



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

TESIS

**“NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS
ATENDIDOS EN SU PRIMERA Y ÚLTIMA CITA EN
DOS CENTROS ODONTOLÓGICOS
ESPECIALIZADOS, MOQUEGUA, 2022”**

PRESENTADA POR

BACH. IVONNE MARIA DEL CARMEN AUMADA NAPAN

ASESOR

DR. C.D. CESAR FERNANDO JUAREZ VIZCARRA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

CIRUJANO DENTISTA

MOQUEGUA – PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias, certifica que el trabajo de investigación (___) / Tesis (x_) / Trabajo de suficiencia profesional (___) / Trabajo académico (___), titulado “**NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN SU PRIMERA Y ÚLTIMA CITA EN DOS CENTROS ODONTOLÓGICOS ESPECIALIZADOS, MOQUEGUA, 2022**” presentado por el(la) Bachiller **IVONNE MARÍA DEL CARMEN AUMADA NAPAN** para obtener el grado académico (___) o Título profesional (x_) o Título de segunda especialidad (___) de: **CIRUJANO DENTISTA**, y asesorado por el(la) **DR. C.D. CESAR FERNANDO JUÁREZ VIZCARRA**, designado como asesor con RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 470-2021-RD/FACISA-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Tesis	Porcentaje de similitud
Odontología	Ivonne María del Carmen Aumada Napan	“NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN SU PRIMERA Y ÚLTIMA CITA EN DOS CENTROS ODONTOLÓGICOS ESPECIALIZADOS, MOQUEGUA, 2022”	22 % (22 de noviembre de 2024)

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **22 %**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado de similitud con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 22 de noviembre de 2024



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
FACULTAD DE CIENCIAS

Dr. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA
Jefe de la Unidad de Investigación

Página de jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de Contenido	iv
Índice de Tablas	vi
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo I: El Problema de la Investigación	5
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	5
1.2. Definición del Problema	6
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.4. Justificación y limitaciones de la investigación	7
1.5. Cuadro Operacionalización de Variables	8
1.6. Hipótesis de la Investigación	8
Capítulo II: El Marco Teórico	9
2.1. Antecedentes de la Investigación	9
2.2. Bases Teóricas	13
2.3. Marco Conceptual	22
Capítulo III: Método	24
3.1. Tipo de Investigación	24
3.2. Diseño de la Investigación	24
3.3. Población	24
3.4. Técnicas, Instrumentos y Estrategias de Recolección de Datos	25
3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	26
Capítulo IV: Presentación y Análisis de Resultados	28
4.1. Presentación de Resultados	28

4.2.Contrastación de hipótesis	35
4.3.Discusión de Resultados	35
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	38
5.1.Conclusiones	38
5.2.Recomendaciones	39
Bibliografía	40
Anexos	46

ÍNDICE DE TABLAS Y CUADROS

TABLAS

Tabla 1: Nivel de ansiedad en la primera cita según sexo	28
Tabla 2: Nivel de ansiedad en la primera cita según edad	30
Tabla 3: Nivel de ansiedad en la última cita según sexo	31
Tabla 4: Nivel de ansiedad en la última cita según edad	32
Tabla 5: Nivel de ansiedad en la primera y última cita	33

CUADROS

Cuadro 1: Características de la población de estudio	25
---	----

GRÁFICOS

Gráfico 1: Nivel de ansiedad en la primera cita según sexo	29
Gráfico 2: Nivel de ansiedad en la primera cita según edad	30
Gráfico 3: Nivel de ansiedad en la última cita según sexo	31
Gráfico 4: Nivel de ansiedad en la última cita según edad	32
Gráfico 5: Nivel de ansiedad en la primera y última cita	34

RESUMEN

La ansiedad es un tema de gran importancia en la atención odontológica, ya que su presencia afecta directamente la salud bucal del paciente.

El presente estudio tuvo como objetivo comparar el nivel de ansiedad en la primera y última cita en niños de 6 a 8 años de edad atendidos en dos Centros Odontológicos Especializados en Odontopediatría de la ciudad de Moquegua. Es de tipo observacional, longitudinal, prospectivo, analítico, de campo. Corresponde a un diseño no experimental con enfoque cuantitativo, correspondiente al nivel de investigación relacional.

La población estuvo conformada por 50 niños y niñas entre los 6 a 8 años de edad que acudieron a dos centros odontológicos especializados. Se utilizó la técnica de la psicometría, a través del uso del Test de Venham. La recolección de datos fue realizada en dos momentos distintos, la primera y la última cita de cada paciente.

Como resultado, en la primera cita el 20% de la población no presentó ansiedad, mientras que en la última cita esta cifra alcanzó un 24%. En la ansiedad leve existió un aumento del 30% al 38%; la ansiedad moderada se mantuvo con el mismo porcentaje de 32%; en la ansiedad severa existió una disminución del 18% al 6% entre ambos períodos de tiempo.

Para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba de los Rangos con signo de Wilcoxon, obteniendo un p-valor del 0.052 siendo no significativo.

Se concluye que no existe diferencia estadística significativa en el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en la primera y última cita en dos Centros Odontológicos Especializados de Moquegua.

Palabras clave: Nivel de ansiedad, primera cita, última cita, Test de Venham.

ABSTRACT

Anxiety is a topic of great importance in dental care, since its presence directly affects the patient's oral health.

The objective of the present study was to compare the level of anxiety in the first and last appointment in children aged 6 to 8 years treated in two Dental Centers Specialized in Pediatric Dentistry in Moquegua city. It is observational, longitudinal, prospective, analytical, field. It corresponds to a non-experimental design with a quantitative approach, corresponding to the level of relational research.

The population was made up of 50 boys and girls between 6 and 8 years of age who attended two specialized dental centers. The psychometric technique was used, through the use of the Venham Test. Data collection was carried out at two different times, the first and last appointment of each patient.

As a result, in the first appointment 20% of the population did not present anxiety, while in the last appointment this figure reached 24%. In the level of anxiety there was an increase from 30% to 38%; moderate anxiety remains with the same percentage of 32%; In severe anxiety there was a decrease from 18% to 6% between both time periods.

To contrast the hypotheses, the Wilcoxon Signed Rank test was used, obtaining a p-value of 0.052, which was not significant.

It is concluded that there is no significant statistical difference in the level of anxiety in children aged 6 to 8 years seen at the first and last appointment in two Specialized Dental Centers in Moquegua.

Keywords: Anxiety level, first date, last date, Venham Test.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad que genera una atención dental es descrita como una sensación de temor e inseguridad relacionada al entorno odontológico, esta puede deberse a múltiples factores, y es considerada una barrera entre el odontólogo y un tratamiento dental de buena calidad, teniendo como consecuencia una salud bucal deficiente (1, 2).

En los estudios de Alsakr et al. en Arabia Saudita, observaron que al inicio del tratamiento los pacientes adultos se mostraron bastante ansiosos pero que, una vez concluido, la ansiedad dental disminuyó (2). En Croacia, Šimunović et al. (3), determinaron que en lo que respecta a niños, la ansiedad dental suele ser mayor antes de la primera visita al odontólogo y que con el paso del tiempo, y de las citas periódicas, el nivel de ansiedad va aminorando. En Ecuador, Torres señala que las técnicas de manejo de conducta tienen un efecto significativo en la disminución de la ansiedad dental (4). Mientras que el estudio de Bartolomé et al. realizado en España, considera que factores como el género, edad, personalidad del paciente, así como todo lo relacionado al consultorio dental pueden influir en la presencia de ansiedad dental en los pacientes (5).

Sin embargo, el estudio de Carhuatocto en Piura observó que en los pacientes pediátricos evaluados, la ansiedad dental se incrementó después de realizado el tratamiento, y que además el sexo femenino fue el que mayor prevalencia tuvo en ansiedad dental moderada y elevada; en lo que respecta a la edad, los niños de 10 años fueron los que mayor ansiedad presentaron en comparación con los de 9 y 11 años (6). Asimismo en el estudio de Ramos en Trujillo, realizado en pacientes adultos, el nivel de ansiedad dental se incrementó después de realizado un tratamiento (7). Por otro lado, Castillo determinó en Arequipa que los pacientes pediátricos evaluados, mostraron niveles mínimos de ansiedad dental después de haberse realizado tratamientos invasivos, con uso de anestesia local (8). Mientras que Ordoñez en Moquegua, al evaluar pacientes entre los 5 y 12 años de edad, antes y después de la primera cita dental, demostró que el nivel de ansiedad se redujo entre estos dos períodos (9).

La presente investigación se realizó con el fin de conocer si existe diferencia en el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en su primera y última cita en dos Centros Odontológicos Especializados de Moquegua: Nova Dent y Odonto Láser; asimismo el identificar los niveles de ansiedad dental según sexo y edad en los dos momentos antes mencionados.

Presenta la siguiente estructura: Capítulo I, el cual trata sobre el Problema de investigación; Capítulo II, en donde se plantea el marco teórico; Capítulo III, que corresponde al método; Capítulo IV, en donde se presenta y analiza los resultados obtenidos; Capítulo V, el cual muestra las conclusiones y recomendaciones; por último, se encuentra la bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

Durante muchos años, la ansiedad que genera la atención dental en pacientes pediátricos se ha vuelto un gran problema en la práctica odontológica; demostrándose incluso su persistencia hasta la edad adulta, lo cual conduce a evitar la visita al consultorio dental, provocando el deterioro de la salud bucal (10, 11).

Se puede definir a la ansiedad ocurrida en la atención odontológica como una fobia específica (11, 12) la cual genera en el paciente sensaciones de temor y miedo relacionado al entorno dental en especial a los tratamientos odontológicos invasivos (1, 2) que son procedimientos que implican una intervención significativa ya sea en tejidos duros y/o blandos, los cuales pueden incluir anestesia dental, extracciones dentales, pulpotomías o pulpectomías.

Se ha estimado que, en el mundo, durante la atención dental aproximadamente entre el 10 al 15% de pacientes adultos sufren de ansiedad, mientras que en pacientes pediátricos la cifra aumenta hasta más del 40% (13-15); teniendo esto en cuenta, se puede deducir que la presencia de ansiedad es un problema que es necesario abordar, ya que estudios demuestran que esta se inicia durante los primeros años de vida del paciente (11).

La importancia de esta investigación radica en que es necesario conocer el nivel de ansiedad de los pacientes conforme al avance de las citas odontológicas, esto permitirá al odontólogo plantear distintos métodos para brindar una atención de calidad, satisfaciendo las necesidades del paciente, logrando así la disminución de la ansiedad; además promoverá a que, cuando el paciente pediátrico sea adulto, continúe con sus visitas al consultorio dental, mejorando su salud bucal.

1.2. Definición del problema

Problema general

¿Existe diferencia en el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en la primera y última cita en dos Centros Odontológicos Especializados, Moquegua, 2022?

Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en su primera cita en dos Centros Odontológicos Especializados, Moquegua, 2022; según sexo?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en su primera cita en dos Centros Odontológicos Especializados, Moquegua, 2022; según edad?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en su última cita en dos Centros Odontológicos Especializados, Moquegua, 2022; según sexo?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en su última cita en dos Centros Odontológicos Especializados, Moquegua, 2022; según edad?

1.3. Objetivos de investigación

Objetivo general

Comparar el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en la primera y última cita en dos Centros Odontológicos Especializados, Moquegua, 2022.

Objetivos específicos

- Estimar el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en su primera cita en dos Centros Odontológicos Especializados, Moquegua, 2022; según sexo.
- Determinar el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en su primera cita en dos Centros Odontológicos Especializados, Moquegua, 2022; según edad.
- Identificar el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en su última cita en dos Centros Odontológicos Especializados, Moquegua, 2022; según sexo.
- Medir el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en su última cita en dos Centros Odontológicos Especializados, Moquegua, 2022; según edad.

1.4. Justificación y limitaciones de la investigación

La presente investigación evidencia originalidad parcial puesto que, a pesar de existir una investigación relacionada a la ansiedad dental en niños, este estudio se centró en determinar la diferencia de los niveles de ansiedad en dos períodos distintos, la primera y la última cita; además de identificar los niveles de ansiedad según sexo y edad.

Presenta relevancia científica al medir el nivel de ansiedad dental en los niños de 6 a 8 años de edad a través del test de Vehnam, instrumento que según varios autores es óptimo para la medición de ansiedad dental en pacientes pediátricos (16).

A su vez, es de relevancia humana ya que el conocer el nivel de ansiedad dental en los niños permitirá al odontólogo escoger la mejor técnica de manejo de conducta para poder aminorarlo, y así el paciente ya no sienta temor al momento de la consulta y posterior tratamiento, logrando que su salud bucal mejore.

Esta tesis es de interés propio, ya que como futura odontóloga considero que tenemos la responsabilidad de brindar la mejor atención posible a nuestros pacientes, y que para lograr esto es necesario conocer acerca de la ansiedad que como es bien sabido, es un estado que está presente en todas las

personas, y que si bien es cierto es un tema de Psicología, no es ajeno a la Odontología debido a que esta fobia específica afecta tanto a la relación odontólogo - paciente como a su salud bucal general.

Además, servirá como aporte académico para futuras investigaciones relacionadas al tema.

Finalmente, esta investigación brindará respuesta a los lineamientos de Política Investigativa de la Facultad, al tener correlación con el área problemática, nivel y relevancia para una investigación. No se encontró limitación alguna en la realización de esta tesis.

1.5. Cuadro de operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA
Ansiedad en la primera cita	Nivel de temor del niño en la primera cita odontológica	Sin ansiedad = 0 Ansiedad leve = 1-3 Ansiedad moderada = 4-6 Ansiedad severa = 7-8	Ordinal
Ansiedad en última cita	Nivel de temor del niño en la última cita odontológica	Sin ansiedad = 0 Ansiedad leve = 1-3 Ansiedad moderada = 4-6 Ansiedad severa = 7-8	Ordinal
Sexo	Características sexuales secundarias	Femenino Masculino	Nominal dicotómica
Edad	Años transcurridos desde el nacimiento	6 años 7 años 8 años	Razón

1.6. Hipótesis de la Investigación

Dado que la atención odontológica es capaz de generar temor y ansiedad en niños y que existen múltiples factores como procedimientos invasivos, experiencias negativas y manejo odontológico, los cuales pueden modificar el nivel de ansiedad del paciente, es probable que exista diferencia en el

nivel de ansiedad en la primera y última cita en los niños de 6 a 8 años atendidos en dos Centros Odontológicos Especializados de Moquegua.

CAPÍTULO II

EL MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Internacionales

Alsakr A., Gufran K., Alqahtani A., et al.; Ansiedad dental previa y posterior al tratamiento en pacientes que visitan una clínica dental; Arabia Saudita; 2023

A través de la escala de ansiedad dental modificada (MDAS) los autores midieron el nivel de ansiedad en un total de 115 pacientes adultos, en donde determinaron que más del 30% presentaron un nivel “bastante ansioso” antes de empezar el tratamiento; posterior a éste, el nivel de ansiedad disminuyó en la mayoría de pacientes (2).

Šimunović L., Špiljak B., Radulović M., et al.; Relación entre la ansiedad dental de niños y padres: un estudio transversal en los seis países europeos; Croacia; 2022

Mediante la Escala de Ansiedad Dental de Corah, el cual fue aplicado a un total de 731 pacientes de un total de 6 países europeos, entre las edades de 5 a 28 años, concluyendo que en los seis países más del 10% presentó un nivel de ansiedad dental alto; Croacia (12.5%), Macedonia (26.67%), Bosnia y Herzegovina (10.94%), Montenegro (20.31%), Eslovenia (23.08%) y Serbia (16.10%). Resaltaron también que el nivel de ansiedad dental suele ser mayor antes de la primera visita al odontólogo, y que

conforme se realicen visitas periódicas este nivel podría ir disminuyendo (3).

Shivanna V., Jain Y., Valluri R., et al.; Estimación de los niveles de ansiedad dental antes y después de la visita al dentista en niños con discapacidad visual utilizando una escala de ansiedad dental modificada en texto Braille; India; 2020

Mediante la escala de ansiedad dental modificada (MDAS) impresa en Braille, los autores evaluaron la ansiedad dental en un total de 144 niños entre 6 a 13 años; obteniendo que antes de la visita dental más de la mitad de los niños presentaron ansiedad severa, más del 30% ansiedad leve, y menos del 10% no tenían ansiedad; después de la visita, la ansiedad severa se redujo más del 30%, y más del 60% reportaron no tener ansiedad (1).

Torres Jaramillo K.; Nivel de ansiedad de los niños de 5 a 8 años de edad en la consulta odontológica con o sin manejo de técnicas de distracción; Ecuador; 2019

A través de la Escala de Imagen Facial y el Test Gráfico de Venham utilizados antes y después del tratamiento odontológico respectivamente, la autora evaluó la ansiedad de 20 niños en un consultorio privado y en un hospital, los resultados en el consultorio revelan que antes de ser realizado el tratamiento el 60% presentó ansiedad leve seguido del 40% con ansiedad leve a moderado; después del tratamiento el 80% no presentó ansiedad, mientras que el 20% tuvo ansiedad leve. Cabe agregar que la autora empleó dos técnicas de distracción en los niños, musicoterapia y entretenimiento audiovisual con las cuales ella concluye que tanto la ansiedad como el miedo pueden disminuir si se utilizan esas técnicas. De acuerdo a la edad observó que los niños de 6 años presentaron mayor porcentaje de ansiedad leve a moderada antes del tratamiento (4).

Bartolomé Villar B., Torres Moreta L., Méndez Zunino M., et al.; Factores que influyen en la ansiedad dental de paciente infantil; España; 2019

Los autores concluyeron que, a pesar de no tener resultados claros, los factores psicológicos tales como influencia de padres y amigos,

personalidad del paciente, género, así como experiencia previa, entre otros, tienen una influencia más importante en la aparición de la ansiedad dental. Los factores físicos/ambientales como la pared del consultorio, vestimenta del odontólogo, herramientas, estatus socioeconómico, también pueden causar ansiedad en el consultorio dental en algunos casos (5).

2.1.2. Nacionales

Reguera Gonzales K., Urbina Pinche G.; Nivel de ansiedad dental antes y después de la atención odontológica en pacientes pediátricos atendidos en un consultorio privado, Tarapoto 2022; Huancayo; 2023

A través de la Escala de Imagen Facial (FIS), los investigadores evaluaron a 103 niños en dos momentos, determinando que antes de la atención odontológica más del 27% escogió el rostro feliz, seguido del 24.3% que eligió el rostro más infeliz; después de realizada la atención odontológica casi la mitad de la población eligió el rostro feliz, seguido del 42.7% que escogió el rostro muy feliz; aplicando la prueba de Wilcoxon concluyeron que la asociación entre los niveles de ansiedad en los dos momentos, es significativa (17).

Carhuatocto Frías S.; La ansiedad en el tratamiento odontológico en niños de 9 a 11 años en el centro odontológico “Dulce Sonrisa” Tambogrande; Piura; 2022

Utilizando la escala de ansiedad de Corah y el test de imagen facial, la autora evaluó el nivel de ansiedad en un total de 80 niños entre las edades de 9 a 11 años; los datos fueron recogidos en dos tiempos, antes del tratamiento y después del tratamiento, obteniendo que antes del tratamiento el nivel de ansiedad dental con mayor prevalencia fue el moderado a severo con 48.8%, mientras que después del tratamiento más de la mitad de la población presentó una ansiedad elevada; concluyó también que los niños que presentaron mayor nivel de ansiedad tenían 10 años de edad. En relación al género 6 de cada 10 niñas presentaron nivel de ansiedad entre moderada y elevada (6).

Castillo Paz A.; Nivel de ansiedad producido antes y después del tratamiento dental con anestesia local en niños de 6 a 12 años que asisten al Centro Odontológico de la UCSM, Arequipa 2019; Arequipa; 2021

Por medio de la Escala de Imagen Facial (FIS), un total de 65 pacientes pediátricos fueron evaluados para determinar el nivel de ansiedad dental, resultando en que antes de ser realizado el tratamiento, más del 20% de la población presentó un nivel de ansiedad moderada a severa, mientras que después la ansiedad se vio reducida a menos del 7% (8).

Flores Jara Pamela Lizzeth; Nivel de ansiedad en pacientes antes y después de la microcirugía apical endodóntica; Lima; 2020

Mediante dos escalas de evaluación de ansiedad MDAS y EVA (escala visual análoga) la autora midió el nivel de ansiedad antes y después en una población de 35 pacientes adultos, determinando que antes del tratamiento casi la totalidad presentó ansiedad leve y que después de realizada la microcirugía existió una ligera reducción (18).

Ramos Vidal J.; Comparación del nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en pacientes adultos atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Trujillo-2019;2020

A través de la escala MDAS el autor midió el nivel de ansiedad de 118 pacientes en donde determinó que, antes del tratamiento casi el 50% tuvieron un nivel de ansiedad leve o nulo mientras que más del 30% presentó una ansiedad moderada; después de realizado el tratamiento el nivel de ansiedad moderada aumentó al 50%, mientras que más del 20% presentó ansiedad elevada y más del 10% ansiedad severa; concluyendo así que el nivel de ansiedad se incrementó después de ser realizado el tratamiento dental (7).

2.1.3. Regionales

Ordóñez Gonza G.; Variación de la ansiedad en la primera consulta odontológica en niños de 5 a 12 años atendidos en el dentro odontológico de la UJCM, año 2019; Moquegua; 2021

En este estudio conformado por 100 niños entre las edades de 5 a 12 años de edad mediante la Escala de Imagen Facial, la autora midió la ansiedad en dos momentos antes y después de la primera consulta odontológica, determinando que existe variación de la ansiedad entre ambos momentos siendo esta positiva, ya que el nivel de ansiedad se redujo (9).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Ansiedad

La Real Academia Española define a la ansiedad como un “sentimiento o estado de ánimo causado por algo que inquieta, aflige o atemoriza” (19). Mientras que etimológicamente, la palabra ansiedad deriva del latín “anxietas” la cual también deriva de la palabra “angiere” cuyo significado es comprimir, estrangular.

Por su parte, el padre del psicoanálisis, Sigmund Freud, define a la ansiedad como “un estado afectivo desagradable, en donde es posible la aparición de aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos hasta cambios fisiológicos, los cuales se asocian a la activación autonómica”(20). Mientras que, Fernández et al. (21) aseguran que la ansiedad puede ser clasificada como la emoción más frecuente que existe, catalogándola como una sensación o estado mental el cual genera una respuesta normal en situaciones que producen estrés.

2.2.1.1. Clasificación de la ansiedad

La Asociación Americana de Psiquiatría (22) menciona que los trastornos de ansiedad son considerados los trastornos mentales más comunes, y que además afectan a casi un tercio de la población adulta.

Los divide en:

- Trastorno de ansiedad por separación

Es considerado como uno de los trastornos que son más comunes en los niños, este se caracteriza por una preocupación excesiva, inquietud o temor ante la posible separación de alguien a quien tiene apego. Por lo general este trastorno puede observarse plenamente en pacientes pediátricos en edades de 6 meses hasta los 3 años, a partir de ahí, va disminuyendo (23).

- **Multismo selectivo**

Es un trastorno poco común que ocurre en niños, el cual se caracteriza por la incapacidad de éste para hablar en diferentes entornos sociales, exceptuando al familiar, a pesar de tener la capacidad de poder expresarse y comprender el lenguaje (24).

- **Trastorno de Pánico**

Es considerado como un trastorno común en la población. Este se caracteriza por los constantes ataques de pánico que por lo general ocurren sin previo aviso (25).

- **Agorafobia**

Este trastorno se caracteriza por el estado de ansiedad que una persona tiene en lugares con mucha gente, de donde es difícil escapar, es entonces cuando la persona comienza a tener ataques de pánico (26).

- **Fobia Específica**

Este tipo de trastorno puede desarrollarse por la asociación de un objeto o situación específica con el miedo y/o pánico (27). La ansiedad dental tal y como lo menciona Macher (12) es considerada como fobia específica, y un estudio en Países Bajos confirmó que en la actualidad es una de las fobias más comunes y de larga duración (28).

- **Trastorno de Ansiedad Social**

Este trastorno se desarrolla en un entorno social en donde la persona siente humillación , vergüenza o rechazo en alguna interacción; por lo general, la persona tratará de evitar a toda costa cualquier situación social, y si en caso no lo logra presentará una gran ansiedad (22).

- **Trastorno por Ansiedad Generalizada**

Se caracteriza por ser una preocupación persistente que impide que la persona realice sus actividades diarias con normalidad; el

nerviosismo, cansancio, problemas para dormir, entre otros, son síntomas comunes que pueden presentarse (22).

2.2.2. Ansiedad dental

La ansiedad dental es definida como el miedo a lo desconocido en el entorno odontológico (1, 2). De acuerdo con Hmud et al. (29) desde el nuevo milenio los tratamientos odontológicos se encuentran dentro de las cinco situaciones que son más temidas, y debido a esto, los pacientes evitan a toda costa las visitas al odontólogo; es necesario mencionar que en la actualidad la ansiedad dental es considerada como una fobia específica (11, 12, 30). Esto es una enorme preocupación de salud pública ya que la ansiedad dental afecta de manera desfavorable la salud oral de los pacientes (2).

2.2.2.1. Ansiedad dental en el paciente pediátrico

Diversos estudios indican que, en el mundo, la prevalencia de ansiedad en pacientes pediátricos oscila entre el 3 a más del 40% (14, 15). Esta información puede verse comprobada en el estudio bibliográfico de Cianetti et al. (31) en donde pudieron observar que, en Europa, diversos países mostraron porcentajes de ansiedad dental en niños, que superan el 10%, tales como Turquía (14.5%), Italia (26%), Países bajos (10.5%), Noruega (12%), Estonia (16.5%); mientras que en Asia países como India presentó un porcentaje del 29.3% de ansiedad dental; asimismo en África, un estudio en Nigeria mostró porcentajes de ansiedad entre 14% a 26% y en Etiopía el 20.5%.

En el continente americano Chile presentó más del 20% de los niños con ansiedad dental (32), en Venezuela la cifra aumentó, siendo así que 7 de cada 10 niños mostró miedo y ansiedad dental en niveles moderado y alto (33).

2.2.2.2. Clasificación de la ansiedad dental

Según Amaíz et al. (34) la ansiedad dental puede clasificarse en:

- **Ansiedad leve**

En este nivel, el paciente, aunque presenta ansiedad permanece calmado, es posible que exista un pequeño impedimento al momento

de realizar el examen dental (odontograma), diagnóstico o tratamiento dental.

- **Ansiedad moderada**

Aquí, el paciente muestra cierta ofuscación, aprensión y agitación psicomotriz. Aparecen signos y síntomas moderados que impiden el desarrollo de las actividades comúnmente realizadas en la consulta, lo cual exige al odontólogo un cambio en su manera de atender.

- **Ansiedad severa**

En este nivel de ansiedad el temor y miedo del paciente es intenso, el cual inclusive puede ser acompañado de pánico. Los signos y síntomas que el paciente presenta pueden conllevar a que la consulta sea prácticamente imposible.

2.2.2.3. Causas de la ansiedad dental

Para Bartolomé et al. (5) existen muchos factores que pueden desencadenar un estado de ansiedad en los pacientes pediátricos. Los autores destacan los siguientes.

a. Factores Psicológicos

- **Influencia de progenitores, familia y amigos**

El estudio bibliográfico de Bartolomé et al. (5) indica que el hecho que cada niño presente un entorno familiar distinto puede provocar actitudes únicas frente a situaciones que le causen miedo o temor. Dentro de las investigaciones estudiadas, los autores encontraron que la ansiedad dental en los niños puede estar relacionada a experiencias que fueron aprendidas en su entorno y que en el consultorio dental son imitadas.

Ríos et al. (35) corroboran esta información dando a conocer en su estudio que existe relación entre la ansiedad dental de los padres con la de sus hijos. Por su parte, Lara et al. (36) afirmaron que el nivel de ansiedad de los miembros de la familia con las que el niño tiene contacto regular, presentan una relación significativa con la ansiedad dental que presenta el niño.

- **Personalidad**

La personalidad de los pacientes pediátricos puede ser determinante en la presencia de ansiedad dental, por ejemplo, un paciente que sea temeroso tiene mayor miedo a cualquier tratamiento dental, en comparación a aquel paciente que no tenga este rasgo en su personalidad; no obstante, estos temores van cambiando con el paso del tiempo, en ocasiones pueden disminuir hasta desaparecer. Otro estudio determinó que una personalidad desafiante e impulsiva por parte del paciente pediátrico puede causar un incremento en la ansiedad dental (5).

Asimismo, Soares et al. (37) manifestaron que aquellos niños con un nivel de bienestar psicológico alto presentaron una menor probabilidad de ansiedad dental que aquellos cuyo bienestar psicológico era bajo.

- **Cultura**

La Academia Americana de Odontología Pediátrica, refiere que la cultura y los factores lingüísticos pueden influir en la cooperación del paciente pediátrico, así como en las actitudes (en donde la ansiedad dental podría ser considerada) que vaya a presentar en diversas situaciones (38).

También sugieren que ya que cada cultura tiene sus propias creencias, valores y prácticas, es importante el cómo interactuar con los pacientes, para que la consulta sea lo menos estresante, tanto para el niño como para el odontólogo (38).

- **Edad**

Un estudio en India supone que el inicio de la ansiedad dental se da en la etapa de la niñez, alcanza su punto máximo al comienzo de la etapa adulta y a partir de ahí va disminuyendo conforme pasan los años (39); Alsakr et al. (2) indica en su estudio que la edad influye significativamente en la ansiedad dental.

- **Género**

Estudios determinaron que el género femenino es más predilecto a presentar ansiedad dental, esto puede deberse a que las mujeres

tienden a recordar el dolor de forma más vivida después de completar la cita (39, 40).

Sin embargo, otros estudios determinaron que el género no es un factor relevante para la presencia de ansiedad dental (41).

- **Experiencia odontológica previa**

Rafatjou et al. (42) sugieren que los tratamientos invasivos tales como extracción u obturación dental deben evitarse en la primera atención ya que esto puede repercutir en la actitud que el niño muestre en las siguientes visitas odontológicas.

- **Ausencia o presencia de los padres al momento del tratamiento dental**

Para Riba et al. (43) la presencia de los padres es un factor importante al momento de realizar algún tratamiento al niño; antiguamente el odontólogo optaba por retirar a los padres de la consulta, provocando que el paciente se mostrara más temeroso, incómodo y con menos voluntad de cooperación. En la actualidad, la acción de hacer ingresar o salir del consultorio dental al padre es considerada como una técnica de manejo de conducta.

- b. Factores físico ambientales**

- **Situación económica familiar**

En Turquía determinaron que el nivel socioeconómico influye directamente en la presencia de ansiedad dental del niño, indicando que podría deberse a que la familia presenta una menor conciencia dental (44); Lin et al. (45) por su parte, mencionaron en su estudio que la pobreza es uno de los principales factores para que los pacientes pediátricos presenten ansiedad dental y que además son estos niños quienes tienen más problemas de conducta al momento de la atención odontológica.

- **Ambiente odontológico**

Para la Academia Americana de Odontología Pediátrica (38), el primer contacto con el paciente, ya sea por parte del recepcionista, o en su defecto, del odontólogo o su asistente, podría influir de

manera directa con la conducta que el paciente vaya a presentar a lo largo de la consulta. También refiere que en el caso de pacientes pediátricos el área de recepción debe ser adaptada con juguetes y demás para que el nivel de ansiedad sea disminuido.

Es necesario agregar que los pacientes pediátricos prefieren que el consultorio dental sea un espacio decorado, en comparación a un espacio con colores enteros (46).

- **Vestimenta del odontólogo**

Diversos investigadores alegan que la forma de vestir de los profesionales de la salud influye en una buena relación con el paciente, y los odontólogos no son la excepción; mientras que los adultos prefieren una vestimenta más formal y seria, en los niños esto suele cambiar, prefiriendo por los general vestimentas de colores y que incluso lleven caricaturas; estos estudios confirman que el tipo de vestimenta que lleve el odontólogo determinará el comportamiento del paciente pediátrico (47-50).

- **Género del odontólogo**

Estudios determinaron que por lo general los niños se sienten con menos temor y ansiedad cuando los atiende un odontólogo joven y de su mismo género, también observaron que los padres estas mismas características para sus hijos (50, 51).

- **Tipo de tratamiento, instrumental, material y equipo utilizado**

Un estudio determinó que los pacientes pediátricos sienten temor a los tratamientos que incluyan colocación de anestesia, exodoncias, perforaciones y restauraciones (46). Mak et al. (52) agregan que el sonido de la pieza de alta velocidad provoca ansiedad en el paciente y que es una de las principales razones para eviten ir a la consulta dental.

2.2.2.4. Consecuencias y complicaciones de la ansiedad dental

Es de esperar que la ansiedad dental tenga conexión con una salud bucal deficiente, ya que su presencia provoca que el paciente evite todo tipo

de contacto con el medio odontológico, haciendo que los tratamientos dentales curativos o preventivos, sean nulos o casi nulos (29).

La investigación de Eitner et al. (53) concuerda con lo anterior indicando que la ansiedad dental tiene una influencia directa en la salud bucal del paciente que es necesario detectar y tener en cuenta en un concepto de tratamiento que integre enfoques terapéuticos dentales y cognitivo – conductuales.

2.2.2.5. Tratamiento de la ansiedad dental

Al ser la ansiedad dental un problema que complica la práctica odontológica a lo largo de los años se han planteado estrategias para poder aminorar los síntomas.

Las técnicas de manejo de conducta fueron diseñadas para asegurar la aceptación total del tratamiento dental a realizar por parte del niño y que además pueda disminuir la idea de que la cita será estresante o que le vaya a causar algún daño (54).

En el año 2004, la Academia Americana de Odontología Pediátrica planteó los siguientes métodos:

a. Decir – mostrar – hacer

En esta técnica el odontólogo explica al paciente los procedimientos de forma comprensible para el niño (decir), luego enseñará el procedimiento a realizar mediante aspectos que pueden ser visuales, auditivos, visuales, olfativos y táctiles (mostrar), para que, por último, sea realizado el procedimiento (hacer) (54).

b. Refuerzo positivo

Una de las técnicas más utilizadas por los odontopediatras (55), consiste en que el odontólogo ofrece una recompensa al paciente, si éste muestra un comportamiento cooperativo (56).

c. Desensibilización sistemática

En esta técnica el odontólogo entrena al paciente para afrontar poco a poco estímulos o situaciones que le causen ansiedad. Esto se inicia identificando los estímulos que le provoquen temor y luego

ordenándolos de menor a mayor, luego se procede a exponer al paciente a estos estímulos repetidamente, cabe destacar que esta técnica tiene una duración aproximada de 5 a 10 sesiones, momento hasta el cual el paciente considera que estos estímulos son tolerables (57).

d. **Distracción**

Esta técnica consiste en desviar la atención del paciente del tratamiento que se le está realizando. Los investigadores McCaul y Mallet indicaron que por lo general una persona debe concentrarse en los estímulos dolorosos para percibir el dolor, es así que cuando se logra distraer a la persona esta percepción puede verse disminuida. Los distractores pueden clasificarse activos y pasivos, siendo un distractor activo algún videojuego, mientras que un pasivo podría ser la audiovisual (58).

e. **Control de voz**

Murphy et al. (59) precisan que para ganar la atención de un niño inquieto o problemático, es necesario cambiar el tono y el volumen de la voz, señalan además que, lo mencionado anteriormente es más importante que el contenido de la conversación que sea utilizado.

Con el paso de los años, han existido modificaciones en algunas técnicas, por ejemplo en el estudio de Ibrahim et al. (54), compararon la técnica decir-mostrar-hacer con la de decir-jugar-hacer, la cual consiste en darle a los niños juguetes similares a los instrumentos dentales como espejo dental, explorados y jeringa, demostrando que la nueva técnica fue más efectiva. En el caso del refuerzo positivo, Coxon et al. (56) indicaron que comúnmente los odontólogos consideran como refuerzo positivo el otorgar “stickers”, sin embargo su estudio comprobó que de una serie de recompensas entre las cuales se encontraban diversos juguetes y los “stickers” ningún niño escogió los segundos; asimismo concluyeron que el niño debe escoger la recompensa que más prefiera entre una serie de opciones.

Para Roberts et al. (55), los odontólogos tienen una variedad de técnicas a escoger para lograr un correcto manejo de conducta del paciente pediátrico, los cuales deben utilizarse teniendo en cuenta todos los aspectos individuales del mismo.

2.2.2.6. **Venham Picture Test (VPT)**

Diseñado por el Dr. Larry L. Venahm en el año 1979. Fue presentado en una serie de cinco estudios, para evaluar el nivel de ansiedad en situaciones que generaban estrés en niños pequeños, a través de un número de figuras animadas las cuales representan diferentes estados emocionales.

Para el grupo de imágenes se utilizó la figura masculina, haciendo énfasis en la cabeza (siendo ésta dibujada más grande que el resto del cuerpo) para que la atención del niño se fije en ella. El cabello, rasgos faciales y ropa fueron estilizados para evitar cualquier tipo de clasificación racial o socioeconómica (60).

2.3. **Marco Conceptual**

- **Ansiedad:** Sensación o estado mental que genera una respuesta normal en situaciones que producen estrés (21).
- **Temor:** Estado que provoca desconfianza hacia algo es considerado peligroso (61).
- **Miedo:** Emoción que se da ante alguna situación que genera peligro ya sea real o imaginario (16).
- **Fobia:** Es un estado de miedo constante, exagerado, y poco realista relacionado a una situación, actividad u objeto específico (30).
- **Ansiedad dental:** Fobia específica (11, 12) que genera en el paciente sensaciones de temor y miedo relacionado al entorno dental en especial a los tratamientos odontológicos (1, 2)
- **Técnicas de manejo de conducta:** Son estrategias que fueron diseñadas para asegurar la aceptación total del tratamiento dental a realizar por parte del niño y que además pueda disminuir la idea de que la cita será estresante o que le vaya a causar algún daño (54).

- **Primera cita:** Se define como la primera visita de un niño y su progenitor a un profesional de la salud dental; esta tiene un impacto significativo en la formación de una actitud positiva y tolerancia hacia tratamientos posteriores y ayuda a desarrollar la confianza en el dentista (62).
- **Última cita:** Es aquella que se realiza al finalizar todo el tratamiento odontológico requerido. Este incluye curaciones, pulpotomías, pulpectomías, exodoncias, sellantes y fluorizaciones.
- **Experiencias negativas:** Son visitas al dentista consideradas desagradables, aversivas o traumáticas; que, aunque pueden ocurrir en cualquier etapa de la vida, son más comunes durante la infancia y adolescencia, condicionando así el desarrollo de ansiedad dental (63).
- **Procedimientos invasivos:** Son aquellos que implican la manipulación de la encía o tejido gingival y la perforación de la mucosa bucal, se consideran invasivos ya que el odontólogo corta tejidos blandos y duros para tratar una determinada afección.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación

Según la intervención del investigador, observacional; según la planificación en la toma de datos, prospectivo; según el número de mediciones de la variable de estudio, longitudinal; por el número de muestras o poblaciones, descriptivo; y según la recopilación de datos, de campo.

3.2. Diseño de la Investigación

La presente investigación se encuentra en el nivel de investigación descriptivo de tipo comparativo.

Corresponde a un diseño no experimental con enfoque cuantitativo.

3.3. Población

La población de estudio estuvo conformada por 50 niños quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, los cuales fueron atendidos en dos Centros Odontológicos Especializados en Odontopediatría, Nova Dent, el cual es atendido por la C.D. Esp. Catherine Nova Palomino y Odonto Láser, perteneciente a la C.D. Esp. Mariana Román Delgado entre los meses de abril a noviembre del año 2023.

Criterios de inclusión:

- Niños que hayan asistido a sus dos citas odontológicas (primera y última)
- Niños de ambos sexos.

- Niños cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Niños que abandonen el tratamiento.
- Niños que no quieran participar del estudio.
- Niños que presenten alguna discapacidad.
- Niños cuyos padres no se encuentren al momento de las dos citas

Cuadro 1
Características de la población de estudio

CARACTERÍSTICAS		N=50	100.00%
SEXO	Masculino	26	52.00
	Femenino	24	48.00
EDAD	6 años	21	42.00
	7 años	20	40.00
	8 años	9	18.00

3.4. Técnicas, Instrumentos y estrategias de Recolección de Datos

Técnicas e Instrumentos

Para la realización de esta tesis, se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento fue utilizado el Test de dibujos de Venham (Anexo 2) creado por el doctor Larry L. Venham.

En Perú, en el año 2023, Lezama et al. (64) validaron el test de Venham a través de juicio de expertos; asimismo, a través de una prueba piloto realizada a un total de 15 niños entre las edades de 6 a 11 años, obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.911, indicando que el instrumento es confiable para su aplicación.

Este Test consiste en 8 pares de figuras humanas, cada recuadro muestra un niño ansioso (el cual vale 1 punto) y otro no ansioso (que vale 0 puntos); al paciente pediátrico se le solicita que escoja la figura con la que se sienta identificado en ese momento en cada recuadro para poder determinar el nivel de ansiedad correspondiente (16). Al sumar los puntajes pueden obtenerse los siguientes resultados:

- 0 : Sin ansiedad
- 1 – 3 : Ansiedad leve
- 4 – 6 : Ansiedad moderada
- 7 – 8 : Ansiedad severa

Estrategias de Recolección de Datos

- a. Se solicitó el permiso correspondiente a las doctoras encargadas de los Centros Odontológicos “Nova Dent” y “Odonto Láser” para poder aplicar el Test de Venham a sus pacientes de 6 a 8 años de edad (Anexo 1). Se determinó acudir los días lunes, miércoles y viernes en el turno de la tarde al Centro Odontológico Nova Dent, mientras que los días martes, jueves y sábado (también en el turno tarde) al Centro Odontológico Odonto Láser.
- b. Al momento de la llegada de los pacientes pediátricos se le preguntaba al progenitor si su hijo (a) acudía por primera vez al centro odontológico, si la respuesta era afirmativa se procedía a explicarle el motivo de la pregunta y el objetivo del estudio, solicitándole el permiso correspondiente mediante un consentimiento informado; de igual forma se le preguntó a cada niño si quería participar del estudio. Si ambas respuestas eran positivas se aplicaba el Test de Venham durante aproximadamente 10 a 15 minutos antes de sentarse en el sillón dental. El período de la primera aplicación del test fue realizado entre los meses de abril a junio.
- c. A partir del mes de julio hasta noviembre se aplicó el segundo test, en donde se tuvo que coordinar con las doctoras encargadas para que brindaran la fecha en la que sería la última cita de cada paciente, tratando siempre que las fechas concuerden con los días anteriormente establecidos (punto a).
- d. La aplicación se realizó al finalizar la última cita, de igual manera preguntándoles con que imagen se sentían más identificados para que luego la marcaran.

3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Finalizada la recolección de datos la información fue trasladada a una hoja Excel. Después se tabuló estadísticamente con el programa SPSS IBM 22 para presentar los resultados sistematizados y comprensibles en tablas de frecuencia absolutas y relativas. Para analizar las muestras ordinales fue utilizada la prueba de rangos con signo de Wilcoxon con un nivel de significancia del 5%.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados

Tabla 1

Nivel de ansiedad en la primera cita según sexo

Ansiedad en la primera cita	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Sin ansiedad	3	11.54	7	29.16	10	20.00
Ansiedad leve	8	30.76	7	29.16	15	30.00
Ansiedad moderada	9	34.62	7	29.16	16	32.00
Ansiedad severa	6	23.18	3	12.50	9	18.00
TOTAL	26	100.00	24	100.00	50	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 1 puede observarse que 2 de cada 10 varones presentaron ansiedad severa en la primera cita, mientras que más del 30% que mostró una ansiedad moderada; en lo que concierne al sexo femenino, casi el 13% presentó ansiedad severa, en los demás niveles el porcentaje fue similar (29.16%).

Gráfico 1

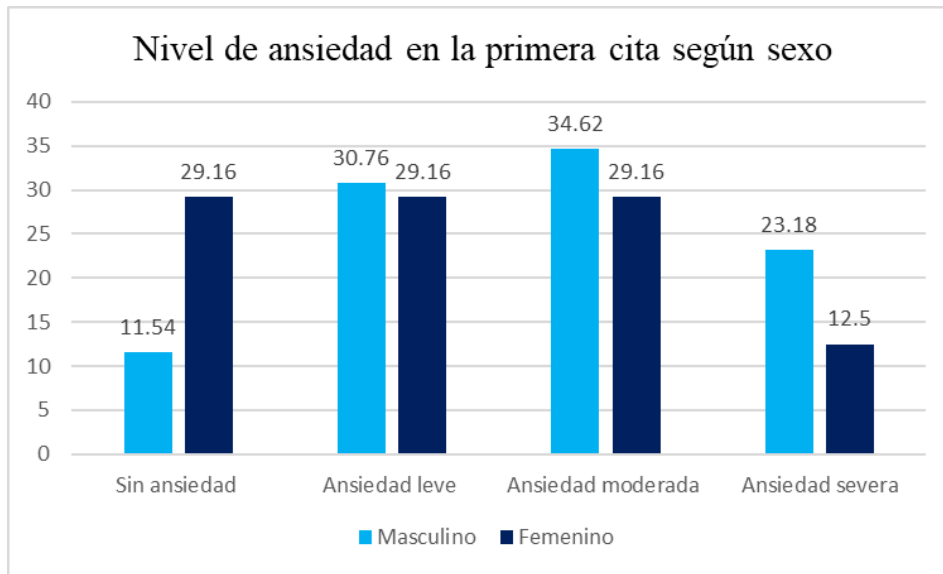


Tabla 2

Nivel de ansiedad en la primera cita según edad

Ansiedad en la primera cita	Edad						TOTAL	
	6 años		7 años		8 años		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Sin ansiedad	3	14.29	5	25.00	2	22.22	10	20.00
Ansiedad leve	3	14.29	10	50.00	2	22.22	15	30.00
Ansiedad moderada	12	57.14	3	15.00	1	11.11	16	32.00
Ansiedad severa	3	14.29	2	10.00	4	44.44	9	18.00
TOTAL	21	100.00	20	100.00	9	100.00	50	100.00

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 2 muestra que en la edad de 6 años más de la mitad presentaron ansiedad moderada en la primera cita; asimismo, la mitad de los pacientes de 7 años mostraron ansiedad leve; por último, en los pacientes de 8 años el nivel de ansiedad con mayor prevalencia fue el severo (más del 40%).

Gráfico 2

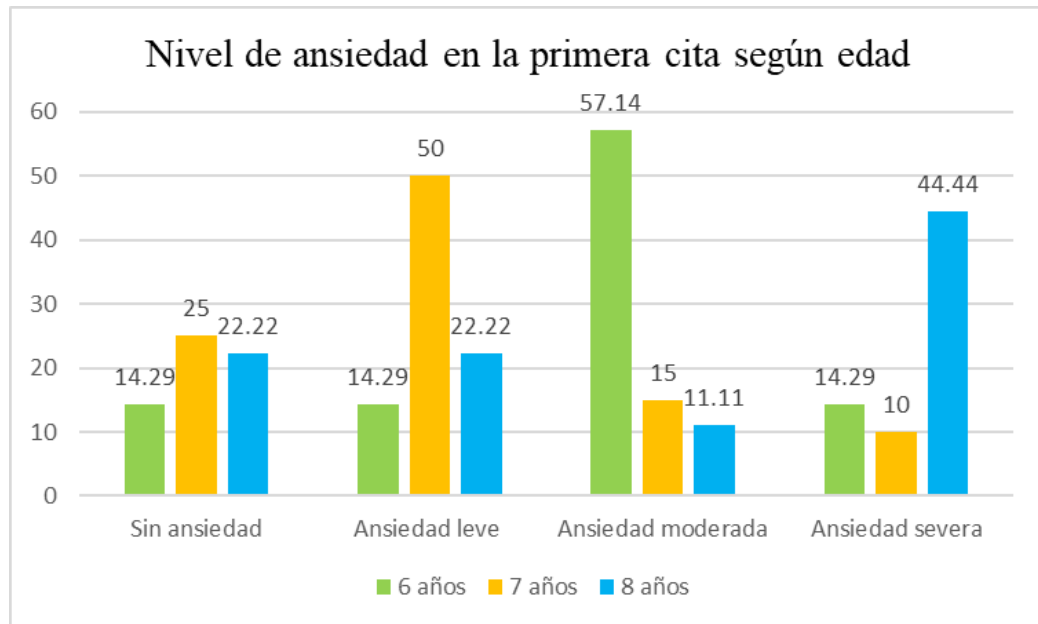


Tabla 3

Nivel de ansiedad en la última cita según sexo

Ansiedad en la última cita	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Sin ansiedad	8	30.77	4	16.66	12	24.00
Ansiedad leve	8	30.77	11	45.83	19	38.00
Ansiedad moderada	10	38.46	6	25.00	16	32.00
Ansiedad severa	-	-	3	12.50	3	6.00
TOTAL	26	100.00	24	100.00	50	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 3 puede observarse que en la última cita el sexo masculino no presentó casos de ansiedad severa, los casos sin ansiedad y ansiedad leve mostraron porcentajes similares (30.77%) y el 38.46% mostró ansiedad moderada. Asimismo, en el sexo femenino el mayor porcentaje de casos lo obtuvo la ansiedad leve (45.83%) seguido de la ansiedad moderada con 25%, se puede observar también que en este grupo el 12.50% presentó ansiedad severa.

Gráfico 3

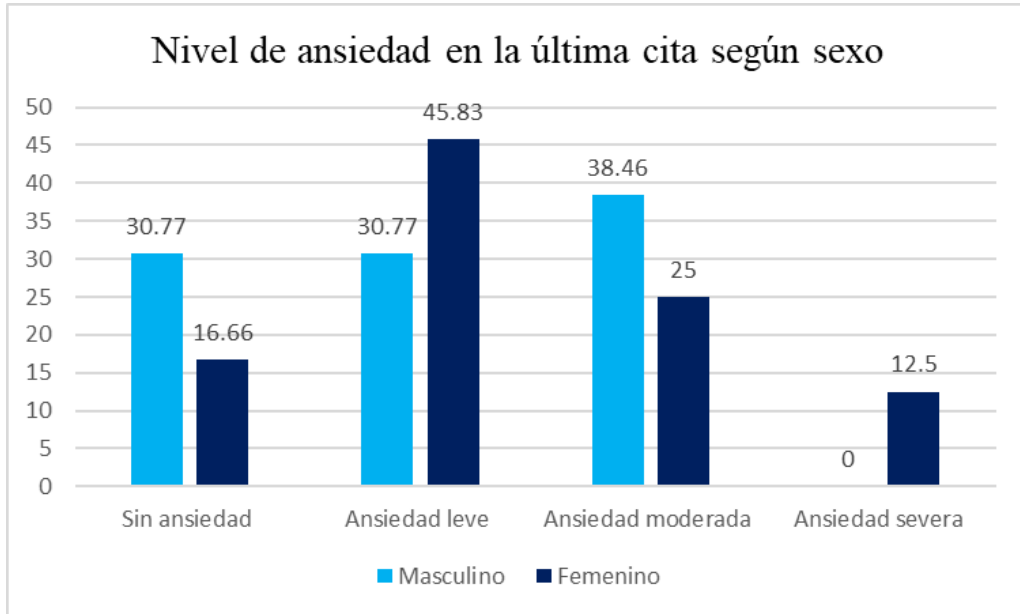


Tabla 4

Nivel de ansiedad en la última cita según edad

Ansiedad en la última cita	Edad						TOTAL	
	6 años		7 años		8 años		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Sin ansiedad	2	9.52	8	40.00	2	22.22	12	24.00
Ansiedad leve	11	52.38	6	30.00	2	22.22	19	38.00
Ansiedad moderada	7	33.33	5	25.00	4	44.44	16	32.00
Ansiedad severa	1	4.76	1	5.00	1	11.11	3	6.00
TOTAL	21	100.00	20	100.00	9	100.00	50	100.00

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 4 muestra que en la última cita los niños de 6 años mostraron un mayor porcentaje en ansiedad leve (52.38%), seguido de la ansiedad moderada con 33.33%; en los niños de 7 años, 4 de cada 10 niños no presentaron ansiedad en la última cita; y por último la mayoría de niños de 8 años mostraron ansiedad moderada (44.44%).

Gráfico 4

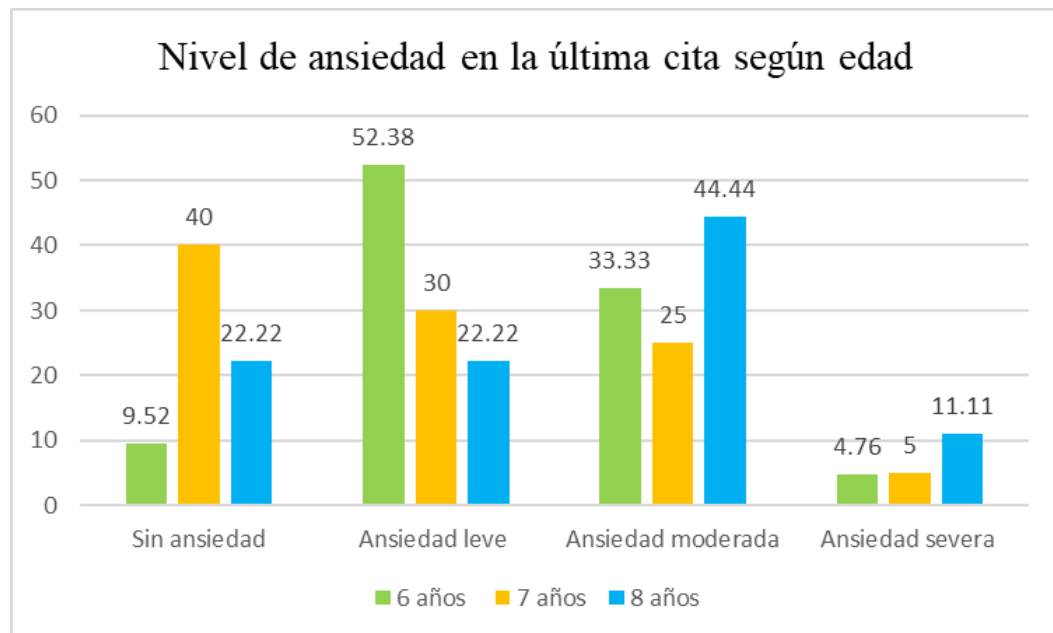


Tabla 5

Nivel de ansiedad en la primera y última cita

Ansiedad en la primera cita	Ansiedad en la última cita								TOTAL	
	Sin ansiedad		Ansiedad leve		Ansiedad moderada		Ansiedad severa			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin ansiedad	4	8.00	5	10.00	1	2.00	-	-	10	20.00
Ansiedad leve	6	12.00	5	10.00	3	6.00	1	2.00	15	30.00
Ansiedad moderada	2	4.00	8	16.00	5	10.00	1	2.00	16	32.00
Ansiedad severa	-	-	1	2.00	7	14.00	1	2.00	9	18.00
TOTAL	12	24.00	19	38.00	16	32.00	3	6.00	50	100.00

Fuente: Elaboración propia

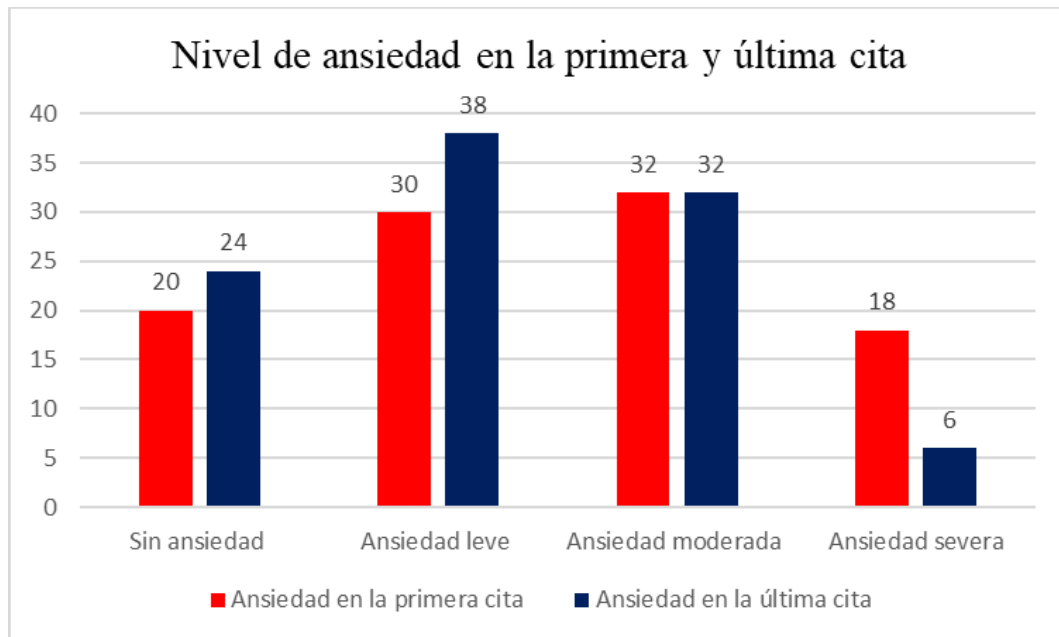
Prueba de los Rangos con signo de Wilcoxon (p-valor): 0.052

En la Tabla 5 se observa que en la primera cita el 20% de la población no presentó ansiedad, en la última cita esta cifra aumentó a 24%; en la ansiedad leve existió un

aumento de 30% a 38%; mientras que la ansiedad moderada se mantuvo con el mismo porcentaje; asimismo, en la ansiedad severa existió una disminución de 18% a 6%.

Se aplicó la Prueba de los Rangos con signo de Wilcoxon, obteniendo un p-valor del 0.052, determinando así que **no** existen diferencias significativas entre la primera y última cita.

Gráfico 5



4.2. Contrastación de hipótesis

H0: No existe diferencia en el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en la primera y última cita en dos Centros Odontológicos Especializados.

H1: Existe diferencia en el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en la primera y última cita en dos Centros Odontológicos Especializados.

El nivel de significancia para el presente estudio fue del 5%. De igual manera, la prueba estadística que fue utilizada para verificar si existe o no diferencia entre ambos momentos fue la prueba no paramétrica de los Rangos con signo de Wilcoxon.

Como resultado se obtuvo un p-valor de 0.052 el cual al ser mayor al 0.05, **no es significativo.**

Por lo tanto, podemos afirmar que **no** existe diferencia en el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en la primera y última cita en dos Centros Odontológicos Especializados.

Interpretación: A pesar que el nivel de ansiedad dental disminuyó entre la primera y última cita la diferencia entre ambos períodos de tiempo no es significativa.

4.3. Discusión de Resultados

Al analizar los resultados, se observa que en las Tablas 1 y 3, el nivel de ansiedad dental en la primera cita con mayor prevalencia fue moderado en el sexo masculino, mientras que en el femenino los porcentajes fueron similares en leve, moderado y sin ansiedad; mientras que el nivel de ansiedad dental en la última cita con mayor prevalencia continuó siendo moderado en varones, mientras que en mujeres fue leve. Estos resultados difieren con el estudio de Carhuatocto (6) quien indicó que la población femenina fue la que presentó mayores porcentajes de ansiedad dental en comparación al sexo masculino. Sin embargo, también se pudo observar que, en el resto de pacientes (que no pertenecían a la mayoría), el sexo masculino mostró un aumento del porcentaje de aquellos “sin ansiedad”, mientras que en el femenino el porcentaje se redujo. Esto puede deberse a que como mencionó Mohammed et al. (39) y Settineri et al. (40) las mujeres tienden a recordar el dolor de forma más vivida después de completar la cita razón por la cual conforme pasó el tiempo el porcentaje de sin ansiedad del sexo femenino fue disminuyendo.

En las Tablas 2 y 4, los niveles de ansiedad según edad mostraron que, en la primera cita, los pacientes de 6 años mostraron ansiedad moderada, en los de 7 años la ansiedad fue leve y en los de 8 años el nivel de ansiedad dental con mayor prevalencia fue el severo; en la última cita, la mayoría de niños de 6 años presentaron ansiedad leve, en los pacientes de 7 años la mayoría

no presentó ansiedad dental, mientras que los de 8 años mostraron ansiedad moderada. El estudio de Carhuatocto (6), difiere parcialmente ya que en el rango de edad establecido por la autora, (9 a 11 años de edad) fueron los niños de 10 años quienes presentaron mayor nivel de ansiedad en comparación con las otras edades. Asimismo también difiere con el estudio de Bartolomé et al. (5) quienes indican que la ansiedad dental va disminuyendo con el paso de los años, situación que no se apega al resultado de la presente investigación. Esto puede deberse a la experiencia previa del paciente, es posible que los niños de esta edad (8 años), hayan tenido experiencias negativas previas; también podría deberse al tipo de tratamiento que recibieron.

En la Tabla 5 se observó que en la primera cita el 20% de la población no presentó ansiedad, en la última cita esta cifra aumentó a 24%; en la ansiedad leve existió un aumento del 8%; mientras que la ansiedad moderada se mantuvo con el mismo porcentaje; no obstante, en la ansiedad severa existió una disminución del 12% entre ambos períodos de tiempo; concordando con los estudios de Alsakr et al. (2) y Shivanna et al. (1) y difiriendo con el estudio de Carhuatocto (6) en donde existió aumento en la ansiedad. Sin embargo, una vez aplicada la prueba estadística se determinó que no existe diferencia significativa en el nivel de ansiedad dental entre ambos momentos. Estos resultados difieren con los encontrados en los estudios de Reguera et al. (17), Castillo (8), Ordoñez (9) y Ramos (7), en donde determinaron que si existe diferencia significativa entre dos periodos de tiempo. Esto puede deberse a que los odontólogos aplicaron técnicas de manejo de conducta, razón por la cual conforme avanzó el tiempo la ansiedad pudo aminorarse poco a poco; es posible que también el entorno del consultorio haya influido en la presencia de ansiedad dental ya que como bien sugirió AlSarheed (46) los pacientes pediátricos prefieren que el consultorio dental sea un espacio decorado, en comparación a un espacio con colores enteros; de igual manera, la vestimenta del odontólogo pudo haber influido en estos resultados, ya que es sabido que determina el

comportamiento que el paciente pediátrico vaya a tener (47-50); asimismo el tipo de tratamiento que haya recibido, ya que tal y como indica AlSarheed (46), los tratamientos invasivos son aquellos que causan más ansiedad dental. La experiencia odontológica previa también puede ser un factor determinante en estos resultados, es posible que la mayoría de la población estudiada en la presente investigación, no haya acudido anteriormente a ninguna consulta dental, o en su defecto, hayan tenido experiencias negativas y/o traumáticas previas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Primero.** No existe diferencia en el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años atendidos en la primera y última cita en dos Centros Odontológicos Especializado; sin embargo, el nivel de ansiedad dental disminuyó entre la primera y la última cita.
- Segundo.** Según el sexo, el nivel de ansiedad dental en la **primera cita** con mayor prevalencia fue moderado en varones, mientras que en mujeres los porcentajes fueron similares en leve, moderado y sin ansiedad.
- Tercero.** Según la edad, el nivel de ansiedad dental en la **primera cita** con mayor prevalencia en los pacientes de 6 años fue moderado, en los de 7 años leve y en los de 8 años severo.
- Cuarto.** Según el sexo, el nivel de ansiedad dental en la **última cita** con mayor prevalencia fue moderado en varones, mientras que en mujeres fue leve.
- Quinto.** Según la edad, el nivel de ansiedad dental en la **última cita** con mayor prevalencia en los pacientes de 6 años fue leve, en los de 7 años el mayor porcentaje no presentó ansiedad, y en los de 8 años moderado.

5.2. Recomendaciones

- Primero.** A los Centros Odontológicos se les recomienda el uso de instrumentos para poder medir el nivel de ansiedad, no sólo a los pacientes pediátricos sino a todas las edades.
- Segundo.** A los odontólogos se recomienda mayor capacitación en el tema de la ansiedad dental, así como en las técnicas de manejo de conducta.
- Tercero.** A los odontólogos y padres de familia se les recomienda preparar al niño antes de la atención dental, sobre todo si éste consta de algún procedimiento invasivo.
- Cuarto.** A los estudiantes y futuros odontólogos se les recomienda realizar más investigaciones acerca del tema, que incluyan más variables como factores relacionados, técnicas de manejo de conducta, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shivanna V, Jain Y, Valluri R, Birra V, Kumar V, Ealla KKR. Estimation of Dental Anxiety Levels Before and After Dental Visit in Children with Visual Impairment Using Modified Dental Anxiety Scale in Braille Text. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2020;10(1):76-84.
2. Alsakr A, Gufran K, Alqahtani AS, Alkharaan H, Abushanan A, Alnufaiy B, et al. Pre-Treatment and Post-Treatment Dental Anxiety in Patients Visiting Intern Dental Clinic *Medicina.* 2023;59(7):1284.
3. Šimunović L, Špiljak B, Radulović M, Vlahovljak A, Ostojić M, Krlev J, et al. Relationship between Children's and Parents' Dental Anxiety: A Cross-Sectional Study on the Six European Countries. *Dent J.* 2022;10(11):209.
4. Torres Jaramillo KN. Nivel de ansiedad de los niños de 5 a 8 años de edad en la consulta odontológica con o sin manejo de técnicas de distracción [tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2019.
5. Bartolomé Villar B, Torres Moreta L, Méndez Zunino M, Almenara Rodríguez MG. Factores que influyen en la ansiedad dental del paciente infantil. *Cient Dent* 2019;16(1):59-66.
6. Carhuatocto Frías ST. La ansiedad en el tratamiento odontológico en niños de 9 a 11 años en el centro odontológico "Dulce Sonrisa". Tambogrande [tesis]. Piura-Perú: Universidad Señor de Sipán 2022.
7. Ramos Vidal JA. Comparación del nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en pacientes adultos atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Trujillo-2019 [tesis]. Trujillo-Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2020.
8. Castillo Paz AM. Nivel de ansiedad producido antes y después del tratamiento dental con anestesia local en niños de 6 a 12 años que asisten al Centro Odontológico de la UCSM, Arequipa 2019 [tesis]. Arequipa-Perú: Universidad Católica de Santa María; 2021.
9. Ordoñez Gonza GA. Variación de la ansiedad en la primera consulta odontológica en niños de 5 a 12 años atendidos en el centro odontológico de la UJCM, año 2019 [tesis]. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui; 2021.

10. Krishnappa S, Srinath S, Vishwanath SK, Bhardwaj P, Singh R. Evaluation of facial image scale and Venham picture test used to assess dental anxiety in children. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*. 2013;11(3):31-5.
11. Seligman LD, Hovey J, D, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clinical Psychology Review*. 2017;55:25-40.
12. Macher P. Oralofobia: ansiedad frente al tratamiento dental. *Quintessence*. 2008;21(10).
13. Casas Castro JJ, Gonzalez Herrera HY, Guerrero Niño KA, Miranda Clavijo LV. Prevalencia de ansiedad odontológica y factores asociados en adultos de 18 a 64 años de Villavicencio-Meta 2018 [tesis]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2018.
14. Levalle MJ. Valoración de la ansiedad y la conducta del niño frente a la situación odontopediátrica y su relación con la ansiedad de la figura parental acompañante [tesis doctoral]. Argentina: Universidad Nacional de la Plata; 2023.
15. Sánchez Caro AA. Manejo de conducta de los niños durante la atención dental. *Rev Salud & Vida Sipanense*. 2020;7(1):69-80.
16. Sias Salas SS, Ayala Escandón CdL, Pichardo Solis VA. El dibujo como medio de evaluación del miedo/ansiedad en niños de 5 a 8 años en atención dental. Estudio descriptivo. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. 2018;8(2):179-93.
17. Reguera Gonzales K, Urbina Pinche GG. Nivel de ansiedad dental antes y después de la atención odontológica en pacientes pediátricos atendidos en un consultorio privado, Tarapoto 2022 [tesis]. Huancayo-Perú: Universidad Continental; 2023.
18. Flores Jara PL. Nivel de ansiedad en pacientes antes y después de la microcirugía apical endodóntica [tesis]. Lima-Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020.
19. Diccionario histórico de la lengua española [internet]. (1960-1996). *Ansiedad*.

20. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-Estar Subj.* 2003;3(1).
21. Fernández López O, Jiménez Hernández B, Alfonso Almirall R, Sabina Molina D, Cruz Navarro JR. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur.* 2012;10(5).
22. American Psychiatric Association. Anxiety Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed:* American Psychiatric Association; 2022. p. 215-31.
23. Feriante J, Torrico TJ, Bernstein B. Separation Anxiety Disorder. *StatPearls [Internet].* 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560793/>.
24. Román López JI. Multismo selectivo. *Multimed.* 2019;23(4):795-804.
25. Cackovic C, Nazir S, Marwaha R. Panic Disorder. *StatPearls [Internet].* 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430973/>.
26. Balam K, Marwaha R. Agoraphobia. *StatPearls [Internet].* 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554387/>.
27. Samra CK, Abdijadid S. Specific Phobia. *StatPearls [Internet].* 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499923/>.
28. Ososterink FMD, De Jongh A, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *European Journal of Oral Sciences.* 2009;117(2):135-43.
29. Hmud R, Walsh LJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *J Minim Interv Dent* 2009;2(1).
30. LeWine HE. Phobia. *Harvard Health Publishing.*2022 [Available from: https://www.health.harvard.edu/a_to_z/phobia-a-to-z#:~:text=A%20phobia%20is%20a%20persistent,with%20great%20anxiety%20and%20distress.
31. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *European Journal of Pediatric Dentistry.* 2017;18(2):10.
32. Mautz Miranda C, Fernández Delgadillo C, Saldivia Ojeda C, Rodríguez Salinas C, Riquelme Carrasco S, Linco Olave J. Prevalencia de Ansiedad

- Dental en Niños Atendidos en los Servicios de Salud Públicos de Valdivia, Chile. *Odontoestomatología*. 2017;19(30):59-64.
33. Marcano AA, Figueredo AM, Orozco G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* 2012;2(2).
 34. Amaíz AJ, Flores MÁ. Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria. *Odontología Vital*. 2016;24:21-8.
 35. Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Rojas Alcayaga G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Av Odontoestomatol*. 2014;30(1):39-46.
 36. Lara A, Crego A, Romero Maroto M. Emotional contagion of dental fear to children: the father's mediating role in parental transfer of fear. *Int J Paediatr Dent*. 2012;22(5):324-30.
 37. Soares FC, Antunes Lima R, Santos CF, de Barros MV, Colares V. Predictors of dental anxiety in Brazilian 5-7 years old children *Compr Psychiatry*. 2016;67:46-53.
 38. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. . *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. 2023:359-77.
 39. Mohammed RB, Lalithamma T, Varma DM, Sudhakar KN, Srinivas B, Krishnamraju PV, et al. Prevalence of dental anxiety and its relation to age and gender in coastal Andhra (Visakhapatnam) population, India. *J Nat Sci Biol Med*. 2014;5(2):409-14.
 40. Settineri S, Tati F, Fanara G. Gender Differences in Dental Anxiety: Is the Chair Position Important? *J Contemp Dent Pract*. 2005;6(1):115-22.
 41. Oktay EA, Koçak MM, Şahinkesen G, Topçu FT. The role of age, gender, education and experiences on dental anxiety. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2009;51:145-8.
 42. Rafatjou R, Ahmadpanah M, Ahmadi B, Mahmoodi M. Evaluation of Dental Anxiety and the Role of Concomitant Factors in Their Anxiety Level in 9-12 years Old Children *Avicenna J Dent*. 2019;11(2):53-60.

43. Riba H, Al Shahrani A, Al Ghutaimel H, Al Otaibi A, Al Kahtani S. Parental Presence/Absence in the Dental Operatory as a Behavior Management Technique: A Review and Modified View. *J Contemp Dent Pract.* 2018;19(2):237-41.
44. Uzel I, Aydinel B, Topaloğlu Ak A. Evaluation of the Risk Factors of Dental Anxiety in Children. *J Pediatr Res.* 2022;9(2):99-104.
45. Lin YL, Yen YY, Chen HS, Liu YC, Chang CS, Chen CM, et al. Child dental fear in low-income and non-low-income families: A school-based survey study. *Journal of Dental Sciences.* 2014;9:165-71.
46. AlSarheed M. Children's Perception of Their Dentists. *Eur J Dent.* 2011;5(2):186-90.
47. Menahem S, Shvartzman P. Is our appearance important to our patients? *Fam Pract.* 1998;15(5):391-7.
48. Mistry D, Tahmassebi JF. Children's and parents' attitudes towards dentists' attire. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2009;10(4):237-40.
49. Havale R, Rao DG, Shrutha SP, Mathew I, Tharay N, Taj KE, et al. Pediatric dentist attire and relationship with anxiety in children and parents during Covid-19 pandemic. *Braz J Oral Sci.* 2022;21.
50. Hermida L, Puig F, Braun A, Ram DD, Volfovikz R. Preferencia de pacientes niños y sus padres respecto a la vestimenta y sexo del odontopediatra. *Actas Odontológicas.* 2017;XIV(1):33-42.
51. Tong HJ, Khong J, Ong C, Ng A, Lin Y, Ng JJ, et al. Children's and parent's attitudes towards dentists' appearance, child dental experience and their relationship with dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2014;15(6):377-84.
52. Mak CM, Wong HM, Chu YJ. Effect of the sound of dental equipment on dental anxiety and noise control technique [Internet]. 2017. Available from: https://www.icben.org/2017/ICBEN%202017%20Papers/SubjectArea04_Mak_P18_3508.pdf.
53. Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety--an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *J Oral Rehabil.* 2006;33(8):588-93.

54. Ibrahim RAH, El Taweel SB, Mahmoud SA, Elchaghaby MA. Effectiveness of the tell-play-do technique in comparison to the tell-show-do technique for the management of anxious children: A randomized controlled trial. . *Advanced Dental Journal*. 2023;5(2):230-42.
55. Roberts JF, Curzon MEJ, Martens LC. Behaviour Management Techniques in Paediatric Dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2010;11:166-74.
56. Coxon J, Hosey MT, Newton JT. What reward does a child prefer for behaving well at the dentist? *BDJ Open*. 2017;3.
57. Neacsu V, Sfeatcu IR, Maru N, Dumitrache MA. Relaxation and Systematic Desensitization in Reducing Dental Anxiety *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014;127:474-8.
58. Allani S, Setty JV. Effectiveness of Distraction Techniques in The Management of Anxious Children in the Dental Operatory. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences* 2016;15(10):69-73.
59. Murphy MG, Fields H, W., Machen JB. Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. *Pediatric Dentistry*. 1984;6(4):193-8.
60. Venham LL, Gaulin Kremer E. A self-report measure of situational anxiety for young children. *Pediatric Dentistry*. 1979;1(2).
61. *Diccionario de la lengua española*. 23 ed: Real Academia Española. Temor.
62. Padung N, Singh S, Awasthi N. First Dental Visit: Age Reasons Oral Health Status and Dental Treatment Needs among Children Aged 1 Month to 14 Years. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2022;15(4):394-7.
63. Bernabé E, Lie SA, Mastrovito B, Sannevik J, Astrom AN. Childhood negative dental experiences and tooth loss in later life: A 25-year longitudinal study in Sweeden. *Journal of Dentistry*. 2019;89.
64. Lezama Balbuena HEK, Sotelo Ormeño JJE. Eficacia de la Aromaterapia y la Musicoterapia en el Manejo de Ansiedad Dental en Pacientes Pediátricos de un Centro Odontológico, Ica 2022. Piura: Universidad César Vallejo; 2023.