



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA
PREVENTIVA Y SOCIAL

**NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN
A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL MÓDULO
“JUAN RUIZ FAJARDO”**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

www.bdigital.ula.ve

Autores: Martínez Fernández Cindy Marlyd

Quijada Vielma María José

Tutor: Dr. Coronado Cisneros Jesús Alberto

Mérida – Venezuela

DEDICATORIA

A mis padres, cuya presencia ha sido más que compañía: ha sido impulso, sostén y convicción. A mi madre, especialmente, por no permitir que la duda se convirtiera en renuncia, sostuviste firme el sueño que aún yo no sabía cómo sostener. ¡lo logramos má!

A mi tía Maru, mi segunda madre, por estar siempre pendiente como en aquellos días de infancia. Tu incondicionalidad ha sido faro en cada momento importante, y este logro también lleva tu nombre.

A mis hermanos, Tonny y Paola quienes han sabido estar cerca aun en la distancia, con palabras que sostienen, animan y abrazan. Su presencia emocional ha sido prueba de que el cariño verdadero no conoce fronteras.

A mis sobrinos: Sofía, Aarón e Ivanna. Que este trabajo les inspire a creer en sus sueños, a perseverar y a construir con sensibilidad y ética aquello que deseen alcanzar.

A Wendy, por esa motivación constante. Este logro también te pertenece, porque en él vive tu fe, tu energía y tu presencia diaria.

A María José Quijada, mi compañera de tesis, gracias por caminar a mi lado con compromiso, empatía y constancia. Tu apoyo y dedicación hicieron de este proceso una experiencia compartida y enriquecedora. ¡Lo logramos!

A mis demás familiares y amigos, gracias por ser parte de este recorrido.

Cada línea de esta tesis lleva el eco de voces, abrazos y silencios que me han acompañado. A todos, gracias.

Cindy Martínez Fernández

DEDICATORIA

A mis hijas Camila y Valeria, mi mayor inspiración y motivo de lucha. Este logro es tan suyo como mío, porque cada sacrificio, cada noche en vela, lo hice pensando en darles un ejemplo de superación, pasión y amor incondicional por lo que hacen.

A mi mamá, mi roca y guía incansable, por su amor infinito, sus palabras de aliento y su fe en mí cuando pensé que no podía más. Su cariño ha sido el sostén que me ha impulsado a seguir adelante.

A mis hermanos Angélica, Andrés y Daniela, gracias por estar siempre a mi lado, por su apoyo constante, su comprensión y por ser un pilar fundamental en mi vida.

A mi tío Juan Carlos Vielma, cuyo ejemplo de dedicación como odontólogo ha sido una fuente constante de inspiración y motivación para mí. Su fuerza y valores como profesional de esta hermosa carrera han marcado mi camino.

A mis demás familiares, que con su cariño, apoyo y comprensión han hecho posible este sueño. Gracias por estar presentes en cada etapa de este proceso.

A mi amiga Cindy, compañera de risas, consejos y respaldo incondicional, gracias por ser esa voz amiga que me sostuvo en momentos de duda y fatiga.

Y a mi hermana de la vida, Mariola, por su amistad sincera, su amor fraternal y su apoyo sin condiciones. Su presencia ha sido un regalo invaluable en este trayecto desde el día en que decidí regresar y abrazar mi sueño de ser odontólogo, sueño que también compartimos.

María José Quijada Vielma

AGRADECIMIENTOS

A Dios, fuente inagotable de fuerza, sabiduría y esperanza, quien nos ha acompañado en cada paso de este camino, iluminando nuestros días y dándonos la paciencia para superar cada desafío.

A la Universidad de Los Andes y a nuestros profesores, gracias por formar nuestro camino profesional con conocimientos, ética y sensibilidad humana. Este espacio fue clave para crecer con compromiso hacia el bienestar integral del paciente. Gracias por ser el hogar de conocimiento que nos brindó las herramientas necesarias para alcanzar mis sueños y superar cada obstáculo durante este arduo camino.

A nuestro querido profesor Jesús Alberto Coronado Cisneros, por su guía generosa, su paciencia y su compromiso constante durante todo el proceso de esta tesis. Su acompañamiento fue clave para transformar nuestras ideas en un trabajo riguroso y significativo. Gracias por creer en nosotros, por sus valiosas observaciones y por impulsarnos a superar cada desafío con confianza y disciplina. Este logro también es suyo.

A nuestros jurados, por su disposición, compromiso y mirada crítica que enriquecieron profundamente este trabajo. Gracias por dedicar tiempo a revisar, orientar y aportar con rigor académico a cada etapa del proceso. Su participación no solo fortaleció el contenido de esta tesis, sino también nuestra formación profesional.

A todos los niños que asistieron al módulo Juan Ruiz Fajardo, por su entusiasmo, curiosidad y alegría. Ustedes fueron el corazón de esta experiencia, y su participación le dio sentido y propósito a cada actividad.

A todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron para alcanzar este sueño.

A todos, nuestro más sincero agradecimiento

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.1 Definición y contextualización del problema	7
1.2 Objetivos de la investigación	10
1.2.1 Objetivo general	10
1.2.2 Objetivos específicos	11
1.3 Justificación	11
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes	14
Estudios en América:	14
Estudios en Europa:	21
Estudios en África	23
Estudios en Asia	24
2.2 Bases Conceptuales	27
2.2.1 Ansiedad	27
Origen de la ansiedad	27
b) Niveles de ansiedad	29
2.2.1.2 Ansiedad dental	30
2.2.1.3 Causas de la ansiedad dental	32
2.2.1.4 Rasgos de pacientes ansiosos que evitan ir al odontólogo	32
2.2.1.5 Factores que producen ansiedad dental	33
2.2.2 Técnicas de manejo de conducta en Odontopediatría	34
2.2.3 Ansiedad-estado	35
2.2.3.4 Ansiedad- Rasgo	35
CAPÍTULO III	37

MARCO METODOLÓGICO	37
3.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación	37
3.2 Población y Muestra	38
3.3 Criterios de exclusión	38
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	39
3.5 Materiales utilizados	40
3.6 Procedimiento	40
3.7 Principios Bioéticos	40
3.8 Plan de análisis de resultados	41
CAPÍTULO IV	44
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	44
CAPÍTULO V	51
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	51
CAPÍTULO VI	54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	63
ANEXO 1	64
ANEXO 2	67



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA
PREVENTIVA Y SOCIAL

NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL MÓDULO “JUAN RUIZ FAJARDO”

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autores: Martínez Fernández Cindy Marlyd

Quijada Vielma María José

Tutor: Dr. Coronado Cisneros Jesús Alberto

RESUMEN

La ansiedad dental representa un factor relevante en la conducta infantil durante la atención odontológica, interfiriendo en la forma en que los niños enfrentan los procedimientos clínicos. Sin embargo, la literatura científica aún presenta vacíos respecto a los factores que la desencadenan en contextos institucionales. Este estudio tiene como objetivo determinar los niveles de ansiedad en una muestra de 50 participantes, conformada por niños y niñas entre 8 y 12 años, quienes asistieron al módulo “Juan Ruiz Fajardo” de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes. Para ello, se aplicó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC), instrumento psicométrico validado que permite evaluar tanto la ansiedad transitoria como la predisposición estable del paciente infantil a estados ansiosos. Los resultados obtenidos permitirán formular recomendaciones orientadas a mejorar la experiencia odontológica infantil, promoviendo estrategias que reduzcan la ansiedad y fortalezcan el vínculo terapéutico.

Palabras claves: Ansiedad dental, Ansiedad estado rasgo, evaluación emocional odontopediatría, consulta odontológica.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad dental y la tendencia a evitar la consulta odontológica son factores que afectan de manera significativa la salud oral tanto en niños como en adultos. En numerosos casos, los niveles elevados de ansiedad interfieren en la atención clínica y dificultan el establecimiento de un plan de tratamiento adecuado. Por ello, es fundamental que los odontólogos cuenten con herramientas que les permitan identificar, desde el primer encuentro, indicadores emocionales relevantes para abordar al paciente con los métodos más apropiados, favoreciendo así una relación empática y efectiva entre profesional y paciente.

Las emociones son inherentes al ser humano, y las primeras experiencias especialmente aquellas vinculadas al entorno clínico tienden a generar paradigmas que pueden intensificar respuestas fisiológicas como el rubor facial, el incremento de la presión arterial, la aceleración del ritmo cardíaco y la transpiración excesiva. Estos estímulos pueden tornar la experiencia odontológica poco amigable para el niño. Pese a la relevancia del tema, son escasos los estudios realizados en Latinoamérica, y particularmente en Venezuela, que aborden los factores desencadenantes de la ansiedad infantil en contextos odontológicos. Por tal razón, esta investigación se propuso estudiar los niveles de ansiedad en niños que asisten a la consulta odontológica en el módulo “Juan Ruiz Fajardo” de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes, ubicado en el Municipio Libertador del estado Mérida, Venezuela

Esta investigación es de tipo descriptiva, de diseño no experimental, basada en un enfoque cuantitativo. La muestra está constituida por un grupo de 50 niños entre 8 y 12 años de edad que acuden a la consulta odontológica, en los meses de abril-julio 2025, para la recolección de datos, se empleó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (State-Trait Anxiety Inventory for Children – STAIC), instrumento que permite evaluar tanto la ansiedad transitoria como la predisposición estable a estados ansiosos en población pediátrica.

El presente trabajo de grado está estructurado en cinco capítulos que desarrollan de manera progresiva los elementos esenciales de la investigación. El Capítulo I aborda el planteamiento del problema, incluyendo su definición, el objetivo general y los objetivos específicos, así como la justificación y la relevancia del estudio. El Capítulo II desarrolla el marco teórico, conformado por los antecedentes, las definiciones conceptuales y los fundamentos teóricos que sustentan la investigación. El Capítulo III corresponde al marco metodológico, en el cual se detallan el tipo y diseño de investigación, la población y muestra seleccionada, los criterios de exclusión, las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos, el procedimiento aplicado, las consideraciones bioéticas y el análisis estadístico previsto. El Capítulo IV presenta los resultados obtenidos, mientras que el Capítulo V expone la discusión correspondiente, en función del análisis y la interpretación de dichos resultados. El Capítulo VI, contiene las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio, con base en los hallazgos alcanzados. Finalmente se listan las referencias bibliográficas y anexos.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Definición y contextualización del problema

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se define como ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades, es difícil para el individuo controlar la preocupación, y se pueden presentar uno o más síntomas de los siguientes: inquietud, sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular. En adultos por lo general se requieren tres o más síntomas, en los niños, solamente se requiere un ítem.¹ Es por este motivo, que, durante la práctica profesional, el odontólogo debe enfrentar las dificultades que implican el manejo de la ansiedad que muchos pacientes experimentan antes o durante un tratamiento odontológico. Los niveles de ansiedad en la población varían excesivamente, hasta llegar a niveles de descontrol que dificultan la atención del paciente. Por lo tanto, se considera importante determinar el nivel de ansiedad que presenta el paciente para manejarlo de una manera adecuada y de acuerdo a sus necesidades.²

El paciente cuando acude a la consulta llega con sentimientos de ansiedad y es responsabilidad del odontólogo intervenir para disminuir ese estado ansioso, para conseguirlo es fundamental el contacto interpersonal para que se desarrolle una buena relación odontólogo-paciente. Lo primero que debe hacer el odontólogo es considerar la condición psicológica del paciente, y es en la primera consulta donde se despliegan los sentimientos del paciente con respecto al tratamiento odontológico y al odontólogo, siendo esta oportunidad para que éste intervenga y promueva un

ambiente psicológico de seguridad, que permita aliviar temores y ansiedades propias a la situación de atención dental.³

La ansiedad es un sentimiento humano normal que todos experimentamos cuando nos enfrentamos con situaciones que consideramos difíciles o que suponen una amenaza. La ansiedad frente a la atención dental infantil y un mal comportamiento durante la atención odontológica pueden ser un obstáculo en el tratamiento dental, y afectar la salud oral. La ansiedad dental es un constructo multidimensional que no tiene una causa definida. Se han propuesto distintos mecanismos por los cuales se desarrolla, por ejemplo, una transmisión desde los padres al hijo.⁴

La ansiedad dental en niños ha sido reconocida como un problema en el manejo del paciente durante muchos años en donde los efectos de la ansiedad pueden persistir hasta la edad adulta y que en las muchas ocasiones prefieren evitar la cita odontológica empeorando su salud bucal.² En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse.¹

La clave para resultados exitosos (es decir, cumplimiento, alivio de ansiedad, finalización de una atención de calidad, desarrollo de una relación de confianza) es una evaluación adecuada del niño y la familia para prepararlos a participar activamente de manera positiva en el cuidado de la salud oral del niño. La odontología ha tenido alguna dificultad para identificar los estímulos que conducen a la mala conducta en el consultorio dental, aunque se han relacionado varias variables en los antecedentes de los niños.⁵

Hay factores controlables como el ambiente de trabajo y la actitud del personal odontológico que tienen efecto en el desarrollo de la ansiedad dental y que son determinantes para prevenir su aparición o manejarla antes, durante y después de la consulta. Se observó que existen factores no controlables, ampliamente investigados, como las experiencias negativas previas y la ansiedad de la familia. Existe una gran

diversidad de factores que no se encuentran ampliamente investigados y que presentan efecto sobre la ansiedad dental, como la historia dental de los padres, la composición familiar, el nivel socioeconómico, el tiempo de espera y momento del tratamiento.⁶

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de tener los conocimientos adecuados para el tratamiento de la ansiedad y miedo para asegurar una mejor calidad de vida del paciente en primera instancia en la consulta y también asegurar evitar problemas futuros.⁷ El odontólogo debe entender que la manipulación del instrumental de trabajo es una situación conocida para ellos, pero el paciente no está preparado para que le exploren la boca con los instrumentos de trabajo como si lo hicieran durante un momento cotidiano. Es por esta razón, que si los pacientes durante el procedimiento están satisfechos adoptarán una actitud positiva respecto al instrumental de trabajo, aunque para ellos puede ser invasivo, mientras que si no se encuentran satisfechos adoptarán actitudes negativas y dificultarían el proceso que se realiza durante toda su vida⁸.

En las evaluaciones previas al tratamiento los niños reportan tener más ansiedad antes de entrar al consultorio, donde además de ello aquellos niños cuyas edades entre 5 y 7 años mostraron resultados significativos de tener más ansiedad que los de 8 y 9 años², la interacción con el instrumental de trabajo: que se determina como la manipulación de los diferentes tipos de instrumental durante el tratamiento odontológico y el entorno odontológico, ante este tipo de amenaza, es normal que una persona pueda percibir los sucesos como extremadamente o moderadamente traumáticos, dependiendo del grado de traumatismo será la reacción psicológica. La interacción con el instrumental percibida por el paciente, es la posibilidad de recibir algún tipo de daño durante el procedimiento, aumentando el nivel de preocupación y desespero por parte del paciente el cual puede entorpecer el desarrollo de la consulta. Los estímulos que más desencadenan ansiedad son ver y sentir la aguja de la anestesia, las fresas, y el ruido de la turbina⁹, aunque es posible que estas situaciones se presenten durante el trabajo odontológico se hace necesario planificar la manera en

la cual se informará al paciente lo que va a suceder, de tal forma que la persona expuesta a ese tipo de traumatismo o dolor tenga plazo de prepararse para afrontarlo⁸. Además, se sugiere la necesidad de establecer estrategias de promoción de salud oral y prevención de enfermedades bucodentales, como vía para reducir la presencia de factores que producen miedo y temor al odontólogo¹⁰.

En el estado Mérida, Venezuela, no se han desarrollado investigaciones previas que profundicen en los factores específicos que generan ansiedad en los niños al asistir a la consulta odontológica. Esta ausencia de estudios locales evidencia la necesidad de abordar el problema desde una perspectiva científica y contextualizada. En consecuencia, surge la presente investigación, cuyo propósito es determinar los niveles de ansiedad que manifiestan los niños durante la atención odontológica en el módulo “Juan Ruiz Fajardo”. A partir de esta inquietud, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los niveles de ansiedad que presentan los niños cuando asisten a la consulta odontológica?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

- Determinar los niveles de ansiedad en niños de 8 a 12 años que asisten a la consulta odontológica en el módulo “Juan Ruiz Fajardo” del estado Mérida.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los niveles de ansiedad-estado que presentan los niños antes de recibir atención odontológica, como reacción emocional transitoria al contexto clínico.
- Identificar los niveles de ansiedad-rasgo que presentan los niños antes de recibir atención odontológica, como reacción emocional permanente al contexto clínico.
- Comparar los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo según variables como edad, sexo, frecuencia de asistencia odontológica o experiencia previa, para detectar posibles patrones emocionales asociados.

1.3 Justificación

Este trabajo se justifica por las siguientes razones:

- Aunque existen diversos estudios que han explorado los diferentes factores que desencadenan ansiedad en contextos odontológicos^{2,8-10}, no se han reportado investigaciones centradas específicamente en los niveles de ansiedad que presentan los niños durante la consulta en el módulo “Juan Ruiz Fajardo”, ubicado en el estado Mérida, Venezuela. Esta ausencia evidencia una oportunidad valiosa para abrir una línea de investigación local que contribuya directamente al bienestar del paciente pediátrico. El conocimiento detallado de las respuestas emocionales de los niños, tanto antes como durante la consulta odontológica, permitirá a los profesionales y estudiantes de odontología desarrollar estrategias más efectivas para el manejo de la conducta infantil. De este modo, podrán aplicar técnicas ajustadas al perfil emocional y social de cada paciente, favoreciendo una atención más empática, personalizada y humanizada desde el primer momento en el consultorio.

- Los profesionales de la salud tienen el compromiso ético y técnico de contar con conocimientos adecuados para el abordaje del miedo y la ansiedad en el entorno clínico, dado que ello impacta directamente en la calidad de vida del paciente y en el éxito terapéutico a corto y largo plazo. La información generada por esta investigación ofrece un aporte significativo para la práctica odontológica pediátrica, al permitir una atención más precisa hacia niños que presentan manifestaciones ansiosas. Esto resulta particularmente importante, ya que en numerosos casos el resultado del tratamiento se ve afectado por la conducta del paciente, generando elevados niveles de estrés en el odontólogo e incluso el retiro prematuro del niño sin haber culminado el procedimiento establecido.

Por todo lo anterior, se considera pertinente la realización de este estudio, el cual se proyecta como una contribución positiva tanto para los profesionales en formación como para la atención clínica en general. Al determinar los principales factores generadores de ansiedad infantil en el contexto odontológico, será posible transformar

el acto clínico en una experiencia más favorable, incorporando estrategias basadas en la comprensión emocional del niño, mediante instrumentos autorizados y aplicados con el consentimiento informado de sus representantes legales.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los antecedentes que sustentan la presente investigación, organizados siguiendo un criterio geográfico y cronológico ascendente. El recorrido comienza en Venezuela, extendiéndose a países cercanos dentro del continente americano. Posteriormente, se abordan estudios relevantes desarrollados en Europa, África y Asia, lo cual permite una visión comparativa y evolutiva de la investigación en contextos diversos. Esta secuencia responde tanto a la proximidad espacial como al desarrollo histórico del abordaje investigativo. Finalmente, se incluyen las bases teóricas que ofrecen el marco conceptual y el soporte metodológico necesario para comprender a profundidad los fundamentos de esta investigación.

2.1 Antecedentes

El presente proyecto de investigación representa una contribución novedosa en el campo de la psicología de la salud, al centrarse en la identificación de los niveles de ansiedad en niños que asisten a consulta odontológica. El estudio se desarrolla específicamente en el módulo “Juan Ruiz Fajardo” y busca comprender el impacto emocional que puede generar la atención odontológica infantil, con el fin de aportar evidencia que favorezca intervenciones más empáticas y eficaces en el ámbito clínico. Esta línea de investigación, ofrece valiosos aportes para comprender el impacto emocional que puede generar la atención clínica infantil y fortalecer estrategias que promuevan una atención más empática y efectiva.

Estudios en América:

Paredes et al¹¹ en el año 2011, realizaron un estudio donde analizan el efecto de la música barroca sobre los niveles de ansiedad en niños en edad escolar que acudieron a consulta odontológica. La muestra incluyó a 50 participantes entre 6 y 11

años ($M=8,22$; $DE=1,43$), distribuidos equitativamente en grupos experimental y control, con proporción similar por género y nivel educativo. A todos se les aplicó el cuestionario STAIC para evaluar ansiedad estado (AE) y ansiedad rasgo (AR) en dos momentos: antes y después del tratamiento dental, bajo condiciones estandarizadas. Los resultados preliminares indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas en los niveles de AE ($p=0,906$) ni AR ($p=0,113$) entre ambos grupos antes del procedimiento. Sin embargo, posterior a la consulta, se evidenció una diferencia significativa en los niveles de AE ($p=0,006$), siendo más elevados en el grupo control, lo que sugiere que la música barroca tuvo un efecto positivo en la regulación emocional del grupo experimental. En contraste, los niveles de AR después de la intervención no mostraron diferencias relevantes ($p=0,653$). Estos hallazgos respaldan el empleo de la música como herramienta complementaria en el manejo clínico de la ansiedad infantil. La música barroca, por su estructura armónica y efectos neurosensoriales, contribuyó a generar un ambiente de calma, mejorando la disposición conductual del niño y favoreciendo la relación odontólogo-paciente. Se trata de una estrategia fácilmente aplicable en distintos espacios asistenciales, tanto públicos como privados, mediante el uso de altavoces o dispositivos personales. Además de sus beneficios emocionales, esta intervención se percibe como satisfactoria por parte del profesional y el paciente, por lo que se recomienda explorar futuras aplicaciones que incluyan otros géneros musicales, duración de la escucha, e integración en planes de atención a pacientes con diversidad funcional. Finalmente, recomendaron incorporar en los planes formativos del área odontológica el estudio del uso terapéutico de la música como recurso en la práctica clínica.

Paredes et al¹², en el año 2015 en Mérida-Venezuela, analizaron el efecto de la animación lúdica sobre los niveles de ansiedad en los niños de edad escolar que acuden a la consulta odontológica y los hallazgos obtenidos en esta investigación fueron los siguientes: en una muestra conformada por 50 participantes entre 8 y 11 años de edad, distribuidos equitativamente en grupos control y experimental mediante asignación aleatoria y respetando la paridad de género, se administró el instrumento

STAIC para evaluar los niveles de ansiedad estado (AE) y ansiedad rasgo (AR). La aplicación se realizó en dos momentos estratégicos: al ingreso a la sala de espera y cinco minutos antes de la consulta odontológica, garantizando la homogeneidad en el procedimiento. Los análisis preliminares revelaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en relación con AE ($p=0,882$) y AR ($p=0,667$) antes de la intervención. Sin embargo, posterior a la implementación de la animación lúdica dirigida al grupo experimental, se evidenció una diferencia significativa en los niveles promedio de AE ($p=0,080$), lo que indica una reducción significativa de la ansiedad en los niños que recibieron dicho estímulo. Estos resultados respaldan el uso de intervenciones recreativas como recursos eficaces para mitigar estados emocionales adversos en contextos clínicos pediátricos. Además, la estrategia lúdica generó efectos positivos en variables fisiológicas como la presión diastólica, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno en sangre, promoviendo un estado de mayor tranquilidad y una actitud más colaborativa por parte de los pacientes. Asimismo, esta técnica fomenta la empatía ante situaciones médicas que suelen provocar temor y malestar, demostrando que el juego y la risa pueden funcionar como herramientas terapéuticas para aliviar la ansiedad, el miedo y el dolor. Su implementación mejora la interacción entre el profesional odontológico y el niño, facilitando el abordaje conductual durante el tratamiento. Cabe destacar que se trata de una estrategia accesible, que puede ser ejecutada por distintos integrantes del equipo de salud, sin necesidad de formación especializada, siempre que se cuente con disposición creativa y sensibilidad interpersonal. En este sentido, se concluye que la animación lúdica representa una alternativa ética, funcional y respaldada por evidencia empírica para optimizar la experiencia clínica de niños en el entorno odontológico.

Lozano, en el año 2002⁸ identificó las actitudes frente al tratamiento odontológico de los niños que acuden a las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás de Aquino en Bucaramanga – Colombia, mediante la aplicación de una escala Likert, con el fin de establecer estrategias que faciliten el desarrollo

satisfactorio del procedimiento, por medio de la aplicación de varios instrumentos pudieron determinar que la serie de acciones y procedimientos que el odontólogo realiza desde el momento en que el paciente ingresa al consultorio están proyectando una imagen adecuada, motivo por el cual los pacientes perciben la tranquilidad y confianza del odontólogo para plantear de una manera adecuada la aceptación del tratamiento odontológico y los beneficios que este le presta; aunque el tratamiento odontológico encaminado al temor que el odontólogo se equivoque en poner la inyección se demuestra en los resultados que los niños no tienen plena confianza por este motivo la tendencia a la aceptación indica que los pacientes que se adaptan con facilidad a los procedimientos que realiza el odontólogo. Otro de los factores investigados es la interacción con el instrumental de trabajo que se determina como la manipulación de los diferentes tipos de instrumental durante el tratamiento odontológico y el entorno odontológico, ante este tipo de amenaza es normal que una persona pueda percibir los sucesos como extremadamente o moderadamente traumáticos, dependiendo del grado de traumatismo será la reacción psicológica. La interacción con el instrumental percibida por el paciente, es la posibilidad de recibir algún tipo de daño durante el procedimiento y hay un aumento en el nivel de preocupación y desespero por parte del paciente el cual puede dificultar el desarrollo óptimo del proceso; aunque es posible que estas situaciones se presenten durante el trabajo odontológico se hace necesario planificar la manera como se dirá al paciente lo que pudo suceder, de tal forma que la persona expuesta a ese tipo de traumatismo o dolor tenga plazo de prepararse para afrontar dicho dolor. Los factores que producen el mayor estrés son el poner una inyección y la extracción de las piezas dentales; de los cuales en el presente estudio investigativo son los que puntuaron una actitud negativa, esto refuerza la teoría en que las manifestaciones de la ansiedad en estrés, en este caso aparece por la provocación de una angustia ante la equivocación de poner una inyección en la boca, o por la extracción de una pieza dental.

Lozano et al⁶, en el año 2021 en Colombia, identificaron el efecto de los factores controlables y no controlables de la ansiedad dental, en individuos de 6 a 12 años, a

partir de la medicina basada en la evidencia. Se observó que existen factores no controlables, ampliamente investigados, como las experiencias negativas previas y la ansiedad de la familia. Así mismo se encontró que existen factores controlables como el ambiente de trabajo y la actitud del personal odontológico que tienen efecto en el desarrollo de la ansiedad dental y que son determinantes para prevenir su aparición o manejarla antes, durante y después de la consulta, existiendo gran diversidad de factores que no se encuentran ampliamente investigados y que presentan efecto sobre la ansiedad dental, como la historia dental de los padres, la composición familiar, el nivel socioeconómico, el tiempo de espera y momento del tratamiento. Los resultados de este estudio indican que el género, el comportamiento del niño durante el diagnóstico, el examen radiográfico, las técnicas de manejo del comportamiento antes del tratamiento y la relación desarrollada entre el niño y el odontólogo son factores que influyen en la ansiedad dental. Los niños están más ansiosos durante la profilaxis oral y las extracciones. Otros factores como el nivel socioeconómico, el tipo de tratamiento, la cantidad de azúcar que consume y los hábitos de cepillado no influyen en el nivel de ansiedad de un niño. El ambiente, el olor y la vestimenta del dentista en el consultorio dental deben tenerse en cuenta al tratar con niños para crear un impacto positivo.

Ortiz et al¹³, en el año 2021, determinaron la relación existente entre las diferentes creencias de personalidad y niveles de ansiedad dental de la madre con el miedo dental de sus hijos entre 5 y 12 años durante la consulta odontopediátrica. Se analizaron las encuestas de creencias de personalidad y ansiedad dental materna en combinación con el miedo dental pediátrico de 70 mamás de niños entre los 5 y 12 años durante los meses de junio a noviembre de 2018 en Clínica Odontológica Vid, IPS Odontología Pediátrica del Sur en Medellín- Colombia, y la IPS CES Sabaneta, las madres con ansiedad dental reportan mayor miedo o perciben hijos con mayor miedo dental, y las madres que no presentaron ansiedad dental, sus hijos presentaban menos miedo dental antes del tratamiento odontológico. Existe una relación directa

entre las creencias de personalidad materna limítrofe y antisocial con el miedo dental percibido en sus hijos.

Ramos et al¹⁴ en el año 2018 determinaron los niveles de ansiedad y miedo a la consulta odontológica en niños atendidos en la Universidad de Cartagena-Colombia, en esta investigación participaron 284 niños entre tres y ocho años, a los niños entre seis a ocho años se les aplicó la escala combinada de miedo y a los de tres a cinco años la escala de Corah modificada dirigida a los padres. Se aplicaron pruebas de estadística descriptiva y para la comparación entre los grupos las pruebas *t-Student*, *ANOVA* y *Kruskal-Wallis*. En los cuales se encontraron altos niveles de miedo y ansiedad durante la colocación de anestesia, ruido de equipos rotatorios y aislamiento dental. Determinando que existen altos niveles de miedo y ansiedad ante la consulta odontológica en niños atendidos en la Universidad de Cartagena, se sugiere que estos niveles difieren de acuerdo con la edad, sexo y procedimientos odontológicos.

López¹⁰ en el año 2020, describió la presencia de ansiedad y miedo dental. La muestra fueron 20 niños menores de cinco años de edad, de ambos sexos que acudieron a atención estomatológica en el Dispensario Médico-Odontológico de Marcopamba, en la provincia de Bolívar, Ecuador, durante un periodo de enero a diciembre del año 2016, se confeccionó una ficha de recolección de datos, la que permitió explorar la frecuencia de asistencia al Odontólogo, los motivos de consultas y la realización de la técnica de cepillado dental. Para determinar la presencia de ansiedad y miedo dental, se empleó la Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada, predominando la asistencia a consulta odontológica debido a la presencia de dolor dental. La totalidad de la población de estudio refirió no realizar cepillado dental cuatro veces al día, lo que pudiera estar relacionado falta de conocimiento por parte de los padres, sobre los beneficios que esta práctica representa para la salud bucal de sus hijos, La clasificación clínica de muy ansioso e intranquilo fue mayoritaria entre los individuos participantes, lo que sugiere la necesidad de establecer estrategias de promoción de la salud oral y prevención de enfermedades bucodentales, para reducir factores que producen miedo y temor al odontólogo.

En el año 2018 mediante una revisión bibliográfica, Ledesma y Villavicencio⁷ recolectaron información científica de distintos autores en todos los ámbitos sobre ansiedad y miedo ante el tratamiento odontológico con el propósito de obtener datos estadísticos respecto a ansiedad y miedo dental; se analizó específicamente información que estudiaba este fenómeno en población infantil, la ansiedad y el miedo son dos fenómenos que van de la mano ya que causan aprehensión y dificultades al paciente en la consulta, se diferencian porque el miedo es una reacción inmediata ante algo que el paciente reconoce, la ansiedad al contrario es un estado en que el paciente identifica la amenaza; los factores asociados a esta ansiedad son varios entre los más destacados en la literatura son la sensación de vibración de las fresas en la pieza de mano, seguido de la actitud del dentista y de la impresión o ruido al instrumental odontológico son los principales factores causantes; además, la edad es un factor que interviene con este fenómeno especialmente en niños de 4-8 años de edad con una frecuencia de ansiedad y miedo moderado.

Zamora y Gasco¹⁵, determinaron la relación entre el nivel de ansiedad dental de las madres y el nivel de ansiedad de los niños atendidos en un consultorio privado en Lima-Perú, 2022. Esta investigación tuvo un diseño de tipo observacional, transversal y prospectivo, la muestra estuvo conformada por un total de 135 diadas madre-hijo y utilizaron un cuestionario que incluye la escala de Corah y FIS, obteniendo como resultados que en cuanto al nivel de ansiedad los niños atendidos en un consultorio privado, con madres jóvenes presentaron un nivel de ansiedad moderado y los niños con madres adultas presentaron un nivel de ansiedad de moderado a severo, Los infantes atendidos en un consultorio privado, entre las edades de 5 a 9 años presentaron una ansiedad moderada y los niños entre las edades de 10 a 15 años presentaron una ansiedad de moderada a severa, según su sexo presentaron un nivel de ansiedad moderado en cuanto al sexo femenino y moderado a severo en cuanto al sexo masculino. Resaltando que existe una gran relación entre el nivel de ansiedad dental de la madre con la ansiedad dental del niño en un consultorio privado.

Mautz et al¹⁶ en el año 2017 determinaron la prevalencia de ansiedad dental en niños de entre 6 a 10 años de edad atendidos en los servicios de salud públicos de la ciudad de Valdivia, Chile. Mediante un estudio observacional de corte transversal midieron la prevalencia de ansiedad dental previa a la atención odontológica utilizando la Escala de Imagen Facial (FIS) a 200 niños de 6 a 10 años que fueron atendidos en los servicios de salud públicos, durante los meses de marzo a junio de 2015, determinando que el 22,5% presentó ansiedad dental; de los cuales 51% eran niñas (n=102); de una edad promedio de 7 años, donde la prevalencia de ansiedad dental en Valdivia es mayor a la observada en otro estudio similar realizado en Santiago de Chile. Mautz et al, recomiendan implementar FIS, dentro de la atención odontológica pediátrica, para facilitar una mejor adaptación y adherencia al tratamiento.

En el año 2005 Rivera y Fernández¹⁷, evaluaron la ansiedad dental de una muestra aleatoria de 170 escolares (6-11 años) de la región metropolitana de Tegucigalpa-Honduras, la evaluación se realizó mediante la Escala de Ansiedad de Corah, el Test de Dibujos de Venham, y la Escala de Evaluación de los Miedos. Los escolares tratados mostraron altos niveles de ansiedad al tratamiento odontológico. Los ítems más relevantes y con mayor ansiedad fueron: al que se informaba que debía ir al dentista al día siguiente, ser tocados por un extraño, seguido del sofocamiento e inyecciones, niños con experiencias dentales o médicas potencialmente traumáticas, niños con padres que informaban tener miedo al tratamiento dental, procedimientos dentales invasivos o potencialmente traumáticos.

Estudios en Europa:

Rodríguez et al⁹ en el año 2008, realizaron un estudio en la Universidad Complutense de Madrid- España, cuantificando el grado de ansiedad presente en pacientes infantiles y conociendo los distintos factores que pueden producirla, utilizaron la "encuesta de medida del miedo en niños, Subescala Dental (DS)" (Inventario de miedo para niños de Nakamura y Scherer (CFSS)) y la "Escala de miedo dental de Kleinkecht.". Estudiando un total de 152 niños de edades

comprendidas entre 7 y 18 años, Observaron que las principales causas de ansiedad infantil son las “inyecciones”, “las fresas” y “las turbinas”, mientras que el hecho de “abrir la boca” y “ver a la gente vestida de uniformes blancos” apenas provocan ansiedad.

Carrillo et al¹⁸, en el año 2021, en España, identificaron si la edad de los pacientes en el momento que comienzan las visitas al odontopediatra, así como la periodicidad de estas visitas, son factores que pueden prevenir el miedo dental. Se realizó un estudio transversal observacional con 575 escolares y su madre/padre/tutor. Los padres completaron una encuesta sobre las características de las visitas al dentista para evaluar el miedo dental. La correlación entre el miedo dental y la edad de la primera visita fueron estadísticamente significativas. El análisis de regresión realizado mostró que ambas variables predijeron el 44,4% del miedo dental en el niño. La edad de inicio al odontopediatra (antes de los 2 años) y las revisiones periódicas (cada 6 meses o cada año) podrían proteger al niño del miedo dental. A pesar de la exposición ocasional a experiencias dolorosas o desagradables. En este estudio, las visitas previas positivas o neutras con experiencias negativas pueden predecir por sí solas, el 22,7% del miedo; por lo tanto, son un gran predictor del miedo dental.

Cianetti et al¹⁹ en el año 2017 realizaron una revisión a la literatura científica publicada entre 2000 y 2014 para cuantificar la prevalencia y la puntuación media de miedo/ansiedad dental en niños/adolescentes y su variación según diversas variables en niños/adolescentes (0-19 años), en población general, o que acudían a servicios odontológicos privados o públicos (general o pediátrico) o acudían a school y kindergarten, se buscaron, con términos específicos, en 3 bases de datos electrónicas (Medline, Embase, Web Of Science). Después de seleccionar 743 resúmenes y evaluar 164 publicaciones de texto completo, se seleccionaron 36 artículos. Las tasas de prevalencia de miedo/ansiedad dental fueron 12,2 %, 10,0 %, 12,2 %, 11,0 % y 20,0 % para las puntuaciones CFSS-DS (Encuesta sobre el miedo dental en los niños. Subescala), DAS (Escala de Ansiedad Dental), MDAS (Escala de Ansiedad Dental

Corah Modificada), DFS (Encuesta de Miedo Dental) y DFSS-SF (Subescala del programa de miedo dental- forma corta), respectivamente. En los estudios que utilizaron MCDAS (Escala de ansiedad dental infantil modificada), las tasas de prevalencia/miedo dental variaron del 13,3 % al 29,3 %. En los estudios que utilizaron las clasificaciones CFSS-DS, la prevalencia y la puntuación media de miedo/ansiedad dental fue menor en el norte de Europa que en el resto de los países, la prevalencia disminuyó con el aumento de la edad y la frecuencia fue mayor en las mujeres que en los hombres. El miedo y ansiedad dental es un problema frecuente en niños y adolescentes a nivel mundial, por lo que se deben fomentar nuevas estrategias para superar esta relevante condición.

En el año 2013. En Australia, Armfield y Heaton²⁰ Realizaron una revisión de varias serie de técnicas no farmacológicas (conductuales y cognitivas) que se pueden utilizar en la clínica dental o en la cirugía para ayudar a las personas ansiosas a obtener la atención dental necesaria. Se brindan consejos prácticos para el manejo de pacientes ansiosos y se examina y resume la base de evidencia para los diversos enfoques. Se destaca la importancia de identificar primero el miedo dental y luego comprender su etiología, naturaleza y componentes asociados. De esta manera concluyeron que el manejo exitoso de las personas que temen al odontólogo es factible, pero requiere un mayor nivel de comprensión, buena comunicación y un enfoque de tratamiento por etapas. Existe una base de evidencia aceptable para varias prácticas de manejo de la ansiedad no farmacológicas para ayudar a los profesionales dentales a brindar atención a niños y adultos ansiosos o temerosos. La buena comunicación y un enfoque de tratamiento por fases.

Estudios en África:

Alsadat, et al²¹ , en el año 2018 evaluaron el nivel de miedo dental entre escolares y determinaron su relación con la caries dental, mediante un estudio transversal analítico. En Nigeria seleccionaron aleatoriamente una muestra de 1.546 niños de primaria. El Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS)

se completó en clase para evaluar el miedo dental infantil donde aproximadamente el 24% de los niños participantes tenían miedo dental alto, y el 12,50% de ellos miedo dental severo. Las niñas tenían una tasa más alta de miedo dental severo que los niños (20% vs. 5%). Alrededor de una cuarta parte de los niños de 6 a 12 años tenían miedo dental; aproximadamente la mitad de ellos tenían miedo dental severo.

Aarvik et al²² en el año 2022, estimaron la prevalencia de un historial auto informado de contención en niños y adolescentes cuando reciben atención dental por parte de dentistas no especialistas y evaluar las diferencias en el miedo y la ansiedad dental (DFA), miedo a la inyección intraoral y confianza en los dentistas entre pacientes con y sin antecedentes auto informados de contención. Se distribuyó una encuesta transversal electrónica a todos los niños de 9 años (n = 6686) y 17 años (n = 6327) en el Servicio Dental Público en el condado de Hordaland, Noruega, en 2019. Para la evaluación estadística, generaron descriptivos estadísticos y pruebas U de Mann-Whitney. El porcentaje de respuesta osciló entre 43,5 y 59,9% para las diferentes preguntas, en las cuales la prevalencia de antecedentes auto informados de estar inmóvil en contra de su voluntad durante el tratamiento dental y presionado para someterse a un tratamiento dental en contra de su voluntad fue del 3,6 % y del 5,1 %, respectivamente. En general, estos pacientes reportaron mayor DFA y mayor miedo al odontólogo en comparación con aquellos sin tales antecedentes de restricción. Los pacientes que reportaron haber sido retenidos contra su voluntad durante el tratamiento dental tenían una desconfianza significativamente mayor en los dentistas que aquellos que no reportaron contención, el sentirse presionado para recibir tratamiento odontológico y ser retenido en contra de su voluntad se superpone con los conceptos de contención psicológica y física.

Vlad et al²³ en el año 2020 identificaron la ansiedad dental, utilizando la Escala de Ansiedad Dental Infantil de Abeer (ACDAS), utilizada como medida auto informada, y correlacionando sus valores con los niveles de cortisol salival. El estudio se realizó en 2019, en Rumania e incluyó a 389 niños de 6 a 9 años; se realizó evaluación de ansiedad dental y muestreo de saliva. La influencia del género en la

presencia de ansiedad dental se analizó mediante la prueba exacta de Fisher, se comparó el nivel de cortisol salival entre niños ansiosos y no ansiosos y se correlacionó además con la puntuación ACDAS. Las niñas tenían mayores probabilidades de experimentar ansiedad dental. Siendo el rango de edad de 6 a 9 años los que poseen una alta prevalencia de ansiedad dental.

Estudios en Asia:

Shim et al²⁴ en el año 2015, realizaron una amplia búsqueda en la base de datos PubMed usando 3 combinaciones de los términos de búsqueda: los cuales fueron miedo dental, ansiedad y dolor dental, y, prevalencia. Se identificaron y revisaron 32 artículos de calidad aceptable, encontrando que la prevalencia de DFA se estimó en un 10%, con una disminución de la prevalencia con la edad. Se observó con más frecuencia en niñas y se relacionó con dolor dental. Concluyendo así que el miedo dental, la ansiedad y el dolor son comunes, y varios factores psicológicos están asociados con su desarrollo.

En el año 2018, Wu y Gao²⁵ determinaron la relación entre la DFA de los niños y los factores relacionados con la familia, incluida la DFA de los padres, los estilos de crianza, la estructura familiar (familia nuclear o monoparental) y la presencia de hermanos. Con un total de 405 niños (9-13 años) y sus padres de 3 escuelas primarias en Hong Kong. La información demográfica y familiar del niño se recopiló a través de un cuestionario. El DFA de los padres y del niño se midió utilizando la Escala de Ansiedad Dental de Corah (CDAS) y el Programa de Encuesta de Miedo de los Niños-Subescala Dental (CFSS-DS), respectivamente. Los estilos de crianza se midieron utilizando el Cuestionario de Autoridad de los Padres (PAQ). DFA fue reportado por el 33,1% de los niños. La puntuación media (DE) del CFSS-DS fue de 29,1 (11,0). Los niños con hermanos tendían a informar DFA (37,0 % frente a 24,1 %; $p = 0,034$) y tenían una puntuación CFSS-DS más alta (29,9 frente a 27,4; $p = 0,025$) en comparación con su contraparte. Los niños de familias monoparentales tenían una puntuación CFSS-DS más baja en comparación con los niños de familias

nucleares ($\beta = -9,177$; $p = 0,029$). El análisis de subgrupos mostró una puntuación CFSS-DS más alta entre los niños con hermanos ($\beta = 7,130$; $p = 0,010$) en comparación con su contraparte; las niñas de familias monoparentales tenían una puntuación CFSS-DS más baja ($\beta = -13,933$; $p = 0,015$) en comparación con las niñas de familias nucleares. Es decir, La estructura familiar (familia nuclear o monoparental) y la presencia de hermanos son determinantes significativos para la DFA de los niños. El DFA de los padres y el estilo de crianza no afectan significativamente el DFA de los niños.

Fux-Noy et al²⁶ En el año 2019 Israel El propósito de este estudio fue comparar el efecto del ambiente de la sala de espera en el nivel de ansiedad experimentado por niños en salas de espera multisensoriales y tradicionales en Israel. Mediante estudio de casos y controles el grupo de prueba esperó el tratamiento en una sala de espera multisensorial, que consistía en una columna de iluminación que los niños podían tocar y trepar; así como, música rítmica tocada por parlantes. El grupo de control esperó el tratamiento en una sala de espera tradicional. A los participantes se les pidió que respondieran la "Prueba de imágenes de Venham", una escala de ansiedad dental, mientras estaban en la sala de espera antes de ingresar a la sala de tratamiento. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado, exacta de Fisher y regresión lineal. La ansiedad dental fue significativamente mayor en los pacientes que tenían un mayor tiempo de espera antes del tratamiento. Además, la ansiedad dental se asoció significativamente con el propósito de la visita, los niños que esperaban un examen dental o los que tenían programado un tratamiento dental con sedación consciente estaban menos ansiosos que los niños que esperaban un tratamiento de emergencia. Un entorno de sala de espera sensorialmente adaptado puede ser muy significativo para reducir la ansiedad de los niños antes del tratamiento dental. La ansiedad dental de los niños se puede reducir evitando tratamientos de emergencia, programando visitas dentales de rutina y disminuyendo el tiempo de espera.

Raghavendra et al²⁷ en el año 2021, en India, evaluaron las preferencias de los niños y los padres sobre la vestimenta del dentista durante la pandemia de Covid-19,

y su relación con la ansiedad dental. Utilizaron una muestra de 139 niños (71 niños, 68 niñas) de 6 a 12 años, se les mostraron videos de un dentista pediátrico trabajando con diferentes atuendos, como Equipo de Protección Personal (EPP) y Pedoscrub, se les pidió que expresaran la forma en que preferían ver a su dentista vestido. Los niveles de ansiedad de los niños con diferentes atuendos de odontopediatras se evaluaron en diferentes grupos de edad, para niños y niñas por separado y fueron registrados mediante la escala de imagen facial. Donde Los niños de 10 a 12 años preferían los EPI en un 50,6 %, mientras que el 48,1 % de los niños de 6 a 9 años preferían menos los EPI ($<0,05$). Alrededor de 46 (33%) fueron calificados como niños ansiosos y tenían preferencia por Pedoscrub. Además, los niños no ansiosos 43 (31%) prefirieron EPP. Todos los padres educados (100%) seleccionaron EPP sobre pedoscrub y el resultado demostró ser estadísticamente significativo. En última instancia, la mayoría de los niños ansiosos eligió Pedoscrub, mientras que los niños no ansiosos eligieron PPE. Además, los datos revelan que tanto los padres educados como los niños mayores preferían el EPP como vestimenta para los dentistas pediátricos.

2.2 Bases Conceptuales

2.2.1 Ansiedad

Origen de la ansiedad

Los orígenes del concepto de ansiedad se remontan al instante en que la palabra se incorpora al ámbito de la psicología a través del término "Angst", utilizado por Freud. Esta expresión, con un significado semejante al vocablo "angs" empleado por los filósofos existencialistas, alude a una angustia sin objeto, un malestar interno, una inquietud. La adopción y traducción del término "angst", dependiendo del idioma (francés, inglés o español), como "angustia" o "ansiedad", ha provocado, según Loosli-Usteri, esta ambigüedad conceptual. En inglés, se traduce como "anxiety" sin matices adicionales; en cambio, en idiomas como el francés y el español, se distingue entre los aspectos psicológicos y somáticos, asignando un término distinto a cada uno.

Para referirse a los elementos fisiológicos o corporales, se emplea la palabra "anxiété" (en francés) y "ansiedad" (en español), mientras que, para los aspectos emocionales y subjetivos, se usa "angoisse" (en francés) y "angustia" (en español). En general, esta diferenciación entre "angustia" y "ansiedad" ha prevalecido entre quienes han intentado definir ambos conceptos con precisión. No obstante, existen perspectivas alternativas que establecen la diferencia de manera distinta, considerando que la "angustia" es más intensa, física y abrumadora, mientras que la "ansiedad" es más mental y subjetiva.²⁸

a) Concepto de ansiedad

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.²⁹

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual³⁰

La ansiedad es definida por la Real Academia Española (RAE) como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. En relación a la medicina se define como la angustia que suele acompañar a muchas enfermedades. La RAE define el término miedo como la perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario y el término fobia como el temor irracional compulsivo.

b) Niveles de ansiedad

La ansiedad puede manifestarse de diferentes maneras y cumplir funciones distintas en la vida de las personas. Por un lado, existe la ansiedad "normal" o adaptativa, que representa un estado psicológico positivo, ya que impulsa el rendimiento, favorece la concentración y motiva a los individuos ante desafíos y exigencias. Gracias a este tipo de ansiedad, es posible afrontar situaciones demandantes con mayor eficacia, optimizando las capacidades cognitivas y emocionales.

Por otro lado, cuando la ansiedad se intensifica de manera descontrolada, puede convertirse en ansiedad patológica o en un "trastorno de ansiedad". En este caso, su efecto es negativo, pues desestabiliza a la persona, genera sufrimiento y obstaculiza el funcionamiento cotidiano, afectando significativamente la calidad de vida. A diferencia de la ansiedad adaptativa, que permite el crecimiento personal y profesional, la ansiedad patológica interfiere con el bienestar, dificultando la realización de tareas y la toma de decisiones.

En conclusión, la ansiedad no es intrínsecamente perjudicial; más bien, su impacto dependerá de la intensidad y del contexto en el que se presente. Es fundamental aprender a gestionar adecuadamente la ansiedad para potenciar sus efectos positivos y reducir los factores que pueden transformarla en una experiencia debilitante.²⁸

La ansiedad no es algo rígido, se da en muchos matices y existen diferentes niveles de la misma, dependiendo de cómo se reaccione a las diferentes presiones. Dentro de cada uno de estos niveles se pueden reconocer diferentes síntomas. Como ya se sabe la ansiedad altera en una manera global, por lo cual se puede presentar sensaciones físicas, alteraciones en la capacidad de pensamiento, así como comportamiento y emociones. Cada nivel de ansiedad afectará de manera diferente y esto, evidentemente, varía de persona a persona, sin embargo, sí está comprobado que algunas sensaciones van surgiendo conforme se acumula la ansiedad.

- **Ansiedad leve**

Respuesta natural del organismo, no es una enfermedad, el ser humano está hecho para tolerar ciertas sensaciones, Cuando se tiene ansiedad en este nivel, se siente una cierta incomodidad y es normal tener una sensación constante de que algo no encaja. No se debe olvidar que la ansiedad es una cantidad de ansiedad sin que esto sea algo negativo. En este punto los sentidos y percepción están alerta y estas reacciones hacen que sea más fácil concentrarse, aprender, resolver problemas y ponerse a salvo, entre otras cosas.

- **Ansiedad moderada**

La ansiedad moderada ya produce sensaciones inquietantes, normalmente trae sentimientos de nerviosismo o agitación. Cuando se presenta ansiedad moderada, se pierde la percepción general de las cosas y se comienza a centrarse más en los detalles.

- **Ansiedad severa**

La ansiedad severa se experimenta cuando hay preocupación constante y hay sentimientos que hay algo que puede salir mal. En este punto se agudiza el temor. Cuando se alcanza niveles tan fuertes de ansiedad, se puede experimentar lo que se conoce como “ataque de pánico” que es, a grandes rasgos la respuesta completa de lucha o huida, en la cual el cuerpo dispara las reacciones necesarias para que se ponga a salvo, dado que hay algo diferente y no es una amenaza: se muestra la respuesta de miedo y angustia.³¹

2.2.1.2 Ansiedad dental

Márquez et al³², en el año 2004, definen la ansiedad en el campo de la odontología como un patrón de conducta que se asocia a una activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos cognitivos, somáticos y externos ambientales, que pueden aparecer antes y durante el proceso odontológico en los pacientes sin que lo identifiquemos. Además, estos autores permiten concluir que, aunque situaciones como inyecciones en las encías, o sangrado de la boca generan ansiedad, los niveles más altos están relacionados con eventos como la posibilidad de contagiarse de una infección por medio del instrumental odontológico, así como el riesgo de ser herido en alguna parte de la boca durante el procedimiento.

La ansiedad dental presenta una importante prevalencia. En términos generales las tasas van del 4% al 23% en países europeos, siendo un fenómeno extendido en el Reino Unido. En Sudamérica, se detallan tasas del 34,7% en preescolares, mostrando a su vez que los padres de dichos niños presentan una alta incidencia de ansiedad dental de 41,1%. En Estados Unidos, de 10 a 12 millones de personas sufren de una severa fobia dental, mientras que 35 millones sufren de ansiedad dental³³.

Otra definición nos dice que es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, 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.³⁴

Weddell et al⁵ indica que las respuestas de los niños al entorno dental son diversas y complejas. Como lo son las diferencias en edad, madurez, temperamento, experiencia, antecedentes familiares, cultura y estado de salud bucal. El miedo se entiende mejor en el contexto de influencias personales, ambientales y situacionales, puede ser una reacción normal para los niños pequeños, especialmente en situaciones desconocidas en las que carecen de control o percibir el potencial de dolor. A medida que los niños crecen, con aumentar la capacidad de anticipar, comprender y controlar impulsos, se puede esperar que los temores disminuyan. Pero si el miedo o la ansiedad es desproporcionada con respecto a la situación, es probable que se produzca una experiencia desagradable y el niño puede volverse poco cooperativo y mostrar un comportamiento disruptivo.

2.2.1.3 Causas de la ansiedad dental

La ansiedad dental es un fenómeno complejo influenciado por una variedad de elementos. Uno de los factores más determinantes es la experiencia de situaciones adversas, especialmente aquellas que han sido traumáticas y dolorosas durante procedimientos odontológicos, particularmente cuando suceden en la infancia, antes de los cinco años. Este período temprano es crucial en la formación del temor al dentista, ya que las interacciones negativas con los especialistas pueden dejar una impresión profunda y contribuir al desarrollo de esta ansiedad.

Además, el ambiente clínico desempeña un papel fundamental. La apariencia del profesional odontológico (su vestimenta, instrumentos y actitud), el equipo auxiliar, la presencia de los padres u otros observadores, así como el ruido generado por el instrumental dental, pueden intensificar la inquietud del paciente. La primera cita odontológica también marca un punto importante en esta percepción, sobre todo si el trato recibido es poco delicado, lo que puede generar rechazo y aumentar la sensibilidad a procedimientos dolorosos.

Asimismo, el entorno familiar es un factor influyente, ya que la preocupación de los padres puede afectar directamente la actitud del niño frente a la atención

dental. La transmisión de temores y relatos intimidantes por parte de generaciones anteriores contribuye a reforzar pensamientos negativos sobre la experiencia odontológica, haciendo que la ansiedad se perpetúe con el tiempo.^{35,36}

2.2.1.4 Rasgos de pacientes ansiosos que evitan ir al odontólogo

Rasgos: Características específicas de un individuo³⁷

- Se avergüenzan enormemente
- Un estado de salud general extremadamente malo durante la fase de miedo
- Muy poca confianza en los dentistas.
- Extensos y complejos daños en la dentadura demasiado exigentes para un dentista normal.
- Llantos
- Gritos
- Berrinches
- Pacientes tímidos
- Hipersensibles al dolor.
- Utilizan técnicas dilatorias
- Mantienen conductas desorganizadas.
- Angustia
- Se manifiestan en el ámbito de nuestro cuerpo por señales muy molestas como: enrojecimiento – sudoración – dolor en el pecho – falta de aire – boca seca – problemas gastrointestinales.
- Es común sentirse inmovilizado en el sillón del dentista
- Los pensamientos de estar limitado conducen solo a pensamientos de escape.
- Retrasar o eludir las citas con el odontólogo

2.2.1.5 Factores que producen ansiedad dental

Existen factores controlables y no controlables que pueden desencadenar miedo y ansiedad. Los no controlables son aquellos relacionados con el desarrollo normal del individuo y el medio ambiente en el cual se desenvuelve, la personalidad, el

temperamento, desarrollo emocional e intelectual, influencia de hermanos y amigos, antecedentes de abuso y maltrato.

Los factores controlables hacen referencia a situaciones que se presentan en la consulta los cuales complementan el manejo del comportamiento como son el manejo de los padres o acudientes, el consentimiento verbal y/o escrito, las actividades preoperatorias, el medio ambiente y el sistema de trabajo ²⁹.

Los factores emocionales, tienen una notable importancia en la severidad del dolor. El miedo, la ansiedad y la depresión pueden exacerbar el dolor. A nivel cortical, pueden provocar la liberación de mediadores similar a la que produce la vía refleja supra segmentaria. Esta respuesta neural provocará una respuesta endocrina predominantemente catabólica que incide en la morbilidad de la agresión que causa el dolor.³⁸

Los factores que generan ansiedad en el consultorio odontológico pueden eliminarse de una manera efectiva si la atmósfera que impera conduce a la relajación.

2.2.2 Técnicas de manejo de conducta en Odontopediatría

1. Control de ansiedad con terapia comportamiento.
2. Conversar con el paciente antes de iniciar el tratamiento, informar lo que le será realizado de una manera fácil y comprensible, es importante que el dentista aprenda técnicas de comunicación y mantenga un ambiente relajado y agradable, potenciando la sinceridad y la comprensión.
3. Explicar al paciente las implicaciones de los comportamientos impropios tales como movimientos de cabeza.
4. Tratamiento de relajación.
5. Terapia Cognitiva, Desensibilización Sistemática y Terapia de Exposición gradual al elemento fóbico, con ejecución de técnicas de relajación y de respiración, en la cual los pacientes se exponen gradualmente a lo que los asusta hasta que el miedo comienza a desaparecer. Tres cuartas partes de

pacientes se benefician grandemente con este tratamiento. Los ejercicios de relajación y respiración también contribuyen a reducir los síntomas de ansiedad.

6. Programar procedimientos más simples para el inicio del tratamiento.
7. Debe tener también en cuenta que cada niño tiene una percepción distinta del dolor, y lo que para unos puede ser un procedimiento inocuo, para otros puede ser extraordinariamente molesto. Es importante crear un ambiente familiar en el que se fomentan las visitas regulares al dentista y una actitud positiva hacia los cuidados dentales para evitar que en los más pequeños aparezca la fobia al dentista. El profesional tiene que diseñar sus propias estrategias para evaluar la percepción individual y familiar del dolor y del trauma. Además, el dentista debe intentar evitar producir dolor y reconocer las situaciones en que esto no sea posible³⁸.

2.2.3 Ansiedad-estado

La ansiedad-estado en niños se define como una respuesta emocional transitoria que emerge ante una situación percibida como amenazante o desafiante, caracterizada por sentimientos de tensión, preocupación y activación fisiológica momentánea. Esta forma de ansiedad es altamente influenciada por el contexto inmediato, y puede variar en intensidad según la experiencia personal y el entorno del niño. En situaciones clínicas, como una consulta odontológica, es común observar aumentos en la ansiedad-estado debido a la novedad o el temor percibido frente al procedimiento. Esta dimensión ha sido ampliamente estudiada como un indicador sensible de estrés situacional en edad escolar, al reflejar el impacto emocional de eventos puntuales.

2.2.3.4 Ansiedad- Rasgo

La ansiedad-rasgo en niños se refiere a una disposición emocional relativamente estable que los lleva a percibir diversas situaciones como amenazantes o estresantes. Esta tendencia se manifiesta como un patrón persistente de preocupación, inseguridad

o nerviosismo, influido por factores temperamentales, experiencias previas y condiciones psicosociales. En el contexto infantil, niveles elevados de ansiedad-rasgo pueden afectar negativamente el bienestar emocional, el rendimiento académico y la adaptación social. Esta dimensión resulta clave para identificar a niños con predisposición a experimentar ansiedad de forma recurrente, lo que permite orientar intervenciones preventivas y terapéuticas en entornos educativos y clínicos.³⁹

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo presenta la estructura metodológica que sustenta la investigación orientada a determinar los niveles de ansiedad que experimentan los niños durante su atención odontológica en el módulo “Juan Ruiz Fajardo”. Se detalla el tipo y diseño de investigación, la descripción de la población y muestra seleccionada, así como los criterios de exclusión que delimitan el enfoque del análisis. Además, se explican los procedimientos de recolección de datos, incluyendo las técnicas e instrumentos aplicados, junto con las consideraciones bioéticas inherentes al trabajo con población infantil. Finalmente, se expone el plan de análisis de los resultados obtenidos, con el propósito de garantizar la coherencia entre los objetivos planteados y la interpretación estadística de los datos.

La aplicación de una metodología rigurosa resulta esencial cuando se abordan fenómenos psicológicos sensibles en contextos clínicos pediátricos. En este sentido, el uso de enfoques cuantitativos permite una aproximación objetiva y sistemática a la medición de la ansiedad infantil, asegurando la fiabilidad de los hallazgos y su validez en la toma de decisiones orientadas al bienestar emocional de los niños evaluados.

3.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación

Tomando en cuenta los criterios de Hernández et al⁴⁰ esta investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que se determinarán los niveles que producen ansiedad en los niños que asistirán al módulo “Juan Ruiz Fajardo” la consulta odontológica, mediante la recolección y análisis de datos que permitirán responder la pregunta de investigación.

El Alcance de esta investigación será descriptivo ya que mediante un análisis numérico determinaremos que niveles de ansiedad presentan los niños.

El diseño será no experimental porque el investigador no intervendrá en las variables y será transversal porque será tomada en una sola medida.

3.2 Población y Muestra

La muestra del presente estudio está conformada por cincuenta (50) niños y niñas con edades comprendidas entre los 8 y 12 años, quienes acuden durante los meses de abril- julio de 2025 al módulo “Juan Ruiz Fajardo” de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes, para recibir atención clínica odontológica. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando criterios de accesibilidad, disponibilidad y voluntariedad. Esta muestra permite observar las reacciones emocionales vinculadas al contexto clínico odontológico en población infantil, en función de sus características evolutivas, escolares y psicosociales.

Se garantizó la inclusión exclusiva de pacientes que asistieran por primera vez al módulo durante el periodo señalado, excluyendo aquellos con antecedentes de trastornos de ansiedad diagnosticados o tratamientos psicológicos previos, con el fin de preservar la homogeneidad de la muestra y asegurar la validez de los datos recopilados

3.3 Criterios de exclusión

- Niños que no quisieran participar.
- Falta de consentimiento informado por parte de los padres o tutores legales.
- Niños con dificultades cognitivas o del lenguaje, que impidan la comprensión del instrumento de evaluación.
- Niños con diagnóstico previo de trastornos neurológicos o psiquiátricos (como TDAH, autismo, depresión), ya que pueden interferir con la evaluación específica de la ansiedad.

3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para determinar los niveles de ansiedad se empleará el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC), fue desarrollado por Spielberger et al, en la década de 1970 en California, tomando como base el test STAI (diseñado para adolescentes y adultos). Esta herramienta fue creada con el objetivo de evaluar los niveles de ansiedad en población infantil, y posteriormente adaptada para su uso en España por Seisdedos en 1989. El proceso de creación incluyó la revisión de diversos cuestionarios previos centrados en la ansiedad infantil donde inicialmente se diseñaron dos bloques de preguntas: uno con 33 ítems para medir la Ansiedad como Estado (A-E), es decir, cómo se siente el niño en un momento concreto; y otro con 40 ítems para evaluar la Ansiedad como Rasgo (A-R), enfocándose en el modo habitual de sentir del niño. Finalmente, el STAIC quedó conformado por dos escalas independientes de 20 ítems cada una: una orientada a detectar el nivel de ansiedad en un momento específico, y la otra a identificar como se siente el niño en general.⁴¹

(Anexo 1)

La escala A-Estado (A-E) está diseñada para identificar estados emocionales temporales relacionados con la ansiedad, aquellos que son percibidos de forma consciente por el niño o la niña y que pueden manifestarse con diferente intensidad según el momento. En cambio, la escala A-Rasgo (A-R) se orienta a evaluar la predisposición más estable que presenta cada menor a experimentar ansiedad, permitiendo distinguir niveles individuales de sensibilidad ante situaciones potencialmente amenazantes. De este modo, los niños que presentan puntuaciones elevadas en la escala A-R tienden a reaccionar con mayores niveles de ansiedad situacional (A-E) frente a contextos que interpretan como amenazantes, en comparación con aquellos que muestran una baja propensión al rasgo de ansiedad.³⁹

Previo a la aplicación del instrumento, se procederá a la recolección de datos sociodemográficos del paciente, tales como nombres, apellidos, número de cédula de identidad, edad, sexo, lugar de procedencia y motivo de consulta. La administración

del instrumento se llevará a cabo de forma individual, en la sala de espera del consultorio, y únicamente con la autorización previa del representante legal del menor.

3.5 Materiales utilizados

- Instrumento impreso o en formato digital (según el instrumento que vayas a utilizar).
- Lápices o bolígrafos adecuados para niños.
- Hojas de registro para anotar observaciones o respuestas.
- Consentimiento informado firmado por el representante legal.
- Ficha de datos personales (nombre, edad, sexo, procedencia, motivo de consulta).

3.6 Procedimiento

A la llegada a la sala de espera, se procederá a solicitar la firma del consentimiento informado por parte de los representantes legales de los menores, en virtud de su participación en el estudio. A cada niño o niña se le brindará una explicación clara y adaptada a su nivel de comprensión sobre el propósito y contenido de las encuestas. Posteriormente, el instrumento será entregado de manera individual, con el fin de garantizar una adecuada aplicación y permitir que cada participante lo desarrolle en forma autónoma.

3.7 Principios Bioéticos

Los niños seleccionados para formar parte de este estudio recibirán previamente una explicación clara y accesible sobre los objetivos y el desarrollo de la investigación. Su participación será completamente voluntaria, respetando su derecho a decidir si desean colaborar o no. Asimismo, se les garantiza la libertad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas.

Además, se elaboró un consentimiento informado dirigido a padres y representantes legales, quienes autorizan la participación de los menores en el

estudio. Este documento incluye los nombres de los representantes y sus datos personales, los cuales serán tratados con estricta confidencialidad y no serán divulgados en la presente investigación. (Anexo 2)

En cumplimiento de los aspectos bioéticos que rigen las investigaciones con población infantil, este estudio se sustenta en normativas locales, como la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA), así como en principios internacionales, incluyendo las directrices de UNICEF y la Convención sobre los Derechos del Niño. Estos lineamientos garantizan la protección de la dignidad, la autonomía progresiva, y la equidad, promoviendo el interés superior del niño como eje central de toda intervención investigativa.

Los aspectos éticos serán inherentes, respetándose la integridad de los resultados al momento de la manipulación de los mismos sin ser alterados a conveniencia del investigador siendo de esta manera datos confiables.

3.8 Plan de análisis de resultados

- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC):**

Corrección y puntuación

Para la corrección manual de las respuestas en la Escala A-E, se establecen tres niveles de intensidad emocional, los cuales se identifican con las categorías “Nada”, “Algo” y “Mucho”. Estas opciones permiten valorar el grado en que el participante experimenta ciertas emociones. En el caso de la Escala A-R, el enfoque se centra en la frecuencia de aparición de los síntomas, utilizando los encabezados “Casi Nunca”, “A Veces” y “A Menudo” para guiar la selección.

Cada ítem puede recibir entre 1 y 3 puntos, dependiendo de la intensidad del síntoma reflejado por la respuesta. El puntaje total máximo posible para cada escala es de 60 puntos, proporcionando una medida cuantitativa útil para el análisis.

Cabe señalar que cerca de la mitad de los ítems en la Escala A-E están formulados de manera que una respuesta como “Mucho” representa la ausencia del síntoma ansioso (por ejemplo: “me siento seguro”). Por tal motivo, estos reactivos requieren puntuación inversa: la opción “Nada” equivale a 3 puntos, “Algo” a 2, y “Mucho” a 1. Para facilitar este proceso, se emplea una plantilla de calificación que especifica los valores correspondientes a cada opción de respuesta.

Primera parte:

- A-E: La Escala de Ansiedad Estado (A-E). A través del análisis de la media obtenida en esta escala, es posible identificar estados transitorios de ansiedad, entendidos como sentimientos de aprensión, tensión y preocupación, que son subjetiva y conscientemente percibidos, y que tienden a fluctuar y variar en intensidad a lo largo del tiempo.

Segunda parte:

- A-R: La Escala de Ansiedad Rasgo (A-R). A través de los resultados obtenidos en esta medida, es posible evaluar diferencias relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, variaciones individuales entre los niños en cuanto a su tendencia a experimentar estados de ansiedad de forma persistente.

Interpretación:

Una vez obtenidas las puntuaciones individuales en la Escala A-E y A-R, es necesario interpretarlas dentro de rangos preestablecidos que permiten categorizar el nivel de ansiedad observado en cada niño. Estos rangos han sido diseñados para ofrecer una guía práctica que facilite la comprensión clínica y contextual de los resultados, considerando tanto la intensidad de los síntomas como su posible impacto en el bienestar emocional del menor. A continuación, se presentan los niveles de ansiedad correspondientes a cada intervalo de puntuación, junto con una breve interpretación que orienta la valoración diagnóstica.

Rango de puntaje	Nivel de ansiedad	Interpretación
20–30	Bajo	El niño muestra tranquilidad emocional; responde con seguridad ante situaciones cotidianas.
31–45	Moderado	Se observan signos leves de ansiedad, posiblemente vinculados a eventos específicos o a un contexto desafiante.
46–60	Alto	El niño presenta síntomas significativos de ansiedad; puede sentirse nervioso, inseguro o preocupado frecuentemente.
>60	Muy alto	Ansiedad intensa; se recomienda evaluación psicológica para descartar afectaciones emocionales profundas.

La cuantificación de los puntajes obtenidos se realizará mediante la suma total de las respuestas correspondientes a cada dimensión evaluada. A partir de estos resultados, se procederá a determinar los niveles de ansiedad presentes en los niños durante la atención en el consultorio odontológico.

Las variables categóricas serán descritas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), lo que permitirá una representación clara de los datos. Estos resultados se presentarán utilizando recursos visuales como tablas, gráficos y descripciones textuales, con el objetivo de facilitar su interpretación.

Para el procesamiento y análisis estadístico básico de los datos, se empleará el software Microsoft Excel 2016, lo que permitirá organizar la información de forma sistemática y precisa.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos y el análisis de los mismos, luego de recopilar los datos al aplicar el inventario de Ansiedad Estado - Rango (STAIC), procesados estadísticamente.

EDAD	Fa	F%
8	12	24
9	8	16
10	10	20
11	9	18
12	11	22
TOTAL	50	100

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la edad según el grupo

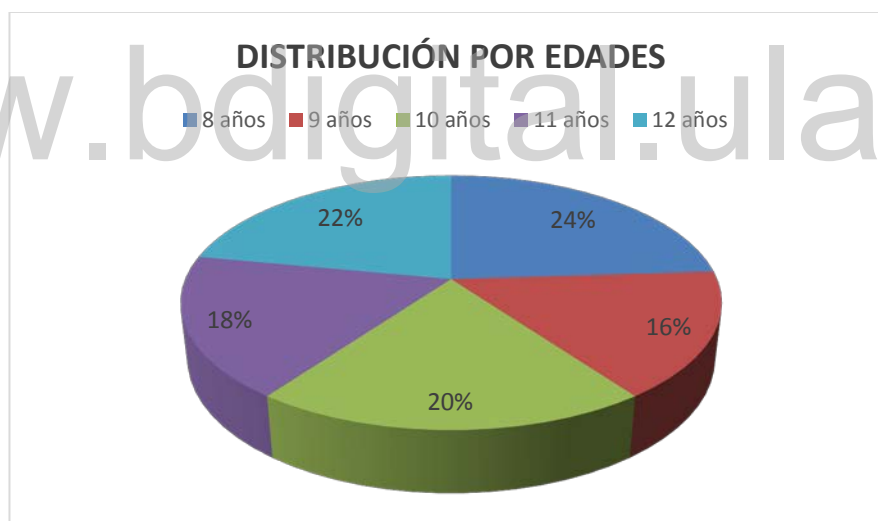


Gráfico 1. Distribución de los grupos según edad

Como se observa en la tabla y gráfico 1, la muestra estuvo constituida por cincuenta (50) pacientes con edades comprendidas entre los 8 y 12 años, entre los cuales hubo un 24% de 8 años; un 22% de 12; 20% de 10 años; 18% de 11 años y el 16% de 9 años. Con una media de 9.98 y mediana 10 años. Es decir, que el promedio de edad del grupo de 50 niños es de 10 años.

GÉNERO	Fa	F%	TOTAL	
			Fa	F%
MACULINO	28	56	28	56
FEMENINO	22	44	22	44
TOTAL	50	100	50	100

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la edad según el grupo

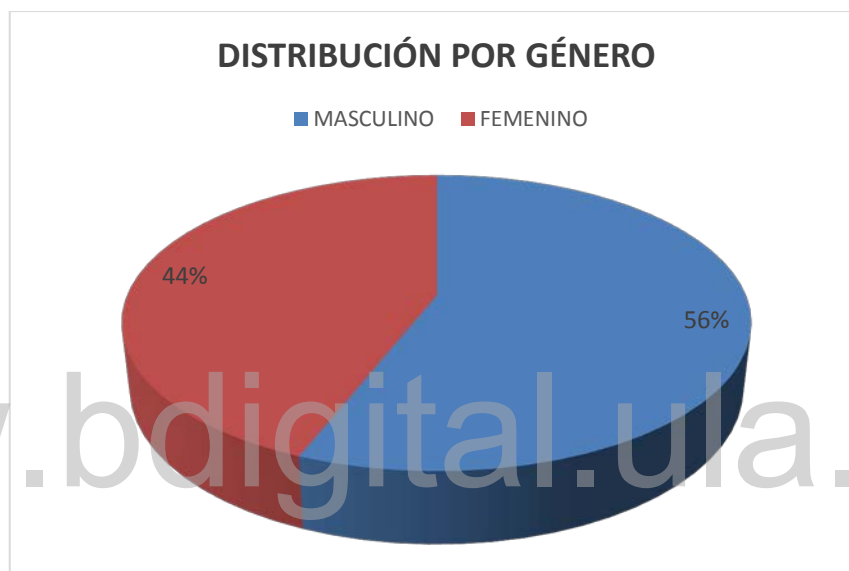


Gráfico 2. Distribución de los grupos según el género

En la tabla y gráfico 2, se observan los resultados en relación al género, indicando que un 56% es decir, 28 sujetos son de género masculino y 22 sujetos representan el 44% género femenino.

INTERVALO DE PUNTAJES	NIVEL DE ANSIEDAD-ESTADO									
	BAJO		MODERADO		ALTO		MUY ALTO			
	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%		
20 - 30	12	24								
31 - 45			28	56						
46 - 60					10	20				
+ 60										
TOTAL	12	24	28	56	10	20				

Tabla 3. Distribución de frecuencias de los puntajes alcanzados para conocer la Ansiedad- Estado (AE) antes de entrar a la consulta odontológica

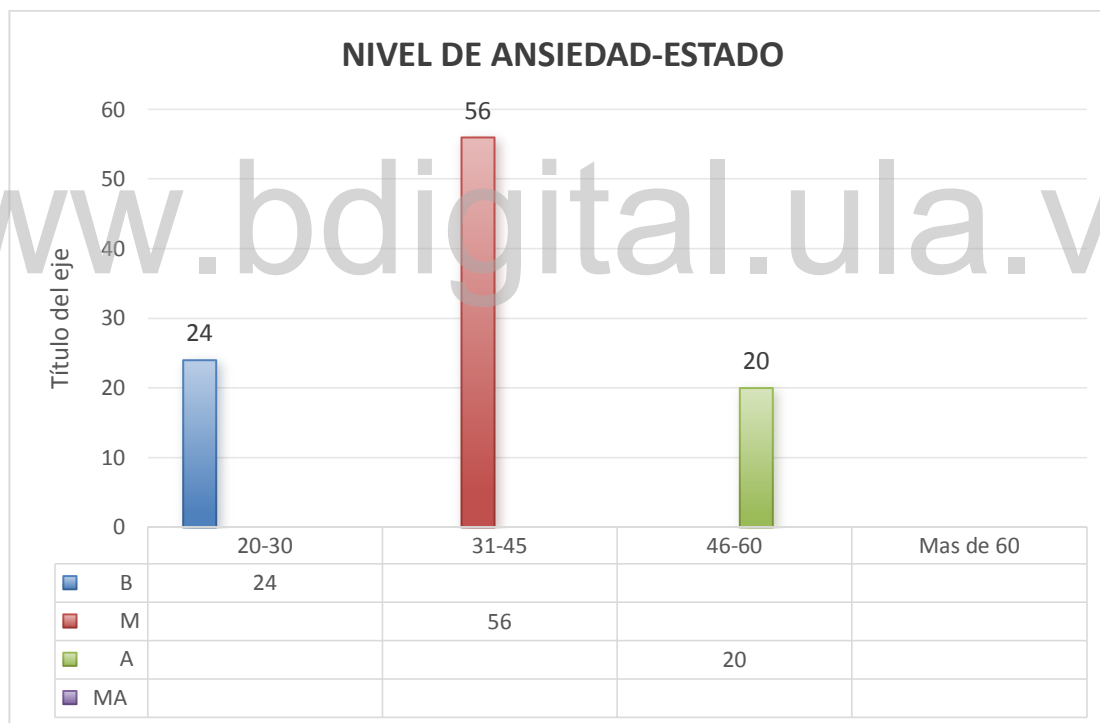


Gráfico 3. Distribución de frecuencias de los puntajes alcanzados para conocer la Ansiedad- Estado (AE) antes de entrar a la consulta odontológica.

Tomando en cuenta los rangos preestablecidos para categorizar el nivel de ansiedad, los resultados obtenidos permiten observar en la tabla y gráfico 3, que un 56% de los niños muestran signos moderados de ansiedad antes de entrar a la

consulta odontológica, el 24% muestra tranquilidad emocional (ansiedad baja), respondiendo con seguridad ante situaciones y un 20% presenta síntomas significativos de ansiedad (ansiedad alta).

INTERVALO DE PUNTAJES	NIVEL DE ANSIEDAD RASGO									
	BAJO		MODERADO		ALTO		MUY ALTO			
	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%		
20 - 30	28	56								
31 - 45			22	44						
46 - 60										
+ 60										
TOTAL	28	56	22	44						

Tabla 4. Distribución de frecuencias de los puntajes alcanzados para conocer la Ansiedad- Rango (AR) antes de entrar a la consulta odontológica.



Gráfico 4. Distribución de frecuencias de los puntajes alcanzados para conocer la Ansiedad- Rango (AR) antes de entrar a la consulta odontológica.

En relación a los resultados arrojados para el nivel Ansiedad-Rango, se observa en la tabla y gráfico 4 que un 56% de los niños encuestados muestran tranquilidad emocional y seguridad antes de entrar a la consulta odontológica, es decir, ansiedad baja. Así mismo, un 44% muestran signos moderados de ansiedad rasgo vinculado a la asistencia de consulta odontológica.

EDADES	NIVEL DE ANSIEDAD- ESTADO									
	BAJO		MODERADO		ALTO		MUY ALTO		TOTAL	
	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%
8 años			9	75	3	25			12	100
9 años			6	75	2	25			8	100
10 años	8	80	2	20					10	100
11 años	6	67	3	33					9	100
12 años	8	73	3	27					11	100

Tabla 6. Distribución de frecuencias en relación a nivel de Ansiedad- Estado (AE) y edad antes de entrar a la consulta odontológica.

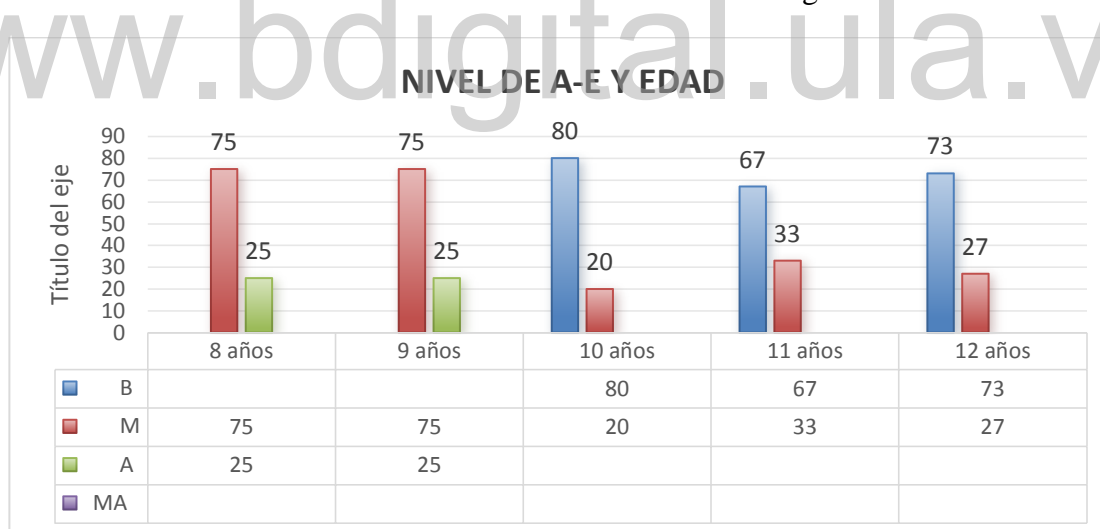


Gráfico 6. Distribución de frecuencias en relación a nivel de Ansiedad- Estado (AE) y edad antes de entrar a la consulta odontológica.

Los niveles de ansiedad dental evaluados mediante el inventario de Ansiedad Estado, en relación a la edad, indicaron un porcentaje de 75% en el rango de ansiedad moderada y 25% en el rango de ansiedad alta, para los niños con 8 y 9 año. De igual forma, se observa un 80% de ansiedad baja y un 20% de ansiedad moderada para los

niños de 11 años, un 67% y 33% en niños con ansiedad baja y moderada respectivamente y los niños de 12 años reflejan un rango del 73% en ansiedad baja y 27% moderada. Resultados que indican que los niños más pequeños entre 8 y 9 años muestran prevalencia de ansiedad estado moderada previo al tratamiento dental, disminuyendo significativamente los valores a medida que avanza la edad.

Género	NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO									
	BAJO		MODERADO		ALTO		MUY ALTO		TOTAL	
	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%	Fa	F%
MASCULINO	15	54	13	46					28	100
FEMENINO	6	27	16	73					22	100
TOTAL										

Tabla 6. Distribución de frecuencias en relación a nivel de Ansiedad- Estado (AE) y género antes de entrar a la consulta odontológica.

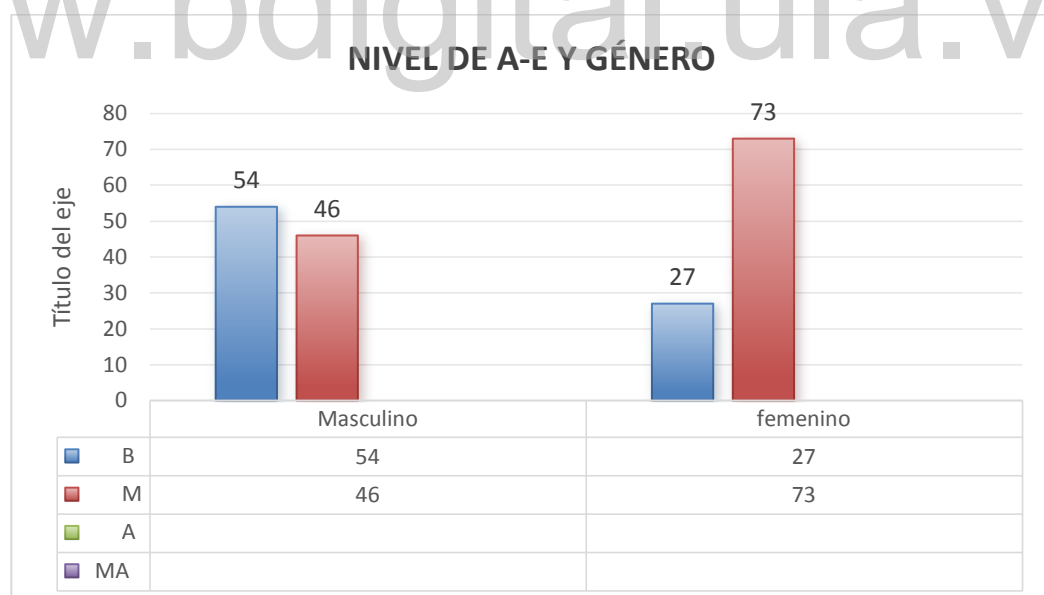


Gráfico 6. Distribución de frecuencias en relación a nivel de Ansiedad- Estado (AE) y género antes de entrar a la consulta odontológica.

Tomando en cuenta la variable género en relación a la ansiedad estado, se observa que el género masculino (niños) en un 54% y 46% reflejan estados de

ansiedad entre baja y moderado respectivamente, mientras que el género femenino (niñas) expresan en un 73% ansiedad moderada y un 27% bajos niveles de ansiedad, reflejando un nivel ligeramente mayor de ansiedad que los varones.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La investigación desarrollada tuvo como objetivo determinar los niveles de ansiedad en niños de 8 a 12 años que asisten a la consulta odontológica en el módulo “Juan Ruiz Fajardo” del estado Mérida. La muestra del estudio fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando criterios de accesibilidad, disponibilidad y voluntariedad. Quedando constituida por cincuenta (50) niños/as. Para lograr el objetivo los niños/as fueron encuestados antes de entrar a la consulta odontológica, para así observar y constatar su estado emocional. Tomando como referencia los resultados obtenidos al aplicar el inventario de Ansiedad Estado - Rango (STAIC), así como la escala de puntuación preestablecida, obtenida de forma individual para categorizar el nivel de ansiedad, rangos que fueron diseñados para ofrecer una guía práctica que facilite la comprensión clínica y contextual de los resultados, considerando tanto la intensidad de los síntomas como su posible impacto en el bienestar emocional del menor.

Los resultados evidencian que más de la mitad de los niños evaluados (56%) presentan niveles moderados de ansiedad, antes de ingresar a la consulta odontológica, lo que sugiere una respuesta emocional ante el entorno clínico, posiblemente influenciada por experiencias previas, el acompañamiento familiar o la percepción del procedimiento. Por otro lado, un 24% de los participantes se ubicó en el rango de tranquilidad emocional, mostrando conductas seguras y adaptativas frente a la situación odontológica, lo cual podría estar asociado a factores como la familiaridad con el entorno, el desarrollo emocional o estrategias de afrontamiento eficaces. Finalmente, el 20% restante manifestó síntomas significativos de ansiedad, lo que indica una reacción intensa que podría interferir con la cooperación durante la consulta y requerir intervenciones específicas para su manejo. Esta distribución revela la diversidad de respuestas emocionales en la población infantil y destaca la importancia de implementar estrategias diferenciadas según el nivel de ansiedad identificado.

Existen factores no controlables, ampliamente investigados, como las experiencias negativas previas y la ansiedad de la familia. Así mismo se encontró que existen factores controlables como el ambiente de trabajo y la actitud del personal odontológico que tienen efecto en el desarrollo de la ansiedad dental y que son determinantes para prevenir su aparición o manejarla antes, durante y después de la consulta, existiendo gran diversidad de factores que no se encuentran ampliamente investigados y que presentan efecto sobre la ansiedad dental, como la historia dental de los padres, la composición familiar, el nivel socioeconómico, el tiempo de espera y momento del tratamiento⁶.

En relación a la ansiedad - rasgo, los resultados arrojados muestran que un 56% de los niños/as muestran tranquilidad emocional y seguridad antes de entrar a la consulta odontológica y un 44% muestran signos leves de ansiedad vinculado a la asistencia de consulta odontológica. Se puede interpretar, que la ansiedad leve se manifiesta como inquietud, un poco de nerviosismo o resistencia. Considerada como una reacción natural que muchos niños experimentan. Este tipo de ansiedad generalmente no interfiere demasiado con la visita y puede ser fácilmente manejada con técnicas de relajación o distracción.⁸

La ansiedad moderada en el niño puede mostrar síntomas más intensos, como llanto, miedo a entrar al consultorio o incluso somatización (dolores de estómago, por ejemplo). Esta ansiedad puede requerir más atención y técnicas específicas para ayudar al niño a sentirse seguro y tranquilo¹⁰. Ambos niveles de ansiedad son comunes en los niños/as antes de entrar a la consulta odontológica y pueden ser manejados con enfoques como la preparación previa, el apoyo emocional y la comunicación abierta. Por ello, es importante que los padres y el personal trabajen juntos para hacer que la experiencia sea lo más positiva posible⁸.

En este orden de ideas, la relación entre ansiedad estado- edad los resultados evidenciaron que el 75% de los niños de 8 y 9 años presentan un rango de ansiedad moderada y 25% en el rango de ansiedad alta. De igual forma, se observa un 80% de ansiedad baja y un 20% de ansiedad moderada para los niños de 11 años, un 67% y 33%

en niños con ansiedad baja y moderada respectivamente y los niños de 12 años reflejan un rango del 73% en ansiedad baja y 27% moderada. Resultados que indican que los niños más pequeños entre 8 y 9 años muestran prevalencia de ansiedad al tratamiento dental, disminuyendo significativamente los valores a medida que avanza la edad.

Un estudio similar indicó que los niveles de ansiedad al tratamiento dental evaluados mediante la EAC, en relación a la edad, señalaron que la misma disminuye con forme aumenta la edad, debido a que varía de un individuo a otro. Evidenciaron que los porcentajes más altos se destacaron en los niños con edades comprendidas entre 6, 7 y 8 años¹⁸.

Los resultados en relación al nivel de ansiedad estado - género, indicó que el género masculino (niños) en un 54% y 46% reflejan estados de ansiedad entre bajo y moderado respectivamente, mientras que el género femenino (niñas) expresan en un 73% ansiedad moderada y un 27% bajos niveles de ansiedad, reflejando un nivel ligeramente mayor de ansiedad que los varones.

Otro estudio realizado concluye mediante la prueba exacta de Fisher, se comparó el nivel de cortisol salival entre niños ansiosos y no ansiosos y se correlacionó además con la puntuación ACDAS. Las niñas tenían mayores probabilidades de experimentar ansiedad dental. Siendo el rango de edad de 6 a 9 años los que poseen una alta prevalencia de ansiedad dental²³. Se puede concluir con este análisis que la ansiedad en niños y niñas al acudir al odontólogo es un fenómeno multifacético que requiere comprensión y atención y con el enfoque correcto, es posible reducir la ansiedad y promover una experiencia dental positiva.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La investigación realizada en el módulo “Juan Ruiz Fajardo” sobre los niveles de ansiedad en niños de 8 a 12 años que asisten a la consulta odontológica permitió evidenciar un panorama claro sobre el estado emocional que enfrentan los menores antes de ser atendidos. Los resultados muestran que la mayoría de los niños, un 56%, presentan signos moderados de ansiedad previa a la consulta, lo que indica, que la ansiedad es una respuesta común y prevalente en este rango etario ante el contexto dental, esta ansiedad moderada puede deberse a diversos factores como el temor a lo desconocido, experiencias pasadas o la anticipación del procedimiento, y aunque no incapacita a los niños, sí puede afectar su disposición y cooperación durante la atención.

Por otro lado, un porcentaje menor de la muestra demostró tranquilidad emocional al enfrentar la consulta respondiendo con seguridad y control emocional ante las situaciones que se presentan. Este grupo representa a los niños que probablemente han desarrollado mecanismos adecuados para manejar sus emociones o tienen experiencia previa positiva con el ambiente odontológico. Su presencia es significativa porque demuestra que no todos los niños perciben la consulta dental como un motivo de estrés, lo que puede servir como referencia para diseñar estrategias de intervención dirigidas a disminuir la ansiedad en aquellos niños más vulnerables.

Es de considerar que un grupo mínimo de los niños encuestados mostró síntomas significativos de ansiedad, lo que constituye un grupo que requiere especial atención. La ansiedad puede generar dificultades importantes durante la consulta, desde resistencia al tratamiento hasta la necesidad de intervenciones adicionales para manejar la ansiedad, lo que puede afectar la calidad del cuidado recibido y la experiencia del niño. Estos síntomas significativos pueden estar relacionados con

miedos más profundos, traumas o predisposiciones individuales, y ponen de manifiesto la necesidad de implementar programas de apoyo psicológico, técnicas de manejo del comportamiento y entornos amigables que ayuden a mitigar estos niveles altos de ansiedad.

Finalmente, se observó una relación inversa entre la edad y el nivel de ansiedad, siendo los niños más pequeños (8 y 9 años) quienes manifestaron mayor prevalencia de ansiedad moderada y alta, mientras que los de mayor edad (10 a 12 años) tendieron a presentar ansiedad baja, lo que indica que el desarrollo emocional y la experiencia acumulada influyen positivamente en la regulación de la ansiedad dental. En cuanto al género, se evidenció que las niñas presentaron mayores niveles de ansiedad moderada (73%) en comparación con los niños (46%), quienes mostraron mayor proporción de ansiedad baja, lo que sugiere diferencias en la expresión emocional ante el entorno clínico.

En conclusión, el estudio revela que, aunque predomina un nivel moderado de ansiedad en los niños que asisten al módulo “Juan Ruiz Fajardo”, existe una diversidad emocional notable que debe ser considerada por los profesionales odontológicos. La evaluación de los niveles de ansiedad, tanto rasgo como estado, es fundamental para entender cómo se sienten los niños antes de la consulta y para poder ajustar las estrategias clínicas y pedagógicas.

RECOMENDACIONES

- Implementar técnicas de educación y preparación previa para informar a los niños y a sus padres sobre el proceso odontológico mediante materiales visuales, videos o visitas de familiarización para reducir el miedo a lo desconocido.
- Capacitar al personal odontológico en manejo del comportamiento y entrenar a los odontólogos y asistentes para reconocer signos de ansiedad y utilizar técnicas de comunicación efectiva, lenguaje positivo y apoyo emocional durante la consulta.
- Establecer un ambiente amigable y relajante, crear un espacio decorado de manera lúdica y agradable, con distracciones como juguetes, música o tablets, para ayudar a reducir la ansiedad leve que predomina en la mayoría de los niños.
- Programar consultas graduales para niños con ansiedad alta y que puedan realizar visitas previas sin procedimientos invasivos para permitir que el niño se familiarice con el ambiente y el personal, construyendo confianza progresivamente.
- Involucrar a los padres o cuidadores permitiendo la presencia de un acompañante durante la consulta odontológica, como recurso para fortalecer la seguridad emocional del niño, siempre que dicha presencia no interfiera con el desarrollo clínico del tratamiento.
- Considerar el uso de sedantes leves como recurso complementario en el manejo de la ansiedad odontológica infantil, siempre bajo criterios clínicos actualizados y respetando las implicaciones éticas y de salud que este tipo de intervención conlleva.
- Utilizar la visualización de videos educativos sobre el procedimiento odontológico puede disminuir la ansiedad al familiarizar a los niños con el entorno y los tratamientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gatell Carbó A. Trastorno específico del aprendizaje. Vol. 26, *Pediatría Integral*. 2022. 21–33 p.
2. Ciraiz, E. Nivel de ansiedad previo y posterior al tratamiento dental mediante el test de dibujos de Venham modificado en pacientes niños que asisten a la clínica dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. *Universid*. 2015;1–70.
3. Alcayaga R, Launert M. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Av Odontoestomatol*. 2004;20:239–45.
4. Carrion K. ANSIEDAD DENTAL EN LOS (AS) NIÑOS(AS) DE 4 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, PERIODO MARZO-JULIO 2015. Loja, Ecuador; 2015.
5. Weddell JA, Sanders BJ, Jones JE. Dental Problems of Children with Special Health Care Needs. McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent: Tenth Edition. 2016. 513–539 p.
6. Lozano J, Carrillo G, Suárez A. Efecto de los factores controlables y no controlables en la ansiedad dental en niños de 6 a 12 años. *Revisión sistemática de la literatura*, 2021.
7. Ledesma K, Villavicencio E. Ansiedad y miedo ante el tratamiento odontológico en niños. *Odontol Act Rev Cient* [Internet]. 2018;2(1):79. Available from: <http://dx.doi.org/10.26871/oactiva.v2i1.177>. Revista OACTIVA UC Cuenca. 2017;2(1):69–78.
8. Lozano C. Actitud de los niños frente al tratamiento odontológico. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Psicología, 2002. <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/16061?show=full>.

9. Rodríguez, N. Olmo, R. Mourelle, R. Gallardo, N. Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. dpto. Estomatología IV Facultad de Odontología Universidad Complutense: Madrid; 2008.
10. Jonathan Isaac López Calero. Temor hacia el odontólogo en niños menores de 5 años. REVISTA EUGENIO ESPEJO. el 16 de julio de 2020;14(2):51–60.
11. Paredes VC, Morales OA, Coronado JA, Díaz N. Efecto de la escucha de Música Barroca sobre la ansiedad de niños que acuden a la Consulta Odontológica. Vol. 12, Ciencia. 2015.
12. Paredes M, Uzcátegui A, Morales OA, Coronado JA, Díaz N. EFECTO DE LA ANIMACIÓN LÚDICA SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA. ACTA BIOCLINICA. 2018;
13. Ortiz T, Cardenas J, Manrique R , Pérez M. Percepción del miedo dental en niños de 5 a 12 años según las creencias de personalidad y ansiedad dental de la madre. Facultad de Odontología Maestría en Ciencias Odontológicas Grupo CBO. Línea de investigación.
14. Ramos K, Alfaro L, Madera M GFA y miedo en niños atendidos en consulta odontológica de la U de Cartagena R odontol mex [Internet]. 2018;22(1). A from: <http://dx.doi.org/10.22201/fo.1870199xp>. 2018. 22. 1. 63502. Ansiedad y miedo en niños atendidos en consulta odontológica de la Universidad de Cartagena.
15. Gasco L, Zamora J. Relación entre la ansiedad dental de la madre y ansiedad del niño atendidos en consultorio privado, Lima-2022. Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Estomatología; 2022.
16. Mautz C, Fernández C, Saldivi C, Rodríguez C, Riquelme S, Linco J. Prevalencia de Ansiedad Dental en Niños Atendidos en los Servicios de Salud Públicos de Valdivia, Chile. Odontoestomatologia [Internet]. 2017;19(30):59–64. Available from: <http://dx.doi.org>.

17. Rivera I, Fernández A. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 2005;37(3):461-475. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537302>.
18. Carrillo M, Migueláñez B, Nieto C, Romero M, González M. How can we reduce dental fear in children? The importance of the first dental visit. *Children (Basel)* [Internet]. 2021;8(12):1167. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/children8121167>. diciembre de ;
19. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *Eur J Paediatr Dent* [Internet]. 2017;18(2):121–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.23804/ejpd.2017.1>.
20. Armfield J, Heaton L. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J* [Internet]. 2013;58(4):390–407; quiz 531. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/adj.12118>.
21. Alsadat F, El-Housseiny A, Alamoudi N, Elderwi D, Ainos A, Dardeer F. Dental fear in primary school children and its relation to dental caries. *Niger J Clin Pract*. 2018 Nov;21(11):1454-1460. doi: 10.4103/njcp.njcp_160_18. PMID: 30417844. noviembre de ;
22. Aarvik R, Svendsen E, Agdal M. Held still or pressured to receive dental treatment: self-reported histories of children and adolescents treated by non-specialist dentists in Hordaland, Norway. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2022;23(4):609–18. Availabl. agosto de ;
23. Vlad R, Pop AM, Olah P, Monea M. The evaluation of dental anxiety in primary school children: A cross-sectional study from Romania. *Children (Basel)* [Internet]. 2020;7(10):158. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/children7100158>. octubre de ;

24. Shim Y, Kim A, Jeon E, An S. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *J Dent Anesth Pain Med* [Internet]. 2015;15(2):53–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17245/jdapm.2015.15.2.53>.
25. Wu L, Gao X. Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors. *BMC Oral Health* [Internet]. 2018;18(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-018-0553-z>.
26. Fux-Noy A, Zohar M, Herzog K, Shmueli A, Halperson E, Moskovitz M, et al. The effect of the waiting room's environment on level of anxiety experienced by children prior to dental treatment: a case control study [Internet]. Research Square. 2019. Available. diciembre de ;
27. Raghavendra H, Dhanu G , S P Shrutha , Irin M , Namratha T , Kausar-E-T , Kanchan T. Pediatric dentist attire and relationship with anxiety in children and parents during Covid-19 pandemic. Department of Pedodontics and Preventive Dentistry, AME's Dental.
28. González, M. Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *Aula*, 5. (2009). <https://doi.org/10.14201/3270>.
29. Cohen S, Fiske J, Newton J. The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J*. 2000 Oct 14;189(7):385-90. doi: 10.1038/sj.bdj.4800777. PMID: 11081950.
30. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Mad.
31. Grández R. Nivel de ansiedad en niños que acuden a consulta odontológica. Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas-Perú; 2017.
32. Márquez J, Navarro M, Cruz D, Gil J. ¿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 [Internet]. 2004 Abr citado.
33. Ríos M., Herrera A., Rojas Alcayag G. Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 Feb [citado 2022 Nov 06]; 30(1): 39-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-1285201400010000.
 34. Al-Namankany A, de Souza M, Ashley P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. Br Dent J. 2012 Mar 9;212(5):219-22. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.174. PMID: 22402535.
 35. Bonilla E. Nivel de ansiedad de acuerdo a la escala de corah modificada en los pacientes que asisten a la consulta odontológica en la Universidad Católica de Cuenca sede azogues periodo 2024-2024. [Internet]. 2025. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/93874a7e-60f8-4dfa-8a46-bac697c3e57f>
 36. Barreiro C; AJ: GM. La ansiedad dental en pacientes durante un tratamiento odontológico. 2023;27 (S1). Disponible en: www.revcompinar.sld.cu se bebe
 37. Lima M, Casanova Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Revista de humanidades médicas. 2010. Disponible en: URL: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2006/n16/body/hmc070106.htm#26>.
 38. Lima M, Casanova Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Revista de humanidades médicas. 2010. Disponible en: URL: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2006/n16/body/hmc070106.htm#26>.
 39. Spielberger C, Lushene R, Montuori J, Platzek D. Cuestionario de autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños. 3ª ed. Madrid: TEA Ediciones; 2001.
 - 40.

41. Castrillón, D. ; Borrero, P. Validación del inventario de ansiedad estado - rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. Acta Colombiana de Psicología, (13), 79-90 (2005).

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 1



NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA
CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL MÓDULO
“JUAN RUIZ FAJARDO”
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC)

Fecha: __/__/2025.

Nombres _____, Apellidos _____

Edad: _____, Cedula _____, Sexo: _____ Procedencia: _____

Motivo de la consulta _____

Instrucciones

Primera parte del cuestionario: Aquí encontrarás frases que te ayudan a decir cómo te sientes EN ESTE MOMENTO. Léelas con tranquilidad y marca la opción que muestre mejor lo que sientes ahorita. No hay respuestas correctas ni incorrectas, solo importa lo que tú estés sintiendo. Contesta sin pensar demasiado, elige lo que más se parezca a tu emoción actual.

Segunda parte del cuestionario: Esta sección tiene frases que hablan sobre cómo sueles sentirte LA MAYORÍA DEL TIEMPO. Léelas con calma y escoge la respuesta que mejor diga cómo eres en general. No importa si es diferente a lo que sientes hoy, lo importante es que seas honesto contigo. No hay respuestas buenas o malas; solo responde como tú eres normalmente.

PRIMERA PARTE

	Nada	Algo	Mucho
1. Me encuentro calmado	3	2	1
2. Me encuentro quieto	3	2	1
3. Me siento nervioso	1	2	3
4. Me encuentro descansado	3	2	1
5. Tengo miedo	1	2	3
6. Estoy relajado	3	2	1
7. Estoy preocupado	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	3	2	1
9. Me siento feliz	3	2	1
10. Me siento seguro	3	2	1
11. Me encuentro bien	3	2	1
12. Me siento molesto	1	2	3
13. Me siento agradable	3	2	1
14. Me encuentro asustado	1	2	3
15. Me encuentro confuso	1	2	3
16. Me siento con buen animo	3	2	1
17. Me siento angustiado	1	2	3
18.			
19. Me encuentro alegre	3	2	1
20. Me encuentro disgustado	1	2	3
21. Me siento triste	1	2	3

VUELVE LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA
SEGUNDA PARTE

SEGUNDA PARTE

	Casi Nunca	A Veces	A Menudo
1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9. Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12. Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estomago	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mi	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

ANEXO 2



Fecha: __/__/2025.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, de _____ años de edad, identificado(a) con la cedula de identidad N.º _____, domiciliado(a) en _____ como representante legal o familiar de _____, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que el instrumento: **“Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC)**, aportarán datos y resultados importantes para el proyecto de investigación el cual tiene como objetivo: **Determinar los niveles y factores que producen ansiedad en los niños que asisten a la consulta odontológica, en el módulo “Juan Ruiz Fajardo”** A cargo de las Bachilleres Martínez Fernández Cindy Marlyd, portadora de la cédula de identidad 22.654.001, y Quijada Vielma María José portadora de la cedula de identidad 17.340.057 estudiantes de 5to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes, confío en las buenas intenciones y por este motivo autorizo a mi representado a participar en la presente investigación.

REPRESENTANTE LEGAL

CÉDULA

NÚMERO DE TELÉFONO