

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD ESTOMATOLOGÍA



**TÉCNICA DECIR-MOSTRAR-HACER COMO MÉTODO PARA
DISMINUIR EL NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN EL AÑO 2018**

TESIS PARA OPTAR EL:

TÍTULO DE CIRUJANO - DENTISTA

PRESENTADO POR EL:

Bach. Fernando Emmanuel Carrasco Arbieto

Lima, Perú

2018

TÍTULO DE LA TESIS:

**TÉCNICA DECIR-MOSTRAR-HACER COMO MÉTODO PARA
DISMINUIR EL NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN EL AÑO 2018**

JURADO DE SUSTENTACIÓN

Mg. Alejandro Salazar

Presidente

Esp. Elmo Palacios Alva

Secretario

Esp. Angelica Morante Maturana

Vocal

El presente trabajo está dedicado
En primer lugar, a Dios, que me llena de fe
Y esperanza día a día.
A mis padres por todo el respaldo otorgado
Y por enseñarme con sus acciones
El valor del esfuerzo y la recompensa del mismo.
A mi hermano por confiar en mi
y aconsejarme cada vez que lo necesite
A mi enamorada por su confianza y apoyo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por guiarme y darme fortaleza a pesar de las dificultades que se pusieron en mi camino en la finalización de mi carrera universitaria; siempre estás conmigo dándome las fuerzas que necesito para conseguir mis metas y concluir satisfactoriamente esta etapa de mi vida.

A la Dra. Peggy Woolcot Sotomayor, asesora de la presente investigación, por dedicarme su tiempo y guiarme con profesionalismo hasta alcanzar el término de este trabajo, gracias por sus consejos y correcciones.

A la Dra. Farita Huamán Torres, por su apoyo profesional y sugerencias en la elaboración del instrumento de investigación.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo, por su apoyo dedicado desde la elaboración del proyecto de investigación, gracias por sus correcciones y sugerencias.

A mis amigos, compañeros de aula que gracias a su apoyo y amistad pude vivir gratos momentos, haciendo de mi etapa universitaria una de las más importantes de mi vida.

A mi Alma Mater la Universidad Inca Garcilaso De La Vega que me acogió en sus aulas y me dio la oportunidad de adquirir conocimientos académicos nuevos que son la base para el desarrollo pleno del profesional en salud.

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	i
Título	ii
Jurado de sustentación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice	vi
Índice de tablas	ix
Índice de gráficos	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación	
1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Ansiedad	1
1.1.2 Ansiedad en Odontología	6
1.1.3 Evaluación de ansiedad dental: Escala de Imagen facial	12
1.1.4 Perfil Psicológico del niño	15
1.1.5 Técnicas Básicas de Manejo de Conducta: Decir-Mostrar-Hacer	17
1.1.6 Institución Educativa	22
1.2. Investigaciones	23
1.3. Marco Conceptual	31
Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables	
2.1. Planteamiento del Problema	33
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	33
2.1.2 Definición del Problema	36

2.1.2.1 Problema Principal	36
2.1.2.2 Problemas Específicos	36
2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación	36
2.2.1 Finalidad	36
2.2.2 Objetivo General y Específicos	37
2.2.2.1 Objetivo General	37
2.2.2.2 Objetivos Específicos	37
2.2.3 Delimitación del Estudio	38
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio	39
2.3 Hipótesis y Variables	40
2.3.1 Hipótesis Principal y Especificas	40
2.3.2 Variables e Indicadores	41

Capítulo III: Método, Técnica e Instrumentos

3.1. Población y Muestra	43
3.1.1 Población	43
3.1.2 Muestra	43
3.1.2.1 Criterios de Inclusión	44
3.1.2.2 Criterios de Exclusión	44
3.2. Diseños utilizados en el Estudio	45
3.2.1 Diseño	45
3.2.2 Tipo de investigación	45
3.2.3 Enfoque	45
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	46
3.4. Procesamiento de datos	49

Capítulo IV: Presentación y Análisis de Resultados

4.1. Presentación de Resultados	50
4.2. Contrastación de Hipótesis	62
4.3. Discusión de Resultados	63

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	
5.1. Conclusiones	68
5.1.1 Conclusión General	68
5.1.2 Conclusiones Especificas	68
5.2. Recomendaciones	69
5.2.1 Recomendación General	69
5.2.2 Recomendaciones Específicas	69
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Pág
N° 1 Distribución de participantes según sexo.	51
N° 2 Distribución de participantes según edad.	52
N° 3 Influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa	53
N° 4 Influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).	55
N° 5 Nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento odontológico.	56
N° 6 Nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia(p)	58
N° 7 Nivel de ansiedad grupo experimental antes y después del tratamiento odontológico.	59
N° 8 Nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico	Pág.
N° 1 Distribución de participantes según sexo.	51
N° 2 Distribución de participantes según edad.	52
N° 3 Influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método Para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa.	54
N° 4 Nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento odontológico.	57
N° 5 Nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento odontológico.	60

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad de niños de una Institución Educativa. El diseño metodológico fue cuasiexperimental, el tipo de investigación fue transversal y prospectivo. Para cumplir con el objetivo del estudio, se seleccionaron 120 niños de 6 a 8 años de edad que asisten a la Institución Educativa N°3094 "Ramiro Prialé. La muestra fue distribuida en dos grupos cada uno conformado por 60 pacientes a los cuales se les realizó tratamiento dental con la aplicación de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer (grupo experimental) y sin aplicación de la técnica (grupo control), siendo seleccionados de forma no aleatoria por conveniencia, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión. Los datos sobre el nivel de ansiedad se recolectaron mediante Facial Image Scale (FIS) antes y después del tratamiento odontológico. Los resultados mostraron que el grupo experimental presentó menores niveles de ansiedad que el grupo control, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Por lo tanto, se concluye que la aplicación de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer influyó significativamente en el nivel de ansiedad de los niños de 6 a 8 años de una Institución Educativa, disminuyéndola considerablemente.

Palabras claves:

Ansiedad, Técnica Decir-Mostrar-Hacer, Institución Educativa

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the influence of the Tell-Show-Do Technique as a method to reduce the anxiety level of children of an Educational Institution. The methodological design was cuasiexperimental, the type of research was transversal and prospective. To fulfill the objective of the study, 120 children from 6 to 8 years of age who attend the Educational Institution N ° 3094 "Ramiro Prialé. The sample was distributed in two groups, each consisting of 60 patients who underwent dental treatment with the application of the Tell-Show-Do Technique (experimental group) and without application of the technique (control group), being selected from non-random form for convenience, fulfilling the inclusion and exclusion criteria. The data on the level of anxiety were collected using the Facial Image Scale (FIS) before and after the application of the dental treatment. The results showed that the experimental group presented lower levels of anxiety than the control group, this difference being statistically significant ($p < 0.05$).

Therefore, it is concluded that the application of the Tell-Show-Do Technique significantly influenced the level of anxiety of children from 6 to 8 years of an Educational Institution, diminishing it considerably

Keywords:

Anxiety, Tell-Show-Do Technique, Educational Institution

INTRODUCCIÓN

Aunque el campo de la Odontología ha avanzado considerablemente en los últimos años, todavía hay una sensación indeseada relacionada con el miedo, la ansiedad y la expectativa de paciente infantil. En el ámbito de la Odontología Pediátrica, esta sensación puede tener una proporción mayor o menor en función a cada niño.⁹³ El miedo y la ansiedad leve son experiencias esperadas, en concordancia con el desarrollo normal, pero pueden llegar a ser una preocupación y pueden necesitar tratamiento cuando el miedo o la ansiedad es desproporcionada a la amenaza real.⁴² La ansiedad es "una respuesta multisistémica a una supuesta amenaza o peligro; esta comprende una combinación de cambios bioquímicos en el cuerpo y aspectos de la historia personal del paciente, la memoria y la situación social."⁸⁹ La ansiedad dental es considerada un potente predictor de riesgo de caries.³⁸

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ansiedad y otros trastornos de la afectividad constituyen problemas de salud pública frecuentes en seres humanos.³⁷ Las personas que tienen un mayor miedo dental tienen más caries sin tratar.⁹⁰ Estos pacientes también tienen una peor calidad de vida relacionada con la salud oral en comparación con otros que tienen menor miedo dental.^{91,92} En Latinoamérica, los estudios en preescolares muestran una ansiedad dental del 27%.⁶⁷ En Chile, un estudio realizado en la ciudad de Santiago, muestra una prevalencia de un 5.4% en niños de 6 años.⁸⁸

En la literatura, existen numerosas medidas de valoración para evaluar el grado de ansiedad del paciente, según la edad y el desarrollo intelectual del niño.⁵⁴ Expertos recomiendan el uso de instrumentos de medición con figuras para niños menores de 13 años.⁵⁷ La Escala de Imagen Facial o Facial Image Scale (FIS) es un método válido para evaluar el grado de ansiedad dental en el contexto clínico.⁵⁷ También existe una variedad de técnicas y recursos ya documentados, los cuales ayudan de manera fiable al odontólogo en el adecuado cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad.⁸ "Decir-Mostrar-Hacer" es una técnica de comportamiento usada por muchos profesionales de odontopediatría para moldear el comportamiento del niño.²⁵

En nuestra localidad se reportan pocas investigaciones en relación al manejo de conducta y niveles de ansiedad en el paciente infantil. Pero se sabe que la ansiedad dental es un factor importante a considerar si se quiere mejorar la calidad de vida oral del paciente.³⁸

Es por esto que el presente estudio es de suma relevancia ya que tiene como objetivo determinar la influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa”. Dicha técnica es una herramienta útil en el manejo de conducta del niño, esto evitará interferencias en los procedimientos de rutina, generará una relación de confianza odontólogo-niño por consecuencia condiciones que garantizan un tratamiento exitoso. De esta manera finalizada la investigación, se puede realizar recomendaciones que sean útiles al momento de afrontar esta problemática ya que, en base a la información obtenida en nuestro estudio, se podrá aplicar estrategias que mejoren la calidad de la salud bucal del paciente.

Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación

1.1. Marco Teórico

1.1.1. Ansiedad

a. Generalidades

El término alemán “Angst” (del cual proviene “angustia” y cuyo significado literal es “miedo”) fue traducido al inglés por “anxiety” y al español por “ansiedad”. El término ansiedad proviene del desarrollo de los conceptos de neurosis y angustia, con las que se hacía referencia a toda respuesta emocional excesiva e inadecuada por contexto.¹

La ansiedad es una emoción normal que todas las personas hemos experimentado, forma parte de mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio que nos resultan sorprendidas, nuevas o amenazantes.³ No es más que una respuesta desajustada ante una situación determinada pero que el individuo lo tergiversa, lo malinterpreta o distorsiona, provocando así que se sienta indefenso ante la realidad de los hechos, generando niveles de ansiedad que serán manifestadas a nivel cognitivo por agitación, limitación, miedo y sensación de angustia (Luengo, 2003).⁴

Buela² y Ochoa⁹ consideran que la ansiedad es una reacción normal, sana y fundamental para vivir; la cual es esperada frente a determinados estímulos o situaciones; siendo un sufrimiento transitorio, sin interferir con la vida cotidiana. Pero cuando se prolonga por mucho tiempo se convierte en patología y atenta contra la salud del paciente.

Hoy en día, la ansiedad es visto como un estado emocional desagradable, que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión, miedo y preocupación; por la activación o excitación del sistema nervioso autónomo.⁹⁴

¿Cómo se manifiesta la ansiedad?

La ansiedad al ser una emoción posee los atributos propios de ésta, con un componente fisiológico, motor y un aspecto cognitivo.²²

A nivel cognitivo

Se manifiesta como malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo, inseguridad, miedo, inseguridad, sensación de pérdida de control, dificultad para decidir, pensamientos y respuestas verbales negativas sobre la situación, respuestas de imaginación de posibles situaciones aversivas (anticipatorias), percepción de fuertes cambios psicológicos, entre otros.^{39,22,40} Los aspectos cognitivos displacenteros implicarían una interferencia con la concentración, hipervigilancia atencional e incapacidad para recordar ciertos eventos.³⁸

A nivel fisiológico

Se manifiesta a través de la activación de diferentes sistemas, el sistema nervioso autónomo y sistema nervioso motor, aunque también se activan otros como el sistema nervioso central, sistema endocrino y el sistema inmune que se expresan en un conjunto de manifestaciones físicas como taquicardia, palpitaciones, opresión al pecho, molestias respiratorias como hiperventilación, sensación de asfixia, disnea, molestias digestivas como alteración del tránsito intestinal, dolor de estómago, diarrea, vómitos, náuseas, cefaleas, mareos, sudoración, sequedad de boca, entre otros.^{39,41,22} Los aspectos fisiológicos tienen que ver con un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, lo que lleva en ocasiones a una falta de respiración, transpiración y palpitaciones.³⁸

A nivel motor

Se manifiesta como inquietud motora, hiperactividad, escape de la situación aversiva, rechazo de los estímulos condicionados a esa situación, llanto, tensión en la expresión facial que nos permite reconocer el miedo y la ansiedad entre otras respuestas alteradas y verbales.^{22,39,40} También implica comportamientos poco ajustados y escasamente adaptivos que pueden ir desde la evitación hasta el escape de la consulta dental.³⁸

b. Clases de ansiedad

Podemos hablar de una “ansiedad normal” y otra “patológica”

Ansiedad normal: Es un estado emocional de tensión que puede tener su origen en un estímulo positivo o negativo, es decir, agradable o desagradable, y que al ser superado aporta al niño una mayor seguridad en sí mismo y le enseña a adaptarse al medio en el que desarrolla. Aunque su respuesta ansiosa sea “aparatoso”, no habrá repercusiones en el futuro de su organización y maduración emocional.¹ Se considera como un nivel de ansiedad moderada, donde la persona actúa dentro del conjunto de respuestas normales ante una situación extraña o nueva como lo es la visita al odontólogo, llegando a adaptarse el individuo a la situación, pero que después de su contacto con lo nuevo o extraño su ansiedad disminuye y/o desaparece (Boj, Cortés, & Suárez, 2011).⁵

Ansiedad patológica o neurótica: Se considera ya patológico cuando el individuo responde de manera exagerada ante un posible peligro, pero que después de ser eliminado lo que causa miedo o ansiedad continúa su estado ansioso (Boj, et al., 2011).⁵ Es un estado emocional con desproporción entre la respuesta emotiva y una situación externa dada, en el que el individuo siente una mezcla de inquietud, disgusto, temor difuso, intensa sensación de peligro o sentimiento de inseguridad no imputable a circunstancias reales, vivenciando todo de una forma psíquica intensa, acompañado de sensaciones físicas de opresión, malestar, dolor, inestabilidad y somatizaciones.¹

Por ello sería muy importante poder controlar la ansiedad del niño antes de que se produzca conductas negativas.⁸

c. Niveles de Ansiedad

Disponer de información sobre el nivel de ansiedad del niño puede ser útil para entender y planear el tratamiento necesario.⁴⁵ Es normal sentirse ansioso, y la ansiedad puede fluctuar de niveles muy bajos hasta niveles tan altos que el rendimiento social, personal y académico pueden verse afectados.⁷⁸

Zung⁶ en el año 2008, en México a través de su Escala de Ansiedad la clasifica en tres niveles:

Ansiedad leve: En este campo, el nivel de ansiedad de la persona está alerta, oye, ve y domina la situación; también 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, observándose temor, irritabilidad e incomodidad.⁶

Ansiedad moderada: Refiere que el campo perceptual de la persona se ha limitado un poco, ve, oye y domina la situación menos que el caso anterior, también experimenta limitaciones para percibir lo que suceda 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 cardiaca, 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.⁶

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.⁶

d. Miedo, ansiedad y fobia dental

El miedo y la ansiedad durante los tratamientos dentales impiden que el paciente pueda cooperar plenamente con el odontólogo, lo que implica pérdida de tiempo, no se realiza bien el tratamiento.¹⁰ Psicológicamente el miedo y la ansiedad son dos entidades distintas.⁸

Miedo

El miedo en la atención odontopediátrica se define como un estado de angustia y malestar generalizado en el paciente, que va asociado a una situación de desconocimiento o de inseguridad. Es muy frecuente la presencia de miedo en los pacientes de menor edad, especialmente cuando asisten por primera vez a la consulta y desconocen por completo el ambiente, así como al odontólogo y al personal auxiliar.⁴² Se puede definir como una perturbación angustiosa del ánimo ante una situación peligrosa real o imaginaria.⁵¹ El miedo es común en niños preescolares y se han examinado los tipos más frecuentes sugiriendo algunas maneras de proceder frente a ellos; en la medida que el niño se desarrolla psicológicamente empieza aparecer la ansiedad, que por su misma naturaleza es difícil combatir.¹⁹

Ansiedad

La ansiedad es "una respuesta multisistema" a una supuesta amenaza o peligro; ésta comprende una combinación de cambios bioquímicos en el cuerpo y aspectos de la historia personal del paciente, la memoria y la situación social.⁸⁹ Es un estado emocional que se origina en fuentes internas como fantasías no reales. Desde un punto de vista humanístico y conductista la ansiedad puede considerarse hasta cierto punto una reacción normal y sana hacia la odontología por parte del niño. Es imposible separar totalmente miedo de ansiedad ya que aquel nunca se expresa sin cierto matiz de ansiedad.⁸ El miedo, a diferencia de la ansiedad, no es un concepto multidimensional.³⁸; pero la intensidad de la ansiedad es más fuerte que el miedo. La diferencia entre ansiedad y miedo radica en que la primera tiene características irreales, su intensidad y duración es amplificada y puede llegar a desarrollar un estado de pánico o fobia.⁵⁰

Fobia

La fobia, en tanto, es un grado significativo del estímulo que produce miedo, a tal punto que interfiere con la rutina normal de una persona, el funcionamiento ocupacional o académico, y las actividades y relaciones sociales.¹¹ La fobia dental representa un tipo severo de ansiedad dental caracterizado por una marcada y persistente preocupación en relación a situaciones/objetos claramente discernibles (ej.: inyecciones) o a situaciones dentales en general.⁴²

1.1.2. Ansiedad en Odontología: Ansiedad dental infantil

a. Generalidades

La ansiedad dental es un tema de preocupación para los profesionales, ya que evita que muchos pacientes potenciales busquen tratamiento y también causa tensión a los dentistas que realizan el tratamiento dental.¹³

Namankany, De Souza y Ashley¹⁴ establece que es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, la cual es una experiencia individual, subjetiva, que varía entre las personas y genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una importante barrera para la búsqueda de atención dental.

El concepto más aceptado de la ansiedad se refiere a un complejo patrón de comportamiento asociado a una activación fisiológica que se produce en respuesta a los estímulos internos (cognitivos y / o somáticos) y externos (ambientales), que puede aparecer antes y durante el procedimiento odontológico en los pacientes sin que los identifiquemos.⁷

Se estima que el 10% y el 15% de la población experimenta ansiedad cuando tiene que ir al odontólogo, lo que puede inducirle a cancelar y posponer su cita con el especialista y por ende traer efectos negativos sobre su salud bucodental.⁶⁸ La ansiedad dental se ha indicado como un predictor potencial de la incidencia de la caries dental.⁴²

Además de afectar el estado de salud oral del paciente, también puede tener un impacto mayor en su vida producido en la interacción social, con desempeño en el trabajo, autoestima y confianza en uno mismo.⁵² Tal como reportan Cohen Fiske, y Newton³⁰ en un estudio dirigido a identificar las consecuencias en la vida diaria de la ansiedad dental en un grupo de pacientes. Los resultados de este estudio permitieron concluir que la presentación de ansiedad al tratamiento odontológico afecta las actividades sociales, relaciones familiares y el trabajo.³⁰

Por lo tanto, la ansiedad dental es un factor importante a considerar si se quiere mejorar la calidad de vida oral del paciente.⁹

b. Ansiedad dental infantil

La Ansiedad dental infantil se refleja en todas las personas, desde los niños hasta los adultos mayores, experimentan ansiedades y miedos de vez en cuando. Sentirse ansioso en una situación particularmente incomoda nunca es agradable. Sin embargo, cuando se trata de infantes, experimentar este tipo de sentimientos es normal y necesario.¹⁵

Encuestas en diferentes partes del mundo mostraron que la prevalencia de ansiedad dental en niños y adolescentes oscila entre alrededor del 5% y alrededor del 24%.^{16,17}

Para un niño en edad preescolar, el apego y la ansiedad por separado a menudo juegan un papel importante, mientras que en una edad posterior (≥ 8 años), el miedo a las lesiones corporales y el ostracismo social se vuelven más prominentes. La mayoría de estos temores del desarrollo propios de la edad disminuyen o desaparecen a medida que los niños crecen, debido a la mayor fuerza del ego y el desarrollo de la capacidad cognitiva proporcionando así a los niños estilos de afrontamientos adecuados.¹⁸

La ansiedad, al accionar del dentista, a las maniobras y a su ambiente pueden afectar profundamente a niños escolares, estos pueden sufrir igualmente por anticipado antes de ir a la escuela, por un mecanismo similar pueden estar somáticamente enfermos desde la víspera de la consulta.¹⁹

Los niños y jóvenes son más ansiosos y miedosos. Ellos son susceptibles a causas de ansiedad en sus vidas al igual que los adultos. Sus respuestas de angustia están integradas a reacciones defensivas innatas en su conducta como en todas las personas. Este mecanismo de vigilancia sirve de posibles peligros y desempeñan un papel protector en él.¹⁵

La severidad de la ansiedad dental infantil está influenciada por factores personales y familiares.^{42,20,21}

c. Factores que influyen en la conducta infantil durante la consulta.

Existen factores importantes a considerar en la consulta del Odontopediatra como son: Odontólogo, personal auxiliar, padres, niños, primera visita odontológica entre otros.

Padres

Con respecto a los padres, la conducta de los padres moldea la conducta del niño ya que estos ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño, afectando el comportamiento de éste en nuevas situaciones.²³ La influencia de los padres está en el hecho que durante la crianza y el crecimiento de sus hijos, los niños aprenden e imitan a sus padres y también sus patrones de afrontamiento y las habilidades para la adaptación a situaciones de estrés, incluyendo la racionalización y la relajación. La influencia de sus familiares y amigos es similar pero menor para los niños.¹²

Para los niños más pequeños de 2 y 3 años la presencia de la madre o padre representa una gran ayuda; indudablemente es un factor que se produce especialmente durante las primeras visitas. Sin embargo, conforme el niño crece y la presencia de los padres resulta menos importante incluso puede influir negativamente y deteriorar la relación entre el profesional y el niño. Se cree en la importancia de la transmisión de los miedos y las actitudes de los padres a los niños. Los miedos subjetivos pueden ser adquiridos por imitación.⁸ La transmisión familiar es una causa importante de ansiedad dental, evidenciándose una relación entre la ansiedad dental de padres y niños.^{27,28}

Niños

Se entiende como todo ser humano menor dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes de la mayoría de edad.³⁵ La conducta poco colaboradora del niño suele dificultar el tratamiento dental. La mala actitud del paciente disminuye su cooperación, provocando la aparición de un comportamiento negativo, lo que constituye uno de los problemas de mayor preocupación por parte del especialista.^{46,47}

La impulsividad (tendencia a la impaciencia y falta de perseverancia) ha surgido como un factor predictivo de los problemas de comportamiento.²¹

Los comportamientos no colaboradores de niños o adolescentes hacia el tratamiento odontológico se conocen en la literatura como “problemas para el manejo del comportamiento”.^{42,43}

Algunos temperamentos de los niños tales como timidez o emocionalidad negativa, pueden dar lugar a un riesgo de desarrollar ansiedad dental.³⁶

Odontólogo

Algunos comportamientos del dentista están correlacionados a la baja satisfacción de los padres, tales como: la prisa en las consultas, no dedicar tiempo al explicar los procedimientos, impedir la presencia de los padres en el consultorio y demostrar impaciencia.²⁴ Un estudio, realizado por Doerr y cols.⁴⁴ (1998) se reporta que uno de los elementos más recurrentemente informados como desencadenantes de ansiedad es la percepción de enojo de enojo del odontólogo o escuchar comentarios desagradables por parte de éste, respecto del estado dental del paciente.

El nivel de desarrollo cognitivo del niño dictará el nivel y la cantidad de intercambio de información que puede darse. El profesional debe, consecuentemente, tener una comprensión básica del desarrollo cognitivo del niño, así como hacer uso de un vocabulario apropiado, enviando mensajes que sean compatibles con el nivel de desarrollo intelectual del niño.²⁵

Experiencia previa

Para niños que han tenido experiencias dentales anteriores negativas, la manera en cómo se presenta la información sobre el tratamiento que van a recibir puede sensibilizarlos negativamente e incrementar la ansiedad.⁸

En un estudio realizado por Olivera y Colares²⁶, establecieron la asociación entre ansiedad dental y la historia de dolor dental cuando es experimentada a la edad de 5 años o menos.

Versloot y asociados²⁹, añadieron que el recuerdo de experiencias dentales previas y tratamientos dentales anteriores probablemente tenían una gran influencia en el comportamiento del niño durante las próximas visitas al dentista.

Edad

Hay una tendencia a la disminución de ansiedad y a la mejora en el comportamiento con el paso de la edad.^{31,32} El hecho sugiere que, como los niños se desarrollan en todos los aspectos (físicos, cognitivos, emocionales y sociales), adquieren una mayor capacidad de cooperar durante el tratamiento dental, demostrando sus emociones de otras formas y no a través de la no cooperación.³³

En un estudio, realizado por realizado por Berth Cuthbert & Melamed⁵⁵ (1982), encontraron altos niveles de miedo en niños de 6-7 años de edad y sugieren que debido a que éste es un momento de transición.

En general no existe un acuerdo claro con respecto a la relación entre la edad y la ansiedad dental. Varios estudios indican que a mayor edad menor ansiedad dental. Sin embargo, indican que dicha relación es compleja y que pueda estar afectada por otras variables como los factores asociados al desarrollo evolutivo del niño.³⁴

Escuela

Los niños que asisten a las escuelas de párvulos, tienen la oportunidad de estar en compañía de otros, adquiriendo experiencias que no tienen aquellos que son confiados en su hogar has la edad escolar. Los compañeros de curso han sido sometidos a tratamientos preventivos o de dificultad menor y esta experiencia es relatada al grupo. La mayor socialización que esto representa, la necesaria adaptación a un nuevo y diferente medio, la negociación de nuevos roles dentro del grupo, el intercambio de información, hace que, por lo general, sea más fácil para el odontólogo examinar estos niños. Pero la acción del odontólogo a veces suele presentar extracciones y tratamientos de emergencia que suelen estar descritos exageradamente y con detalles “escalofriantes” a un auditorio muy atento. Si esta es la primera noticia sobre odontología, es natural que el niño tenga en este caso una imagen negativa del dentista y está en manos de éste presentar la otra cara de la profesión.¹⁹

Primera visita odontológica

La primera visita del paciente infantil es de mucha importancia en el desarrollo de la seguridad emocional del paciente.¹⁹

Se recomienda generalmente, que la primera visita odontológica de un niño sea no más tarde de los 3 a 4 años de edad. Casi siempre el grado de cooperación exhibida por los niños preescolares en la primera visita es alto.⁵³

En consecuencia, desde una perspectiva de desarrollo, se espera que los niños pequeños sufran de cierto grado de miedo cuando visitan al dentista por primera vez, posiblemente debido a que están separados de sus padres, sin entender los procedimientos dentales, o relacionándolos con otros miedos propios de su edad. En la mayoría de los niños, este temor probablemente disminuirá después de visitar al dentista con más frecuencia y de ese modo habituarse a la situación dental. Sin embargo, en un pequeño subgrupo de niños, el miedo parece persistir en la adultez y convertirse en crónico. Los pacientes deben tener la actitud y el deseo de utilizar activamente estos métodos de evaluación en lugar de prestar atención constante a la ansiedad con respecto a la atención dental.¹⁸

Por lo tanto, puede ser un reto para el odontólogo profesional tratar a niños pequeños ya que su nivel de cooperación puede ser restringido debido a su ansiedad.¹³

1.1.3. Evaluación de la ansiedad dental: Escala de Imagen Facial (FIS)

En la literatura, existen numerosas medidas de valoración para evaluar el grado de ansiedad del paciente, según la edad y el desarrollo intelectual del niño. Estas medidas pueden tener un carácter objetivo o subjetivo, dependiendo del método que utilicen para la cuantificación del grado de ansiedad.⁵⁴

Completar cuestionarios y escalas puede actuar como un vehículo para que los niños comuniquen sus preocupaciones y sus necesidades; la discusión de las respuestas del cuestionario puede ayudar a construir una relación y confianza con el niño ansioso.⁵⁶ La importancia de cualquier instrumento de medición de ansiedad dental infantil es proporcionar al clínico, un medio por el cual él o ella puede evaluar la capacidad del niño para responder al tratamiento dental.⁵⁷

Las escalas de ansiedad infantil autoevaluadas se dividen principalmente en dos categorías principales. Las escalas de ansiedad "estatal" son indicadores de cómo se siente el niño en ese momento en la clínica dental (o cómo se siente acerca de lo que está por suceder, por ejemplo, el tratamiento); también se pueden usar para evaluar la ansiedad retrospectiva inmediata (es decir, preguntar al niño al final de su sesión de tratamiento qué tan se sentían frecuentemente durante el mismo).⁵⁶

Las escalas de ansiedad "características" son aquellas que brindan una medida de ansiedad más "global" o integral (que puede emplearse fuera del entorno dental). Por lo general, son escalas más largas que le preguntan al niño cómo se sentirían en una variedad de contextos o procedimientos dentales.⁵⁶

Expertos recomiendan el uso de instrumentos de medición con figuras para niños menores de 13 años.⁵⁷

Escala de Imagen Facial o Facial Image Scale (FIS)

Buchanan y Niven (2002) desarrollaron la Escala de Imagen Facial o Facial Image Scale (FIS). FIS es un método válido para evaluar el grado de ansiedad dental en el contexto clínico. Presenta un número fijo de caras que los niños deben elegir, por lo que es más fácil de marcar en una situación clínica y más fácil de entender para los niños pequeños.⁵⁷

Procedimiento

Facial Image Scale (FIS) se compone de una fila de cinco caras que van entre “muy feliz” y “muy infeliz” numeradas del 1 a 5, donde la cara más feliz se le asignó una puntuación de 1 y la cara más infeliz se le asignó una puntuación de 5.^{59,57} Tiene como objetivo evaluar el estado de ansiedad. Se pide a cada niño que elija la cara que mejor describa cómo se siente en ese momento.⁵⁸

Ventajas

- Tiene la ventaja de medir el grado de ansiedad dental discretamente.
- Es rápido y de fácil ejecución. Toma muy poco tiempo (menos de 1 minuto) para ejecutarlo y el puntaje es simplemente un reflejo de la cara elegida.⁵⁷
- Se puede usar con niños desde los 3 años de edad.⁵⁷
- Puede considerarse ejecutar el FIS en diferentes puntos durante toda la sesión dental.⁵⁷
- Puede dar información inmediata del estado clínico, durante la espera en el consultorio odontológico pudiendo permitir al clínico diseñar planes de tratamiento apropiados para su paciente infantil.⁵⁷
- Se emplea regularmente en estudios de investigación.^{60,61}

- El FIS produjo resultados similares a la VPT, pero las ventajas de la simplicidad y la práctica de la primera destaca su importancia para la evaluación de los niños en la clínica dental.⁵⁷
- Practicantes, asistentes dentales o recepcionistas podrían ejecutar el FIS cuando el paciente llegue para el tratamiento e informar al personal odontológico de cualquier grado ansiedad que el niño pueda estar sintiendo.⁵⁷

Desventajas

- La fila con figuras de 5 caras, no definen un sexo específico.
- Poco uso en la práctica clínica.

La validación inicial de la Facial Image Scale mostró una concordancia moderada entre dentistas y niños sobre la misma escala, lo que llevó a los autores a concluir que aún es importante que los niños reflejen su propia ansiedad en la clínica dental con una escala validada, en lugar de confiar en observaciones clínicas.⁶²

Dada la importancia de la ansiedad en la práctica de odontología, es crucial que el profesional pueda detectar y evaluar la severidad de la ansiedad entre los pacientes niños con un método de medición válido como el FIS.⁵⁷

1.1.4. Perfil psicológico del niño: características generales según la edad

a. Generalidades

El conocimiento del desarrollo psicológico constituye la base para las relaciones entre el profesional y su paciente, la comunicación con los padres y de las técnicas de la conducción del niño en situación odontológica muchos años.¹⁹

Para brindar atención odontológica a un paciente pediátrico, es importante conocer las diversas teorías que sustentan los avances y cambios en la vida del niño. Puesto que, el comportamiento humano se estudia desde varias perspectivas, para poder explicar los aspectos del desarrollo psicológico, se incluyen tres teorías que abarcan el comportamiento cognoscitivo, emocional y social.⁶³

Teoría psicodinámica

De acuerdo con esta perspectiva, las acciones de una persona son causadas por impulsos biológicos y sociales. La conducta externa (observable), debe explicarse en función de fuerzas internas. El psicoanálisis intenta valorar, el funcionamiento de la psique, la importancia del inconsciente y especialmente, la de los impulsos, elaborando una nueva teoría de la psique desde un punto de vista dinámico, en términos de conflicto, de interacciones y oposiciones de las fuerzas existentes.⁶⁴

Teoría del aprendizaje

Estos modelos son resultado del conductismo, el cual busca datos objetivos patentes específicos, respuestas establecidas a estímulos particulares. El comportamiento humano es producido por eventos ambientales y controlado por las consecuencias de éstos. Es lo que se conoce como enfoque estímulos respuesta; y significa que una persona continuará realizando las acciones que en el pasado estuvieron seguidas de consecuencias favorables pero que no emprenderá conductas cuyos efectos han sido desfavorables.⁶⁴

Teoría cognoscitiva (Piaget)

Jean Piaget nos habla de cuatro etapas al describir el desarrollo del niño:

- Etapa sensorio-motora.0 a 2 años: el niño construye un mundo comprensible coordinando sus experiencias sensoriales con acciones físicas.
- Etapa pre-operacional: 2 a 7 años: el niño comienza a representar el mundo con imágenes y palabras, las que manifiestan un creciente pensamiento simbólico.
- Etapa de las operaciones concretas: 7 a 10 años: el niño puede razonar lógicamente acerca de eventos concretos y clasificar objetos dentro de conjuntos diversos.
- Etapa de las operaciones formales:11 años en adelante: el joven razona de forma lógica, abstracta e idealista.²³

b. Características generales de los niños según la edad:

Es importante hacer mención en cuanto a los niños, para logra el tratamiento dental en el niño debe comprenderse su conducta, por esto se debe conocer las etapas de desarrollo del menor.²³

A los 6 años

El niño posee un lenguaje definitivamente fijado. El niño está cambiando. Predominio de rabietas y de constantes cúspides de tensión. No se puede adaptar, los demás se tienen que adaptar a él. No puede aceptar las bien las críticas, el regaño o el castigo. Necesita tener razón y ganar y además requiere muchos elogios. Se demuestra como un cobarde agresivo, por ello presenta temores exageradas de lesiones en el cuerpo. Sugerencias de actuación en el tratamiento: Necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchos elogios.⁸

A los 7 años

Es un niño muy caprichoso y de gran exigencia consigo mismo. Necesita comprensión. Cree que la gente está en contra de él, que no se le quiere y que los padres son injustos. Desea aprobación y por ello tratará de cooperar. Sugerencias de actuación en el tratamiento: necesita comprensión sin excesiva indulgencia.⁸

A los 8 años

Edad de gran desarrollo intelectual. Es expansivo y rápido. Le gusta dramatizar las cosas y con frecuencia se muestra resentido con la autoridad paterna. Es más generoso con los demás, pero también espera más a cambio. Sugerencias de conducta en el tratamiento: Tener más en cuenta su nivel intelectual, pero mantener la firmeza.⁸

1.1.5. Técnicas Básicas de Manejo de Conducta: Decir-Mostrar-Hacer

El manejo de la conducta se considera un componente esencial en la práctica odontológica infantil que tiene como objetivo establecer una buena comunicación con el paciente y ganarse su confianza, con lo cual se logra a través de técnicas empleadas por el mismo odontólogo.^{48,49} Hay una variedad de técnicas y de recursos ya documentados, los cuales ayudan de manera fiable al odontólogo en el adecuado cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas de salud⁸. Muchas técnicas se han ampliado para manejar la ansiedad de los niños en las clínicas dentales. Sin embargo, según la Academia Americana de Odontopediatría en conferencia el 2003, informó de que había más estudios en técnicas de manejo farmacológico que de las técnicas no farmacológicas.⁷⁰

La última propuesta realizada por la Academia Americana de Odontopediatría clasifica las técnicas de manejo de conducta como técnicas básicas, avanzadas y de modificación de conducta. Algunos métodos están encaminados a mantener la comunicación mientras otros intentan extinguir conductas inapropiadas.⁷¹

Recursos Básicos – comunicación y abordaje lingüístico

El abordaje lingüístico está representado por los comandos usados universalmente en Odontopediatría, tanto en los niños cooperadores como en los que no cooperan. Además de establecer una relación con el niño y permitir la finalización exitosa de los procedimientos odontológicos, estas técnicas pueden ayudar al niño en el desarrollo de una actitud positiva respecto a su salud bucal. El abordaje lingüístico y la comunicación comprenden un arsenal de técnicas, que una vez integradas, mejoran el desarrollo de un paciente cooperador.²⁵

Más que una colección de técnicas nuevas, el abordaje lingüístico o comunicativo es un proceso subjetivo continuo que se transforma en una extensión de la personalidad del dentista.²⁵ Son asociadas a este proceso las técnicas específicas de “Decir-Mostrar-Hacer”, el control de voz, comunicación no verbal, el refuerzo positivo y la distracción.^{72,73}

El dentista debe considerar el desarrollo cognitivo del paciente, así como la presencia de otros defectos de comunicación (por ejemplo, defectos en la audición) para elegir técnicas específicas.⁷⁴

DECIR-MOSTRAR-HACER

a. Generalidades:

En la literatura anglosajona se conoce clásicamente por el tell-show-do (TSD). Habitualmente se conoce por la técnica del “diga-muestre-haga” o de la triple E (EEE) “explique-enseñe-ejecute”.⁸

“Decir-Mostrar-Hacer” es una técnica de comportamiento usada por muchos profesionales de Odontopediatría para moldear el comportamiento del niño.²⁵

Es una técnica utilizada para familiarizar al niño con el equipo, instrumentos y procedimientos odontológicos.⁷⁹ Emplea las habilidades de comunicación verbal, no verbal y de refuerzo positivo.²⁵ Se basa en el principio de la teoría de aprendizaje.^{75,76} Puede ser utilizada para obtener o mantener una buena conducta e iniciar al niño al mundo de la Odontología.⁸⁰

Varios estudios han demostrado que Decir-Mostrar-Hacer o Tell-Show-Do (técnica no farmacológica) es la técnica más utilizada en odontología pediátrica, consiste en explicar y demostrar la técnica y los instrumentos utilizados durante el tratamiento.^{70,77}

Barberia E, Boj J, (2002) señalan que “este método equivale a la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico dental, relajado y tolerante” (p.129).⁸

b. Procedimiento

Cardenas⁸² describe que la técnica Decir, Mostrar, Hacer permite que el paciente conozca con antelación los procedimientos que han de aplicarse. Esto se hace de una manera secuencial: primero se le explica, en un lenguaje adecuado para su desarrollo, el procedimiento que se va a aplicar (decir), luego se hace una demostración (mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (hacer).

Se debe recordar que el vocabulario tiene que ser adecuado a la edad del niño y que el dentista y auxiliar tienen que estar familiarizados con el uso de éste.⁷⁹ Es muy importante evitar utilizar frases que den a entender al niño que será inyectado; siempre es preferible cambiar el contexto a frases más amigables.⁸⁵

Evitar el uso de palabras que provoquen miedo, tales como: Dolor, aguja, picadura, sangre, sutura, sacar el diente etc. En vez de usar estas palabras podemos cambiarlas por otras como: ¿“incomoda?” en vez de dolor, “punta” por aguja,” “hematíes o rojito” por sangre, “lazo” por sutura, “extraer el diente” por sacar el diente, etc. En bebés y niños hasta los 5 años de edad, los nombres de instrumentos y equipos, también pueden ser cambiados por nombres que estimulen la imaginación y que traigan recuerdos agradables para el niño, por ejemplo: motor de baja “tractorcito”, motor de alta velocidad “ducha”, abridor de boca “almohada para diente”, cureta “cucharita”, etc. A diferencia de niños en edad preescolar, a los que se encuentran entre 6 y 12 años no les gusta ser tratados como bebés, con éstos el uso de diminutivos deben ser utilizados con cautela, analizando el caso de cada paciente individualmente.⁷⁹

Es importante indicar al niño los instrumentos de forma sucesiva, es decir primero los instrumentos que causen menos ansiedad y luego los que provoquen más ansiedad con el fin de que el niño no se asuste (Nahás & Sanglard, 2011).⁸¹

También es muy importante evitar que los niños observen instrumental que pudiese generarles ansiedad o temor; tal es el caso de la aguja de anestesia, la cual debe ser siempre ocultada para evitar que el niño pueda perder el control si llegase a verla.⁸⁵

c. Objetivos

Los objetivos de “Decir-Mostrar-Hacer” son:

- Enseñar los aspectos importantes de la visita odontológica y familiarizar al paciente con los elementos del consultorio.²⁵
- Modelar la respuesta del paciente frente a los tratamientos a través de la desensibilización, con expectativas claramente definidas.²⁵

d. Indicaciones

Las indicaciones de “Decir-Mostrar-Hacer” son:

- Se puede utilizar en todos los pacientes.²⁵
- Está indicada en cualquier niño que tenga la madurez psicológica para entender y acatar órdenes.⁸³
- Utilizada en los niños cuando van a ir a su primera cita, pero también se la puede utilizar en pacientes que han tenido experiencias traumáticas posteriores para poder ambientarlos a la consulta eliminando el trauma o por lo menos disminuyéndolo.⁸⁴

e. Contraindicaciones

Las contraindicaciones de la Técnica “Decir-Mostrar-Hacer” son:

- Pacientes muy pequeños que no comprenden lo que el dentista trata de explicar o las emergencias dentales y traumatismos.¹⁵
- Ninguna contraindicación.²⁵

f. Recomendaciones y sugerencias

Se recomienda que la técnica decir-mostrar-hacer no sea usada para el procedimiento de inyección anestésica debido a que la visión de una aguja es considerada demasiado asustadora para un niño. En casos específicos, niños principalmente de edad escolar, de un nivel de ansiedad entre bajo y moderado, el acondicionamiento anestésico puede ser realizado mostrando el cárpule sin la aguja o con ésta totalmente quebrada, siendo que el niño sólo podrá ver el goteo del líquido por el tubo anestésico. Al momento de realizar la técnica anestésica propiamente dicha, la aguja deberá ser cubierta con un rodete de algodón y el cárpule entregado por el auxiliar a la altura del cuello del paciente que se encuentra echado y con la cabeza inclinada hacia atrás.⁷⁹

Se sugiere que esta técnica sea utilizada como primera opción en cualquier niño que acuda a la consulta, independientemente de su grado de cooperación. En pacientes con discapacidad visual, puede modificarse a Decir-Sentir-Hacer.⁸⁵

1.1.6. Institución Educativa

Quien haya tenido contacto con el discurso sobre la educación se habrá debatido ante una serie de perspectivas teóricas, muchas de ellas de signo contrario, entre las que no parecería existir consenso posible; y esto es así, hasta tal punto que bien cabría preguntarse si realmente se está hablando de lo mismo cuando se utilizan términos como «escuela», «educación» o «institución», dado que solo la falta de unidad en el objeto parecería poder explicar la falta de univocidad de lo que sobre él se predica.⁸⁶

En cualquiera de las definiciones que se realizan de la escuela, siempre encontramos una serie de elementos fundamentales que intervienen y que hacen la escuela como institución, es por ello, maestros y alumnos se encuentran siempre incluidos dentro de las distintas definiciones; profesores y estudiantes cuyas acciones y formas de actuar están supeditadas a un orden social y cultural del que la propia escuela toma su organización. Por ello la escuela siempre va ser un órgano dependiente de la sociedad en la que se inserta, de la que forma parte. Es, por tanto, una institución social destinada, dentro del área específica de la educación, a administrar la educación sistemática y que condiciona la formación y organización de grupos representados por educadores y educandos.⁸⁷

El diccionario de la Real Academia define al término institución como “cada una de las organizaciones de un Estado o Nación”. Si agregamos a ese término el epíteto (educativa) se llegará a que, bajo esta tipología de definición, nuestro par conceptual es intercambiable por este otro: «educación formal», entendiendo por tal a la educación jurídicamente reconocida y reglada.⁸⁶

1.2 Investigaciones

- **Santamaría Herrera M. (2018) Perú:** Determinó el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años de edad. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo con método cuantitativo. Fue una muestra probabilística con la técnica aleatoria, conformado por 57 niños de sexo masculino y 43 de sexo femenino siendo un total de 100 niños de entre 5 a 12 años, que asistieron a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas- Chiclayo; en un periodo de dos meses del 23 de octubre al 23 de noviembre del 2017; utilizando como instrumentos la aplicación de encuesta Escala de Imagen Facial (FIS) para el nivel de ansiedad y aplicación de la escala conductual de Frankl. Resultados: Del total de la muestra de 100 niños atendidos, antes del tratamiento odontológico, el 18% obtuvo un resultado con ansiedad leve, el 36% con ansiedad leve a moderada, el 20% obtuvo ansiedad moderada, el 16% obtuvo ansiedad de moderada a severa, el 10% obtuvo ansiedad severa; Del total de la muestra de 100 niños atendidos, después del tratamiento el 47% obtuvo ansiedad leve, el 32% obtuvo ansiedad leve a moderada, el 18% obtuvo ansiedad moderada, el 3% obtuvo ansiedad de moderada a severa, el 0% obtuvo un resultado ansiedad severa. Conclusiones: se concluye que existe mayor cantidad de niños con ansiedad leve a moderada antes del tratamiento odontológico y existe mayor cantidad de niños con ansiedad leve después del tratamiento de acuerdo a la escala de FIS. También que los niños de 5 y 6 años de edad presentaron después del tratamiento una ansiedad de moderada a severa y del total el mayor porcentaje presentan una ansiedad leve.
- **Aguirre Pozo S. (2017) Perú:** Determinó las técnicas de manejo de conducta usadas en niños de 4 a 8 años para una atención odontológica. La metodología utilizada fue de tipo básico, observacional y transversal, nivel descriptivo. La selección de la muestra fue por muestreo no probabilístico intencionado y estuvo constituida por los estudiantes de preclínica de la Carrera de Odontología de la Universidad de Huánuco entre los 19 a 37 años de edad, divididos en dos grupos: 60 estudiantes de preclínica odontopediatría I y 50

estudiantes de odontopediatría II; utilizando como instrumentos una ficha de consentimiento informado, aplicación de encuesta, aplicación de la escala conductual de Frankl y fichas de observación con la técnica de manejo elegida. Resultados: Del tamaño muestral conformado por 110 estudiantes, la técnica comunicativa fue la más utilizada y dentro de ello el decir-mostrar-hacer es la que presentó en un mayor porcentaje 76,4%, seguido de la técnica de reforzamiento positivo con un 41,8%; con un 6,4% hipnosis y 3,6% musicoterapia. Conclusiones: El tipo de técnica de manejo de conducta más utilizada por estudiantes de preclínica de la Universidad de Huánuco fue técnica comunicativa “Demostrar-Decir-Hacer”. Con referente a las técnicas de manejo de conducta no utilizadas en ambos grupos de estudio fueron la aversiva y farmacológica.

- **Auquilla Vallejo N. (2017) Ecuador:** Determinó el nivel de ansiedad y miedo a la consulta odontológica en niños escolares de 8 a 12 años de edad. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, transversal. La selección de la muestra fue por muestreo no probabilístico constituida por 95 niños y 105 niñas entre los 8 a 12 años de la escuela “21 de abril” de la Ciudad de Riobamba” Se utilizó como instrumentos una ficha de consentimiento informado a los padres, luego se aplicó el instrumento Test de Venham para medir el nivel de ansiedad. Resultados: La frecuencia correspondiente a los pacientes sin ansiedad y miedo corresponde al 10%, el nivel de ansiedad bajo corresponde al 30% de la población, el nivel medio corresponde al 25%, y el nivel alto de ansiedad y miedo tiene un 35% de pacientes. En el análisis de ansiedad y miedo por género en cuanto a la población femenina es mayor con un 10% a comparación del masculino. Conclusiones: Se puede concluir que existen altos niveles de ansiedad y miedo a la consulta odontológica por parte de los niños que se encuentran entre los 8 y 12 años lo que dificulta el tratamiento odontológico; y que entre menos edad hay más niveles de miedo y ansiedad a la consulta al contrario en edades mayores.

- **Cedeño Mosquera K. (2015) Ecuador:** Comparó los métodos decir-mostrar-hacer y el control de la voz para disminuir el nivel de ansiedad en niños. El tipo de estudio utilizado fue transversal, comparativo, analítico, cuantitativo, en vivo. La población está constituida por niños de 7-10 años de edad de la Escuela Consejo Provincial de Pichincha, quienes acudieron al consultorio odontológico de la misma escuela con una muestra de 184 niños divididos en 2 grupos: Grupo A con 115 Niños para el tratamiento dental (profilaxis rotatoria) con el método decir-mostrar-hacer y Grupo B: 69 Niños para el tratamiento (profilaxis rotatoria) con el método control de la voz. Se utilizaron como instrumentos: Escala de Imagen Facial, Oxímetro de Pulso y consentimiento informado. Resultados: se observó que con el método decir-mostrar-hacer antes del tratamiento los escolares estaban con el nivel de ansiedad 2 y 3 más elevado, luego alcanzaron un nivel de ansiedad 1 (86,10%), lo que significa que existe diferencia significativa ($p < 0,005$). Mientras que con el control de la voz antes del tratamiento estaban en un nivel de ansiedad 1, 2, 3 más elevado y luego alcanzaron un nivel de ansiedad 1(71%), un porcentaje que fue menor que el método decir-mostrar-hacer; lo que significa que existe diferencia significativa ($p < 0,005$). Conclusiones: Se concluye que el método decir-mostrar-hacer fue más efectivo para disminuir el nivel de ansiedad en escolares de 7-10 años.
- **Azanza Neacato S. (2015) Ecuador:** Comparó la eficacia de dos técnicas de acondicionamiento la técnica decir-mostrar-hacer y técnica de distracción visual auditiva y así poder identificar el grado de aceptación y colaboración de los niños al tratamiento. La metodología utilizada fue clínica aleatoria, para lo cual se tomó una muestra constituido por 40 escolares de 6 a 10 años atendidos en la clínica de la universidad de las Américas, utilizando instrumentos como una ficha de historia clínica, la aplicación de la escala de Frankl para poder valorar el comportamiento antes y después del tratamiento. La aplicación de la técnica decir-mostrar-hacer y la técnica de distracción visual con videos educativos proyectados. Resultados: se muestra que después de aplicar la técnica decir mostrar y hacer vemos que de los 40 niños evaluados ($n=20$), se determinó que el 10 % de estos niños valoro como definitivamente negativo y el 90% como definitivamente positivo, y cuando se aplicó la técnica de distracción visual auditiva presentaron el 25% definitivamente negativo y 80% definitivamente

positivo. Conclusiones: Se concluye que las técnicas de acondicionamiento decir mostrar y hacer y técnica de distracción visual auditiva son eficaces para que los niños acepten de mejor manera el procedimiento preventivo con la colocación de sellantes.

- **Rodríguez Mázmela O. (2015) Perú:** Determinó la prevalencia de ansiedad dental en los estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo – 2015. La metodología utilizada fue de tipo prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. La población estuvo conformada por estudiantes de 18 a 24 años de edad de la Universidad Privada Antenor Orrego, con una muestra de 558 estudiantes de las 9 facultades universitarias. Los instrumentos utilizados fueron una hoja de consentimiento informado y la aplicación de la Escala de ansiedad dental modificada de Corah que consta de 5 preguntas. Resultados: Se obtuvo que el 4.30% de la muestra no presentó ansiedad dental; el 60.75% presentó baja ansiedad dental; el 31.18% presentó ansiedad dental moderada y el 3.76% ansiedad dental elevada. No se encontró asociación entre la ansiedad dental y el sexo ($p = 0.2824$), sin embargo, sí se encontró asociación entre la ansiedad dental y la edad ($p = 0.0241$) y una asociación muy significativa entre la ansiedad dental y las facultades universitarias ($p = 0.0003$). Conclusiones: La prevalencia de ansiedad dental en los estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego, fue de 95.7% en distintos niveles; el 60.75% presentó baja ansiedad dental; el 31.18% ansiedad dental moderada y el 3.76% ansiedad dental elevada. No se encontró asociación entre la ansiedad dental y el sexo en los estudiantes de la Universidad. Se encontró una asociación significativa entre la ansiedad dental y la edad de los estudiantes.
- **Salazar Fernández, L. (2014) México:** Comparó el nivel de ansiedad en los niños entre 3 a 9 años de edad durante la aplicación de anestesia en el tratamiento de urgencias e inicial. La metodología fue de tipo descriptivo y observacional. La población estuvo conformada por pacientes niños que acuden a urgencias al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2013. La muestra se constituyó de 43 pacientes entre 3 y 9 años de edad basada en criterios de inclusión y exclusión. Se procedió a realizar la infiltración bucal al

paciente de urgencia evaluando la ansiedad presentada en dicho procedimiento. Al regresar el paciente a su primera cita de tratamiento se realizó la misma evaluación mediante el instrumento "Escala de Ansiedad Clínica" (Clinical Anxiety Scale, CAS) para evaluar la ansiedad de los pacientes presentada durante el infiltrado del anestésico. Se llenó el resto de la hoja de captura de datos, incluyendo nombre, género, edad, cuadrante anestesiado, técnica de manejo utilizada y Clasificación de Frankl. Al regreso del paciente a su cita de inicio del tratamiento, se manejó nuevamente su conducta por medio de técnicas y se llevó a cabo la segunda evaluación por medio de la misma escala. Resultados: Se compararon ambas citas y la ansiedad presentada durante la infiltración bucal. Se encontró que es mayor la ansiedad grave presentada en pacientes en la infiltración anestésica bucal durante la cita de inicio de tratamiento que en la cita de urgencia

Conclusiones: Se presentó un aumento en la ansiedad grave durante la infiltración anestésica en la cita de inicio de tratamiento que, durante la cita de urgencias, sin embargo, no se encontró relación significativa ($p > 0.005$) entre las citas y la ansiedad. La técnica Decir-Mostrar-Hacer fue la de mayor éxito en la reducción de los niveles de ansiedad. En la cita de urgencia se tuvo que por medio de esta técnica 53.85% no tuvieron ansiedad. Mientras que con el uso de la técnica control por voz el 80% demostró ansiedad grave.

- **Lizelia A. Ketty R. (2014) Colombia:** Evaluaron los cambios que produce una estrategia de intervención educativa basada en la implementación de un protocolo para disminuir miedo y ansiedad dental en niños. La metodología utilizada fue de tipo cuasiexperimental, teniendo como población 103 niños que asistieron a la IPS MEIN SALUD en la baja Bolívar, entre los meses de abril y septiembre; se seleccionó una muestra constituida por 81 niños con edades comprendidas entre 5 y 9 años de edad. Los instrumentos utilizados fueron una hoja de consentimiento informado para los padres de familia; para la medición de ansiedad la aplicación de encuesta con la Escala de Ansiedad de Corah, una ficha encuesta con la ESCALA CFSS-DS modificada; Escala Imagen facial (FIS). Se aplicaron técnicas de acondicionamiento como Decir, Mostrar, Hacer; Modelado, Refuerzo Positivo. Resultados: En relación con la edad y el nivel de miedo y ansiedad dental, los niños entre 5 y 7 años de edad son los que más

presentaron miedo y ansiedad dental. Al analizar los promedios obtenidos para ansiedad dental antes y el después de la escala CFSS-CD, las diferencias fueron estadísticamente significativas para masculino ($p=0,00$) como para femenino ($p=0,00$). Conclusiones: Se concluye que se logró modificar el comportamiento de los pequeños, disminuyendo la ansiedad y el miedo luego de aplicar las técnicas de acondicionamiento; la utilización de este permitió brindar un tratamiento seguro y de calidad, con menor tiempo de atención y menor riesgo de producir daño físico y/o psicológico logrando una mejor conducta por parte de los niños en la consulta, lo que facilitó el tratamiento.

- **Medina Y. Méndez S. (2013) Venezuela:** Determinó el comportamiento del niño escolar en la consulta odontológica ante diferentes técnicas de adaptación. La metodología utilizada fue de tipo descriptiva cuantitativa no experimental, teniendo como población pacientes niños que acuden al servicio del área de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, tomando como muestra objeto de estudio a 45 pacientes. Los instrumentos utilizados fueron una guía de observación, con el fin de comparar las técnicas de adaptación: Decir-Mostrar-Hacer, La Comunicación y Reforzamiento Positivo. Resultados: En la técnica Decir-Mostrar-Hacer 20% de los niños asumieron un comportamiento Definitivamente Positivo, 7% fueron Levemente Positivo, 4% Levemente Negativo y 2% Definitivamente Negativo, mientras que con la Técnica La Comunicación un 13% de los niños tomaron un comportamiento Levemente Positivo 11% fueron Definitivamente Positivo, 7% Definitivamente Negativo y 2% Levemente Negativo. Conclusiones: Dentro de la comparación de los niveles de Comportamiento de los niños por cada Técnica de adaptación según el género, siguiendo la Escala de Comportamiento descrita originalmente por Frankl y Wright, evidenció en cuanto a los porcentajes más altos para cada una de las técnicas estudiadas, se observó un nivel significativo en cuanto a la técnica Decir-Mostrar-Hacer.

- **Lopera M. Cardeño V. Bermudez P. (2012) Colombia:** Conocieron las técnicas de manejo más utilizadas por los estudiantes para el abordaje del paciente pediátrico en la consulta odontológica. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, transversal, teniendo como población de 211 estudiantes, el muestreo fue aleatorio simple con una muestra representativa de 137 estudiantes del séptimo a décimo semestre. de la clínica de Odontopediatría de la Universidad Cooperativa de Colombia. Los instrumentos utilizados fueron una ficha de encuesta que consta de 15 preguntas de selección múltiple, sobre el tipo de técnica de manejo de conducta utilizada, también refieren a la clasificación del tipo de conducta más frecuente del paciente pediátrico utilizando la escala de Frankl. Resultados: Los estudiantes refieren que el tipo de conducta más frecuente del paciente pediátrico al momento de la consulta es la positiva y totalmente positiva en un 70%. En la clínica del niño, la técnica más utilizada fue decir-mostrar-hacer, en 78,1%, seguida de refuerzo positivo en 45,3%, y la menos utilizada fue la técnica mano sobre boca en 58,4%. Conclusiones: La técnica más empleada por los estudiantes fue la técnica decir-mostrar-hacer (en un comportamiento positivo), y la más utilizada con un comportamiento negativo fue la restricción física.
- **Lazo A. Ramos R. Mercado P. (2010) Perú:** Comparó el nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños atendidos en el servicio de Odontología del Hospital III EsSalud Puno, La muestra estuvo constituida por 50 pacientes de 4 a 8 años de edad, de ambos sexos. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, comparativo de corte longitudinal. Se utilizaron como instrumentos la escala de imagen facial y la presión arterial para medir la ansiedad, ambos en dos tiempos, el primero después de diagnosticar al paciente y el segundo inmediatamente después de aplicado el tratamiento. Resultados: El estudio revela que, al comparar el promedio del nivel de ansiedad antes (2.92) del tratamiento fue superior a la ansiedad mostrada luego (2.70) del tratamiento odontológico, encontrándose estadísticamente que hay una variación significativa ($p=0.047 < 0.05$). En los niños de 4, 6 y 7 años de edad no existe diferencia estadísticamente significativa ($p>0.05$), mientras que en los niños de 5 y 8 años existe diferencia

significativa ($p < 0.05$). Al comparar la presión arterial antes y después del tratamiento no hay diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$) en ambos sexos y en las diferentes edades. Conclusiones: Se concluye que el nivel de ansiedad en los niños de 4 a 8 años de edad es mayor antes del tratamiento odontológico

1.3. Marco Conceptual

- Ansiedad

Es un estado emocional de tensión que puede tener su origen en un estímulo positivo o negativo, es decir, agradable o desagradable, y que al ser superado aporta al niño una mayor seguridad en sí mismo y le enseña a adaptarse al medio en el que desarrolla.

- Ansiedad dental

Es un complejo patrón de comportamiento asociado a una activación fisiológica que se produce en respuesta a los estímulos internos (cognitivos y / o somáticos) y externos (ambientales), que puede aparecer antes y durante el procedimiento odontológico en los pacientes.

- Decir-Mostrar-Hacer

Técnica muy utilizada para familiarizar al niño con el equipo, instrumentos y procedimientos odontológicos.

- Influencia

Efecto, consecuencia o cambio que produce una cosa en otra.

- Institución

Organismo que desempeña una función de interés público, especialmente benéfico o docente.

- Institución educativa

Institución social destinada, dentro del área específica de la educación, a administrar la educación sistemática y que condiciona la formación y organización de grupos representados por educadores y educandos.

- Método:

Procedimiento que se sigue para conseguir algo.

- Nivel:

Medida de una cantidad con referencia a una escala determinada.

- Nivel de ansiedad

Es un estado emocional de tensión que puede tener su origen en un estímulo positivo o negativo.

- Niño

Se entiende como 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.

- Técnica

Habilidad para ejecutar cualquier cosa, o para conseguir algo.

Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1. Descripción de la realidad problemática.

Uno de los problemas más comunes que tiene que resolver el profesional de salud es el manejo del comportamiento ansioso del paciente; es todo un reto cotidiano para el odontólogo tratar pacientes ansiosos, sobre todo durante la etapa infantil. La ansiedad dental es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro, la cual es una experiencia individual, subjetiva, que varía entre las personas, y genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una importante barrera para la búsqueda de atención dental.¹⁴ Existen factores importantes a considerar en la consulta del Odontopediatra como son: Sala de Espera, Odontólogo, Personal Auxiliar, Padres, Niños y primera visita odontológica.²³

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ansiedad y otros trastornos de la afectividad constituyen problemas de salud pública frecuentes en seres humanos.³⁷ Se estima que el 10% y el 15% de la población experimenta ansiedad cuando tiene que ir al odontólogo, lo que puede inducirle a cancelar y posponer su cita con el especialista y por ende traer efectos negativos sobre su salud bucodental.⁶⁸ También se indica que aproximadamente que la mitad de los niños reportan ansiedad dental baja a moderada y entre el 10% y el 20% informan altos niveles de ansiedad dental.⁶⁵ Es un fenómeno sumamente extendido en el Reino Unido.⁶⁶

En Latinoamérica, los estudios en preescolares muestran una Ansiedad dental del 27%.⁶⁷ En Chile, un estudio realizado en la ciudad de Santiago, muestra una prevalencia de un 5.4% en niños de 6 años.⁸⁸

En nuestro país no existen estadísticas recientes sobre niveles de ansiedad infantil relacionada al tratamiento odontológico que puedan ayudarnos a realizar futuras comparaciones. Pero se conoce que existe relación de la ansiedad dental con un aumento en el número de dientes cariados y de enfermedades gingivales. Tomando en cuenta que aproximadamente el 95 % de la población peruana padece o ha padecido de caries dental y/o enfermedad periodontal, es necesario determinar la influencia de la ansiedad en la negativa de los pacientes a recibir atención odontológica.⁶⁹

En la Institución Educativa N°3094 “Ramiro Prialé”, ubicada en distrito de Independencia, se han realizado campañas de tratamientos preventivos, evidenciándose cierto grado de temor o ansiedad al tratamiento; en algunos casos se refiere que los niños no han tenido alguna experiencia previa al tratamiento, otro grupo refiere sí haber tenido una experiencia previa en tratamientos preventivos. Finalmente se refiere que un grupo menor sí tuvo una experiencia previa al tratamiento, siendo esta negativa. Hasta el momento en dicha institución no se ha realizado algún estudio relacionado a la ansiedad dental infantil.

De no realizarse la presente investigación se podría evidenciar un predominio o incremento significativo de los niveles de ansiedad, factor que imposibilita la correcta atención del paciente y que conlleva a futuro, una respuesta negativa a la atención inmediata. Es de suma relevancia identificar el nivel de ansiedad que presentan los niños, para que, en base a la información obtenida, el odontólogo pueda elegir una técnica adecuada de manejo de conducta, que le brinde un procedimiento odontológico exitoso.

Por lo tanto, considerando que la atención odontológica en niños se basa en un correcto manejo de la conducta, la presente investigación nos permitirá conocer la influencia de la Técnica Decir-Mostrar- Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad. Al Disminuir el nivel de ansiedad se conseguirá una mejor conducta por parte de los niños, evitando interferencias en el tratamiento, generará una

relación de confianza odontólogo-niño y evitará la posibilidad de la negativa a la atención odontológica.

De esta manera finalizada la investigación, se puede realizar recomendaciones que sean útiles al momento de afrontar esta problemática ya que, en base a la información obtenida en nuestro estudio, se podrá aplicar estrategias que mejoren la calidad de la salud bucal del paciente.

2.1.2. Definición del problema

2.1.2.1. Problema General

¿Cuál es la influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa en el año 2018?

2.1.2.2. Problemas Específicos

¿Existen diferencias significativas al comparar el nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento odontológico en niños de una Institución Educativa?

¿Existen diferencias significativas al comparar el nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento odontológico en niños de una Institución Educativa?

2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1. Finalidad

La presente investigación tiene como finalidad determinar la influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa en el año 2018. Al disminuir el nivel de ansiedad aplicando la Técnica Decir-Mostrar-Hacer se conseguirá una mejor conducta por parte de los niños, evitando interferencias y facilitando el tratamiento, generará una relación de confianza odontólogo-niño y evitará la posibilidad de la negativa a la búsqueda de atención odontológica.

2.2.2. Objetivo General y Específicos

2.2.2.1. Objetivo General

Determinar la Influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa en el año 2018.

2.2.2.2. Objetivos Específicos

Comparar el nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento odontológico en niños de una Institución Educativa.

Comparar el nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento odontológico en niños de una Institución Educativa.

2.2.3. Delimitación del Estudio

- Delimitación temporal:

La presente investigación fue llevada a cabo en el periodo comprendido entre los meses de marzo a agosto del año 2018, constituyéndose así los límites temporales del estudio.

- Delimitación espacial:

La presente investigación se desarrolló en el Distrito de Independencia, Departamento de Lima, Perú. La obtención y evaluación de los datos fue llevado en los ambientes de la Institución Educativa N°3094 “Ramiro Prialé Prialé”

- Delimitación social:

La población infantil estuvo comprendida por los niños de 6 a 8 años de edad de la Institución Educativa N°3094 “Ramiro Prialé Prialé”

- Delimitación conceptual:

Nivel de ansiedad: Es un estado emocional de tensión que puede tener su origen en un estímulo positivo o negativo; Técnica Decir, Mostrar, Hacer: Técnica muy utilizada para familiarizar al niño con el equipo, instrumentos y procedimientos odontológicos.

2.2.4. Justificación e Importancia del Estudio

En muchas ocasiones el miedo y la ansiedad pueden impedir que el niño se someta al tratamiento odontológico, evitándolo, interrumpiendo y afectando la calidad del mismo; se sabe por otros contextos, que muchos niños ya sea por una experiencia previa negativa u otro factor no buscan atención odontológica a tiempo. Por lo tanto, el estudio servirá como una guía o herramienta sobre cómo disminuir el nivel ansiedad dental, mediante un método llamado Técnica Decir-Mostrar-Hacer.

Al momento de aplicar la Técnica Decir-Mostrar-Hacer, lograremos disminuir significativamente el nivel de ansiedad dental. Esta disminución traerá como resultados una mejora de la calidad de atención, facilitando las condiciones para el desarrollo pleno del tratamiento por parte del profesional de salud; también se reducirá significativamente la probabilidad de la negativa al tratamiento, ya que el niño entenderá de manera inicial el tipo de tratamiento que se realizará.

El estudio servirá tanto a profesionales de salud como para estudiantes de odontología, ya que, al aplicar dicha técnica, se obtendrá una influencia o efecto positivo que facilite el tratamiento y garantice el éxito de la salud bucal de la comunidad.

El desarrollo de dicho estudio beneficiará al profesional de salud odontológico ya que generará una adherencia al tratamiento por parte del niño, reduciendo así la negativa al tratamiento, el paciente también se verá beneficiado al ganar confianza y fidelidad con el personal que lo atenderá facilitando así la labor a realizar.

2.3. Hipótesis y Variables

2.3.1. Hipótesis Principal y Específicas

2.3.1.1. Hipótesis Principal

La aplicación de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer influye significativamente en el nivel de ansiedad de niños de una Institución Educativa en el año 2018.

2.3.1.2. Hipótesis Específicas

No existen diferencias significativas entre el nivel de ansiedad del grupo control, antes y después del tratamiento odontológico en niños de una Institución Educativa.

Sí existen diferencias significativas entre el nivel de ansiedad del grupo experimental, antes y después del tratamiento odontológico en niños de una Institución Educativa.

2.3.2. Variables e Indicadores de estudio

En el presente estudio participó una variable independiente, una variable dependiente y sus respectivos indicadores.

2.3.2.1. Variables

- Variable Independiente:

Técnica Decir, Mostrar, Hacer: Técnica muy utilizada para familiarizar al niño con el equipo, instrumentos y procedimientos odontológicos.

- Variable Dependiente:

Nivel de Ansiedad: Es un estado emocional de tensión que puede tener su origen en un estímulo positivo o negativo.

2.3.2.2. Indicadores de Estudio

Para la presente investigación los indicadores fueron las respuestas acordes a los ítems encontrados en el instrumento para la recolección de datos por lo cual fueron ordenadas de acuerdo a las dimensiones de la siguiente manera:

Nivel de Ansiedad

Antes del tratamiento:

- 1= Muy Feliz
- 2= Feliz
- 3= Normal
- 4= Triste
- 5= Muy Triste

Después del tratamiento:

- 1= Muy Feliz
- 2= Feliz
- 3= Normal
- 4= Triste
- 5= Muy Triste

Capítulo III: Método, Técnica e Instrumentos

3.1. Población y Muestra

3.1.1. Población

La población de la presente investigación estuvo conformada por los niños matriculados que asisten a la Institución Educativa N°3094 “Ramiro Prialé”, ubicada en el Distrito de Independencia Departamento de Lima en el año 2018, siendo un total de 742 niños.

3.1.2. Muestra

La muestra de la presente investigación fue seleccionada en forma no aleatoria por conveniencia, estuvo conformada por niños de 6 a 8 años de edad que asisten a la Institución Educativa N°3094 “Ramiro Prialé” en el año 2018 y estuvo constituida por 120 niños.

3.1.2.1. Criterios de inclusión

- Niños que pertenezcan a la Institución Educativa N°3094 “Ramiro Prialé” durante el año 2018.
- Niños cuyos padres firmen el documento de consentimiento informado.
- Niños de 6 a 8 años de edad.
- Niños cuyos padres decidan participar en el estudio.
- Niños con aparente buen estado de salud general y psicológico.

3.1.2.2. Criterios de exclusión

- Niños que no pertenezcan a la Institución Educativa N°3094 “Ramiro Prialé” durante el año 2018.
- Niños cuyos padres no firmen el documento de consentimiento informado.
- Niños que no se encuentren en el rango de 6 a 8 años de edad.
- Niños cuyos padres no decidan participar en el estudio.
- Niños con aparente mal estado de salud general, psicológica o alguna incapacidad que le impida ser parte del estudio.

3.2. Diseño utilizado en el estudio

3.2.1. Diseño del estudio

Debido a que hubo intervención por parte del investigador sobre el desarrollo de fenómenos, la presente investigación tiene diseño experimental-cuasiexperimental.

3.2.2. Tipo de Investigación

Debido a que se dio en un momento determinado y por única vez la investigación es de tipo Transversal. Prospectivo porque se realizó a futuro.

3.2.3. Enfoque

Es Cualitativo.

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

3.3.1 Técnica de recolección de datos

El presente trabajo de investigación se presentó en la oficina y Grados y Títulos de la facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega para que emitan la autorización respectiva para desarrollar nuestra investigación.

Se presentó un documento para solicitar la autorización para la ejecución de la investigación al director de la Institución Educativa N°3094 “Ramiro Prialé Prialé” para que dé su aprobación.

Luego se solicitó al director de la Institución Educativa, determine las fechas y horas para realizar la investigación que fue aplicada en los niños de dicha institución.

Se les explicó a los padres de familia, la importancia que tiene el trabajo de investigación que fue ejecutado por medio de una encuesta, y sobre el consentimiento informado que tuvieron que firmar antes de realizar la encuesta.

Después se les explicó a los niños, la importancia que tiene el trabajo de investigación que fue ejecutado por medio de una encuesta.

Por último, se aplicó el test Escala de Imagen Facial (FIS) a los niños cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado y así se recolectaron los datos para la investigación.

3.3.2. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos utilizado en la presente investigación fue una encuesta que se confeccionó basado en el Test Facial Image Scale (FIS) o Escala de Imagen Facial. El instrumento que fue desarrollado por H. Buchanan & N. Niven en el año 2002, fue modificado por el investigador con el fin de modernizarlo y adaptarlo a nuestra realidad, siendo evaluada en juicio expertos. Dicha modificación incluyó una breve instrucción al niño y mejoras en los gráficos con imágenes tanto para el sexo masculino y femenino por separado, con ítems antes y después del tratamiento.

El instrumento consta de 2 partes:

La primera parte consta, de una breve instrucción al niño(a) que es la siguiente: “Voy a mostrarte una imagen con una serie de caritas, que van desde “Mucha Felicidad porque no sientes temor, a Mucha Tristeza, porque sientes algún temor o mucho”. Una vez entendido su significado, elije la cara que mejor describa cómo te sientes en este momento.

La segunda parte consta de una imagen con una fila de cinco caritas para elegir, que van desde “muy feliz” a “muy infeliz” numeradas del 1 al 5, donde la cara más feliz se le asigna la puntuación de 1 y la cara más infeliz se le asigna una puntuación de 5, divididas en dos ítems antes y después del tratamiento:

Antes del tratamiento:

- 1 equivale a muy feliz
- 2 equivale a feliz
- 3 equivale a normal
- 4 equivale a triste
- 5 equivale a muy triste

Después del tratamiento:

- 1 equivale a muy feliz
- 2 equivale a feliz
- 3 equivale a normal
- 4 equivale a triste
- 5 equivale a muy triste

Otros Instrumentos

Carta de consentimiento informado: Consiste de una ficha elaborada por el autor de la investigación (Anexo I) en donde se presentó el consentimiento informado al padre o apoderado del niño para su posterior llenado y autorización.

Procedimiento

Se determinó la selección de los niños que cumplieron con los requisitos para entrar al estudio, con una muestra constituida por 120 niños de 6 a 8 años de edad. En base a ello se conformaron dos grupos de estudio, un grupo control (sin aplicación de técnica) y grupo experimental (con aplicación de la técnica) constituido por 60 niños cada uno. Se realizó una historia clínica a cada niño, registrando datos como género y edad.

Para el Grupo Control se evaluó el nivel de ansiedad inicial (Ítem antes del tratamiento), invitando al niño a marcar una imagen con una fila de cinco caritas para elegir en un periodo promedio de 1 minuto. Luego se realizó el odontograma y la toma del IHO (índice de higiene oral simplificado), seguidamente se realizó el tratamiento profilaxis con micromotor y finalmente se evaluó el nivel de ansiedad final (ítem después del tratamiento).

Para el Grupo Experimental se evaluó el nivel de ansiedad inicial, seguidamente se realizó el odontograma y la toma del índice de higiene oral simplificado. Se aplicó la Técnica Decir-Mostrar-Hacer, que consistió en explicar en un lenguaje adecuado el procedimiento que se va a aplicar luego se hizo una demostración y por último se realizó el procedimiento odontológico profilaxis con micromotor. Finalmente se volvió a tomar el nivel de ansiedad (Ítem después del tratamiento) invitándole nuevamente a marcar las opciones del Test.

3.4. Procesamiento de Datos

El procesamiento de datos se llevó a cabo en una laptop de marca Asus Modelo: X556U, de memoria ram:4Gb, con sistema operativo: Windows 10.

El procesamiento de datos se realizó mediante el tratamiento estadístico en donde el análisis de los datos obtenidos implica dos tipos de análisis:

- Análisis descriptivo, es donde se dará la estadística descriptiva del objetivo general y los objetivos específicos descritos, la media, la desviación estándar y el porcentaje de las mismas.
- Análisis exploratorio inferencial, en donde los resultados del test tomado a los encuestados se presentaron de manera organizada por medio de tablas y gráficos que van a corresponder a cada uno de los indicadores elaborados en los objetivos.

La información recolectada fue analizada y procesada con el paquete estadístico SPSS en su versión 23 y la creación de una base de datos mediante el programa Microsoft Excel 2016.

Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados

4.1. Presentación de Resultados

En la presente investigación se evaluó la Influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa en el año 2018, realizando el estudio con una muestra de 120 niños de 6 a 8 años de edad, mediante la aplicación del Test llamado Facial Image Scale (FIS) o Escala de Imagen Facial, en la que se determinó el nivel de ansiedad en 2 tiempos: antes y después del tratamiento odontológico, tanto para el grupo control (sin aplicación de técnica) y grupo experimental (con aplicación de la técnica), el cual fue llenado por los niños de la Institución Educativa "Ramiro Prialé". Una vez obtenidos los resultados de la investigación se realizaron los análisis de los datos obtenidos, que a continuación se mostrarán mediante tablas y gráficos.

Tabla N° 1

Distribución de participantes según el sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	60	50%
Masculino	60	50%

En la Tabla N° 1 se aprecia que los participantes de sexo masculino representan el 50% (N°=60) y los de sexo femenino el 50% (N°=60).

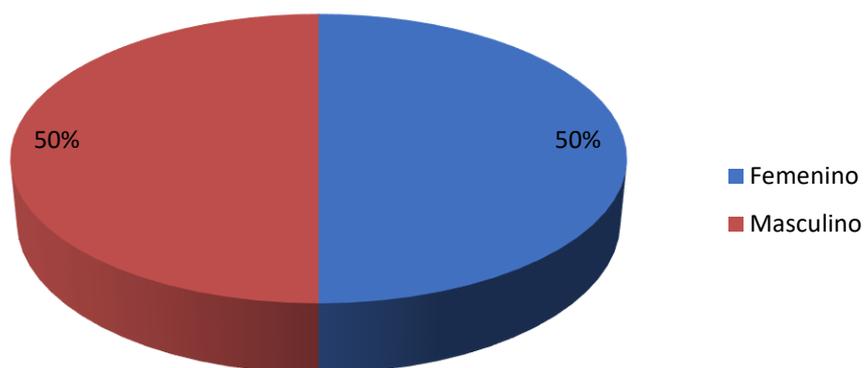


Gráfico N° 1

Distribución de participantes según el sexo

Tabla N° 2

Distribución de participantes según edad

	Frecuencia	Porcentaje
6 años	41	34.2%
7 años	42	35%
8 años	37	30.8%

En la Tabla N° 2 se aprecia que los participantes de 6 años de edad representan el 34.2% (N°=41), los de 7 años de edad el 35% (N°=42) y los de 8 años de edad el 30.8% (N°=37).

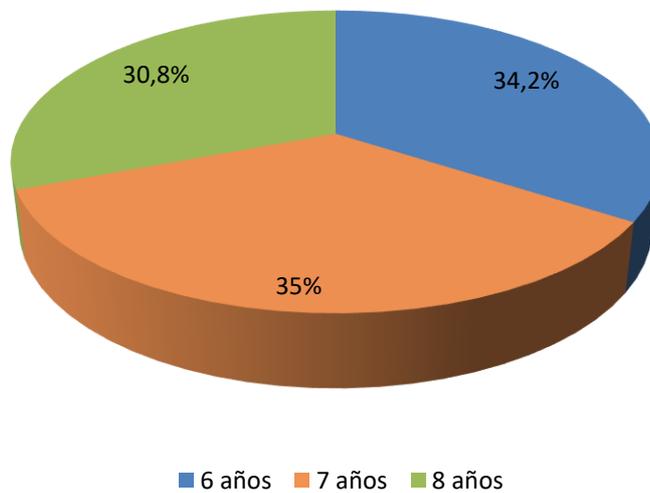


Gráfico N° 2

Distribución de participantes según edad

Tabla N° 3

Influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa

Momento	Nivel de ansiedad		
Antes de la Técnica	Ansiedad leve	Recuento	15
		% del total	12.5%
	Ansiedad leve a moderada	Recuento	83
		% del total	69.2%
	Ansiedad moderada	Recuento	18
		% del total	15%
Ansiedad moderada a severa	Recuento	4	
	% del total	3.3%	
Después de la Técnica	Ansiedad leve	Recuento	45
		% del total	37.5%
	Ansiedad leve a moderada	Recuento	58
		% del total	48.3%
	Ansiedad moderada	Recuento	16
		% del total	13.3%
Ansiedad moderada a severa	Recuento	1	
	% del total	0.8%	

En la Tabla N° 3 se observa que en mayoría antes aplicar la técnica presentaba Ansiedad leve a moderada en un 69.2% (N°=83) seguido de Ansiedad moderada en un 15% (N°=18); respecto al nivel de ansiedad después de aplicar la técnica en mayoría presentaron Ansiedad leve a moderada en un 48.3% (N°=58), seguido de Ansiedad leve en un 37.5% (N°=45).

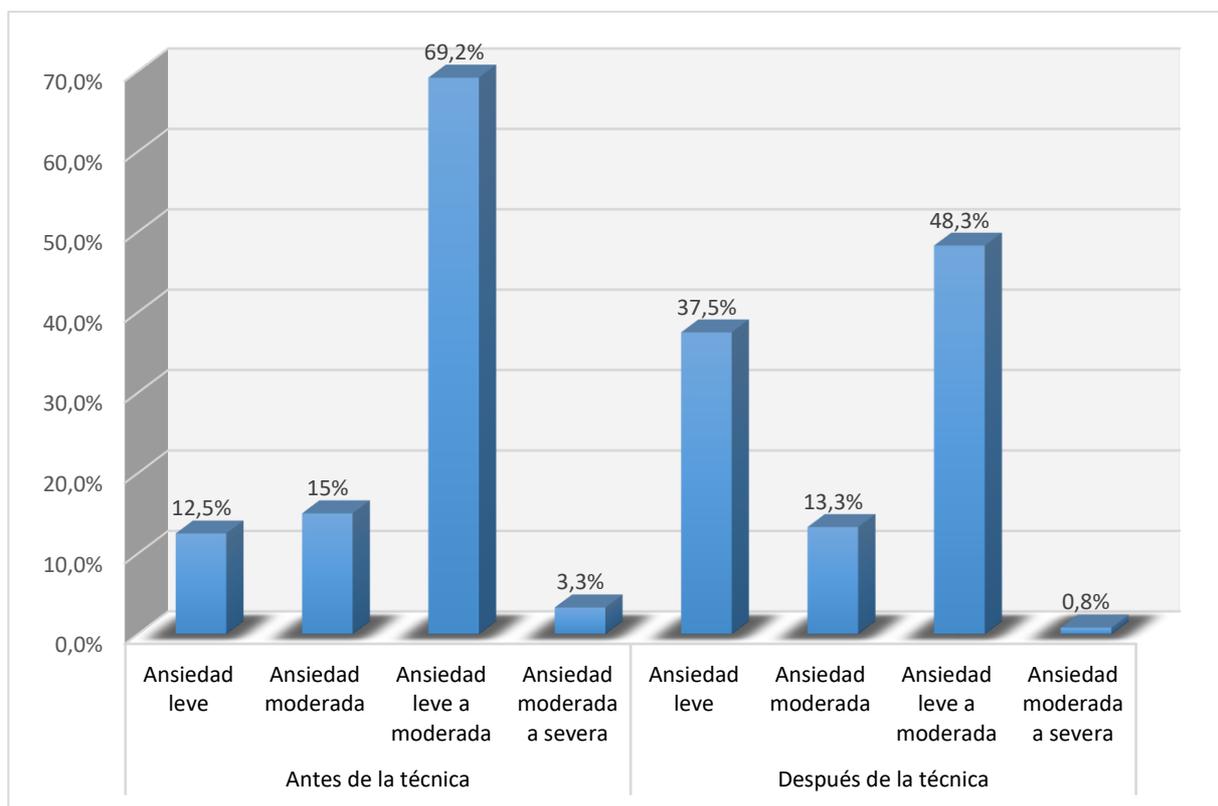


Gráfico N° 3

Influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa

Tabla N° 4

Influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer; mediante la prueba del Chi cuadrado (X²) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	61.022	3	0.000

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños, se aprecia que el valor de X² es de 10.553 y el nivel de significancia es de p<0.05.

Tabla N° 5

Nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento

Grupo control	Ansiedad		
Grupo control, antes del tratamiento	Ansiedad leve	Recuento	9
		%	15%
	Ansiedad leve a moderada	Recuento	40
		%	66.7%
Grupo control, después del tratamiento	Ansiedad moderada	Recuento	9
		%	15%
	Ansiedad moderada a severa	Recuento	2
		%	3.3%
Grupo control, después del tratamiento	Ansiedad leve	Recuento	4
		%	6.7%
	Ansiedad leve a moderada	Recuento	39
		%	65%
Grupo control, después del tratamiento	Ansiedad moderada	Recuento	16
		%	26.7%
	Ansiedad moderada a severa	Recuento	1
		%	1.7%

En la Tabla N° 5 se aprecia que en mayoría en el Grupo Control antes del tratamiento presentaba Ansiedad leve a moderada en un 66.7% (N°=40) seguido de Ansiedad leve y Ansiedad moderada en un 15% (N°=9); respecto al nivel de ansiedad en el Grupo Control después del tratamiento en mayoría presentaron Ansiedad Leve a moderada en un 65% (N°=39), seguido de Ansiedad Moderada en un 26.7% (N°=16).

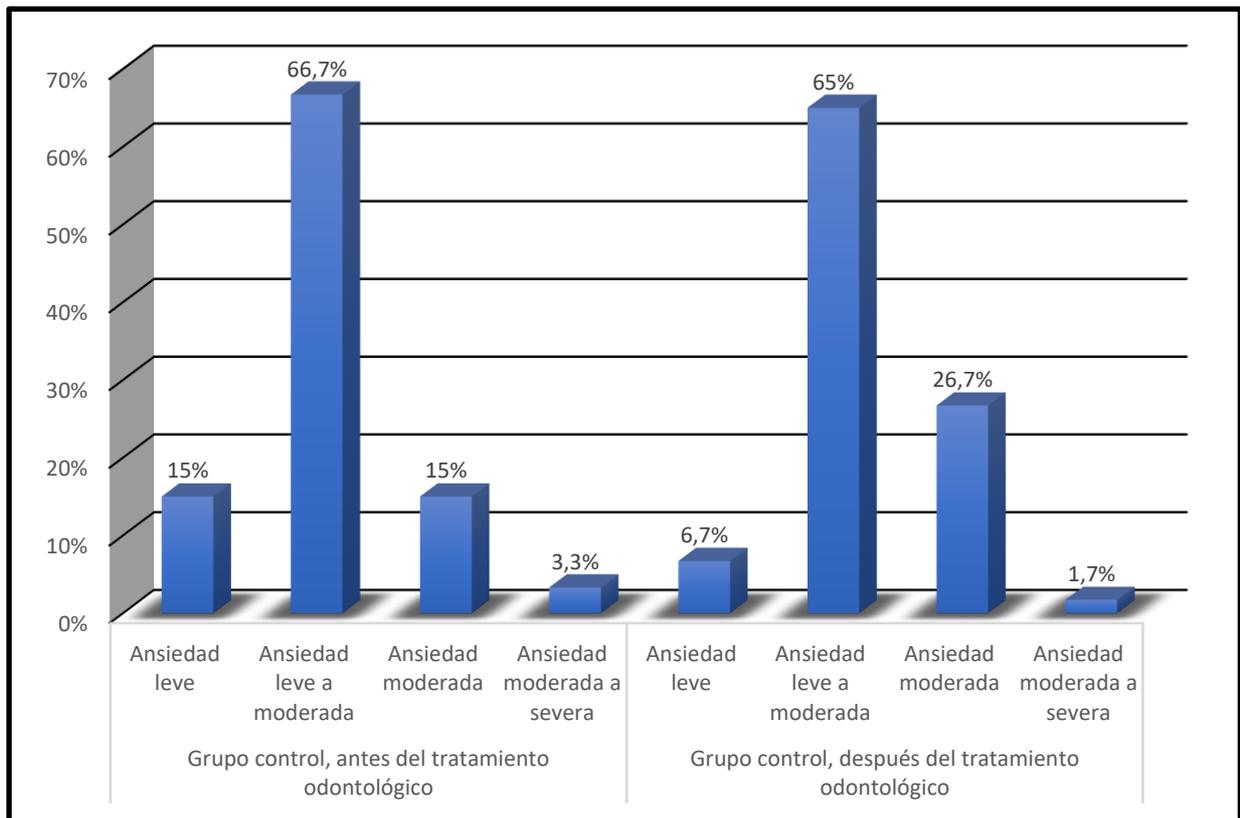


Gráfico N° 4

Nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento odontológico

Tabla N° 6

**Nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento;
mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)**

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	84.402	9	0.000

Nivel de significancia = 0.05

En referencia al Nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento odontológico, se aprecia que el valor de X^2 es de 84.402 y el nivel de significancia es de $p < 0.05$.

Tabla N° 7

Nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento

Grupo experimental	Nivel de Ansiedad		
Grupo experimental antes del tratamiento	Ansiedad leve	Recuento	6
		%	10%
	Ansiedad leve a moderada	Recuento	43
		%	71.7%
	Ansiedad moderada	Recuento	9
		%	15%
Ansiedad moderada a severa	Recuento	2	
	%	3.3%	
Grupo experimental después del tratamiento	Ansiedad leve	Recuento	41
		%	68.3%
	Ansiedad leve a moderada	Recuento	19
		%	31.7%

En la Tabla N° 7 se observa que en mayoría en el Grupo Experimental antes del tratamiento presentaba Ansiedad leve a moderada en un 71.7% (N°=43) seguido de Ansiedad moderada en un 15% (N°=9); respecto al nivel de ansiedad en el Grupo Experimental después del tratamiento en mayoría presentaron Ansiedad Leve en un 68.3% (N°=41), seguido de Ansiedad Leve a moderada en un 31.7% (N°=19).

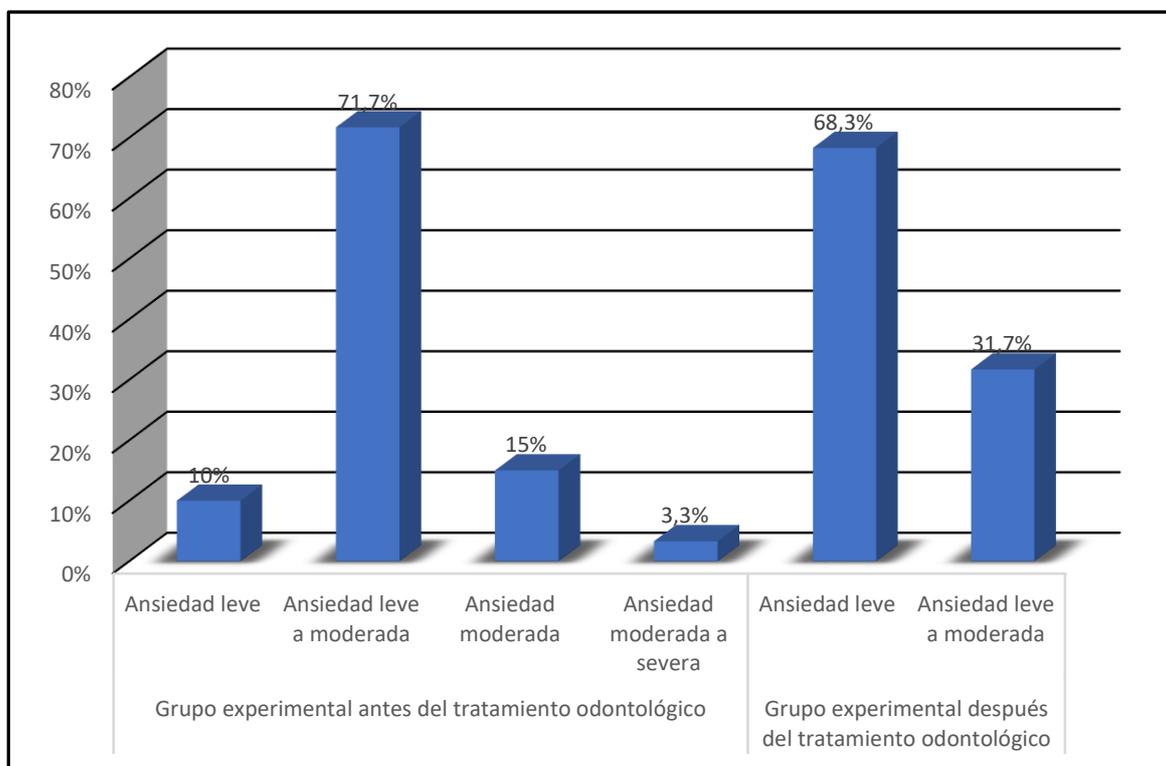


Gráfico N° 5

Nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento odontológico

Tabla N° 8

Nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	12.927	3	0.005

Nivel de significancia = 0.05

En referencia al Nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento odontológico, se aprecia que el valor de X^2 es de 12.927 y el nivel de significancia es de $p < 0.05$.

4.2. Contrastación de Hipótesis

Para contrastar la hipótesis, se utilizó la inferencia estadística, la prueba de independencia de criterios Chi-cuadrado de Pearson (X^2).

Planteo de hipótesis

Ho: No existe influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa.

Ha: Existe influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa.

(Ho= Hipótesis nula, Ha= Hipótesis alterna)

Criterio teórico para contraste de hipótesis

La contrastación de hipótesis se realizó mediante el Criterio del Valor $p = 0.05$.

Si en el procesamiento de datos se halla un Valor $p \geq 0.05$, se aceptará la hipótesis nula (Ho).

Pero si en el procesamiento de datos se halla un Valor $p < 0.05$, se aceptará la hipótesis alternativa (Ha).

Interpretación

Como el valor $p = 0.000 < 0.05$, se acepta la hipótesis alternativa en la cual se indica que sí existe influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa.

4.3. Discusión de Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa en el año 2018, mediante el test Escala de Imagen Facial, obteniendo resultados que en mayoría antes de aplicar la técnica se presentaba ansiedad leve a moderada en un 69.2% (N°=83) seguido de ansiedad moderada en un 15% (N°=18); respecto al nivel de ansiedad después de aplicar la técnica en mayoría presentaron ansiedad leve a moderada en un 48.3% (N°=58), seguido de ansiedad leve en un 37.5% (N°=45), lo que significa que sí existe diferencia estadísticamente significativa (valor $p= 0.000 < 0.05$); este resultado es alentador porque evidencia que la aplicación de la técnica influyó significativamente sobre el nivel de ansiedad de los niños, disminuyéndola considerablemente.

Con respecto al nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento odontológico en niños de una Institución Educativa, se observa en los resultados, que el nivel de ansiedad del Grupo Control antes del tratamiento, en mayoría presentaba ansiedad leve a moderada en un 66.7% (N°=40) seguido de ansiedad leve y ansiedad moderada en un 15% (N°=9); respecto al nivel de ansiedad del Grupo Control después del tratamiento, en mayoría presentaron ansiedad Leve a moderada en un 65% (N°=39), seguido de ansiedad Moderada en un 26.7% (N°=16), el resultado nos indica que para este grupo no hubo diferencias significativas en el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico. (el valor $p < 0.05$)

Con respecto al nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento odontológico en niños de una Institución Educativa, se observa en los resultados, que el nivel de ansiedad del Grupo Experimental antes del tratamiento, en mayoría presentaba ansiedad leve a moderada en un 71.7% (N°=43) seguido de ansiedad moderada en un 15% (N°=9); respecto al nivel de ansiedad en el Grupo Experimental después del tratamiento, en mayoría presentaron ansiedad leve en un 68.3% (N°=41), seguido de ansiedad leve a moderada en un 31.7% (N°=19), el resultado nos indica que para este grupo sí hubo diferencias significativas en el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico, (valor $p < 0.05$), producto de la aplicación de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer.

Cedeño Mosquera K. (2015) Ecuador: "Nivel de ansiedad en escolares de 7-10 años. Estudio comparativo entre el método decir-mostrar-hacer y control de la voz en la escuela provincial de pichincha". Comparó los métodos decir-mostrar-hacer y el control de la voz para disminuir el nivel de ansiedad en niños. El tipo de estudio fue transversal, comparativo, analítico, cuantitativo. La población está constituida por niños de 7-10 años de edad, con una muestra de 184 niños divididos en 2 grupos: Grupo A con 115 Niños para el tratamiento dental (profilaxis rotatoria) con el método decir-mostrar- hacer y Grupo B: 69 Niños para el tratamiento (profilaxis rotatoria) con el método control de la voz. Se utilizaron como instrumentos: Escala de Imagen Facial, Oxímetro de Pulso. Resultados: Al realizar la comparación se observó que con el método Decir-Mostrar-Hacer antes del tratamiento los escolares presentaban un nivel de ansiedad leve moderado (42,6%) y moderado (40.9%) en mayoría; después del tratamiento el nivel de ansiedad bajo a leve en mayoría (86%); lo que significa que existe una diferencia significativa antes y después del tratamiento ($p < 0,05$). Mientras que con el control de voz antes del tratamiento estaban en un nivel de ansiedad leve, leve moderado, moderado más elevado y luego del tratamiento alcanzaron un nivel de ansiedad leve 71%, un porcentaje que fue menor que el método decir-mostrar-hacer; lo que significa que existe diferencia significativa ($p < 0,05$). Conclusiones: Se concluye que el método decir-mostrar-hacer fue más efectivo para disminuir el nivel de ansiedad en escolares de 7-10 años. En la presente investigación se concluye que la aplicación de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer influyó significativamente en el nivel de ansiedad de los niños de una Institución Educativa, disminuyéndola considerablemente. ($p < 0.05$)

Azanza Neacato S. (2015) Ecuador: "Eficacia de dos diferentes técnicas de acondicionamiento para la atención infantil, en escolares de 6 a 10 años en las clínicas de la escuela Odilo Aguilar". Comparó la eficacia de dos técnicas de acondicionamiento la técnica decir-mostrar-hacer y técnica de distracción visual auditiva y así poder identificar el grado de aceptación y colaboración de los niños al tratamiento. La metodología utilizada fue clínica aleatoria, para lo cual se tomó una muestra constituido por 40 escolares de 6 a 10 años atendidos en la clínica de la universidad de las Américas, utilizando instrumentos como una ficha de historia clínica, la aplicación de la escala de Frankl para poder valorar el comportamiento

antes y después del tratamiento. La aplicación de la técnica decir-mostrar-hacer y la técnica de distracción visual con videos educativos proyectados. Resultados: se muestra que después de aplicar la técnica decir mostrar y hacer vemos que de los 40 niños evaluados ($n=20$), se determinó que el 10 % de estos niños valoro como definitivamente negativo y el 90% como definitivamente positivo, y cuando se aplicó la técnica de distracción visual auditiva presentaron el 25% definitivamente negativo y 80% definitivamente positivo y cuando se aplicó la técnica de distracción visual auditiva presentaron el 25% definitivamente negativo y 80% definitivamente positivo. Conclusiones: Se concluye que las dos técnicas demostraron tener la misma efectividad ante el procedimiento preventivo colocación de sellantes, pero en casos donde niños llegan con experiencias negativas es mucho más efectiva la técnica decir mostrar y hacer. En la presente investigación se concluye que la aplicación de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer influyó significativamente en el nivel de ansiedad de los niños de una Institución Educativa, disminuyéndola considerablemente. ($p < 0.05$)

Santamaría Herrera M. (2018) Perú: Nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas Chiclayo. Determinó el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico en niños de 5 a 12 años de edad. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo con método cuantitativo. Fue una muestra probabilística con la técnica aleatoria, conformado por 57 niños de sexo masculino y 43 de sexo femenino siendo un total de 100 niños de entre 5 a 12 años, que asistieron a la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas- Chiclayo; en un periodo de dos meses del 23 de octubre al 23 de noviembre del 2017; utilizando como instrumentos la aplicación de encuesta Escala de Imagen Facial (FIS) para el nivel de ansiedad y aplicación de la escala conductual de Frankl. Resultados: Del total de la muestra de 100 niños atendidos, antes del tratamiento odontológico, el 18% obtuvo un resultado con ansiedad leve, el 36% con ansiedad leve a moderada, el 20% obtuvo ansiedad moderada, el 16% obtuvo ansiedad de moderada a severa, el 10% obtuvo ansiedad severa; Del total de la muestra de 100 niños atendidos, después del tratamiento el 47% obtuvo ansiedad leve, el 32% obtuvo ansiedad leve a moderada, el 18% obtuvo ansiedad moderada, el 3% obtuvo

ansiedad de moderada a severa, el 0% obtuvo un resultado ansiedad severa. Conclusiones: se concluye que de acuerdo a la escala de FIS existe mayor cantidad de niños con ansiedad leve a moderada, 10 con ansiedad severa antes del tratamiento; y que existe mayor cantidad de niños con ansiedad leve y ninguno con ansiedad severa después del tratamiento, lo que representa una diferencia significativa del nivel de ansiedad entre antes y después del tratamiento odontológico. En la presente investigación se concluye que para el grupo control no hubo variación significativa del nivel de ansiedad entre antes y después del tratamiento. ($p < 0.05$)

Medina Y. y cols. (2013) Venezuela: “Comportamiento del niño en la consulta odontológica antes diferentes técnicas de adaptación”. Determinó el comportamiento del niño escolar en la consulta odontológica ante diferentes técnicas de adaptación. La metodología utilizada fue de tipo descriptiva cuantitativa no experimental, teniendo como población pacientes niños que acuden al servicio del área de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, tomando como muestra objeto de estudio a 45 pacientes. Los instrumentos utilizados fueron una guía de observación, con el fin de comparar las técnicas de adaptación: Decir-Mostrar-Hacer, La Comunicación y Reforzamiento Positivo. Resultados: En la técnica Decir-Mostrar-Hacer 20% de los niños asumieron un comportamiento Definitivamente Positivo, 7% fueron Levemente Positivo, 4% Levemente Negativo y 2% Definitivamente Negativo, mientras que con la Técnica La Comunicación un 13% de los niños tomaron un comportamiento Levemente Positivo 11% fueron Definitivamente Positivo, 7% Definitivamente Negativo y 2% Levemente Negativo. Conclusiones: Comparando los niveles de comportamiento por cada Técnica de adaptación, se evidenció un nivel significativo en cuanto a la técnica Decir-Mostrar-Hacer obteniendo una mejor adaptación en los niños que acudieron a dicha área. En la presente investigación se concluye que la aplicación de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer influyó significativamente en el nivel de ansiedad de los niños de una Institución Educativa, disminuyéndola considerablemente. ($p < 0.05$)

Lazo A. Ramos R. Mercado P. (2010) Perú: Nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad. Comparó el nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños atendidos en el servicio de Odontología del Hospital III EsSalud Puno, La muestra estuvo constituida por 50 pacientes de 4 a 8 años de edad, de ambos sexos. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, comparativo de corte longitudinal. Se utilizaron como instrumentos la escala de imagen facial y la presión arterial para medir la ansiedad, ambos en dos tiempos, el primero después de diagnosticar al paciente y el segundo inmediatamente después de aplicado el tratamiento. Resultados: El estudio revela que, al comparar el promedio del nivel de ansiedad antes (2.92) del tratamiento fue superior a la ansiedad mostrada luego (2.70) del tratamiento odontológico, encontrándose estadísticamente que hay una variación significativa ($p=0.047 < 0.05$). En los niños de 4, 6 y 7 años de edad no existe diferencia estadísticamente significativa ($p>0.05$), mientras que en los niños de 5 y 8 años existe diferencia significativa ($p<0.05$). Al comparar la presión arterial antes y después del tratamiento no hay diferencia estadísticamente significativa ($p>0.05$) en ambos sexos y en las diferentes edades. Conclusiones: Se concluye que el nivel de ansiedad en los niños de 4 a 8 años de edad es mayor antes del tratamiento odontológico. En la presente investigación se concluye que para el grupo control no hubo variación significativa del nivel de ansiedad entre antes y después del tratamiento. ($p<0.05$)

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

5.1.1. Conclusión General

Con respecto a determinar la influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir la ansiedad de niños de una Institución Educativa en el año 2018, se concluye que La Técnica Decir-Mostrar-Hacer influye significativamente en el nivel de ansiedad de los niños de 6 a 8 años de edad de una Institución Educativa.

5.1.2 Conclusiones Específicas

Con respecto a comparar el nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento odontológico, se concluye que no existe una diferencia significativa del nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico.

Con respecto a comparar el nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento odontológico, se concluye que sí existió una diferencia significativa y se presentó como una disminución del nivel de ansiedad después del tratamiento odontológico.

5.2 Recomendaciones

5.2.1. Recomendación General

Teniendo en cuenta que sí existe una influencia significativa de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa en el año 2018, se recomienda tomar en cuenta los resultados para establecer que la Técnica Decir-Mostrar-Hacer es un método válido que influye sobre el nivel de ansiedad; con su aplicación se puede conseguir una mejor conducta por parte de los niños, facilitando el desarrollo del tratamiento dental.

5.2.2 Recomendaciones Específicas

Con respecto a comparar el nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento odontológico, se recomienda tomar en cuenta los resultados para que en futuras investigaciones se realicen evaluaciones a través de la Escala de Imagen Facial (FIS), para determinar una posible variación significativa que conlleve a identificar pacientes con mayores niveles de ansiedad con el fin de adoptar medidas respecto al manejo de su conducta, facilitando la adecuación y colaboración al tratamiento.

Con respecto a comparar el nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento, se recomienda tomar en cuenta los resultados para que en futuras investigaciones se realicen comparaciones en base a nuestros resultados con la finalidad de encontrar una disminución o variación significativa del nivel de ansiedad producto de la aplicación de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer, evaluando así su eficacia.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aránzazu V. La ansiedad infantil desde el análisis transaccional [Tesis]. Barcelona, España: UNED; 2013. 241p.
2. Buela G, Sierra J. Manual de evaluación y tratamiento psicológico. 2da ed. México. Ed MC Graw-Hill interamericana; 2001. p.220-5.
3. Cárdenas E. Miriam F. Palacios L. De la Peña F. Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría. México. 2010. 44p.
4. Luengo, D. Vencer la ansiedad. Barcelona: Paidós Ibérica; 2003.184p.
5. Boj, J., Cortés, O., & Suárez, E. Desarrollo psicológico del niño. En J. Boj, M. Catalá, C. García, A. Mendoza, & P. Planells, Odontopediatría. La evolución del niño al adulto. Madrid: Ripano. (2011). pp 97-108
6. Hernández M. Propiedades psicométricas del inventario Zung del estado de ansiedad con mexicanos. Red de Revistas de América Latina. vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 19-46.
7. Aguilera F, Osorio R, Toledano M. Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. Rev. Andal Odontol Estomatol 2002; 12:21-4.
8. Barberia E, Boj J, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. Segunda ed. Barcelona-España: Editorial Masson; 2002. 420p.
9. Ochoa E. La ansiedad y sus temores. La ansiedad en el niño estudio Psicológico 4ta ed. México. Ed tirilla; 2001, p31-37.
10. Lazo A. Ramos W. Mercado J. Nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad. Revista Estomatológica del Altiplano. 27-34p
11. Armfield JM. How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? Oral Health Prev Dent 2010;8(2):107-15.

12. E. Bajrić, S. Kobašlija, A. Huseinbegović, N. Marković, M. Selimović-Dragaš, A. Arslanagić Muratbegović. Factors that Determine Child Behavior during Dental Treatment. *Balk J Dent Med*, 2016; 20(2):69-77
13. Blinkhorn AS. Chapter 2: Introduction to the dental surgery. In: Welbury R, Duggal MS, Hosey MT, editors. *Paediatric dentistry*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2006. pp. 30-32.
14. Al-Namankany A, De Souza M, Ashley P. Evidence based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br Dent J* 2012;212 (5):219-22.
15. Escalona G. Figueroa M. Influencia de la musicoterapia como método de relajación sobre el miedo a la consulta odontológica [Tesis]. Carabobo, Venezuela: Universidad de Carabobo; 2013. 85 p.
16. Klingberg G, Berggren U, Norén JG. Dental fear in an urban Swedish child population: Prevalence and concomitant factors. *Community Dent Health* 1994; 11:208-14.
17. Alaki S, Alotaibi A, Almagbadi E, Alanquri E. Dental anxiety in middle school children and their caregivers: Prevalence and severity. *Journal of Dentistry and Oral Hygiene* 2012; 4:6-11.
18. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review, *J Dent Anesth Pain Med* 2015;15(2):53-61
19. Escobar F. *Odontología Pediátrica*. Segunda ed. Venezuela: Editorial Amolca; 2004. 533p
20. Folayan MO, Idehen EE, Ojo OO. The modulating effect of culture on the expression of dental anxiety in children: A literature review. *Int J Paediatr Dent* 2004; 14:241-5.
21. Arrrup K, Broberg AG, Berggren U, Bodin L. Lack of cooperation in pediatric dentistry: The role of child personality characteristics. *Pediatr Dent* 2002;24: 119-28.

22. Hernández GG. "Ansiedad y trastornos de ansiedad" [monografía en Internet]. Chile: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Facultad de Medicina, U de Chile; 2005 [acceso 19 de agosto del 2006]. Disponible en: <http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/medicina/Ansiedad%20y%20trastornos%20.pdf>
23. Echeverría S. Rojas S. Revista Sociedad Chilena de Odontopediatría. 2015; Vol. 30(1) pp.38
24. Reichard A, Turnbull HR, Turnbull AP. Perspectives of dentists, families, and case managers on dental care for individuals with development disabilities in Kansas. Ment Retard 2001; 39:268-285.
25. Andrade M. Barbosa P. Manual de referencia para procedimientos clínicos en Odontopediatría. 2da. Edición en español. Brasil: Livraria Santos Editora;2017. 335p.
26. Oliveira MMT, Colares V. A relação entre ansiedade odontológica e a dor de dente em crianças com idade entre 18 e 59 meses: estudo em Recife, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública 2009;25 (4):743-50.
27. Lee CY, Chang YY, Huang ST. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. Int J Paediatr Dent 2008;18(6):415-22.
28. Boman UW, Lundgren J, Elfström ML, Berggren U. Common use of a Fear Survey Schedule for assessment of dental fear among children and adults. Int J PaediatrDent 2008;18(1):70-6.
29. Versloot J, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J. Children's selfreported pain at the dentist. Pain, 2008; 137(2):389-94.
30. Cohen, S.; Fiske, J.; Newton, T. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. Research Behavioural Dentistry. 189 (7): 385-390.
31. Ramos-Jorge ML, Paiva SM. Comportamento infantil no ambiente odontológico: aspectos psicológicos e sociais. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6(29):70-74.

32. Bottan ER, Oglio JD, Araujo SM. Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes do ensino fundamental. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2007; 7(3):241-6.
33. Drugowick RM. Avaliação das variáveis relacionadas ao comportamento de pacientes odontopediátricos. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
34. Hmud R, Walsh LJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *Revista De Mínima Intervención En Odontología*. 2 (1); 237-248.
35. Convención sobre los Derechos del Niño, parte 1, artículo 1; Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.
36. Klinberg G. Dental anxiety And behaviour management problems in paediatric dentistry--a review of background factors and diagnostics. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9:11-5.
37. The WHO World Health Organiza'on Mental Health Consor'um. Prevalence, severity, and unmet need for treatment for mental disorders in the World Health Organiza'on World Mental Health Surveys. *JAMA* 2005; 291:2581-90
38. Ríos M, Herrera A, Rojas G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Avances en Odontoestomatología*. 2014; 30(1): p. 39-46. Disponible online: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n1/original4.pdf>
39. Soto RM, Reyes DD. Manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. 2005. <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/manejoemocionesconsultaodontologica.asp>.
40. Maniglia-Ferreira C et al. Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. *RBPS* 2004; 17 (2): 51-55.
41. Craske MG, Barlow DH. "Clinical handbook of psychological disorders". 2ª ed. Nueva Cork: D.H. Barlow: Guilford. 1993. p. 25-8.

42. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent* 2007; 17:391-406.
43. Gustafsson A, Broberg A, Bodin L, Berggren U, Arnrup K. Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int J Paediatr Dent* 2010; 20:242-53.
44. Doerr, P.; Lang, P.; Nyquist, I.; Ronis, D. (1998). Factors associated with dental anxiety. *The Journal of the American Dental Association*. 129 (8): 1111-1119.
45. Folayan MO, Idehen EE, Ojo OO. Dental anxiety in a subpopulation of African children: parents ability to predict and its relation to general anxiety and behaviour in the dental chair. *Eur J Paediatr Dent* 2004; 5:19-23.
46. Sánchez F, Toledano M, Osorio R. Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de la ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento. *Avances en Odontoestomatología*. 2004; 20: 199-206. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000400005
47. Guinot F, Mayné R, Barbero V, Sáez S, Martínez P, Bellet L. Manejo de la conducta mediante medios audiovisuales. *Odont Pediatr* 2004; 12 (2): 88-92.
48. Boj JR, Espasa E, Cortés O. Control de la conducta en el paciente odontopediátrico. En: Boj JR, Catalá M, García C, Mendoza A, editores. *Odontopediatría*. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 307-17.
49. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatr Dent* 2004; 26 (2): 111-3.
50. Freeman R. A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *Int J Paediatr Dent*. 2007 Noviembre; 17(6): p. 407-418.

51. Marquez R, J. Navarro, M. Cruz, D. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista? Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. RCOE v.9 n.2 Madrid mar.-abr. 2004. Disponible online: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n2/original3.pdf>
52. Cohen SM, Fiske J, Newton JT. The impact of dental anxiety on daily living. Br Dent J 2000; 189: 385-90.
53. Boj J, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. 1ra Ed. Barcelona - España: Editorial MASSON; 2005.
54. Guinot F. Efecto de la utilización de diferentes dispositivos audiovisuales durante la realización del tratamiento odontológico en el paciente infantil [Tesis]. Barcelona, España: Universitat Internacional de Catalunya; 2014. 167p.
55. Cuthbert M I, Melamed B G. A screening device: Children at risk for dental fears and management problems. J Dent Child 1982; 49: 432-436.
56. Alshammasi H. Buchanan H. Ashley P. Dentists' use of validated child dental anxiety measures in clinical practice: a mixed methods study. International Journal of Paediatric Dentistry. 2018; 28:62–70
57. Buchanan H, Niven N. Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety. Int J Paediatr Dent. 2002; 12: 47–52
58. Kilinc G. Akay A. Eden E. Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. Braz. Oral Res. 2016;30(1): e72
59. Kuşcu OO, Akyüz S. Children's preferences concerning the physical appearance of dental injectors. J Dent Child (Chic). 2006;73(2):116-21.
60. Raducanu AM, Feraru V, Herteliu C, Angheliescu R. Assessment of the prevalence of dental fear and its causes among children and adolescents attending a department of pediatric dentistry in bucharest. OHDMBSC 2009; VIII: 42–49.

61. Motta LJ, Bussadori SK, Campanelli AP et al. Pain during removal of carious lesions in children: a randomized controlled clinical trial. *Int J Dent* 2013; 2013: 896381, doi: 10.1155/2013/896381
62. Buchanan H, Niven N. Further evidence for the validity of the Facial Image Scale. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13: 368–369.
63. Broberg A. G. y Klingberg G. Desarrollo psicológico del niño y del adolescente en el mundo actual. En: *Odontopediatría; abordaje clínico*. Koch, Goran y Poulsen Sven, Editores. Trad Francia Pérez Guillen. Segunda edición. Venezuela: Amolca (2011) pp. 17-42
64. Boj Quesada, J R.; Espasa Suarez, E y Xalabarde Guardia, A. Desarrollo psicológico del niño. En: *Odontopediatría*. Juan Ramón Boj quesada et al. Barcelona: Masson. (2005) pp.115-136
65. Taani DQ, El-Qaderi SS, Abu Alhaija ES. Dental anxiety in children and its relationship to dental caries and gingival condition. *Int J Dent Hyg* 2005;3:8-87
66. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral healthrelated quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(1):67-72.
67. Rivera Zelaya I, Fernández Parra A. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Rev. Latinoam. Psicol.* 2002; 37(3): 461-5.
68. Clínica Euroden dental. Miedo al dentista [en Internet]. [citado 6 enero 2005]. [aprox. 2p.]. Disponible en:
<http://www.clinicaeuroden.com/miedo-dentista.htm>
69. Cirilo J. Díaz A. Córdova E. Marín Y. Díaz A. Nivel de ansiedad a los factores ambientales en dos servicios odontológicos públicos: hospitalario y universitario. *Revista Odontología Sanmarquina* 2012; 15(1): 1-4.
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/2815/2406>
70. Adair SM. Behavior management conference panel I report—rationale for behavior management techniques in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2004 Mar-Apr;26(2):167-170.

71. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on behavior management. *Pediatr Dent* 2006; 28 (Supl.): 97-105.
72. Farhat-McHayleh N, Harfouche A, Souaid P. Techniques for managing behaviour in pediatric dentistry: comparative study of live modelling and tell-show-do based on children's heart rates during treatment. *J Can Dent Assoc* 2009; May 75(4): 283. *Cochrane Database Sys Rev*: CN00703173
73. Fox C, Newton JT. A controlled trial of the impact of exposure to positive images of dentistry on anticipatory dental fear in children. *Community dent oral epidemiol* 2006; 34 (6): 455-9. *Cochrane Database Sys Rev*: CN00573524.
74. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance of the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent* 2010; 32(6): 147-162.
75. Wright GZ, Stigers JI. Non-pharmacologic management of children's behaviors. In: Dean JA, Avery DR, McDonald RE, editors. *Dentistry for the Child and Adolescence*. 9th ed. St. Louis:CV Mosby Co.; 2011. p. 30.
76. Townsend JA. Behaviour guidance of the paediatric dental patient. In: Casa Massimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak AJ, editors. *Paediatric Dentistry-Infancy through Adolescence*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013. p. 358.
77. Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW Jr, Beck M. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2005 Mar-Apr;27(2):107-113.
78. Osorio H, Angie G. Niveles de ansiedad y respuesta fisiológica en el niño de 5 a 10 años de edad ante los procedimientos odontopediátricos. [Tesis]. Carabobo, Venezuela: Universidad de Carabobo; 2014. 111p.
79. Abanto JA, Rezende KMPC, Bönecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Revista Estomatológica Herediana*. 2010; 20(2):101-106.
80. Correa, M.S. et al. (2009). *Odontopediatría en la primera infancia*. Trad. Jenny H. Abanto Álvarez. Sao Paulo, Brasil: Livraria Santos. pp125-147.

81. Nahás, M., & Sanglard, L. (2011). Psicología y Manejo del Comportamiento Infantil. En C. Guedes-Pinto, M. Bönecker, & C. R. Martins, Odontopediatría (pág. 44). Sau Paulo: Santos.
82. Darío Cárdenas Jaramillo. (2003) Odontología Pediátrica 3ra edición. Corporación para la investigación biológica. Medellín-Colombia.
83. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. 2015;37(6):180-93.
84. Azanza S. Eficacia de dos diferentes técnicas de acondicionamiento para la atención infantil, en escolares de 6 a 10 años en las clínicas de la Escuela Odilo Aguilar (tesis). Pichincha, Ecuador: Universidad de las Américas; 2015. 95p. Disponible en:
<https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2017/2/art-4/>
85. Carrillo A. Martínez A. Manejo de conducta en odontología pediátrica. Revista Dentista y Paciente. 2018 abril; n°115 págs. 30-37 Disponible en:
<https://dentistaypaciente.com/investigacion-clinica-115.html>
86. Señorino O. Bonino S. Institución Educativa: Las definiciones de la indefinición. OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653) 2013; 1-17 Disponible online:
<https://rieoei.org/historico/deloslectores/332Senoriino.pdf>
87. Crespillo E. La escuela como Institución Educativa. Revista Pedagogía Magna. 2010; n°5 págs. 257-261. Disponible online:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3391527>
88. Espinoza P. Ansiedad dental en niños de 6 años beneficiarios del Programa de Salud Oral integral en la Región Metropolitana [Tesis]. Santiago, Chile: Universidad de Chile. Facultad de Odontología. 2013.
89. Arslan S, Erta E, U" Iker M. The relationship between dental fear and sociodemographic variables. Erciyes Med J 2011; 33: 295-300.

90. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Dental fear and adult oral health in Australia. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(3):220-30. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2009.00468.x>
91. Crofts-Barnes NP, Brough E, Wilson KE, Beddis AJ, Girdler NM. Anxiety and quality of life in phobic dental patients. *J Dent Res.* 2010;89(3):302-6. <https://doi.org/10.1177/0022034509360189>
92. Gisler V, Bassetti R, Mericske-Stern R, Bayer S, Enkling N. A cross-sectional analysis of the prevalence of dental anxiety and its relation to the oral health-related quality of life in patients with dental treatment needs at a university clinic in Switzerland. *Gerodontology.* 2012;29(2): e290-6. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00465.x>
93. Zanetti G, Punhangui M, Frossard W, Oda N. Conduta Clínica frente aos diferentes tipos de comportamento infantil. *UNOPAR Cient, Ciênc Biol Saúde* 2001 out; 3(1):69-75.
94. Bourne, E. J. *The anxiety and phobia workbook* (4th Ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2006. 4–29

ANEXOS

Anexo N°1.- Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a, ita):

Soy el Bach. **Fernando Emanuel Carrasco Arbieto**, de la Universidad Inca Garcilaso De la Vega, responsable del trabajo de investigación titulado: “Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa en el año 2018.

La presente es para invitar a su menor hijo(a) a participar en el estudio, el cual tiene como objetivo determinar la influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa”. Para poder participar del estudio, su menor hijo(a) tendrá que llenar un breve cuestionario de manera anónima, el cual le demandará un tiempo promedio de 01 minuto.

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

La participación de su menor hijo(a) es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que este afecte de alguna manera. Por participar del estudio su niño(a)., no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse al siguiente teléfono **984218707**.

Yo, _____ dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado “Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa en el año 2018”.

Realizado por el Bach. _____

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

Sé que la participación de mi menor hijo(a) es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento se puede retirar del estudio.

Por lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

Fecha

Firma del Apoderado(a)

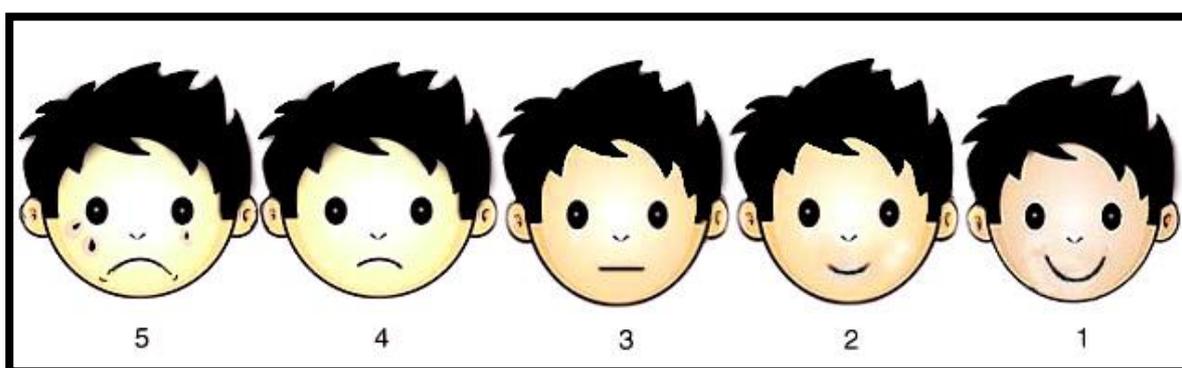
Anexo N°2.- Instrumento de Recolección de Datos

EVALUACIÓN DE ANSIEDAD DEL NIÑO

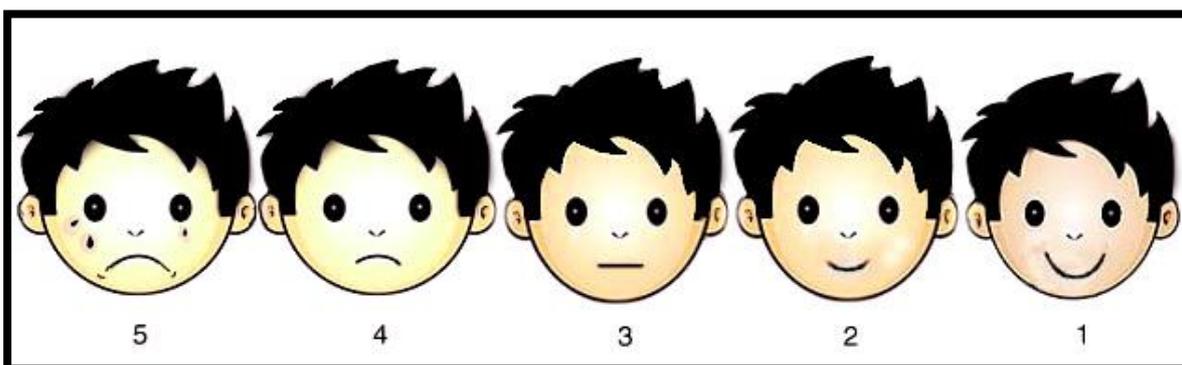
ESCALA DE IMAGEN FACIAL (Facial Image Scale)

Instrucciones: Voy a mostrarte una imagen con una serie de caritas, que van desde “Mucha Felicidad porque no sientes temor, a Mucha Tristeza, porque sientes algún temor o mucho”. Una vez entendido su significado, puedes elegir la cara que mejor describe cómo te sientes en este momento.

ANTES DEL TRATAMIENTO



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO



1 = MUY FELIZ

2 = FELIZ

3 = NORMAL

4 = TRISTE

5 = MUY TRISTE

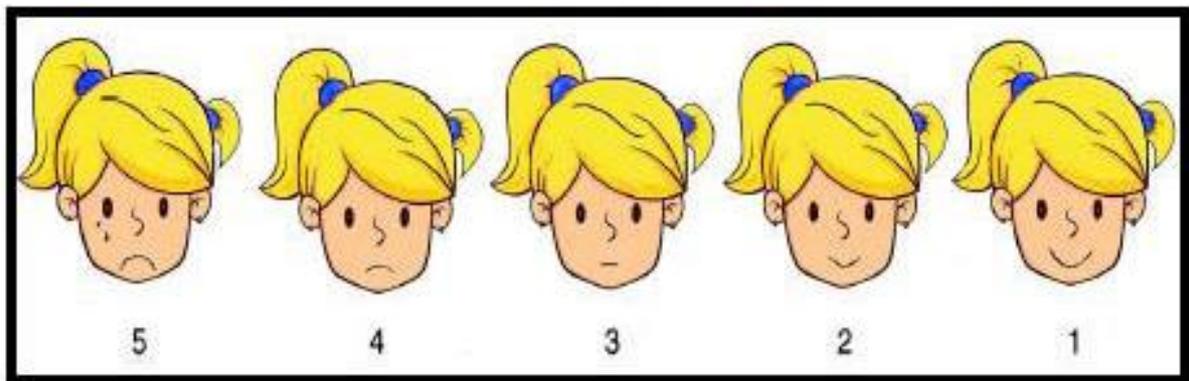
Anexo N°3.- Instrumento de Recolección de Datos

EVALUACIÓN DE ANSIEDAD DEL NIÑO

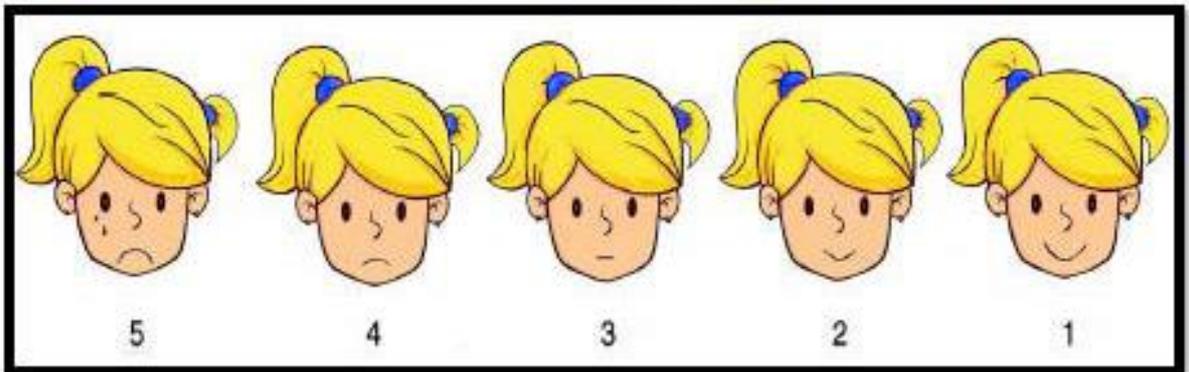
ESCALA DE IMAGEN FACIAL (Facial Image Scale)

Instrucciones: Voy a mostrarte una imagen con una serie de caritas, que van desde “Mucha Felicidad porque no sientes temor, a Mucha Tristeza, porque sientes algún temor o mucho”. Una vez entendido su significado, puedes elegir la cara que mejor describe cómo te sientes en este momento.

ANTES DEL TRATAMIENTO



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO



- 1 = MUY FELIZ
- 2 = FELIZ
- 3 = NORMAL
- 4 = TRISTE
- 5 = MUY TRISTE

Anexo N°4.- Matriz de Consistencia Interna

TÍTULO: Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa en el año 2018.					
AUTOR: CARRASCO ARBIETO, FERNANDO EMMANUEL					
PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADOR	VALOR	POBLACIÓN
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa en el año 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la Influencia de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer como método para disminuir el nivel de ansiedad en niños de una Institución Educativa en el año 2018</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Nivel de ansiedad</p>	<p>Facial Image Scale (FIS)</p>	<p>1= Muy Feliz</p> <p>2= Feliz</p> <p>3= Normal</p> <p>4= Triste</p> <p>5= Muy Triste</p>	<p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Experimental-Cuasiexperimental</p> <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Transversal Prospectivo</p> <p>ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Cualitativo</p> <p>POBLACIÓN</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Existen diferencias significativas al comparar el nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento odontológico en niños de una Institución Educativa?</p> <p>¿Existen diferencias significativas al comparar el nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento odontológico en niños de una Institución Educativa?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Comparar el nivel de ansiedad del grupo control antes y después del tratamiento odontológico en niños de una Institución Educativa</p> <p>Comparar el nivel de ansiedad del grupo experimental antes y después del tratamiento odontológico en niños de una Institución Educativa.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Técnica Decir-Mostrar-Hacer</p>	<p>Aplicación de la Técnica Decir-Mostrar-Hacer</p>	<p>Con Aplicación de Técnica</p> <p>Sin Aplicación de Técnica</p>	<p>La población de la presente investigación estuvo conformada por los niños matriculados que asisten a la Institución Educativa N°3094 “Ramiro Prialé”, en el año 2018, siendo un total de 742 niños.</p> <p>La muestra de la presente investigación fue seleccionada en forma no aleatoria por conveniencia, estará conformada por niños de 6 a 8 años de edad que asisten a la Institución Educativa N°3094 “Ramiro Prialé”, en el año 2018 y estuvo constituida por 120 niños.</p>

ANEXO N°5.- Validación del Instrumento de Investigación

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (Juicio de Expertos) Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Solomayer Uboldott, Peggy (Mg.)
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente de la Fac. Estom. U16V.
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: FIS (Facial Image Scale)
 1.4 Autor del instrumento: Bachiller Carrasco Arbieto. Fernando Emmanuel.

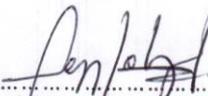
II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente 01 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. Organización	Presentación ordenada					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos					X
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					X
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: Pueblo Libre, 13 Agosto 2018



 Firma del experto Informante
Magister en Estomatología
 DNI. No. 1082121 Teléfono: 9157618446

ANEXO N°6.- Validación del Instrumento de Investigación

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (Juicio de Expertos) Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Huamán Torres Farita
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente U16V
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: FIS (Factual Image Scale)
 1.4 Autor del instrumento: Bachiller Carlos Arbujo
Fernando Emmanuel

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. Organización	Presentación ordenada					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos					X
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					X
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una X

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: Pueblo Libre 13 Agosto 2018

Fuente: [Firma]

Firma del experto Informante

DNI. No. 40933154 Teléfono: 992244892

ANEXO N°7.- Validación de Instrumento de Investigación

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (Juicio de Expertos) Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: CABALLERO CORNEJO HUGO
 1.2 Cargo e institución donde labora: ODONTÓLOGO FORENSE - UNMSM. U I G U
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Escala de Imagen Facial
 1.4 Autor del instrumento: Rodrigo Carrasco Ariosto
Fernando Emmanuel.

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					✓
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✗
4. Organización	Presentación ordenada					✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos					✓
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					✓
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					✓
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					✓
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					✓
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					✗

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
✓		

Lugar y fecha: Lima, 14 de Agosto de 2018

Fernando Emmanuel

 Firma del experto Informante

DOCTOR EN EDUCACION
 DNI. No. 09457351 Teléfono: 999605700

ANEXO N°8.- Imágenes - fotos

Evaluación nivel de ansiedad antes del tratamiento



Aplicación de Técnica Decir-Mostrar-Hacer



Tratamiento Odontológico - Profilaxis



Evaluación del nivel de ansiedad después del tratamiento

