



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**INFLUENCIA DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD EN EL
COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE
ODONTOPEDIÁTRICO. HOSPITAL PEDIÁTRICO
ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN. RIOBAMBA, 2021**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Odontóloga

Autora: María José Vimos Valdez

Tutora: Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón

Riobamba – Ecuador

2022

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **María José Vimos Valdez**, con cédula de ciudadanía **0604247973**, autora del trabajo de investigación titulado: **Influencia del miedo y la ansiedad en el comportamiento del paciente odontopediátrico. Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román. Riobamba, 2021**, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autora de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba el 8 del mes de septiembre del año 2022



.....
María José Vimos Valdez

C.I. 0604247973

ESTUDIANTE UNACH

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR

La suscrita docente- tutora de la Carrera de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo, Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón **CERTIFICA**, que la señorita María José Vimos Valdez con C.I 0604247973. Se encuentra apta para la presentación del proyecto de investigación “Influencia del miedo y la ansiedad en el comportamiento del paciente odontopediátrico. Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román. Riobamba, 2021”, y para que conste a los efectos oportunos, expido el presente certificado, a petición de la persona interesada, el 19 de octubre en la ciudad de Riobamba del año 2022



Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón

C.I. 0601399843

DOCENTE – TUTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Tutor y Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Influencia del miedo y la ansiedad en el comportamiento del paciente odontopediátrico. Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román. Riobamba, 2021**, por **María José Vimos Valdez**, con cédula de identidad número **0604247973**, bajo la tutoría de la **Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón**; certificamos que recomendamos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba a los 17 días del mes de noviembre del año 2022.

Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado


.....

Presidente del Tribunal de Grado

Firma

Dr. Cristian Roberto Sigcho Romero


.....

Miembro del Tribunal de Grado

Firma

Dra. Diana Carolina Villagómez Vacacela


.....

Miembro del Tribunal de Grado

Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 11 de noviembre del 2022
Oficio N° 024-2022-2S-URKUND-CID-2022

Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado
DIRECTOR CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 144141398	Influencia del miedo y la ansiedad en el comportamiento del paciente odontopediátrico. Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román. Riobamba, 2021	María José Vimos Valdez	9	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ
Firmado digitalmente
por CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2022.11.11
16:41:56 -03'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a la Universidad Nacional de Chimborazo por abrirme las puertas de su casa y ser parte de ella para poder formarme en esta linda carrera, así como también a mis maestros quienes me han otorgado valiosos conocimientos en este largo tiempo de estudio, los cuales me servirán toda mi vida profesional.

También quiero extender un sincero agradecimiento a mi docente la Dra., Marlene Mazón quien me impartió grandes conocimientos científicos que fueron de gran ayuda para mí, así como también supo tenerme mucha paciencia mientras me guiaba para poder culminar con este trabajo de investigación.

Al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román junto con el Director Luis Reyes y la Dra. Silvana Pancho quienes me abrieron las puertas de sus instalaciones para poder realizar mi investigación con los niños.

María José Vimos Valdez

DEDICATORIA

Quiero dedicar este gran logro primeramente a Dios por bendecirme con la vida y la salud, por ser quien jamás soltó mi mano para ir por el camino del bien y me supo guiar para adquirir grandes conocimientos.

Dedico con mucho aprecio este trabajo de investigación de todo corazón a mis padres por todo su sacrificio y esfuerzo ya que fueron mi principal fuente de motivación, quienes han estado al frente de todas mis necesidades y siempre supieron guiarme por el camino correcto para jamás rendirme por nada, gracias a esas palabras de aliento y decir sigue adelante que tú puedes conseguir eso y mucho más, papitos esto es para ustedes, gracias por todo ese apoyo incondicional y toda la confianza que pusieron en mí para que este sueño se haga realidad.

A mis hermanos Lorena, Luis y Diego quienes con sus palabras de aliento jamás dejaron que tropiece en el camino, para seguir siempre adelante y cumplir con todos mis objetivos e ideales, gracias por sus consejos en toda mi carrera universitaria.

María José Vimos Valdez

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
3. JUSTIFICACIÓN.....	20
4. OBJETIVOS	22
4.1. Objetivo General.....	22
4.2. Objetivos específicos	22
5. MARCO TEÓRICO	23
5.1. Miedo	23
5.2. Fisiología, Psicología y bioquímica del miedo.....	23
5.3. Tipos de miedo	23
5.4. Sintomatología del miedo	24
5.5. Miedo dental.....	24
5.6. Ansiedad.....	25
5.7. Tipos de ansiedad	25
5.8. Ansiedad dental	25
5.9. Comportamiento	26
5.10. Paciente odontológico infantil.....	26
5.11. Factores que influyen en el comportamiento del niño durante su atención odontológica	
27	
5.11.1. Influencia de los padres	27
5.11.2. Influencia de la familia.....	28
5.11.3. Trastornos de comportamiento	28
5.11.4. Trastorno de Personalidad	29
5.11.5. Antecedentes odontológicos	30
5.11.6. Edad y sexo.....	30
5.11.7. Ambiente odontológico	31

5.11.8.	Situación económica familiar	31
5.11.9.	Odontólogo	31
5.12.	Manejo del niño con problemas de miedo y ansiedad en la consulta dental.....	32
5.13.	Escala de evaluación del miedo dental en niños (CFSS-DS).....	32
5.14.	Escalas de evaluación de la ansiedad.....	33
5.14.1.	Venham’s Picture Test (VPT).....	33
5.14.2.	Facial image scale (FIS)	34
5.14.3.	Escala de ansiedad de corah.....	34
5.15.	Escala de comportamiento de Frankl.....	34
5.16.	Técnicas de modificación de la conducta.....	35
5.16.1.	Técnicas no farmacológicas.....	36
5.16.1.1.	Decir – mostrar – hacer.....	36
5.16.1.2.	Control de voz.....	36
5.16.1.3.	Reforzamiento positivo.....	36
5.16.1.4.	Desensibilización.....	37
5.16.1.5.	Distracción	37
5.16.1.6.	Mano sobre boca	37
5.16.1.7.	Restricción física.....	38
5.16.2.	Técnicas farmacológicas.....	38
5.16.2.1.	Sedación.....	38
5.16.2.2.	Anestesia general.....	38
6.	METODOLOGÍA	40
6.1.	Tipo de Investigación.....	40
6.2.	Diseño de la Investigación	40
6.3.	Población de Estudio.....	40
6.4	Muestra.....	40
6.5	Criterios de selección.....	40

6.6 Entorno.....	40
6.7 Técnicas e instrumentos	41
6.8 Análisis estadístico	41
6.9 Operacionalización de las variables.....	41
6.10 Intervenciones.....	42
7 RESULTADOS.....	48
7.1. Análisis Descriptivo	48
7.2. Análisis de significancia.....	58
8 DISCUSIÓN	61
9 CONCLUSIONES	64
10 RECOMENDACIONES.....	65
11 BIBLIOGRAFIA.....	67
12. ANEXOS.....	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variable independiente: Miedo y ansiedad.....	41
Tabla 2. Variable dependiente: Comportamiento.....	41
Tabla 3. Escala ansiedad	48
Tabla 4. Escala miedo	48
Tabla 5. Escala de ansiedad por sexo.....	49
Tabla 6. Nivel de miedo por sexo	49
Tabla 7. Escala de ansiedad y tipo de paciente.....	50
Tabla 8. Escala de miedo y tipo de paciente	50
Tabla 9. Escala de ansiedad por edad.....	51
Tabla 10. Escala de miedo por edad	51
Tabla 11. Comportamiento según Frankl y ansiedad.....	52
Tabla 12. Comportamiento de Frankl por miedo.....	52
Tabla 13. Comportamiento de Frankl por ansiedad y sexo.....	53
Tabla 14. Comportamiento de Frankl por miedo y sexo.....	54
Tabla 15. Técnica aplicada y comportamiento de Frankl	55
Tabla 16. Técnica aplicada y procedimiento odontológico.....	56
Tabla 17. Técnica de modificación y evaluación del miedo	57
Tabla 18. Técnica aplicada y ansiedad.....	57
Tabla 19. Técnica aplicada y tipo de paciente.....	58
Tabla 20. Contingencia H1.....	59
Tabla 21. Prueba Chi cuadrado (H1)	59
Tabla 22. Contingencia H2.....	60
Tabla 23. Chi cuadrado de Pearson H2.....	60

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Escala ansiedad.....	48
Gráfico 2.	Escala miedo.....	49

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1.	Llenado de historias clínicas	42
Fotografía 2.	Firma del consentimiento informado por parte de los padres.	42
Fotografía 3.	Aplicación de la escala de miedo CFSS-DS	43
Fotografía 4.	Aplicación de la escala para medir la ansiedad (FIS).....	43
Fotografía 5.	Tranquilidad del paciente después de haber sido evaluado.	44
Fotografía 6.	Paciente con un comportamiento levemente negativo según Frankl.....	44
Fotografía 7.	Paciente con un comportamiento definitivamente positivo.	44
Fotografía 8.	Registro del comportamiento de cada paciente en la tabla de Frankl.....	45
Fotografía 9.	Aplicación de la técnica decir-mostrar-hacer.....	45
Fotografía 10.	Aplicación de la técnica de reforzamiento positivo, regalándole un obsequio por su buen comportamiento.	45
Fotografía 11.	Historia clínica completa.	46
Fotografía 12.	Consentimiento informado que fue firmado por cada padre de familia.	47
Fotografía 13.	Escala de Frankl, tipo de paciente si es o no colaborador, escala del miedo CFSS-DS y escala de la ansiedad FIS.....	47

RESUMEN

El presente estudio analizó la influencia del miedo y la ansiedad en el comportamiento del paciente odontopediátrico. Observando el tipo de comportamiento del paciente pediátrico según la escala de Frankl y se aplicó las diferentes técnicas de modificación de conducta. La investigación fue de tipo descriptiva, observacional, no experimental y de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 40 pacientes pediátricos de 4 a 12 años. Se determinó si el paciente era ansioso o no, según la opción que elige el paciente y el miedo con la sumatoria total de la escala aplicada, se vio el tipo de comportamiento según Frankl y se aplicaron varias técnicas de modificación del comportamiento como: Decir-Mostrar-Hacer, reforzamiento positivo, control de voz, mano sobre boca y restricción física. Los instrumentos aplicados fueron la historia clínica, escala (DFSS-DS) para ver el grado de miedo del paciente, escala (FIS) para ver si es ansioso o no y la escala de Frankl para determinar el tipo de comportamiento del paciente pediátrico, con el respectivo consentimiento informado. Se encontró que en general la ansiedad y miedo se presentan más en los pacientes ≤ 6 años, así mismo la técnica que más se aplicó fue el reforzamiento positivo en comportamientos positivo y control de voz en comportamientos negativos, también se demostró una relación o asociación entre la ansiedad y el tipo de comportamiento, en el que los pacientes ansiosos tenían comportamientos negativos ($p=0,00$). Respecto al miedo y tipo de comportamiento, se observó también dicha asociación ($p=0,01$).

Palabras clave: Ansiedad, miedo, odontopediatría, conducta, técnicas de modificación del comportamiento, escala FIS, escala de Frankl.

ABSTRACT

The present study analyzed the influence of fear and anxiety on the behavior of pediatric dentistry patients. Observing the type of behavior of the pediatric patient according to the Frankl scale and the different behavior modification techniques were applied. The research was descriptive, observational, non-experimental and cross-sectional. The study population consisted of 40 pediatric patients aged 4 to 12 years. It was determined whether the patient was anxious or not according to the option chosen by the patient and the fear with the total sum of the applied scale, several behavior modification techniques were applied such as: Say-Show-Do, positive reinforcement, voice control, hand over mouth and physical restraint. The instruments applied were the clinical history, scale (DFSS-DS) to see the degree of fear of the patient, scale (FIS) to see if the patient is anxious or not and the Frankl scale to determine the type of behavior of the pediatric patient, with the respective informed consent. It was found that in general anxiety and fear were more present in patients ≤ 6 years old, likewise the technique that was most applied was positive reinforcement in positive behaviors and voice control in negative behaviors, a relationship or association was also demonstrated between anxiety and the type of behavior, in which anxious patients had negative behaviors ($p=0.00$). Regarding fear and type of behavior, such association was also observed ($p=0.01$).

Key words: Anxiety, fear, pediatric dentistry, behavior, behavior modification techniques, FIS scale, Frankl scale.

Reviewed by:



Lic. Mishell Salao Espinoza

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0650151566

1. INTRODUCCIÓN

La odontopediatría es la rama que requiere mayor comprensión y dedicación por parte del profesional para poder controlar el miedo y la ansiedad en el comportamiento del paciente infantil. El miedo es una emoción de tipo defensivo, creado por la presencia física o simbólica de un estímulo que representa una amenaza real o imaginaria, generando sudoración, palpitaciones, náuseas, etc mientras que la ansiedad es una reacción emocional que se manifiesta como un estado de inquietud del ánimo, generando pensamientos negativos, pérdida de control, etc.⁽¹⁾ La diferencia entre el miedo y la ansiedad se da cuando una reacción de miedo se genera ante un peligro real, identificándose como una reacción proporcional al estímulo, mientras que la ansiedad es desproporcional al peligro del estímulo.⁽²⁾

Los problemas de miedo y ansiedad influyen en la conducta de los niños que cada vez son más frecuentes en la sociedad, lo que conlleva la preocupación por parte de los profesionales debido a la necesidad de concientizar a los padres de familia sobre el problema que tendrán en un futuro con sus hijos. Así mismo, es un factor muy importante la forma en que los padres crían y educan a sus hijos, el miedo y la ansiedad que experimentan los padres influye en el niño durante el tratamiento odontológico, y esto se manifiesta como perjudicial para la salud oral de este.⁽³⁾ Diversos factores como el miedo, han sido comprometidos como posibles desencadenantes de malos comportamientos en la consulta dental, así como la influencia de experiencias negativas de padres y amigos, presencia o ausencia de los padres en la consulta, generando ansiedad ya sea por separarse de sus padres o porque existe mucha sobreprotección, factores ambientales, edad, sexo, personalidad y aspectos psicológicos del paciente.⁽⁴⁾

El miedo y la ansiedad dental son un verdadero problema que influye de manera directa en el comportamiento del niño y que lleva a evitar el procedimiento odontológico, teniendo consecuencias negativas en la salud bucal y psicológica del paciente. Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) el manejo del comportamiento se entiende como la interacción continua entre el niño y el odontólogo para así suministrarle la confianza necesaria, eliminando el miedo y la ansiedad.⁽⁵⁾ El profesional debe proyectar una imagen de sensibilidad, y centrarse en apoyar al paciente infantil, ayudándole en sus desafíos durante la consulta odontológica, identificando sus miedos y preocupaciones más frecuentes, así mismo explicar los procedimientos odontológicos de la mejor manera para ayudar aliviar la

ansiedad que genera.⁽²⁾ Existen diferentes escalas para medir el comportamiento entre la más usada se encuentra la escala de Frankl, la cual presenta cuatro tipos de comportamientos en el paciente infantil que son, definitivamente negativo, negativo, positivo y definitivamente positivo.⁽⁶⁾ Entre las técnicas utilizadas para el manejo de conducta tenemos, las no farmacológicas que a su vez se dividen en comunicativas como es la técnica decir mostrar y hacer, control de voz, reforzamiento positivo, manos sobre boca y no comunicativas como es la restricción física y farmacológicas como es la sedación consciente, sedación profunda y anestesia general con la finalidad de poder manejar el comportamiento del niño disminuyendo sus fobias y miedos, incluida la ansiedad.⁽¹⁾

El éxito de la práctica odontológica en los niños no solo depende de los métodos que aplique el odontólogo, sino también de la aptitud y capacidad para obtener y mantener la colaboración del niño, siempre teniendo en cuenta los temores que presenta, por lo tanto el manejo del comportamiento se considera esencial en odontopediatría ya que tiene como objetivo primordial establecer una buena comunicación con el paciente, disminuyendo la ansiedad y ganándose su confianza, lo cual se va a lograr con la aplicación de diferentes estrategias y técnicas más apropiadas por parte del profesional, promoviendo al niño a entender la necesidad de tener un correcto estilo de vida, atendiendo siempre su salud dental.⁽¹⁾ Es importante tener en cuenta que cada niño es único y por lo tanto el trabajo del odontopediatra es eliminar los miedos que generan ansiedad en el paciente, pudiendo así cambiar el comportamiento inadecuado, aumentando la capacidad de adaptación para aprender nuevas estrategias que van a disminuir el nivel de miedo.⁽⁴⁾

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la situación dental, el miedo y la ansiedad son prácticamente indistinguibles. La ansiedad dental describe aprehensión más profunda que interfiere con el tratamiento rutinario y que requiere una atención especial, el miedo es un temor intenso y constante, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia de un objeto o situación específica.⁽⁷⁾ Los problemas de conducta en los niños se presentan con frecuencia en la consulta odontológica y su manejo es una parte esencial en odontopediatría ya que el objetivo es ganarse la confianza del paciente, disminuyendo los miedos y ansiedad generados por diversos factores y desarrollar una actitud dental positiva a largo plazo.⁽⁸⁾

El mal comportamiento de los niños puede llegar a ser un impedimento para realizar un tratamiento dental de buena calidad ya que además se corre el riesgo de producir un daño físico o psicológico. Es por ello que lo recomendable es la aplicación de técnicas de modificación de la conducta, permitiendo realizar un procedimiento dental seguro y de alta calidad, teniendo en cuenta que las técnicas implementadas son de gran ayuda para disminuir los miedos creados en el niño por diferentes factores, así también la postura de los padres y el profesional que juegan un papel muy importante en la atención odontológica.⁽⁹⁾

Según cifras de la Organización Mundial de la salud (OMS), el total de personas con trastornos de ansiedad en el mundo es de 264 millones y se ha ido presentando un aumento del 14.9% anualmente. En el continente americano el 7,7% de las mujeres sufre trastornos de ansiedad y el 3,6% de los hombres.⁽¹⁰⁾

Un estudio europeo determinó que el 35% de los niños de 5 a 12 años estaban ansiosos de visitar al odontólogo. En Noruega se encontró que el 21% de niños de la misma edad también querían ir al odontólogo, así mismo en un estudio realizado por Skaret y Cols⁽⁶⁾ informó que el 19% de los niños mostró mucha ansiedad frente al odontólogo, aunque en Estados Unidos se determinó que el 23% de 895 niños de 5 a 11 años mostraron miedo dental.

En Colombia, un estudio realizado a 137 pacientes odontopediátricos, determinó que el tipo de conducta más frecuente en la consulta dental es positiva y definitivamente positiva en un 70%, así mismo la técnica que dio mejores resultados fue decir – mostrar – hacer en un 78.1%, seguida de refuerzo positivo con un 45.3% y la técnica que menos se usó fue la técnica de mano sobre boca en un 58.4%.⁽⁵⁾

Un estudio que se llevó a cabo en una escuela de Bogotá, donde se encuestó a 399 pacientes y se encontró que el 75% no asiste a la consulta odontológica por factores como miedo y ansiedad, ya que solo con escuchar la turbina, ver sangre o la aguja con el anestésico, en seguida presentan un comportamiento negativo.⁽⁸⁾

La academia Estadounidense de Odontología Pediátrica tiene varias pautas sobre el uso de técnicas de manejo del comportamiento que son muy útiles para controlar el miedo y que se caracterizan como técnicas comunicativas o avanzadas. La técnica de comunicación más utilizada se llama decir-mostrar-hacer y la segunda técnica más utilizada es la de refuerzo positivo. Las técnicas avanzadas son aquellas en las cuales usamos restricciones o manejo farmacológico en el paciente en las cuales es indispensable el consentimiento informado antes de su aplicación.⁽¹¹⁾

El odontopediatra debe tener muy en cuenta su habilidad personal, la psicología y la naturaleza física del niño, así también los factores de los padres antes de realizar cualquier tratamiento ya que el comportamiento del niño es reflejo de su desarrollo cognitivo, familiar y medio ambiente.⁽¹²⁾

3. JUSTIFICACIÓN

El manejo del miedo y la ansiedad en el paciente odontopediátrico requiere una buena formación y conocimiento del desarrollo social y emocional del niño, así como las actitudes de los padres, la ética de la familia o algún tipo de problema psicológico. También es importante conocer el tipo de comportamiento del paciente, que hoy en día presenta malas actitudes frente al odontólogo. Por lo que la importancia de esta investigación es determinar el nivel de miedo con la escala CFSS-DS y la ansiedad que presentan los niños con la escala FIS e identificar el tipo de conducta de cada niño por medio de la escala de Frankl, para así poder aplicar técnicas de modificación de la conducta, y disminuir el miedo y la ansiedad del niño, incentivándole a tener una correcta salud oral, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Este estudio sirve de mucho provecho tanto para los pacientes pediátricos atendidos en el “Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román”, como para el profesional odontólogo quienes en muchas ocasiones se enfrentan a niños con comportamientos definitivamente negativos, con altos índices de miedo y ansiedad, en el que se aplican técnicas de modificación de conducta para controlar tanto el miedo como el comportamiento, los cuales se convierten en beneficiarios de este estudio. El manejo del comportamiento en los niños es un aspecto muy crítico al momento de realizar un procedimiento dental, ya sea desde una profilaxis hasta una exodoncia y es por ello que actualmente se utilizan diversas estrategias y técnicas para poder controlar los pacientes difíciles.

La ansiedad, el estrés, el miedo y muchos más factores dificultan realizar un tratamiento regular en la consulta odontopediátrica, por lo que es muy provechoso modificar estos comportamientos definitivamente negativos o perturbadores. Esto se puede conseguir mediante la aplicación de diferentes técnicas de modificación de conducta, como la técnica decir-mostrar-hacer, reforzamiento positivo, control de voz, que se aplican siempre antes y después de cada consulta, para así conseguir una buena comunicación y una relación muy satisfactoria entre el niño y el odontólogo. Así mismo existen técnicas más fuertes como es la restricción física y mano sobre boca que son utilizadas en pacientes no colaboradores y con conductas definitivamente negativas.⁽⁹⁾

Esta investigación es factible, debido a que el investigador cuenta con los recursos económicos necesarios para realizarla, así como también la población de estudio y de igual manera el tiempo que se va a emplear en la investigación que se llevará a cabo en un periodo

de tiempo establecido, para poder identificar el tipo de comportamiento del paciente infantil y la manera en la que influye el miedo y la ansiedad, también se debe tomar en cuenta que la edad también juega un papel muy importante para dirigir el comportamiento del paciente.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Analizar la influencia del miedo y la ansiedad en el comportamiento del paciente odontopediátrico atendido en el Hospital Alfonso Villagómez Román.

4.2. Objetivos específicos

- Determinar los niveles de miedo y ansiedad que presentan los pacientes odontopediátricos de 4 a 12 años atendidos en el Hospital pediátrico Alfonso Villagómez Román.
- Identificar el tipo de comportamiento de los pacientes atendidos en el Hospital pediátrico Alfonso Villagómez Román.
- Establecer las técnicas de modificación de la conducta aplicados en los pacientes odontopediátricos atendidos en el Hospital pediátrico Alfonso Villagómez Román.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Miedo

El miedo se deriva del latín, timus, metus y produce un alto componente emocional, es un sentimiento muy difícil de controlar. Según la real academia, el miedo se define como una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño ya sea real o imaginario, es como una aprensión que la persona siente a que le suceda una cosa contraria a lo que desea, si bien el miedo alerta de peligros, es innato al hombre y es parte de su supervivencia.⁽²⁾⁽¹³⁾

El miedo es una respuesta hacia una situación de amenaza, es una emoción que se caracteriza por un sentimiento profundo que es incómodo y desagradable, provocando un estímulo de peligro, provocando en el individuo una situación de escape, afectando su entorno social, laboral, familiar, etc.⁽¹⁴⁾

5.2. Fisiología, Psicología y bioquímica del miedo

El miedo es un resultado emocional de la amígdala ubicada en la base del cerebro, cuando se activa a través de un estímulo amenazante, produce una hormona denominada vasopresina que desencadena a parte del miedo en ansiedad y hace que la persona luche, escape y evada el dolor y todas las funciones para conservar su bienestar. Así mismo el miedo también produce cambios fisiológicos rápidos como sudoraciones, palpitaciones, aumento de la presión sanguínea, alteraciones en el ritmo cardiaco, cambios en la expresión de la cara, etc.⁽¹⁵⁾

5.3. Tipos de miedo

El miedo es fundamental en la evolución del ser humano y es necesario actualmente para entender el comportamiento, el cual cambia en presencia del miedo ya que provoca la presencia física o simbólica de un estímulo que se manifiesta como una amenaza.⁽¹⁶⁾

- **Miedos Innatos** Son aquellos que la persona conlleva desde el nacimiento: miedo al ruido fuerte y constante, a perder el equilibrio, a las tormentas.

- **Miedos Del desarrollo** Se manifiestan en determinadas edades y se relacionan con la fantasía inconsciente, pero cuando el objeto que lo perturba se vuelve familiar, el miedo se pierde.

5.4.Sintomatología del miedo

El miedo presenta sintomatología inmediata, que conlleva a presentar ataques de pánico, en donde el individuo presenta un malestar muy intenso que al menos conlleva cuatro de los siguientes síntomas somáticos y cognitivos.⁽¹⁵⁾

- Palpitaciones
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de ahogo
- Nauseas
- Descontrol,
- Escalofríos
- Sensación que va a morir

5.5.Miedo dental

En la actualidad, el miedo dental en los niños se considera como una reacción de fobia aprendida y dada por una experiencia previa o aprendizaje social. La odontopediatría ha sido estudiada durante muchos años, debido a la infinidad de factores negativos a los cuales se enfrenta el profesional al momento de la atención al paciente pediátrico, entre estos se encuentra el miedo, la ansiedad y el desinterés durante el procedimiento.⁽¹⁷⁾ El miedo de los pacientes se manifiesta durante los procedimientos dentales ya que esta en relación directa con el dolor que van a pasar durante las maniobras odontológicas y por el instrumental utilizado.⁽¹³⁾

Se estima que el 70% de los niños que acuden a la consulta odontológica presentan miedo. El odontopediatra en muchas ocasiones no puede controlar el entorno y los factores externos que provocan miedo en los pacientes, aunque mediante una detallada evaluación se logra identificar ciertos comportamientos y ser modificadores de estos.⁽¹⁸⁾ Es muy importante reconocer los niveles de miedo, así como su comportamiento al realizar los tratamientos ya

que un niño no colaborador y temeroso, forma una barrera para que el odontólogo no realice su trabajo correctamente, expresando llanto, negatividad, berrinches, ya que el temor a lo desconocido, al daño y dolor conlleva a la aparición del miedo.⁽¹⁴⁾⁽¹⁹⁾

5.6. Ansiedad

Proviene del latín “ansius” y es una alteración psicológica relacionada con factores sociales, factores del pensamiento y la conducta del ser humano representada por miedo o pánico, así también la hiperactividad del sistema nervioso autónomo (SNA) que varía con el tiempo e intensidad, es un problema bastante frecuente en la actualidad que perjudica tanto a niños como adultos.⁽²⁰⁾ La ansiedad se entiende como la anticipación de un peligro indefinible, relacionado con fantasías y expectativas no existente, es difícil aislar totalmente el miedo de la ansiedad, ya que este nunca actúa sin un cierto grado de ansiedad porque es temor a lo desconocido, se caracteriza principalmente con el nerviosismo e inquietud como reacciones injustificadas ante estímulos o situaciones incómodas.⁽²¹⁾⁽¹⁴⁾

5.7. Tipos de ansiedad

- **Ansiedad real:** Derivada de una situación existente.
- **Ansiedad mental:** (Fobia) Derivada de una situación que ya no existe en la realidad, posterior a una experiencia traumática, la persona no desea pasar por lo mismo otra vez.
- **Ansiedad dental:** Asociada a la atención odontológica y depende de la novedad, incertidumbre y expectativa.

5.8. Ansiedad dental

La ansiedad dental por varios años ha generado grandes alteraciones en el comportamiento de los niños, esta se define como un sentimiento de miedo hacia un tratamiento dental ya sea por desconfianza y temor originado por alguna experiencia negativa pasada y que le lleve a tener un mal comportamiento frente al odontólogo. La odontopediatría no puede quedarse solo en procedimientos preventivos o curativos, sino también debe trabajar en el campo de la psicología y educación, teniendo en cuenta las características de cada niño y su etapa de desarrollo así como su condición bucal.⁽¹⁹⁾

Se evidencia que entre el 10% y 15% de todo el mundo presenta ansiedad frente al odontólogo, lo que conlleva a cancelar la cita, teniendo como resultado, efectos negativos en su salud bucal. La ansiedad dental se produce generalmente por diversas causas, entre las principales son las fobias a las agujas, el instrumental de exodoncias, sonido de la turbina, una percepción negativa del profesional odontólogo frente a la salud oral del paciente pediátrico, etc.⁽²²⁾

La ansiedad y el miedo se asemejan conjuntamente con la personalidad del niño, la ansiedad de la madre así como su inteligencia emocional, el escaso nivel educativo, los cuales provienen de problemas internos y llevan a presentar trastornos de conducta y es aquí donde el profesional debe identificar estos trastornos psicológicos para poder incluir estrategias de apoyo generando confianza en el individuo.⁽²⁰⁾

5.9.Comportamiento

El comportamiento es un conjunto de acciones realizadas por el ser humano y definidas por la cultura, actitudes y valores de la persona como son, culturales, la ética, la autoridad y la genética. El comportamiento humano se ha tratado de estudiar y entender para así aprovechar sus características o mejorarlo logrando que las personas tengan una mejor calidad de vida, reforzando sus virtudes y disminuyendo sus miedos.⁽²³⁾

Así mismo el comportamiento es un suceso físico y verificable que radica en ser la actividad por la que los seres humanos mantienen y desarrollan su vida, teniendo en cuenta el ambiente y modificándolo día a día, el conflicto del comportamiento humano ha tenido varias soluciones a través de la historia, este puede ser modificable siempre y cuando se entienda el porqué del comportamiento de la persona frente a diversas situaciones.⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾

5.10. Paciente odontológico infantil

La infancia es una etapa de rápido desarrollo, en la cual los niños manifiestan habilidades motoras, lingüísticas y sociales, donde aprenden a moldear sus emociones y controlar su comportamiento. Los problemas de conducta en los niños son la agresión, hiperactividad, ansiedad y depresión, los cuales requieren de un estudio más detallado. En odontopediatría tratar a los pacientes infantiles es un gran desafío tanto para el odontólogo como para el niño, recibir un tratamiento dental supone estrés y más aún cuando el niño presenta ciertos temores

y miedos, una mala conducta puede desencadenar importantes conflictos a la hora de realizar el tratamiento odontológico.⁽²⁶⁾

El mal comportamiento es un verdadero conflicto en los niños, aunque es relativamente común que se presente y aun así es una gran preocupación para los padres, ya que está reflejado en diversos factores como la ansiedad, el estrés, el entorno y el desarrollo mismo del niño.⁽²⁷⁾

5.11. Factores que influyen en el comportamiento del niño durante su atención odontológica

Los problemas de conducta siempre han venido acompañados de miedo y ansiedad en los niños y se han convertido en una gran preocupación para las familias, la escuela y la sociedad, esta se manifiesta cuando los niños o adolescentes deben ejecutar diversas reglas y someterse a una completa disciplina. Varias conductas de oposición son de suma importancia para el desarrollo y formación de la identidad, alcanzando las aptitudes de autocontrol y desarrollo personal, sin embargo existen niños en los que la frecuencia y magnitud de sus emociones se encuentran por encima de lo normal de acuerdo a su edad.⁽²⁸⁾

Cuando se habla de pacientes odontopediátricos, se hace relación con modelos y estrategias de enseñanza y educación que les sirva como herramientas para transformar y cambiar los aspectos sociales, económicos, culturales, junto con el miedo y la ansiedad que generan un mal comportamiento que se presenta al momento de realizar una intervención odontológica, promoviendo al paciente infantil a tener a una mejor calidad de vida.⁽²⁹⁾

5.11.1. Influencia de los padres

Existe una gran relación entre padres e hijos, en donde los padres ponen en práctica los estilos educativos, estrategias de socialización, enseñanzas, para así contribuir, educar y orientar a los niños a no presentar temores y tener un buen comportamiento en cualquier ámbito.⁽³⁰⁾

Los diversos problemas relacionados con la salud bucal del paciente infantil, también están vinculados con el dominio que los padres ejercen sobre ellos, por lo que esto define si se atiende al niño en citas programadas o si solo acude a veces por una urgencia, debido al miedo que tiene de presentarse con el odontólogo. El comportamiento que muestra el niño

al acudir a la consulta odontológica está dado por diversas variables como es la ansiedad materna, la cual crea miedo en el niño, las experiencias negativas en donde el dolor dental crea pánico en la consulta odontológica y cuando los padres ignoran la importancia de acudir al odontólogo para mantener una buena salud bucal, así como también los tratamientos odontológicos.⁽³¹⁾

En la consulta odontopediátrica siempre van a estar presente los padres, el paciente pediátrico y el profesional, en donde los padres juegan un papel importante ya que le brindan al niño un calor paterno y tratan de que el niño se sienta seguro sin angustias, miedos ni preocupaciones para obtener comportamientos adecuados y positivos en la consulta, por otro lado también se ha determinado que la presencia de padre o madre en el consultorio promueve un mal comportamiento por parte del niño, generando pérdida de tiempo e incomodidad de los padres y el odontólogo.⁽³²⁾

5.11.2. Influencia de la familia

El buen comportamiento del paciente infantil resulta más efectivo cuando existe cooperación por parte de la familia en general, ya que es ahí donde se difunden las costumbres, hábitos, enseñanzas educativas, etc, generando confianza en el niño para que pueda desenvolverse en cualquier ámbito y que al acudir a la consulta odontológica no tome actitudes negativas o miedo frente al odontólogo. Así mismo la familia influye mucho en los estilos de vida saludables como es un correcto cepillado dental, dietas no cariogénicas, disminuyendo así las caries y la pérdida de piezas a temprana edad.⁽³³⁾

5.11.3. Trastornos de comportamiento

En lo referente al comportamiento de los niños en la consulta odontológica se ha determinado que pueden ser de tipo agresivo, histérico, desafiante o aprensivo, estos comportamientos se han vinculado con la etapa de crecimiento y desarrollo de los niños y el actuar de sus padres.⁽³⁴⁾

Los trastornos de comportamiento en los niños tienen diversas conductas desajustadas que se presentan con poca o mucha dificultad, dependiendo de la edad en la que comienza así como ciertos factores individuales, sociales y familiares, entre los cuales son las extensas jornadas de trabajo de los padres, evitando así la correcta crianza de sus hijos, así también

las rupturas de los padres y la situación económico familiar influyen en gran parte a los comportamientos que adquieren sus hijos.⁽³⁵⁾

Los problemas de salud mental en los niños implican varios tipos de trastornos de comportamiento y emocionales, los trastornos disruptivos como el disocial, negativista desafiante y por déficit de atención e hiperactividad que son los más frecuentes.

El Trastorno negativista desafiante (TND) es aquel que presenta comportamientos negativos o de desobediencia contra a la autoridad que le imponen sus padres, estas manifestaciones suelen ser frecuentes provocando en el niño cólera, berrinches, pataletas, discutir con adultos, mentir, culpar a otros de sus errores, enojarse y resentirse por nada y lo peor de todo es que se presenta vengativo ante cualquier situación que le afecte.⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾

El trastorno disocial (TD) es aquel que comienza en la infancia, niñez o adolescencia, el cual surge con frecuencia por falta de atención o algún tipo de comportamiento perturbador, presenta comportamientos de destrucción o carácter negativo, así como también infractor de normas sociales, suelen ser agresivos con personas o animales, destruyen alguna propiedad o terreno, proceden a robar desde objetos pequeños hasta cosas de gran valor y finalmente violan las normas de una manera grave.^{(38) (39)(40)}

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de neurodesarrollo, en donde los niños indican escasa atención, impulsividad, falta de memoria e hiperactividad, también afecta a sus funciones motrices y psíquicas, es de origen multifactorial ya sea biológico, genético o ambiental, este trastorno se manifiesta a edades tempranas, generalmente entre los 5 y 10 años de edad.⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾ Las características de este trastorno como es la inatención, el ser impulsivos junto con berrinches, por ejemplo no tener en cuenta sus metas a futuro, provocando un cambio en las funciones personales, escolares y sociales.⁽⁴³⁾

5.11.4. Trastorno de Personalidad

La personalidad es una organización dinámica que abarca los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que determinan cómo la persona se relaciona con el medio ambiente. El trastorno de personalidad (TP) se define como un patrón constante de experiencias internas que generan miedo e influyen en su comportamiento, que se alejan de la perspectiva de la cultura propia de las personas siendo un fenómeno generalizado y estable con el tiempo, que tiene su inicio en la infancia y adolescencia, continuando hacia la edad adulta. Los niños

que presentan este trastorno no perciben como deberían la realidad y la forma de pensar de sí mismos y del medio ambiente.⁽⁴⁴⁾

Los factores de riesgo en la infancia así como la forma de crianza, el maltrato, abuso, malas experiencias, negligencias, influyen en gran parte la aparición de este trastorno, ya que se interpone en el desarrollo de la personalidad, teniendo efectos negativos sobre ella y produciendo una variación de los procesos de socialización.⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁶⁾

5.11.5. Antecedentes odontológicos

La odontología está relacionada con aspectos desagradables generados por experiencias negativas, relacionadas con el miedo al dolor dental e influenciado por la memoria que se sostiene a lo largo de los años. Una mala experiencia en la primera visita al odontólogo genera fobias y ansiedad, lo cual lleva a tener problemas en tratamientos posteriores, es por ello que estas malas experiencias en muchos de los casos se llevan desde la infancia hasta la edad adulta creando temor al tratamiento dental, así mismo afectan al comportamiento del niño durante la consulta.⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾

5.11.6. Edad y sexo

M. Massler ⁽⁴⁹⁾ en su libro denominado la psicología en odontología para niños, menciona que conforme avanza la edad del niño se dan cambios en su estructura así como una conducta diferente en cada etapa.

- **(De 0 a 2 años):** Aquí el ambiente odontológico es misterioso y amenazante, generalmente no atiende a las órdenes dadas por el odontólogo y al realizar los tratamientos pone resistencia, junto con llanto y al ser separado de los padres muestra pánico.
- **(De 2 a 4 años):** El paciente infantil no se relaciona con extraños, a veces suele obedecer, pero necesita a su madre y se escuda en ella cuando algo le provoca temor o ansiedad.
- **(De 4 a 6 años):** Aquí la conducta del infante es impredecible y puede variar de la no colaboración a la docilidad, al realizar los tratamientos sencillos el niño se da con la atención y cuando estos se vuelven complejos el niño desea volver con sus padres.
- **(De 6 a 9 años):** El niño respeta la autoridad del profesional y se arriesga a quedarse solo con él aunque tenga miedo ya sea de ese momento o de experiencias pasadas.

5.11.7. Ambiente odontológico

El paciente infantil cuando asiste a la consulta odontológica presenta miedo y evita que se le realicen ciertos tratamientos, lo cual afecta el buen cuidado de su salud bucal. El ambiente odontológico genera miedo y ansiedad en el niño y por lo tanto un comportamiento negativo por parte del niño, es por ello que se recomienda mantener una sala de espera confortable y amigable generando distracción, confianza y disminuyendo los temores tanto para el paciente como para sus padres. La primera impresión es de suma importancia ya que contribuye al buen o mal comportamiento del niño en sus próximas citas.⁽⁵⁰⁾

5.11.8. Situación económica familiar

La situación económico familiar influye en gran parte la forma de comportarse del niño a largo plazo, llevando a disminuir la protección y la disciplina junto con problemas de educación y emocionales, negándose a afrontar problemas y combatir con nuevas experiencias.⁽⁵⁰⁾ Se ha determinado también que los niños que presentan familias disfuncionales o monoparentales son aquellos que generan miedos al sentirse solos y presentan mayor problemas de comportamientos frente a la consulta dental, desencadenando problemas en el ámbito social como es la agresividad, mientras que aquellos con familias biparentales muestran un comportamiento positivo frente al odontólogo, ya que la conducta de los padres forja el comportamiento del niño, aunque no siempre es así ya que puede presentarse lo contrario.⁽³²⁾

5.11.9. Odontólogo

La relación odontólogo paciente y sus padres a veces suele ser algo difícil ya que el profesional debe ganarse la confianza absoluta del niño, eliminando los miedos y ansiedad, para que los tratamientos sean exitosos, en el primer contacto influye bastante la apariencia del odontólogo y su vestimenta para sembrar tranquilidad, la apariencia resalta las características del profesional tales como el tono de voz, el lenguaje corporal y su forma de hablar ya que los niños desarrollan un concepto del odontólogo por medio de la vestimenta y la comunicación.⁽⁵¹⁾

Varios estudios han concluido que los niños prefieren que su odontólogo utilice mandiles de colores y no blancos ya que un traje colorido constituye un atuendo más amigable, mejorando así la confianza y comunicación, disminuyendo la ansiedad.⁽⁵⁰⁾

5.12. Manejo del niño con problemas de miedo y ansiedad en la consulta dental

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) el manejo del comportamiento es la interacción entre el niño y el odontólogo para disminuir el miedo y la ansiedad, ganándose su confianza y poder realizar cualquier tratamiento de la mejor manera.⁽⁵⁾ La atención odontológica en niños, presenta varios aspectos negativos, ya que es un gran desafío para el profesional encontrarse con pacientes que presentan temores, ansiedad, falta de interés, ya que estos factores están relacionados íntimamente con los procedimientos odontológicos.⁽¹⁷⁾

Para ejecutar un tratamiento dental de una manera segura es importante crear confianza en el niño, ya que el miedo y la ansiedad generan malos comportamientos que se vuelven frecuentes en la consulta, y los principales objetivos para su mejora es implementar estrategias de apoyo, que desencadenen sentimientos de confianza en el niño, así también, controlar los movimientos del niño, facilitar la ejecución de maniobras en la boca para disminuir algún tipo de lesión. Para este control se debe tener en cuenta los factores relacionados con el niño ya sea problemas psicológicos, edad, antecedentes odontológicos, para proceder aplicar las técnicas de modificación de la conducta según sea el caso.⁽⁵²⁾

Es de suma importancia evitar que el instrumental este a la vista de los niños, como es la aguja con el anestésico que siempre debe ocultarse si va a ser utilizada porque genera ansiedad oponiendo a que le realicen cualquier tipo de tratamiento. Se recomienda también tener un tono agradable con él, explicarle el procedimiento que se le va a realizar utilizando un vocabulario no tan explícito.⁽¹⁾

5.13. Escala de evaluación del miedo dental en niños (CFSS-DS)

La ansiedad, miedo y comportamiento son multifactoriales, en donde el dolor, experiencias negativas y conductas disruptivas como la timidez y educación son las principales razones por las cuales el paciente infantil evita el procedimiento odontológico.⁽⁵³⁾

La escala de evaluación de miedo dental en niños- Subescala dental (CFSS-DS) es la más utilizada y recomendada por especialistas para medir el miedo y ansiedad (MAD) en los niños de distintas culturas, por su precisión y capacidad para evaluar propiedades psicométricas, incluye aspectos relacionados íntimamente con los procedimientos odontológicos, anexada a su escala visual, además el tiempo que lleva en realizar esta

encuesta es bastante corto, haciendo un instrumento adecuado para identificar el nivel de miedo dental en el paciente infantil de diferentes edades.⁽⁵⁴⁾

El CFSS-DS está conformado por 15 ítems relacionados a los diversos aspectos del tratamiento odontológico, como la turbina o inyecciones y situaciones médicas, dándole una puntuación de 1 a 5 a cada ítem según su escala visual, en donde los puntajes menores a 32 (bajo miedo), de 32 a 39 (moderado miedo) y mayores a 39 (alto miedo). Su escala visual está representada por expresiones para mejorar la interpretación del paciente, donde se aplica siguiendo una escala tipo Likert de 5 puntos que permite medir el criterio de una persona sobre algún tema mediante un cuestionario, en donde 1 significa no tener miedo y 5 tener mucho miedo.

- 1 = No tener miedo
- 2 = Poco miedo
- 3= Con miedo
- 4= Bastante miedo
- 5= Mucho miedo

Para emplearse la evaluación CFSS-DS en el paciente infantil, se solicita al niño que cuando se le mencione los diferentes ítems, señale en la escala visual la figura con la que más se identifica.⁽⁵⁴⁾

5.14. Escalas de evaluación de la ansiedad

5.14.1. Venham's Picture Test (VPT)

El test de venham está constituido por 8 pares de imágenes, indicando al mismo niño en diferentes estados de ánimo, identificándolos como ansioso y no ansioso, es de fácil aplicación, donde se le pide al paciente elegir entre las dos situaciones en las que se encuentra el niño en la imagen, el número de veces que se haya elegido la figura ansiosa suman para el puntaje final. Los resultados fueron medidos con los valores 0 a 8 explicados a continuación.⁽⁵⁵⁾

- De 0 a 4 = No ansioso
- De 5 a 8 = Ansioso

5.14.2. Facial image scale (FIS)

Este test está conformado por una fila de cinco caras que inician con una cara muy feliz hasta una muy infeliz, y presenta ventajas excelentes para ser aplicada en pacientes infantiles, debido a que es muy simple y practica de aplicarse, donde se le pide al niño que señale la cara con la que se identifica de cómo se siente en ese momento. La escala fue representada con un valor de 1 a la cara muy feliz y 5 a la cara muy infeliz.⁽⁵⁶⁾

- 1-3 = No ansioso
- 4-5 = Ansioso

5.14.3. Escala de ansiedad de corah

La escala de ansiedad de corah, fue creado por Norman Corah que trata de identificar el nivel de ansiedad del paciente y está constituido por 4 preguntas representativas como son: cuando piensa visitar al odontólogo, cuando se encuentra en la sala de espera, cuando el profesional toma los instrumentos para realizar el tratamiento dental o cuando se toma la turbina para desgastar sus dientes.⁽⁵⁷⁾⁽²¹⁾

Estas preguntas tienen 5 opciones de respuesta, donde se obtiene una puntuación total de 4 a 20 puntos.⁽¹⁷⁾

- 0: Sin ansiedad (puntuación igual a 4).
- 1: Baja ansiedad (entre 5 y 9).
- 2: Ansiedad moderada (valores entre 10 y 14).
- 3: Alta ansiedad (para 15 y 20 puntos).

5.15. Escala de comportamiento de Frankl

Uno de los sistemas más utilizados en todo el mundo para medir el comportamiento tanto en odontología como en investigación es la escala de Frankl, la cual se centra en cómo se maneja al paciente pediátrico o su comportamiento motor, así como el llanto, gritos, berrinches, si obedece a las ordenes o si se siente tranquilo frente a la consulta odontológica.⁽⁵⁸⁾

El Dr. Spencer N Frankl y sus colaboradores realizaron en Portugal una escala para medir el comportamiento y se ha incluido desde el año 2005 por su gran resultado y practica sencilla, dividiéndose en cuatro escalas importantes.⁽⁵⁹⁾

- **Definitivamente negativo:** Rechaza el tratamiento, grita fuerte, se asusta o muestra cualquier otro signo negativo.
- **Negativo:** Tiene dificultad para aceptar el tratamiento, falta de cooperación, tiene evidencias de actitudes negativas pero no las hace obvias.
- **Positivo:** Acepta el tratamiento, a veces con cautela, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reserva, pero siguiendo con paciente las instrucciones del odontólogo.
- **Definitivamente positivo:** Tiene una buena relación con el dentista y son sociables, se interesan por los procedimientos dentales, se ríen y se divierten juntos.

5.16. Técnicas de modificación de la conducta

Actualmente se presentan varias técnicas de manejo de la conducta para que los niños colaboren con los tratamientos odontológicos, todas estas técnicas tienen como objetivo implantar una buena comunicación para así aliviar el miedo y la ansiedad que presentan los pacientes, permitiendo al profesional realizar los tratamientos de alta calidad y fomentar en el paciente una actitud positiva hacia la salud y el cuidado dental, mejorando su calidad de vida y su buena disposición en tratamientos posteriores.⁽¹⁾

La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD)⁽⁶⁰⁾ propone que cada paciente debe ser tratado independientemente y con debido cuidado al realizar los tratamientos dentales, ya que muchos presenta miedo y ansiedad y un manejo incorrecto puede crear una experiencia negativa, es por ello que se ha incluido diferentes tipos de técnicas de manejo del comportamiento, las cuales se dividen en técnicas no farmacológicas como es la técnica decir, mostrar y hacer, reforzamiento positivo que son las más utilizadas en la consulta, entre otras que van a ser mencionadas y técnicas farmacológicas, donde se utiliza medicamentos como ansiolíticos o anestesia general, para proceder con el procedimiento dental.

5.16.1. Técnicas no farmacológicas

5.16.1.1. Decir – mostrar – hacer

Esta técnica consiste en proporcionar al niño información de los procedimientos odontológicos que se le van a ejecutar, en donde el (Decir) es explicar con un lenguaje adecuado y con palabras sencillas lo que se le va a realizar, (Mostrar) se refiere a la demostración del procedimiento, ya sea con maquetas ilustrativas o el propio instrumental y por ultimo (Hacer) que es proceder a realizar el tratamiento dental.⁽⁶¹⁾

El objetivo de esta técnica es familiarizar al niño con el ambiente y el instrumental, disminuyendo la ansiedad a través de la explicación de un suceso desconocido para el paciente.⁽⁶²⁾

5.16.1.2. Control de voz

En esta técnica se hace un cambio en el tono y volumen de la voz, no se refiere tampoco a gritarle al paciente o enojarse con él, simplemente dejar en claro lo que se va a realizar subiendo y bajando el tono de voz, adoptando autoridad con el paciente , el objetivo de esta técnica es imponer autoridad e implantar una buena comunicación, puede utilizarse en cualquier paciente, siempre y cuando ya existió una comunicación verbal y el paciente infantil sigue tomando su comportamiento como rebelde en donde quiere manejar al profesional a su gusto.⁽⁶¹⁾

5.16.1.3. Reforzamiento positivo

El reforzamiento positivo se refiere a proporcionar un acto inmediato frente a una conducta determinada, es decir en el caso de mostrar una buena conducta se debe premiar al paciente mediante un estímulo para así mantener su comportamiento , esta técnica genera un aumento muy importante en la existencia de un comportamiento deseado y se aplica bastante en la consulta odontológica al regalarle un incentivo o premio como pueden ser juguetes luego de portarse bien en el procedimiento, así también se le puede ofrecer una sonrisa o un abrazo como gesto para que siga actuando de la misma manera en tratamientos posteriores.⁽⁶³⁾⁽⁶⁴⁾

5.16.1.4. Desensibilización

Esta técnica sirve para disminuir los miedos o fobias que se presentan en determinados pacientes que han tenido o no experiencias odontológicas pasadas, con la desensibilización hacemos que el niño se acostumbre a ciertos estímulos junto con un ambiente amigable y relajado, logrando controlar la ansiedad. La desensibilización resulta muy efectiva ya que el paciente aprende a reemplazar un mal comportamiento por un buen comportamiento mediante la relajación.⁽⁹⁾

Para suministrar la técnica de desensibilización se utilizan videos, música, hipnosis, trucos de magia, entre otros. Es importante que el profesional odontólogo determine el nivel de dificultad y ansiedad en función del tratamiento dental que se va a ejecutar, ya sean primero los que generen menor ansiedad.⁽¹⁾

5.16.1.5. Distracción

En odontopediatría, esta técnica se refiere al uso de distractores para renovar el comportamiento del paciente infantil, entre estos se puede utilizar la distracción audiovisual que es considerada una terapia de sugestión en la cual el niño es animado por la fantasía, con el propósito de obtener una mejor colaboración por parte del paciente.⁽⁹⁾ Esta técnica también ha demostrado disminuir la ansiedad y miedo durante el procedimiento odontológico.⁽¹⁾

5.16.1.6. Mano sobre boca

Esta técnica es muy controversial y con el tiempo ya casi no se utiliza, consiste en ubicar la mano con firmeza sobre la boca del paciente infantil con un comportamiento desafiante y rebelde con el propósito de disminuir el sonido y conseguir una mejor comunicación. Siempre se utilizará con comandos de voz y en el caso que el niño colabore de una mejor manera, se retira la mano de la boca, no restringir las vías aéreas es decir la mano va solamente sobre la boca, más no sobre la nariz impidiendo su respiración. Para la aplicación de esta técnica no es recomendable, ya que genera más temor y ansiedad en el paciente y se debe obtener el consentimiento informado de los padres antes de aplicarla.⁽⁵⁴⁾

5.16.1.7. Restricción física

Muchos de los pacientes pediátricos presentan actitudes de resistencia frente el tratamiento odontológico ya sea con el movimiento de su cabeza, brazos, piernas, es por ello que se ha generado esta técnica para evitar algún tipo de accidente principalmente cuando se va a colocar anestesia. Primero se sujeta las manos del paciente y posterior las piernas, apretando fuertemente en las rodillas, logrando inmovilizarlo y proceder con el tratamiento.⁽⁶⁵⁾

Es importante recordar que esta técnica no se utiliza con frecuencia en la consulta, especialmente en niños de 5 años ya que se puede provocar una mala experiencia con el odontólogo afectando psicológicamente al niño, generándole principalmente ansiedad y que este no quiera volver a un sillón dental, sin embargo si el paciente muestra resistencia se la puede utilizar.⁽⁶¹⁾

5.16.2. Técnicas farmacológicas

5.16.2.1. Sedación

Para esta técnica se utilizan agentes de sedación como las benzodiazepinas, óxido nitroso entre otros, los cuales se administran de manera oral o nasal con diferentes dosis dependiendo de cada paciente.⁽⁶⁶⁾

El óxido nitroso es un agente de sedación que se inhala y se utiliza en los pacientes infantiles durante los tratamientos odontológicos, esta técnica resulta muy eficaz cuando se la utiliza correctamente. No produce ningún tipo de alergia y algo muy importante de esta técnica es que disminuye el miedo y ansiedad.⁽¹¹⁾⁽⁶⁷⁾

5.16.2.2. Anestesia general

Los procedimientos dentales de buena calidad no se pueden realizar en niños con un alto grado de ansiedad que genera un mal comportamiento y que puede afectar de forma negativa en procedimientos futuros, los niños demasiado ansiosos son aquellos en los que se utiliza técnicas farmacológicas como es la anestesia general y sedación debido a lo difícil que sería trabajar con el paciente. Para esta técnica lo primero que se hace es llenar la historia médica detallada y firmar el consentimiento informado, posterior se realizan exámenes intraorales y radiográficos y se clasifica al paciente según la escala ASA para consultar con el

anestesiólogo alguna posible complicación según el caso y se programa la cita en un ambiente hospitalario.⁽⁶⁸⁾

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de Investigación

Se realizó un estudio de tipo observacional, no experimental y de corte transversal para evaluar las variables mencionadas en un momento específico, con el cuál se determinó el grado de miedo y ansiedad de los pacientes, junto con el tipo de comportamiento según la escala de Frankl y se aplicó diferentes técnicas de modificación de conducta, cada una de las variables fueron observadas y registradas en un instrumento que permitió el muestreo de datos.

6.2. Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es de tipo no experimental, no se manipularon las variables de estudio.

6.3. Población de Estudio

La población estuvo constituida por un número de 280 pacientes pediátricos atendidos en el “Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román” de la ciudad de Riobamba. Evaluados en 3 meses de investigación.

6.4 Muestra

La muestra se determinó como de tipo intencional no probabilística por conveniencia, en base a criterios de selección.

6.5 Criterios de selección

Pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román.

Pacientes pediátricos sin capacidades especiales.

Pacientes cuyos representantes libre y voluntariamente decidan participar en el estudio con la aceptación del consentimiento informado.

6.6 Entorno

Instalaciones del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba

6.7 Técnicas e instrumentos

Las técnicas para la recogida de información fueron la observación y como instrumento la lista de cotejo.

6.8 Análisis estadístico

Se aplicó un análisis estadístico de tipo descriptivo analizado mediante la utilización del software IBM SPSS Versión 27.

6.9 Operacionalización de las variables

Tabla 1. Variable independiente: Miedo y ansiedad

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
El miedo, es un sentimiento no controlable, provocado por el temor de que alguien o algo ocasione un daño real o imaginario. La ansiedad es una sensación de aprensión sobre el tratamiento dental que no está necesariamente relacionada a un estímulo externo específico	Miedo	Nivel miedo	Encuesta	Consentimiento informado
	Ansiedad	Nivel de ansiedad		Escala CFSS-DS Escala FIS

Tabla 2. Variable dependiente: Comportamiento

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
El comportamiento es todo lo que hacemos, decimos y pensamos indicando una acción, está determinada por el entorno e influenciada en la sociedad.	Tipo de conducta	Definitivamente negativo Negativo Positivo Definitivamente positivo	Observación	Historia clínica Escala de Frankl

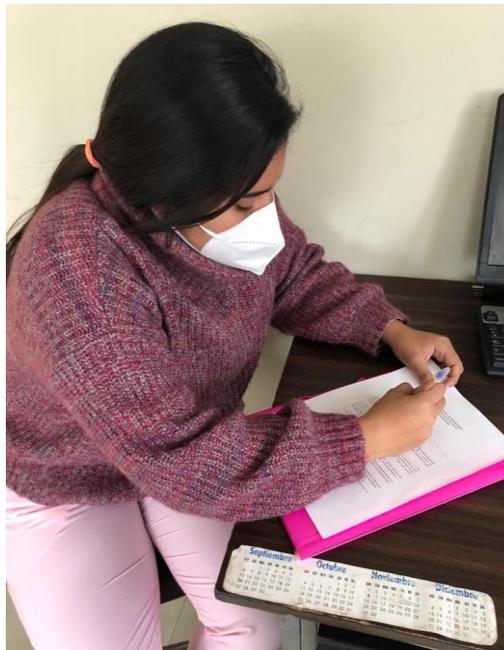
6.10 Intervenciones

Fase 1: Registro de historiales clínicos de cada paciente, en donde se recolectó datos como la edad, sexo, motivo de consulta, odontograma, procedimiento que se realizaron y firma del consentimiento informado.

Fotografía 1. Llenado de historias clínicas

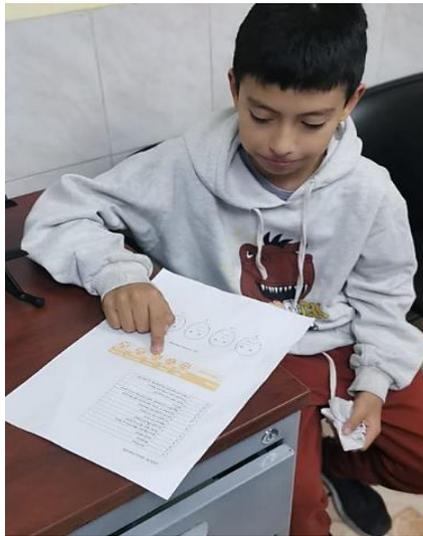


Fotografía 2. Firma del consentimiento informado por parte de los padres.

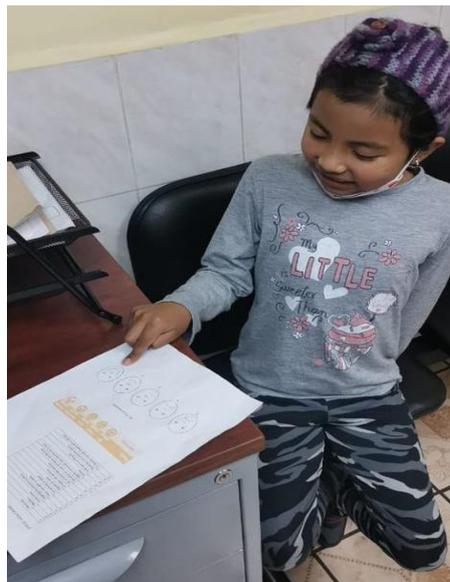


Fase 2: Aplicación del test para medir el miedo del paciente por medio de la escala de evaluación del miedo dental en niños (CFSS-DS), en donde se solicitó al niño que cuando se le mencione los diferentes ítems señale en la escala visual la figura con la que se identifica y aplicación de la escala para medir la ansiedad a través del Facial image scale (FIS), donde se solicitó al niño que señale la cara con la cual se identifica de cómo se siente en ese momento que está en la consulta odontológica

Fotografía 3. Aplicación de la escala de miedo CFSS-DS



Fotografía 4. Aplicación de la escala para medir la ansiedad (FIS)



Fotografía 5. Tranquilidad del paciente después de haber sido evaluado.



Fase 3: Mediante la parte observacional se vio el tipo de comportamiento según la escala de Frankl y se aplicó las diferentes técnicas de modificación de conducta.

Fotografía 6. Paciente con un comportamiento levemente negativo según Frankl.



Fotografía 7. Paciente con un comportamiento definitivamente positivo.



Fotografía 8. Registro del comportamiento de cada paciente en la tabla de Frankl.



Fotografía 9. Aplicación de la técnica decir-mostrar-hacer.



Fotografía 10. Aplicación de la técnica de reforzamiento positivo, regalándole un obsequio por su buen comportamiento.





Fase 4: Fichas de recolección de datos.

Fotografía 11. Historia clínica completa.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD N° 3
 HOSPITAL PEDIÁTRICO "ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN"

5

ESTABLECIMIENTO: H.P.A.V.R. NOMBRE: Noe, APELLIDO: Guzmán, SEXO (M/F): M, EDAD: 5 años

1 MOTIVO DE CONSULTA: Porque me duelen los muelas

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: Paciente refiere edematia en las piezas dentales

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: Madre: María Polan

4 SIGNOS VITALES: FRECUENCIA CARDÍACA: 90, TEMPERATURA: 36.2, F. RESPIR: 20

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO: Sin patología aparente

6 ODONTOGRAMA: [Diagram showing dental X-ray results with numbered boxes for each tooth quadrant]

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL: [Table with columns for plaque, calculus, gingivitis, periodontal disease, occlusion, and fluorosis]

8 ÍNDICES CPO-c60: [Table with columns for decay (D), caries (C), periodontal (P), oral (O), and total score]

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA: [Legend for dental symbols including fillings, extractions, and caries]

Escaneado con CamScanner

Fotografía 12. Consentimiento informado que fue firmado por cada padre de familia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIONES ODONTOLÓGICAS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID - 19

Coordinación Zonal Nro.: 3 Distrito Nro.:
 Nombre del establecimiento de salud: Hospital Rediatac Alfonso Villagomez Román

PRIMER APELLIDO Guanán	SEGUNDO APELLIDO Lema	NOMBRES Noc Hader	EDAD 5 años
NÚMERO DE CÉDULA 065066604-3	HCU DEL PACIENTE	FECHA 29-09-2021	HORA DE LA ATENCIÓN:

TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIA	HOSPITALARIA	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO-CIE-10	DEFINITIVO-CIE-10
---------------------------------	--------------	----------------------------------	-------------------

PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO RECOMENDADO:
 Operación dental

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (estado de salud, antecedente de COVID - 19, etc.):
 Paciente no recibe analgesia.

Posibles complicaciones:
 Ninguna.

Descripción del manejo posterior al procedimiento:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, Fecha: 29-09-2021 Hora

He facilitado la información completa que conozco sobre los antecedentes personales y familiares de mi estado de salud, y me ha sido solicitada. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento odontológico propuesto para mi urgencia / emergencia durante la emergencia sanitaria por COVID - 19; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo, se me ha explicado de forma clara en que consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consentí que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio.

Nombre del paciente: Noc Hader Guanán Lema
 Cédula de ciudadanía: 065066604-3
 Firma del paciente:

Nombre del profesional que realiza el procedimiento: Dra Silvana Pincho
 Firma, sello y código del profesional:

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:
 Nombre del representante legal: Renia Chik Caguana
 Cédula de ciudadanía: 062421240
 Firma del representante legal:

CS Escaneado con CamScanner

Fotografía 13. Escala de Frankl, tipo de paciente si es o no colaborador, escala del miedo CFSS-DS y escala de la ansiedad FIS.

ESCALA DE COMPORTAMIENTO DE FRANKL

Categoría	Descripción	
Definitivamente negativo	Rechaza el tratamiento Llanto intenso Movimientos fuertes de las extremidades No es posible la comunicación verbal Comportamiento agresivo	
Levemente negativo	Rechaza el tratamiento Movimientos leves de las extremidades Comportamiento tímido bloques la comunicación Acepta y acata algunas órdenes Llanto monótono	
Levemente positivo	Acepta tratamiento de manera cautelosa Llanto esporádico Es reservado Se puede establecer comunicación verbal Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo	
Definitivamente positivo	Cooperación Buena comunicación Motivación e interés por el tratamiento Relajación y control de las extremidades	

* Colaborada ✓
 * No colaborada

Técnicas aplicadas: Reforzamiento positivo

Nro.	Ítem	
1.	Dentistas	2
2.	Médicos	1
3.	Inyecciones	2
4.	Que alguien examine tu boca	2
5.	Tener que abrir tu boca	2
6.	Un extraño te toque	2
7.	Alguien te mire	2
8.	El motor del dentista	1
9.	Ver el motor del dentista	2
10.	Escuchar el ruido del motor del dentista	2
11.	Alguien colocando instrumentos en tu boca	2
12.	Arriba	2
13.	Tener que ir al hospital	2
14.	Personas con uniforme blanco	1
15.	El dentista haciendo limpieza de tus dientes	2
Total:		23

Sin miedo Poco miedo Con miedo Bastante miedo Mucho miedo

• No ansioso / Bajo miedo

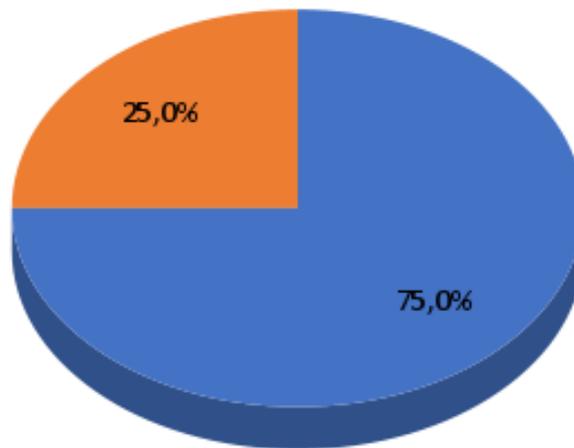
7 RESULTADOS

7.1. Análisis Descriptivo

Tabla 3. Escala ansiedad

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
No ansioso	30	75%
Ansioso	10	25%
Total	40	100%

Gráfico 1. Escala ansiedad

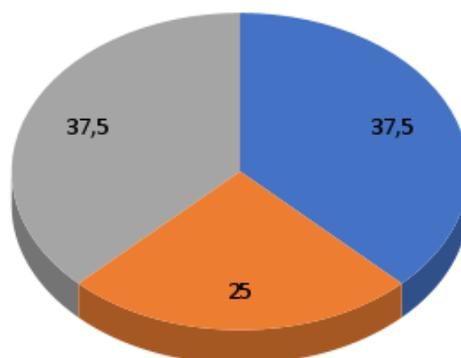


Análisis: El 75% de pacientes pediátricos que fueron abordados mediante la escala de ansiedad (FIS) se mostraron no ansiosos y el 25% se mostró ansioso, observando que más del 50% de pacientes no presentan ansiedad frente a la consulta.

Tabla 4. Escala miedo

Miedo	Frecuencia	Porcentaje
Miedo Bajo	15	37,5%
Miedo Moderado	10	25,0%
Miedo Alto	15	37,5%
Total	40	100%

Gráfico 2. Escala miedo



Análisis: Del 100% de los pacientes que fueron abordados mediante la escala para medir el miedo (CFSS-DS), el 37.5% presenta miedo bajo, seguido con el 37.5% con miedo alto, mientras que el 25% con miedo moderado, se observa que un porcentaje importante presenta un nivel de miedo entre bajo y alto.

Tabla 5. Escala de ansiedad por sexo

Sexo	Ansiedad			
	No ansioso	Ansioso	Total	
Hombre	f	18	5	23
	%	60,00%	50,00%	57,50%
Mujer	f	12	5	17
	%	40,00%	50,00%	42,50%
Total	f	30	10	40
	%	100,00%	100,00%	100,00%

Análisis: Respecto a la escala de ansiedad en relación con el sexo; los pacientes de sexo masculino se presentaron ansiosos con un 50%, al igual que las mujeres, mientras que los pacientes no ansiosos en un 60% fueron hombres y con un 40% mujeres, observando que no existe un alto porcentaje de ansiedad y hay una similitud de ansiedad tanto en hombres como mujeres.

Tabla 6. Nivel de miedo por sexo

Sexo	Nivel de miedo			Total	
	Bajo	Moderado	Alto		
Hombre	f	11	6	6	23
	%	73.30%	60.00%	40.00%	58%
Mujer	f	4	4	9	17
	%	26.70%	40.00%	60.00%	43%
Total	f	15	10	15	40
	%	100.00%	100.00%	100.00%	100%

Análisis: Respecto a la escala de miedo en relación con el sexo; del 100% de pacientes que presentan miedo alto, el 60% son mujeres y el 40% hombres, encontrando más del 50% de miedo alto en mujeres, mientras que del 100% de pacientes con miedo moderado, el 60% son hombres y el 40% mujeres.

Tabla 7. Escala de ansiedad y tipo de paciente

Tipo paciente		Ansiedad		Total
		No ansioso	Ansioso	
Colaborador	f	29	1	30
	%	96,70%	10,00%	75,00%
No colaborador	f	1	9	10
	%	3,30%	90,00%	25,00%
Total	f	30	10	40
	%	100,00%	100,00%	100,00%

Análisis: Respecto a la escala de ansiedad y el tipo de paciente, del 100% de pacientes no ansiosos, el 96,70 son colaboradores, mientras que del 100% de pacientes ansiosos, el 90% son no colaboradores, lo que mostraría que el paciente colaborador presenta un menor nivel de ansiedad.

Tabla 8. Escala de miedo y tipo de paciente

Tipo de paciente		Nivel de Miedo			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Colaborador	f	15	10	5	30
	%	100,00%	100,00%	33,30%	75%
No colaborador	f	0	0	10	10
	%	0,00%	0,00%	66,70%	25%
Total	f	15	10	15	40
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100%

Análisis: En la escala respecto al miedo y el tipo de paciente, se observa que el 100% de pacientes con nivel bajo de miedo se muestran colaboradores, al igual que los pacientes con miedo moderado, mientras que los pacientes con miedo alto el 66.70% son no colaboradores, lo que mostraría que el miedo es un determinante para colaborar.

Tabla 9. Escala de ansiedad por edad

Edad		Ansiedad		Total
		No ansioso	Ansioso	
<= 6.00	f	11	7	18
	%	36,70%	70,00%	45,00%
7.00 - 10.00	f	14	3	17
	%	46,70%	30,00%	42,50%
11.00+	f	5	0	5
	%	16,70%	0,00%	12,50%
Total	f	30	10	40
	%	100,00%	100,00%	100,00%

Análisis: De acuerdo a la escala de ansiedad respecto con la edad, del 100% de pacientes con rango menor a 6 años, el 70% se presenta como ansioso, y se observa que en este grupo de edad e se presenta mayor ansiedad, los pacientes entre 7 y 10 años se muestran como ansiosos en un 30% y los pacientes de 11 años o más ya no presentan ansiedad. Del total de pacientes no ansiosos, el 36.70% son menores o igual a 6 años, seguido del el 46.70% con pacientes de 7 a 10 años y finalmente el 16.70% con 11 años en adelante, observando que la ansiedad se presenta en su mayoría en pacientes menores de 6 años y de 7 a 10 años.

Tabla 10. Escala de miedo por edad

Edad		Nivel de Miedo			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
<= 6.00	f	4	3	11	18
	%	26,70%	30,00%	73,30%	45%
7.00 - 10.00	f	9	5	3	17
	%	60,00%	50,00%	20,00%	43%
11.00+	f	2	2	1	5
	%	13,30%	20,00%	6,70%	13%
Total	f	15	10	15	40
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100%

Análisis: Respecto a la escala de miedo y la edad, del 100% de pacientes con miedo alto, el 73.30% son menores a 6 años, este grupo es el de mayor nivel de miedo en este rango de edad, el 20% entre 7 y 10 años y el 6.70% de 11 años en adelante, los pacientes con miedo moderado. Del 100% de pacientes con miedo moderado, el 30% se presenta en el rango menor a 6 años, con un 50% se muestra en la edad de 7 a 10 años y con un 20% la edad de 11 años en adelante y del 100% de pacientes con miedo bajo, el 26.70% representa al rango

menores a 6 años, el 60% entre 7 y 10 años y finalmente el 13.30% de 11 años en adelante, y se observa que el miedo alto tiene importante presencia en los paciente menores o igual a 6 años y el miedo bajo se muestra en los pacientes de entre 7 y 10 años.

Tabla 11. Comportamiento según Frankl y ansiedad

Comportamiento Frankl	Ansiedad			Total
		No ansioso	Ansioso	
Definitivamente negativo	f	0	4	4
	%	0,00%	40,00%	10,00%
Levemente negativo	f	0	4	4
	%	0,00%	40,00%	10,00%
Levemente positivo	f	8	2	10
	%	26,70%	20,00%	25,00%
Definitivamente positivo	f	22	0	22
	%	73,30%	0,00%	55,00%
Total	f	30	10	40
	%	100,00%	100,00%	100,00%

Análisis: De acuerdo con la escala según Frankl respecto con la ansiedad, del 100% de pacientes ansiosos, el 40% son definitivamente negativos, al igual que pacientes levemente negativos, sobresaliendo la ansiedad en estos dos tipos de comportamientos, y el 20% representa a levemente positivos. Por otro lado del 100% de pacientes que no presentan ansiedad, el 73.30% presentó un comportamiento definitivamente positivo, seguido con el 26.70% con levemente positivos y no se presentaron comportamientos levemente negativos y definitivamente negativos. Se pudo analizar que los pacientes ansiosos presentaron niveles negativos de comportamiento en la consulta, y los pacientes no ansiosos con valores positivos respecto al comportamiento.

Tabla 12. Comportamiento de Frankl por miedo

Comportamiento Frankl	Miedo			Total	
		Miedo Bajo	Miedo Moderado		Miedo Alto
Definitivamente negativo	f	0	0	4	4
	%	0,00%	0,00%	26,70%	0,1
Levemente negativo	f	0	0	4	4
	%	0,00%	0,00%	26,70%	0,1
Levemente positivo	f	4	2	4	10
	%	26,70%	20,00%	26,70%	0,25
Definitivamente positivo	f	11	8	3	22
	%	73,30%	80,00%	20,00%	0,55
Total	f	15	10	15	40
	%	100,00%	100,00%	100,00%	1

Análisis: Respecto a escala según Frankl y el miedo, del 100% de pacientes que presentan miedo alto, el 26.70% son definitivamente negativos, levemente negativos y levemente positivos, observando que hay una igualdad de porcentajes en esos comportamientos, y el 20% representa a definitivamente positivos. Por otro lado del 100% de pacientes con miedo moderado, el 80% se presentó definitivamente positivo, seguido con el 20% con levemente positivos y no se presentaron comportamientos levemente negativos y definitivamente negativos. Finalmente del 100% de pacientes con miedo bajo, el 73.30% se presentó definitivamente positivo y el 26.70% levemente positivo, mientras que levemente negativos y definitivamente negativos no se presentó en este nivel de miedo. Se observa que los pacientes con miedo alto presentaron niveles negativos de comportamiento en la consulta, y los pacientes con miedo moderado y bajo con valores positivos respecto al comportamiento.

Tabla 13. Comportamiento de Frankl por ansiedad y sexo

Sexo	Comportamiento Frankl	Ansiedad			
		No ansioso	Ansioso	Total	
Hombre	Definitivamente negativo	f	0	4	4
		%	0,00%	80,00%	17,40%
	Levemente negativo	f	0	1	1
		%	0,00%	20,00%	4,30%
	Levemente positivo	f	4	0	4
%		22,20%	0,00%	17,40%	
Definitivamente positivo	f	14	0	14	
	%	77,80%	0,00%	60,90%	
Total	f	18	5	23	
	%	100,00%	100,00%	100,00%	
Mujer	Levemente negativo	f	0	3	3
		%	0,00%	60,00%	17,60%
	Levemente positivo	f	4	2	6
		%	33,30%	40,00%	35,30%
	Definitivamente positivo	f	8	0	8
%		66,70%	0,00%	47,10%	
Total	f	12	5	17	
	%	100,00%	100,00%	100,00%	
Total	Definitivamente negativo	f	0	4	4
		%	0,00%	40,00%	10,00%
	Levemente negativo	f	0	4	4
		%	0,00%	40,00%	10,00%
	Levemente positivo	f	8	2	10
		%	26,70%	20,00%	25,00%
	Definitivamente positivo	f	22	0	22
		%	73,30%	0,00%	55,00%
	Total	f	30	10	40
		%	100,00%	100,00%	100,00%

Análisis: Respecto al tipo de comportamiento en los pacientes con ansiedad por sexo, del 100% de hombres, el 80% se presentan definitivamente negativos, seguido del 20% de levemente negativos, observando que la ansiedad es un marcador para colaborar o no, mientras que del 100% de pacientes no ansiosos, el 77.80% son definitivamente positivos, seguido del 22.20% con levemente positivos. Por otro lado del 100% de mujeres, el 60% se presentan ansiosos con un comportamiento levemente negativo, seguido del 40% con levemente positivos, sobresaliendo los comportamientos negativos referente con la ansiedad, mientras que del 100% de no ansiosos, el 66.70 son definitivamente positivos y el 33.30% levemente positivos, entendiendo que a menor ansiedad hay una mejor colaboración sin importar el sexo.

Tabla 14. Comportamiento de Frankl por miedo y sexo

Sexo	Comportamiento Frankl		Miedo			Total
			Miedo Bajo	Miedo Moderado	Miedo Alto	
Hombre	Definitivamente negativo	f	0	0	4	4
		%	0,00%	0,00%	66,70%	17,40%
	Levemente negativo	f	0	0	1	1
		%	0,00%	0,00%	16,70%	4,30%
	Levemente positivo	f	4	0	0	4
		%	36,40%	0,00%	0,00%	17,40%
Definitivamente positivo	f	7	6	1	14	
	%	63,60%	100,00%	16,70%	60,90%	
Total	f	11	6	6	23	
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
Mujer	Levemente negativo	f	0	0	3	3
		%	0,00%	0,00%	33,30%	17,60%
	Levemente positivo	f	0	2	4	6
		%	0,00%	50,00%	44,40%	35,30%
	Definitivamente positivo	f	4	2	2	8
		%	100,00%	50,00%	22,20%	47,10%
Total	f	4	4	9	17	
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
Total	Definitivamente negativo	f	0	0	4	4
		%	0,00%	0,00%	26,70%	10,00%
	Levemente negativo	f	0	0	4	4
		%	0,00%	0,00%	26,70%	10,00%
	Levemente positivo	f	4	2	4	10
		%	26,70%	20,00%	26,70%	25,00%
Definitivamente positivo	f	11	8	3	22	
	%	73,30%	80,00%	20,00%	55,00%	
Total	f	15	10	15	40	
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Análisis: En lo referente con el tipo de comportamiento en los pacientes con miedo por sexo, se establece que del 100% pacientes de sexo masculino que presentan miedo alto, el 66.70% se presentan definitivamente negativos, seguido del 16.70% con levemente negativos y el 16.70% de definitivamente positivos, observando que los comportamientos negativos e relacionan con un miedo alto, del 100% de pacientes con miedo moderado, el 100% son definitivamente positivos y del 100% de paciente con miedo bajo, el 63.60% son definitivamente positivos, seguido con el 36.40% levemente positivos, se entiende que los pacientes con miedo pueden colaborar o no. Por otro lado, del 100% de mujeres con miedo alto, el 44.40% se presentan con un nivel de colaboración levemente positivo, seguida con el 33.30% de levemente negativos y el 22.20% con definitivamente positivos, del 100% de pacientes con miedo moderado, el 50% son definitivamente positivos al igual que levemente positivos, finalmente los pacientes con miedo bajo, el 100% son definitivamente positivos.

Tabla 15. Técnica aplicada y comportamiento de Frankl

Técnica aplicada		Comportamiento Frankl				Total
		Definitivamente negativo	Levemente negativo	Levemente positivo	Definitivamente positivo	
Decir, mostrar, hacer	f	0	0	5	3	8
	%	0,00%	0,00%	50,00%	13,60%	20,00%
Reforzamiento positivo	f	0	1	3	19	23
	%	0,00%	25,00%	30,00%	86,40%	57,50%
Control de voz	f	3	2	1	0	6
	%	75,00%	50,00%	10,00%	0,00%	15,00%
Mano sobre boca	f	0	0	1	0	1
	%	0,00%	0,00%	10,00%	0,00%	2,50%
Restricción física	f	1	1	0	0	2
	%	25,00%	25,00%	0,00%	0,00%	5,00%
Total	f	4	4	10	22	40
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Análisis: En lo que refiere a la técnica aplicada y el tipo de comportamiento, en la técnica de reforzamiento positivo sobresale el comportamiento definitivamente positivo con un 86.40%, la técnica de control de voz mostró en su totalidad comportamientos negativos, la técnica decir-mostrar-hacer con un 50% denotó un comportamiento levemente positivo, la técnica de restricción física el 50% de pacientes presentaron comportamientos definitivamente negativos y levemente negativos; finalmente, con al técnica de mano sobre boca el 10% son levemente positivos, entendiendo que a un mal comportamiento se aplica una técnica más invasiva.

Tabla 16. Técnica aplicada y procedimiento odontológico

Técnica aplicada	Procedimiento odontológico						Profilaxis	Total
	Operatoria	Exodoncia	Pulpotomía	Pulpectomía	Sellantes			
Decir, mostrar, hacer	f 3 % 15,80%	0 0,00%	1 50,00%	2 50,00%	0 0,00%	2 40%	8 20%	
Reforzamiento positivo	f 13 % 68,40%	2 33,30%	1 50,00%	2 50,00%	3 75,00%	2 40%	23 58%	
Control de voz	f 2 % 10,50%	2 33,30%	0 0,00%	0 0,00%	1 25,00%	1 20%	6 15%	
Mano sobre boca	f 0 % 0,00%	1 16,70%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0%	1 3%	
Restricción física	f 1 % 5,30%	1 16,70%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0%	2 5%	
Total	f 19 % 100,00%	6 100,00%	2 100,00%	4 100,00%	4 100,00%	5 100%	40 100%	

Análisis: Respecto a la técnica de modificación y procedimientos odontológicos, la técnica de reforzamiento positivo es la más aplicada en las operatorias con el 68.40%, siendo el procedimiento de mayor frecuencia, en cambio del total de exodoncias el 33.30% corresponde a la técnica de reforzamiento positivo seguida de la técnica control de voz y mano sobre boca, mientras que los procedimientos de pulpotomías y pulpectomías resultaron no tan frecuentes en los pacientes pediátricos, predominando en su mayoría la técnica de reforzamiento positivo y decir-mostrar-hacer, en la aplicación de sellantes sobresale el reforzamiento positivo con un 75% y finalmente los pacientes que requieren profilaxis fueron abordados en su mayoría con técnicas comunicativas como es la técnica decir-mostrar hacer y reforzamiento positivo.

Tabla 17. Técnica de modificación y evaluación del miedo

Técnica modificación	Miedo				
		Miedo Bajo	Miedo Moderado	Miedo Alto	Total
Decir, mostrar, hacer	f	3	3	2	8
	%	20,00%	30,00%	13,30%	20,00%
Reforzamiento positivo	f	12	7	4	23
	%	80,00%	70,00%	26,70%	57,50%
Control de voz	f	0	0	6	6
	%	0,00%	0,00%	40,00%	15,00%
Mano sobre boca	f	0	0	1	1
	%	0,00%	0,00%	6,70%	2,50%
Restricción física	f	0	0	2	2
	%	0,00%	0,00%	13,30%	5,00%
Total	f	15	10	15	40
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Análisis: En lo referente a la técnica aplicada y el miedo, los pacientes que presentan miedo bajo sobresale la técnica de reforzamiento positivo con un 80%, seguido del 20% con la técnica decir-mostrar-hacer, los pacientes con miedo moderado donde en su mayoría mostró un reforzamiento positivo, siendo la técnica que más se aplica en estos pacientes; finalmente, de los pacientes con miedo alto se observa la aplicación de la técnica de control de voz en un 40%, seguida del 26.70% con la técnica de reforzamiento positivo y con un 13.30% con la técnica decir-mostrar-hacer y restricción física, encontrando que en los pacientes con miedo moderado y bajo normalmente se aplica técnicas no invasivas.

Tabla 18. Técnica aplicada y ansiedad

Técnica aplicada	Ansiedad			
		No ansioso	Ansioso	Total
Decir, mostrar, hacer	f	8	0	8
	%	26,70%	0,00%	20,00%
Reforzamiento positivo	f	22	1	23
	%	73,30%	10,00%	57,50%
Control de voz	f	0	6	6
	%	0,00%	60,00%	15,00%
Mano sobre boca	f	0	1	1
	%	0,00%	10,00%	2,50%
Restricción física	f	0	2	2
	%	0,00%	20,00%	5,00%
Total	f	30	10	40
	%	100,00%	100,00%	100,00%

Análisis: De acuerdo con la técnica aplicada y el nivel de ansiedad, del total de pacientes no ansiosos el 73.30% corresponde a la técnica de reforzamiento positivo, siendo la técnica que más se aplica, seguido del 26.70% con la técnica decir-mostrar-hacer, por otro lado en los pacientes ansiosos sobresale la técnica de control de voz con un 60%, seguida con el 10% de la técnica de reforzamiento positivo y mano sobre boca y con un 20% con restricción física, donde a mayor ansiedad se aplicaron técnicas más invasivas.

Tabla 19. Técnica aplicada y tipo de paciente

Técnica aplicada	Tipo paciente			
		Colaborador	No colaborador	Total
Decir, mostrar, hacer	f	7	1	8
	%	23,30%	10,00%	20,00%
Reforzamiento positivo	f	23	0	23
	%	76,70%	0,00%	57,50%
Control de voz	f	0	6	6
	%	0,00%	60,00%	15,00%
Mano sobre boca	f	0	1	1
	%	0,00%	10,00%	2,50%
Restricción física	f	0	2	2
	%	0,00%	20,00%	5,00%
Total	f	30	10	40
	%	100,00%	100,00%	100,00%

Análisis: En lo referente a la técnica aplicada y el tipo de paciente, del 100% de pacientes colaboradores, en el 76.70% aplicó la técnica de reforzamiento positivo, encontrando a esta técnica como la de mayor aplicación en estos pacientes, seguida del 23.30% con la técnica decir-mostrar-hacer; y, por otro lado, del total de pacientes no colaboradores el 60% corresponde a la técnica de control de voz, seguida con un 20% con la técnica de restricción física y un 10% con restricción física.

7.2. Análisis de significancia

Hipótesis 1 (H1)

H_0 = No existe relación entre los niveles de ansiedad detectados en los pacientes odontopediátricos y el comportamiento en la consulta odontológica.

IC=95%

Error=5%

Decisión: Si p es menor 0,05 se rechaza la H_0

Prueba

Tabla 20. Contingencia H1

Ansiedad	Tipo de comportamiento		
	Negativo	Positivo	Total
No ansioso	0	30	30
Ansioso	8	2	10
Total	8	32	40

Tabla 21. Prueba Chi cuadrado (H1)

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30.000a	1	0.00		
Corrección de continuidad ^b	25.208	1	0.00		
Razón de verosimilitud	30.024	1	0.00		
Prueba exacta de Fisher				0.00	0.00
Asociación lineal por lineal	29.25	1	0.00		
N de casos válidos	40				

a 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.00.

b Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Conclusión: El valor de significancia fue menor a 0,05 ($p=0.00$) por tanto se rechaza H_0 y se concluye que existe relación entre los niveles de ansiedad detectados en los pacientes odontopediátricos y el comportamiento en la consulta odontológica.

Hipótesis 2 (H2)

H_0 = No existe relación entre los niveles de miedo detectados en los pacientes odontopediátricos y el comportamiento en la consulta odontológica.

IC=95%

Error=5%

Decisión: Si p es menor 0,05 se rechaza la H_0

Prueba

Tabla 22. Contingencia H2

Nivel de miedo	Tipo de comportamiento		
	Negativo	Positivo	Total
Sin miedo	0	15	15
Con miedo	8	17	25
Total	8	32	40

Tabla 23. Chi cuadrado de Pearson H2

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.000a	1	0.01		
Corrección de continuidad	4.167	1	0.04		
Razón de verosimilitud	8.689	1	0.00		
Prueba exacta de Fisher				0.02	0.01
Asociación lineal por lineal	5.85	1	0.02		
N de casos válidos	40				

a 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.00.

b Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Conclusión: El valor de significancia fue menor a 0,05 ($p=0.01$) por tanto se rechaza H_0 y se concluye que existe relación entre los niveles de miedo detectados en los pacientes odontopediátricos y el comportamiento en la consulta odontológica

8 DISCUSIÓN

La odontopediatría es la rama odontológica que más dedicación y habilidad exige por parte del profesional para controlar los temores que presenta el paciente y a su vez el comportamiento. El miedo y la ansiedad en el ámbito de odontología tienen mayor incidencia en la población infantil, limitando en ocasiones o totalmente la aplicación de los tratamientos dentales.⁽¹⁾ Los resultados de este estudio indican que la ansiedad por sexo, se presenta en el 50% de hombres y mujeres; resultados que difieren con Armando Vila⁽¹⁸⁾ quien manifiesta que el 63,3% del sexo femenino se manifiesta con ansiedad y el sexo masculino con un 36,7%. Con respecto a la edad, el presente estudio estableció que en el rango de edad \leq a 6 años presentó mayor ansiedad con un 70% , seguido de los pacientes de 7 a 10 años con un 30% y los pacientes de 11 no presentaron ansiedad, lo cual es similar con lo mencionado por Marcano⁽¹⁷⁾ quien determina que a los 6 años destacó la ansiedad con un 21.1%, de 7 a 11 años con un 18,8%, y finalmente a los 12 años no se presentó ansiedad. De acuerdo con el miedo y el sexo los resultados de este estudio indican que el miedo alto se presenta en un 60% en las mujeres, mientras que en los hombres en un 40% lo que concuerda con los resultados de Manterola⁽¹³⁾, en el que el 54.33% de la población corresponde al sexo femenino y el 45,57% al sexo masculino, indicando que existe mayor miedo en las mujeres. Por otro lado, en referencia a la edad los resultados del presente trabajo indican que de los pacientes con miedo alto, el 70% son \leq 6 años, y el 20% de 7 a 10 años, mientras que de los pacientes con miedo moderado, el 50% está en el rango de 7 a 10 años, lo cual es concomitante con lo mencionado por Marcano⁽¹⁷⁾ en el que pacientes de 6 años destacaron alto miedo con el 20%, y entre 7 y 9 años con el 16%.

Los resultados mostrados en esta investigación a partir de la escala de Frankl respecto a la ansiedad indicaron que el 80% de pacientes presentan comportamientos definitivamente negativos y levemente negativos, mientras que los pacientes no ansiosos con un 73.30% se presentan definitivamente positivos. Mientras que respecto al miedo, del 100% de pacientes con miedo alto, más del 50% de pacientes se presentan con comportamientos negativos, los pacientes con miedo moderado, el 80% se presentó definitivamente positivo y con miedo bajo el 73.30% fue definitivamente positivo, similar a lo reportado en los resultados de Munayco⁽¹⁹⁾ en el que se analizó la relación entre el miedo y la ansiedad dental en niños de 3 a 13 años y se observó que los niños no ansiosos presentaban un comportamiento definitivamente positivo con un 85,7% y respecto al miedo indica que los niños con bajo miedo presentaban un comportamiento positivo con un 92%. Con respecto al sexo este

estudio determinó que tanto hombres como mujeres presentaron ansiedad con más del 50% con un comportamiento definitivamente negativo, y no ansiosos presentaron un comportamiento definitivamente positivo tanto en hombres y mujeres en la mayoría de la población, lo que difiere con Miranda⁽⁵⁶⁾ en el que se observó la prevalencia de ansiedad dental en los niños y la prevalencia de ansiedad en niños y niñas de 6 a 10 años fue del 22,5% mientras que el comportamiento según Frankl también difiere con lo mencionado por Ramos⁽³⁴⁾ que según el sexo se encontró que el ítem de conducta positiva presentó el mayor porcentaje en todos los casos. Mientras que el miedo sobresale en el sexo masculino en un 66.70% con un comportamiento definitivamente negativo y en las mujeres el miedo alto se presentó en un 44.40% con un comportamiento levemente positivo, seguido con el 33.30% con levemente negativos.

Con respecto a la técnica de modificación de conducta y el comportamiento se encontró que el reforzamiento positivo se presentó en un 86.40% en pacientes con comportamientos definitivamente positivos, seguido de decir-mostrar-hacer y con un 75% la técnica de control de voz en definitivamente negativos, resultados que concuerdan con Bartolomé Villar⁽⁴⁾ quien manifiesta que el refuerzo positivo se utilizó como primera técnica, seguida del control de voz. De acuerdo con los procedimientos odontológicos, la técnica de reforzamiento positivo es la de mayor tendencia en las operatorias con el 68.40%, de igual forma en las pulpotomías y pulpectomías se observó al reforzamiento positivo como de alta presencia, en cambio del total de exodoncias el 33.30% corresponde a la técnica de reforzamiento positivo seguida de la técnica control de voz y mano sobre boca, en la aplicación de sellantes y en profilaxis se denota una presencia importante en el reforzamiento positivo y decir-mostrar-hacer. Con el miedo, predominó en su mayoría el reforzamiento positivo en el miedo bajo y moderado, mientras que el miedo alto con un 40% la técnica de control de voz y con la ansiedad, el 73.30% de no ansiosos corresponde a la técnica de reforzamiento positivo, seguido del 26.70% con la técnica decir-mostrar-hacer, por otro lado, en los pacientes ansiosos se observa la técnica de control de voz con un 60%. Con respecto a la técnica según el tipo de pacientes se encontró que la técnica de reforzamiento positivo fue la de mayor frecuencia con el 59,10% en pacientes colaboradores, seguida de la técnica decir-mostrar-hacer; mientras que en los pacientes no colaboradores el control de voz fue aplicado en el 33,30%, teniendo relación con estudios de Lopera María⁽⁵⁾ quien indica que las técnicas más utilizadas en los pacientes colaboradores fueron el decir-mostrar-hacer con un 78%, mientras que en niños no colaboradores se usó el control de voz con el 41,6%.

Los resultados respecto a la comparación de significancia entre la ansiedad y el tipo de comportamiento en el presente estudio determinaron una asociación significativa ($p= 0,00$), por lo tanto se indica que existe una relación o asociación del grado de ansiedad con el tipo de comportamiento del paciente por lo que pacientes ansiosos presentan comportamientos negativos y no ansiosos comportamientos positivos. Con respecto al miedo y tipo de comportamiento de igual forma se corroboró una asociación con un valor significativo ($p=0,01$), indicando que los pacientes que no tienen miedo presentan comportamientos positivos y aquellos que presentan miedo tienen comportamientos negativos y positivos entre sí, criterios que concuerdan con lo reportado por Munayco⁽¹⁹⁾ en su estudio quien determina que los niños no ansiosos presentaban un comportamiento definitivamente positivo con un 85,7% y respecto al miedo indica que los niños con bajo miedo presentaban un comportamiento positivo con un 92%.

9 CONCLUSIONES

Se concluye que la mayoría de los pacientes no presentaron niveles de ansiedad altos, sin embargo, un 25% presentó niveles de ansiedad y de ellos no hubo distinción entre hombres y mujeres, debido a que los niveles de ansiedad en sus porcentajes fueron los mismos y mayormente la ansiedad se presentó en los rangos de edades ≤ 6 años y de 7 a 10 años. Mientras que en lo referente al miedo tuvo una similitud entre miedo alto y miedo bajo del total de pacientes abordados, de acuerdo con la edad el miedo alto corresponde a la edad ≤ 6 años y el miedo moderado sobresale en las edades de 7 a 10 años.

Se identificó que el tipo comportamiento según la escala de Frankl, encontrando que en gran proporción de pacientes infantiles presentaron ansiedad con comportamientos negativos, mientras que los pacientes no ansiosos tenían comportamientos definitivamente positivos, El sexo no fue un determinante diferenciado entre el comportamiento y la ansiedad. En lo referente al miedo al relacionarlo con el tipo de comportamiento no se determinó que los valores porcentuales mostraron una tendencia respecto al tipo de comportamiento y al miedo presentado, la mayoría de los pacientes que presentaron miedo presentaron comportamientos positivos y negativos indistintamente.

Con respecto a las técnicas aplicadas, el presente estudio concluye que la técnica de mayor frecuencia fue el reforzamiento positivo en comportamientos positivos y la técnica de control de voz en comportamientos negativos. En lo referente a los procedimientos odontológicos, el reforzamiento positivo fue mayor en todos los procedimientos, especialmente en las operatorias, siendo este procedimiento el más aplicado en estos pacientes. En el miedo bajo y moderado predominó la técnica de reforzamiento positivo mientras que en el miedo alto la técnica de control de voz. Respecto a la ansiedad y pacientes no colaboradores la técnica predominante fue control de voz seguida de restricción física, mientras que en los pacientes no ansiosos y colaboradores se aplicó el reforzamiento positivo entendiendo que a mayor ansiedad se aplican técnicas más invasivas.

Se concluye, además, que existe una relación o asociación entre el miedo y el tipo de comportamiento ($p=0,01$). Respecto a la ansiedad y tipo de comportamiento, se observó también dicha asociación en relación con el paciente ansioso y comportamientos negativos. ($p=0,00$).

10 RECOMENDACIONES

Sería importante recomendar que dentro de la historia clínica del niño se considere alguna escala que evalúe la ansiedad y el miedo que experimentan en el tratamiento dental, lo cual ayudaría para definir el abordaje del paciente y realizar un tratamiento exitoso. Los miedos y ansiedad en el ámbito de la odontología tienen mayor incidencia en la población infantil, por lo tanto se recomienda mantener una buena comunicación con el paciente desde el primer momento que ingresa a la consulta generando confianza en él y poder trabajar correctamente.

La escala de Frankl permite identificar el tipo de comportamiento en los pacientes pediátricos, y determina su nivel de comportamiento tanto positivo o negativo y su posible relación con la ansiedad que presente, es recomendable siempre verificar el comportamiento del niño según esta escala para escoger como se puede trabajar con los pacientes previo a la inclusión de técnicas de modificación de comportamiento, y con ello disminuir sus temores, también se presentan comportamientos positivos, en donde es necesario reforzar dicho comportamiento para un mejor proceso de atención clínica.

Es importante abordar y conocer si el paciente es colaborador o no, así como su miedo, ansiedad y en base a esto aplicar las técnicas que sean necesarias para modificar su comportamiento y que en lo posible sea una técnica no invasiva o comunicativa como lo es el reforzamiento positivo o decir-mostrar-hacer, mientras que por otro lado se debe acudir al uso de una técnica más invasiva para abordar a los pacientes más difíciles como es la técnica mano sobre boca o restricción física lo cual sería necesario aplicar en el paciente pediátrico para hacer posible el tratamiento dental, por otro lado las técnicas farmacológicas como sedación y anestesia general no son del todo utilizadas, pero si se aplican en el caso que no hayan funcionado las no farmacológicas, debido a que son técnicas aceptables para el manejo de pacientes con estrés, nerviosismo, ansiedad, malos comportamientos y que presenten urgencias ya sea en niños o adultos, siempre y cuando acepten y firmen el consentimiento informado.

Se recomienda que para estudios futuros se analicen las relaciones encontradas con otra población de estudio, como la relación entre la ansiedad y el tipo de comportamiento, con el fin de analizar el comportamiento que presenta el paciente pediátrico en relación con su ansiedad, de la misma manera los pacientes no ansiosos. Por otro lado, es importante analizar el miedo y el tipo de comportamiento, ya sea miedo bajo, moderado o alto que pueden variar con su comportamiento. Del mismo modo tener en cuenta el factor de sexo o edad que

determinan un factor en su comportamiento, y por ende la aplicación de técnicas de modificación de conducta; así mismo generar confianza para que exista una mejor colaboración por parte del niño, mejorando cita a cita la predisposición al tratamiento.

11 BIBLIOGRAFIA

1. Teixeira Antunes V, Bellet Dalmau L, Guinot Jimeno F. Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. Revisión bibliográfica. *Odontol pediátrica*. 2008;16(2):108–20.
2. Delgado A, Sánchez J. Miedo, fobias y sus tratamientos. *Rev Electrónica Psicol Iztacala* [Internet]. 2019;22(2):798–833. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192c.pdf>
3. Ortega M, Roosevelt R, Montiel R. Efectividad de las técnicas de manejo conductual en odontopediatría . Revisión sistemática Eficácia das técnicas de gestão comportamental na odontologia pediátrica . Revisão sistemática Effectiveness of behavioral management techniques in pediatric dentis. *Rev Odontopediatría Latinoam*. 2021;11(1):1–18.
4. Villar B, Rodríguez BV, Cañizares C, Moreta VT. Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. *CientDent*. 2020;17(1):27–34.
5. Lopera Ossa MP, Cardeño Chaverra V, Muñetones Correa D, Serna Salazar E, Díaz Garavito MV, Bermúdez Reyes P. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. *Rev Nac Odontol* [Internet]. 2013;9(16):59. Available from: <http://revistas.ucc.edu.co/>
6. Calero I, Aristizabal L, Villavicencio J. Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontologica. *Rev Estomat* [Internet]. 2012;20(1):45–9. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/e8e2/9a6708297fe3a04f3507a90a7ebf8507f32f.pdf>
7. Magda L, Yanett C. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Inst Super Ciencias Médicas*. 2006;(1):21.
8. Martín MÁL. Cómo intervenir en los problemas de conducta infantiles. *Padres y Maest* Publicación la Fac Ciencias Humanas y Soc [Internet]. 2014;(356):37–44. Available from: <https://revistas.upcomillas.es/index.php/padresymaestros/article/view/3071>
9. Torres M, Hermoza A. Manejo de conducta no convencional en niños: hipnosis,

- musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. *Rev estomatológica Hered* [Internet]. 2012;22(2):129–36. Available from: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n2/vol22_n2_12_reh_art08.pdf
10. Alzate Zapata LM, Garcia Bran SY, Gaviria Correa I, López Sarmiento JS, Ortiz Restrepo J, Franco Aguirre JQ, et al. Factores asociados al miedo y ansiedad en pacientes que asisten a consulta odontológica: Estudio Transversal. *Rev Estomatol.* 2021;29(1):9.
 11. Wilson S. Management of child patient behavior: Quality of care, fear and anxiety, and the child patient. *J Endod* [Internet]. 2013;39(3 SUPPL.):S73–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joen.2012.11.040>
 12. Buldur B. Behavior management in pediatric dentistry: An overview and interpretation. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2019;19(1):2.
 13. Morales L, Corarello A, Heredia G, Markiewicz J. El Miedo en Relación a la Odontología Uso de la Escala del Miedo Dental. *Rev la Fac odontológica Buenos Aires.* 2020;35(81):33–40.
 14. Ledesma K. Ansiedad Y Miedo Ante El Tratamiento Odontológico En Niños. *Odontol Act Rev Científica.* 2018;2(1):79.
 15. Barrera Méndez JA. El miedo colectivo: el paso de la experiencia individual a la experiencia colectiva. *El Cotidiano* [revista en Internet] 2010 [acceso 3 de junio de 2021]; 159: 5-10. *Rev Científica América Lat* [Internet]. 2010;(159):5–10. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32512747002.pdf>
 16. Gordillo, LF, Mestas HL, Arana, MJM, Salvador C. El miedo como constructo de análisis sistemático. *Rev Altern psicológicas* [Internet]. 2015;18(32):27–47. Available from: <http://alternativas.me/attachments/article/76/2>. El miedo como constructo de análisis sistemático.pdf
 17. Marcano, A. Figueredo, A. Orozco G. Assessment of anxiety and fear in school children in the pediatric dentistry consultation. *Rev Odontopediatria Latinoam.* 2012;2(2):65–71.
 18. Vila-sierra LA, Candelario-guette SS, Ss C, Cy C. Ansiedad , miedo y comportamiento en odontopediatria utilizando Brix 3000 y método rotatorio para

- remoción de caries. 2019;16(2):383–94.
19. Munayco E, Mattos M, Torres G, Blanco D. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico. *Odvotos Int J Dent Sci*. 2018;20(3):81–91.
 20. Ramos Martínez K, Alfaro Zola LM, Madera Anaya MV, González Martínez F. Ansiedad y miedo en niños atendidos en consulta odontológica de la Universidad de Cartagena. *Rev odontológica Mex*. 2018;22(1):8–14.
 21. Ríos EM, Ronda Herrera R, Rojas AG. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Av Odontoestomatol*. 2014;30(1):39–46.
 22. Arrieta K, Díaz S, Verbel J. Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. *Rev Clin médica Farm*. 2013;6(1):17–24.
 23. Amcohorte. Comportamiento Humano [Internet]. Wordpress. 2016 [cited 2021 Dec 23]. Available from: <https://amcohorte1.files.wordpress.com/2016/02/1-comportamiento-humano.pdf>
 24. Galarsi MF, Medina A, Ledezma C, Zanin L. Comportamiento, historia y evolución. *Rev Científica América Lat*. 2011;12(2):89–102.
 25. Cobo Olivero CE. El comportamiento humano. *Cuad Adm*. 2011;19(29):113–30.
 26. Lulla D, Mascarenhas SS, How CH, Yeleswarapu SP. An approach to problem behaviours in children. *Singapore Med J*. 2019;60(4):168–72.
 27. Luangrath A, Hiscock H. Problem behaviour in children: An approach for general practice. *Aust Fam Physician*. 2011;40(9):678–81.
 28. Gobierno de Aragón. Trastornos de la conducta: Una guía de intervención en la escuela. [Internet]. Info libros. 2006 [cited 2021 Dec 28]. Available from: <https://infolibros.org/pdfview/4775-trastornos-de-la-conducta-una-guia-de-intervencion-en-la-escuela-gobierno-de-aragon/>
 29. Arza YF. La psicología infantil en la actualidad. *Rev Científica Cienc Médica*. 2000;(8):155–62.
 30. Ramírez MA. PADRES Y DESARROLLO DE LOS HIJOS: PRACTICAS DE

- CRIANZA. *Estud pedagógicos*. 2005;31(2):2–12.
31. Nuñez-Soto I, Parés-Vidrio G, López-Pérez R. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. *Rev Odontológica Mex*. 2006;10(1):30–25.
 32. Paula D, Caroli L, Navia MJ. Presencia del padre en la consulta pediátrica. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2006;104(4):325–7. Available from: https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2006/arch06_4/v104n4a08.pdf
 33. Fernández MMC, Trujillo LEC. Importancia de la familia en la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol*. 2012;49(1):47–54.
 34. Ramos Martínez, Ketty. Alfaro, Lizelia. Lesbia, Rosa. Gonzáles F. SOCIAL SKILLS AND BEHAVIOR IN CHILDREN DURING THE DENTAL APPOINTMENT IN A SCHOOL TEACHING AND DENTAL ASSISTANCE , CARTAGENA (COLOMBIA). *Rev Fac Odontol Univ Antioquia* [Internet]. 2015;27(1):86–108. Available from: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v27n1a5%0AABSTRACT>.
 35. Escudero A. Trastornos del comportamiento. *Form Act Pediatr Atención Primaria*. 2012;5(3):7.
 36. De la Peña F, Palacios L. Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Ment* [Internet]. 2011;34(5):421–7. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 37. Rodríguez Hernández PJ. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integr*. 2008;12(10):949–58.
 38. Extremera M. Revisión bibliográfica sobre el trastorno disocial. A propósito de un caso. *Rev Digit Med Psicosomática y Psicoter*. 2013;3(3):1–48.
 39. Molinuevo B. Trastorno disocial y DSM-5: cambios y nuevos retos. *Cuad Med psicosomática y Psiquiatr enlace* [Internet]. 2014;(110):53–7. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803005>
 40. Sosa Hernández J, Hernández Miranda T, Zaldívar Rodríguez JM, Páez Rodríguez Y. Trastorno disocial en niños con déficit de atención e hiperactividad. *Rev Ciencias*

- Médicas Pinar del Río. 2017;21(5):05–12.
41. Rusca-Jordán F, Cortez-Vergara C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Rev Neuropsiquiatr.* 2020;83(3):148–56.
 42. Francia Vasconcelos A, Miguez Ramírez M, Peñalver Mildestein Y. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y su tratamiento. *Acta Médica del Cent* [Internet]. 2018;12(4):485–95. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2018/mec1841.pdf>
 43. Llanos-Lizcano LJ, García-Ruiza DJ, González-Torres HJ, Puentes-Rozo P, Llanos Lizcano LJ, García Ruiz DJ, et al. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Rev Pediatr Atención Primaria.* 2019;21(83):e101–8.
 44. Gatica Gabriel, Franco Paola LM. Trastornos del Desarrollo de la Personalidad en Niños y Adolescentes. *REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.* *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc.* 2015;26(2):109–20.
 45. Castañeda DR, Gómez-Becerra I. Patrones de personalidad disfuncionales en niños y adolescentes: Una revisión funcional - Contextual. *Suma Psicol.* 2012;19(2):131–49.
 46. Blanco Artola C, Gómez Solorzano N, Orozco Matamoros D. Actualización de los trastornos de personalidad. *Rev Medica Sinerg.* 2020;5(4).
 47. Juárez López LA, Retana Ugalde R, Delgado López AA. Factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad en niños de cuatro a seis años de edad que acuden por primera vez con el odontopediatra. *Rev la Asoc Dent Mex.* 2014;71(1):9–15.
 48. Kronina, Liga. Rascevska M. Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety. *Stomatol Balt Dent Maxillofac J.* 2017;19(3):84–90.
 49. Karde, Amira. Salazar, Carmen. Perez, Alba. Nevado F. Comportamiento del niño en el consultorio odontológico. *Acta odontológica Venez.* 1999;37(3).
 50. Bartolomé Villar B, Torres Moreta L, Méndez Zunino M, Almenara Rodríguez M. Factores que influyen en la Ansiedad Dental del Paciente Infantil. *CientDent.* 2019;16(1):59–66.

51. Hermida L, Puig F, Braun A, Ram D, Volfovikz R. Preferencia de pacientes niños y sus padres respecto a la vestimenta y sexo del odontopediatra. *Actas Odontológicas*. 2017;14(1):33–42.
52. Carrillo, Agustín. Martínez A. Manejo de conducta en odontología Pediátrica [Internet]. *Dentista y paciente*. 2018 [cited 2021 Dec 28]. Available from: <https://dentistaypaciente.com/investigacion-clinica-115.html>
53. Fonseca García L, Sanchis Forés C. Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. *Ther Estud y propuestas en ciencias la salud*. 2013;(5):81–96.
54. Carla, Larrea. Morales L. Evaluación del miedo dental en niños atendidos en la Clínica Odontológica Universidad Franz Tamayo-Bolivia. *Rev Odontopediatría Latinoam*. 2022;12(1):17.
55. Donoso - Delgado LC, Campos - Campos KJ. Comparación de tres escalas de ansiedad: RMS pictorial scale (RMS-PS); Venham picture test (VPT) y Facial image scale (FIS). *Rev Odontol Pediátrica*. 2020;18(2):26–34.
56. Mautz C, Fenández C, Saldivia C, Rodríguez C, Riquelme S, Linco J. Prevalencia de ansiedad dental en niños atendidos en los Servicios de Salud Públicos de Valdivia, Chile. *Odontoestomatología*. 2017;19(30):59–64.
57. Albuquerque Da Cunha W, Nahás Pires Corrêa MS, Abanto Alvarez J. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Rev Estomatológica Hered*. 2015;17(1):22.
58. Cárdenas J. Escala de Frankl del comportamiento [Internet]. *Tu salud guía para estar bien*. 2020 [cited 2022 Jan 1]. Available from: <https://tusaludguia.com/escala-de-frankl-del-comportamiento/>
59. Lakhani B, KR I, Garg S, Singh N, Tomer E. Behavior Assessment using Frankl Rating Scale and Identification of Personality in Pediatric Dental Operator. *J Child Adolesc Behav*. 2017;05(05).
60. Alarco-Cadillo L, Casas Apayco L, Reyes Bossio M, Ramírez Torres MC. Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años. *Rev*

Odontopediatría Latinoam. 2017;7(1):9.

61. Aguado VN, Ríos RF. Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual; explicación del procedimiento , riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental. *Rev Odontol Mex.* 2012;16(4):242–51.
62. Montaña YG, Fragoso RR, Ruidíaz VC, Luis II, Gaitán A. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. *Rev Odontológica Mex.* 2006;10(3):126–30.
63. T MJF. Tecnicas de modificacion conductual aplicables en la clínica odontológica. *Acta odontológica Venez.* 2005;43(2).
64. Vijayalakshmi N. Behavior Modification Techniques – An Awareness Study. *Shanlax Int J Educ.* 2019;7(2):20–4.
65. Abanto Alvarez J, Rezende KMP e C, Bönecker M, Pires Corrêa FN, Nahás Pires Corrêa MS. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Rev Estomatológica Hered.* 2010;20(2):101.
66. Ashley PF, Chaudhary M, Lourenço-Matharu L. Sedation of children undergoing dental treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(12).
67. Yarzabal T, Alzate I, Mussini P. Óxido nitroso : uso en odontología. *Salud Mil.* 2018;37(2):46–54.
68. Guney SE, Araz C, Tirali RE, Cehreli SB. Dental anxiety and oral health-related quality of life in children following dental rehabilitation under general anesthesia or intravenous sedation: A prospective cross-sectional study. *Niger J Clin Pract.* 2018;21(10):1304–10.

12. ANEXOS

Anexo 1. Visto bueno del tutor

VISTO BUENO DEL TUTOR

Facultad: Facultad de ciencias de la salud

Carrera: Carrera de odontología

1. DATOS INFORMATIVOS DOCENTE TUTOR

Apellidos: Mazón Baldeón

Nombres: Gloria Marlene

Cedula/Pasaporte: 0601399843

2. DATOS INFORMATIVOS ESTUDIANTE

Apellidos: Vimos Valdez

Nombres: María José

Cedula/Pasaporte: 0604247973

Título del Proyecto de Investigación: Influencia del miedo y la ansiedad en el comportamiento del paciente odontopediátrico. Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román. Riobamba, 2021

Dominio Científico: Salud como producto social al buen vivir

Línea de Investigación: Salud: atención integral en Odontología

3. Cumplimiento de Requerimientos del Perfil del Proyecto de Investigación

Aspectos	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1. Título	SI	
2. Introducción	SI	
3. Planteamiento del problema	SI	
4. Objetivos:	SI	
a. General	SI	
b. Específicos	SI	
5. Estado del arte relacionado a la temática de investigación (Marco teórico)	SI	
6. Metodología	SI	
7. Cronograma de trabajo investigativo.	SI	
8. Referencias bibliográficas	SI	
9. Apéndice y anexos	SI	

Luego de haber revisado y analizado la propuesta presenta por el estudiante y dando cumplimiento a los criterios metodológicos exigidos por la carrera, se procede a emitir el visto bueno para la Aprobación del perfil del proyecto de investigación.

Lugar y Fecha: Riobamba, 29 de octubre de 2021.

GLORIA
MARLENE
MAZON
BALDEON

Firmado digitalmente
por GLORIA MARLENE
MAZON BALDEON
Fecha: 2021.10.31
10:15:42 -0500'

Dra. Marlene Mazón
TUTORA

Anexo 2. Autorización del H.P.A.V.R

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGOMEZ ROMÁN

Dirección: España 24 34 entre veloz y Orozco Telf: 2960-307
Riobamba - Ecuador

Riobamba, 31 de agosto de 2021

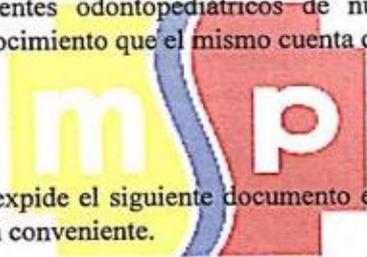
Señorita
María José Vimos Valdez
ESTUDIANTE DE LA UNACH

Presente.

De mi consideración:

Llego a usted con un saludo cordial, en respuesta al oficio S/N de fecha 27 de agosto de 2021, en el cual solicita la autorización para la ejecución de su trabajo de investigación (Proyecto de tesis) denominado **“MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS DE 4 A 7 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ”** que se aplicará en los pacientes odontopediátricos de nuestras instalaciones, tengo a bien poner en su conocimiento que el mismo cuenta con la **AUTORIZACION** correspondiente.

Se expide el siguiente documento en solicitud de la persona interesada, para fines que crea conveniente.



Ministerio
de Salud Pública

Atentamente.

DR. LUIS REYES

DIRECTOR DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ



Dra. Silvana Pancho. Odontóloga general

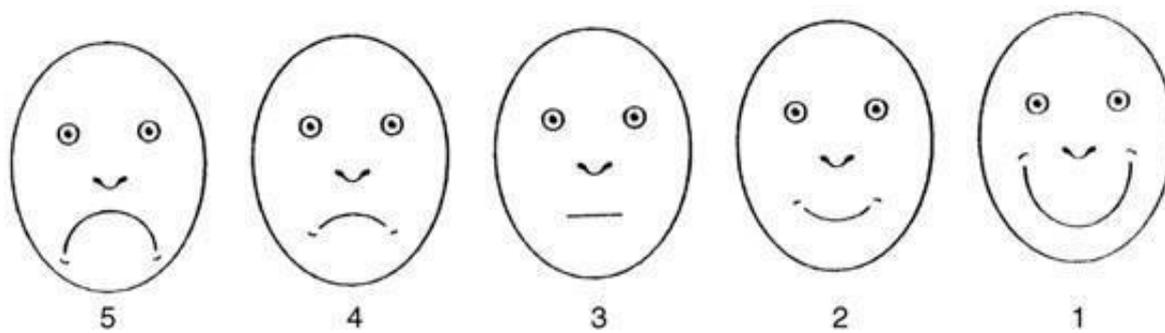
Dra. Miryam Carpio. Odontopediatra.

Anexo 3. Escala (DFSS-DS)

Nrs.	Items
1.	Dentistas
2.	Médicos
3.	Inyecciones
4.	Que alguien examine tu boca
5.	Tener que abrir tu boca
6.	Un extraño te toque
7.	Alguien te mire
8.	El motor del dentista
9.	Ver el motor del dentista
10.	Escuchar el ruido del motor del dentista
11.	Alguien colocando instrumentos en tu boca
12.	Asfixia
13.	Tener que ir al hospital
14.	Personas con uniforme blanco
15.	El dentista haciendo limpieza de tus dientes

Ítems	Sin miedo	Poco miedo	Con miedo	Bastante miedo	Mucho miedo
Dentistas					

Anexo 4. Escala FIS



Anexo 5. Escala de Frankl

ESCALA DE COMPORTAMIENTO DE FRANKL		
Categoría	Descripción	
Definitivamente negativo	Rechaza el tratamiento Llanto intenso Movimientos fuertes de las extremidades No es posible la comunicación verbal Comportamiento agresivo	
Levemente negativo	Rechaza el tratamiento Movimientos leves de las extremidades Comportamiento tímido-bloquea la comunicación Acepta y acata algunas órdenes Llanto monótonico	
Levemente positivo	Acepta tratamiento de manera cautelosa Llanto esporádico Es reservado Se puede establecer comunicación verbal Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo	
Definitivamente positivo	Cooperación Buena comunicación Motivación e interés por el tratamiento Relajación y control de las extremidades	

Anexo 6. Historia Clínica

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD N° 3
HOSPITAL PEDIÁTRICO "ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN"

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)		EDAD		N° HISTORIA CLÍNICA	
H.P.A.V.R											

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	10 - 14 AÑOS NO PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS PROGRAMADO	20 - 24 AÑOS NO PROGRAMADO	25 - 29 AÑOS PROGRAMADO	30 AÑOS Y MÁS	EMBARAZADA
----------------	------------	-----------------------	----------------------------	-------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	------------------	-------------	------------------	---------	-------------	------------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min.	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT min.
------------------	--------------------------	----------------	------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
 MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1,2 O 3). SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE
PLACA 0-1-2-3				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
CÁLCULO 0-1-2-3				SEVERA	ANGLE III	SEVERA
GINGIVITIS 0-1						

16	17	55
11	21	51
26	27	65
36	37	75
31	41	71
55	47	85
TOTAL		

8 ÍNDICES CPO- ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	C	e	O	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	=	PRÓTESIS TOTAL
* azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	☐	CORONA
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	○ azul	OBTURADO
X azul	PÉRDIDA INDICADA	(.....)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES

Anexo 7. Consentimiento informado

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIONES ODONTOLÓGICAS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID - 19			
Coordinación Zonal Nro.: _____		Distrito Nro.: _____	
Nombre del establecimiento de salud: _____			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	EDAD
NÚMERO DE CÉDULA	HCU DEL PACIENTE	FECHA	HORA DE LA ATENCIÓN:
TIPO DE ATENCIÓN		DIAGNOSTICO	
AMBULATORIA	HOSPITALARIA	PRESUNTIVO-CIE-10	DEFINITIVO-CIE-10
PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO RECOMENDADO: _____			
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (estado de salud, antecedente de COVID - 19, etc.): _____			
Posibles complicaciones: _____			
Descripción del manejo posterior al procedimiento: _____			

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. Fecha: _____	Hora _____
<p>He facilitado la información completa que conozco sobre los antecedentes personales y familiares de mi estado de salud, y me ha sido solicitada. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento odontológico propuesto para mi urgencia / emergencia durante la emergencia sanitaria por COVID - 19; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo, se me ha explicado de forma clara en que consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio.</p>	
Nombre del paciente: _____	
Cédula de ciudadanía: _____	
Firma del paciente: _____	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento: _____	
Firma, sello y código del profesional: _____	
Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:	
Nombre del representante legal: _____	
Cédula de ciudadanía: _____	
Firma del representante legal: _____	