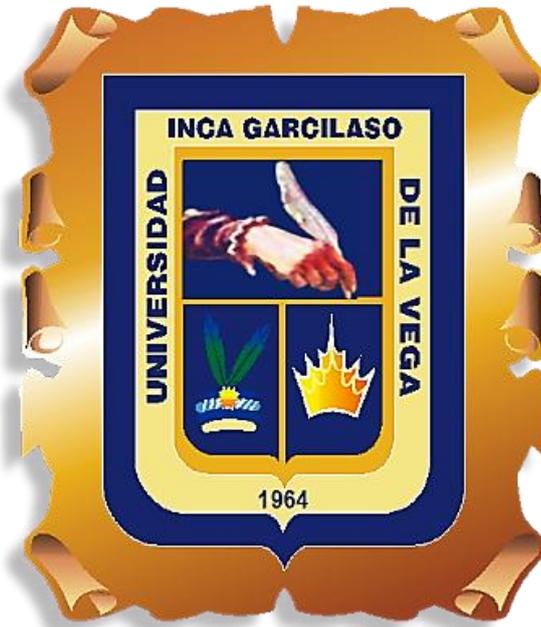


UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO SOBRE LA
CONDUCTA ANSIOSA DEL NIÑO EN LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO- DENTISTA**

PRESENTADO POR LA:
Bach. Ingrid Anel, SOTO DEXTRE

Lima - Perú

2018

TÍTULO DE LA TESIS:
INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO SOBRE LA
CONDUCTA ANSIOSA DEL NIÑO EN LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA

JURADO DE SUSTENTACIÓN

Mg. Alejandro Salazar Sebastian

Presidente

Mg. Elmo Palacios Alva

Secretario

Mg. Jorge Bouroncle Sacin

Vocal

Quiero dedicarle toda mi carrera en primer lugar a Dios por darme las fuerzas necesarias en los momentos en que más las necesité y bendecirme dándome a mi bella familia quienes han sido mis pilares a lo largo de mi vida y quienes me han guiado en cada uno de mis pasos.

Asimismo a mi padre por estar siempre cuando lo necesité, pese a que muchas veces esto le demandó detener sus obligaciones, a mi madre por su apoyo incondicional a lo largo de toda mi carrera, porque siempre creyó en mí, y siempre estuvo al pendiente de mis estudio; porque gracias a ambos encontré los ánimos y el aliento cuando los perdía y sin ellos no hubiese sido posible realizar mi sueño.

A mi hermano por su colaboración constante cada vez que lo requerí, por la confianza y paciencia, y por último a mis queridos abuelos por ser mi inspiración y soporte.

AGRADECIMIENTOS

Agradecerle a Dios por permitirme llegar a culminar este estudio, y por bendecir cada uno de los pasos que he dado.

A mis padres por darme la oportunidad de realizar este estudio ya que por ellos he podido concluirlo, gracias a su soporte emocional y económico. Gracias por enseñarme que todo se puede lograr con perseverancia y esfuerzo, y que todo esfuerzo tiene su recompensa, como la culminación de este estudio.

Agradezco a mi asesor de tesis, el Dr. Hugo Caballero Cornejo por su tiempo, paciencia y apoyo en la realización de esta investigación. Gracias por los conocimientos brindados y por las asesorías.

Agradezco a todas aquellas personas que fueron parte del estudio, gracias por colaborar de forma desinteresada y entusiasta en el estudio.

ÍNDICE

| | Pág. |
|------------------------|------|
| Portada | i |
| Título | ii |
| Jurado de Sustentación | iii |
| Dedicatoria | iv |
| Agradecimientos | v |
| Índice | vi |
| Índice de Tablas | viii |
| Índice de Gráficos | ix |
| Resumen | x |
| Abstract | xi |
| Introducción | xii |

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|----------------------------|----|
| 1.1 Marco Teórico | 1 |
| 1.1.1 La conducta | 1 |
| 1.1.2 Ansiedad | 8 |
| 1.1.3 Nivel Socioeconómico | 21 |
| 1.1.4 La Infancia | 32 |
| 1.1.5 El Niño | 33 |
| 1.2 Investigaciones | 48 |
| 1.3 Marco Conceptual | 57 |

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

| | |
|---|----|
| 2.1 Planteamiento del Problema | 59 |
| 2.1.1 Descripción de la realidad problemática | 59 |
| 2.1.2 Definición del problema | 62 |
| 2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación | 63 |
| 2.2.1 Finalidad | 63 |

| | | |
|---|---|-----|
| 2.2.2 | Objetivo General y Específicos | 63 |
| 2.2.3 | Delimitación del estudio | 64 |
| 2.2.4 | Justificación e importancia del estudio | 65 |
| 2.3 | Variables e Indicadores | 67 |
| 2.3.1 | Variables | 67 |
| 2.3.2 | Indicadores | 67 |
| | | |
| CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO | | |
| | | |
| 3.1 | Población y Muestra | 68 |
| 3.1.1 | Población | 68 |
| 3.1.2 | Muestra | 68 |
| 3.2 | Diseño utilizado en el Estudio | 69 |
| 3.3 | Técnica e Instrumento de Recolección de Datos | 69 |
| 3.3.1 | Técnica de Recolección de Datos | 69 |
| 3.3.2 | Instrumento de Recolección de Datos | 70 |
| 3.4 | Procesamiento de Datos | 73 |
| | | |
| CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | | |
| | | |
| 4.1 | Presentación de los Resultados | 75 |
| 4.2 | Discusión de los Resultados | 85 |
| | | |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | | |
| | | |
| 5.1 | Conclusiones | 95 |
| 5.2 | Recomendaciones | 96 |
| | | |
| BIBLIOGRAFÍA | | 99 |
| ANEXOS | | 110 |

ÍNDICE DE TABLAS

| Tabla | | Pág. |
|--------------|--|-------------|
| N° 01 | Distribución de participantes según el sexo | 76 |
| N° 02 | Distribución de participantes según edad | 77 |
| N° 03 | Influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica estomatológica del niño, madre, gestante-bebe de la Universidad inca Garcilaso de la Vega, ciclo académico 2018-I | 78 |
| N° 04 | Influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica; mediante la prueba del Chi cuadrado (X ²) y el nivel de significancia (p). | 79 |
| N° 05 | Nivel de ansiedad que tiene el niño si tuviera que ir mañana al dentista | 80 |
| N° 06 | Nivel de ansiedad que tiene el niño cuando espera al dentista en la sala de espera | 81 |
| N° 07 | Nivel de ansiedad que tiene el niño cuando el dentista pone la turbina listo para empezar el tratamiento | 82 |
| N° 08 | Nivel de ansiedad que tiene el niño cuando este está en el sillón odontológico para una limpieza dental | 83 |
| N° 09 | Nivel socioeconómico de los niños participantes | 84 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| GRÁFICO | | Pág. |
|----------------|--|-------------|
| N° 01 | Distribución de participantes según el sexo | 76 |
| N° 02 | Distribución de participantes según edad | 77 |
| N° 03 | Influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica estomatológica del niño, madre, gestante-bebe de la Universidad inca Garcilaso de la Vega, ciclo académico 2018-I | 78 |
| N° 04 | Nivel de ansiedad que tiene el niño si tuviera que ir mañana al dentista | 80 |
| N° 05 | Nivel de ansiedad que tiene el niño cuando espera al dentista en la sala de espera | 81 |
| N° 06 | Nivel de ansiedad que tiene el niño cuando el dentista pone la turbina listo para empezar el tratamiento | 82 |
| N° 07 | Nivel de ansiedad que tiene el niño cuando este está en el sillón odontológico para una limpieza dental | 83 |
| N° 08 | Nivel socioeconómico de los niños participantes | 84 |

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el ciclo académico 2018-I. El diseño metodológico fue Descriptivo, el tipo de investigación fue Prospectivo, Transversal y Observacional, y el enfoque fue Cualitativo. Para poder realizar la ejecución del estudio, se utilizó una muestra que estuvo conformada por 101 niños pacientes de la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, los cuales fueron seleccionados en forma no aleatoria por conveniencia, quienes cumplieron con los criterios de selección. Se realizó la presentación y análisis de resultados de las pruebas estadísticas como las inferenciales que fueron expresadas mediante tablas y gráficos, elaboradas con el programa Windows Microsoft Excel versión 2008. Así mismo, los datos recolectados fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 22. En los resultados se observa que en mayoría los niños pertenecientes al nivel socioeconómico E presentaron un nivel de ansiedad leve, en un número de 32, con un porcentaje de 31.7%. En la presente investigación se llegó a la conclusión que hay influencia del nivel socioeconómico E con un nivel de ansiedad Leve.

Palabras clave

Nivel socioeconómico, Ansiedad, Conducta, Niño

ABSTRACT

The purpose of the present investigation was to determine the influence of the socioeconomic level on the anxious behavior of the child in the dental consultation in the Stomatological Clinic of the Child, Pregnant Mother-Baby of the Inca Garcilaso de la Vega University in the academic year 2018-I. The methodological design was descriptive, the type of research was Prospect, Transversal and Observational, and the approach was Qualitative. In order to carry out the study, once they were satisfied with 101 sick children from the Children's Stomatological Clinic, Mother Gestante-Baby from the Inca Garcilaso de la Vega University, they were randomly selected for convenience, who met the criteria of selection. The presentation and analysis of the results obtained by means of tables and graphs, made with the Windows Microsoft Excel version 2008 program was carried out. Likewise, the data collected were processed with the statistical program SPSS version 22. The results were observed in The majority of the children belonging to the socioeconomic level E level a level of mild anxiety, in a number of 32 with a percentage of 31.7%. In the present investigation it was concluded that there is influence of the socioeconomic level E with a level of mild anxiety.

Keywords

Socioeconomic level, Anxiety, Behavior, Child

INTRODUCCIÓN

La ansiedad se define como el estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.⁷ Estudios concluyen en que esta se encuentra relacionada a una serie de factores predisponentes como es el nivel socioeconómico.⁸⁹

En lo que se refiere a Odontología, se ha clasificado a la ansiedad en el quinto lugar dentro de los escenarios más temidos a nivel mundial. Debido a su alta incidencia, según los estudios realizados, es de esperarse que los pacientes, especialmente los niños evadan las consultas odontológicas debido al temor que estas provocan, entorpeciendo así la frecuencia del tratamiento y la consulta en sí.^{17 40}

El presente estudio tiene como objetivo determinar la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Además de establecer Cuál es el nivel de ansiedad que tiene el niño si tuviera que ir mañana al dentista?, ¿Cuál es el nivel de ansiedad del niño cuando espera al dentista en la sala de espera?, ¿Cuál es el nivel de ansiedad del niño cuando el dentista pone la turbina listo para empezar el tratamiento?, ¿Cuál es el nivel de ansiedad del niño cuando este está en el sillón odontológico para una limpieza dental?, ¿Cuál es el nivel socioeconómico del niño?.

El primer capítulo es el Marco Teórico, en el cual se propone una fundamentación teórica, antecedentes internacionales, bases teóricas y se redactó el marco conceptual.

En el segundo capítulo, es el Planteamiento del Problema, de acuerdo al objetivo general se determina la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

En el tercer capítulo, la Metodología que se aplica; es no experimental, de tipo Descriptivo, Prospectivo, Transversal y Observacional en pacientes infantes que acuden a la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Se realizó la recolección de datos de la clínica de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos que se utilizaron fueron una Ficha del nivel socioeconómico y un Cuestionario de ansiedad dental de Corah.

En el cuarto capítulo, se realiza la Presentación y Análisis de Resultados de las pruebas estadísticas como las interferenciales que se expresan mediante tablas y gráficos, elaboradas con el programa Windows Microsoft Excel versión 2008. Así mismo, los datos recolectados fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 22.

En el Quinto capítulo, se puede apreciar que de acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que se pudo determinar la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

CAPÍTULO I : FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 MARCO TEÓRICO

1.1.1 La Conducta

A. Generalidades

Desde que nacemos no dejamos de conducirnos. Surge una necesidad y con ella una conducta que busca satisfacerla a través del vínculo con los demás. La forma en que logremos vincularnos dependerá de lo que los demás nos posibiliten y de nuestra capacidad de acción.

A lo largo de su vida, cada ser humano va desarrollando una forma peculiar de conducirse, de vincularse con el medio, fruto de la interacción entre ambos. La experiencia que adquiera no se líjenle sino que se incorpora a él influyendo en sus conductas posteriores.

La conducta se manifiesta en tres áreas la intelectual, la social y la corporal. Aunque determinada conducta puede abarcar más de un área, siempre hay preponderancia de alguna de ellas.

De esta manera se irá conformando un estilo propio de conducirse o vincularse, resultado de esa experiencia previa. El término personalidad

designa, precisamente, esa forma particular de vínculo con los otros seres. Cada persona estructura su persona a través de las conductas.¹

B. Etimología

El término conducta proviene del latín *-conductus-* que significa conducir. Este hace referencia a la forma en que, un individuo o un grupo de individuos actúan en función de los demás individuos dentro de una sociedad, grupo o cultura.²

C. Concepto

Se puede decir que, la conducta es una actividad consciente debido a que el sujeto conoce sus implicaciones y consecuencias. Asimismo, es observable, es decir, que se manifiesta ante otros y también repetible, ya que, se presenta de forma permanente o continua.

La conducta entonces, es el conjunto de acciones propias de un individuo en correspondencia de otros, dentro del entorno donde se desenvuelve.²

Las personas en todo momento, de una manera u otra, llevamos a cabo una conducta. Por ejemplo, aunque estemos callados pensando, observando, resolviendo un problema mentalmente, etc., nos estamos comportando de alguna forma. La ausencia de conducta no existe; este término se refiere tanto a lo que hacemos, como a lo que pensamos y sentimos. La conducta humana lo engloba todo (lo emocional, lo cognitivo, motor).

La psicología aborda la conducta desde el punto de vista de los mecanismos que influyen en nuestro comportamiento y los aspectos mentales que determinan nuestras acciones. La conducta en psicología es muy importante, puesto que nos da mucha información sobre la persona y nos permite actuar sobre los diferentes estímulos que pueden desencadenar el comportamiento o la conducta en sí misma y sus consecuencias.³

D. Tipos de conducta

- **Conductas Naturales**

Es la conducta que logra representar aquellas personas que actúan de forma natural con el objetivo de contribuir con el equilibrio de sus respectivas necesidades como humano.

- **Conductas Fomentadas**

Se refiere al tipo de conducta donde la persona es incitada por otros o por un agente externo, con el fin de que actúe de una forma determinada. En este tipo de conducta, el individuo razona antes de cualquier acción a realizar.

- **Conductas Adquiridas**

También se le conocen como conductas aprendidas, ya que son las que suelen aprenderse con la vida diaria. Esta siempre está ligada a la adaptabilidad y a la supervivencia. Tanto la memoria como el aprendizaje y el lenguaje son fundamentales para estas conductas.

- **Conducta Agresiva**

Predomina en las personas que actúan de esta manera, el dominio de su propio ego. Es decir, el derecho propio es más importante que el derecho de los demás y por tal razón actúa trasgrediendo reglas con la finalidad última de hacer valer sus propios derechos y/o voluntades. Esto provoca un ambiente de hostilidad y en la mayoría de los casos se manifiesta algún tipo de violencia física.

- **Conducta Pasiva**

Se encuentran dentro de este tipo personas que tienen como característica principal, el ser sumisas ante cualquier escenario buscando siempre evitar momentos o situaciones de conflicto. Creen que tienen menos derechos que las demás. Normalmente su autoestima está algo deteriorada o disminuida por diversas razones.

- **Conducta Asertiva**

A comparación de la conducta pasiva y de la agresiva, este tipo de conducta mantiene un perfecto balance entre ambas. Las personas con este tipo de conducta siempre logran cumplir sus metas planeadas, están al tanto de los demás y siempre cumple con lo que prometen. Son personas abiertas que logran comunicar lo que sienten sea positivo o negativo, son entusiastas, motivadoras, y se sienten muy bien consigo mismo. Estos logran defender sus derechos y necesidades, y al mismo tiempo toman en cuenta y defienden los derechos y deseos de los demás. Siempre están abiertos al diálogo y a la negociación, por lo tanto

siempre logran resolver dificultades, ya que nunca se quedan callados ante cualquier confrontación.

- **Conducta Estereotipada**

Este es un tipo de conducta muy particular. Se basa en el escenario de que se presenta un cambio sociocultural en determinada época o por necesidades de aceptación, la mayoría de las veces, se adquieren ciertas conductas específicas. Las mismas corresponderán a ese nuevo tipo de manifestación cultural.

- **Conductas Instintivas**

Tiene como motivación este tipo de conductas reflejadas en determinadas acciones como su origen, los propios instintos del ser humano al que se refiere. Esos instintos se manifiestan dependiendo de ciertos rasgos o patrones de carga genética predominando de manera general en el aspecto sexual de la persona.

- **Conducta Refleja**

Este es un tipo de acción o actitud que desarrolla el ser humano de manera automática en el momento en que precisamente, recibe un estímulo externo que hace que reacciones de tal manera. Normalmente en este tipo de situaciones no existe un control voluntario de sus propios comportamientos, es decir, existe un estímulo y la respuesta inmediata al mismo en acciones.⁴

E. La Conducta del Niño

Un factor que tiene principal influencia en la conducta del niño es la familia. Evidentemente que la exposición del niño a las normas y patrones familiares reflejan modelos de ambientes familiares, especialmente positivos si dichos modelos son gratificados, ya que conlleva a la limitación de dichos modelos por parte del niño. Ahora bien, si los padres además de ocuparse de las necesidades materiales y afectivas de sus hijos, se encargan así mismo de la educación y formación de hábitos, así como también de la adquisición de normas de conductas, contribuirán notablemente al reforzamiento de un modelaje positivo.⁵

En este orden de ideas, el autor Albornoz plantea que de la conducta de los padres y de la forma como entre ambos organicen la familia, dependerá en gran medida la educación que han de tener los hijos, ya que en cada familia por sí misma, desarrolla ciertos patrones de conducta los cuales hacen activo un concepto de organización social, el cual incide en el aspecto de la personalidad del niño.⁵

F. Tipos de conducta de los niños en el sillón odontológico

- Cooperadora

Los pacientes manifiestan seguridad y confianza, se muestran relajados, llegando a establecer la comunicación con el odontólogo de manera rápida y fácil. El abordaje en estos casos es un éxito, ya que la capacidad de adaptación del niño permite llevar a cabo de manera eficiente las acciones clínicas necesarias.

- **Cooperador Tenso**

El paciente acepta el tratamiento, aunque existen evidentes signos de delatan tensión: sudoración en manos y labio superior, temblor en la voz, siguen los movimientos del odontólogo. Es por esto que el odontólogo debe ser muy observador y realizar un buen diagnóstico de la situación, ya que este es un límite entre conductas negativas y positivas: el paciente acepta el tratamiento pero puede tener una mala imagen del odontólogo.

- **Descontrolada – Rebelde**

Es un niño generalmente manipulador que caracteriza por tener miedo o ansiedad aguda que lo lleva a la “pataleta”, caracterizada por llanto fuerte, tirarse al suelo y realizar movimientos bruscos de brazos y piernas, con la finalidad de resistirse al tratamiento. El padre debe intentar restablecer la disciplina, caso contrario lo hará el odontólogo, debe establecerse una comunicación mostrando los lineamientos de un correcto comportamiento.

- **Agresiva – Desafiante**

Se siente incomprendido, es desconfiado y manifiesta siempre mal humor; inicialmente se intentará establecer una comunicación, aunque es difícil llegar a él, generalmente son niños de mayor edad, que manifiestan expresiones como: “no quiero”, “ándate”. La actitud en su hogar suele ser la misma, debido a que los padres no mantienen una disciplina adecuada. Es importante ser firme, confiado y establecer parámetros claros para la conducta y a la vez se deben delinear

claramente los objetivos del tratamiento. El odontólogo debe mostrarse como amigo, alguien que confía en sus capacidades, los padres deben estar fuera del consultorio.

- **Tímida**

Estos pacientes son extremadamente inseguros y dependientes de los padres, retraídos, traspiran mucho, cuando se resisten al tratamiento es porque se sienten amenazados y tienden a llorar en voz baja, habrá que acercárseles con confianza, con cariño, lo más receptivo posible. Lo mejor será un abordaje suave, estimulando su confianza en sí mismo ofreciéndole medios para que colabore con el tratamiento, ya que si es abordado de manera errónea puede pasar a una conducta descontrolada. Esta forma de conducta puede explicarse como sobreprotección en el hogar o falta de contacto social.

- **Llorosa**

Esta conducta se produce cuando no existe causa justificable del llanto generando confusiones en el odontólogo. La disciplina y autoridad deben estar presentes para dominar la situación, constantemente se debe verificar que no haya causa verdadera del llanto.⁶

1.1.2 Ansiedad

A. Etimología

El término ansiedad, proviene del latín "*anxietas*", congoja o aflicción.⁷

B. Concepto

Se define como el estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.⁷ También se le puede definir como una sensación desapacible, la cual se anticipa a un acontecimiento desagradable o indeseable que está a punto de suceder. Está acompañada de síntomas como tensión muscular, estados de agitación y angustia. Dicha sensación está asociada a la reacción que tiene el individuo hacia un peligro desconocido.^{8 9} En el aspecto subjetivo, la ansiedad es un sentimiento o emoción única que es cualitativamente diferente de cualquiera de otros estados emocionales tales como tristeza, depresión, coraje o pesadumbre. Se caracteriza por varios grados de sentimientos de aprehensión, temor o nerviosismo. En el lado más objetivo o conductual, la ansiedad es indicada por una elevada actividad del sistema nervioso autónomo y por síntomas tales como palpitaciones cardíacas, sudoración, perturbaciones respiratorias, y tensión muscular.¹⁰

Es un sentimiento de miedo y aprensión confuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos. Además, el individuo ansioso muestra combinaciones de los síntomas siguientes: ritmo cardíaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareo, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimientos. Todos estos síntomas físicos se presentan tanto en el miedo como en la ansiedad.

Cuando se habla de ansiedad es normal para diversos autores confundir este término con angustia, miedo o estrés, por lo cual en muchas ocasiones resulta difícil encontrar la definición adecuada para evidenciar realmente lo que es la ansiedad, sin embargo, dichos términos tienden a relacionarse lo suficiente para poder decir que la ansiedad puede llevar consigo altos niveles de miedo, estrés y hasta la angustia misma.^{8 9 11}

El trastorno se presenta en ocasiones en personas con historia de experiencias traumáticas, lo que las hace vulnerables, aumentando sus temores. Cuando hay ansiedad, el individuo evita cualquier tipo de situación que tenga relación con la experiencia negativa. Las actitudes de evasión y angustia a las situaciones que generan ansiedad afectan directamente la normalidad de las actividades laborales, académicas o sociales de las personas.

La ansiedad, desde la perspectiva de la personalidad, se caracteriza por tensiones y emociones, presentándose como estímulos internos (cognitivos) o externos (ambientales). la ansiedad puede manifestarse mediante tres canales:¹²

- **El subjetivo**

La persona manifiesta verbalmente mediante pruebas psicológicas su ansiedad a través de acciones o manifestaciones de su conducta e ideas.

- **La excitación fisiológica**

La ansiedad se manifiesta a través de las diferentes respuestas fisiológicas del sistema nervioso autónomo. Así, la tensión muscular es mayor en sujetos con emotividad elevada e inestabilidad emocional.

- **El canal somático**

Se presentan reacciones del organismo ante situaciones amenazantes. Las cuales se manifiestan mediante úlceras, caída del cabello, erupciones cutáneas entre otras.

C. Características

Se caracteriza por la aparición súbita y limitada en el tiempo de síntomas como aprensión, miedo intenso, lo destacado de ellos es la intensidad. Durante la crisis aparecen síntomas como: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aire o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas y molestias abdominales, inestabilidad o mareo.¹³

D. Clasificación

La clasificación de ansiedad dental de Norman Corah implementada en este trabajo es realizada por niveles. Cada nivel presenta manifestaciones diferentes que varían en intensidad y tienen una incidencia sobre la respuesta de la persona, en sus diferentes dimensiones (fisiológica, cognitiva y corporal). Originalmente se basa en cuatro preguntas con cinco opciones de respuesta y valores de 1 a 5 para cada opción. La puntuación

máxima es de 20 y a partir de 15 el paciente es considerado con ansiedad severa o fobia. El mismo autor creó un cuestionario de preocupaciones dentales que ayuda a determinar cuáles son los factores desencadenantes de ansiedad en la consulta odontológica. Cabe aclarar que muchos autores se refieren al test como confiable y fácil de aplicar.^{11 14 15}

Existen muchas clasificaciones dadas para ansiedad se considera la clasificación en:¹⁶

- **Ansiedad Leve**

En este nivel de ansiedad la persona está alerta, oye, ve y domina la situación; funcionan más las capacidades de percepción y observación, debido a que existe más energía dedicada a la situación causante de ansiedad. La ansiedad es transitoria, se observa temor, irritabilidad, intranquilidad e incomodidad.

- **Ansiedad Moderada**

El campo perceptual de la persona se ha limitado un poco, ve, oye y domina la situación menos que en el caso anterior, experimenta limitaciones para percibir lo que sucede a su alrededor pero puede observarlo si otra persona le dirige la atención hacia cualquier sitio. En este nivel se pueden observar manifestaciones fisiológicas y psicológicas con poca intensidad, como sequedad de boca, palpitaciones, temblores, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria. En resumen la ansiedad leve y moderada

puede tener un valor muy definido de ajuste, porque influye sobre el individuo orientando a una adaptación de diferente tipo del que en otra forma hubiera podido realizar, ya que estos niveles le proveen energía suficiente para aprender, crecer, desarrollar y completar actividades.

- **Ansiedad Severa**

El campo perceptual se ha reducido notablemente, la persona no observa lo que ocurre a su alrededor y es incapaz de hacerlo aunque otra persona dirija su atención hacia la situación. La atención se concentra en uno o muchos detalles dispersos, se puede distorsionar lo observado, el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre un grupo de ideas. En este nivel se presentan sequedad de boca, manos frías, fatiga, mareos temblores anormales, fobias, insomnio, inquietud motora, sudoración profusa y sensación de desvanecimiento.

E. La ansiedad en la odontología

La ansiedad en la literatura odontológica es definida como miedo a las experiencias traumáticas propias o experiencias ajenas de incomodidad.¹⁷ Según el autor Uteri ¹⁸ el miedo y la ansiedad están juntos en la infancia y no pueden ser separados. Estas emociones comienzan a desarrollarse en edad pre-escolar con el inicio de la conformación de nuevos patrones de comportamientos; los cuales se van adquiriendo en el contacto social con amigos y otros adultos, incluyendo al dentista y a su ambiente odontológico.¹⁹

El niño asocia a menudo la odontología con el daño, ha aprendido que el dentista puede dañarle y asocia su dolor con el “ser malo,” ya que en ocasiones recibió una sanción por su mal comportamiento e interpreta que la odontología y el dentista son un castigo.²⁰ Esta actitud es percibida por el niño a través de los comentarios de sus familiares, amigos y de sus propias experiencias médicas.^{21 22 23}

Factores ambientales como problemas emocionales en casa y los medios de comunicación influyen también en él. La televisión, radio, revistas, etc. Predisponen al niño a ver la odontología como algo muy peligroso; condicionándolo a optar una actitud negativa respecto a ella y restándole credibilidad al odontólogo.^{24 25}

Estudios^{26 27} encontraron que la etiología de la ansiedad en la odontología está relacionada principalmente con el tratamiento doloroso en combinación con la actitud negativa de los padres o del dentista, también la relacionan con el número de extracciones dentarias a que fue sometido el paciente, la primera impresión al ambiente de la sala de espera y las experiencias subjetivas dentales del niño.²⁸

Thompson²⁹ nos dice que un niño pre-escolar que no ha sido acondicionado positivamente a la odontología “exhibe ansiedad en su visita odontológica”; reflejando resistencia a la atención dental, rehusándose a abrir la boca, pudiendo hablar gritando, u otros rehúsan entrar al consultorio y huyen del peligro imaginario. Todas estas conductas y la

persistencia de las mismas son los medios utilizados para manejar su propia ansiedad.³⁰

Es por ello que la ansiedad dental en el niño es vista como una actitud evasiva que puede inducir a cancelar o posponer la visita con el especialista, produciéndose así un efecto negativo sobre su salud buco dental.^{21 31 32 33} Siendo esta la razón principal para evitar el cuidado dental, la cual tiene su origen en la infancia.^{34 35 36}

F. Prevalencia de la Ansiedad en Odontología

En lo que se refiere de odontología se ha clasificado a la ansiedad en quinto lugar dentro de los escenarios más temidos. Debido a su alta prevalencia es de esperarse que los pacientes, especialmente los niños eviten las consultas odontológicas debido al temor que estas provocan entorpeciendo la frecuencia del tratamiento y la consulta.³⁷

La prevalencia de ansiedad dental a nivel mundial es un problema altamente preocupante que afecta a grandes cantidades de pacientes de todas las edades. En el continente Europeo existe una tasa que va del 4% al 23%³⁸ Y según Estudios en Sudamérica existe una incidencia de 34.7% en preescolares cuyos padres también presentan la misma condición ansiosa.³⁹

G. Causas de la Ansiedad generada por la atención odontológica

La ansiedad dental involucra un sin número de factores o causas detonantes que dependen de la personalidad y apreciación del entorno de cada paciente entre algunas están: ⁴⁰

- Características de la personalidad
- Miedo al dolor
- Experiencias dentales traumáticas anteriores
- Influencia de familiares dentalmente ansiosos
- Temor a la sangre o heridas
- Desconocimiento del estado de salud bucal
- Vista, sonido y observación de procedimientos dentales

Son muchas las variables de los factores que desencadenan la ansiedad que pueden presentarse en los diferentes pacientes. Algunos autores concluyen en su estudio que existe relación directa entre las experiencias traumáticas previas y la ansiedad dental, dando mayor importancia a la naturaleza de la experiencia que a la edad en que ocurrió. ⁴¹ Otros autores consideran a la ansiedad como producto de la influencia del colegio donde estudian y por ende de su factor socioeconómico, concluyendo que los niños de colegio público presentan mayor prevalencia de ansiedad dental.

⁴² La influencia del familiar se considera como otro factor predisponente en la ansiedad dental. Existen estudios que relacionan íntimamente la ansiedad del infante con la del padre, identificando el rol que este último como mediador de la conducta ansiosa de su hijo. ⁴³

H. Consecuencias y complicaciones

La ansiedad dental ha sido asociada fuertemente con un pobre estado de salud oral.⁴⁴ Una de las consecuencias más significativas de las conductas ansiosas es que el paciente tiende a sobrevalorar el dolor, o lo reconstruye incluso antes de comenzar con los tratamientos, lo que provoca una evasión de los mismos.

Entre las consecuencias identificadas de la ansiedad ante el tratamiento odontológico esta la interferencia con el tratamiento, que habitualmente genera interrupción de este y la evitación de posteriores contactos con odontólogos e higienistas dentales, lo que en ocasiones determina la inasistencia o evitación a la consulta odontológica.⁴⁴

Por otra parte las acciones del paciente y los intentos de manejo de estas reacciones por parte del personal de salud oral, afectan negativamente la relación odontólogo-paciente y son fuente generadora de estrés para el profesional.⁴⁵ Se han documentado índices más altos de ansiedad dental entre pacientes que no han visitado al dentista por más de 5 años.¹⁰ También se encontró que hubo más posibilidad de que los pacientes con altos niveles de ansiedad dental no buscaran atención dental en los últimos dos años, y que saltaran o cancelaran citas o dudaran en hacerlas.⁴⁶ Aun cuando los pacientes ansiosos asistan a visitas dentales frecuentes, es probable que eviten citas de seguimiento necesarias para completar el tratamiento dental requerido.⁴⁷ Esta evasión de tratamiento dental resulta en la mayor prevalencia de caries^{44 47 48}, que lleva a una mayor necesidad

de rehabilitación oral. Autores encontraron que los pacientes dentalmente ansiosos tienen muchos más dientes faltantes y menos obturaciones en comparación a los pacientes no ansiosos.⁴¹ Se puede producir una situación que aumenta vertiginosamente, en donde la salud oral deficiente y la inhabilidad del paciente para aceptar tratamiento dental conllevan a sentimientos de inferioridad y vergüenza, lo que combinado puede llevar a mayor ansiedad y mayor evasión de atención dental.⁴⁹ Las consecuencias a largo plazo para la dentición pueden explicar por qué la ansiedad dental lleva al aumento en el uso de servicios médicos generales para prescripción de antibióticos y analgésicos.⁵⁰

Por último, la ansiedad ante el tratamiento odontológico genera un incremento de los costos restaurativos, derivados de la evitación prolongada a las consultas normales, que en muchos casos excede los recursos disponibles para el cuidado de la salud oral.

I. Escalas de Ansiedad Dental y Comportamiento

La AAPD (Academia Americana de Odontología Pediátrica) recomienda que el odontólogo debiera incluir una evaluación de la potencial cooperación del niño como parte de su plan de tratamiento. Las herramientas de evaluación han demostrado alguna eficacia en el entorno odontopediátrico, ninguna de ellas es completamente exacta en predecir el comportamiento del niño, pero la conciencia de las múltiples influencias en el comportamiento pueden ayudar en el plan de tratamiento del paciente pediátrico (AAPD, 2008). Existen muchas técnicas para evaluar ansiedad

dental y problemas de comportamiento incluyendo calificaciones de comportamiento por observadores directos del comportamiento durante el tratamiento dental, reportes de la ansiedad dental por el niño o su acompañante usando escalas psicométricas, mediciones psicológicas y técnicas proyectivas.^{51 52}

J. Tipos de técnicas de medición de la ansiedad

Existen varios tipos generales de técnicas de medición; las más frecuentemente utilizadas en investigación:

- Evaluaciones indirectas mediante observación de la reacción/comportamiento del niño por el dentista u otra persona durante la atención
- Evaluaciones directas mediante reportes de ansiedad por el mismo niño o por su acompañante usando escalas psicométricas^{53.51.}
- Mediciones fisiológicas, por ejemplo, medición del pulso, respuesta basal de la piel, tensión muscular, saturación de oxígeno, etc.^{54 55} Se debe observar que estas no sólo cambian de acuerdo al observador, sino también frente a lo observado, analizan distintas dimensiones de la ansiedad.

K. Evaluación de Ansiedad desde la dimensión cognitiva

Varias pruebas psicométricas han sido utilizadas en poblaciones infantiles. En algunos casos, las mediciones han sido desarrolladas para adultos o adolescentes, como la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS) o la Escala de miedo dental (DFS).⁵¹ La escala de ansiedad de Corah toma la

forma de un cuestionario auto administrado consistente en 4 ítems, cada uno de los cuales tiene cinco alternativas. Usando la escala, el rango de puntuación total va desde 4 puntos (no ansioso) a 20 puntos (ansiedad severa).

L. Manejo de la ansiedad

Hoy en día la gran mayoría de los odontólogos creen que tratar a pacientes ansiosos les presenta un reto en la práctica diaria.⁵⁶ Es por ello esencial la identificación de estos pacientes y la puesta en práctica de las medidas apropiadas. Los pacientes con comportamientos que muestran cancelaciones frecuentes, tardanzas o reprogramación de citas, pueden bien estarlo haciendo debido al temor y ansiedad dental.⁵⁷

Luego de identificar a un paciente ansioso o temeroso, puede ponerse en funcionamiento una serie de medidas, por ejemplo:

- Dar suficiente tiempo para la cita dental
- Minimizar los factores provocadores, siguiendo el principio de las “4” S, como cambiar la configuración del consultorio, el asistente dental puede colocar los instrumentos donde no se vean o puede cubrirlos 3, o podría rociar la sala de tratamiento con una fragancia para reducir el aroma clínico.⁵⁸
- Introducir métodos de relajamiento
- Proveer de control adicional durante el procedimiento
- Usar técnicas de distracción, como música con audífonos, anteojos de video, y anteojos de realidad virtual (especialmente para adultos)

- Remitir a especialistas cognitivos o de comportamiento o psicólogos para manejo de ansiedad y terapia de comportamiento.⁵⁷
- Dar sedación consciente usando agentes farmacológicos.

Al usar una estrategia multifacética en lugar de confiarse en una sola, se mejora la posibilidad del éxito. El manejo de pacientes con ansiedad variará dependiendo de factores tales como edad de los pacientes, grado previsto de cooperación ⁵⁹, y su historia médica y/o dental.⁶⁰ El proceder del dentista dirigido a reducir la ansiedad (como mantener maneras calmadas, ser amistoso, dar apoyo moral, ser reconfortante respecto al dolor, prevenir el dolor, y trabajar eficientemente) ha probado reducir la ansiedad.¹⁴

1.1.3 Nivel Socioeconómico

A. Generalidades

A lo largo de la historia, las sociedades humanas han exhibido frecuentemente alguna forma de clasificación de sus miembros. Al hacer estas clasificaciones podemos apreciar diferencias entre las características individuales y aquellas que aluden a la posición social de las personas. Para los sociólogos, el concepto de estratificación social involucra la descripción de las desigualdades existentes entre los individuos y los grupos dentro de las sociedades humanas. Frecuentemente se usa este término para aludir posesión de bienes o propiedades, pero también involucra otros atributos como son el género, la edad, la filiación religiosa o el rango militar.⁶¹

Según el autor Giddens todos los sistemas socialmente estratificados presentan tres características:

- Se aplica la clasificación a categorías sociales de individuos que comparten características comunes sin que necesariamente estas últimas interactúen entre ellas. Por citar un ejemplo, se puede clasificar por separado a mujeres y hombres o a ricos y pobres.
- Las oportunidades y experiencias que se presentan en la vida de las personas se encuentran estrechamente relacionadas con la categoría social a la que pertenecen. El hecho de ser hombre o mujer, blanco o negro, de clase alta u obrera implica grandes diferencias en términos de oportunidades.
- Los estratos que determinan las distintas categorías sociales tienden a cambiar a lo largo del tiempo muy lentamente. En los últimos tiempos, por ejemplo, en las sociedades industrializadas las mujeres recién han empezado a adquirir igualdad con los hombres.⁶¹

El nivel socio económico no es una característica física y fácil de informar sino que se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares, cuya definición varía según países y momentos históricos.⁶²

Así lo muestran las muchas conceptualizaciones sobre “niveles socioeconómicos”, entre ellas citamos: The New Dictionary of Cultural Literacy, Third Edition. 2002, lo refiere como la posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica. La National

Center for Educational Statistics, la define como una medida de la posición relativa económica y social de una persona/hogar. Así también, la Center for Research on Education, Diversity and Excellence, la presenta como la medida del lugar social de una persona dentro de un grupo social, basado en varios factores, incluyendo el ingreso y la educación.⁶³

El nivel socioeconómico (NSE) constituye entonces una de las variables fundamentales en el proceso de clasificación de información pues permite una agrupación de personas que comparten condiciones económicas y sociales que las hacen similares entre sí y distintas de las demás. Esa clasificación permitirá describir el perfil general del total de individuos de un país y de cada nivel socioeconómico.⁶⁴

B. Concepto

El nivel o estatus socioeconómico es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas.⁶⁵ Por lo tanto, al analizar el nivel socioeconómico de una familia, parece existir cierto consenso en torno a la idea de que el estatus socioeconómico de las familias incluye tres aspectos básicos: ingresos económicos, nivel educativo y ocupación de los padres.⁶⁵ En otras revisiones se añaden otras tales como el valor y las características de la vivienda, disponibilidad de libros en el hogar, disfrute de becas o ayudas, y algunas menos habituales, como es el caso de la frecuencia de visitas al dentista, la realización de viajes, o la disponibilidad de servicio doméstico

⁶⁶; esto permite clasificar a la familia en una de las tres grandes categorías: Alto, Medio, y Bajo; aunque dependiendo del estudio que se hace, pueden separarse en más niveles.⁶⁷

Numerosos estudios han tratado de determinar el impacto de todas estas variables sociodemográficas sobre el desarrollo del niño, y en concreto algunos de ellos analizan el impacto de la pertenencia a una determinada clase social en el desarrollo infantil, puesto que se sabe que se trata de una característica permanente a lo largo de mucho tiempo, puesto que el ascenso o descenso social es un fenómeno poco frecuente en las sociedades occidentales.⁶⁸

En esta línea de trabajo, la clase social está tradicionalmente determinada por la ocupación del padre, afecta los sistemas de creencias, valores y estilos de vida, y además crea uno de los macrosistemas que afectan al desarrollo. La clase social ayuda a determinar el entorno físico en el que vive el niño, su vecindario, sus compañeros de juego, su acceso a los centros de salud, la composición de su alimentación, las prácticas educativas de sus padres, la estructura autoritaria de la familia, su estabilidad, el número de hermanos y el tipo de educación que obtienen.⁶⁹

La influencia de la clase social es particularmente destacable en las prácticas educativas paternas. Los padres de diferentes clases sociales tratan a los niños de modo distinto, los padres de clase obrera o pobres tienden a utilizar el poder de la fuerza, mientras que los de clase media son

más proclives a la disciplina inductiva.⁷⁰ Otras investigaciones muestran que los padres de clase media tienen una mayor implicación en la vida escolar de sus hijos, asisten a las reuniones del colegio, asisten a reuniones de organización entre padres y profesores y cumplen las funciones escolares. Los padres de clase obrera suelen evitar a menudo el contacto con la escuela.⁶⁹

Un aspecto importante que repercute en el desarrollo de los niños es el desempleo de los padres. Cuando el principal mantenedor de la familia - tanto si es el padre como la madre- se queda en paro, la vida familiar cambia de modo predecible, afectando a menudo el curso del desarrollo. Aunque el desempleo afecta a todas las capas sociales, los efectos en la clase obrera son más graves. La mayoría de los efectos del paro en la infancia son indirectos siendo el resultado del cambio de comportamiento y disposición por parte del progenitor que se ha quedado sin trabajo.⁷¹

Generalmente el padre se deprime, está angustiado, es menos receptivo, está irritable y tenso. La disciplina suele ejercerse por la fuerza. Los niños cuyos padres están sin empleo durante bastante tiempo pueden tener problemas socioemocionales, suelen estar más deprimidos, ser solitarios, desconfiados con los otros niños, suelen sentirse excluidos de sus compañeros, tienen poca autoestima y menos capacidad para hacer frente al estrés.⁷²

C. Niveles socioeconómicos en el Perú

En el Perú existe una fórmula estándar que estableció en el 2003 la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM) para clasificar la categoría social a la cual pertenece una persona y la cual es calculada en base a la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) que ejecuta el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para elaborar los indicadores de pobreza del Perú.

Inicialmente, la fórmula para establecer el nivel socioeconómico incluía las siguientes variables: ^{73 64}

- Instrucción del jefe de Familia: Variable orientada a representar condiciones del ámbito social actual y de una situación económica precedente.
- Ocupación actual del jefe de familia. Correspondiente directamente a la condición económica y social de la familia.
- Comodidades del hogar. Bienes o servicios propiedad de la familia, que suponen un patrimonio, un estándar de vida y muestra de status económico.
- Características de la vivienda. Conjunto de materiales con que la vivienda ha sido construida, reflejo de la situación social y económica.
- Acceso a salud en caso de hospitalización: Variable representativa de la situación económica actual de la familia y, en la forma complementaria, muestra de la actitud social en la misma.

Para el 2011 hubo una reestructuración de la fórmula, considerando finalmente las siguientes variables que son utilizadas hasta la actualidad:

- Grado de instrucción del jefe de hogar
- Posesión de bienes (teléfono fijo, lavadora, refrigeradora/congeladora, horno microondas y computadora/laptop)
- Hacinamiento (habitaciones para dormir y miembros del hogar)
- Material predominante de los pisos (Ipsos Apoyo, 2012).

De acuerdo a la Encuesta del ENAHO 2015 y en base a los resultados proporcionados por el APEIM, la estructura socioeconómica de los hogares para Lima Metropolitana en el 2015 es la siguiente: 5,6% pertenecen al NSE A, 20,3% al NSE B, 40,2% al NSE C, 25,8% al NSE D y 8,1% al NSE E ⁷⁴ ⁶⁴ Se pueden establecer a partir de los datos proporcionados por el APEIM los siguientes niveles socioeconómicos:

- Nivel socioeconómico A
- Nivel socioeconómico B
- Nivel socioeconómico C
- Nivel socioeconómico D
- Nivel socioeconómico E

D. Características de los niveles socioeconómicos

- Nivel socioeconómico A- Alto / Medio Alto

Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 11 596 .Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: gerentes de empresa, altos ejecutivos del sector privado y público o

funcionarios del sector público. Tienen estudios de postgrado. La mayoría posee una vivienda propia y cuenta con servicio doméstico. Tanto el material de las paredes como el de los pisos y los techos de sus viviendas son de primera calidad. Todos cuentan con teléfono fijo, celulares, televisión por cable e Internet.

- **Nivel socioeconómico B – Medio**

Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 5 869. Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: trabajadores dependientes de rango intermedio en el sector privado, pequeños comerciantes, microempresarios o empleados no profesionales de rango intermedio en empresas privadas. La mayoría tienen estudios superiores completos. Usualmente poseen una vivienda propia y pocos de ellos cuentan con servicio doméstico. Habitan viviendas confortables, con espacio suficiente, buenos acabados aunque sin llegar a ser lujosos. Generalmente, cuentan con teléfono fijo, celulares, televisión por cable e Internet.

- **Nivel socioeconómico C – Bajo**

Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 3 585. Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: trabajadores dependientes, obreros especializados, pequeños comerciantes, microempresarios, choferes o taxistas. La mitad tiene el nivel escolar completo, pocos llegan al nivel superior técnico y una décima parte a la universidad. Más de la mitad tiene vivienda propia, algunos la alquilan u ocupan sin pago alguno (ocupan ambientes de

alguna vivienda). Habitan viviendas relativamente acondicionadas aunque poco cómodas. La tenencia del servicio celular sigue siendo importante, pero cae considerablemente la penetración de televisión por cable, teléfono fijo y, sobre todo, Internet respecto a los NSE A y B.

- **Nivel socioeconómico D – Bajo inferior**

Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 227. Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: muchos de ellos son independientes, obreros especializados, choferes, taxistas, transportistas o pequeños comerciantes. La mitad ha terminado el colegio. Unos cuantos tienen técnico completo. Más de la mitad tiene vivienda propia, algunos la alquilan, comparten con otro hogar o viven en una vivienda de invasión (sin título de propiedad). Viviendas de apariencia regular, sin embargo, más de un tercio de los hogares tiene techos provisionales. La mayoría tiene celulares. Un tercio tiene teléfono fijo, alrededor del 40% tienen TV cable y una mínima parte, Internet.

- **Nivel socioeconómico E – Marginal**

Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 1650. Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: trabajadores independientes (pocos de ellos dependientes), obreros eventuales, comerciantes, vendedores ambulantes, servicio doméstico, choferes o transportistas. Más de la mitad no ha terminado el colegio. Tienen vivienda propia, hay más presencia de —invasiones y otros que alquilan y la usan con autorización del propietario. El estado de conservación de la vivienda es regular /malo / muy malo. El 76% tiene

celulares y nadie tiene teléfono fijo, ni Internet. El 26% tiene TV por cable.^{74 64}

E. Relación existente entre el nivel socioeconómico y la ansiedad

La relación existente entre ansiedad y variables demográficas como el nivel socioeconómico aún no se ha aclarado por completo ya que diversos autores aseguran que los niveles más altos de ansiedad están ligados a niveles de ingresos de educación bajos.^{44 57} Mientras otros autores no encuentran relación directa entre estas dos variables.^{48 49}

Se afirma que esta relación es evidente desde el nacimiento y que persiste a lo largo de todo el ciclo vital, de forma que, a edad temprana, los niños de familias de nivel socioeconómico bajo tienen más riesgo de padecer problemas de conducta y muestran un desarrollo cognitivo más bajo.⁷⁵

Se realizó un estudio en Escocia para medir la prevalencia de la ansiedad en niños, evalúa el nivel económico de los participantes tomando como dato principal la ocupación del padre y se obtuvo como resultado que los niños que pertenecen a clases sociales bajas se encuentran más predisponentes a padecer de ansiedad dental. En otras investigación se confirmó que el grado de ansiedad infantil en el dentista está influenciado por el estado socioeconómico de la familia de origen llegando a concluir que cuando el nivel socioeconómico es bajo, los padres no van a la oficina dental para tratamiento o prevención y este comportamiento se transmite a los hijos.⁷⁶

El odontólogo no puede controlar el desarrollo normal del individuo y el medio ambiente en el cual se desenvuelve, estos incluyen la personalidad , el temperamento, la actitud, la relación con los padres, el estado de desarrollo emocional e intelectual, la influencia de hermanos y amigos, los estereotipos sociales que se tengan acerca del tratamiento odontológico, así como los factores socioeconómico ante el cual se desarrolla, aun así es importante reconocerlos e identificarlos con el fin de entender mejor al paciente y poder aplicar mejor las técnicas de manejo de conducta.⁷⁷ La cooperación del paciente es fundamental para permitir al odontopediatra efectuar su tratamiento, haciendo que este sea lo menos desgastante para ambos, esta condición se puede lograr cuando el paciente confía en el profesionalista, y puede mantenerse si los padres también tienen esta confianza, ya que las opiniones de los adultos influyen de un modo importante las vidas de los niños.⁷⁷

El conocimiento del nivel socioeconómico en el que vive el paciente odontopediátrico, es un conocimiento de suma importancia para el odontopediatra ya que partiendo de este podremos entender el comportamiento que presenta el niño durante la consulta odontológica y podremos elegir el tipo de técnica de abordaje de la conducta , para poder beneficiar de una forma directa al niño e indirecta para sus padres, llevando a cabo de este modo un tratamiento más agradable y cómodo tanto para el paciente Como para los padres, y logrando de este modo que el niño y no sienta la misma aprehensión que sentía al inicio del tratamiento y pueda ser tratado así por diferentes centros odontológicos.

1.1.4 La Infancia

A. Concepto

La infancia es el periodo que transcurre desde el nacimiento a la madurez del niño. Se divide en etapas muy diferenciadas denominadas periodos de la infancia y sirven para agrupar a los niños según: Características físicas, psicológicas, sociales y Comportamiento propio de cada edad.⁷⁸

La infancia es la etapa evolutiva más importante de los seres humanos, pues en los primeros años de vida se establecen las bases madurativas y neurológicas del desarrollo. Pocas dudas existen sobre la importancia del desarrollo infantil temprano en el aprendizaje y en el desarrollo social posterior. Las experiencias de los niños en sus primeros años son fundamentales para su progresión posterior.⁷⁹

B. Las diferentes etapas de la infancia: su construcción y evolución histórica

A lo largo de la historia es frecuente encontrarnos con la inclinación a dividir la vida en ciclos relacionados con números mágicos. Al parecer, Hipócrates (460 a. C.) fue uno de los primeros en hacer una clasificación de las etapas de la vida, medidas por el número siete: bebé (0 a 7 años), niño (7 a 14 años), adolescente (14 a 21 años), hombre joven (21 a 28 años), hombre maduro (28 a 45 años), hombre de edad (45 a 56 años) y anciano.⁷⁹

C. Etapas de la infancia

Roushdoony advierte una noción bastante avanzada de las diferencias de acuerdo con las etapas. Divide la infancia en cinco periodos:

- Primer estado de la infancia: nacimiento, lactancia, desarrollo de capacidades psicomotrices.
- Segundo estado de la infancia: adquisición del lenguaje, desarrollo de cierta autonomía y conciencia de sí mismo. Se le empieza a considerar como ser moral y tiene necesidad de libertad bien regulada.
- Tercer estado de la infancia (12-13 años): excedente de facultades y de fuerzas, actividad y curiosidad, primer libro.
- Pubertad (16 años): desarrollo de la sexualidad, crisis, cambios físicos, identidad sexual (conciencia de su sexo).⁷⁹

1.1.5 El Niño

A. Etimología

El término “niño” viene del latín *infans* que significa “el que no habla”. Los romanos utilizaban este término para designar a las personas desde su nacimiento hasta los 7 años de edad. La Convención de los Derechos del Niño de 1989 define el término “niño” de forma más precisa: un niño es todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.⁸⁰

B. El desarrollo de los niños

Por medio de las relaciones con otros, los niños desarrollan su bienestar y se desarrollan social y emocionalmente, este desarrollo incluye las habilidades para tener relaciones satisfactorias con otros, jugar, comunicarse, aprender, discutir abiertamente y experimentar emociones. En términos generales, la formación a través de las relaciones es crucial para el desarrollo de la confianza, empatía, generosidad y conciencia de sí y de los otros. Las relaciones son esas maneras en las que el bebé llega a conocer el mundo y los lugares donde está. En este contexto los padres o cuidadores serán aquellas personas quienes proveen el contexto amoroso necesario para confortar, proteger, motivar y ofrecen elementos para enfrentar momentos difíciles de la vida. El bienestar social emocional es frecuentemente conocido por profesionales de la salud mental y del desarrollo como la salud mental infantil. Entendido como la capacidad de experimentar y regular las emociones, el establecimiento de relaciones seguras y la confianza para explorar y aprender, todo en el contexto de la familia y de la comunidad del niño o niña, y bajo un trasfondo cultural.⁷⁸

C. La importancia de la niñez y/o de la segunda infancia

Radica en numerosos aspectos, de los cuales merecen destacarse el biológico y el psicosocial. Por un lado, en este período ocurre la mayor parte del crecimiento físico de la vida extrauterina, sustentado en la rápida progresión del esqueleto y la musculatura en los niños con adecuada nutrición. Por otra parte, la vida de relación con los demás seres humanos

tiene su origen en la niñez misma, con la posibilidad de definir vínculos que pueden prolongarse por toda la vida.⁷⁸

D. Características de los niños en base a sus edades⁸¹

- Los niños de dieciocho meses de edad
 - Camina, trepa, gatea y corre. Le agrada empujar y tirar de las cosas. Es más fácil desarmar algo que armarlo. Carece de buena coordinación. Se fatiga con facilidad. Por lo general, no sabe contener sus necesidades físicas.
 - Produce muchos sonidos. Está desarrollando su capacidad lingüística. Se expresa con frases de una sola palabra, principalmente “mío” y “no”. Acumula conocimiento por medio de la vista, el oído, el tacto, el olfato y el gusto. Entiende más de lo que puede expresar.
 - Disfruta mucho de jugar con otros niños, pero suele no relacionarse mucho con ellos. Tiene dificultad para compartir sus cosas.
 - Lloro con facilidad, pero sus emociones cambian súbitamente.
- El niño de dos años de edad
 - Es muy activo. Salta, camina y corre. Puede aplaudir y patear una pelota. Puede agarrar pequeños objetos, pero no sabe cómo abotonarse la ropa o cuidar de sí mismo de otras maneras. Se irrita y se exaspera cuando está cansado.

- Es capaz de usar dos o tres palabras en una frase. Dice “no” con frecuencia, aun cuando no es lo que quiere decir. Tiene pensamientos sencillos y directos. No puede razonar. Puede tomar decisiones simples. Le agrada la repetición. Su atención es de breve alcance (dos o tres minutos). Es curioso. Se mueve de una actividad a otra. Le agradan los juguetes sencillos, materiales para dibujar, libros, cuentos breves y actividades musicales.
 - Le gusta jugar solo. Está desarrollando el interés de jugar con otros, pero generalmente prefiere jugar cerca de ellos y no con ellos. Con frecuencia discute por los juguetes; tiene dificultad para compartir y cooperar, y pide a las personas adultas cosas que otra criatura tiene.
 - Es amoroso y cariñoso. Le agrada sentarse en la falda de algún adulto o tomarlo de la mano. Le encanta estar junto a su madre. Tiene arranques emocionales para expresar sus emociones, obtener lo que desea y demostrar sus enojos o frustraciones. Tiende a cambiar súbitamente su temperamento. Le agrada ser independiente.
 - Le agrada orar. Comprende que nuestro Padre Celestial y Jesucristo nos aman, pero tiene dificultad en entender la mayoría de los conceptos espirituales.
- El niño de tres años de edad
- Camina y corre, pero todavía carece de coordinación.

- Le gusta hacer cosas con sus propias manos pero lo hace con cierta torpeza.
- Tiene una mayor capacidad para el lenguaje. Le agrada hablar y aprender nuevas palabras. Su atención es de corto alcance. Es curioso e inquisitivo. Con frecuencia no entiende bien y suele hacer comentarios aparentemente ajenos al tema. Le agrada usar su imaginación. Le gustan los juegos con los dedos y las manos, los cuentos y las actividades musicales. No alcanza a diferenciar la fantasía de la realidad.
- Le agrada trabajar a solas. No le interesa jugar en cooperación con otros, pero le gusta tener amigos a su alrededor. Es egocéntrico. Tiene dificultad en compartir. Prefiere estar cerca de personas adultas, particularmente familiares, porque se siente así protegido.
- Le agrada complacer a las personas adultas. Necesita de su aprobación, su amor y sus elogios. Reacciona emocionalmente cuando siente temor o ansiedad. Lloro con facilidad. Es sensible a los sentimientos de otras personas. Está desarrollando cierta independencia. Experimenta emociones intensas, aunque breves.
- Se interesa por los principios sencillos del Evangelio, tales como la oración y la obediencia. Tiene una mayor conciencia de nuestro Padre Celestial y de Jesucristo, y tiene una fe sencilla en Ellos.

- El niño de cuatro años de edad
 - Es muy activo. Se mueve con rapidez. Le gusta brincar, saltar, correr, trepar y arrojar cosas.
 - Le agrada conversar y aprender nuevas palabras. Hace muchas preguntas. Alcanza a razonar un poco, pero todavía tiene muchas ideas equivocadas. Tiene dificultad en diferenciar la realidad de la fantasía. Su atención es de corto alcance. Emplea dibujos para expresar sus sentimientos. Disfruta de usar su imaginación y de las representaciones dramáticas.
 - Juega con mayor espíritu de cooperación con otros.
 - Suele ser físicamente agresivo, dominador, grosero y obstinado, pero puede asimismo ser amigable. Está aprendiendo a compartir, a aceptar las reglas y a tomar su turno. Reacciona ante todo elogio sincero.
 - Con frecuencia, trata de ver hasta dónde podrá salirse con la suya. Es jactancioso, especialmente en cuanto a sí mismo y a su familia. Podría ser complaciente en un momento y pendenciero en el siguiente. Tiene más confianza en sí mismo. Podría tener ciertos temores y sentimientos de inseguridad.
 - Está comenzando a entender lo bueno y lo malo, y generalmente desea hacer lo bueno. Suele culpar a otros por sus propios errores. Siente un amor y respeto naturales por nuestro Padre Celestial y por Jesucristo, y hace muchas preguntas en cuanto a Ellos. Le agrada

orar y quiere ser bueno. Está interesándose más en los principios del Evangelio.

- El niño de cinco años de edad
 - Es muy activo. Tiene buen sentido del equilibrio y está llegando a tener mejor coordinación. Puede patear una pelota, caminar en línea recta, saltar, brincar y marchar. Le agrada dibujar, colorear y participar en actividades y en juegos; está aprendiendo a ponerse los zapatos y a atarse los cordones de los zapatos, y a abotonarse la ropa.
 - Reconoce algunas letras, cifras y palabras. Le gusta aparentar que sabe leer y escribir. Podría estar aprendiendo a leer. Es conversador. Hace preguntas y comentarios, y ofrece contestaciones que demuestran un mayor entendimiento. Sabe resolver ciertos problemas. Es curioso y anhela conocer los hechos. Está comenzando a distinguir entre la verdad y la fantasía. Su atención es de corto alcance pero está empezando a incrementarse. Prefiere las tareas concretas. Le gustan los acertijos y las bromas, pero no puede reírse de sí mismo. Le agradan los cuentos, las canciones, las poesías y las dramatizaciones.
 - Es amigable y está ansioso por complacer y cooperar.
 - Está comenzando a gustarle encontrarse en pequeños grupos de niños, pero podría preferir tener un mejor amigo. Provoca menos conflictos al jugar en grupos. Está empezando a querer amoldarse y

critica a los que no desean hacerlo. Está comenzando a entender las reglas, pero suele tratar de cambiarlas para su propio beneficio.

- Concentra sus intereses en el hogar y en su familia. Es afectuoso para con personas adultas y desea complacerlas. Se abochorna con facilidad, especialmente acerca de sus propios errores.
 - Quiere ser bueno. Está aprendiendo a distinguir entre lo que es bueno y lo que es malo. A veces dice mentiras o culpa a otros por sus equivocaciones debido a su profundo deseo de complacer a los adultos y hacer lo que es correcto. Está listo para aprender en cuanto a los principios espirituales.
- El niño de seis años de edad
- Es muy activo. Suele ser ruidoso, inquieto y vivaz. Le agrada participar en actividades y llevar a cabo pequeñas tareas, aun cuando pudieran ser difíciles de realizar. Le desagrada ser simplemente un espectador.
 - Necesita que se le enseñen conceptos en maneras específicas. Está mejorando su memoria. Es conversador y hace muchas preguntas. Está aprendiendo a tomar decisiones, pero suele ser indeciso. Está incrementando su tendencia a prestar atención. Le gusta leer, escribir, cantar, escuchar cuentos y usar su imaginación.
 - Está más interesado en actividades en grupo y en relacionarse con compañeros de juego, pero continúa siendo un tanto egoísta. En

ocasiones suele ser dominador, agresivo o descortés con sus compañeros. Tiene amistades inestables. Se preocupa por la forma en que otros lo tratan. Anhela ser aprobado socialmente.

- Es jactancioso. Exagera y critica. Se emociona, se hace el chistoso y se ríe por todo fácilmente. Puede ser generoso, afectuoso y compatible, pero su ánimo puede cambiar fácilmente.
 - Se preocupa por el buen y el mal comportamiento, particularmente si afecta a su familia o a sus amigos. A veces culpa a los demás por sus errores. Le agradan los relatos de las Escrituras, en especial los que se refieren a Jesús.
- El niño de siete años de edad
- Tiene mejor dominio muscular. Está desarrollando interés y habilidades en ciertos juegos, pasatiempos y actividades. Se inquieta y se mueve mucho. Tiene hábitos nerviosos y a veces adopta posiciones desacostumbradas. Está lleno de energías, pero se cansa fácilmente.
 - Está ansioso por aprender. Piensa con seriedad y más lógicamente. Es capaz de resolver problemas más complicados. Le agrada que lo desafíen, le gusta trabajar y dedicar el tiempo necesario para completar una tarea. Presta mucha atención. Disfruta de sus pasatiempos y de todo lo que requiera destreza. Le gusta coleccionar cosas y hablar sobre proyectos y logros personales.

- Suele jugar en grupos pero a veces prefiere estar solo y jugar en silencio. Se relaciona muy poco con personas del sexo opuesto. Anhela ser como sus compañeros y contar con su aprobación. Es menos dominador y menos decidido a salirse con la suya. Le agrada tener mayores responsabilidades y ser más independiente. Con frecuencia se preocupa acerca de no hacer bien las cosas.
 - No le agradan las críticas. Es más sensible en cuanto a sus propios sentimientos y los de otras personas. Es frecuentemente un perfeccionista y tiende a criticarse a sí mismo. Es cohibido y cauto. Es menos impulsivo y menos egoísta que en sus años previos.
 - Tiene conciencia de lo que es bueno y lo que es malo.
 - Disfruta del aprender y practicar los principios del Evangelio, tales como la oración y el pago del diezmo. Entiende determinados aspectos del Evangelio, tales como la Santa Cena, la fe, el arrepentimiento, la obra misional, el Espíritu Santo y la obra del templo. Quiere ser bautizado y recibir el don del Espíritu Santo.
- El niño de ocho años de edad
- Está demostrando una mayor coordinación. Se mueve y se retuerce mucho. Tiene hábitos nerviosos. Participa en juegos organizados que requieren habilidades físicas. Presta muy buena atención. Quiere ser bien recibido.

- Quiere conocer la razón de todas las cosas. Está ansioso por compartir su conocimiento. Piensa que sabe mucho, pero está comenzando a reconocer que otros tal vez saben más que él. Juzga a los demás. Tiene sus propios héroes. Le gusta escribir, leer y usar su imaginación.
 - Le agrada jugar en grupo con reglas simples. Prefiere jugar en grupos de su propio sexo. Es más cooperativo y menos insistente en salirse con la suya. Quiere tener un mejor amigo. Tiene una intensa necesidad de ser independiente, pero también depende de las personas adultas en procura de guía y seguridad.
 - Es generalmente afectuoso, servicial, alegre, sociable y curioso, pero también puede ser grosero, egoísta, dominador y exigente. Es sensible a las críticas. Se critica a sí mismo y critica a los demás. Suele a veces reírse por todo y hacerse el chistoso. Suele también sentirse culpable y avergonzado.
 - Es receptivo a las enseñanzas del Evangelio, pero podría tener muchas preguntas al respecto. Se siente orgulloso de ser miembro de la Iglesia. Le agrada vivir los principios del Evangelio. Aprende acerca del Evangelio por medio de ejemplos específicos y participación personal.
- El niño de nueve años de edad
- Le agrada participar en juegos de equipo. Controla bien su cuerpo. Está interesado en desarrollar sus fuerzas, sus habilidades y su

velocidad. Le gustan las labores artísticas y las manualidades complicadas.

- Es capaz de mantener por más tiempo su interés en determinados temas o actividades. Procura conocer los hechos reales; no disfruta mucho las fantasías. Le agrada memorizar. Tiene intereses específicos y mucha curiosidad. Le gusta leer, escribir y tomar notas. Se interesa por la comunidad, y otras culturas y pueblos. Le agrada aprender sobre el pasado y el presente. Le gusta coleccionar cosas.
 - Disfruta del estar en grupos con personas de su mismo sexo. Le agradan las aventuras en grupo y los juegos cooperativos, pero también le gusta competir. Pone a prueba la autoridad y ejercita su independencia. Pasa mucho tiempo con sus amigos.
 - Tiene algunos problemas de conducta, especialmente cuando los demás no lo aceptan. Está llegando a ser muy independiente, responsable y digno de confianza. Se preocupa por ser justo y por qué sean justos con él. Está más dispuesto a reconocer sus propios fracasos y errores y a responsabilizarse por sus actos personales. Suele tratar de hacerse el chistoso.
 - Tiene conciencia de lo correcto y de lo incorrecto.
- El niño de nueve años de edad
- Le agrada participar en juegos de equipo. Controla bien su cuerpo. Está interesado en desarrollar sus fuerzas, sus habilidades y su

velocidad. Le gustan las labores artísticas y las manualidades complicadas.

- Es capaz de mantener por más tiempo su interés en determinados temas o actividades. Procura conocer los hechos reales; no disfruta mucho las fantasías. Le agrada memorizar. Tiene intereses específicos y mucha curiosidad. Le gusta leer, escribir y tomar notas. Se interesa por la comunidad, y otras culturas y pueblos. Le agrada aprender sobre el pasado y el presente. Le gusta coleccionar cosas.
- Disfruta del estar en grupos con personas de su mismo sexo. Le agradan las aventuras en grupo y los juegos cooperativos, pero también le gusta competir. Pone a prueba la autoridad y ejercita su independencia. Pasa mucho tiempo con sus amigos.
- Tiene algunos problemas de conducta, especialmente cuando los demás no lo aceptan. Está llegando a ser muy independiente, responsable y digno de confianza. Se preocupa por ser justo y por qué sean justos con él. Está más dispuesto a reconocer sus propios fracasos y errores y a responsabilizarse por sus actos personales. Suele tratar de hacerse el chistoso.
- Tiene conciencia de lo correcto y de lo incorrecto.
- Quiere hacer lo bueno, pero suele también rebelarse. Percibe la influencia del testimonio de otras personas. Está listo para que se le enseñen principios más profundos del Evangelio.

E. El niño en el campo odontológico

En el campo odontológico tratar con niños suele ser una actividad de mucho cuidado pero no imposible, ya que muchos de estos presentan actitudes que muchas veces retrasan y alargan el tratamiento odontológico, o en el peor de los casos evitan que este se lleve a cabo. Los niños son muy sensibles a su edad sobre todo cuando son expuestos a diferentes prácticas a las que no están acostumbrados o han tenido una experiencia anterior negativa o serán expuestos a algo nuevo que puede causarles cierta apatía inicial. Cuando un paciente niño llega para ser atendido por el odontólogo, trae consigo más que una molestia en sus tejidos de la cavidad bucal, trae una carga emocional que desencadena en muchas ocasiones actitudes poco favorables en la calidad de tratamiento que se le requiere hacer, la conducta del niño es influenciada por muchos factores, dentro de los cuales uno de ellos es el nivel socioeconómico en el que se desenvuelve el niño.

La niñez es la edad que más requiere preparación psicológica por parte del profesional, ya que todo el desarrollo posterior del tratamiento dependerá de cómo fue la preparación inicial.⁴⁵

Es por esto, que los odontólogos deben percibir y aplicar mecanismos de apoyo para tratar de persuadir de buena manera al niño cuando este se encuentre dentro de una consulta odontológica y que este sea un paciente colaborador. Esto resulta tan importante porque muchos pacientes de diferentes rangos de edades aun sienten temor a una consulta o la visita al

odontólogo ya que puede ser desde que se está niño hasta cuándo la persona es mayor y no ha logrado superar ese temor.⁸² El ejercicio de la odontología pediátrica, es una tarea difícil para un odontólogo general u odontopediatra, porque no puede ni debe limitarse solo a la prevención y solución de los problemas buco dentarios, lleva implícito también el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional donde la relación humana entre odontólogo, niño y padres es fundamental para el éxito del tratamiento frente a diversas situaciones. La aplicación de los conocimientos de psicología favorecen a una mejor integración de esta relación, pues permite un diagnóstico global que envuelva síntomas somáticos y psicológicos que necesitan estar correlacionados.⁸³ El odontólogo que trata niños debe recordar que la ansiedad, per se, es una respuesta normal y realmente necesaria en muchas situaciones, a fin de mantener la seguridad del individuo.⁸⁴

En algunos casos muchos niños tratan de ser colaboradores por lo que es ideal que estos mantengan la conducta durante todo el tratamiento, pero la actitud del niño dentro de este puede desencadenar por las constantes visitas comportamientos negativos. Uno de los principales factores es el nivel socioeconómico en el cual se desenvuelve el niño.⁸²

1.2 Investigaciones

Bedi, R y Cols (1992) Determinó la prevalencia de ansiedad dental reportada por un grupo de niños de 13 y 14 años, y explorar las relaciones entre ansiedad dental y miedo general, clase social, género, tamaño de la familia, longitud de tiempo desde la última cita dental, y la cantidad de personas conocidas por el niño que tienen miedo de visitar al dentista. Un grupo de 1103 niños de ocho escuelas participaron en el estudio, que se completó en 1989. Los niños (edad media 14,0 años, SD 0,35) completaron un cuestionario estructurado que contiene la Escala de Ansiedad Dental de Corah (CDAS) y la Escala de Miedo Geer (GFS). La prevalencia de ansiedad dental alta (CDAS mayor que = 15) fue del 7,1%. La alta ansiedad dental se asoció con el género (las niñas tienen niveles más altos de ansiedad que los varones) y con la clase social definida por la ocupación del padre (los grupos de clase social inferior tienen mayor ansiedad dental). La inyección fue el procedimiento dental más altamente correlacionado con CDAS en niños con una alta ansiedad dental, seguido de cerca por "perforación" y "escamación de los dientes". Un alto nivel de miedo general (GFS) se asoció con un alto nivel de ansiedad dental. A pesar de esto, el 64% de las personas con alta ansiedad dental tenían un miedo general bajo. Dos factores fueron predictores útiles de la ansiedad dental alta: el tiempo transcurrido desde la última visita al dentista y el número de personas conocidas por el niño que tienen miedo de ir al dentista.⁸⁵

Fuks, A. y Cols (1993) El objeto del presente estudio fue evaluar la relación entre el nivel de ansiedad dental y el comportamiento de prevención dental en niños en edad escolar de distintas clases sociales y diferentes orígenes étnicos, residentes

en Jerusalén, Israel. 456 niños fueron solicitados a llenar un cuestionario directo, compuesto de 21 preguntas. Nueve de las preguntas eran referentes a variables socio-demográficas, 3 fueron relacionadas al comportamiento de prevención dental, y las 9 restantes fueron dirigidas a revelar ansiedad dental. La clase social fue determinada por la profesión del padre y el área de residencia. El origen étnico fue determinado de acuerdo con el país de origen de la madre o de la abuela. No se observaron diferencias significativas entre clase social, origen étnico, comportamiento de prevención y ansiedad dental entre los grupos (Chicquadrado). El test de análisis de varianza (ANOVA) reveló una diferencia significativa entre la ansiedad en varones de los dos grupos étnicos examinados. La mayoría de los niños de todos los grupos étnicos presentaron un buen nivel de percepción dental, y los niveles de ansiedad dental fueron bajos en todos los grupos. Conclusión: En el presente estudio se encontró que el origen étnico tiene influencia en la ansiedad de los niños, pero ni el origen étnico ni la clase social influyen el comportamiento dental preventivo.⁸⁶

Doerr, P y Cols (1998) Analizaron la asociación entre ansiedad dental, asistencia dental, estado de salud y factores sociales. Sus estudios previos han demostrado que la ansiedad dental disminuye con la edad y se asocia con mala salud oral. Además, se han revelado las correlaciones entre la ansiedad dental, la utilización dental y el estado dental. Sin embargo, la asociación de estos factores con factores generales de salud y sociales no ha sido analizada en nuestros estudios previos. En un estudio sobre la salud de la mujer en Gotemburgo (Suecia) en 1992, 1.017 mujeres urbanas de entre 38 y 84 años participaron en una serie de investigaciones que incluyeron exámenes clínicos, entrevistas y cuestionarios.

Además de las estadísticas de inferencia descriptiva y simple, se utilizó un modelo de regresión logística múltiple de dos partes para investigar la ansiedad dental y la utilización dental. El miedo dental fue menos prevalente entre las mujeres mayores, dentadas o no, aunque el 10% de las mujeres de 62 años de edad y mayores todavía informaron ansiedad dental alta ($DAS > 12$). El 94% de las mujeres más jóvenes (< 62 años) y el 76% de las mayores (> 70 años) informaron asistencia dental regular. Al separar a todas las mujeres en grupos dentados y desdentados, el 94% de los encuestados dentados y el 11% de los edéntulos informaron una atención dental regular. Debido a la gran diferencia en la asistencia dental entre las mujeres dentadas y desdentadas, estos grupos se analizaron por separado. Los análisis de regresión logística múltiple mostraron que los siguientes factores se asociaron con la utilización dental irregular entre las mujeres dentadas: ansiedad dental alta, menos dientes y restauraciones, más caries, masticación más pobre e insatisfacción con la estética dental. En la regresión múltiple para la ansiedad dental, se demostró que el miedo alto se asocia con cuidado dental irregular, edad (más joven), menos dientes, insatisfacción con la estética dental y puntajes más bajos en la escala de salud mental SF-36. Un análisis por separado mostró que las personas con un alto nivel de miedo y asistencia dental regular, en lugar de irregular, tenían más dientes en un nivel estadísticamente significativo, que con menos frecuencia se descomponían y restauraban con más frecuencia. A pesar de que el grupo con mucho miedo y asistencia irregular tenía menos dientes, su nivel de descomposición fue siete veces mayor. En general, los resultados indican una fuerte asociación entre el miedo dental y la asistencia dental. Se encontraron

asociaciones débiles entre los factores socioeconómicos, de salud dental y de salud general.⁴⁴

Taani, D. (2002) Evaluó los niveles de asistencia dental y la ansiedad entre los niños de grupos sociales (de nivel socioeconómico medio a bajo) y escuelas privadas (grupos socioeconómicos más altos) y exploró la fuente percibida de miedo dental entre ellos. Método: Un grupo de 1,021 niños seleccionados por un método aleatorio simple de 10 escuelas públicas en las cinco áreas geográficas de Irbid Governate, Jordania y las 10 escuelas privadas se incluyeron en este estudio. Todos los niños (edad promedio $13,1 \pm 0,87$ años) completaron un cuestionario modificado a partir de la Escala de Miedo Dental (DFS) que también contenía elementos relacionados con la asistencia dental. Resultados: Los niños de escuelas privadas (31.4%) visitaron al dentista regularmente de manera más significativa que los niños de escuelas públicas (15.0%) ($P < 0.001$). Sin embargo, la mayoría de los niños (público = 82.6%, privado = 67.4%) asistieron al dentista solo en una emergencia. La razón principal de la asistencia irregular fue 'no se necesita tratamiento' (42.2%). Alrededor del 43-44% de los niños tenían miedo dental de "tipo bajo a moderado", mientras que la prevalencia de "alta ansiedad dental" fue ligeramente mayor entre los niños del público (11,6%) que los de las escuelas privadas (6,9%). El miedo a los estímulos específicos (dolor y trauma) fue la fuente más común de reacciones de temor dental en 60-65% de los niños. La vista y la sensación de una aguja anestésica y la vista, el sonido y la sensación del taladro eran los estímulos que más miedo provocaban. Además, se encontró que los niños de las escuelas públicas estaban más ansiosos con un "miedo

dental global" significativamente más alto que los niños de las escuelas privadas (P <0.05).⁴²

Folayan, M., Idehen, E., Ufomata, D. (2003) Intentó determinar los factores sociodemográficos que se relacionan con la ansiedad dental en los niños africanos suburbanos. Métodos. Se administró una forma abreviada de la subescala Dental del programa de Encuesta de Miedos Infantiles (DFSS_SF) a 81 pacientes (asistentes por primera vez en la clínica) entre las edades de ocho y 13 años. La escala psicométrica se utilizó después de determinar su fiabilidad y validez para garantizar que fuera culturalmente apropiada. La edad, el género, el estado sociodemográfico también se registró. Se determinó la distribución del puntaje de ansiedad dental, su nivel de umbral así como la relación entre las variables sociodemográficas y la ansiedad de los pacientes. Resultados. No hubo asociación estadísticamente significativa entre la edad (P = 0.856), el sexo (P = 0.124), el estado socioeconómico de los niños (P = 0.12) y el nivel de ansiedad dental. Sin embargo, sí existió una relación estadísticamente significativa entre el tipo de escuela al que asistió el niño y el nivel de ansiedad (P = 0.009). Además, 18 (14.8%) de los niños tenían altos niveles de ansiedad. Conclusiones Se necesitan más estudios que involucren muestras más grandes que no sean clínicas para examinar los problemas planteados por los hallazgos de este estudio.²⁸

McGrath, C, y Bedi, R. (2004) Identificaron las asociaciones entre el nivel de ansiedad dental y el impacto de la salud oral en la calidad de vida (OHQOL) en Gran Bretaña, controlando los factores de estado sociodemográfico y de salud

oral (autoinformados). Métodos: El diseño de la investigación básica incluyó un estudio transversal que incluyó una muestra de probabilidad aleatoria de 3000 residentes del Reino Unido. Las medidas de resultado fueron: niveles de ansiedad dental, que se midieron en la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS) y el impacto de OHQOL, que se evaluó utilizando el instrumento de calidad de vida relacionado con la salud oral del Reino Unido (OHQoL-UK (W)). Resultados: el DAS se correlacionó con las puntuaciones OHQoL-UK (W) ($P < 0,01$). Después de haber controlado factores sociodemográficos (edad, sexo y clase social) y factores de estado de salud oral (número autoinformado de dientes y estado de la dentadura postiza), factores de confusión conocidos asociados con OHQOL, aquellos con altos niveles de ansiedad dental ($DAS \geq 15$) fueron aproximadamente dos veces más propensos a estar entre los que experimentaron la OHQOL más pobre (por debajo de la mediana de la población OHQoL-UK (W)) en Gran Bretaña ($P < 0.001$; OR = 1.93, IC 95% 1.41, 2.65). CONCLUSIÓN: La ansiedad dental se asocia con el impacto que tiene la salud oral en la calidad de vida. Aquellos que experimentan altos niveles de ansiedad dental se encuentran entre aquellos con la peor calidad de vida relacionada con la salud oral en Gran Bretaña.³⁸

Dogan, M. y Cols.(2006) Estudiaron el efecto de la edad, el sexo y los factores socioeconómicos sobre la ansiedad dental percibida determinada por una escala modificada en los niños. Se tuvo como muestra 258 niños de entre 8 y 12 años, que no habían visitado a un dentista antes, fueron seleccionados al azar de tres grupos diferentes de estatus socioeconómico. Se desarrolló una nueva escala combinando C-DAS (escala de ansiedad dental de Corah) y FIS (escala de

imagen facial), y se denominó Com-DAS. Original C-DAS fue utilizado para la validación. Se tuvo como resultado una alta correlación entre C-DAS y Com-DAS ($r = 0,69$). La correlación más baja fue en niños de 8 años ($r = 0,46$), sin embargo, la diferencia promedio entre las escalas en este grupo de edad no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Las puntuaciones de Com-DAS no mostraron diferencias estadísticas según el sexo, mientras que hubo una diferencia significativa según la edad y el estado socioeconómico ($p = 0,001$ en ambos casos).⁸⁸

Armfiel, J., Spencer, A., Stewart, J. (2006) Describieron la prevalencia del miedo dental en Australia y explorar la relación entre el miedo dental y una serie de variables demográficas, socio-económicas, de salud bucal, de seguro y de uso del servicio. Métodos: Una encuesta telefónica de una muestra aleatoria de 7312 residentes australianos, de cinco años o más, de todos los estados y territorios. Resultados: La prevalencia de un alto miedo dental en toda la muestra fue del 16,1%. Un mayor porcentaje de mujeres que hombres reportó alto miedo (HF). Los adultos de 40 a 64 años tenían la mayor prevalencia de miedo dental alto, y los adultos de más de 80 años tenían la menor cantidad. También hubo diferencias entre el miedo bajo (LF) y los grupos de HF en relación con el nivel socioeconómico (SES), con personas de grupos de SES más altos que generalmente tienen menos miedo. Las personas con insuficiencia cardíaca tenían más probabilidades de ser dentadas, tener más dientes perdidos, estar cubiertos por un seguro dental y tener un tiempo más prolongado desde su última visita a un dentista. Conclusiones: Este estudio encontró una alta prevalencia de miedo dental dentro de una población australiana contemporánea con numerosas

diferencias entre individuos con IC y LF en términos de características de estado de salud oral socioeconómicas, sociodemográficas y autoinformadas.⁵⁷

Abanto, J y Cols (2017) Evaluaron los indicadores clínicos y socioeconómicos asociados con la ansiedad dental en niños en edad preescolar con caries dental grave. Un total de 100 niños de entre 3 y 5 años de edad fueron seleccionados durante un procedimiento de evaluación dental. Los criterios de selección fueron tener al menos un diente con caries dental y un índice visible de afectación pulpar, úlceras, fístulas y abscesos (AGPI) ≥ 1 en dientes temporales. Antes de realizar el examen clínico o cualquier procedimiento de tratamiento, evaluamos la ansiedad dental de los niños usando la Escala de Imagen Facial (FIS). Los padres completaron un cuestionario sobre las condiciones socioeconómicas, que incluía la estructura familiar, el número de hermanos, el nivel de educación de los padres y el ingreso familiar. Un dentista cegado a FIS y los datos socioeconómicos realizaron el examen clínico. Las regresiones de Poisson asocian las condiciones clínicas y socioeconómicas con el resultado. La mayoría de los niños (53%) experimentaron caries dentales extensas ($dmf-t \geq 6$) y todos los niños tenían lesiones severas de caries, con un índice de AGPI ≥ 1 en 41% y el de ≥ 2 en 59%. El modelo multivariante ajustado mostró que los niños mayores (4-5 años) experimentaron niveles más bajos de ansiedad dental en comparación con los niños más pequeños (3 años) (RR = 0,35; IC del 95%: 0,17-0,72 y RR = 0,18; 95% IC: 0.04-0.76, respectivamente), y los niños con tres o más hermanos se asociaron con niveles más altos de ansiedad dental (RR = 2.27, IC 95%: 1.06-4.87). La edad avanzada se asocia con una baja ansiedad dental, y un mayor número de hermanos se asocia con ansiedad dental alta en niños en edad

preescolar, mientras que la gravedad o el alcance de la caries dental no se asocia con la ansiedad dental.⁸⁷

Vlad, R. y Cols (2017) Identificaron las diferencias en cómo el acto dental se percibe entre los niños de diferentes grupos étnicos. Para este propósito, partimos de la hipótesis de que el grado de ansiedad infantil en el dentista puede verse influido por el estado socioeconómico de la familia de origen. Material y métodos: una muestra de 115 escolares, incluidos 40 Niños rumanos, 36 niños húngaros y 39 niños romaníes, de edad entre 8-9 años de edad, fueron entrevistados. Hemos elegido estas tres etnias grupos para ver si hay diferencias en la percepción del acto dental. En términos del método psicológico, el cuestionario, el semi-estructurado entrevista, y la demostración fue utilizada. Resultados: los resultados mostraron que la mayoría de los niños de Rumania y Los grupos húngaros habían ido al dentista, mientras que solo el 48.71% de los romaníes los niños habían estado allí. El mayor grado de ansiedad se manifiesta por el Niños romaníes No hay diferencias significativas en este estudio entre los respuestas de niños rumanos e húngaros sobre el grado de ansiedad en la oficina dental. Conclusiones: el estudio confirmó la hipótesis de que el grado de ansiedad infantil en el dentista está influenciado por el estado socioeconómico de la familia de origen. Cuando el socio-económico el nivel es bajo, los padres no van a la oficina dental para tratamiento o prevención y este comportamiento se transmite a los niños.⁷⁶

1.3 Marco Conceptual

- Conducta

Es el conjunto de acciones propias de un individuo en correspondencia de otros, dentro del entorno donde se desenvuelve. Se puede decir que, la conducta es una actividad consciente debido a que el sujeto conoce sus implicaciones y consecuencias. Asimismo, es observable, es decir, que se manifiesta ante otros y también repetible, ya que, se presenta de forma permanente o continua.²

- Ansiedad

Se define como el estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.⁷ También se le puede definir como una sensación desapacible, la cual se anticipa a un acontecimiento desagradable o indeseable que está a punto de suceder. Está acompañada de síntomas como tensión muscular, estados de agitación y angustia. Dicha sensación está asociada a la reacción que tiene el individuo hacia un peligro desconocido.^{8 9}

- Nivel socioeconómico

Es la posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica. Es una medida económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo. Instrucción del Jefe de Familia: Variable orientada a

representar condiciones del ámbito social actual y de una situación económica precedente.⁶⁵

- **Niño**

Los romanos utilizaban este término para designar a las personas desde su nacimiento hasta los 7 años de edad, es todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.⁸⁰

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La ansiedad frente al tratamiento dental ha sido reconocida como un factor importante en la atención del paciente pediátrico y puede influir de forma característica en la calidad del tratamiento dental que el infante recibe. Se sabe que sus efectos pueden persistir hasta la edad adulta y conducir al rechazo a las consultas con el profesional odontológico incluso cuando son mayores. Se han realizado diversos estudios sobre la ansiedad dental, concluyendo en que esta se encuentra relacionada a una serie de factores predisponentes como es el nivel socioeconómico. El nivel socioeconómico sí podría relacionarse de forma positiva, debido a que podría constituirse como una potencial barrera al adecuado acceso a los servicios odontológicos, que contribuiría al incremento del nivel de ansiedad.⁸⁹

En lo que se refiere a Odontología se ha clasificado a la ansiedad en el quinto lugar dentro de los escenarios más temidos a nivel mundial. La ansiedad dental es un problema altamente preocupante que afecta a un gran porcentaje

a nivel mundial. Según estudios realizados se considera que la ansiedad al tratamiento estomatológico en categoría de moderada a alta incide en la población mundial.⁹⁰

A nivel de Latinoamérica la ansiedad infantil ha sido estudiada con menor frecuencia que en Norteamérica o Europa. Según estudios en Sudamérica existe una incidencia de 34.7% en preescolares cuyos padres también presentan la misma condición ansiosa.³⁹

Actualmente no se han encontrado muchos estudios realizados en nuestro país que determinen la prevalencia de ansiedad en los infantes del Perú, sin embargo, la Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM) en el Perú encontró que los tipos de trastornos con mayor frecuencia durante el último año son los de ansiedad.⁹¹

Además se determinó que en el Perú tiene una prevalencia de ansiedad dental del 9 al 15%⁵. Las variaciones en los resultados entre los distintos estudios pueden explicarse debido a las diferentes maneras de organización de los sistemas de salud, las diferencias culturales y la selección de la población de estudio.⁹²

En la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega hay una concurrencia diaria de pacientes infantes de los cuales, según las vivencias durante el periodo académico 2018-I, la mayoría sería perteneciente a un nivel socioeconómico

B (medio), C (Bajo) y D (Bajo inferior), muchos de los cuales presentan una conducta ansiosa, la que puede impedir la realización del tratamiento por el cual acuden, el retraso del mismo o reducir la calidad del tratamiento brindado por el odontólogo a la hora de realizarse.

Con los resultados de esta investigación el odontólogo podrá llegar a un entendimiento profundo de la influencia del nivel socioeconómico sobre la ansiedad que pueda presentar el infante, por lo tanto se podrá llegar a él de una manera adecuada creándose posibles limitaciones para brindarle un tratamiento de alta calidad.

El presente estudio beneficiará al odontólogo y a su equipo al dar a conocer mejor a los pacientes que son atendidos en la citada clínica , conocer como se ha visto influenciado el niño por su nivel socioeconómico, como los diferentes niveles pueden generar el aumento o disminución de la ansiedad en la consulta odontológica, para así mejorar algunos aspectos y brindarle al paciente una mejor calidad de atención , beneficiará de manera indirecta a los familiares del mismo ya que les brindará información acerca de cómo está influenciando el nivel socioeconómico en el que se desenvuelve el niño sobre la conducta ansiosa del mismo.

2.1.2 Definición del Problema

2.1.2.1 Problema General

¿Cuál es la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el ciclo académico 2018-I?

2.1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el nivel de ansiedad que tiene el niño si tuviera que ir mañana al dentista?
2. ¿Cuál es el nivel de ansiedad del niño cuando espera al dentista en la sala de espera?
3. ¿Cuál es el nivel de ansiedad del niño cuando el dentista pone la turbina listo para empezar el tratamiento?
4. ¿Cuál es el nivel de ansiedad del niño cuando este está en el sillón odontológico para una limpieza dental?
5. ¿Cuál es el nivel socioeconómico del niño?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La presente investigación tiene como finalidad determinar la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el ciclo académico 2018-I. La presente investigación brinda información de suma importancia tanto al odontólogo como a los padres, de esta manera se ayudará a facilitar el tratamiento odontológico reduciendo el tiempo de este y mejorando la calidad del mismo, así como concientizando e informando a los padres sobre cómo puede influir el nivel socioeconómico en el cual se desenvuelve su hijo en la conducta ansiosa que este presente en el tratamiento odontológico.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el ciclo académico 2018-I.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

1. Establecer el nivel de ansiedad que tiene el niño si tuviera que ir mañana al dentista.

2. Determinar el nivel de ansiedad del niño cuando espera al dentista en la sala de espera.
3. Determinar el nivel de ansiedad del niño cuando el dentista pone la turbina lista para empezar el tratamiento.
4. Establecer el nivel de ansiedad del niño cuando este está en el sillón odontológico para una limpieza dental.
5. Determinar el nivel socioeconómico del niño.

2.2.3 Delimitación del Estudio

- Delimitación espacial

El estudio se realizó en la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, ubicada en el Distrito de Pueblo Libre, Lima.

- Delimitación temporal

El proyecto del estudio se ejecutó en el Ciclo académico 2018-I.

- Delimitación social

En el presente estudio, el grupo social objeto de estudio serán los niños entre 7 a 11 años de edad, quienes participen en el estudio, que acudan a la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la vega con sus padres o tutores.

- **Delimitación conceptual**

La ansiedad frente al tratamiento dental ha sido reconocida como un factor importante en la atención del paciente pediátrico y puede influir de forma característica en la calidad del tratamiento dental que el infante recibe. Se sabe que sus efectos pueden persistir hasta la edad adulta y conducir al rechazo a las consultas con el profesional odontológico incluso cuando son mayores. Se han realizado diversos estudios sobre la ansiedad dental, concluyendo en que esta se encuentra relacionada a una serie de factores predisponentes como es el nivel socioeconómico. El nivel socioeconómico sí podría relacionarse de forma positiva, debido a que podría constituirse como una potencial barrera al adecuado acceso a los servicios odontológicos, que contribuiría al incremento del nivel de ansiedad.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

El presente estudio se realiza debido a que es limitado el número de investigaciones relacionados a este tema, por otro lado aún no se ha llegado a un consenso en la literatura sobre los resultados obtenidos en los estudios realizados concernientes a este tema, por lo cual se realiza la presente investigación para buscar obtener resultados certeros acerca de cómo influye el nivel socioeconómico del niño en la conducta ansiosa que presente este en la consulta odontológica.

En tal sentido, esta investigación se justifica en virtud de que ofrecerá a los odontólogos y padres de familia que acudan llevando a sus hijos a la Clínica

Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega una valiosa información que será de gran importancia en la acción odontológica y el ámbito familiar, por cuanto permitirá conocer de qué manera se puede ver influenciada la conducta que presente el niño en el consultorio odontológico por el nivel socioeconómico en el cual se desenvuelve.

Además desde el punto de vista profesional, los odontólogos contarían con información valiosa para mejorar la relación paciente-operador, reforzándola con aspectos o técnicas de acuerdo con su contexto socioeconómico, con el objetivo de analizar la influencia que tiene el nivel socioeconómico en la conducta ansiosa del niño.

Desde el punto de vista institucional, La universidad Inca Garcilaso de la Vega podrá contar con información relevante sobre, cómo se ve influenciada la conducta ansiosa que presente el niño en la consulta odontológica por el nivel socioeconómico al que pertenece, siendo importante para la institución en la medida en que todos podamos concientizar a los padres, lo cual influirá directamente en la conducta del niño , para lograr una atención óptima y así poder mejorar la calidad del tratamiento odontológico dentro de la institución.

Desde el punto de vista social también se justifica este estudio, pues la comunidad tendrá la oportunidad de acceder a la información, tratando de favorecer así el entorno familiar en el que se ve influenciado el niño.

2.3 Variables e indicadores

2.3.1 Variables

Las variables de este estudio son las siguientes:

- **Variable independiente**

Nivel socioeconómico

- **Variable dependiente**

Conducta ansiosa del niño

2.3.2 Indicadores

Los indicadores a utilizar en el estudio serán las respuestas a las preguntas que se harán para cumplir con las dimensiones planteadas en el estudio:

- **Conducta Ansiosa del niño (Cuestionario de ansiedad dental Corah)**

Pregunta 01 Nivel de ansiedad del niño si tuviera que ir mañana al dentista.

Pregunta 02 Nivel de ansiedad del niño cuando se encuentra en la sala de espera.

Pregunta 03 Nivel de ansiedad del niño cuando el dentista pone la turbina para empezar el tratamiento.

Pregunta 04 Nivel de ansiedad del niño cuando está en el sillón odontológico para una limpieza dental.

- **Nivel Socioeconómico del niño (Ficha de nivel socioeconómico)**

preguntas de la N° 01 a la 06.

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

La población estuvo conformada por los pacientes niños, un total de 101, que acudan a la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el ciclo 2018-I.

3.1.2 Muestra

La muestra fue no aleatoria por conveniencia integrada por 101 pacientes niños que acudan a la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, que cumplan con los criterios de selección (criterios de inclusión y exclusión).

Criterios de Inclusión

- Pacientes niños entre 7 a 11 años.
- Pacientes niños que no presenten alguna discapacidad física o mental.
- Pacientes cuyos padres están de acuerdo con el estudio.

Criterios de Exclusión

- Pacientes menores de 7 y mayores de 11 años.
- Pacientes niños con alguna discapacidad física o mental.
- Pacientes cuyos padres no están de acuerdo con el estudio.

3.2 Diseño (s) a Utilizar en el Estudio

3.2.1 Diseño

De acuerdo a la finalidad del estudio, el estudio es de diseño Descriptivo.

3.2.2 Tipo de Investigación

De acuerdo a la dirección que sigue el estudio, es de tipo Prospectivo, Transversal y Observacional.

3.2.3 Enfoque

De acuerdo al grado de control de variables o a la asignación de los factores de estudio, el estudio es de enfoque Cualitativo.

3.3 Técnica (s) e Instrumento(s) de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección Datos

Una vez obtenidos los permisos respectivos de las autoridades de la universidad se procedió a dar inicio con la investigación acudiendo a los horarios de atención de la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante - Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se empezó dando una charla explicativa clara y entendible, a los padres de familia sobre los objetivos de la investigación y que beneficio conllevará el mismo. Luego de

que el investigador respondió las preguntas e interrogantes de los padres y una vez obtenida la conformidad de estos se procedió a la firma del consentimiento informado, para realizar el estudio en sus niños.

A continuación se realizó la ejecución del estudio utilizando la ficha del nivel socioeconómico, la cual será entregada a los padres que autoricen participar en el estudio y que acudan a la consulta con el niño o un familiar que esté a cargo. Posteriormente se procedió a la evaluación de la conducta ansiosa del niño mediante la encuesta de Ansiedad dental de Corah, esta fue evaluada en cada infante antes de la revisión odontológica general. Terminados los procedimientos descritos en la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se procedió al procesamiento y análisis de los datos.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento utilizado en la ejecución fue una ficha del nivel socioeconómico y el Cuestionario de ansiedad dental de Corah. La ficha de nivel socioeconómico a usar fue utilizada por la Bachiller Claudia Zegarra en su tesis —Aspiraciones educativas y ocupacionales de jóvenes: un estudio mixto sobre el rol del nivel socioeconómico y la percepción de barreras, para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Educacional de la Universidad Pontificia Católica del Perú en el año 2013, la cual se utilizó en este estudio para determinar el nivel socioeconómico al que pertenecen los pacientes odontopediátricos. El cuestionario de ansiedad dental de Corah fue creado por Norman Corah en el año 1969 para la

evaluación de la ansiedad, por lo que no se le realizó la validación correspondiente por juicio de expertos, habiendo sido ya validada y utilizada en investigaciones anteriores.

Para la Valoración del Nivel Socioeconómico

La Bachiller Claudia Zegarra adaptó la ficha de nivel socioeconómico elaborada por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM), la cual permitió recoger información sobre el nivel socioeconómico familiar a través de la medición de un conjunto de variables, las cuales han sido seleccionadas para la conformación de este instrumento por ser aquellas que mejor permiten diferenciar a los distintos grupos socioeconómicos (APEIM, 2011). Las variables que conforman este instrumento son las siguientes:

- 1. Instrucción del jefe de familia.** Esta variable se mide a través del máximo nivel educativo alcanzado por el jefe de familia, donde 1=Hasta secundaria incompleta y 5=Post-grado.
- 2. Servicio de salud al que accede el jefe de familia.** Esta variable se mide a través del tipo de servicio de salud al que accede con mayor frecuencia el jefe de familia cuando tiene un problema de salud, donde 1=posta médica/farmacia/naturista y 5= médico particular en clínica privada.
- 3. Tenencia de bienes.** Esta variable se mide a través de preguntas acerca del número de artefactos en buen estado que existe en el hogar (puntaje máximo=5).
- 4. Número de Personas por habitación en la vivienda.** Esta variable se mide a través del número de personas que viven en el hogar y el número de

habitaciones exclusivas para dormir que existen en la vivienda (puntaje máximo=5).

5. Materiales de la vivienda. Esta variable se mide a través del tipo de piso que predomina en la vivienda, donde 1= Tierra/arena/ tabloncillos sin pulir y 5= Parquet /madera pulida/ alfombra/ laminado (tipo madera)/ mármol / terrazo).

En cada una de estas categorías, los padres o tutores deberán marcar la opción que corresponde en relación al jefe de su hogar o de la vivienda en que residen. La suma de los puntajes asignados en cada uno de estos rubros permitía obtener un índice de NSE (de 0 a 25 puntos) y clasificar, a partir del mismo, a los jóvenes en alguno de los cinco niveles socioeconómicos establecidos (A, B, C, D y E), en donde el nivel socioeconómico más alto se denomina “NSE A” y el nivel más bajo, “NSE E”.⁹³

| | |
|-------------------------|-----------------|
| Nivel Socio-económico A | 21 a 25 puntos: |
| Nivel Socio-económico B | 16 a 20 puntos |
| Nivel Socio-económico C | 11 a 15 puntos: |
| Nivel Socio-económico D | 6 a 10 puntos |
| Nivel Socio-económico E | 1 a 5 puntos |

1

Para la Valoración del grado de Ansiedad

Norman Corah elaboró el instrumento usado para la valoración de la ansiedad en preescolares. La encuesta constará de 4 preguntas cada una con un valor numérico del 1 al 5, sobre posibles situaciones que se presentan al acudir a la cita con el dentista, estas preguntas serán realizadas por el niño según lo que

siente, siendo las respuestas: Relajado, un poco incómodo, tenso, Ansioso o tan ansioso que a veces transpiro o casi me siento físicamente enfermo

Luego de obtenidas todas las respuestas se suman los valores, lo que se traduce a las categorías de ansiedad: ausencia, leve, moderada, alta y severa respectivamente.

| GRADO DE ANSIEDAD | VALOR |
|----------------------|--------------|
| Ausencia de ansiedad | 0-4 puntos |
| Ansiedad leve | 5-8 puntos |
| Ansiedad moderada | 9-12 puntos |
| Ansiedad alta | 13-14 puntos |
| Ansiedad severa | 15-20 puntos |

3.4 Procesamiento de Datos

Después de tomado el cuestionario, se procedió a verificar el correcto llenado y luego se hizo la tabulación de cada dato contestado por los encuestados, para luego proceder a realizar la base de datos.

Para realizar el análisis de los datos de la información obtenida en la presente investigación se utilizó una computadora portátil marca Hp, con procesador Core Dual 2.30 Ghz , sistema operativo Windows 7 Ultimate y del programa Microsoft Excel 2010, con 25 GB de almacenamiento interno, donde se almacenó los datos obtenidos que permitió hacer la estadística. Luego se hizo una estadística descriptiva de las dimensiones planteadas en el estudio y una estadística

inferencial donde se presentó los resultados mediante tablas y gráficos, utilizando el programa estadístico informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 16.0.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de los resultados

Tabla N° 01
Distribución de participantes según el sexo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Femenino | 54 | 53.5% |
| Masculino | 47 | 46.5% |

En la Tabla N° 01 se observa que las personas de sexo femenino representan el 53.5% (N°=54) y del sexo Masculino representan el 46.5% (N°=47) del total.

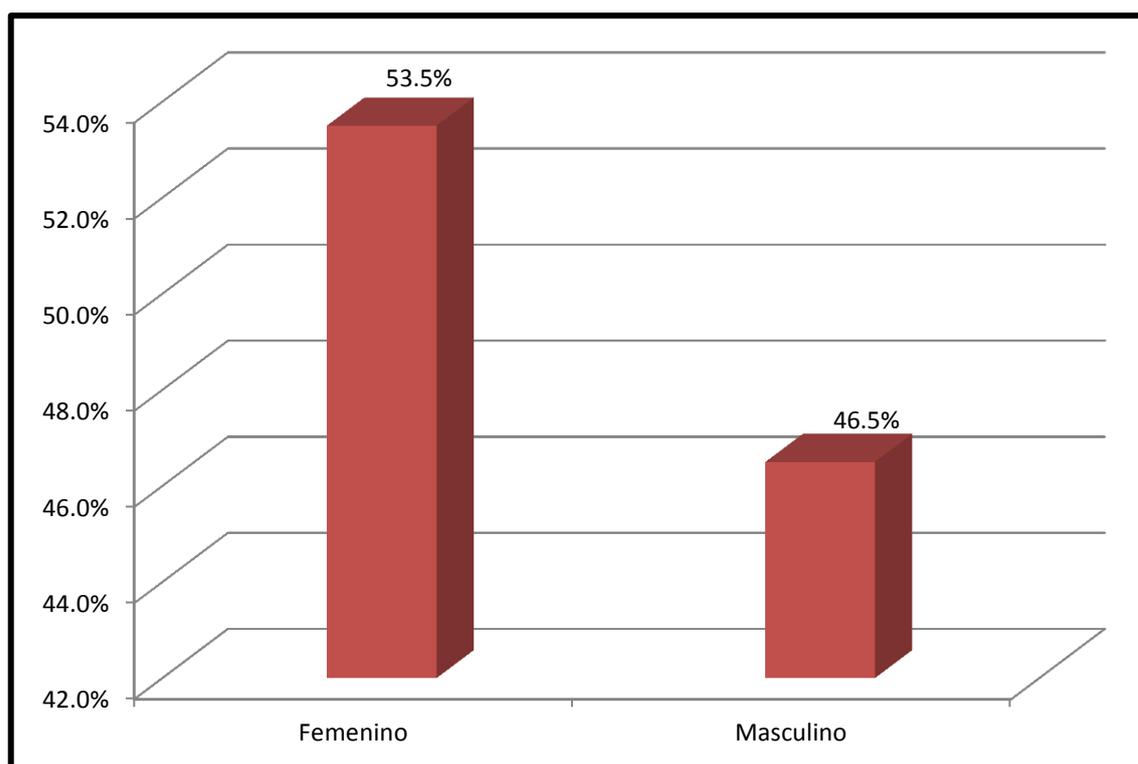


Gráfico N° 01
Distribución de participantes según el sexo

Tabla N° 02
Distribución de participantes según edad

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| 11 años | 27 | 26.7% |
| 9 años | 23 | 22.8% |
| 8 años | 24 | 23.8% |
| 7 años | 27 | 26.7% |

En la Tabla N° 02 se aprecia que los niños con 11 años de edad representan el 26.7% (N°=27), los de 9 años de edad el 22.8% (N°=23), los de 8 años de edad el 23.8% (N°=24) y los de 7 años de edad el 26.7% (N°=27).

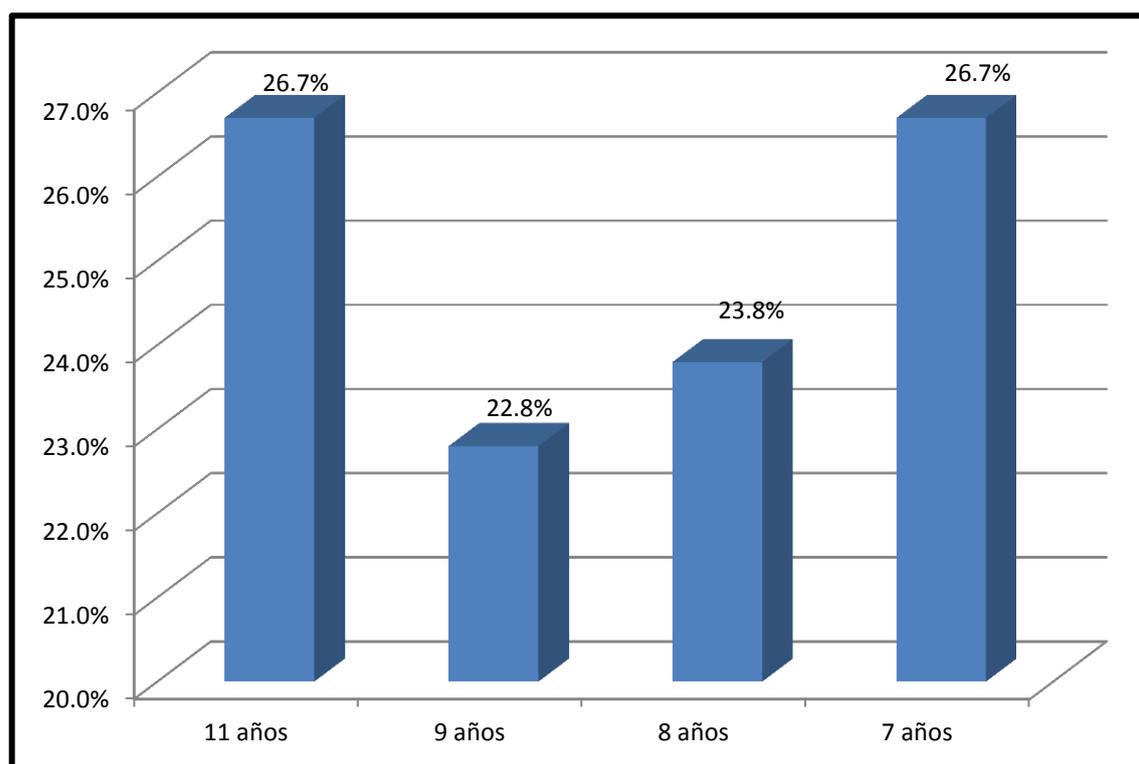


Gráfico N° 02
Distribución de participantes según edad

Tabla N° 03

Influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica estomatológica del niño, madre, gestante- bebe de la Universidad inca Garcilaso de la Vega, ciclo académico 2018-I

| NIVEL SOCIOECONÓMICO | | ANSIEDAD | | |
|-------------------------|-------------|---------------|-------------------|---------------|
| | | Ansiedad leve | Ansiedad moderada | Alta ansiedad |
| Nivel socio-económico D | Recuento | 16 | 12 | 7 |
| | % del total | 15.8% | 11.9% | 6.9% |
| Nivel socio-económico E | Recuento | 32 | 28 | 6 |
| | % del total | 31.7% | 27.7% | 5.9% |

En la Tabla N° 03 se aprecia que en mayoría los niños de Nivel socioeconómico E presentan un nivel de Ansiedad Leve en 31.7% (N°=32), seguido de un nivel de Ansiedad Moderado en 27.7% (N°=28) del total.

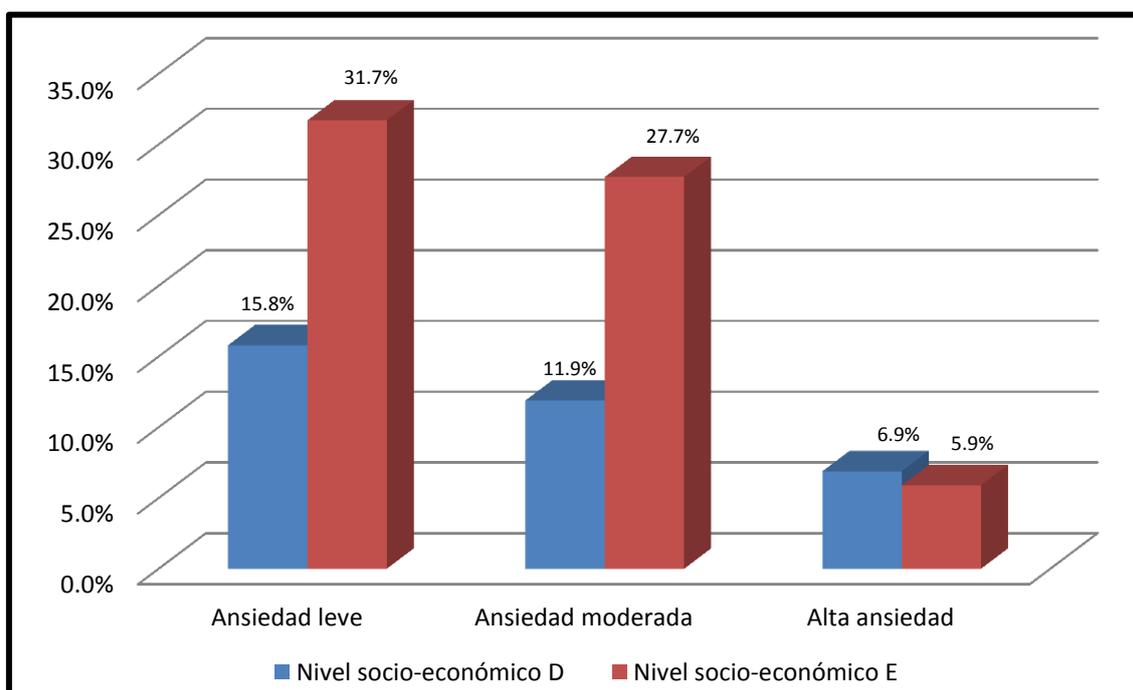


Gráfico N° 03

Influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica estomatológica del niño, madre, gestante-bebe de la Universidad inca Garcilaso de la Vega, ciclo académico 2018-I.

Tabla N° 04

Influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

| | Valor | gl | Sig. asintótica |
|--------------------------------|-------|----|-----------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 2.534 | 2 | 0.282 |

En lo referente a la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica, se aprecia que el valor de X^2 es de 2.534 y el nivel de significancia es de $p > 0.05$.

Tabla N° 05
Nivel de ansiedad que tiene el niño si tuviera que ir mañana al dentista

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Espero con interés a ella como una experiencia razonable agradable | 47 | 46.5% |
| No me importaría una manera u otra | 16 | 15.8% |
| Me sentiría un poco incómodo al respecto | 7 | 6.9% |
| Tendría miedo de que fuese desagradable y doloroso | 13 | 12.9% |
| Estaría muy asustado de lo que el dentista haría | 18 | 17.8% |

En la Tabla N° 05 se aprecia en referencia al nivel de ansiedad, en mayoría indicaron que “Espero con interés a ella como una experiencia razonable agradable” en un 46.5% (N°=47), seguido de los que respondieron que “Estaría muy asustado de lo que el dentista haría” en 17.8% (N°=18) del total.

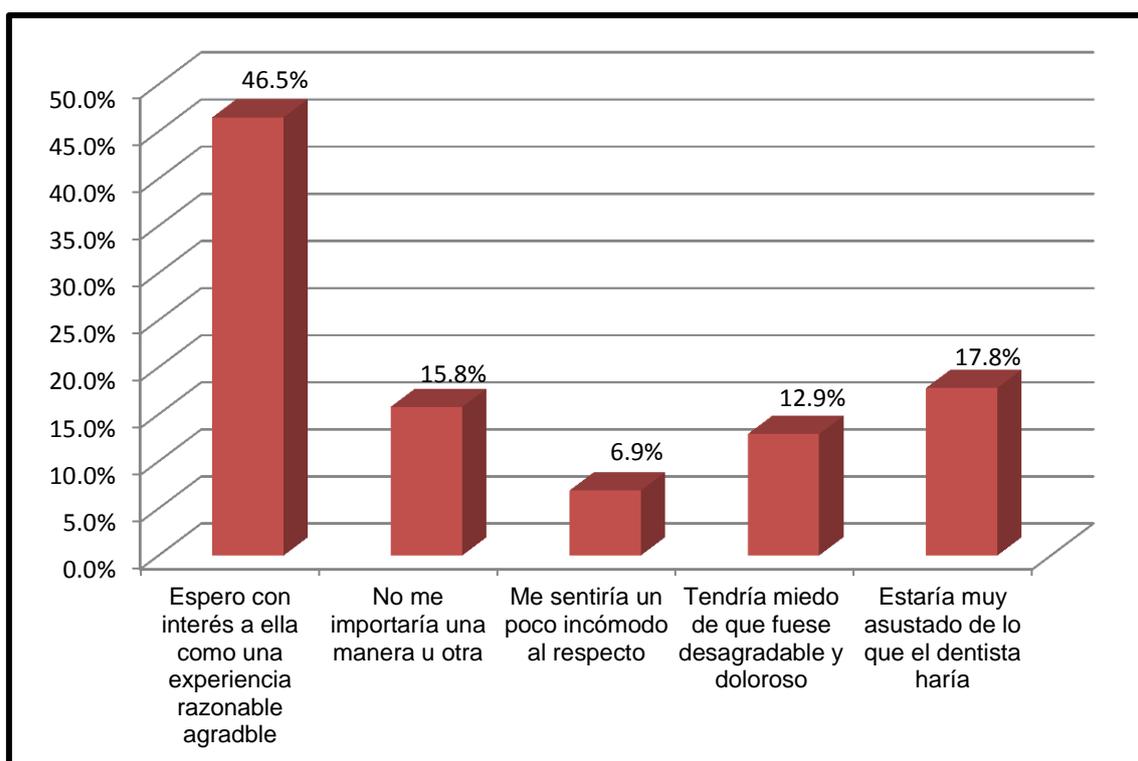


Gráfico N° 04
Nivel de ansiedad que tiene el niño si tuviera que ir mañana al dentista

Tabla N° 06

Nivel de ansiedad que tiene el niño cuando espera al dentista en la sala de espera

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Relajado | 39 | 38.6% |
| Un poco incómodo | 12 | 11.9% |
| Tenso | 11 | 10.9% |
| Ansioso | 25 | 24.8% |
| Tan ansiosa, que a veces sudo o casi me siento físicamente enfermo | 14 | 13.9% |

En la Tabla N° 06 se aprecia en referencia al nivel de ansiedad, en mayoría indicaron que se encontrarían “Relajado” en un 38.6% (N°=39), seguido de los que respondieron que estarían “Ansioso” en 24.8% (N°=25) del total.

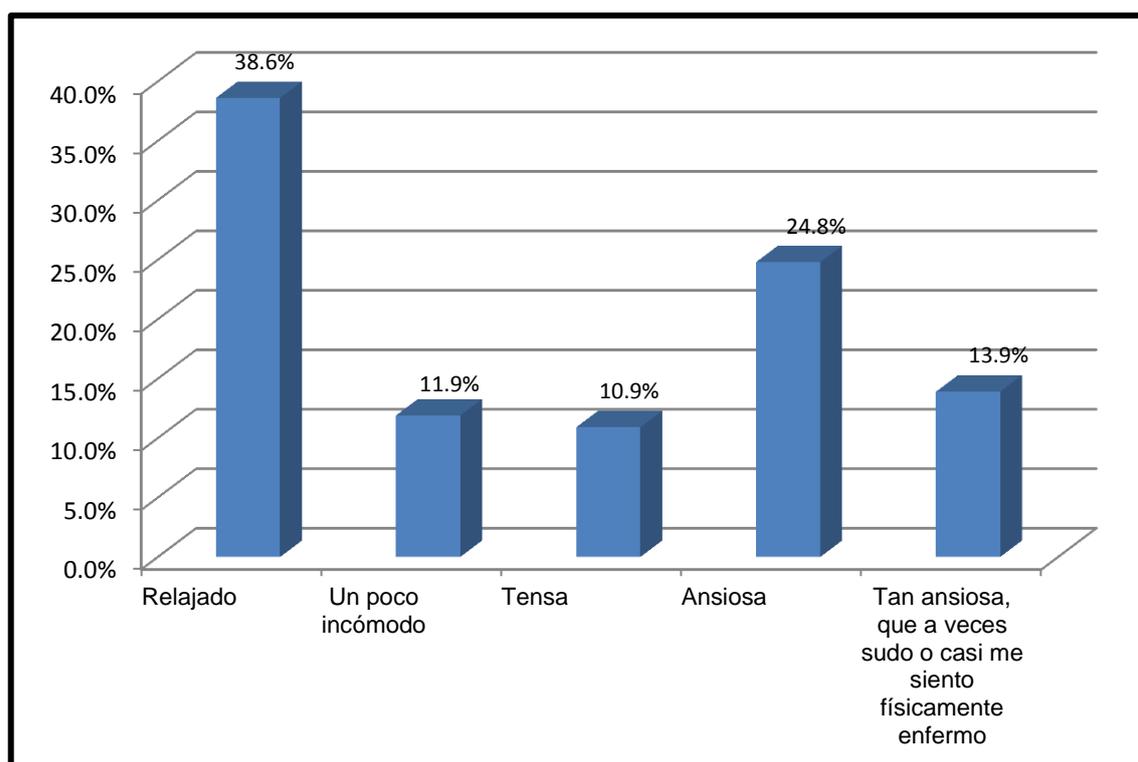


Gráfico N° 05

Nivel de ansiedad que tiene el niño cuando espera al dentista en la sala de espera

Tabla N° 07

Nivel de ansiedad que tiene el niño cuando el dentista pone la turbina listo para empezar el tratamiento

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Relajado | 16 | 15.8% |
| Un poco incómodo | 42 | 41.6% |
| Tenso | 19 | 18.8% |
| Ansioso | 24 | 23.8% |

En la tabla N° 07 se observa en referencia al nivel de ansiedad, en mayoría precisaron que estaría “Un poco incómodo” en un 41.6% (N°=42), seguido de los que respondieron que estaría “Ansioso” en 23.8% (N°=24) del total.

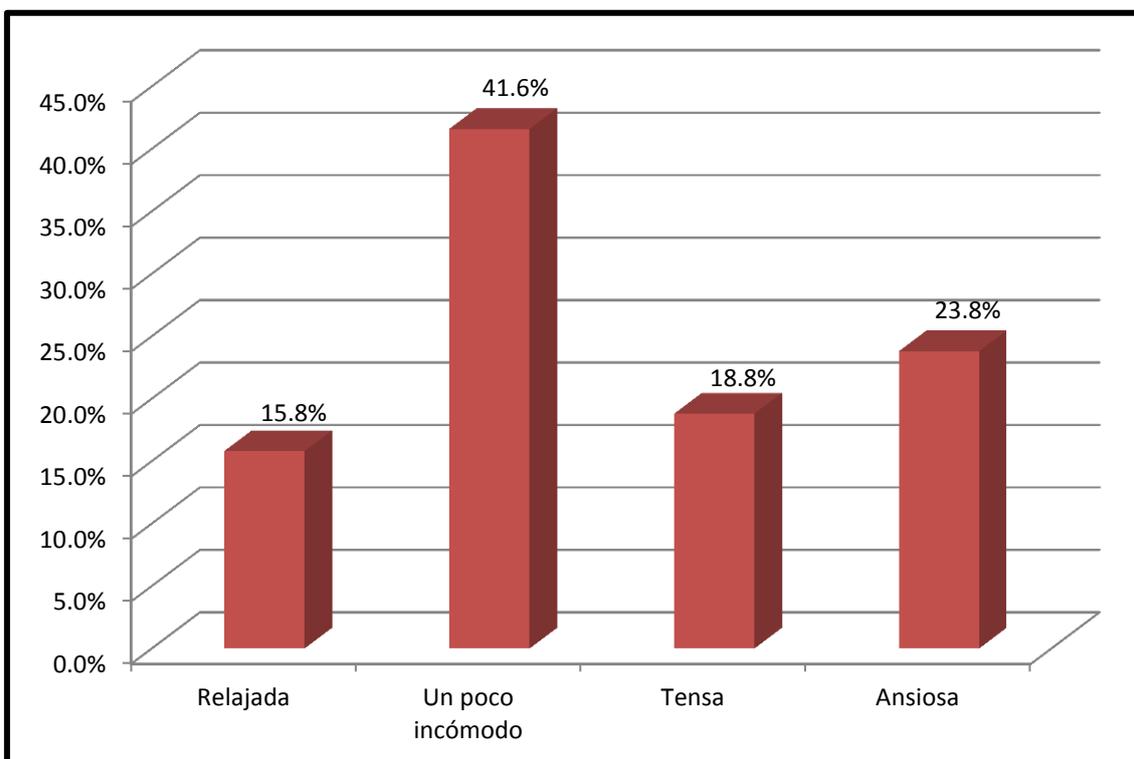


Gráfico N° 06

Nivel de ansiedad que tiene el niño cuando el dentista pone la turbina listo para empezar el tratamiento

Tabla N° 08
Nivel de ansiedad que tiene el niño cuando este está en el sillón
odontológico para una limpieza dental

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Relajado | 31 | 30.7% |
| Un poco incómodo | 19 | 18.8% |
| Tenso | 30 | 29.7% |
| Ansioso | 12 | 11.9% |
| Tan ansiosa, que a veces sudo o casi me siento físicamente enfermo | 9 | 8.9% |

En la Tabla N° 08 se indica en referencia al nivel de ansiedad, en mayoría precisaron que se encontrarían “Relajado” en un 30.7% (N°=31), seguido de los que indicaron que estarían “Tenso” en 29.7% (N°=30) del total.

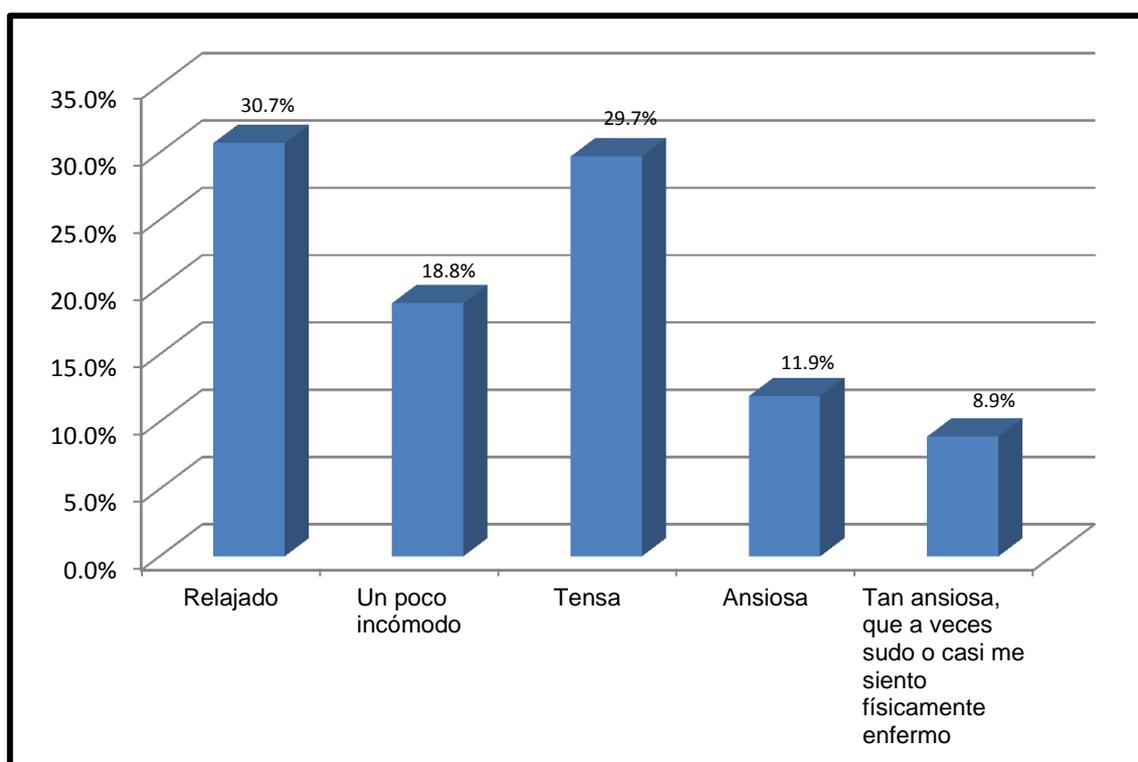


Gráfico N° 07
Nivel de ansiedad que tiene el niño cuando este está en el sillón
odontológico para una limpieza dental

Tabla N° 09
Nivel socioeconómico de los niños participantes

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|------------|------------|
| Nivel socio-económico D | 35 | 34.7% |
| Nivel socio-económico E | 66 | 65.3% |

En la Tabla N° 09 se observa que el nivel socioeconómico de los niños en mayoría fue del Nivel socio-económico E en un 65.3% (N°=66), seguido del Nivel socio-económico D en un 34.7% (N°=35) del total.

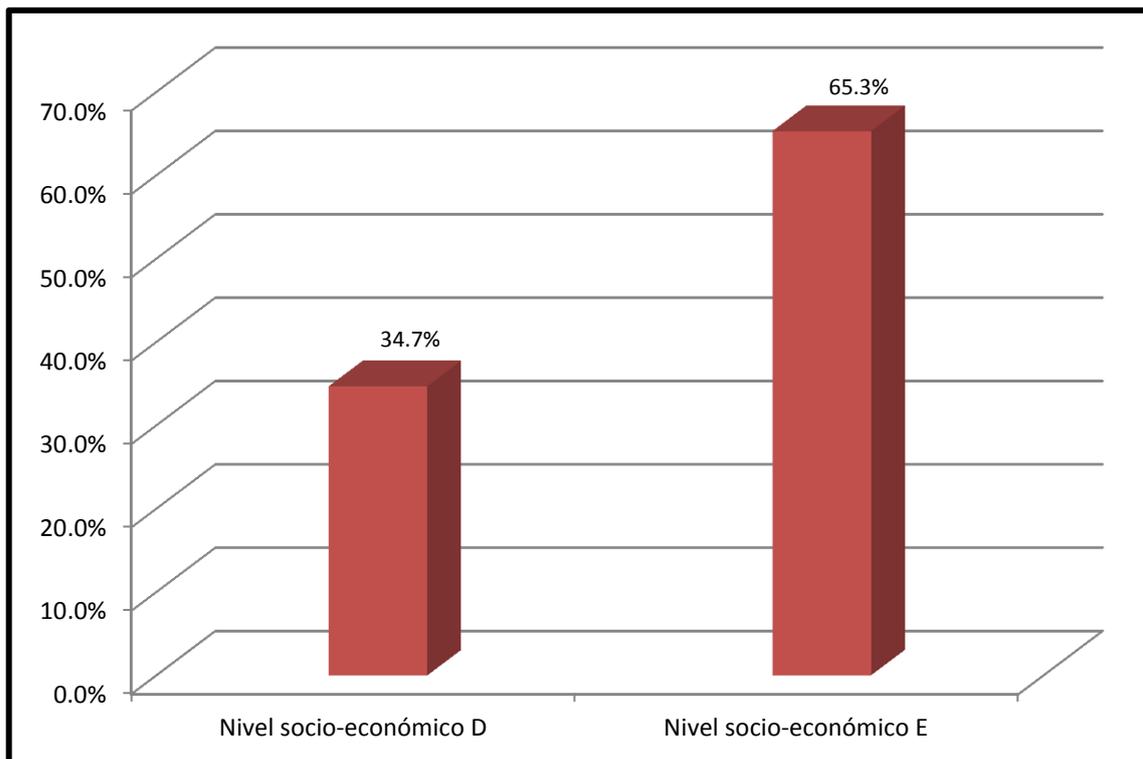


Gráfico N° 08
Nivel socioeconómico de los niños participantes

4.2 Discusión de los Resultados

Con respecto a Determinar la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el ciclo académico 2018-I; en los resultados se observa que en mayoría los niños en un número de 32, con un porcentaje de 31.7%, tienen un nivel socioeconómico E y presentaron un nivel de ansiedad leve; igualmente, los niños en un número de 28, con un porcentaje de 27.7%, presentaron un nivel socioeconómico E y una ansiedad moderada; también, se observa en un número de 16, con un porcentaje de 15.8%, que los niños presentaron un nivel socioeconómico D y un nivel de ansiedad leve; asimismo, los niños presentaron en un número de 12, con un porcentaje de 11.9%, un nivel socioeconómico D y un nivel de ansiedad moderado; luego, en un número de 7, con un porcentaje de 6.9% los niños presentaron un nivel socioeconómico D y un nivel de ansiedad alta; finalmente, en un número de 6, con un porcentaje de 5.9%, los niños presentaron un nivel socioeconómico E y un nivel de ansiedad alta. En la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 2.534, el cual es menor al valor de la zona de aceptación que es el de 5.9915, siendo el nivel de significancia de 0.282, observando que sí hay diferencia significativa porque $P > 0.05$, con lo cual se indica que no existe influencia entre el nivel socioeconómico y la conducta ansiosa de los niños. En los resultados se observa que en forma predominante se encuentran los niños pertenecientes al nivel socioeconómico E, con un nivel de ansiedad leve, encontrándose estos en el último nivel socioeconómico que se ha considerado en el estudio, se observa un porcentaje muy cercano, en el mismo nivel socioeconómico, con una ansiedad moderada, lo descrito se corrobora con

la prueba de chi cuadrado, habiendo influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica. Como los resultados son alentadores, se espera que se siga manteniendo el mismo nivel de ansiedad o la mejora de este, llegando si fuese posible a la ausencia de ansiedad. Pudiendo realizar charlas motivadoras a los padres y a los niños de acuerdo a su nivel de aprendizaje; así también, poniendo en práctica una serie de medidas en el consultorio odontológico descritas en el estudio y de esa manera también prevenir las posibles complicaciones en cuanto a su salud oral en su vida adulta.

Con respecto a establecer el nivel de ansiedad que tiene el niño si tuviera que ir mañana al dentista, en los resultados se observa que en su mayoría los niños en un número de 47, con un porcentaje de 46.5%, estarían esperando una experiencia razonablemente agradable; los niños en un número de 18, con un porcentaje de 17.8%, estarían con mucho miedo de lo que el dentista podría hacer ; seguido por los niños en un número de 16, con un porcentaje de 15.8%, a los cuales no les importaría; así también se encuentran los niños en un número de 13, con un porcentaje de 12.9%, los cuales estarían con miedo que sea desagradable si el (ella) sintiera dolor; finalmente los niños en un número de 7, con un porcentaje de 6.9%, quienes se sentirían un poco incómodos. En los resultados se observa que en forma predominante se encuentran los niños quienes estarían esperando con interés el día de la cita como una experiencia razonablemente agradable, como los resultados son alentadores se espera seguir manteniendo dicha conducta de interés. Pudiendo así seguir manteniendo la buena comunicación con el paciente, fomentando su interés por el tratamiento y

manteniendo el entorno visualmente agradable para él. De esta manera evitar posibles cancelaciones e incentivando el interés del niño por su salud oral.

Con respecto a Determinar el nivel de ansiedad del niño cuando espera al dentista en la sala de espera, en los resultados se observa que los niños en un número de 39, con un porcentaje de 38.6%, están relajados; los niños en un número de 25, con un porcentaje de 24.8%, se sienten ansiosos; seguidos de los niños en un número de 14, con un porcentaje de 13.9%, quienes están tan ansiosos que comienzan a sudar o sentirse mal; así también se encuentran los niños en un número de 12, con un porcentaje de 11.9%, quienes están un poco incómodos; finalmente los niños en un número de 11, con un porcentaje de 10.9%, se encuentran tensos. En los resultados se observa que en forma predominante se encuentran los niños quienes se sienten relajados esperando al dentista en la sala de espera, como los resultados son estimulantes se sugiere seguir manteniendo la conducta relajada. Pudiendo seguir citando al paciente con intervalos de tiempos adecuados, evitando tratamientos muy largos o cansados, así como manteniendo un entorno atractivo durante la espera del tratamiento. De esta manera lograr que este se sienta plenamente cómodo y en confianza durante la espera.

Con respecto a determinar el nivel de ansiedad del niño cuando el dentista pone la turbina listo para empezar el tratamiento, en los resultados se observa que los niños en un número de 42, con un porcentaje de 41.6%, se encuentran un poco incómodos; los niños en un número de 24, con un porcentaje de 23.8%, se sienten ansiosos, seguido de los niños en un número de 19 con un porcentaje de

18.8%, se encuentran tensos; así también , los niños en un número de 16, con un porcentaje de 15.8%, se encuentran relajados. En los resultados se observa que predominan los niños quienes se encuentran un poco incomodos cuando el dentista pone la turbina para empezar el tratamiento, como los resultados no son muy alentadores se espera lograr, si fuese posible, que el niño se sienta relajado. Pudiendo evitar la visualización de la turbina, disminuyendo el ruido de esta, así como la distracción del niño mediante juegos o la proyección de programas de su agrado, o el uso de audífonos y distractores del sonido. Así mismo se llegará a reducir la duración del tratamiento y mejorar la calidad del mismo.

Con respecto a Establecer el nivel de ansiedad del niño cuando este está en el sillón odontológico para una limpieza dental, en los resultados se observa que los niños en un número de 31, con un porcentaje de 30.7%, se encuentran relajados; los niños en un número de 30, con un porcentaje de 29.7%, se encuentran tensos ; seguido por los niños en un número de 19, con un porcentaje de 18.8%, se encuentran un poco incomodos; así también , los niños en un número de 12, con un porcentaje de 11.9%, se encuentran ansiosos; finalmente los niños en un número de 9, con un porcentaje de 8.9%, se encuentran tan ansiosos que comienzan a sudar o sentirse mal. En los resultados se observa que predominan los niños quienes se encuentran relajados cuando están en el sillón odontológico para una limpieza dental, debido a que los resultados son estimuladores se espera seguir manteniendo la misma conducta. Pudiendo seguir mejorando la comunicación con el paciente ayudando así a la familiarización de este con los instrumentos a usar y con el entorno del consultorio odontológico.

Con respecto a Determinar el nivel socioeconómico de los niños participantes, en los resultados se observa que en mayoría los niños en un número de 66, con un porcentaje de 65.3%, pertenecen al nivel socioeconómico E, seguido de los niños en un número de 35, con un porcentaje de 34.7%, quienes pertenecen al nivel socioeconómico D. En los resultados se observa que hay predominio de los niños quienes pertenecen al nivel socioeconómico E, encontrándose así en el último nivel socioeconómico considerado en el estudio, en el cual se tendría que dictar charlas sobre el tratamiento odontológico en forma simple y comprensible a su nivel social.

Fuks, A. y Cols (1993) El objeto del presente estudio fue evaluar la relación entre el nivel de ansiedad dental y el comportamiento de prevención dental en niños en edad escolar de distintas clases sociales y diferentes orígenes étnicos, residentes en Jerusalén, Israel. La clase social fue determinada por la profesión del padre y el área de residencia. El origen étnico fue determinado de acuerdo con el país de origen de la madre o de la abuela. Conclusión: En el presente estudio se encontró que el origen étnico tiene influencia en la ansiedad de los niños, pero ni el origen étnico ni la clase social influyen el comportamiento dental preventivo. En la presente investigación realizada en 101 niños entre las edades de 7 a 11 años de edad, pertenecientes en su mayoría al nivel socioeconómico E ;el más bajo considerado en el estudio; quienes acudieron a la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. El nivel de ansiedad del niño se determinó con el cuestionario de ansiedad dental de Corah y el nivel socioeconómico con una Ficha de Nivel Socioeconómico. En el presente estudio al igual que el estudio que realizó Fuks, A. y Cols, se concluyó

que el nivel socio económico no influye sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica.

Taani, D. (2002) Evaluó los niveles de asistencia dental y la ansiedad entre los niños de grupos sociales (de nivel socioeconómico medio a bajo) y escuelas privadas (grupos socioeconómicos más altos) y exploró la fuente percibida de miedo dental entre ellos. Método: Un grupo de 1,021 niños seleccionados por un método aleatorio simple de 10 escuelas públicas en las cinco áreas geográficas de Irbid Governate, Jordania y las 10 escuelas privadas se incluyeron en este estudio. Todos los niños (edad promedio $13,1 \pm 0,87$ años) completaron un cuestionario modificado a partir de la Escala de Miedo Dental (DFS) que también contenía elementos relacionados con la asistencia dental. Resultados: Los niños de escuelas privadas visitaron al dentista regularmente de manera más significativa que los niños de escuelas públicas. Sin embargo, la mayoría de los niños de las escuelas públicas asistieron al dentista solo en una emergencia. La razón principal de la asistencia irregular fue 'no se necesita tratamiento'. Alrededor del 43-44% de los niños tenían miedo dental de "tipo bajo a moderado", mientras que la prevalencia de "alta ansiedad dental" fue ligeramente mayor entre los niños del público que los de las escuelas privadas. La vista y la sensación de una aguja anestésica y la vista, el sonido y la sensación del taladro eran los estímulos que más miedo provocaban. Además, se encontró que los niños de las escuelas públicas estaban más ansiosos con un "miedo dental global" significativamente más alto que los niños de las escuelas privadas ($P < 0.05$). En la presente investigación realizada en 101 niños entre las edades de 7 a 11 años de edad, pertenecientes en su mayoría al nivel socioeconómico E ;el más bajo considerado

en el estudio; que acudieron a la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Se encontró que al igual que el estudio realizado por Taani, D, la vista del taladro produjo una sensación de incomodidad en la mayoría de los niños. Además, se encontró que a diferencia del estudio realizado por Taani, D, los niños pertenecientes al nivel socioeconómico E; el nivel socioeconómico más bajo; presentaron un nivel de ansiedad leve. Resultados corroborados por la prueba de Chi cuadrado. En la presente investigación se llegó a la conclusión que el nivel socio económico no influye sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica.

Folayan, M., Idehen, E., Ufomata, D. (2003) Intentó determinar los factores sociodemográficos que se relacionan con la ansiedad dental en los niños africanos suburbanos. Métodos. Se registraron la edad, el género y el estado sociodemográfico. Se determinó la distribución del puntaje de ansiedad dental, su nivel de umbral así como la relación entre las variables sociodemográficas y la ansiedad de los pacientes. Resultados. No hubo asociación estadísticamente significativa entre la edad, el sexo, el estado socioeconómico de los niños y el nivel de ansiedad dental. Sin embargo, sí existió una relación estadísticamente significativa entre el tipo de escuela al que asistió el niño y el nivel de ansiedad. Los niños de escuelas públicas tenían altos niveles de ansiedad. Conclusiones Se necesitan más estudios que involucren muestras más grandes que no sean clínicas para examinar los problemas planteados por los hallazgos de este estudio. En la presente investigación realizada en 101 niños entre las edades de 7 a 11 años de edad, pertenecientes en su mayoría al nivel socioeconómico E ;el más bajo considerado en el estudio; que acudieron a la Clínica Estomatológica del

Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Se encontró que al igual que el estudio realizado por Folayan, M., Idehen, E., Ufomata, D. no se encontró una influencia estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico del niño sobre el nivel de ansiedad dental. Encontrando una posible contradicción en su estudio ya que encontraron una relación estadísticamente significativa entre el tipo de escuela al que asistió el niño y el nivel de ansiedad. Encontrando entonces que los niños de escuelas públicas (es conocido que son niños pertenecientes a niveles socioeconómicos de medio a bajo) presentaron un nivel de ansiedad alto. En contraste a esto, en el presente estudio se encontró que los niños pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo presentan un nivel de ansiedad leve. En la presente investigación se llegó a la conclusión que el nivel socio económico no influye sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica.

Dogan, M. y Cols.(2006) Estudiaron el efecto de la edad, el sexo y los factores socioeconómicos sobre la ansiedad dental percibida determinada por una escala modificada en los niños. Se tuvo como muestra 258 niños de entre 8 y 12 años, que no habían visitado a un dentista antes, fueron seleccionados al azar de tres grupos diferentes de estatus socioeconómico. Se tuvo como resultado una alta correlación entre C-DAS y Com-DAS ($r = 0,69$). La correlación más baja fue en niños de 8 años ($r = 0,46$), sin embargo, la diferencia promedio entre las escalas en este grupo de edad no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Las puntuaciones de Com-DAS no mostraron diferencias estadísticas según el sexo, mientras que hubo una diferencia significativa según la edad y el estado socioeconómico ($p = 0,001$ en ambos casos). En la presente investigación

realizada en 101 niños entre las edades de 7 a 11 años de edad, pertenecientes en su mayoría al nivel socioeconómico E ;el más bajo considerado en el estudio; que acudieron a la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Se encontró que en semejanza al estudio realizado por Dogan, M. y Cols donde encontró que hubo una diferencia significativa según el estado socioeconómico sobre la ansiedad dental, los niños pertenecientes al nivel socioeconómico E presentaron un nivel de ansiedad leve. Se concluyó que el nivel socio económico no influye sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica.

Vlad, R. y Cols (2017) Identificaron las diferencias en cómo el acto dental se percibe entre los niños de diferentes grupos étnicos. Para esto propósitos, partimos de la hipótesis de que el grado de ansiedad infantil en el dentista puede verse influido por el estado socioeconómico de la familia de origen. Material y métodos: una muestra de 115 escolares, incluidos 40 Niños rumanos, 36 niños húngaros y 39 niños romaníes, de edad entre 8-9 años de edad, fueron entrevistados. Resultados: los resultados mostraron que la mayoría de los niños de Rumania y Los grupos húngaros habían ido al dentista, mientras que solo el 48.71% de los romaníes los niños habían estado allí. El mayor grado de ansiedad se manifiesta por el Niños romaníes No hay diferencias significativas en este estudio entre los respuestas de niños rumanos e húngaros sobre el grado de ansiedad en la oficina dental. Conclusiones: el estudio confirmó la hipótesis de que el grado de ansiedad infantil en el dentista está influenciado por el estado socioeconómico de la familia de origen. Cuando el socio-económico el nivel es bajo, los padres no van a la oficina dental para tratamiento o prevención y este comportamiento se transmite a

los niños. En la presente investigación realizada en 101 niños entre las edades de 7 a 11 años de edad, pertenecientes en su mayoría al nivel socioeconómico E ;el más bajo considerado en el estudio; que acudieron a la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Se encontró que en contraste con el estudio realizado por Vlad, R. y Cols en el cual se concluyó de que el grado de ansiedad infantil en el dentista está influenciado por el estado socioeconómico de la familia, en la presente investigación se llegó a la conclusión que el nivel socio económico no influye sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusión General

Con respecto a Determinar la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica Estomatológica del Niño, Madre Gestante-Bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el ciclo académico 2018-I, se concluye que no hay Influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en a consulta odontológica.

5.1.2 Conclusiones Específicas

1. Con respecto a determinar el nivel de ansiedad que tiene el niño si tuviera que ir mañana al dentista, se concluye que predominan los niños que estarían esperando con interés la cita como una experiencia razonablemente agradable.
2. Con respecto a determinar el nivel de ansiedad del niño cuando espera al dentista en la sala de espera, se concluye que predominan los niños quienes se sienten relajados.

3. Con respecto a determinar el nivel de ansiedad del niño cuando el dentista pone la turbina listo para empezar el tratamiento, se concluye que predominan los niños que se sienten preocupados.
4. Con respecto a establecer el nivel de ansiedad del niño cuando este está en el sillón odontológico para una limpieza dental, se concluye que predominan los niños que se sienten relajados.
5. Con respecto a determinar el nivel socioeconómico del niño, se concluye que hay un predominio de los niños pertenecientes al nivel socioeconómico E.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendación General

Respecto a Determinar la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica estomatológica del niño, madre gestante-bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el ciclo académico 2018-I, se recomienda realizar charlas motivadoras a los padres y a los niños de acuerdo a su nivel de aprendizaje; así también, poniendo en práctica una serie de medidas en el consultorio odontológico descritas en el estudio y de esa manera también prevenir las posibles complicaciones en cuanto a su salud oral en su vida adulta pudiendo llegar en un futuro a la ausencia de ansiedad en los niños ante el tratamiento dental, logrando así que el niño reciba un tratamiento de alta calidad y se sienta cómodo durante el mismo.

5.2.2 Recomendaciones Específicas

1. Con respecto a establecer el nivel de ansiedad que tiene el niño si tuviera que ir mañana al dentista, se recomienda mantener la conducta de interés, fomentando su interés por el tratamiento y manteniendo el entorno visualmente agradable para él. De esta manera evitar posibles cancelaciones e incentivando el interés del niño por su salud oral. logrando así que los niños se sientan gustosos acudiendo a sus citas odontológicas.
2. Con respecto a determinar el nivel de ansiedad del niño cuando espera al dentista en la sala de espera, se recomienda mantener la conducta relajada, mediante la programación de citas con intervalos de tiempos adecuados, evitando tratamientos muy largos o cansados, así como manteniendo un entorno atractivo durante la espera del tratamiento. De esta manera lograr que este se sienta plenamente cómodo y en confianza durante la espera. Logrando así que los niños entren a la consulta sin ninguna dificultad u oposición..
3. Con respecto a determinar el nivel de ansiedad del niño cuando el dentista pone la turbina listo para empezar el tratamiento, se recomienda evitar la visualización de la turbina, disminuyendo el ruido de esta, así como la distracción del niño mediante juegos o la proyección de programas de su agrado, o el uso de audífonos y distractores del sonido. Para poder llegar en el futuro a una conducta relajada en los niños, así mismo se llegará a reducir la duración del

tratamiento y mejorar la calidad del mismo. Logrando así un tratamiento reconfortante y agradable tanto para el niño como para el odontólogo.

4. Con respecto a establecer el nivel de ansiedad del niño cuando este está en el sillón odontológico para una limpieza dental, se recomienda mantener la conducta relajada, mediante la buena comunicación con el paciente ayudando así a la familiarización de este con los instrumentos a usar y con el entorno del consultorio odontológico. Logrando así que el tratamiento sea de alta calidad y fomentando el interés del niño por el tratamiento odontológico y el beneficio que este conlleva.

5. Con respecto a determinar el nivel socioeconómico del niño, se recomienda tener conocimiento del predominio del nivel socioeconómico de los niños y de esta manera poder orientar a sus padres con charlas sobre el tratamiento odontológico en forma simple y comprensible a su nivel social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Historias y Biografías [Internet]. Comportamiento: Humano Conceptos Básicos; [cited 15 May 2018]. Available from: <https://historiaybiografias.com/ciencia00/>
2. Castaño A. Diferencia entre conducta y comportamiento - Diferencias.eu [Internet]. Diferencias.eu. 2017. Available from: <https://diferencias.eu/entre-conducta-y-comportamiento/>
3. Seisdedos P. ¿Qué entendemos por conducta? Concepto, tipos de conducta y técnicas. 2018 Marz 25 [cited 30 August 2017]. Blog CogniFit. [Internet Blog]. Available from: <https://blog.cognifit.com/es/conducta/>
4. Equipo de redacción, Gaceta educativa [Internet].Tipos de conducta. Lostipos.com. 2016 [cited 29 March 2016]. Available from: <http://www.lostipos.com/de/conducta.html>
5. Céspedes L. El rol de la familia en el comportamiento del niño.[Tesis].Venezuela: Área de Educación Carrera Educación Integral, Universidad Nacional Abierta;2002.
6. Amambal J y Cols. Manejo conductual del paciente bebé y pacientes especiales, mediante técnicas psicológicas y de restricción física. [Trabajo de Investigación] Perú: Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.

7. Virues, Rosa A. Estudio sobre Ansiedad, México 2005, [conectado en línea] [consulta hecha el 12/04/2009 a la hora 19.00 horas] Disponible en : <http://www.monografias.com/trabajos59/la->
8. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Malestar e subjetividad*. 2003 Mar 3(1):10-59 [Online] 2013 May 63(5):614-618.[Fecha de acceso: 7-05- 2014]. Disponible en: <http://www.jpma.org.pk/PdfDownload/4183.pdf>
9. Hazem K, Ayman O. Dental Anxiety and its Possible Effects on Caries Prevalence. *Journal of the royal medical services*. 2013 Jun 20(2):26-31.
10. Navas, J. "Cómo controlar su ansiedad en situaciones de evaluación o examen". Santo Domingo: CPE. (1991)
11. Caycedo M, Colorado P, Barahona G, Palencia R et al. Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma psicológica*. 2008 Mar 15(1):259-278
12. Ronquillo H. Asociación entre condiciones oclusales, niveles de ansiedad rasgo-estado y desordenes temporomandibulares en un grupo de estudiantes de estomatología (tesis magistral). Lima – Perú. Cayetano Heredia Univ.; 2000.
13. Revista de Enfermería.Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, [Internet]. encolombia.com. 2017 [cited 7 April 2017]. Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-73/enfermeria7304-trastornos/>
14. Corah NL, O'Shea R, Skeels DK: Dentists' perceptions of problem behaviors in patients. *Journal of the American Dental Association*. 1982;104(6):829-833.
15. Pérez N, González C, Guedes Pinto A, Salete M. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Rev Cubana de Estomatología [Seriada en Línea]*. 2002; Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072002000300003&script=sci_artt
ext.

16. Zung W. Escala heteroaplicada de ansiedad de Zung .1971,[conectado en línea] [consulta hecha el 05/02/2009 a la hora 21.00 horas] Disponible en : <http://psicopsi.com/Escala-heteroaplicada-de-ansiedad-deZung>).
17. Astrom, A., Skaret, E., Haugejorden, O. (2011). Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway. Time trends from 1997 to 2007. BMC Oral Health. 11:10.
18. McGrath, C., Bedi, R.(2004). The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. Community Dent Oral Epidemiology. 32(1):67-72.
19. Spencer N, Frankl's S, Helmi R, Fogels . Should the Parent remain with the Child in the dental operatory. ASDC J Dent Child 1962;4(2): 150 – 163
20. Sidney B , Finn A. Odontología Pediátrica. Consejo a los padres y Comportamiento del niño 4ta ed México Ed interamericana; 1993. p14-19
21. Law D, Paidodoncia atlas. Manejo del paciente niño. 2da Edición McGaw-Hill; 1984. p 446-449.
22. Chapman HR, Kirby T. Dental Fear in Children – A Proposed Model.Br. Dent. J 1999;23(8): 408 – 412.
23. Andalaw R. Manual de odontopediatria. Manejo de conducta. I ra ed México. Ed Mc Graw – Hill Iteramerican; 1999 p.13-36.
24. Pinkham J, Odontología Pediátrica. Manejo del paciente.1 ed México.Ed interamericana 1991. p. 277 – 288.
25. Johnson R, Baldwing DC Jr. Maternal anxiety and child behavior . ASDC. JDent Child 1969 March-April;36(2): 13-17.

26. BergeM, Veerkamp J, Hoogstraten.Prins. Parenteral beliefs on the origin's of child dental fear in the Netherlands.ASDC J dentist Child 2001 January-February;68(1): 51-54.
27. Ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten I. The etiology of childhood dental Fear: the role of dental and conditioning experiences. Anxiety Disord 2002;16: 321- 329.
28. Folayan y Ufomata (Folayan M, Idehen E, Ufomata D. The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigeria hospital. Int paediatr Dent 2003;13(1): 20-26
29. Thompson M, Law D. Investigation of certain autonomic responses of Children to a specific dental stress . JADA 1958;57(6): 769-777
30. Chambers D. Managin the anxieties of young dental patients. ASDC J dent child 1970 September- October;37(5): 363- 374.
31. Rojas Alcaayaga G; Misrachi Launert C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico. Disponible en la URL:avances@arrakis.cielo.
32. Egoswue. M. Técnicas e instrumentos para la recolección de información de ansiedad. Ansiedad dental [serial online] 2006 Marzo [citado 17 Marzo 2003]; 1(1): (24 pantallas -). Disponible en el URL: <http://www.ecolombia.com/odontologia/investigaciones/uam4101-nino1.htm>;Nieto.
33. Eugenia. Niño de manejo difícil realmente existe. Rev. Estomatologica autónoma 2000;4 (1): 1-.
34. Morgan P, Wright L, Ingersoll B, Seime R. Children's perceptions of the dental experience. ASDC J Dent Child 1980 July-August;47(4): 243-5.
35. Wright G, Alpern G. Variables influencing children's cooperative behavior at the first dental visit. ASDC J Dent Child 1971March -April;38(2): 124-8.

36. Colares V, Richman L. Factors associated with uncooperative behavior by Brazilian preschool children in the dental office. *ASDC J. Dent. Child* 2002;69(1): 87-89.
37. Astrom, A., Skaret, E., Haugejorden, O. (2011). Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway. Time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health* 11:10.
38. McGrath, C., Bedi, R.(2004). The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiology*. 32(1):67-72.
39. Caraciolo G, Colares V. Prevalência de medo e/ ou ansiedade relacionados à visita ao dentista em crianças com 5 anos de idade na cidade do Recife. *Rev Odonto Ciênc* 2004; 46:348-53.
40. Hmud R, Walsh LJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *Rev de Minima Intervención en Odontología*. 2009. ; Disponible en: <http://www.miseeq.com/s-2-1-8.pdf>
41. Locker, D., Liddell, A. (1991). Correlates of dental Anxiety among older adults. 70:198-203
42. Taani, Q. (2002). Dental attendance and anxiety among public and private schoolchildren in Jordan. *International dental Journal*. 52, 25-59. Doi10.1111/j.1875-595X.2002.tb00593x.
43. lee, C., Chang, Y.,Huang, S.(2008).The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese Children. *Int J Paediatr Dent*.18(6):415-22
44. Doerr PA, Lang WP, Nyquist LV, Ronis DL. Factors associated with dental anxiety. *J Am Dent Assoc* 1998; 129: 1111-9
45. Woolgrove J, Cumberbatch G. Dental anxiety and regularity of dental attendance. *J Dent* 1986; 14: 209-13

46. Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brødsgaard I, Scheutz F. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 292-6.
47. Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety - an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *J Oral Rehabil* 2006; 33: 588- 93.
48. Hakeberg M, Berggren U, Gröndahl HG. A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 27-30.
49. Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Commun Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 144-51
50. Milgrom P, Weinstein P, Getz T. *Treating Fearful Dental Patients: A Patient Management Handbook*. 2nd ed. Seattle: University of Washington; 1995.
51. Klingberg G. y Broberg A. (2007) Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent* 17(6):391-406
52. Salem K., Kousha M., Anissian A., Shahabi A. (2012). Dental Fear and concomitant factors in 3-6 year-old children. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* 6(2):70-4
53. Wogelius P., Poulsen S., Toft Sorensen H. (2003). Prevalence of dental anxiety and behavior management problems among six to eight years old Danish children. *Acta Odontol Scand* 61(3):178-83. 51
54. Prabhakar AR., Marwah, N. y Raju, OS. (2007) A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 25(4):177-82.

55. Kyritsi MA., Dimou G., Lygidakis NA. (2009) Parental attitudes and perceptions affecting children's dental behavior in Greek population. A clinical study. *Eur Arch Paediatr Dent* 10(1):29-32
56. Weiner AA, Weinstein P. Dentists' knowledge, attitudes, and assessment practices in relation to fearful dental patients: a pilot study. *Gen Dent.* 1995; 43: 164-8.
57. Armfield JM, Spencer AJ, Stewart JF. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust Dent J* 2006; 51: 78-85
58. Moore R, Brodsgaard I. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patient. *Commun Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 73-80
59. Coulthard P, Craig D. Conscious sedation. *Dent Update* 1997; 24: 376-81.
60. Toladeno M, Osorio R, Arguilera FS, Pegalajar J. Children's dental anxiety: influence of personality and intelligence factors. *Int J Pediatr Dent* 1995; 5: 23-8.
61. Giddens, A. (2009). *Sociología*. Madrid, España: Alianza Editorial.
62. Vera-Romero, O. E.; Vera-Romero, F. M. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almirante Aguirre* Asenjo. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cuerpomedicohnaaa/v6n1_2013/contenido.htm
63. Equipos Mori, Consultores Asociados. (2008). *Resumen Ejecutivo: Informe de Estratificación Social a Escala Nacional por Nivel Socioeconómico 2006-2007*. Recuperado de <http://www.equiposmori.com/Resumen%20Ejecutivo%20%20NSE%20BOLIVIA.pdf>

64. Hoyos R. Niveles Socioeconómicos y Motivación en la Elección de la Carrera Profesional en Estudiantes Pre-Universitarios.[Tesis].Perú: Instituto para la calidad de la Educación Sección de Posgrado, Universidad de San Martín de Porres;2016.
65. Gottfried A. Measures of socioeconomic status in child development research: data and recommendations. *Merrill-Palmer Quarterly*. 1985; 31(1): 85-92.
66. Gil-Flores J. Medición del nivel socioeconómico familiar en el alumnado de Educación Primaria. *Rev de Educación*. 2013; 362: 1-17.
67. ALESA.com. Diccionario Virtual argentino. (Consultado 18 de Enero 2013). Disponible en : http://www.alegsa.com.ar/Definicion/de/nivel_socioeconomico.php
68. Viguer Seguí, Paz; Serra Desfilis, Emilia. Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia. *Cad. psicopedag.*, São Paulo, v. 7, n. 12, 2008. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-10492008000100007&lng=pt&nrm=iso. accesos em 15 maio 2018.
69. Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995). *Psicología del desarrollo hoy*. (6º Ed) Madrid: McGraw-Hill.
70. McLoyd, V. C. (1989). Socialization and development in a changing economy: the effects of paternal job and income loss on children. *American Psychologist*, 44, 293- 302.
71. Viguer Seguí, Paz, & Serra Desfilis, Emilia. (2008). Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia. *Cadernos de Psicopedagogia*, 7(12), 00. Recuperado em 25 de marzo de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-10492008000100007&lng=pt&tlng=es.

72. McLoyd, V. C. (1989). Socialization and development in a changing economy: the effects of paternal job and income loss on children. *American Psychologist*, 44, 293- 302.
73. Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM). (2005). Niveles Socioeconómicos en Lima Metropolitana y Callao. Recuperado de <http://apeim.com.pe/niveles-antteriores.php>
74. Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM). (2015). Niveles Socioeconómicos 2015. Recuperado de <http://www.apeim.com.pe/wp-content/themes/apeim/docs/nse/APEIM-NSE2015.pdf>
75. Willms, J. D. (1986). Social Class Segregation and Its Relationship to Pupil's Examination Results in Scotland. *American Educational Review*, 51 (2), 224-241.
76. Vlad R, Monea M, Mircia E, Mihai A. Aspects of Dental Anxiety at Children of Different Ethnicities [Internet]. *Eujournal.org*. 2017 [cited 15 September 2017]. Available from: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/9903/9426>
77. Peretz B, Zadik D., Parents' Attitudes Toward Behavior Management Techniques During Treatment ., *American Academy of Pediatric Dentistry* 1999; 21:201-204
78. La Infancia y sus Etapas [Internet]. *Fundacionindig.com*. 2018 [cited 11 October 2016]. Available from: https://fundacionindig.com/wp-content/uploads/2016/03/noticias-infantil_pdf.pdf
79. Rushdoony R. El concepto del niño [Internet]. *Contra-mundum.org*. 1961 [cited 18 August 1980]. Available from: https://www.contramundum.org/castellano/rushdoony/Concept_Child.pdf
80. Derechos del Niño - Humanium, Concretamos los derechos del niño [Internet]. *Humanium* , Concretamos los derechos del niño. 2017 [cited 2 July 2017]. Available from: <https://www.humanium.org/es/definicion/>

81. La Enseñanza: El llamamiento más importante – Guía de consulta para la enseñanza del evangelio 2: Características de los niños en base a sus edades [Internet]. Lds.org. 2018 [cited 20 October 2009]. Available from: <https://www.lds.org/manual/teaching-no-greater-call-a-resource-guide-for-gospel-teaching/062?lang=spa>
82. Ramos K. y Cols. Niveles de Ansiedad y Miedo en Niños de 3 a 8 años en las Clínicas de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. [Tesis Doctoral].Cartagena: Facultad de Odontología Departamento de Investigación publicaciones Científicas, Universidad de Cartagena;2013.
83. Pérez N, González C, Guedes Pinto A, Salete M. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. Rev Cubana de Estomatología [Seriada en Línea]. 2002; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072002000300003&script=sci_arttext.
84. Ripa L, Barenie J. Manejo de la conducta odontológica del niño. Primera edición. Argentina: Editorial Mundi; 1984.
85. Bedi, R., P., Donnan, P., Barret, N., McConnachie, J. (1992). The prevalence of dental anxiety in a group of 13 and 14 years old scottish Children. International Journal of Pediatric Dentistry. 2:17-24
86. Fuks, A., Steinbock N., Zadik, D. (1993). The influence of social and ethnic factors on dental care habits and dental anxiety: a study in Israel. International Journal of Pediatric Dentistry. 2:17-24
87. Abanto Jenny, Vidigal Evelyn Alvarez, Carvalho Thiago Saads, SÁ Stella Núbia Coelho de, Bönecker Marcelo. Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. Braz. oral res. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 17] ; 31: e13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-

83242017000100210&Ing=en. Epub Jan 16,2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107bor-2017.vol31.0013>.

88. M Cem Dogan, Gusah Seydaoglu, Sukru Uguz, Banu Yazgan Inanc. The effect of age, gender and socio-economic factors on perceived dental anxiety determined by a modified scale in children. *Oral Health Prev Dent*. 2006; 4(4): 235–241.
89. Fernández Parra, A. y Gil Rosales, J. (1991). *Odontología Conductual: Una revisión de las áreas y procedimientos de intervención*. Barcelona: Martinez Roca.
90. Rodriguez Chala H. Prevalencia y aspectos sociodemográficos de la ansiedad al tratamiento estomatológico. *Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]*. 2017 [citado 2018 May 15]; 53(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1025>
91. Piazza Marina, Fiestas Fabián. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]*. 2014 Ene [citado 2018 Mar 22]; 31(1): 30-38. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100005&Ing=es.
92. Livia, O.; Manrique, E. (2001). Niveles de ansiedad, cogniciones dentales negativas y capacidad de control en la atención odontológica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. 2 (1-2) Recuperado: <http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/nivansiedad.htm>
93. Zegarra Pérez C. Aspiraciones educativas y ocupacionales de jóvenes: un estudio mixto sobre el rol del nivel socioeconómico y la percepción de barreras.[Tesis]. Perú: Facultad De Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2013.

ANEXOS

ANEXO N° 01
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a, ita):

Soy la Bachiller Soto Dextre, Ingrid Anel de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable del trabajo de investigación titulado: "Influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica".

La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo determinar la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica en la Clínica estomatológica del niño, madre gestante y bebe de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Para poder participar del estudio, usted y su mejor hijo(a) tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima, el cual le demandará un tiempo promedio de 10 minutos.

La información que Ud., brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que este afecte de alguna manera. Por participar del estudio Ud., no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse a los siguientes teléfonos 989822178 - 2647262.

Yo, _____ dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado "Influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica". Realizado por la Bach. Soto Dextre, Ingrid Anel.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar junto con mi menor hijo(a) en el presente estudio.

Nombre y apellido del participante
Fecha:

Firma del participante
DNI N°

ANEXO N° 02
FICHA DE NIVEL SOCIOECONOMICO

Distrito donde vive: _____

A continuación te presentamos una serie de preguntas sobre el jefe de tu hogar y tu vivienda. En algunas preguntas debes marcar con un aspa (X) la opción que corresponda a tu caso; y en otras, deberás completar los datos que se te piden. Muchas gracias por participar.

Jefe de hogar: es la persona, hombre o mujer de 15 a más años, que aporta más económicamente en casa o toma las decisiones financieras de la familia, y vive en el hogar.
Hogar: Conjunto de personas que, habitando una misma vivienda, preparan y consumen sus alimentos en común.

A1. ¿Cuál es el último nivel o grado de instrucción que aprobó el jefe de hogar?

| | | | |
|---|---|----------------------|---|
| Hasta secundaria incompleta | 1 | Universidad completa | 4 |
| Secundaria completa/ superior no universitaria incompleta | 2 | Postgrado | 5 |
| Superior no universitaria completa/ Univ. Incompleta | 3 | | |

A2. ¿A dónde acude el jefe del hogar de manera regular para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?

| | | | |
|--|---|---|---|
| Posta médica / farmacia / naturista | 1 | Médico particular en consultorio (solo consultorio) | 4 |
| Hospital de ministerio de salud/hospital de la solidaridad | 2 | Médico particular en clínica privada | 5 |
| Seguro social / Hospital FFAA / Hospital de policía | 3 | | |

A3. ¿Cuál de estos artefactos tienes en tu hogar y que estén funcionando?

| | SI | No | SUMA TOTAL (No llenar) |
|---------------------------------------|----|----|------------------------|
| 1. Computadora | | | / |
| 2. Lavadora de ropa | | | |
| 3. Teléfono fijo | | | |
| 4. Refrigeradora | | | |
| 5. Cocina (o primus, leña inclusive) | | | |

A4a. ¿Cuántas personas viven permanentemente en tu hogar, sin incluir al servicio doméstico? (Indica el número) _____

A4b. ¿Cuántas habitaciones tienes en tu hogar que actualmente se usen exclusivamente para dormir (incluye la de servicio doméstico)? _____

A5. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de tu vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tierra/arena/ tablonces sin pulir | 1 | Mayólica/ loseta /mosaico / vinílico/ cerámico | 4 |
| Cemento sin pulir | 2 | Parquet /madera pulida/ alfombra/ laminado(tipo madera)/ mármol / terrazo | 5 |
| Cemento pulido / tapizón / tablonces | 3 | | |

ANEXO N° 03

Cuestionario de ansiedad dental Corah

N° de formulario: _____

Fecha: __/__/__/

↳ _____

Edad: _____ Sexo: _____

Subraye la respuesta que Ud. crea en cada una de las preguntas

1. Si tuvieras que ir al dentista mañana para un chequeo, ¿Cómo te sentirías al respecto?

- a. Espero con interés a ella como una experiencia razonablemente agradable.
- b. No me importaría una manera u otra.
- c. Me sentiría un poco incómodo al respecto.
- d. Tendría miedo de que fuese desagradable y doloroso.
- e. Estaría muy asustado de lo que el dentista haría.

2. Cuando estás esperando en el consultorio del dentista su turno en la silla, ¿Cómo te sientes?

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

3. Cuando estás en la silla del dentista esperando mientras el dentista pone el taladro (turbina) listo para comenzar a trabajar en los dientes, ¿Cómo te sientes?

- a. Relajado
- b. Un poco incómodo
- c. Tenso
- d. Ansioso

4. Imagina que estás en la silla del dentista para una limpieza dental. Mientras usted está esperando y el dentista sale con los instrumentos que se utilizarán para raspar los dientes alrededor de las encías, ¿cómo te sientes?

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

VALOR TOTAL: _____