



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
ESCUELA DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN ODONTOLOGÍA



TESIS FINAL

**“ANSIEDAD DE PADRES Y COMPORTAMIENTO DE NIÑOS
ATENDIDOS EN LA PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA EN
EL DISTRITO DE CHINCHA, ICA – PERÚ DEL PERÍODO 2019- 2020”**

AUTORA:

C.D. Esp. CEVALLOS CARDENAS ANA MARÍA DEL ROSARIO

ASESORA:

DRA. HUAMAN ESPINOZA GLADYS ROSARIO

ICA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A la reina del cielo, hacedora de mis sueños y anhelos, a mis padres por ser la mayor fuente de inspiración y a mis hermanos por su amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A la Santísima Virgen María por absolutamente todo en mi vida, a mi familia por ser el regalo más grande y hermoso que puede darme Dios y a todos los grandes profesionales que colaboraron con el desarrollo de esta investigación por la dedicación y el conocimiento aportado.

RESUMEN

Las personas no nacen con ansiedad al tratamiento dental y/o al profesional odontológico. Esta asociación ocurre a través del proceso de socialización. Los niños son tan susceptibles a la ansiedad como los adultos y su ansiedad se deriva de la comunicación entre pares de malas experiencias en su mayoría. Por ello el presente estudio tuvo como objetivo la relación sin dependencia, relacionar la ansiedad de padres y comportamiento de niños atendidos en la primera consulta odontopediátrica en el distrito de Chincha, Ica – Perú del período 2019- 2020. Se utilizó un nivel de investigación relacional y un tipo de investigación observacional, transversal, de diseño analítico, examinando 120 niños de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 3 y 6 años. Obteniendo como resultado que sí existe relación significativa entre la ansiedad de padres y el comportamiento de sus niños según su edad, mientras que no se encontraron diferencias significativas según el género de los niños. Se concluyó que la ansiedad de padres se relaciona significativamente ($P = 0,00$) con el comportamiento de niños atendidos en la primera consulta odontopediátrica en el distrito de Chincha, Ica – Perú del período 2019-2020. Además, se recomienda la realización de más estudios para identificar individualmente los roles específicos de cada variable en los niveles de ansiedad dental en los niños. Todo ello para poder comprender mejor el comportamiento de los niños en entornos dentales, así como alentar a los profesionales odontológicos a utilizar estrategias psicológicas para mejorar la confianza en los niños con ansiedad dental.

Palabras clave: Ansiedad dental, comportamiento en niños, escala de Corah, escala de Frankl, primera consulta odontológica.

ABSTRACT

People are not born with anxiety about dental treatment and / or the dental professional. This association occurs through the process of socialization. Children are as susceptible to anxiety as adults and their anxiety stems from peer-to-peer communication of mostly bad experiences. For this reason, the present study aimed at the relationship without dependency, relating the anxiety of parents and the behavior of children seen in the first pediatric dentistry consultation in the district of Chincha, Ica - Peru from the period 2019-2020. A relational research level was used and a type of observational, cross-sectional and analytical design research, examining 120 children of both sexes, aged between 3 and 6 years. Obtaining as a result that there is a significant relationship between the anxiety of parents and the behavior of their children according to their age, while no significant differences were found according to the sex of the child. It was concluded that parental anxiety is significantly related ($P = 0.00$) with the behavior of children seen in the first pediatric dentistry consultation in the district of Chincha, Ica - Peru in the period 2019-2020. In addition, it is recommended to perform further studies to individually identify the specific roles of each variable in dental anxiety levels in children. All of this in order to better understand the behavior of children in dental settings, as well as to encourage dental professionals to use psychological strategies to improve confidence in children with dental anxiety.

Key words: Dental anxiety, behavior in children, Corah scale, Frankl scale, first dental visit.

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
ESCUELA DE POSGRADO

TEMA:

ANSIEDAD DE PADRES Y COMPORTAMIENTO DE NIÑOS ATENDIDOS
EN LA PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA EN EL DISTRITO
DE CHINCHA, ICA – PERÚ DEL PERÍODO 2019- 2020

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Campo: Ciencias Odontológicas, área prioritaria: Salud pública y Bioética,
sub-área disciplinar: Rehabilitación del sistema estomatognático, línea de
Rehabilitación: Anatomo-funcional, Calidad de vida.

AUTORA:

C.D. Esp. CEVALLOS CARDENAS ANA MARÍA DEL ROSARIO

ASESORA:

DRA. HUAMAN ESPINOZA GLADYS ROSARIO

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
ÍNDICE	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I - MARCO TEÓRICO	10
1.1. Antecedentes	10
1.2. Bases teóricas	15
1.2.1. ANSIEDAD	15
1.2.2. CAUSAS DE ANSIEDAD	16
1.2.3. PRIMERA CONSULTA ODONTOLÓGICA	18
1.2.4. ANSIEDAD DENTAL	18
1.2.5. ANSIEDAD DENTAL EN NIÑOS.....	20
1.2.6. ANSIEDAD DENTAL EN PADRES	20
1.2.7. ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL.....	21
1.2.8. DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS	22
1.2.9. ESCALA DE COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS	24
1.3. Marco conceptual.....	26
CAPÍTULO II – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
2.1. Situación problemática.....	27
2.2. Formulación del problema	27
a) Problema general	27
b) Problemas específicos.....	28
2.3. Justificación e importancia.....	28
a) Justificación	28
b) Importancia	28
2.4. Objetivos de la Investigación	29
a) Objetivo general.....	29
b) Objetivos específicos.....	29
2.5. Hipótesis de la Investigación	30
a) Hipótesis general	30
b) Hipótesis nula	30
2.6. Variables de la Investigación	30

a) Identificación de las Variables	30
b) Operacionalización de variables	31
CAPÍTULO III – METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.1. Tipo, nivel y diseño de investigación	33
3.2. Población y muestra	33
CAPÍTULO IV - TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
4.1. Técnicas de Recolección de Datos.....	35
4.2. Instrumentos de Recolección de Datos	35
4.3. Técnicas de Procesamiento, Análisis e Interpretación de Resultados.	35
CAPÍTULO V – CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	36
CAPÍTULO VI – PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	38
6.1. Presentación e interpretación de Resultados	38
6.2. Discusión de Resultados	42
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES.....	45
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	46
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y el miedo al tratamiento dental han sido reconocidos como una fuente de problemas de salud graves en los niños. La investigación entre las poblaciones infantiles ha indicado previamente una prevalencia de ansiedad dental que varía de 5.7 a 21% dependiendo de los métodos y las poblaciones encuestadas(1). Según la Academia Americana de Dentistas Pediátricos (AAPD), menciona que la orientación y el asesoramiento anticipados son componentes esenciales en la primera visita dental. Los esfuerzos de colaboración y la comunicación efectiva entre los hogares y los profesionales dentales son esenciales para prevenir la enfermedad oral y promover la salud oral entre los niños(2).

La respuesta de un paciente infantil a las demandas del tratamiento dental es compleja y está determinada por el impacto de las variables de fondo como los rasgos de personalidad y los factores parentales(3).

Los dentistas en situaciones clínicas reconocen bien la influencia de la ansiedad de los padres en el comportamiento de los niños. Se sabe que los padres transmiten sutilmente sentimientos de miedo y ansiedad a sus hijos. De los dos padres, las madres con altos niveles de ansiedad han demostrado con mayor frecuencia que ejercen una influencia negativa en el comportamiento de sus hijos. Se ha sugerido que se puede comprender, predecir e influir en el comportamiento dental de un niño a través de la actitud de la madre hacia el cuidado dental(4).

Por lo tanto, hay opiniones y prácticas contradictorias sobre si los padres deben estar presentes o no en el momento del procedimiento médico de su hijo. Es así que el principal objetivo de la presente investigación fue relacionar la ansiedad de los padres con el comportamiento de los niños en la primera consulta odontopediátrica del distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.

CAPÍTULO I - MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes internacionales

- MURALI K, SHANMUGAM S, realizaron la investigación titulada Influencia de la ansiedad dental de las madres y la percepción del niño hacia la utilización de los servicios dentales: un estudio de cuestionario, diseñada en India durante el 2017, evidenciaron que la edad de la madre, la edad del niño, el ingreso de la familia, la presencia de caries y dolor en el niño influyeron significativamente en visita del niño al dentista ($P \leq 0.05$). No encontraron asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad de la madre y la visita del niño. Concluyeron que la falta de conocimiento materno, las razones socioeconómicas bajas y la percepción materna de la salud bucal del niño podrían ser las razones importantes para un menor número de visitas al dentista(5).
- MUNAYCO E, en su estudio titulado Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico realizado en Costa Rica durante el 2018, encontraron que los padres presentaron poco o nada de miedo (55,9%) y sus hijos (87,6%) En referencia a la ansiedad, los padres presentaron baja ansiedad (57%); los niños, en su mayoría, no estaban ansiosos (64,4%) y su comportamiento fue positivo (71,2%). Como resultado, evidenciaron que la ansiedad provocada por el tratamiento dental en niños y padres no estaba relacionada; sin embargo, el miedo sí. Con respecto a la colaboración de los niños en el tratamiento odontológico, se observó que casi tres cuartas partes de ellos tuvo una colaboración positiva tipo 3 según la escala de Frankl. Con respecto a la ansiedad de los niños, este estudio halló que aproximadamente dos tercios de los niños de 3 a 6 años no

presentó ansiedad. Sin embargo, la colaboración del niño estaba relacionada con el miedo y la ansiedad que puede experimentar durante el tratamiento dental(6).

- VASILIKI B, KONSTANTINOS A, et al. realizaron el estudio titulado El efecto de la presencia de los padres en la percepción y la cooperación del niño durante el tratamiento dental, en Grecia durante el 2016. Obteniendo que, según la calificación del dentista pediátrico, el comportamiento de los niños era peor cuando los padres estaban ausentes, con una diferencia significativa solo para la segunda sesión de tratamiento restaurador ($p = 0.011$). No hubo diferencias en la calificación de los padres en los puntajes de comportamiento infantil entre los dos grupos. No hubo diferencias en la percepción de los niños entre los dos grupos, ($p = 0.021$) cuando el padre estaba presente. En ambos grupos, el dentista calificó puntuaciones de Venham más bajas (mejor comportamiento del niño) que los padres (presencia: $p = 0.001$, ausencia: $p = 0.038$). Los niños registraron peores puntajes que los padres y el dentista pediátrico. Concluyeron que el único hallazgo significativo radica en la antítesis de cómo los niños percibieron su última sesión de tratamiento y cómo el dentista calificó el comportamiento de los niños con respecto a la presencia de los padres. Las puntuaciones de los padres sobre el comportamiento de sus hijos no estaban relacionadas con la presencia de los padres(7).
- “ARAGAO O, et al., realizaron un estudio titulado la ansiedad en niños sometidos a tratamiento dental y los factores asociados, en Brasil durante el 2016. Observaron ansiedad en el 60.4% de los niños, y se relacionó con procedimientos dentales invasivos ($p = 0.021$), antecedentes de dolor dental ($p = 0.002$), presencia de bruxismo ($p = 0.028$), cuidadores ansiosos ($p = 0.023$), y el estrés

del estudiante de odontología que realizó la cita ($p = 0.005$). Concluyeron que la mayoría de los pacientes pediátricos mostraron ansiedad, que estaba directamente relacionada con el mal comportamiento durante el cuidado dental. Además, la ansiedad estaba relacionada con las características individuales de los niños y estaba influenciada por el nivel de ansiedad de los cuidadores, así como por el estado emocional de los estudiantes de odontología durante la cita dental(8).

- FAZLI M, M. R. KAVANDI, en su estudio el impacto de la ansiedad de la madre o el padre y la presencia en la cooperación de los niños en la unidad de cuidado dental, realizado en Irán durante el 2015, tuvo como resultados que aproximadamente la mitad de las madres y aproximadamente $\frac{3}{4}$ de los padres no tenían ansiedad en el cuidado dental de sus hijos. Hubo una relación entre el género de los niños, la educación de las madres y los padres y el número de niños, con la cooperación en el cuidado dental de los niños. Hubo diferencia entre la madre o el padre que acompaña a la cooperación infantil ($P < 0,0001$). Concluyeron que se debe reducir la ansiedad de la madre por proporcionar a los niños la atención dental suficiente. El padre hace que los niños cooperen más para que el acompañamiento de los padres sea más efectivo en el comportamiento de los niños en el cuidado dental. Sugerimos que el acompañamiento paterno sería una solución en el cuidado del deshielo infantil(9).
- FONSECA M, realizó una investigación titulada el miedo de los niños en función a la ansiedad de sus padres, en Ecuador durante el 2016. Para ello, seleccionaron 153 padres con sus hijos entre 12 años de la “Escuela Particular Centro del Muchacho Trabajador N-1”. Los resultados mostraron un porcentaje del 57,9%, de los niños que presentan niveles bajos

de miedo los niños que tenían padres con tratamiento ansioso mostraron niveles de miedo más elevados en el tratamiento odontológico con una correlación de 0,617. En relación al miedo dental según el género, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas. Los resultados de ansiedad hacia los padres mostraron niveles bajos con un 45,1% y moderados con un 42,5%. Por lo tanto concluyeron que la ansiedad de los padres ayuda al miedo cuando los niños deben acudir al dentista(10).

1.1.2. Antecedentes nacionales

- PIEDRA D en su estudio titulado asociación entre la ansiedad dental de los pacientes pediátricos y la de sus madres en su primera visita odontológica al Centro Universitario de Salud – UPC, realizado en Lima durante el 2016, encontraron que 14 (8.81%) de los niños con ansiedad asistieron con madres que presentaban ansiedad de tipo moderada y solo 6 (3.77%) niños ansiosos tenían madres con una ansiedad alta, encontrándose una asociación significativa entre la ansiedad del niño y la madre. ($p = 0,025$)(11).
- RODRIGUEZ B. Realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar en qué medida la ansiedad dental de los padres influye en el comportamiento del paciente pediátrico atendidos en la Clínica Estomatológica Tacna, subsidiaria de la Universidad Alas Peruanas, en 2017. Su muestra consistió en 93 niños y sus padres. Los resultados muestran que los padres tienen entre 31 y 40 años, con una edad promedio entre 20 y 50 años, donde 76.3% son mujeres y 71% son madres del niño. El nivel de ansiedad encontrado es: 47.3%, leve, 30.1%, moderado, 16.1% y 6.5%, con ansiedad severa y alta. Respecto al comportamiento infantil, el 37,6% presentó comportamiento muy positivo, el 35,5%,

comportamiento positivo, el 23,7%, comportamiento negativo y el 3,2%, comportamiento muy negativo. La prueba de hipótesis realizada con la estadística chi-cuadrado, informada a un nivel de confianza de $\alpha = 0.05$, $p > 0.05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula. Llegó a la conclusión que no existe una relación significativa entre las dos variables, por lo tanto, la relación entre la ansiedad dental del acompañante versus el cuidado dental del niño y el comportamiento motor del niño son factores independientes(12).

- HERNANDEZ S, realizó un estudio titulado la influencia de la ansiedad de la maternidad en el miedo a visitar al odontólogo en niños entre 7 y 12 años en la Clínica de Estomatólogos de la UPAO en 2015, en Trujillo durante el 2016, se seleccionaron 124 niños, de 7 a 12 años, sus resultados mostraron que el 75.8% de los niños exhibieron un bajo nivel de miedo y un 24.2% de alto nivel de miedo hacia el tratamiento odontológico. Los niños entre 7 y 9 años tenían un mayor nivel de miedo que los niños entre 10 y 12. El 50% de las madres de niños con alto nivel de miedo mostraron un nivel moderado de ansiedad, mientras que el 93% de las madres exhibieron un nivel bajo de ansiedad. Concluyeron que existe una influencia de la ansiedad de la madre en el nivel de miedo que los niños muestran hacia la visita odontológica(13).
- TERRONES L, realizó una investigación titulada la relación entre la ansiedad de la madre y su hijo en su primera consulta odontopediátrica en el Centro Especializado de Educación Odontológica (CEFO) de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – 2018 en Trujillo durante el 2018, su la muestra total fue de 38 madres hijas que obtuvieron los criterios de selección. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó el instrumento del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

(STAI) para las madres y, además, se evaluó la ansiedad de los hijos a través de la Escala de Imagen Facial (FIS), donde los resultados no encontraron evidencia suficiente para determinar la relación, entre la ansiedad de la madre y el niño en su primera consulta odontopediátrica(14).

1.1.3. Antecedentes locales

No se han encontrado antecedentes del ámbito local.

1.2. Bases teóricas

1.2.1. ANSIEDAD

La ansiedad es más que sentirse estresado o preocupado. Si bien el estrés y los sentimientos de ansiedad son una respuesta común en una situación en la que nos sentimos presionados, generalmente pasamos una vez que la situación está en el pasado o se elimina el "estresor". La ansiedad es cuando estos sentimientos de ansiedad no desaparecen, cuando continúan y suceden sin ninguna razón o causa en particular. Es una afección grave que dificulta hacer frente a la vida diaria. Todos los sentimientos ansiosos de vez en cuando, pero para alguien que experimente ansiedad, estos sentimientos no se controlan fácilmente(15).

Los trastornos de ansiedad pueden dificultar que las personas trabajen o estudien, gestionen las tareas diarias y se relacionen bien con los demás, y a menudo resultan en tensión financiera y sufrimiento personal profundo. Las personas a menudo viven con trastornos de ansiedad durante años antes de ser diagnosticadas y tratadas(16):

Cada vez que la respuesta de lucha o huida se activa por el peligro, ya sea real o imaginado, conduce a cambios en tres "sistemas de funcionamiento": la forma en que piensa (cognitivo), la forma en que su cuerpo se siente y funciona (físico) y la forma Actúas (conductual). Cuánto cambian estos tres sistemas varía, dependiendo de la persona y el contexto(17).

1. Cognitivo: la atención cambia de forma inmediata y automática a la amenaza potencial. El efecto en el pensamiento de una persona puede variar desde una leve preocupación hasta un terror extremo(18).
2. Físico: los efectos incluyen palpitaciones o aumento de la frecuencia cardíaca, respiración superficial, temblores o temblores, sudoración, mareos o aturdimiento, sensación de "debilidad en las rodillas", congelación, tensión muscular, falta de aliento y náuseas(18).
3. Comportamiento: las personas se involucran en ciertos comportamientos y se abstienen de otros como una forma de protegerse de la ansiedad (por ejemplo, tomar clases de defensa personal o evitar ciertas calles después del anochecer)(18).

1.2.2. CAUSAS DE ANSIEDAD

No hay respuestas claras sobre por qué algunas personas desarrollan un trastorno de ansiedad, aunque la investigación sugiere que pueden estar involucrados varios factores. Como la mayoría de los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad parecen ser causados por una combinación de factores biológicos, psicológicos y experiencias de vida desafiantes(19).

FACTORES PSICOLÓGICOS

Las dos principales escuelas de pensamiento que intentan explicar las influencias psicológicas en los trastornos de ansiedad son las teorías cognitivas y conductuales. Las ideas expresadas por estas teorías nos ayudan a comprender el tratamiento cognitivo-conductual, que se describirá en el próximo capítulo. Una tercera forma de ver las causas psicológicas de la ansiedad es la teoría del desarrollo, que busca comprender nuestra experiencia de ansiedad como adultos al observar lo que aprendemos de niños(19).

TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO

La teoría del comportamiento sugiere que las personas aprendan a asociar el miedo que se siente durante un evento estresante o traumático con ciertas señales, como un lugar, un sonido o un sentimiento. Cuando las señales vuelven a ocurrir, hacen que el miedo se vuelva a experimentar. Una vez que se aprende la asociación entre el miedo y la señal, es automática, inmediata y está fuera de control consciente. El miedo se siente antes de que haya tiempo para saber si el peligro está cerca. Tales señales pueden ser externas o internas(19).

TEORÍA DEL DESARROLLO

Según la teoría del desarrollo, la forma en que los niños aprenden a predecir e interpretar los eventos de la vida contribuye a la cantidad de ansiedad que experimentan más adelante en la vida. La cantidad de control que las personas sienten sobre sus propias vidas está fuertemente relacionada con la cantidad de ansiedad que experimentan. El sentido de control de una persona puede variar desde la confianza de que pase lo que pase esté completamente en sus manos,

hasta sentir una completa incertidumbre e impotencia ante los próximos eventos de la vida. Es probable que las personas que sienten que la vida está fuera de su control sienten más miedo y ansiedad(19)(20).

FACTORES BIOLÓGICOS

Las causas y efectos biológicos de los trastornos de ansiedad incluyen problemas con la química cerebral y la actividad cerebral; genética; y problemas médicos, psiquiátricos y de uso de sustancias(20).

1.2.3. PRIMERA CONSULTA ODONTOLÓGICA

La primera visita al dentista suele ser corta e implica muy poco tratamiento. Esta visita brinda al infante la oportunidad de conocer al dentista de una manera amigable y sin amenazas. Durante el examen, el dentista revisará todos los dientes existentes del niño en busca de caries, examinará la oclusión y buscará posibles problemas con las encías y los tejidos orales(21).

La primera visita dental es un hito importante en la vida del niño y una visita oportuna debe ser una parte esencial de la atención médica general del niño. La edad de la primera visita dental del niño ayuda a determinar la calidad de la atención dental preventiva que recibirá el niño y, por lo tanto, la salud bucal futura del niño. Varios estudios han recomendado visitas dentales tempranas para niños, lo que sugiere que idealmente debería ser antes de completar los 12 meses de edad.

Crear una buena relación en la primera visita del niño ayuda a crear una atmósfera cómoda en la que el niño no se siente amenazado. Los niños a menudo emiten juicios sobre su

dentista en función de su apariencia y, a menudo, registran y analizan cada palabra, movimiento y gesto de su dentista durante una cita dental(22).

1.2.4. ANSIEDAD DENTAL

La ansiedad dental es un estímulo dental desagradable mal definido, o no presente de inmediato, acompañado de una fuerte sensación de que algo dañino, generalmente dentro de un contexto dental, está a punto de suceder. El sentimiento puede ser psicológicamente aversivo y generalmente es desconocido para un individuo(23). Sin embargo, la ansiedad dental se puede distinguir del miedo dental en el sentido de que la última se describe como una reacción emocional normal ante un estímulo amenazante conocido en la situación dental(24). La ansiedad dental es un problema común que afecta a las sociedades de todo el mundo y, por lo tanto, es un problema de salud pública, ya que afecta la decisión de los pacientes de visitar al dentista con los consecuentes efectos en su salud oral. Se ha informado que la ansiedad por problemas dentales contribuye a la asistencia dental irregular, la demora en la búsqueda de atención dental e incluso la evitación de la atención dental(25). En última instancia, conduce al deterioro de la salud bucal que puede tener una influencia significativa en la Calidad de Vida (OHQoL) relacionada con la salud bucal de los individuos.

La ansiedad dental es un componente importante, si no el principal, de angustia para los pacientes en el consultorio dental. Por lo tanto, los pacientes que están muy ansiosos por el tratamiento dental pueden reaccionar de manera diferente a los que están menos ansiosos(26).

Los pacientes ansiosos necesitan tomar más analgésicos para aliviar el dolor. La ansiedad dental tiene un impacto constante en el dolor durante todo el período del tratamiento dental y, por lo tanto, debe evaluarse como un paso vital no solo en el manejo de la ansiedad para pacientes con ansiedad dental alta, sino también en el control del dolor para todos los pacientes(27).

1.2.5. ANSIEDAD DENTAL EN NIÑOS

El miedo dental y la ansiedad dental se refieren a los fuertes sentimientos negativos asociados con el tratamiento dental, se cumplan o no los criterios para un diagnóstico de fobia dental. La prevalencia informada de ansiedad entre niños y adolescentes en diferentes países osciló entre 5 y 33%(28). Los niños con ansiedad a menudo intentan todos los medios para evitar o retrasar el tratamiento dental, lo que resulta en un deterioro de su salud bucal(29). También demuestran poca cooperación durante las visitas al dentista, lo que compromete los resultados del tratamiento, crea estrés laboral en el personal dental y causa discordia entre los profesionales dentales y sus padres(30). La adquisición de la ansiedad en la infancia puede seguir hasta la edad adulta y es un predictor significativo de evitación dental en la edad adulta. Prevenir e interceptar la ansiedad durante la infancia se considera un enfoque crítico para mejorar la salud bucal y la experiencia dental de las personas(31).

1.2.6. ANSIEDAD DENTAL EN PADRES

La literatura determina que la ansiedad de los padres podría ejercer una influencia sobre la ansiedad de sus hijos a través del modelado y la información(32)(33). Muchos adultos con

ansiedad pueden verbalizar sus sentimientos de miedo frente a sus hijos, creando una impresión negativa en el tratamiento dental. La mayoría de los niños en edad escolar temprana comienzan a emular a sus padres, a quienes se considera modelos. Es muy probable que internalicen los valores, actitudes y visiones del mundo de sus padres, que gradualmente se convertirían en parte de su propio sistema de creencias(34).

1.2.7. ESCALA DE ANSIEDAD DE CORAH

La escala de ansiedad dental de Corah fue desarrollada en 1969 por el Dr. Norman L. Corah. Es una simple encuesta de cuatro preguntas con cinco posibles respuestas para que el paciente seleccione. Cada respuesta tiene una puntuación, y la puntuación total le dice al dentista qué tan ansioso puede estar(35). Es probablemente la más utilizada, que consiste en un cuestionario de opción múltiple de cuatro ítems, diseñado para medir el grado de ansiedad asociado con el tratamiento dental en una escala de 4 (sin ansiedad) a 20 (ansiedad alta). Administrar toma menos de 5 minutos, es altamente confiable y ha demostrado validez predictiva(36).

Todas las preguntas tienen 5 respuestas en la escala Likert que van desde "no ansioso" hasta "extremadamente ansioso". Cada respuesta se califica de 1 a 5. Por lo tanto, una respuesta "no ansiosa" se califica 1 y una respuesta "extremadamente ansiosa" se califica 5 Para evaluar el nivel de ansiedad dental del paciente, se agregan los puntajes de respuesta de las 5 preguntas. El puntaje total de esta escala varía de 5 a 25, con puntajes de corte 14 y 19 sugestivos de ansiedad dental alta y fobia dental, respectivamente. El cuestionario es relativamente simple de completar y requiere

menos tiempo. Más importante aún, el proceso de finalización no eleva el nivel de ansiedad del paciente(37).

1.2.8. DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS

Cuando un dentista examina a un paciente infantil, siempre se evalúa un tipo de comportamiento, el comportamiento cooperativo, porque una clave para la prestación del tratamiento es la capacidad cooperativa(38). La mayoría caracterizan a los niños en una de las tres formas definibles:

1. cooperativa,
2. falta de capacidad cooperativa, o
3. potencialmente cooperativo.

Conocer los aspectos clínicos de estos comportamientos distintivos del niño es importante para el manejo del comportamiento y la planificación del tratamiento(38)

Comportamiento Cooperativo

La mayoría de los niños vistos en consultorios dentales cooperan. Esto se fundamenta en experiencias de consultorios dentales, así como en datos indirectos de estudios de ciencias del comportamiento. Los niños cooperativos están razonablemente relajados. Tienen aprensiones mínimas. Pueden ser entusiastas.

Los niños juzgados como cooperativos pueden ser tratados mediante un enfoque directo, que modele el comportamiento o que diga-muestre-haga. Cuando se han establecido pautas para su comportamiento, funcionan dentro del marco provisto. Estos niños presentan un "nivel razonable" de cooperación, que le permite al dentista funcionar de manera efectiva y eficiente. Raramente requieren complementos farmacológicos para ayudar a lograr sus tratamientos(39).

Falta de capacidad cooperativa

En contraste con el niño cooperativo, el niño carece de capacidad cooperativa. Esto podría incluir niños muy pequeños (menores de tres años) con quienes no se puede establecer comunicación. La comprensión no se puede esperar. Si sus necesidades de tratamiento son urgentes, pueden plantear problemas de conducta importantes. Para estos niños, el tiempo generalmente resuelve los problemas de comportamiento. A medida que envejecen, se convierten en pacientes dentales cooperativos y el tratamiento se les da forma a la conducta(39)(40).

Comportamiento potencialmente cooperativo

Hasta hace poco, la nomenclatura aplicada a un niño potencialmente cooperativo era "problema de comportamiento". El niño puede estar sano o discapacitado. Sin embargo, hay una diferencia entre el niño potencialmente cooperativo y el niño que carece de capacidad cooperativa. El niño potencialmente cooperativo tiene la capacidad de comportarse bien. Es una distinción importante. Cuando se caracteriza como potencialmente cooperativo, el juicio es que el comportamiento del niño puede modificarse: el niño tiene las capacidades cognitivas relacionadas con la edad para aprender a lidiar con la odontología y puede volverse cooperativo(40).

Quizás uno de los problemas más desafiantes para el clínico es determinar qué comportamiento se puede esperar del nuevo paciente. Hay niños que pueden acercarse al consultorio dental llorando o gritando. Su comportamiento es aparente. Por el contrario, hay niños que son callados, tímidos

o retraídos. Estos niños pueden ser difíciles de leer. Pueden o no ser difíciles de tratar(40).

1.2.9. ESCALA DE COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS

Se han desarrollado numerosos sistemas para clasificar el comportamiento de los niños en el entorno dental. El conocimiento de estos sistemas tiene más que un interés académico y puede ser una ventaja para los médicos de dos maneras: puede ayudar a evaluar la validez de la investigación actual y puede proporcionar un medio sistemático para registrar los comportamientos de los pacientes. Curiosamente, la mayoría de los sistemas de clasificación que se utilizan en la práctica clínica hoy en día se generaron a partir de investigaciones de investigación(40). Cuando un clínico trata a un paciente infantil, el primer tema de preocupación es el comportamiento del niño. El clínico tiene que clasificar el comportamiento (al menos mentalmente) para ayudar a guiar el enfoque de gestión. Hoy en día, los sistemas de clasificación a menudo se basan en principios utilizados en cuestionarios psicológicos. Comportamientos infantiles durante el día, las situaciones no dentales pueden clasificarse en categorías que resumen la personalidad del niño. Esto proporciona información sobre la actitud del niño que no está relacionada con las situaciones de tratamiento. Uno de los sistemas más utilizados fue introducido por Frankl et al. en 1962(41).

1.2.10. ESCALA DE COMPORTAMIENTO DE FRANKL

La Escala de Frankl, desarrollada en 1962, es una de las escalas de evaluación del comportamiento más utilizadas en

la investigación odontológica pediátrica y en la práctica clínica diaria. Clasifica el comportamiento del niño en cuatro grupos según la actitud del niño durante el tratamiento dental. Consiste en categorías de comportamiento que son asignadas por el médico tratante y pueden aplicarse en varias etapas durante el tratamiento. Se considera una de las herramientas más fiables desarrolladas para evaluar el comportamiento de los niños en el entorno dental. La escala divide el comportamiento observado en cuatro categorías, que van desde definitivamente positivo hasta definitivamente negativo(41).

Su popularidad como herramienta de investigación se debe a tres características. Primero, es funcional, como se ha demostrado mediante el uso repetido. En segundo lugar, es cuantificable. Como tiene cuatro categorizaciones, se pueden asignar valores numéricos al comportamiento observado. Finalmente, es confiable. Se puede obtener un alto nivel de acuerdo entre los observadores. De hecho, muchas investigaciones que utilizan esta herramienta han demostrado que el nivel de acuerdo es del 85% o más, un nivel muy aceptable en este tipo de investigación(41).

Categorías(41):

1. Definitivamente negativo, rechaza totalmente el tratamiento, llorando con fuerza, temerosa o cualquier otra evidencia abierta de negativismo extremo
2. Levemente negativo, reacio a aceptar el tratamiento; no cooperativo, alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada, es decir, hosca, retraída
3. Levemente positivo, Aceptación positiva del tratamiento; a veces cauteloso, disposición a cumplir con el dentista, a

veces con reserva, pero el paciente sigue las instrucciones del dentista de manera cooperativa.

4. Definitivamente positivo; Buena relación con el dentista, interesado en los procedimientos dentales, riendo y disfrutando de la situación(41).

1.3. Marco conceptual

- **Ansiedad**

Es el estado mental y emocional que se caracteriza por una gran inquietud, tensión e inseguridad en el que se experimenta una sensación de miedo.

- **Comportamiento**

Manera de comportarse una persona en una situación determinada o en general.

- **Escala de la ansiedad**

Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad.

- **Consulta Odontológica**

Proceso por el cuál una persona pasa una revisión sistemática, clínica para obtener un diagnóstico acerca del estado de salud bucodental.

CAPÍTULO II – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Situación problemática

En los últimos tiempos, la práctica clínica diaria de la odontología se ha beneficiado de importantes avances en técnicas, tecnologías y materiales, así como en los planes de tratamientos. A pesar de estos avances, la ansiedad relacionada con el entorno dental y, en particular, con respecto a los tratamientos dentales en niños, es un problema que sufren muchos pacientes en todo el mundo, y sigue siendo un desafío importante para brindar atención dental. En todo el mundo los estudios han manifestado que cerca del 3% y el 43% de niños muestran ansiedad dental ⁽¹⁾. Estudios como los de Kotsanos, et ⁽⁴⁾ observaron que la creciente persistencia de los padres por estar cerca de sus hijos, repercuten en la consulta odontológica, y varios dentistas decidan reevaluar sus estrategias para pedirles a los padres que abandonen la sala. Otras investigaciones psiquiátricas han confirmado la presencia de al menos uno de los padres para mejorar la sensación de seguridad y mejorar el comportamiento del niño ⁽⁵⁾. Los estudios realizados en odontología en diferentes naciones y culturas no han podido demostrar conclusiones similares. Y los resultados del estudio de Ahuja, et al ⁽⁶⁾ demostraron un impacto positivo para la presencia de los padres. Esta acentuada controversia nos lleva a una exhaustiva investigación acerca de la percepción de ansiedad de los padres y si esta influye en el comportamiento de sus hijos en la primera consulta odontopediátrica.

2.2. Formulación del problema

a) Problema general

¿Existe relación de la ansiedad de los padres con el comportamiento de los niños en la primera consulta odontopediátrica del distrito de Chincha, Ica – Perú del período 2019- 2020?

b) Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la ansiedad de padres y el comportamiento de sus niños según su edad, atendidos en la primera consulta odontopediátrica del distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020?
- ¿Cuál es la relación entre la ansiedad de padres y el comportamiento de sus niños según su género, atendidos en la primera consulta odontopediátrica del distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020?

2.3. Justificación e importancia

a) Justificación

El presente estudio busca referenciar la percepción durante la primera visita al odontólogo, considerando crucial establecer un resultado positivo en la relación odontólogo-paciente, para así llegar a tener un efecto satisfactorio en el niño, así como en el cuidado de higiene oral que tendrá en casa. Por ello la participación en el tratamiento de salud mental infantil y familiar tiene implicaciones clínicas, de implementación y políticas de importancia crítica para los esfuerzos por mejorar la calidad y la eficacia de la atención del infante. La presente investigación busca comprender los niveles de ansiedad de los padres, siendo ellos, las figuras centrales para llegar a obtener un comportamiento que pueda determinar el manejo del paciente infantil ante situaciones de una primera consulta como un ambiente desconocido, teorías de miedo ligadas por cultura de manera errónea, entre otros factores que comprometan el desarrollo del tratamiento odontopediátrico de manera exitosa.

b) Importancia

La literatura evidencia la importancia del compromiso de participación de los padres en el tratamiento del niño, debido al

papel crítico que los padres (o cualquier cuidador principal) a menudo juegan en la obtención y facilitación de la asistencia al tratamiento.

El conocimiento sobre la ansiedad dental es de suma importancia para comprender mejor el comportamiento de los niños durante el tratamiento, así como para alentar a los padres a usar estrategias psicológicas para aumentar la confianza de los niños y el tratamiento odontológico. Para esto, los nuevos estudios son esenciales para aclarar qué variables pueden estar asociadas con los niveles de ansiedad de los niños, así como con sus padres.

2.4. Objetivos de la Investigación

a) Objetivo general

Relacionar la ansiedad de los padres con el comportamiento de los niños en la primera consulta odontopediátrica del distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.

b) Objetivos específicos

- Determinar la relación entre la ansiedad de padres y el comportamiento de sus niños según su edad, atendidos en la primera consulta odontopediátrica del distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.
- Determinar la relación entre la ansiedad de padres y el comportamiento de sus niños según su género, atendidos en la primera consulta odontopediátrica del distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.

2.5. Hipótesis de la Investigación

a) Hipótesis general

Sí existe relación significativa entre la ansiedad de padres y comportamiento de niños atendidos en la primera consulta odontopediátrica del Distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.

b) Hipótesis nula

No existe relación significativa entre la ansiedad de padres y comportamiento de niños atendidos en la primera consulta odontopediátrica del Distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.

2.6. Variables de la Investigación

a) Identificación de las Variables

- **Variable Independiente**

Ansiedad de Padres

- **Variable dependiente**

Comportamiento de niños

- **Variables intervinientes**

Edad del niño

Género del niño

b) Operacionalización de variables

TITULO: “ANSIEDAD DE PADRES Y COMPORTAMIENTO DE NIÑOS ATENDIDOS EN LA PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA EN EL DISTRITO DE CHINCHA, ICA – PERÚ DEL PERÍODO 2019- 2020”

Variable	Tipo de variable	Definición Operacional	Indicadores	Instrumento	Escala
ANSIEDAD DE LOS PADRES	Variable Dependiente	Comportamiento, miedos exagerados ante eventos relacionados a la consulta odontológica.	1. Sin Ansiedad 2. Baja Ansiedad 3. Ansiedad Moderada 4. Alta Ansiedad	Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada	Nominal
COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS	Variable Independiente	Conducta, actitudes mostradas por infantes durante los procedimientos de la consulta odontológica	1. Grado 1: Definitivamente negativo. 2. Grado 2: Levemente negativo. 3. Grado 3: Levemente positivo 4. Grado 4: Definitivamente positivo	Escala de Comportamiento de Frankl	Nominal

EDAD DEL NIÑO	Variable interviniente	Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta la actualidad.	DNI del paciente infantil	Ficha de recolección de datos	Nominal
GÉNERO DEL NIÑO	Variable interviniente	Características fenotípicas del niño.	DNI del paciente infantil	Ficha de recolección de datos	Nominal

CAPÍTULO III – METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo, nivel y diseño de investigación

- **Tipo de investigación**

El presente estudio fue de tipo transversal, observacional.

- **Nivel de investigación**

La investigación fue Relacional.

• Porque se va a determinar si la variable 1 (Ansiedad de los padres), se relaciona con la variable 2 (Comportamiento de los niños). Buscando la asociación sin dependencia.

- **Diseño de investigación**

Analítico.

3.2. Población y muestra

- **Población**

La población evaluada estuvo constituida por 210 niños(as) entre 3 y 6 años de edad con sus acompañantes, que reciben su primera consulta odontológica en el Distrito de Chincha, Ica – Perú, durante el período de 6 meses comprendidos desde los meses de marzo hasta agosto del año 2020.

- **Muestra**

La muestra se calculó a través de un muestreo probabilístico Utilizando la fórmula para un muestreo aleatorio simple:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N - 1)E^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

n: Tamaño muestral

N: Tamaño de población =210 (Promedio de atenciones odontológicas durante el período de recolección de datos)

Z: Nivel de confianza 95%=1.96

p: proporción esperada: 76% = 0.76

q: 1-p= 0.24

E: Error aceptable= 5% = 0.05

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N - 1)E^2 + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.76) (0.24) (210)}{(210-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.76)(0.24)}$$

$$n = 120,29$$

$$n = 120$$

Con un tamaño poblacional de 210 entre niños y niñas, un nivel de confianza de 95%, un error muestral de 5%, una proporción esperada de 76%; finalmente se obtuvo un tamaño de muestra de 120 niños(as) entre 3 y 6 años de edad con su acompañante u apoderado, que reciben su primera consulta odontológica en la Clínica Odontopediátrica en el Distrito de Chincha, Ica – Perú.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes de ambos sexos entre 3 a 6 años de edad.
- Pacientes niños sin aparente alteración sistémica.
- Pacientes que se van a realizar algún tratamiento por primera vez (preventivos, operatoria, cirugía menor, tratamientos pulpares).
- Padres que aceptaron participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado y asentimiento informado por parte de los niños.

Criterios de Exclusión

- Se excluyó de este estudio a todos los niños(as) con limitaciones de su capacidad cognitiva (Pacientes especiales), ya que se requiere un manejo conductual diferente.
- Pacientes que no deseen participar del estudio.

CAPÍTULO IV - TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. Técnicas de Recolección de Datos

Para la recolección de información, se utilizó la **técnica** de encuesta y el instrumento fue el cuestionario y cuya escala de medición fue de Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada (MDAS) para medir la ansiedad temporal de los padres o acompañantes, frente al tratamiento de sus hijos y la escala de Escala conductual de Frankl para ver la conducta de los niños.

4.2. Instrumentos de Recolección de Datos

Se usó Cuestionarios estructurados definidos de la siguiente forma:

- Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada (MDAS): que es un breve cuestionario de 5 ítems, con una puntuación final que se clasificó en padres sin ansiedad, baja ansiedad, ansiedad moderada, ansiedad alta.

- Escala conductual de Frankl: que constó de cuatro tipos de conductas, las cuales se clasificó de un Grado 1 a 4, siendo respectivamente: Definitivamente negativo, levemente negativo, levemente positivo y definitivamente positivo.

Se realizó la validez de los instrumentos mediante juicio de expertos, por 03 expertos que dieron su conformidad.

4.3. Técnicas de Procesamiento, Análisis e Interpretación de Resultados.

Inicialmente se hizo un análisis descriptivo, de frecuencias con porcentajes mediante estadística descriptiva sobre los datos sociodemográficos, luego se hizo un análisis de las variables de estudio mediante correlación entre ambas, con un 95% de confianza, con el programa Excel 2016 y el paquete estadístico SPSS versión 23.0. Se analizó mediante prueba estadística de Chi cuadrado (X^2) la relación entre la variable dependiente y la variable independiente.

CAPÍTULO V – CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

- **Contrastación de hipótesis general**

Hipótesis general:

La ansiedad de padres se relaciona significativamente con el comportamiento de niños atendidos en la primera consulta odontopediátrica en el distrito de Chincha, Ica – Perú del período 2019-2020.

- **Hipótesis estadística**

H₀: No existe relación significativa entre la ansiedad de padres y comportamiento de niños atendidos en la primera consulta odontopediátrica del Distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.

H_a: Sí existe relación significativa entre la ansiedad de padres y comportamiento de niños atendidos en la primera consulta odontopediátrica del Distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.

- **Nivel de significancia:**

$\alpha = 0.05 = 5\%$ de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H₀

$p < \alpha \rightarrow$ se rechaza la hipótesis nula H₀

- **Tabla de frecuencias:**

ANSIEDAD DE PADRES (Escala de Corah)	COMPORTAMIENTO DEL NIÑO (Escala de Frankl)								TOTAL	
	Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 4		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sin Ansiedad	0	0,0%	4	3,3%	4	3,3%	20	16,7%	28	23,3%
Baja Ansiedad	0	0,0%	30	25,0%	8	6,7%	14	11,7%	52	43,3%
Ansiedad Moderada	4	3,3%	18	15,0%	3	2,5%	3	2,5%	28	23,3%
Alta Ansiedad	2	1,7%	9	7,5%	1	0,8%	0	0,0%	12	10,0%
TOTAL	6	5,0%	61	50,8%	16	13,3%	37	30,8%	120	100,0%

➤ **Prueba estadística:**

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,461 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	50,162	9	,000
Asociación lineal por lineal	36,040	1	,000
N de casos válidos	120		

a. 8 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,60.

Conclusión: Según la prueba de chi-cuadrado, se observa que la significación asintótica (bilateral) es de $0,00 < 0,05$, por tal se rechaza la H_0 y se acepta la H_a : Sí existe relación significativa entre la ansiedad de padres y comportamiento de niños atendidos en la primera consulta odontopediátrica del Distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.

CAPÍTULO VI – PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

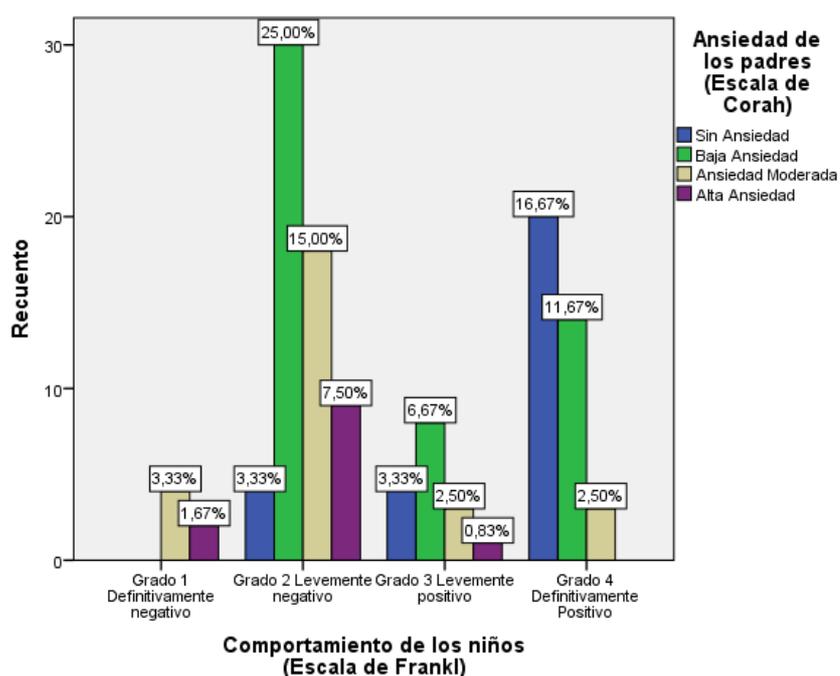
6.1. Presentación e interpretación de Resultados

Tabla N° 1

Relación entre la ansiedad de padres y comportamiento de niños atendidos en la primera consulta odontopediátrica

ANSIEDAD DE PADRES (Escala de Corah)	COMPORTAMIENTO DEL NIÑO (Escala de Frankl)								TOTAL	
	Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 4			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin Ansiedad	0	0,0%	4	3,3%	4	3,3%	20	16,7%	28	23,3%
Baja Ansiedad	0	0,0%	30	25,0%	8	6,7%	14	11,7%	52	43,3%
Ansiedad Moderada	4	3,3%	18	15,0%	3	2,5%	3	2,5%	28	23,3%
Alta Ansiedad	2	1,7%	9	7,5%	1	0,8%	0	0,0%	12	10,0%
TOTAL	6	5,0%	61	50,8%	16	13,3%	37	30,8%	120	100,0%

Gráfico N° 1



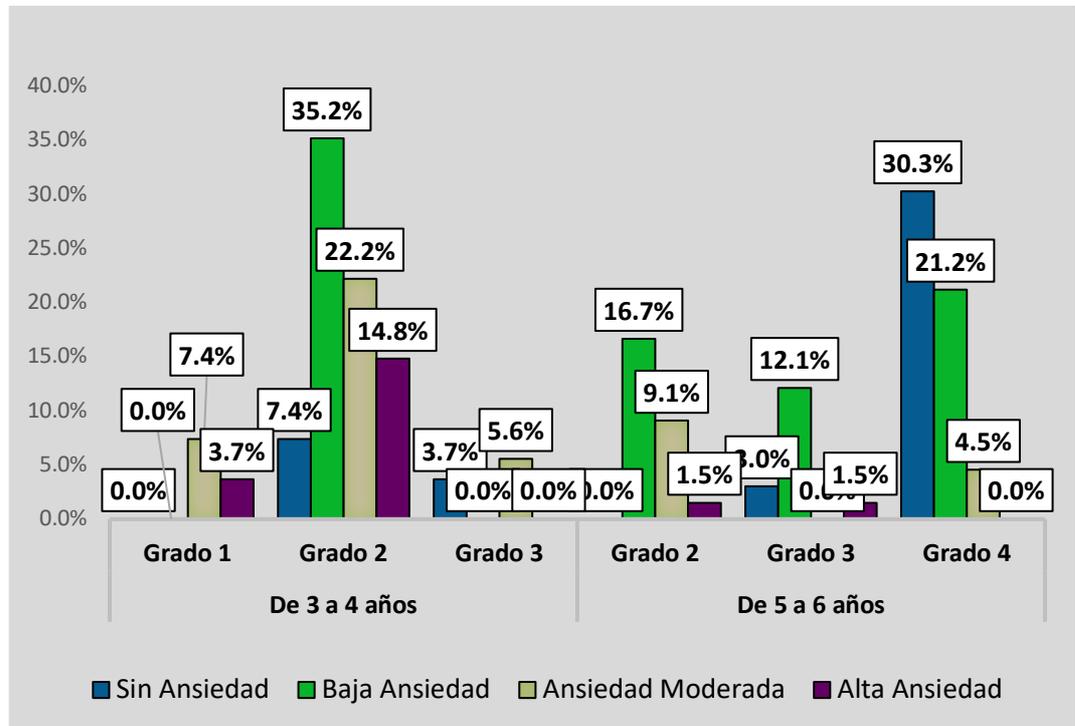
Interpretación:

En la Tabla N° 1 y Gráfico N° 1 se observa que los padres presentaron una baja ansiedad con mayor representación en el comportamiento de Grado 2, con niños levemente negativo con un 25% (30) seguido de padres sin ansiedad con niños con un comportamiento de Grado 4, en el que tenían un comportamiento definitivamente positivo al tratamiento con un 16.7%(20), finalmente se resalta que los padres con una alta ansiedad sólo se presentaron en niños con comportamiento de Grado 2 con un 7.5% (9).

Tabla N° 2: Relación entre la ansiedad de padres y el comportamiento de sus niños según su edad

Escala de Corah	Edad													
	De 3 a 4 años						De 5 a 6 años						Total	
	Escala de Frankl						Escala de Frankl							
	Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 2		Grado 3		Grado 4		N	%
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Sin Ansiedad	0	0.0%	4	7.4%	2	3.7%	0	0.0%	2	3.0%	20	30.3%	28	23.3%
Baja Ansiedad	0	0.0%	19	35.2%	0	0.0%	11	16.7%	8	12.1%	14	21.2%	52	43.3%
Ansiedad Moderada	4	7.4%	12	22.2%	3	5.6%	6	9.1%	0	0.0%	3	4.5%	28	23.3%
Alta Ansiedad	2	3.7%	8	14.8%	0	0.0%	1	1.5%	1	1.5%	0	0.0%	12	10.0%
Total	6	11.1%	43	79.6%	5	9.3%	18	27.3%	11	16.7%	37	56.1%	120	100.0%

Gráfico N° 2



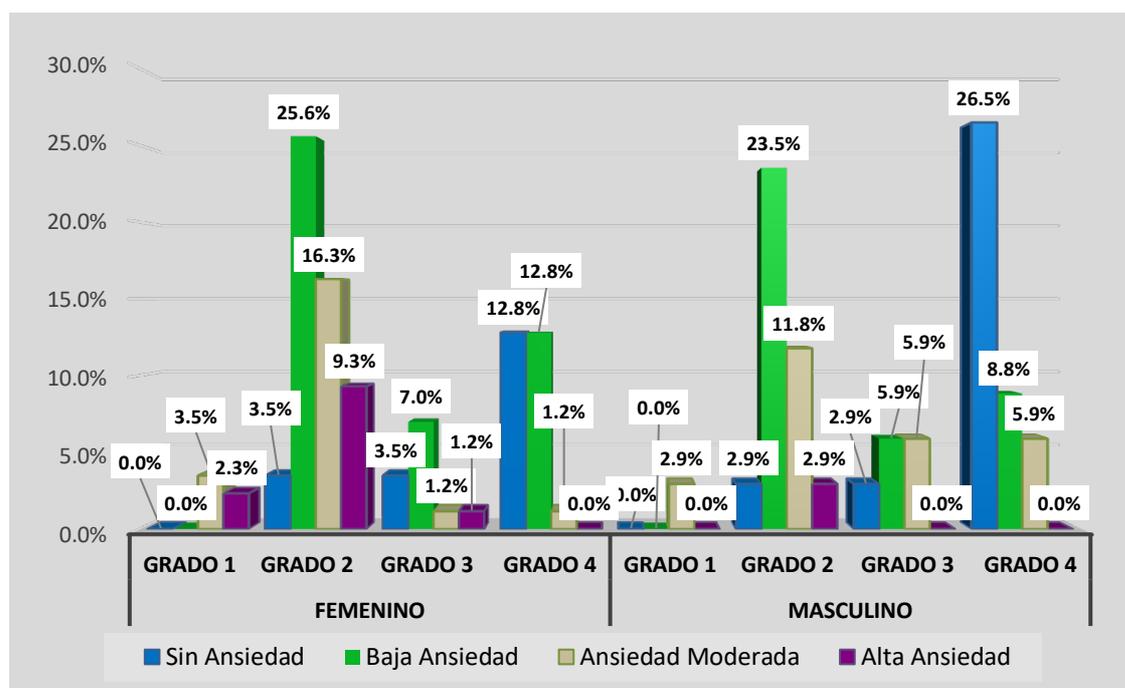
Interpretación:

En la Tabla N° 2 y Gráfico N° 2 se observa que el 35.2% de los padres presentaron una baja ansiedad con un comportamiento de sus niños de grado 2 y con edades de 3 y 4 años, a diferencia de niños con 5 y 6 años, que el 30.3% tenían padres que no presentaron ansiedad con respecto a un comportamiento de grado 4.

Tabla N° 3 Relación entre la ansiedad de padres y el comportamiento de sus niños según su género.

Escala de Corah	Femenino								Masculino							
	Escala de Frankl								Escala de Frankl							
	Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 4		Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin Ansiedad	0	0.0%	3	3.5%	3	3.5%	11	12.8%	0	0.0%	1	2.9%	1	2.9%	9	26.5%
Baja Ansiedad	0	0.0%	22	25.6%	6	7.0%	11	12.8%	0	0.0%	8	23.5%	2	5.9%	3	8.8%
Ansiedad Moderada	3	3.5%	14	16.3%	1	1.2%	1	1.2%	1	2.9%	4	11.8%	2	5.9%	2	5.9%
Alta Ansiedad	2	2.3%	8	9.3%	1	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%
Total	5	5.8%	47	54.7%	11	12.8%	23	26.7%	1	2.9%	14	41.2%	5	14.7%	14	41.2%

GRADO N° 3



Interpretación:

En la Tabla N° 3 y Gráfico N° 3 se observa que el 25.6% de los padres presentaron una baja ansiedad con un comportamiento de grado 2 y en el grupo femenino, a diferencia del grupo masculino que el 26.5% tenían padres que no presentaron ansiedad y sus hijos un comportamiento de grado 4.

6.2. Discusión de Resultados

La ansiedad dental infantil tiene el potencial de desempeñar un papel importante y perjudicial en la salud dental y general del niño.

El análisis estadístico mundial ha demostrado que entre el 3% y el 43,4%(14) y 76%(13) de los niños presentan ansiedad dental.

La duda sobre la presencia de los padres en una experiencia social como la visita al odontólogo, y su probable impacto en el comportamiento del niño, ha provocado investigaciones en esta área. Por lo tanto, el presente estudio fue realizado con el objetivo de poder determinar la relación entre la ansiedad de padres y comportamiento de niños atendidos en la primera consulta odontopediátrica en el distrito de Chincha, Ica – Perú del período 2019- 2020.

El estudio incluyó a niños entre 3 y 6 años. Según la clasificación de Piaget, estos niños se encuentran en la fase sensorio-motor. Además, se evaluó el grado de ansiedad de su apoderado o acompañante en su primera consulta dental.

El presente estudio evidenció en la mayoría de los padres, un nivel de baja ansiedad y un comportamiento de Grado 2 en sus niños en el con el 43.3% del total muestral. Estos hallazgos son respaldados por Piedra D y Rodriguez R. Y es que se considera que los padres no siempre pueden manejar sus emociones cuando se enfrentan a una situación estresante como sentir la incomodidad de su niño o que aprecien su ansiedad por afrontar una situación nueva.

Con referente a los niveles de ansiedad presentado por los padres y el comportamiento de los niños según la edad infantil, presentando una relación estadísticamente significativa para todas las edades ($P = 0,00$), con respecto a ello, debemos mencionar que la edad más predominante fueron las de 3 y 4 años, mostrando un comportamiento de grado 2 levemente negativo, edades en la que el niño se encuentra en una etapa de transición, de poco dominio de sus sentimientos, además que muestran personalidad muy emotiva,

esto lleva a los padres a estar pendientes de la reacción propia de sus niños, mostrando una ansiedad baja, pero más protectora ante la situación de llanto o molestia que pueda emitir su niño. Murali K(5), en su estudio va más allá del aporte mencionado, ya que en su análisis de regresión descubrió que la edad de la madre y la edad del niño, influyen significativamente en la visita del niño al dentista.

Con referente a los niveles de ansiedad presentado por los padres y el comportamiento de los niños según su género, no hubo alguna predilección por ningún sexo. Y aunque en la ansiedad de los padres se vio reflejado que el 25.6% de padres con hijas presentaron una ansiedad baja y los padres con hijos mayormente no presentaron ansiedad con un 26.5%, estas diferencias no fueron significativas ($P > 0,05$). Estas evidencias son respaldadas por Fonseca, quién no encontró diferencias entre el sexo masculino y femenino.

Finalmente, con respecto al planteamiento de nuestra hipótesis, se comprobó que, sí existe una relación significativa entre la ansiedad de padres y comportamiento de niños atendidos en la primera consulta odontopediátrica del Distrito de Chíncha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.

Se demuestra así que la ansiedad de los padres se relaciona con los comportamientos que manifiestan sus hijos y debe considerarse en futuras intervenciones e investigaciones el impacto psicológico en esta población. Es por ello que puede ser necesaria una evaluación y manejo del nivel de ansiedad de los padres para posteriormente llegar a reducir adecuadamente el temor o miedo que cause un cambio en el comportamiento del niño, de la misma forma, poder acabar con el círculo vicioso de la ansiedad que se puede generar en el núcleo familiar con respecto al cuidado dental.

CONCLUSIONES

- Sí existe relación significativa entre la ansiedad de padres y comportamiento de niños atendidos en la primera consulta odontopediátrica del Distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.
- Sí existe relación significativa relación entre la ansiedad de padres y el comportamiento de sus niños según su edad, atendidos en la primera consulta odontopediátrica del distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.
- No existe relación significativa relación entre la ansiedad de padres y el comportamiento de sus niños según su género, atendidos en la primera consulta odontopediátrica del distrito de Chincha, Ica – Perú durante el período 2019- 2020.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda promover que los padres lleven un asesoramiento constante con el profesional odontólogo tratante de su niño para el mejor entendimiento de la situación del niño ante la primera consulta dental.
- Se recomienda que se mantenga una constante relación educadora y profesional de padres – niños- profesional, durante los períodos de evaluación posteriores a la primera cita odontológica
- Se recomienda que se considere la escala de medición de ansiedad de la madre y el comportamiento de los niños dentro de las evaluaciones previas a cualquier tratamiento odontológico por primera vez.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Lucas P, Cabral C, Hay A, Horwood J. A systematic review of parent and clinician views and perceptions that influence prescribing decisions in relation to acute childhood infections in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 1 de marzo de 2015;33(1):11-20.
2. AAPD. Overview. America's Pediatric Dentists. 2020.
3. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient [Internet]. 2008 [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.aapd.org/assets/1/7/G_BehavGuide.pdf
4. Shinde S, Hegde R. Evaluation of the influence of parental anxiety on children's behavior and understanding children's dental anxiety after sequential dental visits. *Indian J Dent Res*. 1 de enero de 2017;28(1):22-6.
5. Murali, Shanmugam S. Influence of Mothers' Dental Anxiety and Perception of Child's OHRQoL Towards Utilization of Dental Services – A Questionnaire Study. *J Indian Assoc Public Heal Dent*. 2017;15(1):17.
6. Munayco E et al. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico. *Odvotos Int J Dent Sci*. 2018;20(3):81-91.
7. Vasiliki B, Konstantinos A, Vassilis K, Nikolaos K, van Loveren C, Jaap V. The effect of parental presence on the child's perception and co-operation during dental treatment. *Eur Arch Paediatr Dent*. 1 de octubre de 2016;17(5):381-6.
8. Aragao O, Bent W, Santos Z, Dalpia M, Aragao Ollé L, Araujo C, et al. Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic. 2016;16(1):167-75.
9. Fazli M, Kavandi M. Parents's Anxiety on Children Cooperation at Dental Visit. *Procedia - Soc Behav Sci*. 9 de octubre de 2015;205:117-21.
10. Fonseca M. Niveles de ansiedad de los padres como influencia en el

miedo de sus hijos pre consulta odontológica de la escuela particular Centro del Muchacho Trabajador N1. [Quito]: Universidad Central de Ecuador; 2016.

11. Piedra D. Asociación entre los niveles de ansiedad dental que presentan los pacientes pediátricos en su primera cita según el test de imágenes de Venham y la ansiedad dental de las madres con la escala de ansiedad dental de Corah en el Centro Universitario de Salud. [Lima]: Universidad de Ciencias Aplicadas; 2016.
12. Rodríguez B. Influencia de la ansiedad dental de los padres en el comportamiento del paciente pediátrico durante la atención dental en la clínica estomatológica de la universidad Alas Peruanas Filial Tacna, ciclo 2017 – IB. Universidad de Alas Peruanas. 2018.
13. Hernández G. Influencia de la ansiedad materna sobre el miedo a la consulta odontológica en niños de 7 a 12 años de edad en la clínica estomatológica. UPAO – 2015. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego ; 2016.
14. Terrones L. Relación de la ansiedad dental de la madre con el comportamiento motor de los niños atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote – Sede Trujillo, 2016. [Trujillo]: Universidad Católica de Chimbote; 2016.
15. Klein M. Sobre la Teoría de La Ansiedad y la Culpa. 1960. 2-5 p.
16. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17(3):327-35.
17. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* junio de 2017;19(2):93-107.
18. Desclee de B. Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones | Desclée de Brouwer. 2da. Vol. 1. 2016. 120-124 p.
19. Dunsmoor J, Paz R. Review Fear Generalization and Anxiety: Behavioral and Neural Mechanisms. *Biol Psychiatry.* 2015;78:336-43.
20. Saatchi M, Abtahi M, Mohammadi G, Mirdamadi M, Binandeh E. The prevalence of dental anxiety and fear in patients referred to Isfahan

- Dental School, Iran. Dent Res J (Isfahan). 1 de mayo de 2015;12(3):248-53.
21. Medina Partidas JP. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta odontol venez. 1998;70-3.
 22. Sanchez A. Manejo de conducta de los niños durante la atención dental. Salud Vida Sipanense. 30 de junio de 2020;7(1):69-80.
 23. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: A review. Vol. 58, Australian Dental Journal. Aust Dent J; 2013. p. 390-407.
 24. Abanto J, Vidigal E, Carvalho T, Sá S, Bönecker M. Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. Braz Oral Res. 16 de enero de 2017;31:e13.
 25. Barreto K, Dos Prazeres L, Lima D, Soares F, Redivivo R, da Franca C, et al. Factors associated with dental anxiety in Brazilian children during the first transitional period of the mixed dentition. Eur Arch Paediatr Dent. 1 de febrero de 2017;18(1):39-43.
 26. White A, Gilblin L, Boyd L. La prevalencia de la ansiedad dental en los entornos de la práctica dental - PubMed. J Dent Hyg . 2017;91(1):30-4.
 27. 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. 2017;18(2):121-30.
 28. Kroniņa L, Rasčevska M, Care R. Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety. Stomatologija. 2017;19(3):84-90.
 29. Robertson M, Araujo M, Innes N. Anxiety and fear management in paediatric dentistry using distraction techniques. Evid Based Dent. 1 de junio de 2019;20(2):50-1.
 30. Jeddy N, Nithya S, Radhika T, Jeddy N. Dental anxiety and influencing factors: A cross-sectional questionnaire-based survey. Indian J Dent Res. 1 de enero de 2018;29(1):10-5.
 31. Morgan AG, Rodd HD, Porritt JM, Baker SR, Creswell C, Newton T, et al. Children's experiences of dental anxiety. Int J Paediatr Dent. 1

- de marzo de 2017;27(2):87-97.
32. De Luca M, Massignan C, Bolan M, Oliveira LB, Aydinoz S, Dick B, et al. Does the presence of parents in the dental operatory room influence children's behavior, anxiety and fear during their dental treatment? A systematic review. *Int J Paediatr Dent*. diciembre de 2020;
 33. Wu L, Gao X. Children's dental fear and anxiety: Exploring family related factors. *BMC Oral Health*. 4 de junio de 2018;18(1).
 34. AlQhtani F, Pani S. Parental anxiety associated with children undergoing dental treatment. *Eur J Paediatr Dent*. 2019;20(4):285-9.
 35. Corah N, Gale E, Illig S. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc*. 1 de noviembre de 1978;97(5):816-9.
 36. Freeman R, Clarke H, Humphris G. Conversion tables for the Corah and Modified Dental Anxiety Scales. *Community Dent Health*. 1 de marzo de 2007;24:49-54.
 37. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J*. 1 de diciembre de 2000;50(5):367-70.
 38. Aartman I, Van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AHB. Appraisal of behavioral measurement techniques for assessing dental anxiety and fear in children: A review. *J Psychopathol Behav Assess*. 1996;18(2):153-71.
 39. Mathur J, Diwanji A, Sarvaiya B, Sharma D. Identifying Dental Anxiety in Children's Drawings and correlating It with Frankl's Behavior Rating Scale. *Int J Clin Pediatr Dent*. marzo de 2017;10(1):24-8.
 40. Behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent*. 1 de octubre de 2018;40(6):254-67.
 41. Frankl S. Should the parent remain with the child in the dental operatory? *Journal of Dentistry for Children*. 1962;150-63.

ANEXOS



ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO



ESCUELA DE POSGRADO

Yo, _____, identificado con DNI _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación, realizada por la profesional Ana María Cevallos C., de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.

He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es reunir información sobre los niveles de ansiedad dental de los padres frente a la primera atención odontológica de mi hijo(a) y el tipo de comportamiento que éste presente.

Se me ha indicado que previo a la atención dental de mi hijo(a), debo responder una encuesta en la sala de espera. Posteriormente se me informará el resultado de la misma.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Además, comprendo los fines y beneficios que puede aportar a la población esta investigación.

También he sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto durante su proceso y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Firma _____

Fecha _____



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



“ANSIEDAD DE PADRES Y COMPORTAMIENTO DE NIÑOS ATENDIDOS EN LA PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA EN EL DISTRITO DE CHINCHA, ICA – PERÚ DEL PERÍODO 2019- 2020”

ANEXO N° 2

Encuesta para el Acompañante del Niño en su Primera Atención Odontológica.

(Escala Ansiedad Dental de Corah Modificada)

Edad: _____

Género: Femenino () Masculino ()

Experiencia dental pasada propia, marque con una cruz:

() Muy desagradable () Desagradable () Agradable () Muy agradable

1. ¿Si su hijo(a) tuviera que ir al dentista mañana cómo se sentiría?

- a) Estaría esperando una experiencia razonablemente agradable.
- b) No me importaría.
- c) Me sentiría un poco preocupada.
- d) Estaría con miedo que sea desagradable, si él (ella) sintiera dolor.
- e) Estaría con mucho miedo de lo que el dentista podría hacer.

2. Cuando está esperando al dentista en la sala de espera, ¿Cómo se siente?

- a) Relajado(a).
- b) Preocupado(a).
- c) Tenso(a).
- d) Ansioso(a).

- e) Tan ansioso(a), que comienzo a sudar o sentirme mal.
3. Su hijo(a) está en el sillón del dentista esperando mientras éste toma el "motorcito" para empezar a trabajar en el diente, ¿Cómo se siente?
- a) Relajado(a).
 b) Preocupado(a).
 c) Tenso(a).
 d) Ansioso(a).
 e) Tan ansioso(a), que comienzo a sudar o sentirme mal.
4. Su hijo(a) está en el sillón del dentista para una limpieza dental. Mientras Ud. está esperando que el dentista tome los instrumentales que usará para raspar los dientes alrededor de la encía, ¿Cómo se siente?
- a) Relajado(a).
 b) Preocupado(a).
 c) Tenso(a).
 d) Ansioso(a)

Puntuació:

Donde:

a=1, b=2, c=3, d=4, e=5.

Se obtiene:

1. Sin Ansiedad	Puntuación = < 5
2. Baja Ansiedad	Puntuación entre 6 y 10
3. Ansiedad Moderada	Puntuación entre 11 y 14
4. Ansiedad Alta	Puntuación entre 15 y 18

ANEXO N° 3

Escala para medir el Comportamiento de los Niños

(Escala de Comportamiento de Frankl)

GRADO 1: Definitivamente negativo.

Rechaza el tratamiento

Llanto intenso

Movimientos fuertes de las extremidades

No es posible la comunicación verbal

Comportamiento agresivo

GRADO 2: Levemente negativo.

Rechaza el tratamiento

Movimientos leves de las extremidades

Comportamiento tímido, bloquea la comunicación

Acepta y acata órdenes

Llanto monotónico

GRADO 3: Levemente positivo.

Acepta tratamiento de manera cautelosa

Llanto esporádico

Es reservado

Se puede establecer comunicación verbal

Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo

GRADO 4: Definitivamente positivo.

Cooperación

Buena comunicación

Motivación e interés por el tratamiento

Relajación y control de las extremidades

ANEXO N° 4

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA



VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

“ANSIEDAD DE PADRES Y COMPORTAMIENTO DE NIÑOS ATENDIDOS EN LA PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA DEL DISTRITO DE CHINCHA, ICA – PERÚ DURANTE EL PERÍODO 2019- 2020”

Responsable : ANA MARIA DEL ROSARIO CEVALLOS CARDENAS

JUICIO DE EXPERTO

Estimado juez experto(a) : Esp. C.D Marcia Alejandra Villaverde Martinez

Instrucción : Luego de analizar y cotejar el instrumento de recolección de datos, se le solicita dar su opinión para la validez de aplicación, en base a su criterio y experiencia profesional y según los criterios descritos a continuación:

NOTA: Para cada criterio considere la escala de 1 a 5, donde:

1= Muy poco 2= Poco 3= Regular 4= Aceptable 5= Muy aceptable

CRITERIO DE VALIDEZ	PUNTUACIÓN					OBSERVACIONES
	1	2	3	4	5	
Validez de contenido					X	
Validez de criterio metodológico					X	
Validez de intención y objetividad de medición y observación					X	
Presentación y formalidad del instrumento					X	
Total					20	

Puntuación

- De 4 a 11 : No valido, reformular
- De 12 a 14 : No valido, modificar
- De 15 a 17 : Valido, mejorar
- De 18 a 20 : Valido, aplicar

Apellidos y Nombres:	Marcia Alejandra Villaverde Martinez
Grado Académico:	Especialista en Odontopediatría
COP:	26268
RNE:	1979

C.D. MARCIA VILLAVERDE M.
ODONTOPEDIATRA
C.O.P. 26268 R.N.E. 1979

Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA



VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

"ANSIEDAD DE PADRES Y COMPORTAMIENTO DE NIÑOS ATENDIDOS EN LA PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA DEL DISTRITO DE CHINCHA, ICA - PERÚ DURANTE EL PERÍODO 2019- 2020"

Responsable : ANA MARIA DEL ROSARIO CEVALLOS CARDENAS

JUICIO DE EXPERTO

Estimado juez experto(a) : Esp. C.D Rosario Ruiz Chavez

Instrucción : Luego de analizar y cotejar el instrumento de recolección de datos, se le solicita dar su opinión para la validez de aplicación, en base a su criterio y experiencia profesional y según los criterios descritos a continuación:

NOTA: Para cada criterio considere la escala de 1 a 5, donde:

1= Muy poco 2= Poco 3= Regular 4= Aceptable 5= Muy aceptable

CRITERIO DE VALIDEZ	PUNTUACIÓN					OBSERVACIONES
	1	2	3	4	5	
Validez de contenido					X	
Validez de criterio metodológico					X	
Validez de intención y objetividad de medición y observación					X	
Presentación y formalidad del instrumento					X	
Total					20	

Puntuación

- De 4 a 11 : No valido, reformular
- De 12 a 14 : No valido, modificar
- De 15 a 17 : Valido, mejorar
- De 18 a 20 : Valido, aplicar

Apellidos y Nombres:	Rosario Ruiz Chavez
Grado Académico:	Especialista en Odontopediatría
COP:	12182
RNE:	0094



 Firma
 Dr. Rosario Ruiz Chavez
 CIRUJANO DENTISTA
 ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA
 COP 12182 RNE 0094



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA



VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

"ANSIEDAD DE PADRES Y COMPORTAMIENTO DE NIÑOS ATENDIDOS EN LA PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA DEL DISTRITO DE CHINCHA, ICA – PERÚ DURANTE EL PERÍODO 2019- 2020"

Responsable : ANA MARIA DEL ROSARIO CEVALLOS GARDENAS

JUICIO DE EXPERTO

Estimado juez experto(a) : Esp. C.D Diana Escorza Olivos

Instrucción : Luego de analizar y cotejar el instrumento de recolección de datos, se le solicita dar su opinión para la validez de aplicación, en base a su criterio y experiencia profesional y según los criterios descritos a continuación:

NOTA: Para cada criterio considere la escala de 1 a 5, donde:

1= Muy poco 2= Poco 3= Regular 4= Aceptable 5= Muy aceptable

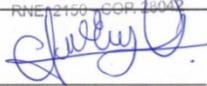
CRITERIO DE VALIDEZ	PUNTUACIÓN					OBSERVACIONES
	1	2	3	4	5	
Validez de contenido					X	
Validez de criterio metodológico					X	
Validez de intención y objetividad de medición y observación					X	
Presentación y formalidad del instrumento					X	
Total					20	

Puntuación

- De 4 a 11 : No valido, reformular
- De 12 a 14 : No valido, modificar
- De 15 a 17 : Valido, mejorar
- De 18 a 20 : Valido, aplicar

Apellidos y Nombres:	Diana Escorza Olivos
Grado Académico:	Especialista en Odontopediatría
COP:	28042
RNE:	2150

CD. DIANA ESCORZA O.
ESP. ODONTOPEDIATRÍA
RNE 2150 COP 28042


Firma

ANEXO N° 5
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

