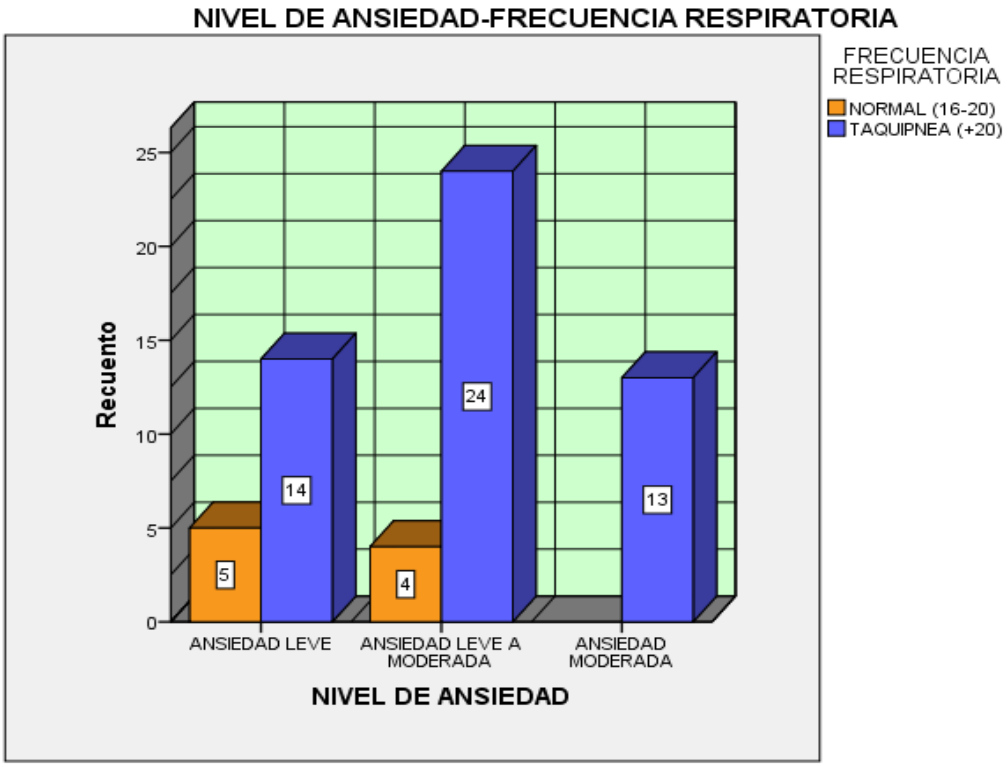


TABLA 02 – B

Tabla del Nivel de Temperatura

COVARIABLES		Escala de Fiss						N	%	p- Value
		ANSIEDAD LEVE		*ANSIEDAD LEVE A MODERADA*		*ANSIEDAD SEVERA*				
		n	%	n	%	n	%			
Temperatura	*HIPOTERMIA (-36,2)*	18	30.0	28	46.7	13	21.7	59	98.3	0.307
	NORMAL(36,2-36,8)	1	1.7	0	0.0	0	0.0	1	1.7	
TOTAL		19	31.7	28	46.7	13	21.7	60	100.0	

GRAFICO 02 – B

Nivel de Ansiedad – Temperatura

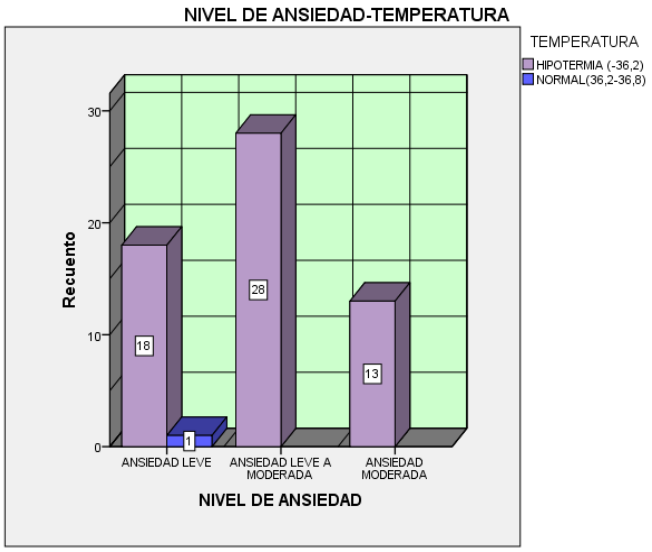


TABLA 02 – C

Tabla del Nivel del Pulso Arterial

COVARIABLES		ESCALA DE FISS						N	%	p- Value
		ANSIEDAD LEVE		*ANSIEDAD LEVE A MODERADA*		*ANSIEDAD SEVERA*				
		n	%	n	%	n	%			
Pulso	*BRADICARDIA (-70)*	2	3.3	13	21.7	4	6.7	19	31.7	
	NORMAL (70-110)	1	1.7	25	41.7	2	3.3	28	46.7	**0.511**
	TAQUICARDIA (+110)	1	1.7	11	18.3	1	1.7	13	21.7	
	TOTAL	4	6.7	49	81.7	7	11.7	60	100.0	

GRAFICO 02 – C

Nivel de Ansiedad - Pulso Arterial

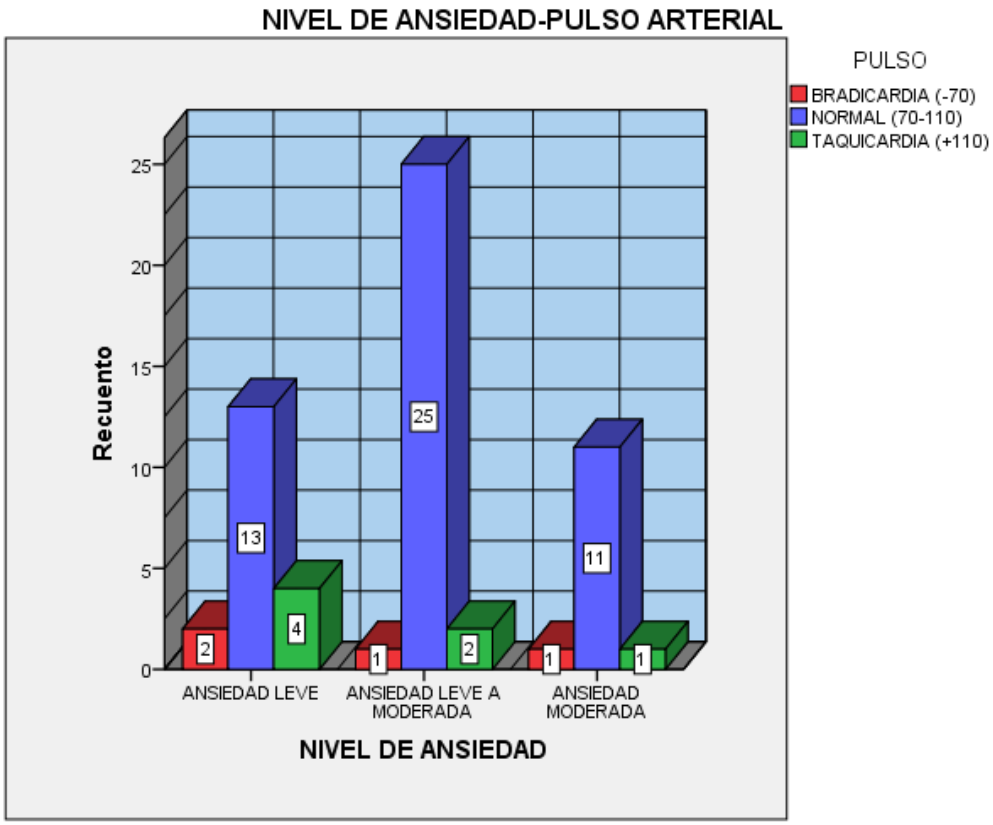


TABLA 02 - D:

Tabla del Nivel de Saturación de Oxigeno

COVARIABLES		ESCALA DE FISS						N	%	p- Value
		ANSIEDAD LEVE		*ANSIEDAD LEVE A MODERADA*		*ANSIEDAD SEVERA*				
		n	%	n	%	n	%			
Saturacion de Oxigeno	*HIPOXEMIA (-95)*	4	6.7	10	16.7	5	8.3	19	31.7	
	NORMAL (95-97)	2	3.3	20	33.3	6	10.0	28	46.7	**0.578**
	HIPERVENTILACION (+97)	1	1.7	9	15.0	3	5.0	13	21.7	
TOTAL		7	11.7	39	65.0	14	23.3	60	100.0	

Grafico 02 – D

Nivel de Ansiedad - Saturación de Oxigeno

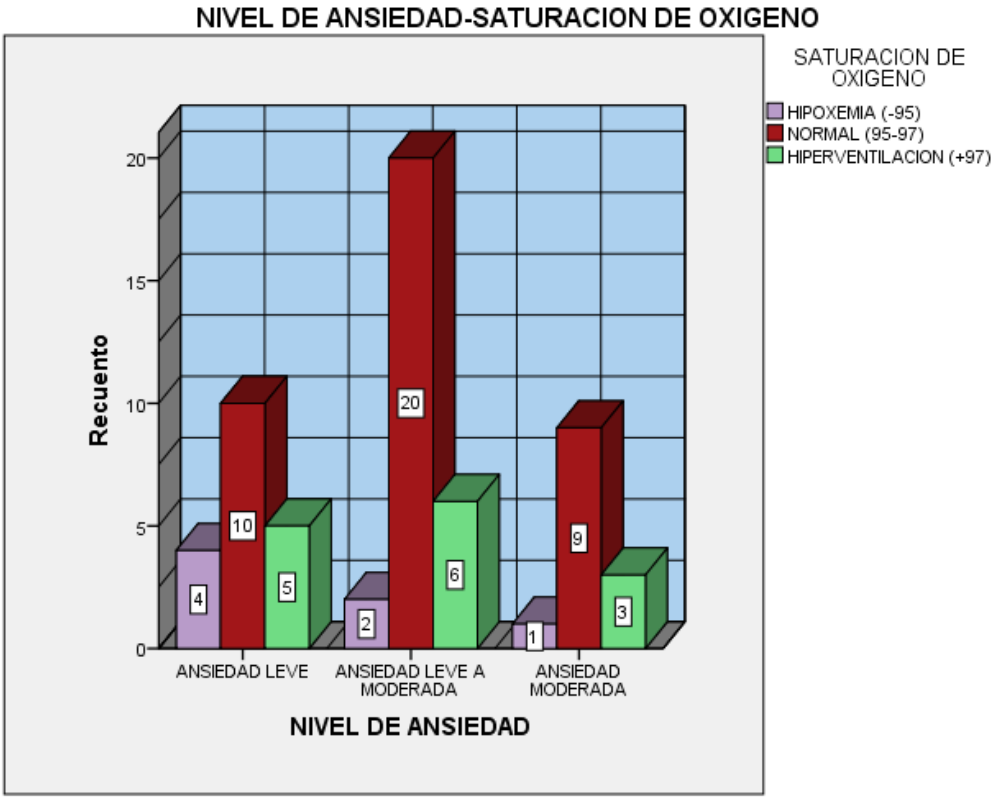


TABLA 03:

Tabla del Nivel de Ansiedad en Relación a la Edad y Genero

COVARIABLES		Escala Fiss						N	%	p- Value
		Ansiedad Leve		*Ansiedad Leve a Moderada*		*Ansiedad Moderada*				
		n	%	n	%	n	%			
Edad	*5 años*	4	6.67	11	18.33	11	18.33	18	30.00	0.217
	6 años	4	6.67	5	8.33	5	8.33	15	25.00	
	7 años	2	3.33	6	10.00	6	10.00	11	18.33	
	8 años	6	10.00	4	6.67	4	6.67	11	18.33	
	9 años	3	5.00	2	3.33	2	3.33	5	8.33	
Total		19	31.67	28	46.67	28	46.67	60	100.00	
Genero	*Masculino*	11	18.33	14	23.33	7	11.67	32	53.33	0.867
	Femenino	8	13.33	14	23.33	6	10.00	28	46.67	
Total		19	31.67	28	46.67	13	21.67	60	100.00	

GRAFICO 03 - A:

Relación entre el Nivel de Ansiedad y la Edad

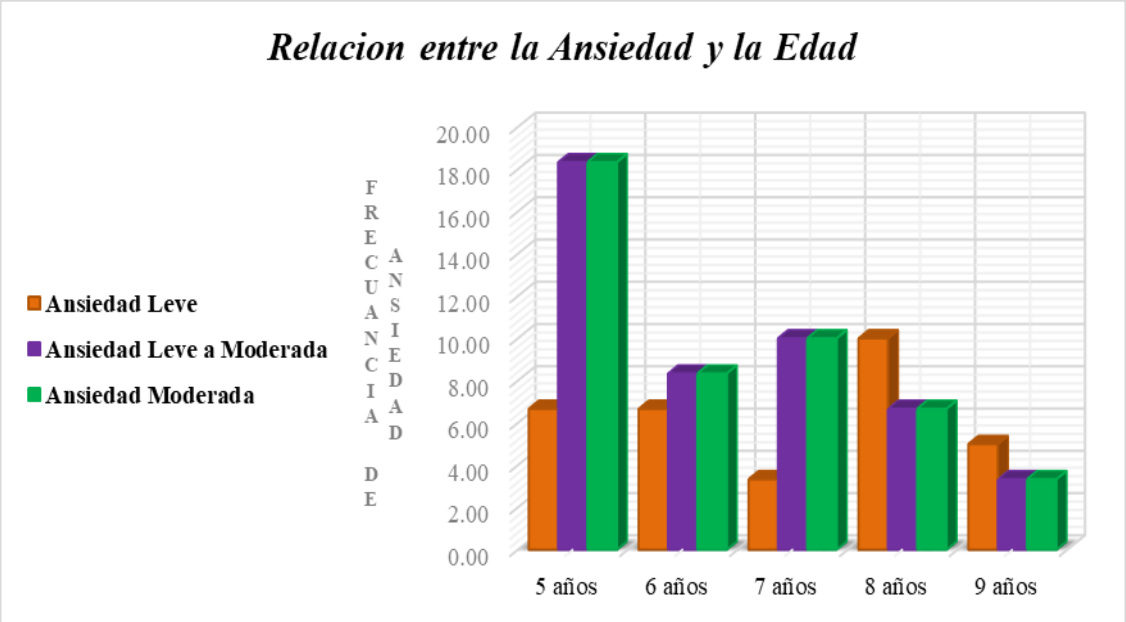


GRAFICO 03 - B:

Relación entre el Nivel de Ansiedad y Genero

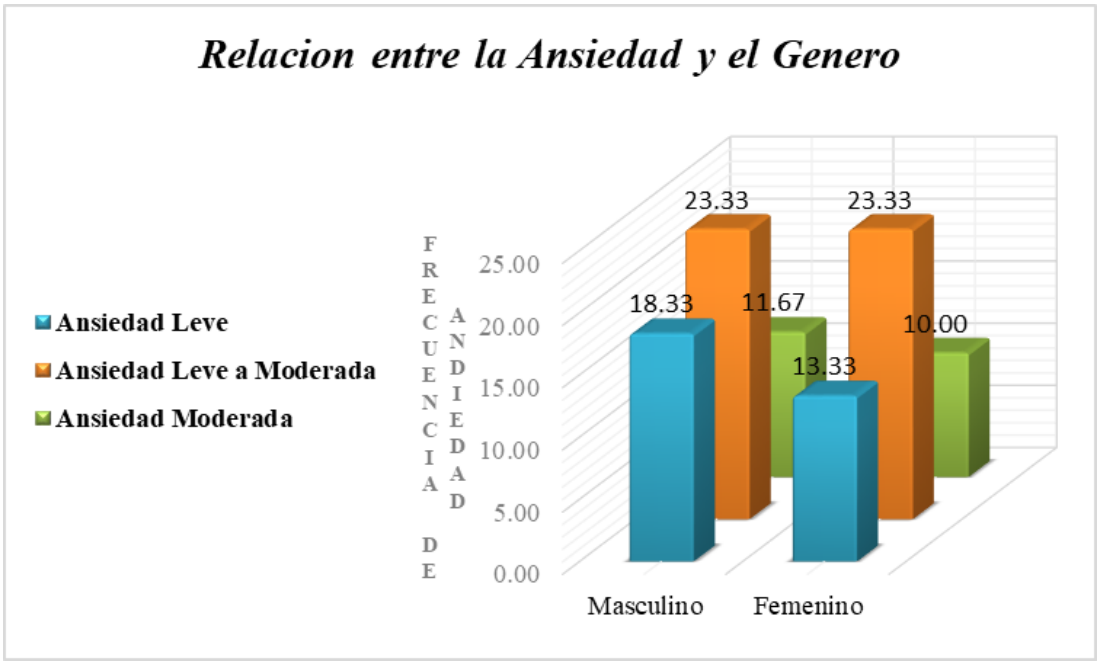


TABLA 04 – A:

Tabla del Nivel de Temperatura en Relación de la Edad y Género

COVARIABLES		Temperatura				N	%	p- Value
		Hipotermia (-36,2)		*Normal (36.2-36.8)*				
		n	%	n	%			
Edad	*5 años*	1	1.67	0	0.00	1	1.67	**0.780**
	6 años	16	26.67	0	0.00	16	26.67	
	7 años	10	16.67	0	0.00	10	16.67	
	8 años	11	18.33	0	0.00	11	18.33	
	9 años	21	35.00	1	1.67	22	36.67	
Total		59	98.33	1	1.67	60	100.00	
Genero	*Masculino*	32	53.33	0	0.00	32	53.33	**0.281**
	Femenino	27	45.00	1	1.67	28	46.67	
Total		59	98.33	1	1.67	60	100.00	

GRAFICO 04 – A1

Relación de Nivel de Temperatura y Edad

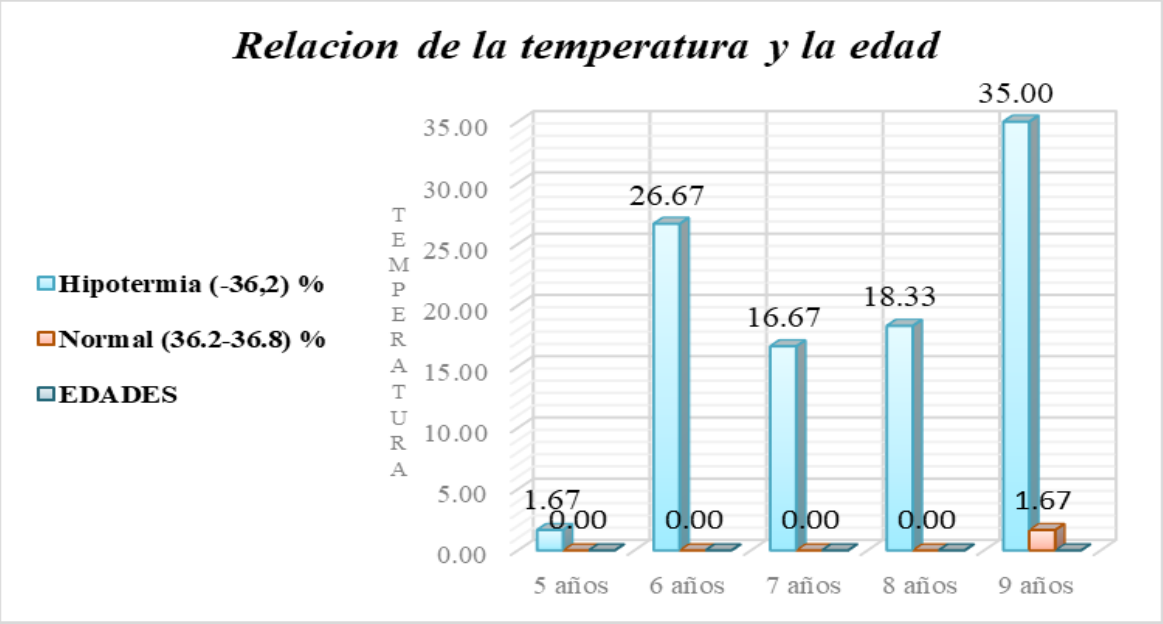


GRAFICO 04 – A2

Relación de Nivel de Temperatura y Género

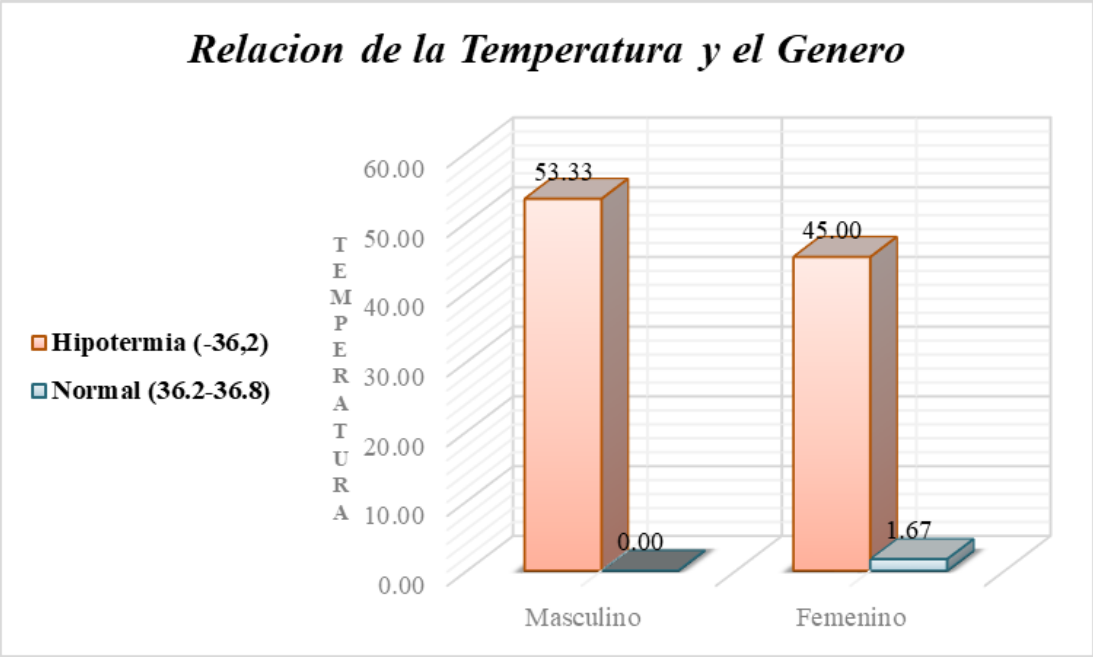


TABLA 04 – B

Tabla del Nivel de Pulso Arterial en Relación a la Edad y Género

COVARIABLES		Pulso						N	%	p- Value
		Bradicardia(-70)		*Normal(70-110)*		*Taquicardia(+110)*				
		n	%	n	%	n	%			
Edad	*5 años*	0	0.00	1	1.67	0	0.00	1	1.67	**0.470**
	6 años	1	1.67	12	20.00	3	5.00	16	26.67	
	7 años	0	0.00	8	13.33	2	3.33	10	16.67	
	8 años	0	0.00	9	15.00	2	3.33	11	18.33	
	9 años	3	5.00	19	31.67	0	0.00	22	36.67	
Total		4	6.67	49	81.67	7	11.67	60	100.00	
Genero	*Masculino*	2	3.33	26	43.33	4	6.67	32	53.33	**0.970**
	Femenino	2	3.33	23	38.33	3	5.00	28	46.67	
Total		4	6.67	49	81.67	7	11.67	60	100.00	

GRAFICO 04 - B1

Relación de Nivel de Pulso Arterial y Edad

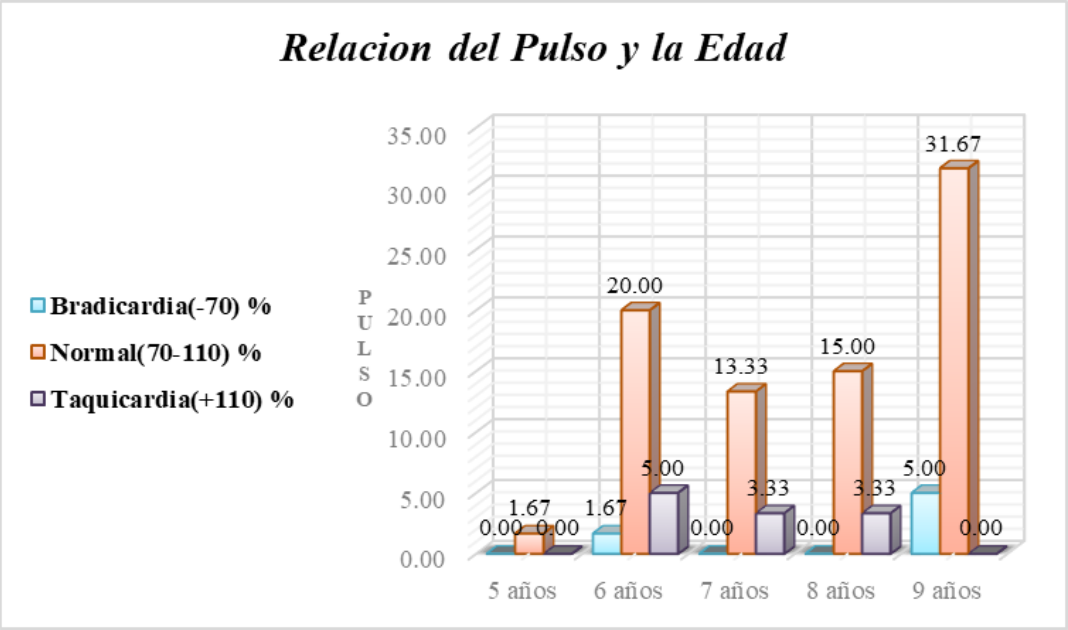


GRAFICO 04 - B2

Relación de Nivel de Pulso Arterial y Género

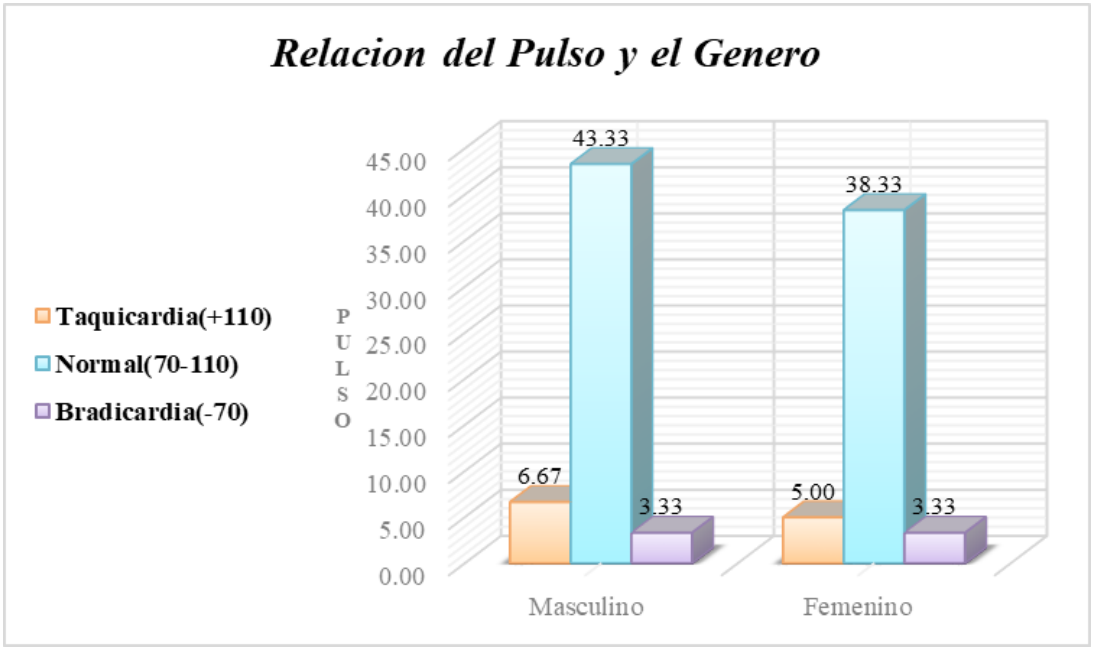


TABLA 04 – C

Tabla del Nivel de Saturación del Oxígeno en Relación a la Edad y Género

COVARIABLES		Saturacion de Oxigeno						N	%	p- Value
		Hipoxemia(-95)		*Normal(95-97)*		*Hiperventilacion (+97)*				
		n	%	n	%	n	%			
Edad	*5 años*	1	1.67	0	0.00	0	0.00	1	1.67	**0.001**
	6 años	0	0.00	10	16.67	6	10.00	16	26.67	
	7 años	0	0.00	3	5.00	7	11.67	10	16.67	
	8 años	0	0.00	8	13.33	3	5.00	11	18.33	
	9 años	2	3.33	8	13.33	12	20.00	22	36.67	
Total		3	5.00	29	48.33	28	46.67	60	100.00	
Genero	*Masculino*	2	3.33	15	25.00	15	25.00	32	53.33	**0.885**
	Femenino	1	1.67	14	23.33	13	21.67	28	46.67	
Total		3	5.00	29	48.33	28	46.67	60	100.00	

GRAFICO 04 - C1

Relación del Nivel de Saturación de Oxígeno y Edad

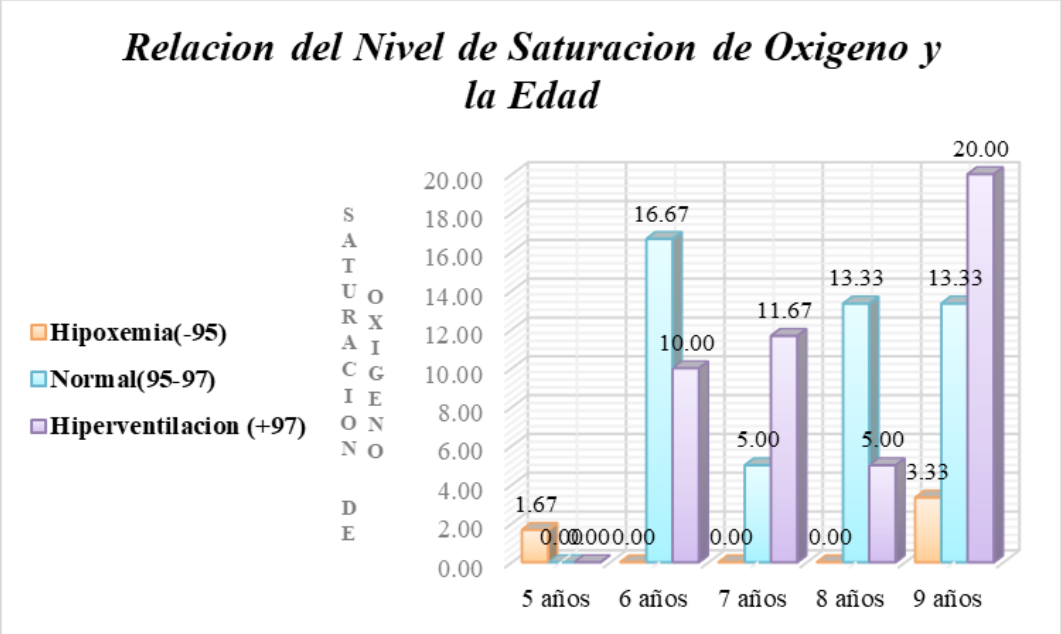


GRAFICO 04 - C2

Relación del Nivel de Saturación de Oxigeno Y Genero

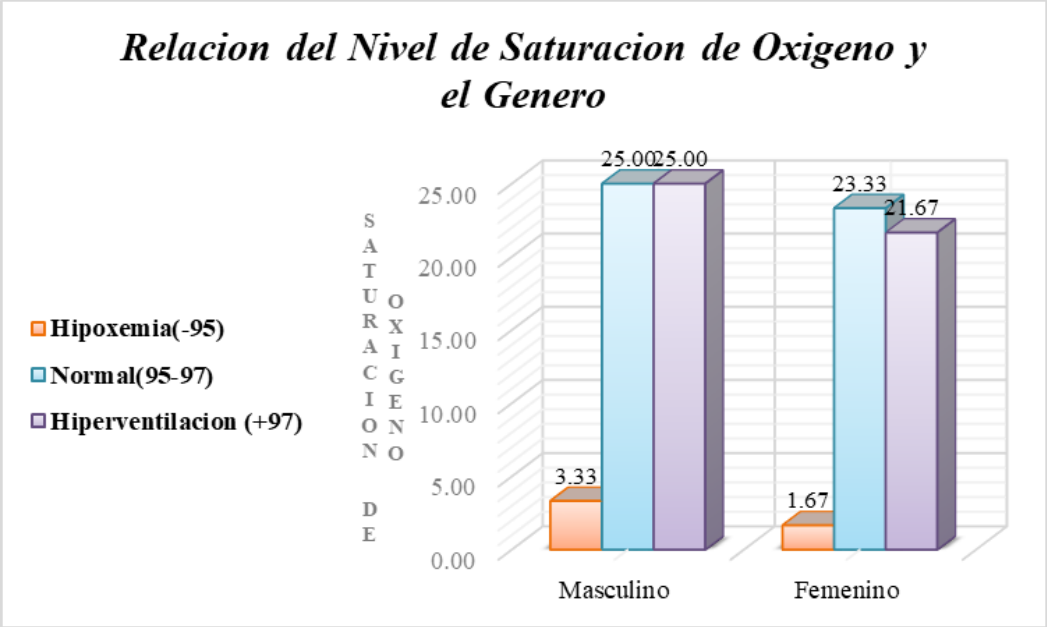


TABLA 04 – D

Tabla del Nivel de Frecuencia Respiratoria en Relación a la Edad y Género

COVARIABLES		Frecuencia Respiratoria				N	%	p- Value
		Disnea(-16)		*Taquipnea(+20)*				
		n	%	n	%			
Edad	*5 años*	0	0.00	1	1.67	1	1.67	0.002
	6 años	0	0.00	16	26.67	16	26.67	
	7 años	1	1.67	9	15.00	10	16.67	
	8 años	6	10.00	5	8.33	11	18.33	
	9 años	2	3.33	20	33.33	22	36.67	
Total		9	15.00	51	85.00	60	100.00	
Genero	*Masculino*	7	11.67	25	41.67	32	53.33	0.111
	Femenino	2	3.33	26	43.33	28	46.67	
Total		9	15.00	51	85.00	60	100.00	

GRAFICO 04 - D1

Relación del Nivel de Frecuencia Respiratoria y Edad

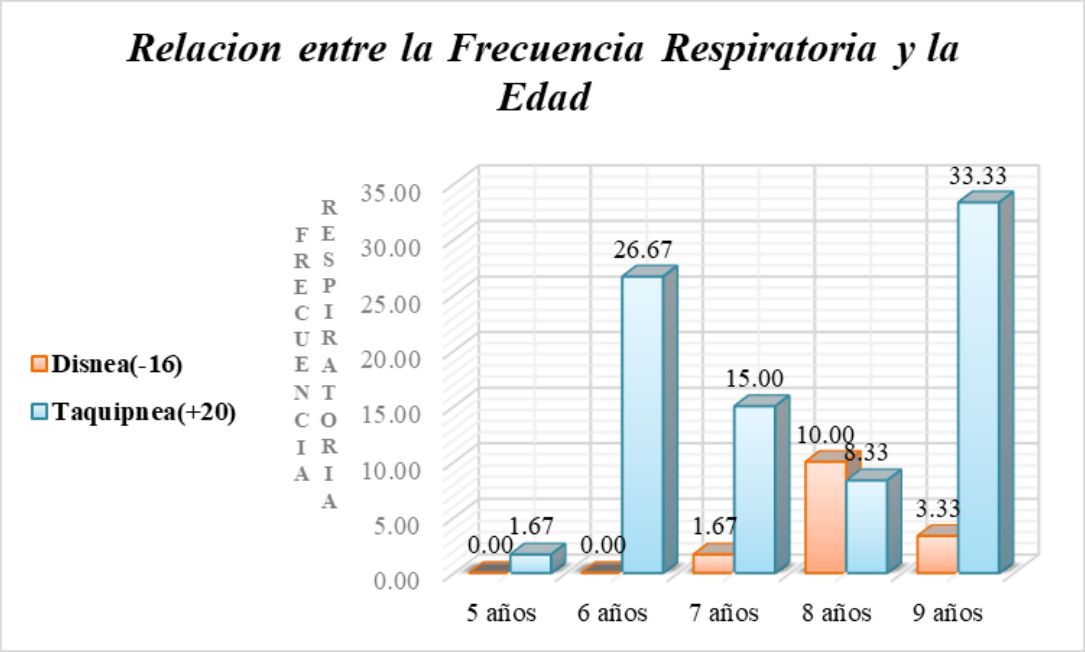
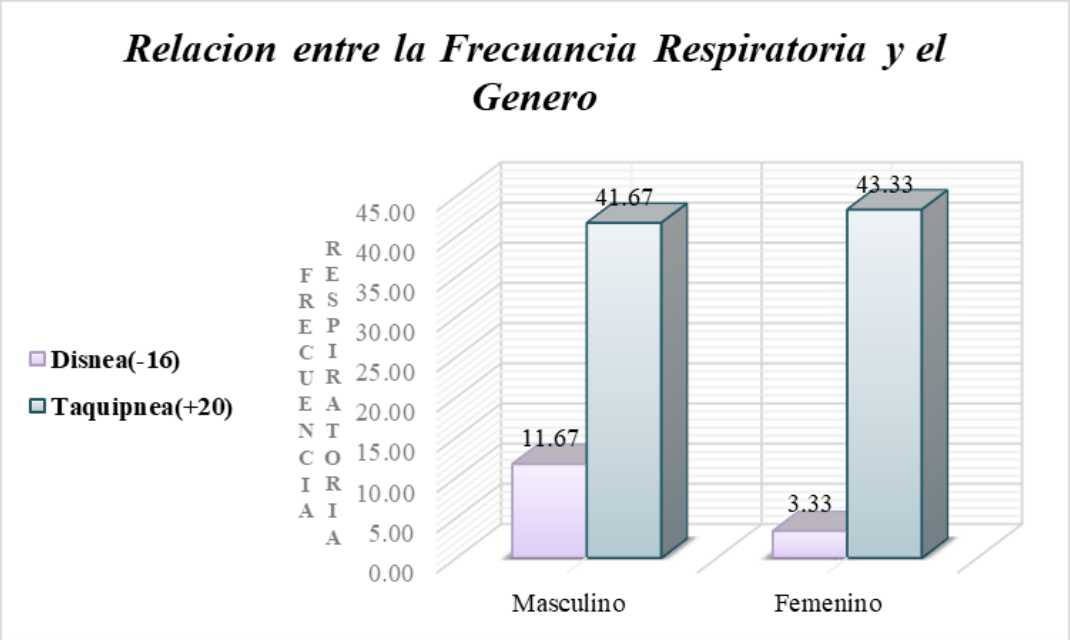


GRAFICO 04 - D2

Relación del Nivel de Frecuencia Respiratoria y Género



4.1 Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de ansiedad y las respuestas fisiológicas ante la primera visita odontológica en pacientes de 5 a 9 años atendidos en el centro de salud pueblo joven centenario, para la cual se utilizó una ficha de recolección de datos que fue llenada a 60 niños.

Relación a la ansiedad ante la primera visita odontológica en niños de 5 a 9 años atendidos en el centro de salud pueblo joven centenario, el objetivo fue determinar la relación entre el nivel de ansiedad y las respuestas fisiológicas en niños que acuden por primera vez a una cita odontológica.

Los estudios realizados por Urbina y Benavides determinaron la relación entre la ansiedad y respuestas fisiológicas donde no se encontró diferencias estadísticas significativas donde los resultados fueron los siguientes: El 6.45% presentó ansiedad clínicamente significativa; el factor de mayor prevalencia en la etiología de la ansiedad fue temor o miedo 71%; evitación 39%; somatización 29%; ira y tristeza 26%; preocupación 16%; tranquilidad 3.2%, siendo este el de menor prevalencia en los pacientes evaluados; teniendo estos pacientes un alto riesgo de presentar un cuadro clínicamente significativo de ansiedad, los estudios realizados en el presente estudio obtuvieron resultados similares.

Marcano , De la Cruz y Ramos determinaron la prevalencia de la problemática de ansiedad y miedos dentales en niños de edad escolar donde utilizo como instrumentos la Escala de ansiedad dental de Corah modificada, obteniendo como resultado que las reacciones de ansiedad que están asociadas a los tratamientos dentales, la principal causa son las inyecciones con un promedio de 39 niñas y 29niños con un nivel de extrema ansiedad, mientras que el sofoco e instrumentos en la boca muestra un promedio de 25

niñas y 20 niños con nivel muy ansioso, sin embargo, destacó que la espera en el consultorio dental obtuvo un alto nivel de ansiedad de 25 niñas y 15 niños con un nivel muy ansioso, el presente estudio determino ansiedad leve a severa lo que contrapone a los resultados por Marcano que determino ser muy ansiosos.

De la cruz, Ramos ,Humphris y Toledano realizaron estudios para determinaron la prevalencia de la problemática de ansiedad y miedos dentales en niños escolares obteniendo como resultado que las reacciones de ansiedad que están asociadas a los tratamientos dentales, la principal causa son las inyecciones con un promedio de 39 niñas y 29niños con un nivel de extrema ansiedad, mientras que el sofoco e instrumentos en la boca muestra un promedio de 25 niñas y 20 niños con nivel muy ansioso, sin embargo, destacó que la espera en el consultorio dental obtuvo un alto nivel de ansiedad de 25 niñas y 15 niños con un nivel muy ansioso y La relación entre los factores de la personalidad y los niveles de ansiedad en el comienzo de la primera visita dental y al final de la tercera visita se determinaron. No hubo una relación significativa entre los niveles de ansiedad dental y la edad. La ansiedad dental, tanto antes como después del tratamiento fue mayor entre las niñas que entre los niños. Los niños con coeficientes intelectuales altos mostraron menos ansiedad, los estudios realizados ansiedad leve a moderada y la mayor prevalencia fue en niños de 9 años de edad.

Los estudio de Rodriguez, Versloot, lima y rivera determinar los niveles de ansiedad y miedo al dentista en escolares, determinando que éstos son más elevados en los procedimientos odontológicos más invasivos o potencialmente traumáticos, en los casos de niños con experiencia dental previa se observaron valores superiores de ansiedad, así como en los infantes de padres con miedo al tratamiento bucal donde determinaron que los niños con coeficientes intelectuales altos mostraron menos ansiedad, la presente investigación determino que los niños a mayor edad presentaban menos ansied

4.2 Conclusión

- Se logró medir la ansiedad del paciente (niños de 5 a 9 años), a través de la herramienta (FISS) relacionadas con el tipo de comportamiento que presenta el paciente, dando como resultado que el nivel de conducta del niño sólo se ve influenciado por la ansiedad de este.
- Al comparar los valores de la ansiedad y respuestas fisiológicas se encontró que el coeficiente de correlación no son estadísticamente significativos en la temperatura, saturación de oxígeno, y presión arterial mientras que se encontró una fuerte relación entre ansiedad y variabilidad de la frecuencia cardíaca y respiratoria.
- El 40% presento ansiedad leve a moderada y una frecuencia respiratoria mayor a 20 respiraciones por minuto (taquipnea) donde de determino que si exista relación estadísticamente significativa con p_ valué =0.025, lo que determina que si existe relación entre el nivel de ansiedad y la frecuencia respiratoria en niños de 5 a 9 años.
- Al determinar el nivel de ansiedad a través de la escala FISS según el género y la edad se encontró un nivel de ansiedad tipo 2 (ansiedad leve a moderada) que no se diferenció en el género y la edad predominante fue en la edad de 5 años.
- En relación a la temperatura, edad y genero el grupo en estudio presento una temperatura menor a 36.2 grados centígrados tener 9 años de edad y ser del género masculino en su mayoría, donde no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa en ninguno de los casos.
- El comportamiento del paciente es significativamente dependiente de la edad. A mayor edad se observa una menor ansiedad.

- En relación al pulso arterial, edad y genero el grupo en estudio presento un pulso normal tener 9 años de edad y ser del género masculino en su mayoría, donde no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa en ninguno de los casos.
- En relación a la saturación de oxigeno, edad y genero el grupo en estudio presento hiperventilación, tener 9 años de edad y ser del género masculino en su mayoría, donde se encontró relación estadísticamente significativa en cuanto a la saturación de oxigeno y la edad P-Value =0.001 lo que determina que la edad de los niños está asociado a la saturación de oxigeno.
- En relación a la frecuencia respiratoria, edad y genero del grupo en estudio presento taquipnea , tener 9 años de edad y ser del género masculino en su mayoría, donde se encontró relación estadísticamente significativa en cuanto a la frecuencia respiratoria y la edad P-Value =0.002 lo que determina que la edad de los niños está asociado a la frecuencia respiratoria.

4.3 Recomendaciones.

- Es importante tanto en la consulta pública como privada realizar técnicas para evaluar el nivel de ansiedad en los paciente niños y de esta manera conocer sus respuestas fisiológicas , para lograr establecer el mejor método de atención frente a cada paciente.
- Utilizar técnicas e instrumentos válidos para la identificación del nivel de ansiedad y de esta manera evitar obtener resultados erróneos que puedan influir en el momento de la atención odontológica.
- Aplicar el mismo estudio aplicando los mismos criterios de evaluación en una población de consulta privada y otras instituciones públicas, para comparar las características de los resultados sus variaciones y similitudes.
- El paciente odontológico especialmente niños debe ser atendido en su primera consulta con una actitud caracterizada por la comunicación, la empatía, la compasión, ya que son componentes integrales y terapéuticamente necesarios en la práctica para ganarnos la confianza y brindar el mejor tratamiento odontológico.
- Al profesional fortalecer el conocimiento en el área de Psicología Aplicada a la Odontología para de esta manera conocer las conductas del paciente y poder determinar el mejor procedimiento a seguir para su mejor atención en la consulta odontológica.
- Brindar charlas a las madres antes de cualquier atención que se realicen a su niño, para que este seguro y que trasmita esa seguridad a su hijo.
- Evitar los comentarios negativos con respecto a experiencias desagradables del odontólogo ya que esto podría afectar a los niños en su primera visita con el operador.

- Utilizar los resultados de esta investigación para futuras investigaciones con objetivos semejantes establecidos anteriormente.

V.ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2016			2019											
INICIO	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Redaccion de titulo	x	x													
Esquema del Proyecto de investigacion		x	x												
Elementol del Proyecto		x	x	x											
Objetivos de la Investigacion			x	x											
Justificacion				x	x										
DESARROLLO				x	x	x									
Revision Bibliografica					x	x	x	x							
Elaboracion de marco teorico							x	x	x	x	x				
Recoleccion de datos												x	x		
Analisis de datos												x	x		
Presentacion del avance de investigacion														x	
CIERRE														x	
Redaccion de la tesis														x	
Revision de la tesis														x	
Defensa de la tesis															x

5.2 Presupuestos

RECURSOS	
HUMANOS Y MATERIALES	**Costo**
Personal	
Tutoria y asesoria del trabajo	S/. 1,000.00
Equipos	
Presentacion de la investigacion	S/.500.00
Servicios	
Reproduccion de material	S/.200.00
Procesamiento de datos	S/.900.00
Logistica	S/.200.00
Gastos de transporte	S/.100.00
Total	**S/. 3,000.00**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Col My. Childrens perception and interpretation of anxiety-related physical symptoms: ExpPsychiadtry; 2004.

2.- .- Col By. Odontopediatría. 1st ed. Barcelona-España: Masson; 2005

3.-Sidney B FA. Odontología Pediátrica. 4th ed. Mexico: Interamericana; 1993

4.- Col X. Factor associated with dental behavior management problems in children aged 2-8 years Beijing: International Journal of PaediatricDentistr; 2011.

5.- Gatón P, Estapé A, Giner L. La ansiedad dental en los niños. Conocimiento básico para auxiliar sobre el manejo de la ansiedad dental en los niños. (Serial line) 2003 Febrero (citado 24 Jun 2003): 1 (1): (24 pantallas). Disponible en http: www.dvd-dental.com/serv odontológico/artículos/1-01/1-04.html

6.- BUCHANAN, H, NIVEN, N; Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety En International journal of pedyatric dentistry, 2002. Vol .12, p.47-52

7.- ALVAREZ CASANOVA Y; Miedo ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico 2005, En: acta odontológica. venezolana; Vol.: 10, p.49-61

8.-Urbina Huamán S. Relación entre ansiedad y respuesta fisiología en niños de 5 a 8 años en su primera visita odontológica. [tesis de grado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010.Disponible: http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SANDRALUISAURBINAHUAMAN.pdf

9.-Benavides, J**.** Grado de ansiedad en pacientes de 8 a 12 años. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Núm. 8. 2007

10.-Alvares Arreola Z. Evaluación de la conducta según la escala de Frankl en niños de 4 a 8 años que acuden a consulta al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ. [tesis diplomado]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2012. Disponible: http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1554/1/RI001117.pdf

11.-Marcano, A. Evaluación de la Ansiedad y Miedo en niños escolares en la consulta Odontopediátrica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Universidad de Carabobo. Trabajo Especial de Grado. 2012.

12.-De la Cruz Herrera, Elizabeth. Ansiedad y miedos dentales en niños de edad escolar de la Escuela primaria Francisco H. Santos de Coatzacoalcos. Periodo Febrero-mayo del 2011. Universidad Veracruzana. Tesis de grado.

13.-Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J, Viera de Andrade R.G, Marques L.S, 2011.Impact of exposure to positive imageson dental anxietyamongchildren: a controlled trial. European archives of PediatricDentistry, 12 (4): 195-199.

14.-Humphris G, King K. (2011).Theprevalence of dental anxietyacrosspreviousdistressingexperiences. Journal of AnxietyDisorders, 25: 232-236.

15.-Toledano, M. Osorio, F. (2009) Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad de la consulta dental. Revista Andaluza de odontología y estomatología 12, 21-24.

16.-Rodríguez N, Olmo R, Mourelle R, Gallardo N. Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. [serial online]. 2008. Apr-May [citado 22 May 2011]; 1(1). Disponibleen: URL http://www.gacetadental.com/.

17.-Versloot J, Veerkamp J.S.J, Hoogstraten J. 2008.Painbehaviour and distress in childrenduringtwosequential dental visits: comparing a computerisedanaesthesiadeliverysystem and a traditional siringe. British Dental Journal, 205 (1): 1-5.

18.-Lima Álvarez M., Casanova Rivero Y., Toledo Amador A., Espeso Nápoles N.M., 2007, Miedo al tratamiento en pacientes de la clínica estomatológica docente provincial. Revista Humanidades Médicas, 7: ISNN 1727-8120

19.-Rivera I., Fernández A. Ansiedad y Miedos Dentales en Escolares Hondureños. Revista Latinoamericana de Psicología .2005; 37 (3): 461-475.

20. Law D, Paidodoncia atlas. Manejo del paciente niño. 2da Edición Mc Gaw- Hill; 1984. p 446-449.

21. Guthbert M, Relamed B. A Screeningdevicechildren at risk for dental fears and managementproblems. ASDC J Dent. Child 1982Nov-Dec;49(6): 432- 435.

22.- Kade A, Salazar C, Perez A. Comportamiento del niño en el consultorio odontologico. Ac odontolvenezolana 2000;17: 75-87.

23. Wright G, Alpern G. Variables influencingchildren'scooperativebehavior at the first dental visit. ASDC J DentChild 1971March -April;38(2): 124-8.

24. Weinberg J. Un método para el manejo del niño como paciente dental y su fundamento psicológico. Revista de la asociación odontológica Argentina 1956;44(4): 153-160.

25. Chapman HR, Kirby T. Dental Fear in Children – A Proposed Model.Br. Dent. J 1999;23(8): 408 – 412.

26. Klorman R, Robin M, Pamela L. AFurtherassessment of the clidsbehavior in denttreatmen. J Dent Res 1979 Dec;58(12): 154 157.

27. Sanglard l, Frauches M, Costa A. Estudo sobre as variaves que poden influenciar o compoprtamento da crianca na primera consulta de un tratamentoodontologico. JBP 2001Marzo- Abril;4(18): 137-41.

28. BergeM, Veerkamp J, Hoogstraten.Prins. Parenteral belieelfson the origin's of child dental fear in the Netherlands.ASDC J dentistChild 2001 January- February;68(1): 51-54.

29. Gómez B, Gonzáles P. La Ansiedad y el Estrés en la Consulta Odontológica. Av. Odontoestomatol 1998;14: 215 –218.

30. Spencer N, Frankl¨s S, Helmi R, Fogels .Should the Parentremainwith the Child in the dental operatory. ASDC J DentChild 1962;4(2): 150 – 163.

31. SidneyB ,Finn A. Odontología Pediátrica. Consejo a los padres y Comportamiento del niño 4ta ed México Ed interamericana; 1993. p14-19.

32. Morgan P, Wright L, Ingersoll B, Seime R. Children'sperceptions of the dental experience. ASDC JDentChild 1980 July-August;47(4): 243-5.

33. Andalaw R. Manual de odontopediatria. Manejo de conducta. lraed México. Ed Mc Graw – Hill Iteramerican; 1999 p.13-36.

34.-Gatón P, Estapé A, Giner L. La ansiedad dental en los niños Conocimiento básico para auxiliar sobre el manejo de la ansiedad dental en los niños. (Serial line) 2003 Febrero (citado 24 Jun 2003): 1 (1): (24 pantallas). Disponible e URL http: www.dvd-dental.com/serv odontológico/artículos/1-01/1-04.html.

35. Philip B, Talbot A, Taylor P. Una comparación de los niveles de ansiedad maternal con los niveles de ansiedad manifestados en el niño Como paciente dental ; ASDC J dental child 1973;40: 277-284.

36. Pinkham J, Odontología Padriatrica. Manejo del paciente.1 ed México. Ed interamericana 1991. p. 277 – 288.

37. Johnson R, Baldwing DC Jr. Maternal anxiety and childbehavior .ASDC JDentChild 1969 March-April;36(2): 13-17.

38. Ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten I. The etiology of childhood dental Fear: the role of dental and conditioningexperiences. AnxietyDisord 2002;16: 321- 329.

39. Folayan M, Idehen E, Ufomata D. The effect of sociodemographicfactorson dental anxiety in childrenseen in a suburban Nigeria hospital. IntpaediatrDent 2003;13(1): 20-26.

40. Groran H. Odontopediatriaefoqueclinico. El niño como paciente odontológico 1ed. Mexico. Ed panamericana; 1994. p 40-49.

41. Thompson M, Law D. Investigation of certainautonomic responses of Children to a specific dental stress . JADA 1958;57(6): 769-777.

42. Chambers D. Managin the anxieties of young dental patients. ASDC J dentchild 1970 September- Octuber;37(5): 363- 374.

43. Rojas Alcayaga G; MisrachiLaunertC . La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico. Disponible en la URL: avances@arrakis.cielo

44.Egoswue. M. Técnicas e instrumentos para la recolección de información de ansiedad. Ansiedad dental (serialonline) 2006 Marzo (citado 17Marzo 2003); 1(1): (24 pantallas -).Disponible en el URL: http://www.ecolombia.com/odontologia/investigaciones/uam4101-nino1.htm; Nieto , Eugenia. Niño de manejo difícil realmente existe. Rev. Estomatologica autónoma 2000;4 (1): 1-3.

45.- Colares V, Richman L. FactorsassociatedwithuncooperativebehaviorbyBrazilianpreschoolchildren in the dental office. ASDC J. Dent. Child 2002;69(1): 87-89.

46. Pike A. Prevención de la ansiedad en un niño de tres años de edad durante su primera visita al odontólogo. Articulo N 5 de clínica en odontología 1999;14(6): 37-41.

47. Townend E, Dimigen G, Fung D. A Clinicalstudy of child dental anxiety. BehavResther 2000; 38(1): 31-46.

48. HerberttM, Innes M. Familiarization and preoperatoryinformation in the reduction of anxiety in childpatients. ASDC J DentChild 1979 July-August;46 (4): 319-323.

49. Domínguez A, Aznar M, Delgado M. Expresión por el dibujo de la ansiedad dental en el niño antes y después del tratamiento. Av. Odontoestomatol 1999;15: 605-12.

50. Buela G, Sierra J. Manual de evaluación y tratamiento psicológico. 2da ed México. Ed MC Graw-Hill interamericana; 2001. p.225.

51. Loosli M, Usteri L. La ansiedad. La ansiedad en la infancia estudio psicológico y pedagógico. 2ed. Madrid. Ed Moratta; 1955. p. 66-95.

52. Bruno F. la ansiedad. Psicología infantil y desarrollo enciclopedia familiar.2ed.México Ed tirillas; 1995. p. 930-935.

53. Becerra J: Hernández V. Signos y situaciones que con llevan a la ansiedad en el Consultorio dental. La ansiedad dental (serial online) 1995 Mayo (citado 5 Agosto 1996); (1 pantallas). Disponible en: Url: http:www.cop.es/colegiados/s-02633/ansiedad.html#generalidades.

54. Rivera I, Fernández A. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños (serial online) 2005 Enero – Marzo (citado 5 Jun 2004); 1 (1): (24 pantallas). Disponible en URL: Rev. Latinoamericana de psicología 2005;37(3): 461-475.

55. Blengio J. La Guía de la Psicología y la Salud. La ansiedad en el niño. 2da ed Buenos Aires: Ed Plata Oliveros & CIA. LTDA; 1986.p162-165.

56.Stricker G, Howitt J, Phisiologicalrecordingduringsimulate dental Appointments. N.Y.StateDent J 1965 Mayo;31: 204 –20 6.

57. Johnsen B, Thayer J, Laber J, WormmesBet al. Attentionational and physiologicalcharacteristics of patientswith dental anxiety. J AnxietyDisord 2003;17(1): 75-87. JBP-Rev. ibero 2004; 7(37): 28- 39.

58. Ronquillo H. Asociación entre condiciones oclusales, niveles de ansiedad rasgo-estado y desordenes temporomandibulares en un grupo de estudiantes de estomatología (tesis magistral). Lima – Perú. Cayetano Heredia Univ.; 2000.

59. Ochoa E. La ansiedad y sus temores. La ansiedad en el niño estudio Psicológico 4ta ed México. Ed tirilla; 2001, p31-37.

60. Mc Donald-Avery. Odontología pediátrica y del adolescente. Gerald Wright. Abordaje psicológico de las conductas de los niños. 5 ed. Argentina. Ed panamericana; 1990.p.45-67.

61. Eichenbaum I, Dunn N. Proyectivedrawingsbychildrenanderrepeated dental stress. ASDC J dentchild 1971; May-June 38(3): 164-173.

62. Chambers D. Managin the anxieties of young dental patients. ASDC JDentChild 1970; September-October 37(5): 363-374.

63. Buchanam H, Niven N. Self –Reporttreatmenttechniquesusedbydentists to treatdentallyanxiuschildren : a preliminaryinvestigation. Int J PaediatrDent 2003;13(1): 9-12.

64. Chisthopher A, Hawthorne E. Management of the preschool dental patient. ASDC J DentChild 1981; January-February 48(1): 42-45.

65. Andlaw ; Manual de odontopediatria. Tecnicas de control de la conducta 3era ed. Ed interamericana Mc Graw – Hill; 1993 p. 19 30.

66. Ripa A; Manejo de la conducta odontologica del niño 1 era ed Argentina Ed Mundi; 1984 p. 1-9.

67. Ecueburre M. Ansiedad dental (serial online) 1995 Marzo (citado 5 Marzo 1(1): (24 pantallas). Disibleen URL: http:/www.2enetworx.com/dev/projects/statcountex.aspthttp://www.2enetwor x.com/dev/projects/statcountex .asp

68. Venham L, Bengston D, Cipes M. Parentspresence and the childs response to dental stress. ASDC J DentChild 1978; May-Jun 45(3): 213-217.

69. Norman L, Corah. Development of a dental anxietyscale. J Dent Res 1969; May-August 48(4): 596.

70. Corah N, Galle E, IIig S. Assessment of a dental anxietyscale. JADA 1978; Nov (97): 816- 819.

71. Buchman&Ufomata .Validation a facial imagescale to assesschild dental anxiety. Int JPaedriatrDent 2002;12: 47-52.

72. Myers D, Kramer W, Sullivan R. A study of the heartaction of the child dental patient. ASDC J DentChild 1972 March--April;39 (2): 99-106.

73. Ramos M, Almeida I, Por que como medir a ansiedad infantil no ambiente odontológico. Apresencao do teste VPT modificado.

Los anexos, documentos y el panel fotográfico se encuentran resguardados en los archivos de la Biblioteca Central De la Universidad.