



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TÍTULO

“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 previa a la obtención
del título de Odontóloga**

Autora:

Karina Natalhie Torres Jaramillo

Directora

Odt. Esp. Diana Ivanova Gahona Carrión

LOJA - ECUADOR

2019

Certificación

Loja, 21 de junio del 2019

Odt. Esp. Diana Ivanova Gahona Carrión
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Haber dirigido, orientado y discutido, en cada una de las partes del desarrollo de la tesis titulada **“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”**, de autoría de la Srta. Karina Natalhie Torres Jaramillo, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma, exigidos en el reglamento del Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, certificando su autenticidad; por tal motivo autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Atentamente.

.....
Odt. Esp. Diana Ivanova Gahona Carrión
DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, Karina Nathalie Torres Jaramillo, con número de cédula 1105747966, declaro que la información, investigación, opiniones, criterios, conclusiones y análisis vertidos en la presente investigación son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:.....

Autora: Karina Nathalie Torres Jaramillo

Cédula: 1105747966

Fecha: Loja, 21 de junio del 2019

Carta de Autorización

Yo, Karina Natalhie Torres Jaramillo, con número de cédula 1105747966, declaro ser autora de la tesis titulada “**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**”, como requisito para optar al título de Odontóloga; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por la copia o plagio de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 21 días del mes de junio del 2019, firma la autora.

Firma:

Autora: Karina Natalhie Torres Jaramillo

Cédula: 1105747966

Dirección: Loja

Correo Electrónico: karina_t_j@hotmail.es

Teléfono: 07-2107-976

Celular: 0987468105

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Odt. Esp. Diana Ivanova Gahona Carrión.

Tribunal de grado:

Presidenta: Odt. Esp. Susana Patricia González Eras.

Vocal: Odt. Esp. David Oswaldo Campoverde Loyola.

Vocal: Odt. Esp. Jessica Nathali Calderón Eras.

Dedicatoria

A Dios, por ser el motor de mi vida para seguir adelante cumpliendo cada uno de mis sueños, gracias a él, cada día ha sido una razón por que luchar y un motivo para nunca rendirme a pesar de las muchas pruebas con las que nos encontramos en la vida. Para Dios sea el éxito, porque es inevitable no darle el mayor honor a quien lo hace posible todo.

A mis padres, Juan Torres y Victoria Jaramillo quienes han sido mi soporte durante toda mi vida, brindando su amor, apoyo y dedicación, para que lograra cumplir mis metas.

A mis hermanas, fuente de sabiduría, perseverancia y mi ejemplo a seguir siempre. Este logro no sería lo mismo sin ustedes, gracias totales.

Karina Nathalie Torres Jaramillo

Agradecimiento

A Dios, porque ha guiado mi camino otorgándome de sabiduría, inteligencia y fuerzas para culminar con éxito un sueño anhelado, y poder servir a la sociedad con mis conocimientos.

A la Universidad Nacional de Loja, por la acogida brindada en sus aulas y prepararnos con ética y responsabilidad.

A la Doctora Diana Gahona Carrión tutora y guía de este proyecto, por su paciencia, esfuerzo, dedicación y conocimientos impartidos en la elaboración del mismo.

A mis padres y hermanas que han puesto su confianza y han sido un pilar fundamental en mi vida con su amor incondicional, han hecho de mí una mejor persona y ahora una profesional.

A los padres de familia y niños de 5 a 8 años, que acudieron a la consulta odontológica de Odontopediatría en el Hospital de Motupe y al consultorio “Dental Kids” por su participación y colaboración en este trabajo de investigación.

A mis amigas por su lealtad, cariño, momentos y ayuda a lo largo de estos años de estudio.

Y a todas las personas que en el transcurso del camino me extendieron su mano amiga.

Gracias a cada uno por su apoyo y por formar parte de un sueño que llegó a su cumplimiento.

Karina Nathalie Torres Jaramillo

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría	iii
Carta de Autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de Tablas	ix
Índice de Cuadros	ix
Índice de Figuras.....	x
Índice de Anexos	x
1. Título	1
2. Resumen	2
Summary.....	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de Literatura	6
4.1. Antecedentes.....	6
4.2. Ansiedad.....	7
4.2.1. Etiopatogenia.....	8
4.2.1.1. Factores genéticos y constitucionales.....	8
4.2.1.2. Temperamento	8
4.2.1.3. Estilos parentales.....	9
4.2.2. Tipos de ansiedad.....	9
4.2.2.1. Ansiedad Fisiológica.	9
4.2.2.2. Ansiedad Patológica	9
4.2.2.3. Ansiedad de la realidad.....	10
4.2.2.4. Ansiedad neurótica	10
4.2.2.5. Ansiedad moral.....	10
4.2.3. Causas.....	11
4.2.4. Consecuencias y complicaciones.....	12
4.3. Características del infante.....	13
4.3.1. Conducta de los niños	13

4.3.2.	Manejo del niño en la consulta odontológica.....	14
4.3.3.	Influencia de los padres	15
4.3.4.	Tipos de padres	16
4.3.4.1.	Padres Autoritarios.	16
4.3.4.2.	Padres Democráticos.	16
4.3.4.3.	Padres Permisivos.....	16
4.3.4.4.	Padres Indiferentes.	16
4.3.5.	Tipos de niños	16
4.3.5.1.	Niños colaboradores	16
4.3.5.2.	Niños potencialmente colaboradores.....	16
4.3.5.3.	Niño no colaborador	16
4.4.	Técnicas de distracción.....	17
4.4.1.	Distracción Audiovisual	17
4.4.2.	Musicoterapia	18
4.4.3.	Aromaterapia	19
4.4.4.	Gafas 3D	19
4.5.	Escalas para valorar la ansiedad	20
4.5.1.	Escala de Frankl.....	20
4.5.2.	Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada.....	22
4.5.3.	Test Gráfico de Venham.	24
4.5.4.	Escala de expresión facial (FIS).	25
4.5.5.	Evaluación de la Ansiedad a través de la Observación del Comportamiento.....	26
5.	Materiales y métodos.....	28
5.1.	Tipo y Diseño de estudio	28
5.2.	Población	28
5.3.	Muestra	28
5.4.	Criterios de inclusión.....	28
5.5.	Criterios de exclusión	28
5.6.	Técnica de recolección de información	29
5.7.	Instrumentos	29
5.8.	Procesamiento de datos	30
5.9.	Procedimiento.....	29

6. Resultados.....	31
7. Discusión	35
8. Conclusiones.....	41
9. Recomendaciones	42
10. Bibliografía.....	43
11. Anexos.....	51

Índice de Tablas

Tabla 1. Edad-sexo de los participantes	31
Tabla 2. Nivel de ansiedad mediante Escala de expresión facial en el Hospital Universitario de Motupe sin técnicas de distracción, según la edad.	32
Tabla 3. Nivel de ansiedad mediante Test Gráfico de Venham en el Hospital Universitario de Motupe sin técnicas de distracción, según la edad.	33
Tabla 4. Nivel de ansiedad mediante Escala de expresión facial en el Consultorio Dental Kids, según la edad.....	34
Tabla 5. Nivel de ansiedad mediante Test Gráfico Venham en el Consultorio Dental Kids, según la edad.	35
Tabla 6. Nivel de ansiedad mediante Test Gráfico Venham en el Consultorio Dental Kids con técnicas de distracción.	37
Tabla 7. Nivel de ansiedad mediante Escala de expresión facial en el Consultorio Dental Kids con técnicas de distracción.....	36

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia.....	8
Cuadro 2. Diferencias más significativas entre la ansiedad fisiológica y la patológica.....	10
Cuadro 3. Conducta de padres sobre sus hijos	15
Cuadro 4. Escala de Frankl.....	21
Cuadro 5. Escala de expresión facial.....	26

Índice de Figuras

Figura 1. Test Gráfico de Venham.....	25
Figura 2. Escala de Imagen Facial	25

Índice de Anexos

Anexo 1. Tabla de resultados por cada paciente.	51
Anexo 2. Objetivos	52
Anexo 3. Consulta odontológica del Hospital de Motupe, firma del consentimiento informado del representante legal.	53
Anexo 4. Consulta odontológica en el Hospital Universitario de Motupe, aplicación de la escala de expresión facial	54
Anexo 5. Consulta odontológica en el Hospital Universitario de Motupe, aplicación del test gráfico de Venham.....	55
Anexo 6. Consulta odontológica “Dental Kids”, ambientación, sala de espera odontopediatria.	56
Anexo 7. Consulta odontológica “Dental Kids”, aplicación escala expresión facial.	58
Anexo 8. Consulta odontológica “Dental Kids”, aplicación test gráfico de Venham.	59
Anexo 9. Instrumentos.....	60
Anexo 10. Oficio de permiso de las autoridades.	63
Anexo 11. Certificado de Asesoramiento Estadístico	64
Anexo 12. Certificado de traducción del resumen	65

1. Título

“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”

2. Resumen

Los pacientes que experimentan temor en la consulta odontológica dificultan la realización de las actividades clínicas y en ciertos casos, no regresan a las citas, lo que impide el éxito del tratamiento. La presente investigación tiene como objetivo determinar el nivel de ansiedad de los niños de 5 a 8 años en la consulta odontológica con o sin manejo de técnicas de distracción; es un estudio cuantitativo, transversal y observacional, la población estudiada comprendió un grupo de 20 niños de ambos géneros, de 5 a 8 años, que acudieron a la consulta odontológica pública y privada, el nivel de ansiedad fue evaluado a través de dos instrumentos: la escala de expresión facial antes del tratamiento y el test gráfico de Venham después del tratamiento. Los resultados obtenidos reflejaron que los niños atendidos en la consulta odontológica del Hospital Universitario de Motupe, antes del tratamiento presentaron mayor porcentaje en el rango de ansiedad moderada del 40% y después del tratamiento odontológico el 60% presentó ansiedad de moderada. Mientras que en el consultorio privado se reflejan los valores de ansiedad, antes del tratamiento 60% que equivale ansiedad leve y después del tratamiento el 80% de los niños se presentaron sin ansiedad. Concluyendo que la ansiedad y miedo disminuyen si se usan técnicas de distracción audiovisual y musicoterapia.

Palabras claves: temor, tratamiento, conducta, expresión, valores.

Summary

Patients who experience fear in the dental office make it difficult to carry out clinical activities and in certain cases do not continue attending appointments, which prevents the success of the treatment. The objective of this research is to determine the level of anxiety of children aged 5 to 8 years during dental consultations, with or without handling of distraction techniques. The study is quantitative, cross-sectional and observational. The population studied included a group of 20 children of both genders, from 5 to 8 years old, who attended both public and private dental clinics. The level of anxiety was evaluated through two instruments: a Facial Expression Scale before treatment and the Venham graphic test after treatment. The results obtained showed that 40% of the children treated at the dentistry clinic of the University Hospital of Motupe presented moderate levels of anxiety and fear before treatment, while after the dental treatment, 60% presented moderate anxiety. In the private practice, 60% of children showed mild anxiety, while after the treatment 80% of the children presented without anxiety. We conclude that anxiety and fear diminish if techniques of audiovisual distraction and music therapy are used.

Keywords: Fear, treatment, behavior, expression, values.

3. Introducción

Mientras más temprano se inicien las visitas al odontólogo, se reforzarán las medidas de prevención, higiene y salud oral, se detectarán tempranamente procesos infecciosos, caries dental, y más patologías, por ende, se facilitará el desarrollo de una relación libre de dolor y ansiedad entre el niño y el odontólogo. (Sandóval, 2015)

Lazo, Ramos, & Mercado (2014) mencionan, cuando el niño llega para ser atendido por el odontólogo, trae consigo más que una molestia en sus tejidos de la cavidad bucal, una carga emocional, ya que es un ser humano que tiene miedo, ansiedad y gran preocupación por las sensaciones dolorosas. Así mismo, Pérez et al., (2012) afirman, la niñez es la edad que más requiere preparación psicológica por parte del profesional odontólogo, ya que todo el desarrollo posterior del tratamiento dependerá de cómo fue la preparación inicial.

La ansiedad en los pacientes pediátricos influye significativamente en su comportamiento y reacción, cuyo auge se presenta cuando acuden a la consulta odontológica, tornándola como una cita cansada, estresante, tanto para el infante, como para los padres y el profesional. Dicha conducta obedece al instinto humano innegable de supervivencia, por lo que actúan identificando al operador como un peligro inminente, que atenta contra su seguridad, desembocando en sentimientos encontrados de desasosiego, temor, miedo y ansiedad.

Quiroz & Melgar (2012) indican que las técnicas tradicionales utilizadas en odontopediatría pueden ser satisfactorias, pero en la actualidad existe controversia sobre el uso de algunas de ellas. El rechazo por parte de los padres, así como las diversas implicaciones éticas y legales han llevado a que se revalúen muchas actitudes y técnicas, especialmente aquellas de tipo aversivo, lo cual ha conducido a intensificar la investigación en este campo con el fin de buscar nuevas alternativas.

La musicoterapia es un tipo de sugestión en la que el niño es animado a la fantasía, evocando sentimientos placenteros para el paciente llevándolo a un estado de relajación. En la distracción audiovisual la concentración de los niños es auditiva y visual, ya que quedan atrapados en la película que estén viendo, desconectándose parcial y totalmente del ambiente odontológico. Por lo que son necesarias nuevas técnicas en el manejo de

conducta del paciente pediátrico que deben estar acordes a los avances tecnológicos de nuestra era y que promuevan la salud odontológica.

Dentro del área de odontopediatría se pueden utilizar diferentes tipos de instrumentos, para medir la ansiedad infantil, las mismas que constan de rangos y valores que van a permitir la calificación de dicho actuar en la consulta odontológica, tanto antes de iniciar el tratamiento como al finalizar el mismo. Narváez & Tello (2017) manifiestan. “Existen diferentes métodos para valorar el miedo y la ansiedad en el ámbito odontológico de los niños entre ellos destacan: análisis psicométricos, fisiológicos o técnicas proyectivas”. La presente investigación se utilizó dos tipos de métodos proyectivos como son: la escala de expresión facial y test gráfico de Venham.

Es importante destacar la utilización y la aplicación de estos instrumentos ya que existe evidencia considerable en dónde se menciona que el comportamiento desfavorable en infantes se mantiene en la adolescencia y si no es tratada adecuadamente continuará hacia la vida adulta, dando como resultado una conducta inadecuada por parte del paciente.

El comportamiento del paciente pediátrico es de suma importancia en la práctica clínica ya que de ello depende el éxito en la consulta o por lo contrario se va a crear un trauma infantil y dificultad para atender al niño en el consultorio odontológico, aumentando los niveles de ansiedad y miedo; siendo importante aplicar una metodología integral basada en instrumentos con escalas que miden la ansiedad dental y técnicas de distracción como audiovisual y musicoterapia, Así mismo es de vital importancia educar el núcleo familiar para evitar que exista una relación desfavorable entre la consulta dental, el sufrimiento y la ansiedad que presenta el infante.

Por lo tanto, propongo el estudio del 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, en pacientes pediátricos.

4. Revisión de Literatura

4.1. Antecedentes

La ansiedad y miedo dental son fuertes sentimientos negativos asociados con los tratamientos dentales y se usan indistintamente en la literatura dental. La ansiedad dental fue descrita por Klingberg & Broberg (2007) como un estado de aprehensión que algo terrible va a ocurrir en relación con el tratamiento dental o ciertos aspectos del tratamiento dental. Sheetal, et al., (2011) manifiestan que el miedo al tratamiento dental es común, puede interferir con el cumplimiento de los pacientes y dar lugar a deterioro de la salud dental.

Milsom et al., (2012) en su estudio, han demostrado que la presencia de ansiedad dental en los pacientes puede provocar efectos negativos en la regularidad de las visitas al odontólogo, colaboración, participación en el tratamiento y en la calidad de salud oral de los infantes. Durante el crecimiento y evolución el infante atraviesa por diversas etapas que lo ayudan a consolidar las bases para su personalidad, alrededor de los cinco años, sumando a ello la base genética heredada por sus padres, así como las experiencias vividas hasta el momento.

Rubí et al., (2015) expresan el nivel de desarrollo del niño aún no se encuentra en capacidad de regular las sensaciones que recibe, siendo aquí el momento en el que intervienen los padres, que son los encargados de explicar el ambiente que lo rodea, absorbiendo así un conocimiento subjetivo, de la realidad en cuanto a teorías; jugando un papel primordial la personalidad del adulto que puede influenciar significativamente en el infante, por ende es indispensable el rol de los padres en el involucramiento del hogar odontológico y la cooperación con el operador.

Aminabadi et al., (2012) refieren, la angustia en los niños nace cuando experimentan prohibiciones, debido a su actuar inconsciente ya que tienden a desarrollar un impulso primario conocido como instinto, desencadenando experiencias y conocimiento propio; destacando el actuar del adulto y su relación con el menor, ya que a partir de este momento se determinará el grado de salud o enfermedad psíquica.

Según estudio realizado por Torres (2013) manifiesta que el problema de la ansiedad dental en niños y adolescentes alcanza porcentajes significativos, por ejemplo, está presente entre el 10 y 20% de la población de Estados Unidos y con estimaciones que van del 4% al 30% en otros países. En India se estima que la prevalencia de ansiedad dental entre los 5 a 10 años de edad es de un 6,3%. En niños hondureños este porcentaje se eleva a 14 y 15% en escolares entre 6 y 11 años, al igual que en Brasil en donde afecta al 18% de los adolescentes y en Colombia, el 57% presenta niveles de ansiedad entre moderada y severa.

4.2. Ansiedad

Cabezas (2013) la palabra ansiedad proviene del latín *angere*, que significa estrechar, y se refiere a un malestar físico intenso que se manifiesta principalmente por una respiración anhelante. Todos los seres vivos estamos dotados de un sistema biológico que nos permite experimentar ansiedad o temor.

Así mismo, Ochando (2012) menciona, la emoción del miedo puede funcionar como señal de alarma y como barrera contenedora para impedir que el niño se aventure en situaciones para las que todavía no ha desarrollado las habilidades necesarias. Sentimientos tales como el miedo, la ansiedad, la tristeza ocurren de forma normal en algún momento del desarrollo.

La valoración del grado de ansiedad en las primeras visitas de pacientes pediátricos ayuda de gran manera a determinar las técnicas de manejo que se deben aplicar en cada caso para conseguir la realización del tratamiento odontológico idóneo a la patología dental presentada por el paciente.

Ríos et al., (2013) en su estudio han demostrado que la ansiedad, el miedo y el comportamiento tienen origen multifactorial, en el que el dolor, las experiencias negativas y las conductas disruptivas como son la timidez, la educación, la ansiedad general o la falta de autoridad son las principales razones, para que no existan cooperación, colaboración en la consulta odontológica.

Las causas de éstas, la forma en que se manifiestan y sus funciones adaptativas cambian conforme el niño crece y pasa de la infancia a la adolescencia. En su forma mórbida o

patológica constituye, en muchos casos, una forma extrema de presentación de los miedos o vivencias normales en la infancia y, por tanto, la forma en la que se presentan los trastornos de ansiedad o afectivos están determinados por el momento del desarrollo en el que aparecen. (Sancho, 2011)

Cuadro 1. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia.

Los temores del desarrollo y los trastornos de ansiedad en el niño y en el adolescente. Según el momento evolutivo		
	Miedos y temores propios de la etapa evolutiva	Trastornos de ansiedad prototípicos
Infantes (hasta 5 años)	Estímulos discrepantes	Ansiedad generalizada
	Ansiedad ante el extraño	
	Ansiedad de separación	
	Otros (oscuridad, seres extraños...)	
Niños (5-12años)	Acontecimientos misteriosos	Ansiedad de separación
	Daños corporales	Trastornos de ansiedad generalizada
	Adecuación (rechazo parental) y rendimientos	Fobias específicas
	Relación con iguales	
Adolescentes (13-18 años)	Adecuación social	Fobia social
	Hipocondriasis	Trastornos propios del adulto
	Miedo a la muerte	

Fuente: Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia 2011

Elaborado por: Ana María Ruiz Sancho, 2011

4.2.1. Etiopatogenia.

Sancho (2011) los subdivide en 3 grupos:

4.2.1.1. Factores genéticos y constitucionales. Aunque parece que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, aún no se ha establecido si la transmisión es genética o determinada por la crianza. Puede afirmarse que los factores genéticos podrían ocupar un lugar destacado en la génesis de algunos (trastorno de pánico), estando otros, como la ansiedad generalizada o la de separación, más condicionados por factores ambientales.

4.2.1.2. Temperamento. El temperamento es la peculiaridad e intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante de humor y motivación, puede ser hereditario, también ocupa la habilidad para adaptarse, el estado de ánimo, la intensidad, el nivel de actividad, la accesibilidad, y la regularidad.

4.2.1.3. Estilos parentales. La sobreprotección que, en ocasiones, es debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, viene a contribuir a la génesis en el niño de un sentido de sí mismo como alguien indefenso, que está en peligro y desprovisto de los recursos personales para protegerse, defenderse ni sobreponerse a las situaciones difíciles. Por su parte, las actitudes parentales críticas o los estilos educativos excesivamente punitivos pueden ser intimidatorios e interferir en el desarrollo de un concepto de sí, seguro y capaz. Algunos miedos específicos pueden ser transmitidos por los padres e incorporados por los niños a través de mecanismos identificatorios básicos.

4.2.2. Tipos de ansiedad.

Palomero (2016) manifiesta que la principal clasificación es diferenciar entre ansiedad fisiológica y patológica.

Ansiedad Fisiológica. La ansiedad es una reacción emocional normal y frecuente, que surge cuando se anticipa un resultado amenazante como no deseado y se prepara para afrontar mejor esa situación, la ansiedad se caracterizaría por ser “un estado subjetivo de anticipación, temor o aprensión, o una sensación de peligro inminente, asociado a grados diversos de excitación y reactividad autonómicas, originada por una hiperactividad del sistema nervioso y en respuesta a una amenaza potencial, real o imaginaria”.

Según varios investigadores se trata de un grupo organizado de funciones, a través de las cuales, el organismo percibe, evalúa y responde a las señales de peligro del medio externo o interno. En definitiva, es una respuesta inconsciente que está más relacionada con los sentimientos que con los pensamientos.

Ansiedad Patológica. Es fisiológico tener ansiedad para adaptarse a las distintas situaciones que se presentan, la ansiedad va a movilizar, preparar y capacitar física y mentalmente al organismo del niño para encarar las dificultades a las que habrá de someterse a lo largo de su vida, pero si aparece cuando no es preciso y/o con una intensidad anormalmente exagerada por una respuesta exagerada no adaptativa, se transforma en patológica, hablándose de trastornos de ansiedad.

La separación más importante desde el punto de vista clínico es la que se encuentra entre la ansiedad fisiológica y la patológica, que es de gran intensidad, se acompaña de

sintomatología somática acentuada y deterioro psicosocial, afectando a la libertad del individuo y se sitúa en el plano de los sentimientos vitales. La diferencia entre ansiedad normal y patológica radica en la intensidad, frecuencia, duración, tipo de estímulo ante el que se reacciona, junto con el grado de sufrimiento y de incapacidad.

Cuadro 2. Diferencias más significativas entre la ansiedad fisiológica y la patológica

Ansiedad fisiológica	Ansiedad patológica
Positiva	Negativa
Respuesta adaptativa (causa lógica)	Respuesta no adaptativa (causa inofensiva)
Activación adaptada al estímulo	Respuesta no adaptada al estímulo
Ayuda al individuo	En vez de ayudar, desajusta
Intensidad moderada	Intensidad alta o grave
Activación y duración ajustada en el tiempo	Activación y duración no ajustada en el tiempo
Comportamiento normal, ayuda al individuo	Trata de evitar ‘ciertas situaciones’
No interfiere el día a día’ del niño	Interfiere el ‘día a día’ del niño
Menor componente somático	Malestar y mayor componente somático

Fuente: Universidad de Salamanca, *La ansiedad en la experiencia odontopediátrica*

Elaborada por: Investigador

Vallejo (2017) afirma, los tipos de ansiedad mencionados por Freud serían:

4.2.2.1. Ansiedad de la realidad. La cual se refiere a situaciones reales y mediante la cual nuestra reacción sería ubicarnos en un lugar seguro para protegernos de peligros latentes en ese momento. Por lo tanto, abarcaría una respuesta acertada a una amenaza real que en el caso de odontología se podría describir a diversos tratamientos que puedan causar dolor o molestia al paciente.

4.2.2.2. Ansiedad neurótica. Este tipo de ansiedad sería originada en la niñez como un conflicto entre la realidad y la intuición, estaría considerada como perder el control de la situación cuando la intensidad de la ansiedad no tenga relación directa con la exposición de una amenaza real. En el caso de la odontología correspondería a una ansiedad exacerbada sin un motivo puntual de tratamiento hacia el paciente.

4.2.2.3. Ansiedad moral. En esta estaría considerada las sensaciones relacionadas a nuestro pensamiento ya que el peligro no viene del exterior sino del mundo social creado

en la cabeza de cada persona como un ente individual. En relación con la odontología estaría en juego las creencias y ambiente moral en el que se desarrolla cada persona motivo por el cual se permita recibir tratamientos odontológicos puntuales.

4.2.3. Causas. La ansiedad dental es un fenómeno complejo, y su desarrollo no puede justificarse exclusivamente por una sola variable. La ansiedad dental ha sido clasificada en quinto lugar dentro de las situaciones comúnmente temidas. Dada su alta prevalencia, es de esperarse que los pacientes con ansiedad dental eviten las visitas dentales.

González (2015) dentro de la literatura, un número de factores que han sido consistentemente ligados a una mayor incidencia de ansiedad dental incluyen:

- Características de personalidad.
- Temor al dolor.
- Experiencias dentales traumáticas pasadas, particularmente en la infancia (experiencias condicionantes)
- La influencia de familiares o padres dentalmente ansiosos que despiertan temor en una persona (aprendizaje vicario)
- Desconocimiento del estado de salud bucal
- Vista sonido y observación de procedimientos dentales
- Temor a la sangre y heridas.

Raghad & Walsh (2001) en su estudio realizado por Kent indican que el recuerdo del dolor dental es “reconstruido” con el tiempo. encontró que los pacientes altamente ansiosos tienden a sobreestimar el dolor que sentirán antes de llevarse a cabo el procedimiento dental, y también sobreestiman el dolor experimentado al pedirles que lo recuerden más adelante.

Varios estudios han demostrado que los procedimientos odontológicos restaurativos ofrecen los factores provocantes de ansiedad dental más potentes, esto es, la vista, el sonido y la sensación vibratoria de las fresas dentales rotatorias, junto con la vista y sensación de la inyección de anestésico local dental. (Hmud & Walsh, 2013)

Es por esta razón que los pacientes ansiosos que deben pasar por procedimientos restaurativos se manejan a menudo usando la regla de las “4 S”, que apunta a reducir los provocantes de estrés:

- Sentido de la vista (ej.: agujas, fresas)
- Sentido del oído (o sonidos como excavación)
- Sensaciones (vibraciones de alta frecuencia – con un alto factor de molestia)
- Sentido del olfato (olores clínicos, como el eugenol y agentes adhesivos) usando métodos alternativos tal como la Técnica Restaurativa Atraumática; corte de ultra baja velocidad; corte de fresas de polímero; remoción químico mecánica de caries; micro abrasión; láser de pulsos; instrumentos de ultrasonido con puntas revestidas de diamante. (Hmud & Walsh, 2013)

Consecuencias y complicaciones. La ansiedad dental ha sido asociada fuertemente con un pobre estado de salud oral, en conjunto que la evasión de tratamiento dental está altamente relacionada a los índices de ansiedad y al aumento de morbilidad de caries.

Se han documentado índices más altos de ansiedad dental entre pacientes que no han visitado al dentista por más de 5 años y encontraron que hubo más posibilidad de que los pacientes con altos niveles de ansiedad dental no buscaran atención dental en los últimos dos años, y que saltaran o cancelaran citas o dudaran en hacerlas.

Por ejemplo, Locker y Liddell encontraron que los pacientes dentalmente ansiosos tienen muchos más dientes faltantes y obturaciones en comparación a los pacientes no ansiosos. Se puede producir una situación que aumenta vertiginosamente, en donde la salud oral deficiente y la inhabilidad del paciente para aceptar tratamiento. (Soto Dextre, 2018)

La ansiedad dental, además de afectar el estado de salud oral del paciente, puede tener un impacto mucho mayor en su vida-. La ansiedad dental evoca respuestas del tipo ‘temor o lucha’ y pueden llevar a sentimientos de cansancio excesivo luego de una cita dental. Los impactos cognitivos de la ansiedad dental incluyen pensamientos negativos, temor, llanto, agresividad, perturbaciones del sueño y de hábitos alimenticios, y una mayor automedicación. (Hmud & Walsh, 2013)

4.3. Características del infante

Guarderas (2016) de acuerdo con la academia americana de Odontología Pediátrica en 1986 se mencionó que la primera visita al odontólogo de un niño debe ser alrededor de los 6 meses de edad. Esta atención odontológica es necesaria para mejorar el mantenimiento de la salud oral y para permitir que el niño se acostumbre a procedimientos dentales de rutina. Sin embargo, han sido poco estudiados los aspectos psicológicos de la atención dental a esta edad.

Rojas (2017) menciona que la forma en que el niño asimila su experiencia con el dentista es decisiva para la formación de actitudes y expectativas hacia el tratamiento dental.

Durante el primer y segundo año se presenta un periodo de desarrollo físico y emocional, con nuevos patrones de habilidades, comportamientos, nuevas relaciones sociales ya sean amigos de su misma edad o personas adultas, en esta etapa también se ven las relaciones con personal de salud y en este caso el odontólogo, el niño va a empezar a desarrollar nuevas experiencias y sus padres representan un amparo de fuerza, seguridad y conocimiento.

En la etapa preescolar que va de 3 a 5 años vamos a tomar en cuenta que el miedo va a predominar teniendo pánico a los fantasmas, monstruos y son muchas de las amenazas de los padres hacia sus hijos que utilizan como castigo, por lo tanto, la reacción del niño será una respuesta a todo esto como, por ejemplo, llorando, golpeando o pateando.

Los niños de 6 a 12 años crecen y se desarrollan normalmente, pero ocurren también muchos cambios en su boca; esta etapa se produce el cambio de la dentición temporal a la definitiva. Las revisiones de rutina resultan importantes durante estos años para poder evaluar la posición de los dientes, la relación intermaxilar y establecer nuevas técnicas de higienización para el control mecánico del biofilm. (Guarderas, 2016)

Conducta de los niños. Los problemas de conducta en niños son una de las quejas más frecuentes por parte de padres y profesores. Dificultades para acatar las normas, comportamientos agresivos, desafiantes, explosiones de ira y rabietas son sólo algunas de las manifestaciones de un conjunto de problemas que pueden encontrarse en niños y

jóvenes de muy diferentes edades. En muchos casos, son problemas transitorios que pueden ser superados con facilidad, pero en otros casos, adquieren dimensiones más severas por su frecuencia e intensidad generando como consecuencia, un deterioro en las relaciones familiares y sociales. (Martin, 2014)

Así mismo Martin (2014) el entrenamiento de padres es una de las intervenciones más investigadas y que mejores resultados presenta, tanto en medidas procedentes de informes de padres y profesores como en observaciones realizadas en el contexto familiar y escolar.

Se ha visto que estos programas sirven para promocionar las interacciones positivas entre padres e hijos, mejorar de las conductas y actitudes de los padres hacia sus hijos, incrementar la comunicación y resolución de problemas y parecen necesarios como terapia combinada junto al tratamiento farmacológico, en la intervención en el trastorno por déficit de actividad con hiperactividad, TDAH.

4.3.1. Manejo del niño en la consulta odontológica. Torres (2013) El manejo de la conducta del paciente pediátrico, exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño, la clasificación de este tipo de paciente, así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar, son importantes para definir qué tipo de manejo del comportamiento se le puede dar al paciente.

Además, Soto & Reyes (2015) manifiestan, las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones. Sin embargo, el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas de situaciones específicas, son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro o aún de una cita a otra.

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo, rama de la psicología que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las condiciones ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones.

Es por esto que el manejo de las emociones en el niño en la consulta odontológica consiste en una evaluación y adaptación constante del paciente, mediante la aplicación de

diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación. (Soto & Reyes, 2015)

4.3.2. Influencia de los padres. Cada niño experimenta un entorno familiar diferente, por tal razón no se los puede encasillar en una forma de comportamiento determinada sin conocer de antemano la actitud que sus padres dirigen hacia ellos.

Muñoz (2004) menciona siete tipos de conducta que los padres reflejan sobre sus hijos, estos son:

Cuadro 3. Conducta de padres sobre sus hijos

	CONDUCTA	CARACTERÍSTICAS
1	Sobreafecto	<ul style="list-style-type: none"> - Hijo único, adoptado o el menor de la familia - No está preparado para afrontar la sociedad - Miedoso, dependiente de un adulto
2	Sobreprotección	<ul style="list-style-type: none"> - Madre evita contacto de su hijo con otras personas por miedo a que lo lastimen - Es autoritario y necesita atención constante - Falta de disciplina
3	Sobreindulgencia	<ul style="list-style-type: none"> - Padres nunca niegan nada a sus hijos - Niño muy exigente - Llanto y rabietas frecuentes
4	Sobreansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Padres inexpertos, familias con registro de muertes recientes - Sobreafecto y sobreprotección hacia el niño - Niño dependiente, tímido y cobarde
5	Sobreautoridad	<ul style="list-style-type: none"> - Padres con disciplina severa, inflexible o cruel - Niño negativo, pasivo e inseguro
6	Falta de afecto	<ul style="list-style-type: none"> - Padres indiferentes, problemas intrafamiliares - Niño tímido, distraído, indeciso y asustadizo - Presenta con frecuencia hábitos orales
7	Rechazo	<ul style="list-style-type: none"> - Padres desinteresados de su hijo, aplicación de castigos frecuentes, actitud negativa - Niño desobediente, carácter dominante, es indisciplinado, siempre está a la defensiva.

Fuente: Escobar Muñoz, F. "Odontología Pediátrica" (2004)

Elaborado por: Investigador

Siguiendo estos esquemas, el odontólogo debe ofrecer comprensión y apoyo a su paciente, siendo tolerante y brindándole el mayor grado de confianza antes de proceder con algún tipo de tratamiento hacia el paciente.

4.3.3. Tipos de padres. Medina (2015) señala los siguiente:

4.3.3.1. Padres Autoritarios. Presentan un mayor grado de control hacia sus hijos, son padres exigentes que no demuestran mucho sus sentimientos y tienen escasa comunicación con ellos.

4.3.3.2. Padres Democráticos. Son un tipo de padres que mantienen una mejor comunicación, demuestran sus sentimientos, son afectuosos y presentan un nivel de control alto y mucha exigencia hacia sus hijos.

4.3.3.3. Padres Permisivos. Son padres que mantienen la comunicación con sus hijos, pero el nivel de exigencia es mucho menor, no tienen control sobre ellos, piensan que sus hijos son autosuficientes.

4.3.3.4. Padres Indiferentes. Este tipo de padres tienen bajos niveles de afecto, control o exigencia hacia sus hijos. Piensan que sus hijos pueden hacer lo que deseen sin tener consecuencias.

4.3.4. Tipos de niños. Linares (2015) manifiesta los siguientes tipos:

4.3.4.1. Niños colaboradores. Los pacientes que están en este grupo son niños que la mayoría de tiempo están de buen humor, relajados, sin ansiedad o miedo aparente, son capaces de entablar una comunicación buena con su médico tratante, se adaptan fácilmente, permitiendo que el clínico realice su trabajo sin ningún problema y de manera eficiente.

4.3.4.2. Niños potencialmente colaboradores. En este grupo se encuentran los pacientes pediátricos que poseen una conducta no colaboradora, pero son modificables. Pueden presentar llanto fuerte, agitar brazos y piernas para impedir que lo sujeten.

4.3.4.3. Niño no colaborador. Son niños incontrolables, el tratamiento dental se vuelve

una guerra de poderes, el niño no permite que el clínico se le acerque, pueden llorar intensamente, gritar, golpear, morder, vomitar. Este tipo de pacientes debe ser manejado con otro tipo de técnicas más agresivas para el control de la conducta.

4.4. Técnicas de distracción

La distracción es un método en el cual logramos desviar la atención del niño para que no perciba un procedimiento que puede ser desagradable para él.

Brindarle tiempo al niño, antes y durante el tratamiento dental, para controlar el estrés y desviar su atención con el uso de técnicas de distracción audiovisual puede ser efectivas, ya que el paciente pediátrico colocará toda su atención hacia otro objetivo, permitiendo que el tratante utilice técnicas más avanzadas para el tratamiento que el infante requiera.

En la mayoría de los niños se puede controlar la ansiedad si está no es muy elevada por medio de distracciones como ver y escuchar videos ya sean sobre cuentos disponibles para su edad o temas educativos, es así como mejoraremos la predisposición del paciente pediátrico al momento de realizarle los procedimientos. (Medina, 2015)

4.4.1. Distracción Audiovisual. Se propuso este método de distracción audiovisual como una forma de prevención para evitar el comportamiento no cooperador del niño.

El método de distracción como audio-analgésia es una de las técnicas más utilizadas ya que puede presentar canciones o historietas al niño mientras se realiza el tratamiento dental. Gardner y Licklider, publicaron los beneficios de esta técnica en 1959, reemplazando el uso de anestesia local y de óxido nítrico.

El uso y la aceptación de estas técnicas para el manejo de la conducta en pacientes pediátricos, está relacionado con las necesidades del individuo, aceptación de los padres y el tiempo que tomará el tratamiento dental.

Medina (2015) afirma, actualmente con el crecimiento de las demandas hacia el personal de salud, el odontólogo no puede realizar ningún procedimiento, incluyendo el uso de alguna técnica para el control de conducta, que no sea aprobada por los representantes del niño.

La técnica de distracción audiovisual ofrece, de modo no farmacológico, la disminución de la incomodidad frecuente asociada con los procedimientos dentales en niños y adultos, porque toma control de dos tipos de sensaciones, la auditiva y la visual. Al mismo tiempo aísla parcialmente al paciente del sonido y ambiente médico poco amistoso.

Según estudios hechos por la Asociación Dental Americana, “el miedo y la ansiedad generalmente inhiben a los pacientes en la búsqueda de un tratamiento dental. Las técnicas de distracción audiovisual han demostrado reducir la ansiedad y el miedo durante los procedimientos dentales”.

Se han realizado investigaciones en donde compararon las técnicas de distracción auditiva (música) con la audiovisual; los resultados demostraron que la distracción audiovisual fue más efectiva para manejar la ansiedad de los niños, pues al concentrarse en la pantalla del televisor se distraían del ambiente a su alrededor y el sonido quitaba los ruidos como el de la pieza de mano.

Musicoterapia. La musicoterapia, según la Asociación Internacional de Musicoterapia se define como la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un profesional con un paciente o grupo de infantes, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas.

En odontología, la utilización de la música en niños y adolescentes durante la práctica dental es considerada como una terapia de sugestión en donde el niño es animado a la fantasía. Algunos investigadores han utilizado música ambiental, canciones infantiles, historias y cuentos, así como también diversos temas de audición durante el tratamiento de niños pequeños o discapacitados, con la finalidad de lograr una mayor colaboración del paciente pediátrico.

Según el estudio de Cruz & Díaz (2015) la conducta de los pacientes atendidos con música no varía de forma significativa con aquellos que no reciben música durante el tratamiento dental, sin embargo, los pacientes que fueron atendidos con música mostraron una mayor satisfacción con el tratamiento y disminución en la sensación del dolor.

Otro estudio realizado por Aitken et al., (2010) en el cual evaluaron el efecto de la música en la distracción del dolor, la ansiedad y el manejo de pacientes pediátricos, concluye que, aunque, audio analgesia no parece ser efectiva para reducir el dolor, la ansiedad y la conducta no cooperativa en pacientes pediátricos, los pacientes relataron haber disfrutado mucho escuchar música durante la visita.

Aromaterapia. Rodríguez (2016) la aromaterapia trata del uso de aceites esenciales como una herramienta terapéutica complementaria. El empleo de estos aceites tiene sus raíces en las prácticas curativas más antiguas de la humanidad.

Además, estudia los efectos de concentrados volátiles de los aceites esenciales. Las mezclas complejas de estos constituyentes orgánicos tienen efectos sobre el organismo. Se pueden obtener de cualquier parte de la planta que los contenga como flores, semillas raíces y frutos, por destilación en agua o hidrodestilación.

La administración de aromaterapia por inhalación de partículas desde el ambiente representa una vía no invasiva y pasiva. A pesar de la poca evidencia clínica de esta área, hay bases científicas que indican, como se dijo anteriormente, que algunos aceites esenciales se absorben rápidamente por inhalación llevando a alteraciones de la función cerebral siendo la ruta efectiva para controlar el estrés y la depresión.

Las propiedades terapéuticas de los aceites esenciales son: antisepsia, antiinflamatorio y cicatrizante, pero cada esencia se diferencia por alguna propiedad única y depende de la interacción molecular de sus componentes.

Por vía respiratoria o inhalatoria hay dos maneras de administrarlo: las inhalaciones propiamente dichas y las difusiones atmosféricas, que tienen como ventaja ser no invasiva para el paciente, ya que la molécula de esa esencia se encuentra en la atmosfera esparcidas en forma de macropartículas con la ayuda de un difusor, por lo tanto, estas partículas entran en contacto directamente con el sistema nervioso central, por medio del órgano olfativo.

Gafas 3D. Con el avance de la ciencia, se empezó a desarrollar una nueva tecnología para el uso de la técnica audiovisual, es así que a partir de 1996 se introdujo la realidad virtual con los “Lentes Virtuales”. El desarrollo de lentes virtuales con auriculares

ajustables incorporados, que son fáciles de usar, cómodos para los niños y que no interfiere con el tratamiento dental, abre más oportunidades para el uso de esta técnica.

Lo novedoso de esta técnica es que una vez colocado los lentes virtuales el paciente obtiene la sensación de estar viendo una película en el cine, y se olvida de que está recibiendo un tratamiento dental. Esta sensación realmente lo relaja, y distrae su mente fuera del tratamiento dental que se le esté realizando, sin dejar de lado la comunicación clínico-paciente.

Estos lentes virtuales permiten al paciente en la consulta o tratamiento odontológico ver películas, videos musicales y canales de TV, como si estuviera frente a una pantalla de 52 pulgadas, escuchando adicionalmente por medio de unos audífonos el sonido. Y si el paciente lo desea puede conectarse a su propio ipod o jugar con sus instrumentos de play station durante la consulta. Los lentes de alta definición no emiten radiación, ni dañan los ojos. (Quiroz & Melgar, 2012)

4.5. Escalas para valorar la ansiedad

Es importante determinar el nivel de ansiedad con el que el niño asiste a la consulta dental y el nivel que presenta al finalizar el tratamiento odontológico, a fin de que tanto el especialista como los auxiliares ayuden a reducir los factores que inducen a que este se produzca.

Dentro de los instrumentos se encuentran: “las escalas de registro de comportamiento, entrevistas o métodos proyectivos” Las escalas más utilizadas por los odontólogos se encuentran: “escala de Frankl, test gráfico de Venham, Escala de ansiedad dental de Corah y Escala de expresión facial.

4.5.1. Escala de Frankl. Esta escala fue propuesta para valorar el comportamiento del niño durante la atención odontológica, siendo una escala validada y ampliamente utilizada, consta de cuatro categorías.

Cuadro 4. Escala de Frankl

Nº	ESCALA DE FRANKL	DEFINICIÓN	VALOR
1	Definitivamente positivo	Cooperación Motivación e interés por el tratamiento. Relajación y control de las extremidades. Tiene buena comunicación con el odontólogo, se interesa por los procedimientos odontológicos, se ríe, sonríe y agradece”.	++
2	Positivo	Acepta tratamientos de manera cautelosa. Llanto esporádico Reservado Se puede establecer comunicación verbal A veces reclama, tiene voluntad de cooperar con el odontólogo y sigue instrucciones.	+
3	Negativo	Comportamiento tímido, bloquea la comunicación. Acepta y acata algunas ordenes Llanto monotónico. El paciente se resiste a aceptar el tratamiento, no coopera, está retraído, con muestras de actitud negativa constante.	-
4	Definitivamente negativo	Rechazo al tratamiento Llanto intenso Movimientos fuertes de las extremidades. No es posible la comunicación verbal	- -

		Comportamiento agresivo. El niño se rehúsa el tratamiento, presenta llanto constante, expresa miedo o cualquier otro signo negativo.”	
--	--	--	--

Fuente: (Pires & Colares, 2013)

Elaborado por: Investigador

4.5.2. Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada. Creada por Norman Corah; en la actualidad existen dos versiones de esta escala: la Escala de Ansiedad de Corah (1969) –DAS- y la Escala de Ansiedad de Corah Modificada – MDAS adaptado por Humphris et al., (1995). La primera tiene cuatro ítems, mientras que la segunda es exactamente igual que la primera, pero a la que se incluye un quinto ítem que valora el miedo hacia las inyecciones de anestesia bucal. Los cinco ítems son calificados en una escala que va de cinco 5, extremadamente ansioso, hasta 1, no ansioso, para un total de veinticinco 25 puntos. Los niveles clínicamente significativos de ansiedad se consideran para puntajes mayores de 13. Esta versión modificada es aplicada en niños y adultos y ha sido validada en China, Turquía, Inglaterra, y otros países, con resultados promisorios. Aunque el MDAS consiste solamente en cinco preguntas.

Escala de ansiedad dental de Corah

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

- a) Pensaría en ello como una experiencia razonablemente agradable.
- b) No estaría preocupado.
- c) Estaría un poco intranquilo.
- d) Tendría miedo que fuera desagradable y doloroso.
- e) Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

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

- a) Relajado.
- b) Un poco intranquilo.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.

- e) Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

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

- a) Relajado.
- b) Un poco intranquilo.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

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

- a. Se relajado.
- b. Un poco intranquilo.
- c. Tenso.
- d. Ansioso.
- e. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

E. Si te van a inyectar anestésico local para tu tratamiento dental ¿Cómo te sentirías?

- a) Relajado
- b) Un poco incómodo
- c) Tenso
- d) Ansioso
- e) Tan ansioso que a veces sudo o me siento enfermo

Si presenta una puntuación superior a 15 puntos, posiblemente requiera algún tipo de sedación.

Una vez finalizado el cuestionario cuantifique la puntuación obtenida.

Respuesta a = 1 punto

Respuesta b = 2 puntos

Respuesta c = 3 puntos

Respuesta d = 4 puntos

Respuesta e = 5 puntos

Valoración del grado de ansiedad:

- Menos de 9 puntos. Su ansiedad es leve o nula en su visita al dentista.
- Entre 9-12 puntos. Ansiedad moderada en su visita al dentista.
- Entre 13-14 puntos. Ansiedad elevada en su visita al dentista.
- A partir de 15 puntos. Ansiedad severa o Fobia a su visita al dentista.

4.5.3. Test Gráfico de Venham. Es una de las pocas escalas de imagen disponibles que cubre todos los criterios requeridos, y se ha utilizado en varios estudios para evaluar la ansiedad antes y después del tratamiento. En esta escala se utilizan 8 pares de figuras, en las cuales cada uno de los pares representa un estado de ansiedad, un niño calmado, tranquilo o relajado y la otra imagen representa a un niño ansioso, llorando, asustado o corriendo, esto está relacionado con una calificación numérica. El paciente escoge la(s) figura(s) que le parecen las más cercanas a su estado de ansiedad. La calificación obtenida representa el número de veces que se siente ansioso de acuerdo al par escogido. Esta escala es fácil de aplicar, tomando entre uno y dos minutos su respuesta. (Salas, Ayala, & Pichardo, 2018)

Los niños pueden responder por escrito, oralmente o con gestos. La calificación obtenida va desde 0 a 8 y representaría el número de veces que se siente ansioso según el dibujo escogido.

La calificación obtenida representa el grado de ansiedad de acuerdo a las imágenes escogidas, teniendo en cuenta que:

0=Sin ansiedad

1-3= Ansiedad leve

4-6=Ansiedad moderada

7-8=Ansiedad severa.



Figura 1. Test Gráfico de Venham

4.5.4. Escala de expresión facial (FIS).

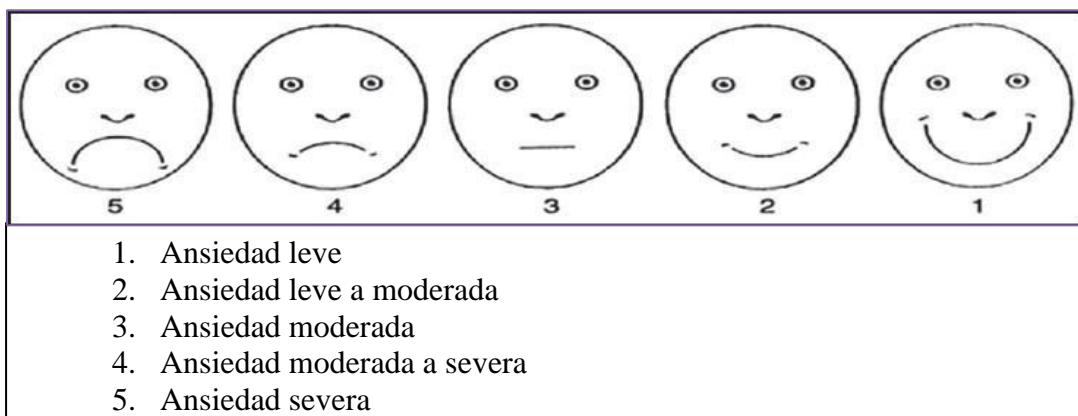


Figura 2. Escala de Imagen Facial

Fuente: Lazo A, Ramos, R. & Mercado P. (2014) Nivel de Ansiedad antes y después de un Tratamiento Odontológico en niños de 4 a 8 años.

Cuadro 5. Escala de expresión facial

VALOR	ESCALA DE EXPRESIÓN FACIAL	DEFINICIÓN
1	Ansiedad leve	Relajado, dispuesto a colaborar.
2	Ansiedad leve a moderada	Infante inquieto, preocupado, durante el procedimiento presenta estrés, puede protestar o estar reservado, muestra una expresión facial tensa y es evidente.
3	Ansiedad moderada	Paciente pediátrico está asustado, las preguntas y respuestas que hace revela que tiene ansiedad, puede protestar verbalmente y levantar las manos.
4	Ansiedad moderada a severa	Muestra resistencia ante la situación, tiene dificultad para evaluar correctamente la situación, existen protestas verbales pronunciadas, está llorando.
5	Ansiedad severa	Llanto general no está relacionado al dolor por el tratamiento dental, los movimientos del cuerpo son aún más prominentes, participa activamente en el comportamiento de escapar.

Fuente: (Murillo Elizalde, 2017)

Elaborado por: Investigador

Buchanan & Niven (2002) describen que esta escala es aplicada en niños de 3 a 18 años, esta comprende de 5 caras que van de lo “muy feliz” a lo muy “triste” que representa desde 1 ansiedad leve hasta 5 ansiedad severa y se le pide al paciente pediátrico que puntúe la cara que represente más fielmente cómo se siente en ese momento.

4.5.5. Evaluación de la Ansiedad a través de la Observación del Comportamiento.

Las más utilizadas en odontología para evaluar la ansiedad del niño son:

- **Escala de ansiedad:** Consiste en evaluar al niño a través de un examen y la observación durante el preexamen, así como también durante el tratamiento.

- **Observación independiente:** Consiste en evaluar la conducta del niño observándolo durante la atención dental.
- **Video de simulación temprana:** Consiste en valorar la ansiedad que adquiere el niño mientras se le indica el procedimiento dental que va a recibir a través de un video.

5. Materiales y métodos

5.1. Tipo y Diseño de estudio

La presente investigación es un estudio cuantitativo, transversal y observacional se realizó con niños de 5 a 8 años que acudieron a la consulta odontológica del “Hospital Universitario de Motupe” (HUM) ubicada el barrio Motupe, cantón Loja, provincia de Loja y en el consultorio de odontopediatría privado.

5.2. Población

La población estudiada comprendió un grupo de 20 niños de ambos géneros, de 5 a 8 años, que acudieron a la consulta odontológica del HUM, y los mismo 20 niños fueron llevados a la consulta odontológica de privada y se les aplicó la escala de expresión facial antes del tratamiento odontológico, y al finalizar el tratamiento procedieron a colorear el test gráfico de Venham, lo que nos permitió evaluar el nivel de ansiedad y miedo de los escolares.

5.3. Muestra

El universo de estudio estuvo constituido por los 20 escolares, (10 niños y 10 niñas) en edades comprendidas de 5 a 8 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, que acudieron a consulta de odontopediatría en el HUM.

5.4. Criterios de inclusión

- Escolares de ambos sexos
- Niños de 5 a 8 años.
- Padres o representantes legales, que hayan aceptado el consentimiento informado para que sus hijos participen en la investigación.
- Infantes con o sin experiencia antes en una consulta odontológica.

5.5. Criterios de exclusión

Los niños que estén fuera del rango de edad dispuesto, por ende los que no presentaron el consentimiento informado autorizado firmado por su representante legal, y los niños que presenten discapacidad auditiva y/o visual.

5.6. Técnica de recolección de información

En la presente investigación, el nivel de ansiedad fue evaluado a través de dos instrumentos se utilizó dos tipos de métodos proyectivos como son: la escala de expresión facial y test gráfico de Venham.

5.7. Instrumentos

Se utilizó la escala de expresión facial, que es una plantilla que consta de 5 parámetros dividido en ansiedad leve, ansiedad de leve a moderada, ansiedad moderada, ansiedad de moderada a severa, y ansiedad severa; en la cual el niño señaló con el dedo y con un esfero de color manifestando con qué cara se sentía más representado previo al tratamiento en la atención dental y test gráfico de Venham consta de 8 pares de figuras los mismos en las cuales cada uno representa un estado de ánimo con una calificación numérica. Los niños respondieron por medio escrito, encerrando como se sentían al finalizar el tratamiento odontológico. La calificación obtenida va desde 0 a 8 y representaría el número de veces que se siente ansioso según el dibujo escogido, la respuesta se registró considerando los siguientes códigos: 0=Sin ansiedad, 1-3= Ansiedad leve, 4-6=Ansiedad moderada, 7-8=Ansiedad severa.

5.8.Procedimiento

Para la realización del presente estudio, primero se procedió a obtener los permisos respectivos de las autoridades, seguidamente a los representantes legales de los niños se les explicó en qué consistía la investigación y los beneficios que envolvía la misma. Una vez conseguida la autorización mediante el consentimiento informado, se procedió a la toma de muestra con los escolares de 5 a 8 años que acudieron a la consulta odontológica HUM, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.

A los 20 niños de este estudio que asistieron a la consulta odontológica en el HUM, antes de realizarles el tratamiento odontológico programado se les aplicó la escala de expresión facial, explicando a los niños que indiquen con qué imagen se representan fielmente en ese momento antes de la atención, seguidamente se procedió a realizar un tratamiento de prevención como es la profilaxis dental a todos los infantes independientemente si tenían o no experiencia previa en un consultorio odontológico y al

finalizar la actividad, se ejecutó el test gráfico de Venham a los escolares, los mismos que colorearon con que gráfico se identificaban una vez concluido el tratamiento odontológico.

Los 20 niños que acudieron a la consulta odontológica en el (HUM) fueron llevados al consultorio privado y fueron divididos aleatoriamente en dos grupos, un grupo de 10 niños para distracción audiovisual y 10 niños para musicoterapia, así comparamos con la atención previamente que tuvieron los infantes en la consulta del HUM y comprobamos que técnica de distracción es más eficiente en la disminución de la ansiedad y el miedo.

Además, se les aplicó igualmente la escala de expresión facial antes del tratamiento el mismo que consistió en que los escolares señalen la cara con que se representaron más fielmente en ese momento, después se procedió a realizar la profilaxis dental programada, y al finalizar la actividad odontológica, se le entregó a cada niño la plantilla del test gráfico de Venham, el mismo que ellos colorearon como se identificaron al finalizar el tratamiento. Así valoramos y comparamos el nivel de ansiedad y la diferencia significativa que presentaron los niños de 5 a 8 años mediante estas dos técnicas y en ambientes diferentes.

5.9. Procesamiento de datos

El procesamiento estadístico en esta investigación se realizó con la aplicación SPSS-Windows V22.0 (SPSS, Inc, Chicago IL) mediante tablas simples de frecuencia.

6. Resultados

Tabla 1.

Edad-sexo de los participantes

EDAD	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	f	%	f	%
5 años	2	20	5	50
6 años	4	40	2	20
7 años	3	30	1	10
8 años	1	10	2	20
Total	10	100	10	100

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaboración: Karina Natalhie Torres Jaramillo

En el presente estudio investigativo de los 20 escolares, 10 pertenecen al sexo masculino y están distribuidos por edades el 20% tienen 5 años, el 40% tienen 6 años, el 30% tienen 7 años y el 10% tienen 8 años. Y en relación al sexo femenino el 50% tienen 5 años, el 20% tienen 6 años, el 10% tienen 7 años y el 20% tienen 8 años.

Tabla 2.

Nivel de ansiedad mediante Escala de expresión facial antes del tratamiento, en el Hospital Universitario de Motupe sin técnicas de distracción, según la edad.

EDAD	Ansiedad Leve		Ansiedad Leve a moderada		Ansiedad Moderada		Ansiedad de moderada a severa		Ansiedad severa		Total nivel de ansiedad	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
5 años	2	10	1	5	3	15	1	5	0	0	7	35
6 años	1	5	1	5	3	15	1	5	0	0	6	30
7 años	1	5	2	10	1	5	0	0	0	0	4	20
8 años	0	0	2	10	1	5	0	0	0	0	3	15
Total	4	20	6	30	8	40	2	10	0	0	20	100

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaboración: Karina Nathalie Torres Jaramillo

En el presente estudio investigativo se evaluó el nivel de ansiedad, según “la escala de expresión facial” antes de realizar el tratamiento odontológico en el consultorio del HUM. Los niños de 5 años, el 10% presenta ansiedad leve, el 5% presenta ansiedad leve a moderada, el 15% presenta ansiedad moderada, y el 5% presenta ansiedad de moderada a severa. Los niños de 6 años presentan, el 5% presenta ansiedad leve, el 5% presenta ansiedad de leve a moderada, el 15% presenta ansiedad moderada y el 5% presenta ansiedad de moderada a severa. Los niños de 7 años presentan, el 5% presenta ansiedad leve, el 10% presenta ansiedad leve a moderada, el 5% presenta ansiedad moderada. Los niños de 8 años, el 10% equivale ansiedad leve a moderada y el 5% ansiedad moderada. El 20% de los escolares atendidos en el HUM antes del tratamiento presentan un 20% ansiedad leve, el 30% ansiedad de leve a moderada, el 40% ansiedad moderada y el 10% ansiedad moderada a severa.

Tabla 3.

Nivel de ansiedad mediante Test Gráfico de Venham después del tratamiento en el Hospital Universitario de Motupe sin técnicas de distracción, según la edad.

EDAD	Sin Ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad severa		Total nivel de ansiedad	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
5 años	0	0	0	0	4	20	3	15	7	35
6 años	0	0	1	5	3	15	2	10	6	30
7 años	0	0	1	5	3	15	0	0	4	20
8 años	0	0	1	5	2	10	0	0	3	15
Total	0	0	3	15	12	60	5	25	20	100

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaboración: Karina Natalhie Torres Jaramillo

En la presente investigación se midió el nivel de ansiedad, según “*test gráfico de Venham*” después de realizar el tratamiento odontológico en el consultorio del HUM. Los niños de 5 años, el 20% presenta ansiedad moderada y el 15% ansiedad severa. Los niños de 6 años presentan, el 5% ansiedad leve, el 15% ansiedad moderada y el 10% presenta ansiedad severa. Los niños de 7 años presentan, el 5% presenta ansiedad leve y el 15% ansiedad moderada. Los niños de 8 años, el 5% tienen ansiedad leve y el 10% ansiedad moderada. El 15% de los escolares atendidos en el HUM después del tratamiento presentan un ansiedad leve, el 60% ansiedad moderada y el 25% ansiedad severa.

Tabla 4.

Nivel de ansiedad mediante Escala de expresión facial, antes del tratamiento, en el consultorio privado, según la edad.

EDAD	Ansiedad Leve		Ansiedad Leve a moderada		Ansiedad Moderada		Ansiedad de moderada a severa		Ansiedad severa		Total nivel de ansiedad	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
5 años	5	25	2	10	0	0	0	0	0	0	7	35
6 años	3	15	3	15	0	0	0	0	0	0	6	30
7 años	2	10	2	10	0	0	0	0	0	0	4	20
8 años	2	10	1	5	0	0	0	0	0	0	3	15
Total	12	60	8	40	0	0	0	0	0	0	20	100

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaboración: Karina Natalhie Torres Jaramillo

En el presente trabajo para medir el nivel de ansiedad, se utilizó “la escala de expresión facial” antes de realizar el tratamiento odontológico en el consultorio privado. Los niños de 5 años, el 25% presenta ansiedad leve y el 10% ansiedad leve a moderada. Los niños de 6 años presentan, el 15% ansiedad leve, el 15% ansiedad de leve a moderada. Los niños de 7 años presentan, el 10% ansiedad leve y el 10% ansiedad leve a moderada. Los niños de 8 años, el 10% tienen ansiedad leve y el 5 % ansiedad de leve a moderada. El 60% de los escolares presenta ansiedad leve antes de iniciar el tratamiento odontológico y el 40% presenta ansiedad de leve a moderada.

Tabla 5.

Nivel de ansiedad mediante Test Gráfico Venham, después del tratamiento en el consultorio privado, según la edad.

EDAD	Sin Ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad severa		Total nivel de ansiedad	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
5 años	5	25	2	10	0	0	0	0	7	35
6 años	4	20	2	10	0	0	0	0	6	30
7 años	4	20	0	0	0	0	0	0	4	20
8 años	3	15	0	0	0	0	0	0	3	15
Total	16	80	4	20	0	0	0	0	20	100

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaboración: Karina Nathalie Torres Jaramillo

En el presente estudio investigativo para medir el nivel de ansiedad se aplicó el “*test gráfico de Venham*” después de realizar el tratamiento odontológico en el consultorio privado. Los niños de 5 años, el 25% no presenta ansiedad y el 10% ansiedad leve. Los niños de 6 años el 20% no presenta ansiedad y el 10% ansiedad leve. Los niños de 7 años el 20% no presentan ansiedad. Los niños de 8 años, el 15% no presenta ansiedad. El 80% de los escolares después del tratamiento odontológico, no presentan ansiedad y el 20% presenta ansiedad leve.

Tabla 6.

Nivel de ansiedad mediante Escala de expresión facial antes del tratamiento en el consultorio privado, con técnicas de distracción.

Técnicas	Ansiedad Leve		Ansiedad Leve a moderada		Ansiedad Moderada		Ansiedad de moderada a severa		Ansiedad severa		Total nivel de ansiedad	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Musicoterapia	3	15	7	35	0	0	0	0	0	0	10	50
Distracción audio visual	9	45	1	5	0	0	0	0	0	0	10	50
Total	12	60	8	40	0	0	0	0	0	0	20	100

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaboración: Karina Nathalie Torres Jaramillo

En el presente estudio para medir el nivel de ansiedad mediante “*la escala de expresión facial*” antes de realizar el tratamiento odontológico en el consultorio privado, con técnicas de distracción se verificó que con la utilización de la musicoterapia el 15% presenta ansiedad leve y el 35% ansiedad leve a moderada, a diferencia de la distracción audiovisual que el 45% presenta ansiedad leve y el 5 % ansiedad de leve a moderada, siendo más eficaz en disminuir la ansiedad la técnica audiovisual.

Tabla 7.

Nivel de ansiedad mediante Test Gráfico Venham después del tratamiento en el consultorio privado con técnicas de distracción.

Técnicas	Sin Ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad severa		Total nivel de ansiedad	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Musicoterapia	6	30	4	20	0	0	0	0	10	50
Distracción audio visual	10	50	0	0	0	0	0	0	10	50
Total	16	80	4	20	0	0	0	0	20	100

Fuente: Investigación directa (2019)

Elaboración: Karina Nathalie Torres Jaramillo

En el presente estudio investigativo para medir el nivel de ansiedad, mediante el “*test gráfico de Venham*” después de realizar el tratamiento odontológico en el consultorio privado, con técnicas de distracción. Se observó que con aplicación de la musicoterapia el 30% se presenta sin ansiedad y el 20% presenta ansiedad leve, a diferencia de la distracción audiovisual que el 50% se presenta sin ansiedad, siendo más eficaz en disminuir la ansiedad la técnica audiovisual.

7. Discusión

Según Quiroz & Melgar (2013) en su estudio compararon las técnicas de distracción audiovisual con la musicoterapia en niños de 4 a 8 años, los mismos que fueron divididos en 3 grupos: control, audiovisual y musicoterapia; cuando un niño escucha música tiende a cerrar los ojos, el sonido de la música va a eliminar los sonidos desagradables, y en la distracción audiovisual los infantes quedan atrapados en la película que estén viendo desconectándose parcial y totalmente del ambiente odontológico, cuyos resultados arrojaron similitud, siendo eficaces para su aplicación ambas técnicas de distracción. Se concluye, que son necesarias nuevas técnicas en el manejo de conducta del paciente pediátrico que deben estar acordes a los avances tecnológicos de nuestra era y que promuevan la salud. Cuyos resultados concuerdan en gran parte con el presente estudio debido a que a las dos técnicas musicoterapia y distracción audiovisual arrojaron buenos resultados, considerando igualmente estas técnicas aptas para disminuir la ansiedad y miedo de los niños, provocando relajación y permitiendo al odontólogo manejar efectivamente al paciente.

Un estudio realizado por Lazo et al., (2014) manifiesta que la escala de expresión facial es una de los test más empleados para evaluar el nivel de ansiedad en niños comprendidos entre 3 a 18 años; esta escala fue creada por Buchanan y Niven (2002) cuyo instrumento muestra una adecuada aplicación, siendo utilizada tanto en contextos europeos como americanos. En los datos obtenidos a partir de esta investigación, la escala de expresión facial que se utilizó al iniciar el tratamiento odontológico, determinó que el nivel de ansiedad varía en los dos tipos de consultorios odontológicos arrojando un mayor índice de ansiedad moderada en la consulta odontológica pública, que no cuentan con técnicas de distracción; a diferencia de la consulta odontológica privada en la que se usaron técnicas de distracción como la musicoterapia y la distracción audiovisual en el tratamiento odontológico presentando niveles menores que equivalen a una ansiedad leve. Por ende, esta escala es ideal para usarla en la práctica diaria a fin de implementar técnicas de adaptación que le permitan al infante tener experiencia satisfactoria en la atención de odontopediatría.

En los estudios de Rajendra et al., (2014) y Singh et al., (2014) utilizaron el test gráfico de Venham (VPT) con técnicas de distracción, para determinar el grado de ansiedad que

presentaban los pacientes pediátricos, obteniendo como resultado que la escala VPT, permite realizar una evaluación eficaz acerca de la ansiedad y su estado emocional ya sea antes o después de la consulta una vez que el niño ha experimentado estar en el sillón odontológico, coincidiendo con nuestro estudio en el cual al emplear el test gráfico de Venham con técnicas de distracción se determinó que el 80% de los niños atendidos no presentan ansiedad.

Buchanan & Niven (2002) señala en su estudio que hay relación entre el test gráfico de Venham (VPT) y la escala de expresión facial (FIS), mostrando ambos resultados semejantes en la atención odontológica, pero manifiestan que de acuerdo a la utilidad práctica y en relación al tiempo empleado el FIS es un test de uso rápido en la atención de niños, en base a la experiencia de este estudio concordamos que el FIS tiene ventaja en relación al tiempo empleado pero se obtuvo mejores resultados con el Test gráfico de Venham para determinar el nivel de ansiedad de los niños al finalizar el tratamiento, por su precisión y eficacia.

Mientras que un estudio realizado por Urbina (2016) manifiesta que en cuanto a variaciones de ansiedad y las respuestas fisiológicas según la edad observó un ligero incremento de ansiedad en las edades de 6 y 7 años, ya que según la literatura de White al estudiar el desarrollo psicológico del niño refiere que la etapa de 5 a 7 años es una época de muchos cambios en la personalidad del infante; a diferencia del presente estudio en el cual se encontró el mayor nivel de ansiedad en los niños de 5 a 6 años de edad con el 35% y 30% respectivamente.

Guinot Jimeno (2014) llevo a cabo una investigación más precisa en donde utilizó un solo grupo de estudio, dividiendo al mismo en tres subgrupos, el primer grupo sin ninguna técnica de distracción, al segundo grupo se le aplicó un video en una pantalla de televisor mientras tanto al tercer grupo se le aplicó el video con lentes de realidad virtual, en los resultados mostraron que no existe diferencia significativa en ambos grupos de distracción, sin embargo en comparación con la primera cita que no tuvieron ningún aparato audiovisual, si existen cambios significativos. En esta investigación a la población de 20 niños se los dividió en dos subgrupos de 10 cada uno, a los cuales se les aplico el test de Venham con técnicas de distracción obteniendo como resultado que la aplicación de la musicoterapia arrojó que el 30% están sin ansiedad y el 20% presentan ansiedad leve, a

diferencia en la aplicación de la distracción audiovisual ya que el 50% no presentan ansiedad.

Para finalizar, Cruz & Díaz (2005) manifiestan que la musicoterapia redujo la tensión y la ansiedad y que ésta puede ser más provechosa que otros métodos no farmacológicos, de la misma manera en la investigación realizada por Magora et al. (2010) en el cual se utiliza la técnica de gafas audiovisuales indica que esta es efectiva en la disminución frecuente asociada a los procedimientos dentales porque toma el control de dos tipos de sensaciones, la auditiva y la visual. Al mismo tiempo aísla parcialmente al paciente del sonido y del ambiente odontológico. Por lo tanto, a partir de los resultados observados en esta investigación y basándose en datos estadísticos de la misma, se deduce que el uso de distracción audiovisual y estímulos musicales disminuye significativamente los niveles de ansiedad al ser empleados durante el tratamiento odontológico en pacientes pediátricos, por lo que se recomienda como técnicas complementarias no invasivo durante la consulta odontológica.

8. Conclusiones

- En el siguiente trabajo investigativo se concluyó que los niveles de ansiedad varían dependiendo de la edad y de las técnicas de distracción empleadas ya que esto es un gran influyente en el desarrollo del niño durante la consulta odontológica.
- La ansiedad en los niños atendidos en el HUM sin técnicas de distracción, usando la escala de expresión facial antes y con la aplicación del test gráfico de Venham al finalizar el tratamiento, en ambas instancias los escolares valorados presentaron un nivel de ansiedad moderado (n=8 y n=12 respectivamente), siendo prevalente en la edad de 5 a 6 años.
- El nivel de ansiedad de los niños atendidos en el consultorio privado con técnicas de distracción fue leve (n=12) antes del tratamiento según la escala de expresión facial; y al finalizar el tratamiento mediante la aplicación del test gráfico de Venham, se observó que el número de escolares que presentaron nivel de ansiedad leve se redujo significativamente (n=4); así también se evidenció que los niños que la presentaban tenían entre 5 y 6 años de edad.
- Adicionalmente, respecto a las técnicas de distracciones audiovisuales y musicoterapia podemos concluir que funcionan como técnicas aptas para la disminución de la ansiedad que se puede generar durante los tratamientos odontológicos en niños, ya que la concentración de los niños se enfoca exclusivamente al audio y el video transmitido.

9. Recomendaciones

- Se necesita incluir técnicas de distracción actuales, tecnológicas y divertidas en la consulta odontológica del Hospital Universitario de Motupe, para el manejo de la conducta de los pacientes odontopediátricos, para que el niño se sienta cómodo y vea su visita al odontólogo como una consulta entretenida, disminuyendo la tensión y el miedo en el momento de estar en el sillón odontológico y se desarrollen con eficiencia las actividades programadas en un ambiente familiar y armónico.
- Se recomienda a los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja que atienden a los niños en el consultorio de odontopediatría del “Hospital Universitario de Motupe” la aplicación de técnicas de manejo del comportamiento para disminuir el miedo y la ansiedad durante la consulta odontológica.
- Se sugiere a los estudiantes de odontología de la Universidad Nacional de Loja, continuar con la realización de estudios similares, pero aplicando técnicas de distracción y valorando la ansiedad a través del monitoreo de signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura, saturación de oxígeno) que permitan conocer qué técnica es más efectiva para el control de la ansiedad y el miedo en los pacientes pediátricos.

10. Bibliografía

- Aapd. (2009). The Magazine Of The American. *Pediatric Behavior Management Guide*.
- Aitken, J. C., Saragay, W., Coury, D., & Moors, M. (2010). The Effect Of Music Distraccion On Pain, Axiety And Behavior In Pedatric Dental Patients.
- Aminabadi , Pourkazemi, Babapour, & Oskouei. (2012). The Impact Of Maternal Emotional Intelligence And Parenting Style On Child Anxiety And Behavior In The Dental Setting. *Pubmed, Medicina Oral, Patologia Oral, Cirugia Oral*.
- Aurora Marcano, Figueredo, A .M. , Orozco. (2012). *Revista De Odontopediatria Latinoamericana* . Obtenido De Evaluación De La Ansiedad Y Miedo En Niños Escolares En La Consulta Odontopediátrica: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2012/2/art-7/>
- Barrionuevo Chiluiza, S. (2015). Niveles De Ansiedad Registrados Con La Aplicación De La Técnica De Distractores Visuales Mediante Gafas De Audio Y Video En Un Grupo De Niños Que Acuden A La Clínica De Niños De La Facultad De Odontología De La Universidad Central Del Ecuador. *Repositorio De La Universidad Central Del Ecuador*.
- Buchanan, H., & Niven, N. (2002). Validation Of A Facial Image Scale To Assess. *International Journal Of Paediatric Dentistry*.
- Cabezas, C., Jaume , C., Manuel , D., Rubén , D., Santiago , G.-T., & Krauel, X. (2015). Las Nuevas Tecnologías En Niños Y Adolescentes. En J. Pérez, B. Nafría, & F. S. Déu (Ed.), *Guía Para Educar Saludablemente En Una Sociedad Digital*. Barcelona.
- Cabezas, M. (2013). La Ansiedad Infantil Y Sus Consecuencias En El Desarrollo Integral En Los Niños Y Niñas De 4 A 5 Años En El Centro De Desarrollo Infantil -Cdi Chikimundo. *Universidad Tecnológica Equinoccial*.

- Cid Rodríguez, M., Montesdeoca, R., & Hernández, O. (2014). Family In Health Care. *Scielo*.
- Cruz, C. M., & Díaz Pizán, M. (2005). La Música Como Medio Alternativo En La Modificación De La Conducta Del Niño Durante El Tratamiento Dental. *Revista Estomatologica Herediana*.
- Denise Klatchoian, Julio Carlos Naron. (S.F.). Recuperado El Noviembre De 2018, De Adaptación Del Comportamiento Del Paciente Odontopediatrico: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/manual-de-referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria-capitulo-6.pdf>
- Díaz Almenara, E. M., Raposo Correa, S., & Rodríguez, I. (Noviembre De 2017). Técnicas De Distracción Para Reducir La Ansiedad En El Dentista. *Revista Europea De Odontoestomatología*.
- Díaz Arteaga, A. (2016). *Influencia De La Técnica De Distracción Audiovisual En El Manejo De Ansiedad En Pacientes Pediátricos Atendidos En La Clínica Estomatológica De La Universidad Señor De Sipán – 2016*. Obtenido De Universidad Señor De Sipán: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/4087/diaz%20arteaga.pdf?sequence=1&isallowed=Y>
- Erazo, M. R. (2013). *Facultad De Odontología, Universidad De Chile*. Obtenido De Efecto De Una Técnica De Distracción Musical En La Ansiedad Dental Y En La Adherencia A Tratamientos En Niños: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130005/efecto-de-una-t%C3%A9cnica-de-distracci%C3%B3n-musical-en-la-ansiedad-dental-y-en-la.pdf?sequence=1>
- Feigal, R. J. (2001). Guiding And Managing The Child Dental. *Journal Of Dental Education*.

- Forés, L. F. (Marzo De 2013). Análisis Comparativo Entre Las Distintas Escalas De Valoración Del Comportamiento, Ansiedad Y Miedo Dental En Odontopediatría. Revisión Bibliográfica. *Dialnet*.
- Gil, C. P. (2016). *Ansiedad En La Experiencia Odontopediatrica*. Recuperado El 01 De 2019, De Ansiedad En La Experiencia Odontopediatrica: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128492/1/Dme_Palomerogilc_Ansiedadexperienciaodontopedi%C3%A1trica.pdf
- González, C. M. (2015). *Prevalencia De Ansiedad Y Factores Asociados A La Misma En Niños De 7 A 11 Años De Una Escuela Fiscal Y De Una Escuela Privada Antes De Una Revisión Odontológica General*. Quito-Ecuador. Recuperado El 2019
- Guarderas, V. A. (2016). *Actitud De Los Padres Y Su Interferencia En La Primera Consulta Odontopediatrica De La Clinica De La Universidad De Los Américas*. Quito.
- Guinot Jimeno, F. (2014). Efecto De La Utilización De Diferentes Dispositivos Audiovisuales Durante La Realización Del Tratamiento Odontológico En El Paciente Infantil. *Universidad Internacional De Catalunya*.
- Hmud R, W. L. (2013). Ansiedad Dental: Causas, Complicaciones Y Métodos De Manejo. *J Minim Interv Dent*.
- Hmud, Raghad ; Walsh, Laurence. (2001). “The Modified Dental Anxiety Scale: Validation And United Kingdom Norms” Community Dental Health. *Revista De Minima Intervención En Odontología*. Obtenido De Escala De Ansiedad Dental De Corah Modificada (Mdas).
- Humphris, G., Morrison, T., & Lindsay, S. (1995). “*The Modified Dental Anxiety Scale: Validation And United Kingdom Norms*” .
- Jacquelyn Amez Atapoma & Maria Elena Diaz Pizán. (Septiembre De 2010). Manejo Del Dolor En Odontopediatría. *Facultad De Estomatología. Universidad Peruana*.

- Jainara Maria Soares Ferreira, A. K. (2009). Técnicas De Controle Do Comportamento Do Paciente Infantil:. *Faculdade De Odontologia Da Universidad De Pernambuco (Upe), Camaragibe/Pe, Brasil.*
- Jaramillo, A. M. (2016). *Aromaterapia Para Controlar Ansiedad En Pacientes Que Serán Sometidos A Extracciones Simples En Clínica Odontologica De La Udla.* Quito-Ecuador.
- Klingberg, G., & Broberg, A. (2007). Temor / Ansiedad Dental Y Problemas De Manejo Del Comportamiento Dental En Niños Y Adolescentes: Una Revisión De La Prevalencia Y Factores Psicológicos Concomitantes. *Revista Internacional De Odontopediatria.*
- Km Milson, Tickle M, Humphris Gm , Blinkhorn As . (May De 2012). The Relationship Between Anxiety And Dental Treatment Experience In 5-Year-Old Children. *British Dental Journal.*
- Lazo, A., Ramos, W., & Mercado, J. (2014). Nivel De Ansiedad Antes Y Despues De Un Tratamiento Odontológico En Niños De 4 A 8 Años De Edad. *Revista Estomatológica Del Altiplano.* Obtenido De [Http://Huajsapata.Unap.Edu.Pe/Journal/Index.Php/Rea/Article/View/44/16](http://Huajsapata.Unap.Edu.Pe/Journal/Index.Php/Rea/Article/View/44/16)
- Leal, S. C., Matos De Menezes, D., & Frencken, J. (2010). Dental Anxiety And Pain Related To Art. *Scielo.*
- Linares, A. R. (2015). *Desarrollo Cognitivo Las Teorias De Piaget.* Londres.
- Magora, F., Cohen, S., & Ram, D. (2010). Audiovisual Video Eyeglass Distraction During Dental Treatment In Children. *Biblioteca Nacional De Medicina De Los EEUU.*
- Martin, M. Á. (2014). *Cómo Intervenir En Los Problemas De Conductas Infantiles.* Santiago.
- Medina, S. P. (2015). *Efecto De La Distracción Audiovisual Como Método Para Disminuir La Ansiedad En Niños De 5 A 6 Años Durante El Tratamiento Odontológico En La Clínica De Launiversidad De Las Américas.* Quito-Ecuador.

- Milsom, K., Martin, T., & Blinkhorn, A. (2012). The Relationship Between Anxiety And Dental Treatment Experience In 5-Year-Old Children. *British Dental Journal*.
- Muñoz, E. (2004). *Odontología Pediátrica* (2 Ed.). (2. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, Ed.)
- Murillo Elizalde, J. (2017). Comparación Del Nivel De Saturación De Oxígeno En Sangre En Niños De 5 A 12 Años De Edad Antes, Durante Y Después Del Tratamiento Odontológico. *Revista De Artículos Científicos Udl*.
- Narváez, C. A., & Tello, G. (2017). Association Between Parent's Knowledge About Oral Health And Use Of Educational. *Revista Odontológica 'Universidad Central Del Ecuador'*.
- Nicolás Cordero, J. M. (2012). Parental Acceptance Of Pharmacologic. *Revista Ces Odontología*.
- Ochando Perales, G. (2012). Padiatría General, Hospital Universitario Y Politécnico La Fe Valencia. *Pediatría Integral*.
- Palomero, G. C. (2016). *Ansiedad En La Experiencia Odontopediátrica*. Recuperado El 01 De 2019, De Ansiedad En La Experiencia Odontopediátrica: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128492/1/Dme_Palomerogilc_Ansiedadexperienciaodontopedi%C3%A1trica.pdf
- Pires, M., & Colares, V. (2013). Conducta Clínica En Psicología En Odontopediatría. 131-139; 141-153.
- Pérez Navarro, N., González, C., Guedes, A., & Nahás, M. (2012). Actores Que Pueden Generar Miedo Al Tratamiento Estomatológico En Niños De 2 A 4 Años De Edad. *Scielo*.
- Prado, K. R. (2016). Nivel De Ansiedad: Estudio Comparativo Entre La Musicoterapia Y Gafas De Distracción Audiovisual, En Niños De 6 A 8 Años De Edad De La Escuela Consejo Provincial De Pichincha. En M. I. Zambrano. Quito-Ecuador.

- Quiroz, J., & Melgar, H. R. (2013). Manejo De Conducta No Convencional En Niños: Hipnosis, Musicoterapia, Distracción Audiovisual Y Aromaterapia: Revisión Sistemática. *Revista De Estomatología Herediana*.
- Rajendra, R., Rameshchandra, S., & Harish, B. (2014). Effect Of Exposure To Positive Images Od Dentistry On Dental Anxiety Among 7 To 12 Years Old Children. *Int J Clin Pediatr Dent*.
- Ríos Erazo , M., Herrera Ronda , A., & Rojas Alcaayaga, G. (Enero De 2013). Dental Anxiety: Assessment And Treatment. *Avances En Odontoestomatología*.
- Ríos, D. F. (2015). Basic Principles Of Dentistry To The Pediatrician. 1st Part. *Scielo*.
- Rodriguez Jaramillo, A. (2016). *Aromaterapia Para Controlar Ansiedad En Pacientes Que Serán Sometidos A Extracciones Simples En La Clínica Odontológica De La Udla*. Obtenido De Udla: [Http://Dspace.Udla.Edu.Ec/Handle/33000/5346](http://Dspace.Udla.Edu.Ec/Handle/33000/5346)
- Rojas, M. A. (2017). El Profesionalismo En La Formación Odontológica. El Caso De La Facultad De Odontología De La Universidad De Chile. *Universidad Del Pais Vasco*.
- Rubí, J. J., Monter, G. M., & Pedraza, C. G. (2015). *Indicadores De Negligencia En Odontopediatría: Una Forma De Maltrato Infantil*. Obtenido De Revista Latinoamericana De Ortodoncia Y Odontopediatría: [Https://Www.Ortodoncia.Ws/Publicaciones/2015/Art-32/](https://Www.Ortodoncia.Ws/Publicaciones/2015/Art-32/)
- Salas, S. S., Ayala, E. C., & Pichardo, S. V. (2018). 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*.
- Sancho, A. M. (2011). Trastornos De Ansiedad En La Infancia Y En La Adolescencia. *Actualización Pediátrica*.
- Sandóval, R. F. (2015). Basic Principles Of Dentistry To The Pediatrician. 1st Part. *Rev Soc Bol Ped*, 54(1), 50-54.

- Sheetal , S., Pallavi, A., & Suvarna , P. (2011). Relationship Between Dental Anxiety And Pain Perception. *Journal Of Oral Science*.
- Singh, D., Samadi, F., Jaiswal, J., & Mani, T. (2014). *Stress Reduction Through Audio Distraction In Anxious Pediatric Dental Patients: An Adjunctive Clinical Study*. Obtenido De International Journal Of Clinical Pediatric Dentistry: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4335102/>
- Soad A. Abdelmoniem, S. A. (2016). Comparative Evaluation Of Passive, Active, And. *Journal Of Advanced Research*.
- Soraya Coelho Leal¹, Danielle Matos De Menezes Abreu², Jo E. Frencken³. (2010). Dental Anxiety And Pain Related To Art. *SciELO*.
- Soto Dextre, I. (2018). Influencia Del Nivel Socioeconómico Sobre La Conducta Ansiosa Del Niño En La Consulta Odontológica. *Universidad Inca Garcilaso De La Vega*.
- Soto, R., & Reyes, C. (Abril De 2015). Manejo De Las Emociones Del Niño En La Consulta Odontologica. *Revista Latinoamericana De Ortodoncia Y Odontopediatria*.
- Tanja-Dijkstra K, Sabine Pahl, Mathew P. White, Jackie Andrade, Cheng Quian, Malcolm Bruce, Jon May, David R. Moles. (2014). *Redoe. Revista Europea De Odontoestomatologia*. Obtenido De Improving Dental Experiences By Using Virtual Reality Distraction: A Simulation Study. : <http://www.redoe.com/ver.php?id=273>
- Torres, T. V. (2013). *Facultad De Odontologia, Universidad De Chile*. Obtenido De Efecto De Una Técnica De Distracción Musical En La Ansiedad Dental Y En La Adherencia A Tratamientos En Niños: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130005/Efecto-De-Una-T%C3%A9cnica-De-Distracci%C3%B3n-Musical-En-La-Ansiedad-Dental-Y-En-La.pdf?sequence=1>

- Urbina Huamán, S. (2016). “*Relación Entre Ansiedad Y Respuesta Fisiología En Niños De 5 A 8 Años En Su Primera Visita Odontológica*”. Obtenido De Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Vallejo Auquilla, N. D. (2017). “Niveles De Ansiedad Y Miedo A La Consulta Odontológica En Niños De 8 A 12 Años De Edad De La Escuela “21 De Abril” Mediante El Método De Venham”. *Unach*.
- White, S. (1965). *Evidence For A Hierarchical Arregement Of Learning Processes. In Advances In Child Development And Behavior*. (Vol. 2). (N. Y. Press, Ed.) L.P Lipsitt And Cc.

11. Anexos

Anexo 1. *Tabla de resultados por cada paciente.*

NIVEL DE ANSIEDAD SEGÙN LA ESCALA DE EXPRESIÒN FACIAL			NIVEL DE ANSIEDAD SEGÙN EL TEST GRÀFICO DE VENHAM	
Nº	CONSULTORIO HUM	CONSULTORIO PRIVADO	CONSULTORIO HUM	CONSULTORIO PRIVADO
PACIENTE 1	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD SEVERA	ANSIEDAD LEVE
PACIENTE 2	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD MODERADA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 3	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD MODERADA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 4	ANSIEDAD DE MODERADA A SEVERA	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD SEVERA	ANSIEDAD LEVE
PACIENTE 5	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD LEVE	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 6	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD MODERADA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 7	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD SEVERA	ANSIEDAD LEVE
PACIENTE 8	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 9	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 10	ANSIEDAD DE MODERADA A SEVERA	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD SEVERA	ANSIEDAD LEVE
PACIENTE 11	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD SEVERA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 12	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 13	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 14	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 15	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 16	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 17	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD LEVE	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 18	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 19	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	SIN ANSIEDAD
PACIENTE 20	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD LEVE	SIN ANSIEDAD

Anexo 2. *Objetivos*

Objetivo general

Evaluar el nivel de ansiedad en los niños de 5 a 8 años de edad en la consulta odontológica con o sin manejo de técnicas de distracción.

Objetivos específicos

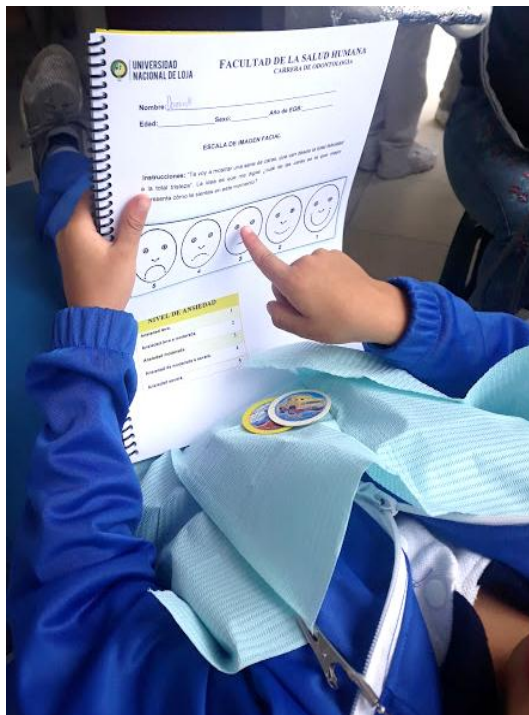
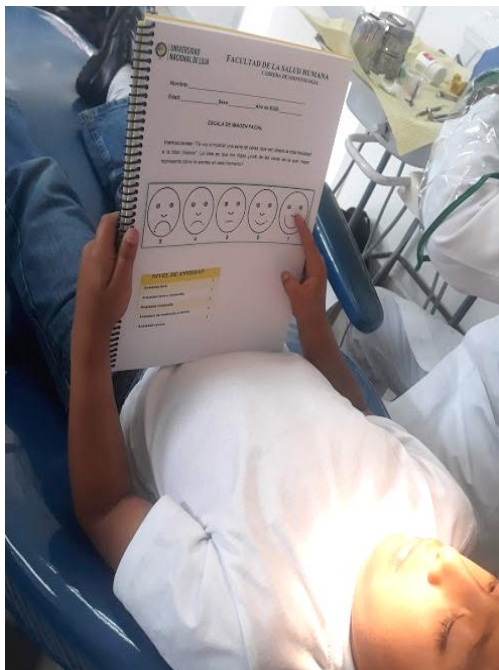
Determinar el nivel de ansiedad en los niños de 5 a 8 años sin el manejo de técnicas de distracción en la consulta odontológica, mediante la Escala expresión Facial y Test Gráfico de Venham.

Determinar el nivel de ansiedad en los niños de 5 a 8 años con el manejo de técnicas de distracción audiovisual y musicoterapia en la consulta odontológica, para controlar la ansiedad y el miedo, mediante la Escala expresión Facial y Test Gráfico de Venham.

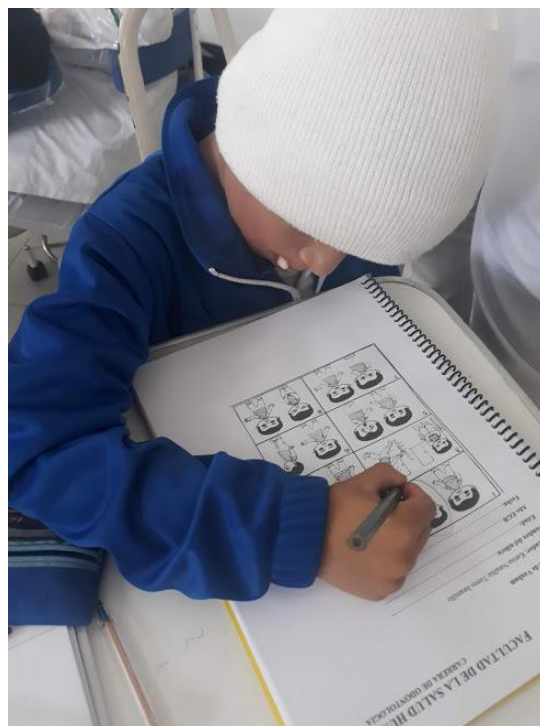
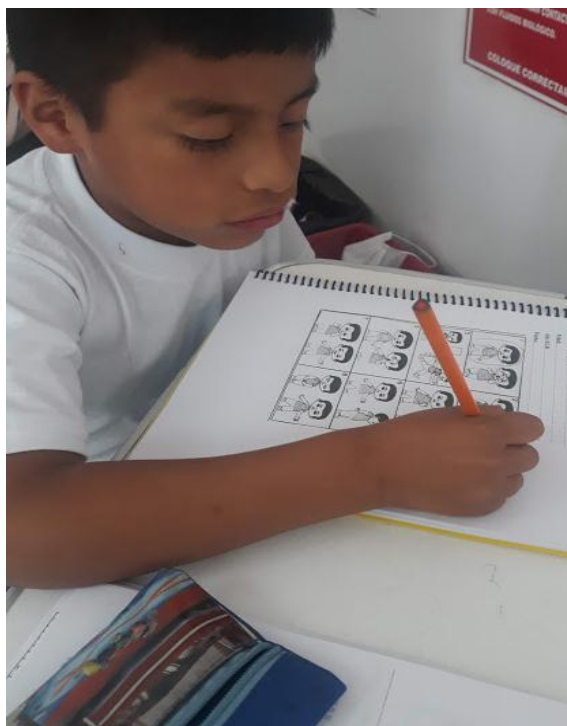
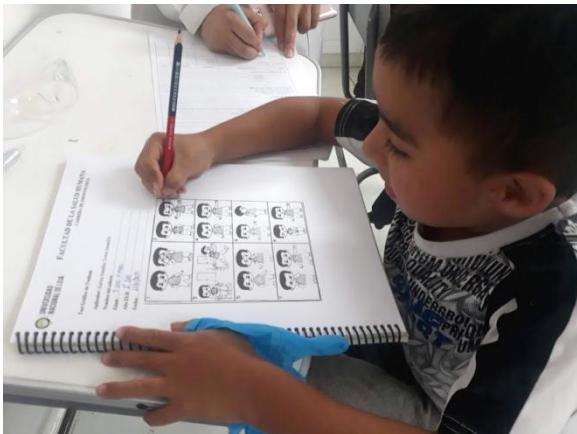
Anexo 3. Consulta odontológica del Hospital de Motupe, firma del consentimiento informado del representante legal.



Anexo 4. Consulta odontológica en el Hospital Universitario de Motupe, aplicación de la escala de expresión facial



Anexo 5. Consulta odontológica en el Hospital Universitario de Motupe, aplicación del test gráfico de Venham.

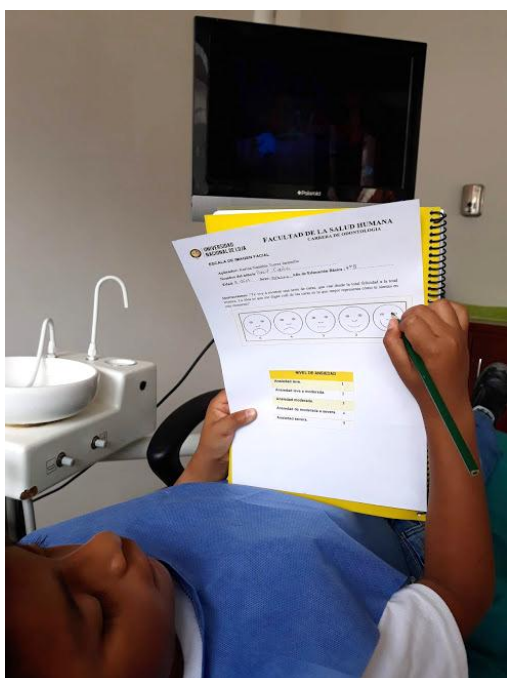
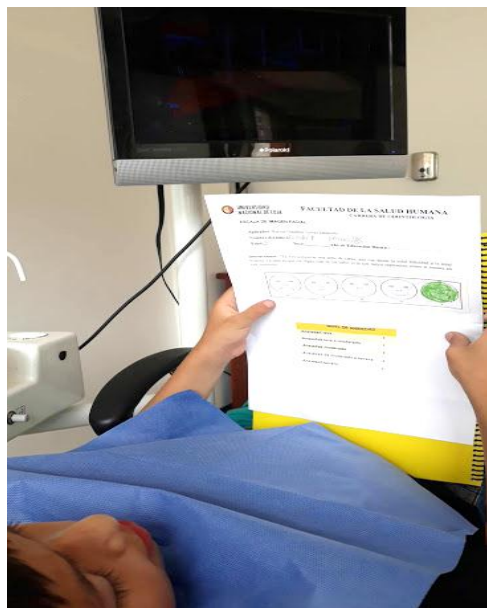
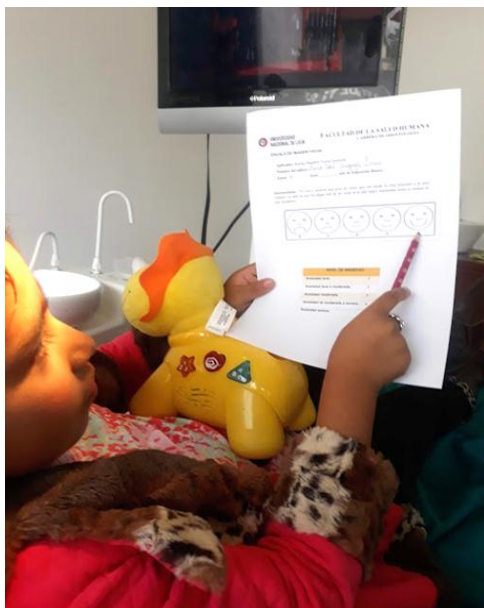


Anexo 6. Consulta odontológica “Dental Kids”, ambientación, sala de espera odontopediatria.

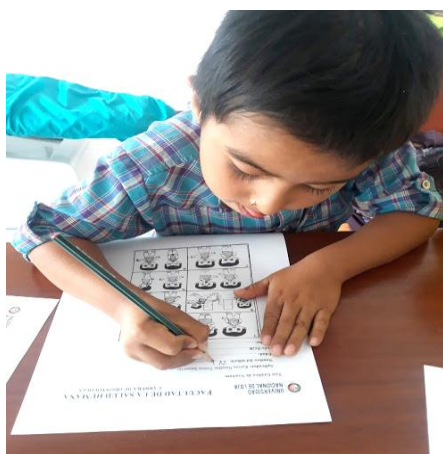
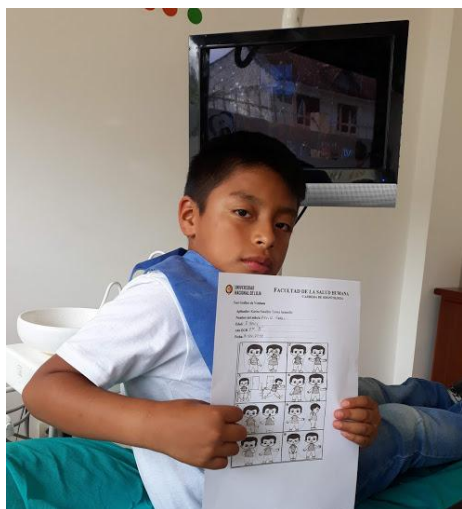




Anexo 7. Consulta odontológica “Dental Kids”, aplicación escala expresión facial.



Anexo 8. Consulta odontológica “Dental Kids”, aplicación test gráfico de Venham.



Anexo 9. Instrumentos



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

Test Gráfico de Venham

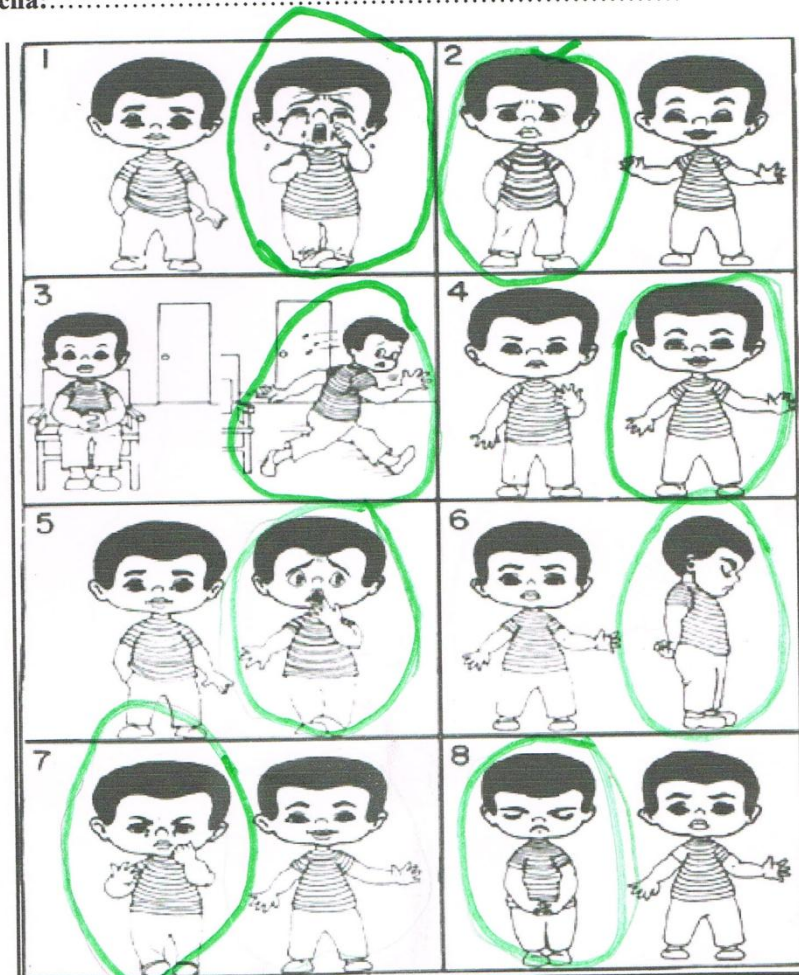
Aplicador: Karina Natalhie Torres Jaramillo.

Nombre del niño/a: D. Dominik H.

Edad: 6 años

Año EGB:

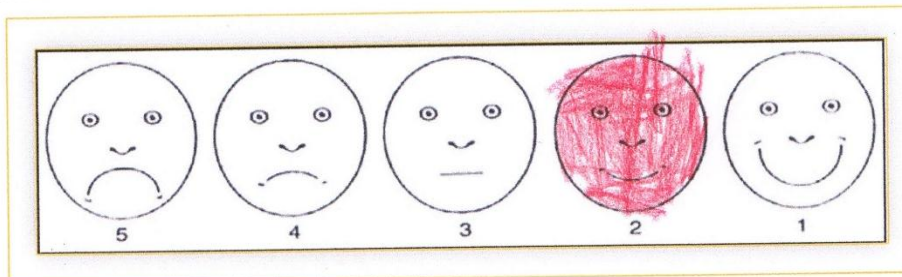
Fecha:




ESCALA DE IMAGEN FACIAL
Aplicador: Karina Natalhie Torres Jaramillo

Nombre del niño/a: BERNINA HERRERA
Edad: 5 **Sexo:** Mujer **Año de Educación Básica:** 7

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



NIVEL DE ANSIEDAD	
Ansiedad leve.	1
Ansiedad leve a moderada.	2
Ansiedad moderada.	3
Ansiedad de moderada a severa.	4
Ansiedad severa.	5



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

Consentimiento Informado

El motivo de la presente tiene como finalidad dar a conocer a usted señor padre de familia o representante del niño/a, el proyecto de investigación denominado “NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS NIÑOS DE 5 A 8 AÑOS DE EDAD EN LA CONSULTA ODONTÓLOGICA CON O SIN MANEJO DE TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN” el mismo que ya ha sido analizado, y a su vez garantizar la confidencialidad de identidad, seguridad de los participantes e indicar que el procedimiento no es invasivo.

Este estudio será realizado por la señorita Karina Natalhie Torres Jaramillo, estudiante de décimo ciclo de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja. Cabe resaltar que la participación en el proyecto es **voluntaria**.

Agradecemos su atención.

Yo... Katherine Cumbicos... con número de cédula 1150530168... en calidad de padre familia y / o representante legal del/a niño... Dominik Maciel Honores... del... 1^{er}... EGB, autorizo que mi hija/o participe en la realización del Test de Evaluación. Por lo tanto, firmo en pleno conocimiento y uso de mis facultades.

.....
Katherine C

FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL

CI. 1150530168.....

0993632891

Anexo 10. Oficio de permiso de las autoridades.**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**Of. N.º 53-DCO-FSH-UNL
Loja, 23 de Enero de 2019

Odt. Fabián Sánchez
**TÉCNICO ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE,
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**
Ciudad.

De mi consideración

Por medio del presente me dirijo a Usted, para solicitarle de la manera más comedida se conceda el permiso respectivo a fin de que la señorita **KARINA NATALHIE TORRES JARAMILLO** estudiante de la Carrera de Odontología de la Facultad de la Salud Humana, de la Universidad Nacional de Loja, pueda realizar test a los niños/as que acuden a la clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe, con consentimiento de sus representados.

Por la favorable atención que se de al presente, le anticipo mi agradecimiento.

Atentamente:

Dra. Mgs. Deisy Saraguro Ortega
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA
DE ODONTOLOGÍA FSH-UNL**

DSO/ Dra. Elsa Pineda

C.c Archivo

Anexo 11. Certificado de Asesoramiento Estadístico

Quito, 29 de Mayo del 2019

Ing.

Jaime Molina

CC: 1709175275

Registro SENESCYT: 1001-04-529985

Mediante el presente documento,

CERTIFICO:

Yo, Jaime Reinaldo Molina Arauz con cédula de ciudadanía 1709175275, certifico haber brindado asesoramiento estadístico a la Sra. Karina Natalhie Torres Jaramillo, con cédula de ciudadanía 1105747966 de la Universidad Nacional de Loja en su tema de trabajo de investigación **“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”** He revisado los datos obtenidos que han sido entregados a mi persona. Por lo tanto certifico la veracidad de los resultados y puede hacer uso del presente como a bien tuviere.

Atentamente:

.....
Ing. Jaime Molina

CC: 1709175275

Registro SENESCYT: 1001-04-529985

Anexo 12. Certificado de traducción del resumen

Machala, 27 de Mayo de 2019.

Lic.

Gina Margarita Torres Torres.

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION ESPECIALIZACION INGLES

CC. 0704190644

Registro SENESCYT: 1011-06-700704

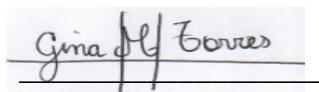
Mediante el presente documento,

CERTIFICO

Yo, **Gina Margarita Torres Torres**, con cédula de ciudadanía **0704190644**, por medio de la presente, me permito informarle que se ha elaborado bajo mi tutoría la traducción del resumen en el idioma inglés de la tesis titulada, **“NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS NIÑOS DE 5 A 8 AÑOS DE EDAD EN LA CONSULTA ODONTÓLOGICA CON O SIN MANEJO DE TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN”** de la autoría de la Srta. **Karina Natalhie Torres Jaramillo** con cédula de ciudadanía **1105747966**, estudiante egresada de la carrera de Odontología de la UNL el mismo que presenta adecuada estructura y coherencia.

Particular que comunico para los fines pertinentes

Atentamente,

**Gina Margarita Torres Torres**

CC. 0704190644

Registro SENESCYT: 1011-06-700704